

Sistema penitenciario y vejez: aportes de la evaluación neuropsicológica forense

Penitentiary System and old age: contributions of the forensic neuropsychological evaluation

Castro-Gómez, M.J*. , Saborío-Valverde, C*. , Jurado-Solórzano, A* & Salazar-Villanea, M**.

*Universidad de Costa Rica

**Instituto de Investigaciones Psicológicas

Correspondencia: María José Castro Gómez –mrjca19@gmail.com

Recibido: 08-04-2019

Aceptado: 10-VIII-2019

Resumen

Introducción: El envejecimiento poblacional ha impulsado a que su abordaje se convierta en un tema prioritario a nivel mundial, sobre la cual aún existen mitos y discriminación, siendo las personas adultas mayores en privación de libertad en un sistema penitenciario, una población con mayores riesgos de exclusión y que cuentan con características neuropsicológicas que ameritan su atención. Por lo tanto, se realizó en Costa Rica un primer abordaje en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor desde la neuropsicología forense, para mejorar los protocolos disponibles de evaluación de la población adulta mayor. **Procedimiento:** Se llevó a cabo un trabajo final de graduación en formato de práctica dirigida durante 858 horas tanto de forma presencial como a distancia, en el período de abril del 2017 a abril del 2018, participando de los procesos de evaluación neuropsicológica forense, elaboración de un protocolo de evaluación neuropsicológica forense y participación en procesos psicoeducativos sobre consumo de sustancias y violencia sexual. **Resultados:** En total se atendieron 40 personas hombres, entre 58 y 85 años de edad. Con variables sociodemográficas y de salud como una baja escolaridad (45%), con antecedentes de trauma craneoencefálico (67%) y en su mayoría cometieron abuso sexual (55%). Se elaboró un protocolo de evaluación neuropsicológica que incluye un módulo de entrevista y observación, evaluación del estado de ánimo y evaluación del funcionamiento cognitivo.

Palabras claves

Neuropsicología forense, adultez mayor, evaluación, protocolo

Abreviaturas

ONUCCD: Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Crimen

PAM: Personas Adultas Mayores

ONU: Organización de las Naciones Unidas

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
CAI Adulto Mayor: Centro de Atención Institucional Adulto Mayor

Abstract

Introduction: Population ageing has become a priority between the attention and care systems but still deals with myths and discrimination, being the older adults incarcerated in the prison system a population with a greater risk of exclusion and that have neuropsychological characteristics that need attention. Therefore, a first approach was carried out in Costa Rica in the Institutional Adult Care Center from the forensic neuropsychology, to improve the available protocols for the evaluation of the older adult population. **Method:** A final graduation work was carried out in a guided practice format for 858 hours both in person and remotely, in the period from April 2017 to April 2018, participating in the processes of forensic neuropsychological evaluation, preparation of a protocol of forensic neuropsychological evaluation and participation in psychoeducational processes on substance use and sexual violence. **Results:** In total 40 male people, between 58 and 85 years of age, were attended. With sociodemographic and health variables such as low schooling (45%), with a history of cranioencephalic trauma (67%) and most of them committed sexual abuse (55%). A neuropsychological evaluation protocol was elaborated that includes an interview and observation module, evaluation of mood and evaluation of cognitive functioning module.

Abbreviations

ONUCCD: United Nations Office on Drugs and Crime
PAM: Older Adults
ONU: United Nations Organization
INEC: National Institute of Statistics and Census
CAI Adulto Mayor: Institutional Adult Center for older people

Key words

Neuropsychology, adulthood, evaluation, protocol

Introducción

Con el envejecimiento poblacional, como cambio demográfico mundial, el abordaje de la vejez se convierte en un tema prioritario sobre el cual existen aún mitos, estereotipos y discriminación (1), siendo la vejez en reclusión, en un sistema penitenciario, una población con mayores riesgos de exclusión (2).

La cantidad de personas adultas mayores se ha incrementado considerablemente en los últimos años, alcanzando en el 2017 el 13% de la población mundial, aproximadamente 962 millones de personas adultas mayores (PAM) (3). En Costa Rica, datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (4) señalan que la población adulta mayor representa a 792 511 personas en la actualidad y se espera que la tendencia sea hacia arriba con forme pasen los años.

Este incremento de PAM exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública en el que se incluyan aquellas instancias que trabajan con la población (3). Aspectos como el aumento de la esperanza de vida en algunos países, así como el aumento de la duración de las penas y la introducción de penas severas, han tenido un impacto en el crecimiento de PAM en prisión (2). Una población envejecida que, sin

embargo, ha sido poco estudiada y sobre la cual se aplican en el sistema penitenciario una serie de modelos que generalizan resultados derivados del trabajo con otras poblaciones.

En Costa Rica, según datos del Ministerio de Justicia y Paz (5), el sistema penitenciario nacional atiende a 35.443 personas, de las cuales solamente 12.616 se encuentran institucionalizadas, el resto se ubica en regímenes semi-abiertos y abiertos. Por lo tanto, la población se divide en cinco programas de atención: institucional (12.616), penal juvenil (936), semi-institucional (4.276) y comunidad (16.392) además del programa de vigilancia electrónica (528). No existen datos exactos de la cantidad de población adulta mayor en todo el sistema penitenciario, pero se presume que asciende a más de 500 adultos mayores distribuidos en diversos centros de atención institucional.

Vejez y cárcel son, por tanto, temas poco explorados en Costa Rica, donde se documentan pocos estudios en el campo, cuyos objetivos se centraban en investigar la relación entre los factores de vulnerabilización y la ansiedad ante la muerte en 80 (ochenta) ofensores sexuales recluidos en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor, la prevalencia de síntomas de depresión en la población adulta mayor, las consultas en servicios sanitarios y situaciones que producen estrés (6, 7, 8, 9).

De particular interés el Centro de atención institucional Adulto Mayor [CAI Adulto Mayor] es el único centro penitenciario exclusivamente centrado en personas mayores, que maneja una población que oscila entre 150 y 170 adultos mayores cuyo perfil sociodemográfico, cognitivo y funcional no se encuentra sistematizado y disponible. El CAI Adulto Mayor, pertenece a los centros de atención institucional, los cuales están en el nivel de máxima institucionalización, cuya característica especial es la de posibilitar la contención física y la privación de libertad (libertad de desplazamiento) es un centro que cuenta con seis secciones; un consultorio médico, área de cocina con dos comedores, uno destinado a la población y otro al personal; una biblioteca, un centro de cómputo, rampas para acceder a los diferentes servicios, en cada sección se ha instalado agarraderas en los baños y duchas eléctricas. Las camas que utilizan son individuales (las llamadas de hospital), cada interno tiene una mesa de noche y su respectivo cajón (9, 10).

Los adultos mayores privados de libertad, presentan características distintas. Según la ONUDC (2) existen tres tipos principales de adultos mayores en prisión, los cuales se distinguen en: aquellos que fueron condenados a largas penas de prisión mientras eran jóvenes y que han crecido en la cárcel; el segundo grupo se compone por ofensores habituales, que han estado dentro y fuera de la prisión a lo largo de sus vidas. Se ajustan razonablemente bien a la vida en prisión, aunque a menudo tienen problemas de salud crónicos, incluyendo particularmente, una historia de abuso de sustancias y violencia; el tercer grupo se compone de aquellos que han sido condenados siendo adultos mayores. Sus delitos suelen ser graves, como los delitos sexuales.

Las PAM privadas de libertad requieren de atención debido a variables tales como: una mayor tasa de enfermedades crónicas y discapacidad- enfermedades del corazón, pulmón y síndromes demenciales – en comparación con ofensores más jóvenes-; una comorbilidad de trastornos mentales y abuso de sustancias, y una disminución significativa de las capacidades cognitivas -deterioro cognitivo- y funcionales en comparación con adultos mayores que no están en prisión (11, 12, 13). Estas características de la población son importantes para la neuropsicología forense debido a que son variables que se deben tomar en cuenta al momento de realizar evaluaciones de riesgo, simulación y de consumo de sustancias al interior del sistema penitenciario.

Debido a que la neuropsicología forense cuenta con conocimientos únicos en neuroanatomía, neuropatología y evaluación funcional de las habilidades de una persona (14) estos le permiten participar en casos forenses en los que se requiera evaluar a una PAM privada de libertad que presenta algún tipo de deterioro cognitivo y este incide en su situación legal.

Por ejemplo, Rodríguez, Boyce y Hodges (15), señalan que el tema de deterioro cognitivo en personas ofensoras sexuales es controversial. Sin embargo, en el estudio que realizaron con 100 adultos mayores privados de libertad por el delito de ofensa sexual, obtuvieron como resultado que las personas adultas mayores ofensoras sexuales que cometían su delito en la adultez mayor, mostraban un rendimiento neuropsicológico más bajo que el de personas adultas mayores no ofensoras sexuales. Señalan que los déficits cognitivos pueden ser un factor de riesgo que incrementa la posibilidad de cometer una ofensa sexual debido a dificultades para autorregularse, planificar, tomar decisiones e inhibirse.

Variables como un historial de trauma craneoencefálico (TCE) en la población adulta mayor privada de libertad se deben tomar en cuenta debido a que un historial de TCE se ha asociado con diversos aspectos del comportamiento delictivo, los cuales incluyen pensamiento antisocial, dificultad de autocontrol, impulsividad, dificultad en resolución de problemas y búsqueda de gratificación inmediata (16). Estas características se han asociado a comportamientos vinculados al riesgo de ofensa sexual. El daño cerebral adquirido o procesos de cambio neurológicos se asocian a trastornos neuroconductuales, también llamados neuropsiquiátricos que interesan a la neuropsicología forense porque permite incorporar y comprender las posibles relaciones que existen entre variables externas y comportamiento.

Tomando en cuenta la realidad descrita, se realizó en Costa Rica un primer abordaje en el CAI Adulto Mayor desde la neuropsicología forense, para mejorar los protocolos disponibles de evaluación de PAM. En este sentido, se entendió el aporte de la neuropsicología forense como la aplicación de la evidencia neuropsicológica para ayudar a la toma de decisiones legales (17), retomando desde las neurociencias cognitivas (18) los aportes para la comprensión de procesos de desinhibición asociados a la impulsividad, y la agresión, que no son evaluadas de forma adecuada por otros instrumentos psicométricos y que son relevantes en el contexto forense.

A nivel penitenciario en esta experiencia, se entendió también que la neuropsicología forense participa en evaluaciones de riesgo, valoraciones cognitivas para ingresar a un grupo de intervención el cual es un requisito para solicitar un beneficio carcelario, valoraciones cognitivas en personas privadas de libertad con consumo de sustancias y casos de simulación de problemas de memoria.

Al ser una estrategia de evaluación de reciente incorporación al sistema penitenciario y a las labores de la psicología en el contexto costarricense, en este artículo lo que se pretende es describir a la población atendida en este abordaje realizado en el CAI durante un año y presentar una propuesta de protocolo para la evaluación neuropsicológica forense que pueda ser aplicado en prisiones con características similares a las del Centro de atención institucional adulto mayor.

Método

El CAI AM, pertenece a los centros de atención institucional, los cuales están en el nivel de máxima institucionalización, cuya característica especial es la de posibilitar la contención física y la privación de libertad (libertad de desplazamiento) de la persona ubicada en dicho programa. En éste se desarrollan las acciones dirigidas a las personas que por una disposición judicial y por sus características, están ubicadas en centros penales cerrados ya que se ha considerado que requieren durante un período transitorio estar físicamente separados de la vida en sociedad (10).

Por lo tanto, se llevó a cabo un trabajo final de graduación en formato de práctica dirigida durante 858 horas tanto de forma presencial como a distancia, en el período de abril del 2017 a abril del 2018, participando de los procesos de evaluación neuropsicológica forense, elaboración de un protocolo de evaluación neuropsicológica forense y participación en procesos psicoeducativos sobre consumo de sustancias y violencia sexual.

El enfoque desde la neuropsicología forense se convirtió en una necesidad en el CAI Adulto Mayor porque en los últimos años se han presentado situaciones de adultos mayores con deterioros cognitivos leves y síndromes demenciales, los cuales dificultan la permanencia y desenvolvimiento de la población en el CAI. Tomando en cuenta esta información, el CAI Adulto Mayor solicitó la colaboración para realizar un protocolo de evaluación para comprender el funcionamiento cognitivo, las competencias y capacidades que tiene una persona relacionadas con las preguntas psicolegales, y cuáles son las adecuaciones que necesita para desenvolverse de la mejor manera. Esta información funciona como fuente colateral en la toma de decisiones sobre cambios de medidas legales, competencias para enfrentar procesos de inserción y evaluaciones de riesgo de cometer una ofensa, ingreso a un grupo de intervención, así como para brindar insumos en el plan de atención profesional que se asigna a cada persona privada de libertad.

Participantes

La población con la cual se trabajó estuvo conformada por 40 personas privadas de libertad adultas mayores, seleccionadas por muestreo no probabilístico de casos atendidos por Psicología en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor. Se incluyó a personas mayores de 60 años que necesitaban de una valoración de un probable deterioro cognitivo por referencia del equipo interdisciplinario conformado por psicología, trabajo social, orientación personal del sector educativo presente en el CAI. La mayoría de las personas evaluadas tenían una edad de 70-71 años de edad. La persona con menor edad fue de 58 años y la de mayor edad fue de 85 años. Esto también permitió tener una gran variabilidad de edades y necesidades según cada grupo etario.

Tabla 1. Características de la población evaluada

Variables	Frecuencia	Porcentaje %
Escolaridad		
Nula	8	20
Primaria Completa	2	5.0
Primaria Incompleta	18	45
Secundaria Completa	3	7.5
Secundaria Incompleta	9	22.5
Delito		
Abuso Sexual	22	55.0
Femicidio	1	2.5
Homicidio	6	15.0
Tentativa de Femicidio	1	2.5
Tentativa de Homicidio	1	2.5
Venta de drogas	2	5.0
Violación	7	17.5
TCE		
No	13	32.5
Sí	27	67.5
Exposición Agroquímicos		
No	31	77.5
Sí	9	22.5
Nacionalidad		
Costarricense	33	82.5

La población evaluada participa en talleres de artesanía en donde pueden confeccionar diferentes obras y venderlas en actividades que realiza el Ministerio de Justicia, en el programa CINDEA (Centro Integrado de Educación para Adultos del Ministerio de Educación) el cual imparte lecciones de primaria y secundaria, en actividades deportivas como fútbol y en grupos de asociaciones de la sociedad civil como la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), Instituto Nacional de aprendizaje (INA), Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Por otra parte, cada seis meses, un año o dos años, dependiendo de su sentencia, se hace un análisis integral de cada privado de libertad, para revisar y ajustar el acompañamiento técnico que se le ha brindado y la respuesta al mismo que haya evidenciado el privado de libertad, siendo el momento oportuno para programar servicios o procesos de atención que respondan a nuevas necesidades sentidas por el sujeto o detectadas por el equipo técnico (9).

Según Aragón (9) como una estrategia de acompañamiento, se ha visualizado tres momentos de atención:

-Proceso de ingreso: como su nombre lo indica, el proceso de ingreso se constituye en todo el tiempo que la persona privada de libertad requiere para adaptarse relativamente bien a su nueva condición de privado de libertad. En este proceso se potencia un acompañamiento individualizado.

-Proceso de acompañamiento: es el proceso largo y se le brinda a la persona privada de libertad durante la mayor parte de su institucionalización, además se constituye como objetivo principal el atender sus necesidades manifiestas y detectadas.

-Proceso de egreso: se refiere al desarrollo de forma integral (todas las disciplinas) ofreciéndole preparación a su incorporación a la sociedad o en su defecto a la integración de otra modalidad.

Procedimiento

Luego de seis meses de inducción, observación, entrevistas no estructuradas y revisión de protocolos internacionales, se confeccionó una entrevista clínica-forense y una observación conductual elaborados por los autores de este artículo. Como segunda fase, para el protocolo de evaluación neuropsicológica se seleccionaron pruebas que cumplieran con los siguientes criterios: instrumentos con datos normativos de población adulta mayor preferiblemente latinoamericana ajustados por edad y nivel de escolaridad (19, 20, 21). Con base en los anteriores criterios y una vez discutidos con los expertos a cargo del centro penitenciario, se eligieron las siguientes pruebas:

La prueba de cribaje denominada **NEUROPSI en formato breve** y el **NEUROPSI de Atención y Memoria** (22), los cuales permiten evaluar un amplio rango de funciones cognitivas como memoria, atención, funciones ejecutivas y habilidades visoespaciales.

Se utilizó el **Test de los Senderos (TESEN)** elaborado por Portellano y Martínez (23) que permite evaluar globalmente el funcionamiento ejecutivo, poniendo énfasis en la capacidad de planificación de la persona evaluada. También se trabajó con el Trail Making Test A y B, que se enfoca en evaluar el funcionamiento ejecutivo y las habilidades visoespaciales. La **Escala de Puntuación de Demencia-2 (DRS-2)** (24) la cual fue diseñada para proporcionar una evaluación breve del funcionamiento cognitivo en personas con sospecha de deterioro cognitivo.

El **Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia (Formato Abreviado)** (25), adaptado al español por García-Albea (26) se utilizó para obtener un muestreo amplio pero sintético de los rendimientos necesarios para una evaluación de funciones como el habla, la comprensión auditiva y la expresión oral.

En la tercera fase se revisaron pruebas asociadas a estado de ánimo y decir por esto con el fin de poder realizar una evaluación diferencial debido a que algunos deterioros cognitivos cursan con depresión y ansiedad, o estos son un síntoma prematuro del deterioro cognitivo (27).

Se empleó la **Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage** (28) que se utiliza para evaluar sintomatología depresiva la **Escala Geriátrica de Ansiedad (GAS 1) de Segal y Payne**. Como cuarta fase se estableció la necesidad de evaluar simulación trastornos de memoria debido a que se ha recurrido a la evidencia proporcionada por estas pruebas para usarlas como apoyo para legitimar o refutar las quejas relacionadas al deterioro de habilidades cognitivas (29, 30). Por lo tanto, e trabajó con pruebas neuropsicológicas para la detección de simulación como el **Test de Simulación de Problemas de memoria (TOMM)** la cual es una test destinado a ayudar en la discriminación entre problemas de memoria genuinos y simulados. Se utilizó la versión elaborada por Tom Tombaugh y adaptada al español por Vilar-López, Pérez García, Puente en el 2011.

Resultados

La población adulta mayor privada de libertad representa un reto en el abordaje desde la psicología debido a que tienen condiciones de salud y desarrollo psicosocial que los ubica en una posición de vulnerabilidad dentro de un sistema de justicia diseñado para personas adultas y jóvenes. Estas personas se ubican en un entorno con carencias y condiciones estructurales que no se adaptan a sus necesidades, con antecedentes de patología neurológica, con un ambiente actual poco estimulante y en el que la neuropsicología puede brindar insumos y elementos para la toma de decisiones como los que se mencionan a continuación.

Protocolo de evaluación neuropsicológica

El protocolo elaborado toma en cuenta factores como la disponibilidad del tiempo para realizar evaluaciones en el CAI AM debido a que este es reducido y el presupuesto destinado en el Ministerio de Justicia para adquirir pruebas que es muy limitado.

Por lo tanto, se tomó la decisión de que el protocolo estuviera dividido en tres partes, como módulo de entrevista y observación conductual se elaboró una entrevista clínica-forense en la cual se abordan áreas como la salud, lo académico y laboral, relaciones interpersonales y consumo de sustancias dentro de la población privada de libertad y una observación de áreas como el estado de ánimo, pensamiento, estado de alerta, presentación personal. Además, la inclusión de unos indicadores de cambio cognitivo. Para el módulo de estado de ánimo, se escogieron dos pruebas que miden síntomas de depresión y ansiedad como la **Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage** (28), con modificaciones en algunos ítems, y la **Escala Geriátrica de Ansiedad (GAS 1) de Segal y Payne**, esto con el fin de poder realizar una evaluación diferencial debido a que algunos deterioros cognitivos cursan con depresión y ansiedad, o estos son un síntoma prematuro del deterioro cognitivo.

En cuanto al módulo de valoración cognitiva se consideró relevante mantener la prueba de cribaje denominada **NEUROPSI en formato breve** (22), ya que es de los pocos test que tienen datos normativos para población adulta mayor y con escolaridad nula-baja, un factor predominante en la población privada

de libertad, y se decidió utilizar el Trail Making Test A y B, como una medición de funcionamiento ejecutivo.

Con este protocolo se brindaron evidencias para para apoyar en la toma de decisiones sobre preguntas psicolegales como:

- a. Evaluaciones neuropsicológicas para ingresar a un grupo de intervención y rehabilitación vinculado al delito.
- b. Evaluación del funcionamiento cognitivo de personas con consumo crónico de sustancias.
- c. Evaluaciones de riesgo de violencia por motivo de cambio de modalidad de la pena y solicitud de visita conyugal.
- d. Valoraciones cognitivas de personas privadas de libertad.

Debido a las características de la población, este protocolo de evaluación sirvió como fuente colateral para apoyar la atención de las personas adultas mayores. Además, permitió dilucidar los ámbitos en los cuales la neuropsicología forense es pertinente y en cuáles no.

Discusión

Con la puesta a prueba del presente protocolo fue evidente que las evaluaciones neuropsicológicas forenses de personas adultas mayores, requieren de la experticia y toma de conciencia de las implicaciones de la historia de desarrollo en el ciclo vital de esta población. Como uno de los principales hallazgos derivados de esta experiencia, se puede mencionar la documentación, por primera vez en el sistema penitenciario costarricense, del gran porcentaje de historial de traumas craneoencefálicos presentado por las personas mayores evaluadas, lo cual concuerda con la literatura científica en la que se reporta que la incidencia de TCE en la población privada de libertad es particularmente alta (31). Además, este fenómeno se acompaña de otras variables que tienden a la afectación del funcionamiento neuropsicológico como consumo de sustancias, los cuales al presentarse en conjunto, podrían funcionar como factores de riesgo para el desarrollo de síntomas de depresión, ansiedad y problemas en la regulación emocional, típicamente descritas en poblaciones con daño cerebral adquirido y abuso de sustancias.

Vinculado a esto, es clara la importancia de desarrollar modelos de evaluación que permitan tomar en cuenta particularidades de la población adulta mayor atendida, caracterizada en Costa Rica, en el CAI, por una baja formación académica, analfabetismo o escolaridad primaria incompleta. Dado que la mayoría de pruebas psicológicas y neuropsicológicas están atravesadas por la educación y el contexto académico (32). Los test neuropsicológicos, tienen limitaciones para explicar el funcionamiento de las personas en su contexto diario. Como señala García, Sánchez y Aliaga (26) la presencia de dificultades cognitivas (demostradas a través de procesos psicométricos) no quiere decir que la persona no puede realizar determinadas actividades de un modo satisfactorio. Si bien los tests neuropsicológicos son buenos para evaluar procesos cognitivos, estos no nos proporcionan información respecto a la capacidad del individuo para utilizar estrategias compensatorias o ayudas externas.

Lo cual lleva a cuestionar el papel que se le ha querido adjudicar a las pruebas neuropsicológicas al verlas como medidas de daño cerebral en lugar de utilizarlas como lo que son: medidas de habilidades cognitivas (33). Se considera importante fomentar esta visión debido a que un bajo rendimiento en pruebas

neuropsicológicas se puede dar por otros factores más allá del daño cerebral, entre estos factores se puede mencionar una limitada cooperación o inatención causada por la fatiga, dolor, incomodidad, efectos de medicamentos, abusos de sustancias, problemas de aprendizaje, trastornos mentales o poca motivación. Por lo tanto, se debe apelar a un modelo de evaluación que se enfoque en la triangulación de información para la toma de decisiones

Por lo tanto, estos modelos de evaluación deben migrar hacia un enfoque con validez ecológica, entendida como la relación funcional y predictiva que se establece entre la ejecución del sujeto en la exploración neuropsicológica y su contexto diario (20, 26). En el contexto forense, esta perspectiva es particularmente importante ya que podría aportar mayor legitimidad a las decisiones que se toman.

Resulta de interés señalar que el delito que más se reportó en la población evaluada fue la ofensa sexual, lo cual concuerda con lo que han encontrado organismos internacionales e investigaciones científicas y que en esta experiencia se pudo observar: adultos mayores privados de libertad, cuyo primer delito ocurre en la vejez, suelen ser condenados por ofensa sexual. Es frecuente encontrar en la literatura existente, que la mayoría de adultos mayores que cometieron su delito sexual lo realizaron en edades mayores a los 65 años (2) y esta población, tanto en la práctica como en estudios científicos, presentaron un rendimiento cognitivo bajo en tareas de funcionamiento ejecutivo particularmente en control inhibitorio y flexibilidad cognitiva (medidos con el Trail Making y TESEN) (15). Estas características deben ser estudiadas con mayor profundidad, cuestionando las implicaciones neuropsicológicas, forenses y psicosociales de los datos, así como su valor para el manejo legal.

Además, tal y como lo reportan Rodríguez, Boyce y Hodges (15), la población evaluada en Costa Rica presentó también un historial de hipertensión, el cual constituye un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo en la vejez y, como se mencionó anteriormente, complejizan aún más el escenario de análisis multifactorial en las historias de desarrollo que incluyen de estas personas que poseen antecedentes de TCE y carencias múltiples psicosociales. Si bien nada de ello exculpa del delito cometido, el análisis de estos factores de riesgo amplían el abanico de consideraciones para el abordaje que quienes incurrir en una ofensa sexual en su vejez o bien para reincidir en ella. Se considera que es importante documentar que muchas de las personas que cometen una ofensa sexual en la adultez mayor podrían estar presentando sintomatología frontal y que esto requiere de más y mejores investigaciones.

Otro de los factores relevantes encontrados en esta experiencia costarricense, es la alta exposición a agroquímicos tóxicos que, en el CAI, corresponde a un 22% de la población evaluada. Su impacto en la cognición de estas personas mayores debe estudiarse con mayor rigurosidad, ya que investigaciones realizadas en el país por Wesseling, van Wendel de Joode, Keifer, London, Mergler, Stallones (34) en las bananeras de Limón, encontraron que los trabajadores expuestos a los pesticidas utilizados en las bananeras como el organofosfato y el carbamato, mostraron un rendimiento bajo en tareas psicomotoras y habilidades visomotoras, además, presentaban síntomas neuropsiquiátricos como depresión, ansiedad, irritabilidad, defensividad, tensión y paranoia.

Conclusiones

Ésta experiencia práctica y teórica parece indicar que se debe de seguir investigando sobre las características de la población adulta mayor privada de libertad como el antecedente de trauma craneoencefálico y la exposición a agroquímicos así como el fenómeno observado de que la mayoría de personas adultas mayores privadas de libertad entran al sistema por un delito sexual.

Se debe reconocer el alcance limitado que tiene la neuropsicología forense hasta el momento, en donde puede servir como una fuente más de información y no como una práctica en la cual se quiera depositar toda

la responsabilidad. Además, se debe tomar en cuenta la necesidad de avanzar el desarrollo de modelos de evaluación neuropsicológica con validez ecológica y adaptada a la población en estudio.

Bibliografía

1. Chiviawosky, S., Lopes, P & Chalabaev, A. Age stereotypes' effects on motor learning in older adults: The impact may not be immediate, but instead delayed. *Psychology of Sport & Exercise*, 2018; 36: 209-121. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.02.012>
2. United Nations Office on Drugs and Crime. Handbook for prisoners with special needs. Vienna, Austria: Author. 2009. Recuperado de https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_Prisoners_with_Special_Needs.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Reporte Mundial en Envejecimiento y Salud. Ginebra: OMS. 2005.
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Hogares. 2018. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/social/poblacion-adulta-mayor>
5. Ministerio de Justicia y Paz. Estadísticas. 2018. Recuperado de <http://www.mjp.go.cr/Home/Estadisticas>
6. Blanco, T. Ansiedad ante la muerte y factores de vulnerabilidad asociados en ofensores sexuales recluidos en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor. *Anales en Gerontología*, 2016; 7: 26-40. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/17568/17067>
7. Leal, M., Solozar, R., Ruiz, J. Motivos de consulta de la población privada de libertad en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor de San Rafael de Alajuela. *Rev. costarric. salud pública*. 2004; 13(24). Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292004000100004#a2
8. Leal, M., Solozar, R. Prevalencia de depresión en la población privada de libertad del centro de atención institucional adulto mayor del ministerio de justicia. *Rev. costarric. salud pública*. 2004; 13 (25): 55-59. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292004000200007&script=sci_abstract
9. Aragón, J. Proceso de atención gerontológica para los adultos mayores privados de libertad del Centro de Atención Institucional Adulto Mayor. Manuscrito inédito. San Pedro, Costa Rica. 2006.
10. Ministerio de Justicia y Paz. Dirección General de Adaptación Social. 2016. Recuperado de <http://www.mjp.go.cr/Dependencias/DGASDetalles>
11. Baidawi, S., Trotter, C. Psychological Distress Among Older Prisoners: Associations With Health, Health Care Utilization, and the Prison Environment. *Journal of Correctional Health Care*. 2016; 22 (4): 354-366. doi: 10.1177/1078345816669964
12. Maschi, T., Viola, D., Morgen, K. Unraveling Trauma and Stress, Coping Resources, and Mental Well-Being Among Older Adults in Prison: Empirical Evidence Linking Theory and Practice. *The Gerontologist*. 2013; 54 (5): 857-967. doi:10.1093/geront/gnt069
13. Maschi, T., Kwak, J., Ko, E., Morrissey, M. Forget me not: Dementia in Prison. *The Gerontologist*. 2012; 52 (4): 441-451. doi:10.1093/geront/gnr131
14. Denney, R., Tyner, E. Criminal Law, Competency, Insanity, and Dangerousness: Competency to Proceed. En MacNeill-Horton, A., Hartlage, L. (Ed). *Handbook of forensic Neuropsychology*. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2012. p. 211-234.
15. Rodriguez, M., Boyce, P., Hodges, J. A neuropsychological study of older adult first-time sex offenders, *Neurocase*, 2017. doi: 10.1080/13554794.2017.1334802
16. Blasingame, D. Traumatic Brain Injury and Sexually Offensive Behaviors, *Journal of Child Sexual Abuse*. 2018. doi: 10.1080/10538712.2018.1510454

17. Greiffenstein, M & Kaufmann, P. Neuropsychology and the law: Principles of Productive Attorney Neuropsychologist Relations. En Larrabee, G. (Ed). *Forensic Neuropsychology: A scientific approach*. New York: Oxford University Press; 2012. p. 3-22
18. Leonard, E. Forensic Neuropsychology and expert witness: an overview of forensic practice. *International Journal of law and psychiatry*. 2015; 42(43): 177-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.08.023>
19. Huettig, F., Kolinsky, R., Lachmann, T. The culturally coopted brain: how literacy affects the human mind. *Language, Cognition and Neuroscience*. 2018; 33(3): 275-277, doi: 10.1080/23273798.2018.1425803
20. Lezak, M., Howieson, D., Bigler, E., Tranel, D. *Neuropsychological Assessment*. New York, Oxford University Press; 2012.
21. Ardila, A., Bertolucci, P., Braga, L., Castro-Caldas, A., Judd, T., Kosmidis, M., Matute, E., Nitrini, R. Ostrosky, F., Roselli, M. The neuropsychology of cognition without reading. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2010; 25: 689-712.
22. Ostrosky-Solís, F. Ardila, A & Rosselli, M. *Test Neuropsi*. México: Universidad Autónoma de México; 2018.
23. Portellano, J., Martínez, R. TESen. Test de los Senderos para la Evaluación de las Funciones Ejecutivas. Madrid: TEA Ediciones; 2014.
24. Jurica, P., Leitten, C., Mattis, S. *Escala de Puntuación de Demencia-2*. Estados Unidos: PAR Psychological Assessment Resources, Inc; 1988.
25. Goodglas H, Kaplan E y Barresi B. *Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados*. (3ra Ed). Madrid Ed. Panamericana; 2005.
26. García, A., Sánchez, G., Aliaga, A. Validez ecológica y actividades de la vida diaria en el contexto forense. En Jarne, A. y Aliaga, A. (comps.). *Manual de neuropsicología forense: De la clínica a los tribunales*. Barcelona: Herder Editorial; 2010. p. 159-202.
27. Morimoto, S. S., Kanellopoulos, D., & Alexopoulos, G. S. Cognitive Impairment in Depressed Older Adults: Implications for Prognosis and Treatment. *Psychiatric annals*. 2014; 44(3): 138–142. doi:10.3928/00485713-20140306-0
28. Yesavage, J. & Brink, T. Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 1983; 17: 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
29. Tombaugh, T. *Test of Malingering*. Canadá: Multi-Health Systems Inc; 1996.
30. Tombaugh, T., Vilar-López, R., Pérez, M., Puente, A. (trad). Test de simulación de problemas de memoria [Test of memory malingering, (TOMM)]. Madrid: TEA EDICIONES; 2011.
31. Allely, C. Prevalence and assessment of traumatic brain injury in prison inmates: A systematic PRISMA review. *Brain Injury*. 2016. doi: 10.1080/02699052.2016.1191674
32. Kosmidis, M. Challenges in the neuropsychological assessment of illiterate older adults. *Language, Cognition and Neuroscience*. 2017. doi: 10.1080/23273798.2017.1379605
33. Larrabee, G. A scientific approach to forensic neuropsychology. En Larrabee, G. (Ed). *Forensic Neuropsychology: A scientific approach*. New York: Oxford University Press. 2012. p. 3-22.
34. Wesseling, C., van Wendel de Joode, B., Keifer, M., London, L., Mergler, D., Stallones, L. Symptoms of psychological distress and suicidal ideation among banana workers with a history of poisoning by organophosphate or n-methyl carbamate pesticides. *Occup Environ Med*. 2010; 67: 778-784. doi:10.1136/oem.2009.047266



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.

