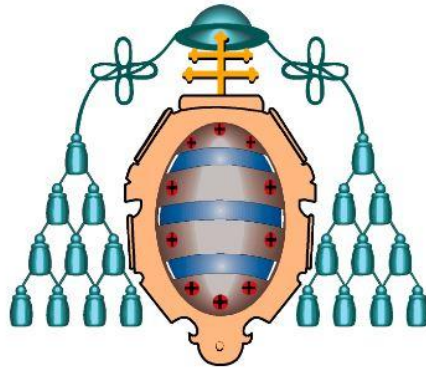


Universidad de Oviedo



Departamento de Psicología

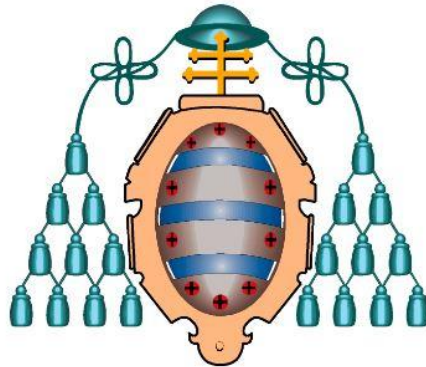
Programa de Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

Estudio de una muestra penitenciaria española y
latinoamericana de la realidad de la psicopatía en prisión

Autora: Beatriz Pérez Sánchez

Universidad de Oviedo



Departamento de Psicología

Programa de Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

Estudio de una muestra penitenciaria española y
latinoamericana de la realidad de la psicopatía en prisión

Autora: Beatriz Pérez Sánchez

Director: Fco. Javier Rodríguez Díaz

La presente Tesis Doctoral ha sido realizada gracias al apoyo económico de la ayuda concedida a Doña Beatriz Pérez Sánchez durante su Formación Predoctoral:

- Beca “Programa Severo Ochoa” concedida por FICYT (Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología) con Referencia BP09-147





21 de abril de 2014, Puebla, Pue. México

Señores
Departamento de Psicología
Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo s/n
33003 Oviedo

A través de esta carta manifiesto mi apoyo para que Beatriz Pérez Sánchez reciba la mención de Doctora Internacional, puesto que cumple con los requerimientos necesarios para ello gracias a su tesis doctoral titulada "Estudio de una muestra penitenciaria española y latinoamericana de la realidad de la psicopatía en prisión".

La metodología empleada y los resultados obtenidos en esta tesis doctoral representan aportes importantes para la generación y aplicación de conocimiento en el área de la Psicología Criminológica y Penitenciaria, en particular en lo referente a la relevancia de la evaluación de la psicopatía, los factores de riesgo y de protección asociados con ella y la detección de psicópatas integrados.

Es de mencionarse que los resultados de esta tesis doctoral tienen un alto impacto puesto que ofrecen un análisis objetivo de los procesos utilizados para la evaluación de psicopatía y sus limitaciones, en particular en los centros penitenciarios. Además, es de destacarse el esfuerzo realizado para contar con muestras de tres países, lo cual no es fácil considerando el acceso restringido que suele tenerse a las poblaciones penitenciarias.

La evaluación de Psicopatía en Latinoamérica aún es incipiente y apenas hace unos años se empezó a usar la escala PCL-R, si bien en otros países es un poco más frecuente el uso de este tipo de instrumentos, aún sigue empleándose sobre todo con fines de investigación y con proyectos de demostración que como un requisito en los sistemas de justicia. Los resultados de esta tesis llaman la atención sobre la necesidad de emplear otros

In Memórian

A Eduardo

Agradecimientos

Este trabajo ha sido el fruto de años de esfuerzo y dedicación a la investigación, trabajo que no hubiera sido posible sin la colaboración de muchas personas. A todas ellas quiero agradecerles su desinteresada aportación y apoyo.

En primer lugar quisiera nombrar al Dr. Eduardo Gutiérrez Cienfuegos, responsable del rumbo de mi carrera profesional. Gracias por mi primera oportunidad en el mundo de la investigación en el ámbito penitenciario. Gracias por tu paciencia, enseñanzas y consejos. Gracias por confiar en mí cuando yo aún no lo hacía.

Al Dr. Francisco Javier Rodríguez Díaz por la inmejorable dirección de esta tesis. Gracias por la transmisión de conocimientos y entusiasmo por la docencia e investigación, por las orientaciones, disponibilidad, paciencia y confianza en mi valía. Gracias por las palabras de apoyo, aliento y comprensión.

Gracias a los Drs. Juan Bautista Herrero Olaizola, Luis Rodríguez Franco y Javier López Cepero por la paciencia, disponibilidad y por hacer posible lo que para mí era imposible.

A la Dra. Cristina Estrada Pineda, Carlos Solano, Sara Patricia Colín Soto, el Dr. Jaime Náquira Riveros y el Dr. Andrés Coó, por el amable recibimiento durante mi formación en México y Chile. Gran parte de este trabajo no hubiera sido posible sin su perseverancia y desinteresado apoyo y guía.

Merecedores de agradecimiento son los miembros del equipo de investigación con el que he tenido el placer de trabajar. A Asun, Benjamín, Irene, Marian, Carolina, Julia, Mariola y Laura. Vuestra colaboración en este trabajo ha sido inestimable. Gracias por ser compañeros y amigos.

Al Dr. Eric García-López y la Dra. Luz Anyela Morales Quintero, por su colaboración, consejos y guía en la corrección de esta tesis.

En deuda me encuentro con la dirección de los Centros Penitenciarios que me han abierto sus puertas, así como los profesionales que en ellos me han recibido. Quisiera hacer especial mención de la Unidad Terapéutica y Educativo del Centro Penitenciario de Villabona (Asturias) y las personas que permitan que sea posible: Faustino, Begoña,

Esteban, Nacho y el resto de profesionales y funcionarios. Gracias por vuestra lucha personal e incesante en favor de la reinserción y permitirme ser testigo de vuestro caminar durante tantos años. De igual manera, me gustaría mencionar aquí a los participantes en este estudio, que colaboraron compartiendo su tiempo y experiencias vitales con valentía y sin trabas, a pesar de no obtener beneficio alguno por ello.

En último lugar, y no por ello menos importante, quisiera nombrar a mis familiares y amigos. Gracias a mis padres Luis y Sole, por apoyarme durante todos estos años en los momentos difíciles y darme todas las oportunidades que me han permitido llegar hasta aquí. Vuestra confianza en mí, vuestro respeto y comprensión han sido indispensables para seguir hacia adelante. Gracias al resto de mis familiares y amigos, por apoyarme cuando las fuerzas flaquean y tener siempre disponibles palabras de apoyo. Gracias a Marcos por soportar mis peores momentos, aplacar mi desesperanza y enseñarme a valorar lo bueno del camino más difícil.

INDICE

MARCOS TEÓRICO

LA PRISIÓN	9
1.1. Medio hostil para la reeducación y reinserción social.....	9
1.2. La prisión y la salud mental.....	15
1.2.1. La prisión y los trastornos de personalidad.....	20
EL CONCEPTO DE PSICOPATÍA.....	23
2.1. Evolución histórica.....	24
2.2. La aproximación clínica tradicional: Hervey Cleckley y la Psicopatía	29
2.3. Robert D. Hare y la Psicopatía.....	33
2.3.1. La escala de Psicopatía de Robert D. Hare, el PCL-R.....	35
2.3.2. La estructura factorial del PCL-R.....	40
2.4. Diagnóstico diferencial	46
2.4.1. Psicópata criminal vs psicópata no carcelario.....	46
2.4.2. Psicopatía vs Trastorno Antisocial de la Personalidad.....	51
2.4.3. Psicopatía vs Trastorno Disocial de la Personalidad.....	60
2.5. Aproximaciones recientes al concepto de psicopatía.....	64
2.5.1. El modelo triárquico de psicopatía	64
2.5.2. El modelo explicativo de la personalidad psicopática.....	67
2.6. Reflexión: La conducta antisocial y la psicopatía.....	70
ETIOLOGÍA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA PSICOPATÍA	74
3.1. La familia y la competencia parental.....	75
3.1.1. La familia y los trastornos de personalidad en contexto penitenciario.....	76
3.1.2. La familia y la psicopatía.....	78
3.2. Los contextos culturales y la psicopatía.....	84

LA CONDUCTA DELICTIVA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA PSICOPATÍA	90
4.1. Conducta delictiva y trastornos de personalidad en contexto penitenciario.	90
4.2. Conducta delictiva y la psicopatía.	95
EL TRATAMIENTO DE LA PSICOPATÍA EN PRISIONES	102
5.1. La psicopatía, ¿Un trastorno intratable?	102
5.2. La Unidad Terapéutica y Educativa, una propuesta para la intervención en psicópatas.....	106

MARCO EXPERIMENTAL

PLANTEAMIENTO	121
6.2. OBJETIVO GENERAL.....	122
6.2.1. Descripción objetivos específicos.	122
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y BIBLIOMÉTRICA	125
7.1. Objetivos e hipótesis.....	125
7.2. Método.....	127
7.2.1. Instrumentos.	127
7.2.2. Procedimiento.....	127
7.3. Resultados.....	128
7.3.1. Análisis de las muestras.....	128
7.3.1.1. Clasificación por edad (62,26%).....	128
7.3.1.2. Clasificación por género (90,93%).....	129
7.3.1.3. Clasificación por procedencia (6,53%).....	129
7.3.2. Análisis de productividad.....	129
7.3.2.1. Productividad anual. (100%).....	129
7.3.2.2. Producción por lugar de publicación (100%).....	134
7.3.2.3. Producción por revistas (100%).....	135
7.3.3. Análisis de contenido.	136
7.3.3.1. Clasificación de conceptos clave.....	136

7.3.3.2. Clasificación de los temas tratados por los autores más prolíficos.	138
Discusión.	141
METODO	144
8.1. Participantes.	144
8.2. Instrumentos y variables.	145
8.3. Procedimiento y Estrategias de Análisis.	152
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	156
9.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	156
9.1.1. Objetivos e hipótesis.	156
9.1.2. Método.	157
Participantes	157
Instrumentos	158
Procedimiento y análisis de datos.	158
9.1.3. Resultados.	158
9.1.3.1. Características sociodemográficas de la muestra.	158
9.1.3.2. Características de Salud Mental autoinformada de la muestra.	165
9.1.3.3. Características delictivas de la muestra.	168
9.1.3.4. Características de la muestra en función del IPDE-SQ.	171
9.1.3.5. Características de la muestra en función del PCL-R.	175
Discusión.	179
9.2. LA ESTRUCTURA FACTORIAL DEL PCL-R. CUESTIONAMIENTO DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL COMO CRITERIO DE EVALUACIÓN DE PSICOPATÍA	184
9.2.1. Objetivo e Hipótesis	185
9.2.2. Método.	186
Participantes	186
Instrumentos	186
Procedimiento y análisis de los datos	186
9.2.3. Resultados.	187

Discusión.....	191
9.2. PERFIL DEL PSICÓPATA INSTITUCIONALIZADO SIN ESTILO DE VIDA DELICTIVO	195
9.3.1. Objetivo e hipótesis.	196
9.3.2. Método.....	197
Participantes.	197
Instrumentos	197
Procedimiento y análisis de los datos.....	198
9.3.3. Resultados.....	198
Discusión.....	209
9.4. LA PSICOPATÍA A TRAVÉS DE LAS CULTURAS.....	213
9.4.1. Objetivo e hipótesis.	214
9.4.2. Método.....	215
Participantes	215
Instrumentos	215
Procedimiento y análisis de datos.....	215
9.4.3. Resultados.....	215
Discusión.....	218
9.5. LA UNIDAD TERAPÉUTICA Y EDUCATIVA. MODELO ALTERNATIVO DE PRISIÓN EFICIENTE EN LA REINSERCIÓN DEL PSICÓPATA.....	222
9.5.1. Objetivo e hipótesis.	222
9.5.2. Método.....	223
Participantes	223
Instrumentos	223
Procedimiento y análisis de datos.....	224
9.5.3. Resultados.....	224
Discusión.....	228
9.6. EL TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD Y PSICOPATÍA	
230	

9.6.1. Objetivo e hipótesis.....	231
9.6.2. Método.....	232
Participantes.....	232
Instrumentos	232
Procedimiento y análisis de datos.....	233
9.6.3. Resultados.....	233
Discusión.....	235
9.7. ETIOLOGÍA Y CONDUCTA DELICTIVA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN CIE-10.....	238
9.7.1. Objetivo e hipótesis.....	239
9.7.2. Método.....	240
Participantes	240
Instrumentos	240
Procedimiento y análisis de datos.....	241
9.7.3. Resultados.....	241
9.7.3.1. Trastorno disocial de la personalidad.....	241
9.7.3.2. Trastorno impulsivo de la personalidad	245
9.7.3.3. Trastorno anancástico de la personalidad.....	247
9.7.3.4. Trastorno ansioso de la personalidad	251
Discusión.....	253
CONCLUSIONES GENERALES	258
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	276

MARCO TEÓRICO

LA PRISIÓN

La cárcel, como realidad históricamente al margen de la sociedad, ha sido fuente de interés y estudio por parte de la comunidad científica. Entre sus muros emerge una organización social propia, una manera de relacionarse con el espacio, el otro y con uno mismo como consecuencia de sus particularidades. El profesor Jesús Valverde Molina (1997) comenta al respecto que:

“Esta situación de ambiente total, precario y anormalizador, y de estructura rígida y violenta de la vida, lleva a que la cárcel se convierta en un auténtico sistema social alternativo, con sus sistemas de comunicación e información e incluso sus agentes de control social, encargados de reprimir cualquier tipo de desviación de las normas establecidas. Todo ello al margen de la institución. En este ambiente, la actividad diaria de la vida del recluso se convierte en una incesante <<lucha por la supervivencia>>, en un intento constante de adaptación, buscando un máximo de gratificación con la menor cantidad posible de dolor” (p.77).

La vida al límite que supone vivir y convivir en una prisión, sumado a la casuística que ha llevado al individuo a ser penado con la privación de libertad, queda irremediablemente unido con la psicología, ya sea como causa o consecuencia.

En este capítulo se revisan las limitaciones que suponen este medio para la reeducación y reinserción del penado, centrandó el interés en la enquistada problemática de salud mental dentro de las prisiones, concediendo especial importancia a los trastornos de personalidad.

1.1. Medio hostil para la reeducación y reinserción social.

La privación de la libertad como forma de intervención penal, aparece a finales del siglo XVI y comienzos del siglo XVII, consolidándose las prisiones como sistema de control social a finales del siglo XVIII sobre la base del aislamiento y separación social (Rodríguez-Díaz, Álvarez, García, Longoria, & Noriega, 2014a). Hasta entonces, se utilizaba este sistema solo como una forma de custodiar al infractor a la espera de ser juzgado y condenado. La llegada más bien tardía de la privación de libertad como castigo en sí mismo se debe a la consideración del reo como una carga, un individuo

inútil al que alimentar. Los castigos corporales, la pena de muerte, los trabajos forzados o la esclavitud, eran medidas más populares que no reportaban gastos o proporcionaban algún beneficio económico a la sociedad. Con las prisiones no llegó la humanización del trato al reo, ni mucho menos. Estas se caracterizaban por tratos crueles y abusivos, castigos desproporcionados al delito cometido, falta de higiene, etc., con el único fin de mantener al delincuente alejado de la sociedad a la que ya no pertenece. Desde su instauración, se suceden debates y polémicas sobre su existencia y no son pocas las voces que han abogado y abogan por el respeto a los derechos humanos del delincuente. Durante la II República Española, destacaron las figuras de Concepción Arenal, visitadora de Prisiones y Victoria Kent, Directora general de Prisiones, quienes consiguieron cambios reales en el Sistema Penitenciario, mejorando las condiciones de vida del preso y defendiendo una cárcel destinada a la rehabilitación y la recuperación de las personas infractoras para la sociedad. Una prisión bajo una orientación más humanista.

El Artículo 25.2 de la Constitución Española (1978), en la línea de una perspectiva más humanista, recoge:

“Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la Ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad” (p. 29318).

Este objetivo planteado hace más de tres décadas, pretende la reeducación y la reinserción social del penado proporcionándole los medios necesarios durante su tiempo de reclusión para dicho fin: educación, trabajo y tratamiento. Este objetivo queda en la mayoría de las ocasiones enmarcado en la teoría, como una utopía imposible de alcanzar ante las características y circunstancias del medio y las personas que se pretenden recuperar. Los profesionales a los que se les encarga la enorme tarea de modificar el comportamiento del preso y en definitiva todo su estilo de vida, se encuentran además de con la resistencia al cambio de cada interno motivada por su historia personal, con un

medio hostil que juega en contra de todos los avances conseguidos en sus intervenciones.

España es uno de los países Europeos con mayor número de personas privadas de libertad a pesar de presentar una de las más bajas tasas de criminalidad (Díez, 2012), siendo la cifra de individuos que entran en prisión, algo que aumenta de año en año- en 1990 el número de encarcelados en nuestro país era de 33.000, en 1995 de 45.000, en el 2002 de 51.000, en el 2007 de 66.000 y según los datos de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias a fecha de octubre del 2013 alcanzamos un total de 67.649 - . En otras palabras, en un periodo de 23 años el número de encarcelados ha aumentado en más de 34.000 personas, lo que quiere decir que la cifra se ha llegado a duplicar. Del total de personas actualmente privadas de libertad en nuestro país, el 92,4% son hombres, el 70% se encuentra entre los 31 y 60 años y el 32% son extranjeros. El 37% de los penados se encuentra en prisión cumpliendo condena por delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómicos, siendo estos los delitos más frecuentes, seguido de aquellos contra la Salud Pública (25%); de lejos, les siguen los delitos y faltas de Violencia de Género (7%), los delitos por Homicidio y sus formas (6,5%) y los delitos contra la Libertad Sexual (5,5%). El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD, 2011), realizó la encuesta sobre salud y consumo de drogas en 4.980 internados en instituciones penitenciarias (ESDIP); de estos, el 44,8% presentan estudios primarios, primarios incompletos, son analfabetos o no los presentan, superando los estudios secundarios solo el 4,9%; sobre la conducta delictiva, el 15% ha estado en un centro de menores y el 57,7% son delincuentes primarios, mientras el 18,4% son reincidentes y el 23,9% restante resultaron ser multireincidentes; además, el 26,7% convivía en pareja antes de entrar en prisión y un 4,4% se encontraba en situación precaria en lo que respecta al alojamiento.

Ante el aumento progresivo, y parece que sin freno de la población reclusa en España, debido no al aumento de los delitos sino al endurecimiento que ha sufrido el sistema penal en los últimos años (Díez, 2012; Redondo, 2007), la única respuesta palpable y, por otra parte imprescindible considerando el desbordamiento de las Instituciones Penitenciarias, es la ampliación del presupuesto para la construcción de nuevas prisiones que acojan a tal magnitud de personas, que ya sobrepasan el número de plazas

en las cárceles actuales -ello obliga en algunos casos a vivir en condiciones de hacinamiento- (Loizaga, 2008). Ante este panorama de desbordamiento de la población en las prisiones, y por tanto de trabajo para los profesionales que en ellas se desempeñan, la intervención punitiva es la única que puede aspirar a reducir los niveles de reincidencia. La reeducación y reinserción parece una tarea inabarcable considerando los medios y material humano disponibles, con la única perspectiva de que sea suficiente encerrar en prisión a las personas que cometen delitos para conseguir resultados positivos. La sociedad espera que los internos mejoren sus comportamientos en su estancia en las cárceles por el simple hecho de estar en ellas -aunque miran con escepticismo que en realidad exista una rehabilitación en su interior- (Roberts & Hough, 2005). A esto se suma que en ocasiones, los profesionales que intervienen en la administración de justicia - hablamos de jueces, abogados, fiscales, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, policías y médicos-, no analizan de manera formal las disfunciones del sistema en su aplicación práctica, ni tampoco estudian las consecuencias que generan en las personas que se someten al mismo, limitándose a realizar su función en la medida de lo posible. Nuestro sistema penal, lejos de prevenir la delincuencia y reparar el daño sufrido por la víctima, provoca consecuencias graves para la ciudadanía y el victimario (García-López, 2014; Rodríguez-Díaz, Bringas, Fariña, Arce, & Bernardo, 2008; Valverde, 1997, 2002).

Esta realidad se mantiene a pesar de que la respuesta punitiva ante el delito es la que ha ofrecido los peores resultados acerca de los efectos sobre la reincidencia, que se estima alrededor del 60%. Como demuestra la investigación sobre la eficacia de los tratamientos en prisión, la mayor represión no garantiza mejoras sociales (Romero, 2006). Un ejemplo de ello es el meta-análisis realizado en 1999 por Redondo, Sánchez-Meca & Garrido en el que se tomó como muestra 57 programas de 6 países europeos obteniendo una reducción de la reincidencia en el caso de la aplicación de los programas cognitivos y conductuales de un 28% y un 27% respectivamente, mientras que los basados en el castigo solo la reducían en un 4%.

La mejor manera de reducir la delincuencia es la rehabilitación social del delincuente, consiguiendo a través de programas eficaces implantados en el sistema penitenciario tradicional, una mejora de alrededor del 10% (Redondo et al., 1999; Redondo, Sánchez-Meca, & Garrido, 2002). Resultados similares obtuvieron el meta-análisis de Pearson,

Lipton, Cleland, & Yee (2002) o de Wormith y sus colegas (2007). Estos concluyeron que los programas que incluían el desarrollo de habilidades sociales y cognitivas y las intervenciones cognitivo-conductuales, obtenían los resultados más eficaces, destacando la importancia de aplicar el tratamiento de forma íntegra.

Cuando los profesionales son sensibles a la tarea que tienen encomendada y buscan un cambio real basándose en los programas de eficacia demostrada, suelen encontrarse con una institución rígida que dificulta su instauración. Respecto a esto, el profesor Jesús Valverde Molina (2002, p.103) opina que: “Lo que ocurre en el campo de la inadaptación es que si bien es frecuente que las instituciones utilicen a científicos en tanto sea útil a sus planteamientos, rara vez se les permite la modificación de esas instituciones de cara a una incidencia efectiva sobre el fenómeno”. En la actualidad, los programas de intervención orientados a la reinserción del penado, se encuentran en los manuales sobre Criminología pero en pocas ocasiones en la realidad de las prisiones (Paíno & Rodríguez-Díaz, 2004; Rodríguez-Díaz et al., 2001).

Nos encontramos ante un problema social de grandes dimensiones que en vez de intentar ser resuelto en base a soluciones de eficacia demostrada, simplemente se aparta, se aleja, esperando que dicha problemática se resuelva por sí misma. Rodríguez-Díaz et al. (2013) comentan al respecto que: la cárcel margina al que la habita -sea preso sea funcionario-, ya que no se trata de una institución neutra o de paso. Por el contrario, es un lugar que va a dejar huellas, a veces muy profundas, dependiendo del tiempo de permanencia. Es, por lo tanto, destructiva -tanto física como psicológicamente- y produce, en el individuo, un estigma y, consecuentemente, un rechazo por la sociedad. La cárcel margina y, es lógico y coherente pensar que si provoca en el individuo unos efectos irreparables, ésta debería desaparecer o ser sustituida por otro tipo de control social que, por el contrario, fuese eficaz -en el tan importante cometido que supone reinsertar o insertar a un individuo en sociedad-.

Parte de esta situación se debe a que a pesar del tiempo transcurrido, la cárcel es considerada por muchos como una institución con objetivos distintos al que ya referimos. La cárcel como castigo, como método de vengar a las víctimas, proteger a la población o método de disuasión, son algunos ejemplos de ello (Tabla 1.1). La distante relación que a lo largo de la historia han tenido la sociedad y los Centros Penitenciarios, ha favorecido en mucho la estigmatización de la población penal, motivada por la

desconfianza ante la posibilidad del cambio, que se alimenta de los altos índices de reincidencia. El interno que alcanza la libertad, difícilmente se podrá reinsertar en una sociedad que no le comprende, le teme y lo margina.

Tabla 1.1

Agrupamiento de las diversas propuestas y cuestionamientos sobre la función de la Cárcel (Estrada, Rodríguez-Díaz & Solano, 2012, pp. 295-297).

<i>LA PRISIÓN</i>	<i>PROPUESTA</i>	<i>CUESTIONAMIENTOS</i>
<i>Como castigo</i>	<i>Supone que la conducta juzgada indeseable tiene una probabilidad menor de aparición en el futuro, dadas las consecuencias que ha acarreado.</i>	<i>La pena de prisión como forma particular de castigo es problemática, dada la distancia enorme que separa la conducta delictiva de la pena recibida ¿Cómo explicar entonces la existencia de la pena de cadena perpetua?</i>
<i>Como una manera de vengar a las víctimas</i>	<i>La prisión parece la versión civilizada de la antigua Ley del Tali3n, en la cual ojo por ojo se transforma determinado n3mero de a3os dependiendo del de3nito cometido y las agravantes del caso. Los delitos est3n tipificados y la c3rcel sirve para vengar a las v3ctimas.</i>	<i>C3mo explicar la persistencia de una medida -la prisi3n- que ha demostrado suficientemente que el n3mero de a3os pugnados en la c3rcel no modifican que la conducta tienda a la socializaci3n.</i>
<i>Como protecci3n a la poblaci3n</i>	<i>Por ello, s3lo la cadena perpetua es coherente con la funci3n protectora: una condena a 5, 10 3 15 a3os no puede obedecer al razonamiento de la protecci3n, pues nada nos asegura que pasados dichos a3os la persona se habr3 vuelto inofensiva.</i>	<i>Poner de manifiesto tenemos fuertes razones para pensar que la famosa libertad de decisi3n est3 afectada por algo que no sea la salud mental (la historia personal del sujeto, sus circunstancias ambientales, etc.), que impide en la actualidad al individuo escoger libremente entre el bien y el mal.</i>
<i>La prisi3n como un m3todo de disuas3n</i>	<i>La condena servir3a de ejemplo a los dem3s, es decir, escarmiento y justificaci3n para implantar con el tiempo la pena de muerte</i>	<i>Las estad3sticas muestran que no existe ninguna diferencia significativa entre la tasa de criminalidad de los pa3ses que han suprimido la pena capital y la de aqu3llos que a3n no lo han hecho; tampoco existe ninguna diferencia significativa entre la tasa de criminalidad antes y despu3s de la abolici3n (m3s bien aparece una ligera disminuci3n)</i>
<i>La prisi3n como f3brica de delincuentes</i>	<i>Si la c3rcel no s3lo no sirve para lo que se pretende, sino que adem3s produce un efecto contrario, el problema visto desde esta 3ptica es grave</i>	<i>En los hechos siguientes: un condenado a ciertos a3os de prisi3n: a) no es reeducado ni tiene una ocupaci3n constructiva, b) vive en un ambiente de privaci3n, incomfort, etc., que alimenta a3n m3s su odio a la sociedad y fomenta a su vez un deseo de venganza, si no que, adem3s, est3 en contacto casi exclusivo con otros delincuentes. ¿Qu3 puede aprender de ello?</i>
<i>Como m3todo de reeducaci3n del preso (corriente progresista)</i>	<i>Se enfrentan a la c3rcel-castigo, la c3rcel-disuas3n, la c3rcel-protecci3n, y no se quiere reconocer la c3rcel-venganza y se promueve la c3rcel-reeducaci3n para guardar intacta la buena conciencia.</i>	<i>En este marco, lejos del que se trata de proponer, el fijar la pena por adelantado corresponde, como ya se ha dicho, m3s bien a la Ley del Tali3n que a una intenci3n de reeducar.</i>

Otro factor importante que interviene en la evoluci3n del individuo es el h3bitat en el que reside. La conducta se debe a dos elementos: el organismo y el ambiente, y un ambiente empobrecido puede truncar el futuro de un individuo. Los factores sociales cumplen un papel relevante en la compleja red de factores que explican la conducta, por lo que se debe considerar al individuo en funci3n de su ambiente, ya que son dos realidades inseparables (Pa3no, 1995; Pa3no & Rodr3guez-D3az, 1998; Rodr3guez-D3az,

Cordero, Paíno, Hernández, & Hinojal, 2002; Rodríguez-Díaz et al., 1999). El delincuente que entra en prisión se encuentra con un ambiente hostil y violento, con valores antisociales y delictuales, en el que se enaltece la conducta disruptiva y se margina y maltrata la conducta prosocial. Ante el panorama que presenta la subcultura carcelaria, la supervivencia pasa irremediamente por la adaptación al medio, que supone en muchos casos aprendizaje, asimilación, agravamiento de conductas y finalmente la reincidencia tras la libertad o incluso antes de llegar a esta, siendo escasas las herramientas de que disponen los profesionales para compensar este ambiente desfavorable al cambio. Hablamos aquí de la prisión como fábrica de delincuentes, una prisión que favorece el odio a una sociedad que le retiene en estas condiciones, alimentando su sed de venganza (Rodríguez-Díaz et al., 2013).

La prisión ha fracasado. Parafraseando al profesor Jesús Valverde Molina (2002, p. 68): “Las instituciones de control social solo sirven y deficientemente, a la evitación de los efectos sociales del comportamiento desadaptado, pero son cuanto menos ineficaces para la recuperación individual y social del inadaptado”. Como ya hemos mencionado anteriormente, además de la subcultura carcelaria, la sociedad, las posibilidades de acción limitadas de los trabajadores y las mentes estrechas con poder, que por motivos desconocidos no favorecen la llegada del progreso terapéutico al interior de los muros de las prisiones, hay otro factor que dificulta el objetivo de la reeducación y la reinserción: las características individuales del interno en prisión. Este, en muchos casos, presenta una serie de consistencias comportamentales de carácter antisocial que conforman un estilo de vida. La historia personal de cada sujeto -ya sea a nivel biológico, ambiental o interaccionista- que da respuesta al por qué de su carrera criminal, favorecen la resistencia a un cambio que en ocasiones, ni siquiera el interno pretende abordar. Aquí se enmarcan los problemas de Salud Mental.

1.2.La prisión y la salud mental.

Según la OMS, en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces superior en población penitenciaria que en población general (Mendelson, 1992), situándose la prevalencia de los trastornos mentales en la institución penitenciaria española en un 84.4% (Vicens et al., 2011). La drogadicción es la problemática más acusada. La tabla 1.2 presenta los datos del Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad, obtenidos a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD, 2011), en su encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (ESDIP) en una muestra penitenciaria de 4.980 encuestados, de la misma manera, los obtenidos a través de la Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011-2012), contando con una muestra de 22.128 encuestados de entre 15 y 64 años. Al comparar los datos sobre la prevalencia de la ingesta de drogas en los últimos 12 meses, salvo en el caso del alcohol, encontramos un consumo mucho mayor en población penitenciaria.

Tabla 1.2

Comparación consumo de drogas muestra de internos en prisión (ESDIP, 2011) y muestras comunitaria (EDADES, 2011).

Muestras	Alcohol	Cannabis	Cocaína en polvo	Cocaína en base	Heroína	Tranquilizantes
Internos en prisión, N=4.980 (ESDIP, 2011)	71.3%	43.4%	32.2%	21.5%	16.7%	15.9%
En la comunidad, N= 22.128 (EDADES, 2011-2012)	76.6%	9.5%	2.2%	0.2%	0.1%	1.2%

Muestras	Heroína+ Cocaína	Éxtasis	Anfetaminas	Alucinógenos	Metadona	Otros opiáceos	Inhalantes
Internos en prisión, N=4.980 (ESDIP, 2011)	14.2%	7.3%	6.4%	4.9%	4.3%	3.8%	1.6%
En la comunidad, N= 22.128 (EDADES, 2011-2012)	0%	0.7%	0.6%	0.4%	0%	0%	0.1%

No debemos obviar la relevancia del consumo de tabaco, droga legal, extendida y aceptada socialmente, pero altamente adictiva y con traumáticas consecuencias para la salud (Becoña & Míguez, 2004; Montes, Pérez, & Gestal, 2004). El tabaco es uno de los principales problemas de salud pública de los países desarrollados, siendo la droga psicoactiva que primero se empieza a consumir, seguida del alcohol. Se asocia con la adicción a otras sustancias, funcionando como introductora o facilitadora para el consumo de estas, sobretodo en el caso del cannabis, consumido frecuentemente mezclado con el tabaco (Infante & Rubio-Colavida, 2004).

Esta desproporción en la incidencia de problemáticas de salud mental entre población comunitaria y penitenciaria data de más de dos siglos (Reed, 2003), siendo diversas las causas que se han considerado (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011): Un efecto específico de la prisión sobre las personas que se encuentran en ellas; el aumento progresivo de la población penitenciaria en términos generales; el cierre de los manicomios que históricamente albergaba a personas socialmente problemáticas; la relación entre la delincuencia, marginación y drogadicción que induce al desarrollo de problemáticas de salud mental; la alarma social que provoca miedo ante la enfermedad mental, favoreciendo el énfasis en la protección de la sociedad, más que en el cuidado y tratamiento del delincuente con problemas psiquiátricos (Arroyo-Cobo, 2011), a pesar de que es más víctima que agresor, por sus escasos recursos de defensa (Echeburúa, 2004); o el deficiente seguimiento y control por parte de los servicios asistenciales de la comunidad.

Sea cual sea la causa, el Código penal español, tras la reforma de 1995, recoge que cuando una persona haya cometido un delito penal y sea considerada inimputable por causa de enfermedad mental, el tribunal tiene la posibilidad de someterle a tratamiento ambulatorio o imponerle un internamiento psiquiátrico involuntario en una institución destinada a personas con estas problemáticas por un periodo que en ningún caso será superior a la pena que le hubiera sido asignada. Entonces, ¿cómo es posible una incidencia tan elevada de problemas de salud mental en las prisiones? Una de las causas consideradas es que la enfermedad pase inadvertida en todo el proceso penal, encontrando como responsables en este caso a la desidia de los profesionales (fiscales, jueces y abogados), la falta de comunicación entre abogado e imputado, carencias económicas de este último o la falta de conciencia de su problemática. En segundo lugar, podría ser debido a que aunque la enfermedad sea advertida, el enfermo es considerado imputable, debiendo estudiarse en tal caso otras opciones antes que la reclusión, al menos teóricamente. Por último, y como ya hemos contemplado anteriormente, se podría dar el caso de que la enfermedad se presentara después del proceso penal, como resultado de la situación de encarcelamiento. Cuando se trata de la enajenación sobrevenida, se podría aplicar el artículo 60 del Código Penal reformada por la ley orgánica 15/2003, según el cual la ejecución de la sentencia quedaría suspendida aplicándose en su lugar una medida de seguridad para garantizar una asistencia médica en un centro destinado a este fin (Marín-Basallote & Navarro-Repiso,

2012). Salvando el error humano, el recurso ofrecido por el Código Penal ante los problemas de Salud Mental es la medida de seguridad a cumplir mediante el internamiento en una institución, es decir, en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

En nuestro país disponemos de dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios: uno en Alicante y otro en Sevilla. El último se encarga de la asistencia psiquiátrica penitenciaria de Andalucía, Extremadura, Canarias y de las ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla con una capacidad máxima de 158 plazas, mientras que el de Alicante se encarga del resto del territorio nacional, disponiendo de un total de 371 plazas. La situación de estos centros penitenciarios se ha ido deteriorando a medida que han pasado los años, complicándose la consecución del objetivo que se les atribuye: otorgar un tratamiento de salud mental adecuado a los internos para evitar la reincidencia. Son tres los motivos: la sobreocupación por falta de control efectivo sobre los ingresos y las altas médicas que dan cuenta de la escasez de plazas para todo el territorio; una estructura orgánica inapropiada asociada a una cierta indefinición de las funciones de los profesionales, ya que estos centros cumplen una doble función -por un lado se encargan de la retención y custodia, y por otro son centros sanitarios-; por último, las dificultades objetivas para reclutar el personal técnico necesario, situación agravada en algunas categorías profesionales (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011).

Las perspectivas de futuro ante esta situación se prevén poco alentadoras. El proyecto de ley (Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2013) por el que se regirá la modificación de la Ley orgánica 10/1995 del Código Penal, modifica las bases para la aplicación de las medidas de seguridad:

“Se abandona definitivamente la idea de que las medidas de seguridad no puedan resultar más graves que las penas aplicables al delito cometido: el límite de la gravedad de la pena viene determinado por la culpabilidad por el hecho; pero el límite de la medida de seguridad, por el contrario, se encuentra en la peligrosidad del autor. [...] Las medidas de seguridad deben ser proporcionadas, no sólo a la gravedad del hecho delictivo cometido, sino también a la de aquéllos que se prevea que pudiera llegar cometer y, por tanto, a su peligrosidad” (p. 8).

“En el caso del internamiento en centro psiquiátrico y en centro de educación especial se prevé la posibilidad, cuando resulte necesario y proporcionado, de prorrogar esos plazos sucesivamente cuando resulte imprescindible porque exista una probabilidad elevada de comisión en el futuro de delitos de especial gravedad” (p. 6).

“El internamiento en centro psiquiátrico no podrá tener una duración superior a cinco años, salvo que se acordare su prórroga. Si, transcurrido dicho plazo, no concurren las condiciones adecuadas para acordar la suspensión de la medida y, por el contrario, el internamiento continúa siendo necesario para evitar que el sujeto que sufre la anomalía o alteración psíquica cometa nuevos delitos a causa del mismo, el Juez o Tribunal, a petición del Ministerio Fiscal, previa propuesta de la Junta de Tratamiento, podrá acordar tras un procedimiento contradictorio en el que intervendrán el Ministerio Fiscal y el sometido a la medida, asistido por su abogado, la prolongación de la misma por períodos sucesivos de una duración máxima, cada uno de ellos, de cinco años” (p. 42).

Entendemos que la aplicación de las medidas de seguridad se hará en base a la posibilidad de la comisión de un delito en el futuro, es decir, se juzgará a un individuo por un delito que no ha cometido. Además, en el caso del cumplimiento de estas medidas de seguridad en centros psiquiátricos, la duración podría no tener límite, ya que aunque en un principio se establecen 5 años como tiempo máximo de internamiento, esta medida podrá ser prorrogada en periodos sucesivos si continúan presente las anomalías o alteraciones psíquicas asociadas con conductas de riesgo para la comisión de delitos. Así, aquellos individuos que presenten una problemática de salud mental asociada con problemas de agresividad y que no tienen cura, nunca saldrán del Hospital Psiquiátrico Penitenciario. La sobrepoblación que sufren actualmente estas instituciones, solo podrá empeorar, pues algunos de los internos no los abandonarán jamás.

Ante el panorama un tanto desolador que presentan los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, resulta esperable que las prisiones acaben por acoger a internos con problemas de salud mental. Esto conlleva consecuencias directas sobre su problemática, ya que la cárcel no se encuentra adaptada para recibirlos: el número de profesionales en prisión es escaso, teniendo que dar respuesta a la población total y no solo a aquellos

con problemas psiquiátricos. Se suma también a esta dificultad, la subcultura carcelaria y la incompreensión de un funcionariado que no se encuentra preparado para atenderlos. Así, tanto los hospitales psiquiátricos como los centros penitenciarios se están convirtiendo en los sustitutos de los antiguos manicomios (García, 1998).

1.2.1. La prisión y los trastornos de personalidad.

Los trastornos de personalidad no se escapan a esta desproporción de incidencia entre población comunitaria y población encarcelada, además, aunque los porcentajes varían de un estudio a otro -probablemente por los instrumentos de evaluación utilizados según qué estudio (Brun & González, 2008a; Brun & González, 2008b; López, Lafuente, & García, 2007)-; su presencia, a pesar de ello, es notable dentro de las prisiones si lo comparamos con el resto de problemáticas de salud mental -a excepción de las drogodependencias-. Se estima que en población general podemos encontrar una incidencia de entre un 6% y un 10% (Samuels, 2011), mientras que en lo que respecta a población penitenciaria, Fazel & Danesh (2002) situaron su prevalencia, tras una revisión de 62 estudios, en un 42%; López y sus colegas (2007) casi en un 70% en una muestra aragonesa; Marín-Basallote & Navarro-Repiso (2012) en un 35.16% en una muestra penitenciaria procedente de Cádiz; Vicens y su equipo (2011) en un 80% en población española; y Arroyo & Ortega (2009) en un 30% en muestra penitenciaria procedente de Zaragoza. Esta realidad, al mismo tiempo, viene a referir una alta comorbilidad entre estos, ya que los individuos evaluados no se ajustan a un único criterio, si no que cumplen criterios para varios diagnósticos (Widiger, 1991), siendo un ejemplo de ello el trabajo realizado por Slade & Forrester (2013), quienes midieron la probable presencia de los trastornos de personalidad en una muestra de prisioneros mediante una prueba de cribaje, detectando un comorbilidad superior al 50%.

Los trastornos de personalidad, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, para el CIE-10 (1992), incluyen diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Los que los padecen, no han perdido el contacto con la realidad, y son conscientes de las consecuencias de su

manera de actuar. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013) los considera, desde una perspectiva categórica, como cualitativamente distintos a la personalidad normal, describiendo a este tipo de trastorno como “patrón persistente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del individuo, es un fenómeno generalizado y poco flexible, tiene inicio en la adolescencia o edad adulta temprana, es estable en el tiempo, y da lugar a malestar o deterioro” (p. 645). Stone (2007a) los explicaría como condiciones que limitan la gama de opciones disponibles para adaptarse a las situaciones difíciles de la vida, en tanto una dificultad para adaptarse de forma eficiente al medio.

Los trastornos de personalidad que se dan con mayor incidencia en prisión, son aquellos que por sus criterios diagnósticos, tienen una mayor relación con un estilo de vida delictivo. Son de mayor frecuencia en prisión el trastorno límite de la personalidad y el trastorno antisocial de la personalidad según DSM-IV-TR, o trastornos de inestabilidad emocional –de tipo impulsivo y de tipo límite- y trastorno disocial según CIE-10 (Vicens et al., 2011), aunque algunos estudios también sitúan con alta prevalencia al Trastorno Narcisista que se recoge en el DSM-IV-TR (López et al., 2007). Conductas impulsivas, agresivas, disruptivas o antisociales, forman parte de la evaluación de estas problemáticas, por lo que no resulta extraño que se encuentran más representados en este tipo de población. Ambos trastornos se encuentran relacionados teniendo en común componentes antisociales, pero las motivaciones para dichas conductas son distintas (Pelechano, 2008). Así, destaca entre ambos el Trastorno Antisocial de la Personalidad, pues la comunidad científica ha encontrado una relación más clara entre este y la conducta criminal (Echeburúa, 2000; González, 2007; Martínez, López, & Díaz, 2001; Romero, 2006): se define por el desprecio y trasgresión de los derechos de los demás, convirtiendo la conducta criminal en un estilo de vida, de tal manera que se ha llegado a equiparar con el delincuente común.

Los trastornos paranoide y esquizoide siguen en incidencia a los anteriores en muestras penitenciarias. Gonzales (2007), tras analizar un total de 347 sentencias extraídas del Tribunal Supremo y de la totalidad de los Órganos Jurisdiccionales, constató que el 37.98% fue diagnosticado de Trastorno Antisocial, el 21.36% con Trastorno Límite, el

18% Trastorno Paranoide de la Personalidad y algo más del 10% fue diagnosticado de Trastorno Esquizoide. El resto tienen una presencia minoritaria.

Cabe destacar aquí el caso de la Psicopatía como trastorno de la personalidad de gran relevancia dentro de las prisiones y con un extenso respaldo científico que lo relaciona con la conducta violenta, pero que no hemos tratado en este apartado con la intención de hacerlo de una manera más detenida en los siguientes capítulos.

EL CONCEPTO DE PSICOPATÍA

La psicopatía es un constructo que se define en base a una serie de rasgos de carácter interpersonal y afectivo, perfilando al psicópata como un individuo sin posibilidad para comprender los sentimientos a un nivel emocional. Esto, por una parte, imposibilita la empatía, la muestra de un afecto sincero y de remordimientos y, por otra, facilita una visión personal de superioridad y la utilización del otro como mero objeto para lograr sus fines. Para ello, utiliza como herramientas su encanto, la manipulación y la mentira. Estos rasgos se asocian con un estilo de vida impulsivo e irresponsable y con comportamientos no solo inmorales, si no también ilegales.

Este trastorno de personalidad, asociado con la forma más cruel y despiadada de la conducta delictiva, ha suscitado una gran alarma social desde siempre, lo cual ha favorecido que se haya convertido en el trastorno de personalidad más estudiado. Presenta una prevalencia que se sitúa en población normal entre el 1 y el 3% (Hare, 1993; Torrubia & Fuentes, 2008; Torrubia, Poy, Moltó, Grayston, & Corral, 2010), elevándose este porcentaje en población penitenciaria a nivel internacional entre el 12%-25% (Hare, 1993, 1996, 1999). Estos porcentajes varían según la procedencia de la muestra. En el caso de Europa son menores, situándose en el 18% en un trabajo con población penitenciaria española (Moltó, Poy & Torrubia, 2000) y en un 7.7% en otro trabajo con este tipo de población perteneciente a Inglaterra y Wales (Coid et al., 2009). En Latinoamérica se experimenta una misma tendencia, presentando un estudio con población penitenciaria brasileña una prevalencia de la psicopatía del 13.7% (Flores-Mendoza, Silva-Alvarenga, Herrero, & Abad, 2008) y de un 13% un trabajo con población penitenciaria chilena (León-Mayer, 2012). En el caso de Norteamérica, los porcentajes aumentan considerablemente, situándose entre el 20 y el 30% (Cooke, 2007; Hare, 1991a, 2003; Salekin, Leistico, Neumann, Di Cicco, & Duros, 2004).

A pesar de la abundante bibliografía que lo respalda, a día de hoy no existe un acuerdo entre profesionales sobre la definición y limitaciones del concepto. Como recogen Torrubia & Cuquerella (2008, p. 26), “La psicopatía es una de las entidades clínicas más controvertidas, y ello se debe a diversos elementos de confusión que se sitúan en dos planos distintos: el conceptual y el terminológico”. Este capítulo se dedicará a realizar una revisión histórica sobre la evolución del término, deteniéndonos en las aportaciones de los autores de mayor relevancia y contribución científica para este campo; además, se

tratarán distintos diagnósticos diferenciales y varias conceptualizaciones actuales sobre la psicopatía, en tanto se pretende dar respuesta a la todavía situación de confusión en la que se encuentra la comunidad científica. El papel de la conducta antisocial, ya sea protagonista o secundario, será el hilo conductor durante este capítulo.

2.1.Evolución histórica.

A pesar de que podemos tomar referencias de figuras bíblicas e históricas que aglomeren las características del psicópata, el concepto con el que contamos actualmente es el resultado de las aportaciones por parte de psiquiatras, médicos y psicólogos europeos y norteamericanos desde finales del siglo XVIII, quienes, gracias a la investigación y a la práctica clínica, han ido delimitando y acotando la definición de este trastorno. Han sido muchas las etiquetas utilizadas para designar a un mismo constructo y variados los conceptos bajo una misma etiqueta; durante mucho tiempo, el término de psicopatía ha sido utilizado para referirse a una gran variedad de trastornos, que nada tienen que ver con el cuadro clínico al que nos referimos. Esta circunstancia ha favorecido la confusión y dificultado la comunicación en la comunidad científica a lo largo de la historia.

Este transcurrir nos ofrece tres enfoques en la evolución histórica del concepto de psicopatía: francés, angloamericano y germánico. Las escuelas francesa e inglesa fueron las pioneras en la definición del concepto, desde finales del siglo XVIII hasta mediados del XIX; a finales de este siglo comienza a cobrar relevancia la escuela germánica en detrimento de la francesa. Finalmente, el estudio de este cuadro clínico en Norteamérica toma un papel protagonista, desde las primeras décadas del siglo XX (Ver tabla 2.1).

El origen del trastorno se atribuye al psiquiatra francés Philippe Pinel, quien publica un Tratado Médico-Filosófico sobre la Alienación Mental (1801), que fue toda una revolución conceptual para su tiempo (Pozueco, Romero, & Casas, 2011): ofrece la implicación primaria de las emociones en algunos cuadros clínicos, cuando la comunidad psiquiátrica del momento ignoraba a los trastornos afectivos. En esta obra acuñó el término de “*Manie sans délire*” (*Manía sin delirio*), tras encontrarse en su consulta con pacientes arriesgados, impulsivos y violentos a pesar de no presentar deficiencias en su razonamiento. Esta etiqueta se referirá a un trastorno mental de

naturaleza emocional, caracterizado por la ausencia de restricciones en la conducta y la falta de remordimientos producto de la influencia genética y el ambiente. Los individuos que lo presentaban ofrecían todas las características de la manía, pero carecían del delirio: “No me sorprendió en absoluto encontrar a muchos locos que no evidenciaban ninguna lesión de la capacidad de comprensión pero que estaban bajo el dominio de una furia abstracta e instintiva, como si únicamente las facultades del afecto hubiesen sufrido daño.” (Pinel, 1801).

Tabla 2.1

Principales aportaciones terminológicas sobre lo que hoy se conoce como psicopatía desde finales del siglo XVIII a mediados del siglo XX.

Enfoques sobre definición del constructo de psicopatía			
Línea del tiempo	Francés	Angloamericano	Germánico

↑ 1786. Benjamin Rush 1801. Philippe Pinel 1812. Benjamin Rush 1835. James C. Pritchard 1839. Jean E. D. Esquirol 1857. Bénédicte A. Morel 1891. J. L. A. Koch 1896-1904. Emil Kraepelin 1905. Ziehen 1923. Kurt Schneider 1930. G. E. Patridge ↓	<u>1801. Philippe Pinel</u> Manía sin Delirio. <u>1838. Jean E. D. Esquirol</u> Monomanía afectiva. <u>1857. Bénédicte A. Morel</u> Locura de los degenerados.	<u>1786. Benjamin Rush</u> Micronomia/Anomia. <u>1812. Benjamin Rush</u> Depravado moral. <u>1835. James C. Pritchard</u> Locura moral. <u>1930. G. E. Patridge</u> Sociopatía. <u>1941. Ben Karpman</u> Psicopatía primaria/ Psicopatía secundaria	<u>1891. J. L. A. Koch</u> Inferioridades psicopáticas. <u>1896-1904. Emil Kraepelin</u> Personalidades psicopáticas. <u>1905. Ziehen</u> Degeneración constitucional. <u>1923. Kurt Schneider</u> Personalidades psicopáticas
--	---	---	---

Este planteamiento ya se puede encontrar en la literatura a manos del médico norteamericano Benjamin Rush, quien en 1786 publica un ensayo en el que reconocía la existencia de un cuadro clínico caracterizado por una disminución o ausencia total de la facultad moral sin deterioro del funcionamiento intelectual; se entiende por facultad moral la capacidad para distinguir entre el bien y el mal, proponiéndose la utilización de dos términos: “*Micronomia*”, para referirse a una ausencia parcial de la facultad moral, y “*Anomia*”, para la ausencia total. En 1812 se sustituyen estos términos por la expresión “*Depravado moral*”, enfatizando con ello el carácter innato de la ausencia de esta facultad (Werlinder, 1978), a la vez que se defiende la crueldad y perversidad como rasgos centrales.

Fueron numerosos los trabajos publicados posteriormente en los que se debatía los límites del concepto, tipologías y etiquetas más adecuadas, para designar a este cuadro

clínico. Entre los autores que destacan está el psiquiatra inglés James C. Pritchard, quien en 1835 introdujo el término de “*Locura moral*”, en su obra *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind (Un tratado sobre la insania y otros trastornos de la mente)*, definiéndolo como una alteración mórbida de los sentimientos e impulsos naturales sin un deterioro intelectual o del razonamiento, sin ilusiones o alucinaciones. Este autor, aunque aceptaba las ideas de Pinel, discrepa en la actitud moralmente neutra hacia estos trastornos; consideraba que se trataba de un defecto de carácter merecedor de condena social, colocando el énfasis en la conducta impulsiva y antisocial para la definición de este trastorno. Además, se amplía la perspectiva del síndrome incluyendo bajo esta etiqueta una gran variedad de trastornos mentales y emocionales (Pozueco et al., 2011)

En la misma línea, Jean E. D. Esquirol, seguidor más relevante de Pinel, en 1839 utilizó el término “*Monomanía afectiva*” para referirse a una categoría más amplia: recoge la definición realizada por su predecesor y todos aquellos desórdenes mentales caracterizados por alteraciones de los aspectos mentales. Bajo esta etiqueta se incluían toda una serie de cuadros conductuales en los que el único criterio diagnóstico era una conducta desviada particular, tales como la cleptomanía o la piromanía. Aunque su teoría fue muy criticada, fue relevante para el desarrollo del concepto de psicopatía y marca el origen del concepto que hoy conocemos como trastorno del control de los impulsos (Pozueco et al., 2011; Werlinder, 1978).

Las aportaciones de la escuela francesa continúan gracias al médico Bénédicte A. Morel, quien en 1857 se convirtió en el principal precursor de una nueva línea de pensamiento: la *Teoría de los Degenerados*. Morel enfatizaba la importancia de la genética en el desarrollo de los Trastornos Mentales, utilizando el término “*Locura de los degenerados*”, para referirse a una personalidad anormal caracterizada por la ausencia de planes consistentes, la desorganización de la vida diaria y la ausencia del sentido del deber. Así, en este nuevo concepto, la conducta antisocial desaparece como criterio diagnóstico (Werlinder, 1978).

A finales del siglo XIX y principio del XX las publicaciones existentes se centraban en determinar si la psicopatía podía ser considerada como un trastorno mental o una personalidad anormal o en si existía o no una base física y hereditaria para este trastorno. La escuela germánica comenzó a cobrar importancia a partir de las

aportaciones de J. L. A. Koch, quien en 1891 publicó su obra *Inferioridades psicopáticas*. Aceptaba las ideas anteriores sobre la existencia de manifestaciones mentales extrañas que conllevaban un desarrollo anómalo del carácter sin deterioro intelectual, pero precisamente por la ausencia de un retraso mental consideraba que no podían adquirir la categoría de trastornos mentales. Propuso la existencia de “*inferioridades psicopáticas*”, recalcando con dicho término un origen basado en la debilidad de la constitución cerebral (Werlinder, 1978). Bajo esta etiqueta se aglutinaban una serie de manifestaciones distintivas que no tenían por qué ser de tipo antisocial (Herpertz & Sass, 2000).

Emil Kraepelin, también alemán, publica en 1896 la quinta edición de su obra *Psychiatrie: Ein Lehrbuch (Psiquiatría: Un libro de texto)*. En ella defendía un concepto de la “*personalidad psicopática*” amplio que afinó en la séptima edición de su obra en 1904. Bajo esta misma etiqueta aglutinó estados compulsivos, enfermedad impulsiva, homosexualidad y alteraciones del humor suscitando una gran polémica dentro del ámbito científico, para posteriormente, limitar el concepto con un sentido predominantemente antisocial (Herpertz & Sass, 2000). Diferencia entre personalidades psicopáticas, que venían a referirse a alteraciones congénitas de la personalidad caracterizadas por una anormalidad permanente del área afectivo-conductual, y estados psicopáticos, que seguían el curso de un trastorno mental (Werlinder, 1978). Kraepelin en 1904, fue el primero en advertir que el psicópata no se encontraba recluido en los sanatorios mentales ni solamente se enmarcaba dentro del submundo de la delincuencia (Pozueco et al., 2011). Describe al psicópata bajo la figura del estafador, caracterizado por su elocuencia y encanto al mismo tiempo que por su inmoralidad y crueldad. Ziehen, de la misma escuela, en 1905 definió 12 alternaciones psicopáticas distintas entre las que se encontraban el paranoide y el obsesivo, utilizando como término para designar al que hoy conocemos como psicópata: “*Degeneración constitucional*”.

Kurt Schneider, discípulo de Emil Kraepelin, publicó en 1923 su obra *Die Psychopathischen Personalitäten (Las Personalidades Psicopáticas)*. En ella definió 10 tipos de personalidades psicopáticas, “que por su anormalidad sufren o hacen sufrir a los demás” (Schneider, 1923, p.17) y que no tienen por qué estar asociadas a la delincuencia. Esta obra fue de gran influencia para los sistemas de clasificación de mayor relevancia en la actualidad (DSM y CIE): los 10 tipos de personalidad

psicopática descritos por este autor presentan un gran paralelismo con los hoy conocidos como trastornos de personalidad (Pozueco et al., 2011).

Las aportaciones alemanas tuvieron gran influencia en la conceptualización de la psicopatía en Norteamérica, llevadas de la mano del psiquiatra suizo alemán Adolf Meyer, a principios del siglo XX. Éste no tardó en alejarse de los modelos alemanes para crear su propia escuela psicobiológica: este tipo de constitución no era necesariamente hereditaria (Werlinder, 1978).

El desarrollo del estudio sobre este cuadro clínico en la psiquiatría Norteamericana, tomó un rumbo distinto al que había llevado hasta el momento en Europa. La psicopatía comenzó a ser considerada como una combinación de rasgos y comportamientos desviados, como muestra el trabajo de Bushong (1934), que considera a la psicopatía como una enfermedad que impedía al individuo que la sufría distinguir entre el bien y el mal - describe 12 puntos en los que se considera aspectos afectivos y conductuales-.

A partir de la década de los treinta del siglo pasado, la producción científica comenzó a aumentar de manera exponencial, destacando entre las aportaciones de los estudiosos estadounidenses de esta época el psicólogo G. E. Patridge en 1930 y Ben Karpman (1941). El primero, otorgaba una mayor relevancia al comportamiento criminal del síndrome, proponiendo el término de sociopatía, con el que también quería recalcar un origen basado en experiencias tempranas adversas. Este es el origen de lo que hoy conocemos como Trastorno Antisocial de la Personalidad. El segundo, propuso distinguir entre psicopatía primaria, que respondía a procesos psicodinámicos, y la psicopatía secundaria, que respondía a procesos neuróticos (Werlinder, 1978).

De esta manera, se puede constatar que continua la disputa sobre la necesidad de situar el énfasis en aspectos emocionales o en aspectos conductuales, lo cual lleva a dos aproximaciones teóricas alternativas del concepto: la aproximación clínica tradicional, resultado natural de la tradición Europea y Norteamericana que pone mayor énfasis en los aspectos emocionales, y la aproximación conductual, en la que se enfatiza la importancia de la conducta criminal como criterio diagnóstico.

2.2.La aproximación clínica tradicional: Hervey Cleckley y la Psicopatía

Durante la primera mitad del siglo XX, eran numerosas las aportaciones que trataban de definir con claridad la naturaleza de la psicopatía, pero la diversidad de ideas y criterios mantenían la situación de confusión reinante hasta el momento sobre este concepto. Esta situación llegó hasta el punto en el que parte de la comunidad científica rechazó eventualmente el concepto de psicopatía por considerarse inviable para la investigación psiquiátrica, incomprensible, sin sentido y moralista. A pesar de ello, la aproximación clínica tradicional, continuó durante la segunda mitad de este siglo gracias a las publicaciones de autores como McCord & McDord (1956, 1964) y Craft (1965). Los primeros describían como características centrales de la psicopatía la incapacidad para amar y presentar remordimientos; Craft (1965), por su parte, consideraba como características principales la ausencia de sentimientos hacia el otro y la impulsividad y como secundarias la agresividad, la falta de vergüenza, de sentimiento de culpabilidad y la incapacidad para aprovechar la experiencia vivida.

Esta aproximación, basada en aspectos psicológicos, se vio respaldada en la publicación del DSM-II (American Psychiatric Association, 1968): definía al psicópata mediante rasgos como el egoísmo, la crueldad, la impulsividad, la ausencia de culpa y lealtad, tendencia a culpar a otros de sus actos e incapacidad para aprender de la experiencia. De manera más reciente, las versiones 9 y 10 del sistema de clasificación internacional de las enfermedades descrito por la Organización Mundial de la Salud, el CIE-9 (Organización Mundial de la Salud, 1978) y el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), también han seguido esta tendencia: consideran como criterios diagnósticos para este constructo al que etiquetaron como Trastorno Disocial, características afectivas e interpersonales como la cruel despreocupación por los otros, la incapacidad para mantener relaciones personales duraderas y de sentir remordimientos o la marcada predisposición para culpar a los demás.

En 1964, Gray & Hutchinson consultaron a un total de 937 psiquiatras canadienses con el objetivo de encontrar un consenso para la definición de la psicopatía y sus características. Fueron 29 los ítems planteados, para quedarse finalmente con un total de 10 que aglutinaban aspectos afectivos y conductuales. A pesar de ello, fue el trabajo publicado por Hervey Cleckley (1941), el punto de inflexión que sentó las bases para el concepto moderno de la psicopatía y, por tanto, para su evaluación y diagnóstico: *The Mask of Sanity (La máscara de la cordura)* se convierte en un clásico. Este psiquiatra

norteamericano, gracias a su intuición y práctica clínica privada en un hospital psiquiátrico para veteranos de guerra, ofreció en esta obra la primera definición comprensible de este cuadro clínico: individuo de trato social aparentemente agradable pero altamente asocial, agresivo e impulsivo; superficial emocionalmente; incapaz de sentir culpa y de aprender de la experiencia, así como de establecer lazos de afecto duradero con otras personas; presentan una extraordinaria habilidad para mentir y manipular a los demás cuando da explicaciones sobre su conducta pasada o formula propósitos acerca de su conducta futura.

En la quinta edición de su obra (Cleckley, 1976) establece 16 criterios agrupables en tres categorías (Patrick, 2007): Ajuste psicológico positivo, Desviación conductual y Déficit emocional-interpersonal (Tabla 2.2). A pesar de los criterios incluidos sobre desviación conductual, opinaba que este tipo de comportamiento solo era una posible manifestación del trastorno, siendo las características afectivas e interpersonales la esencia del psicópata; se consideraba a este cuadro clínico como un trastorno de gravedad, más peligroso para la sociedad que la psicosis debido a su apariencia de normalidad que impide la anticipación a su conducta. En un primer momento aparentan ser personas de confianza, y psicológicamente estables, siendo necesaria una observación más detallada y prolongada en el tiempo para detectar su verdadera personalidad. A pesar de ello, no describe a estos individuos como necesariamente hostiles y violentos e insiste en separar a este trastorno de la criminalidad común.

Tabla 2.2

Criterios diagnósticos para la psicopatía de Hervey Cleckley (1976), agrupados en 3 categorías según Patrick (2007).

16 Criterios diagnósticos según Cleckley para la psicopatía (1976)	
Ajuste psicológico positivo	Desviación conductual
1. Encanto superficial y notable inteligencia.	7. Conducta antisocial sin aparente justificación.
2. Ausencia de delirios y otros signos de pensamiento irracional.	8. Falta de juicio y dificultades para aprender de la experiencia.
3. Ausencia de nerviosismo o de manifestaciones psiconeuróticas.	4. Indigno de confianza.
14. Amenaza de suicidio raramente consumado	13. Conducta exagerada y desagradable bajo el consumo de alcohol y, a veces, sin él.
	15. Vida sexual impersonal, frívola y poco estable.
	16. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

Déficit emocional-interpersonal

5. Falsedad o insinceridad.
 6. Incapacidad para experimentar remordimiento o vergüenza.
 9. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
 10. Escasez habitual de reacciones afectivas básicas.
 11. Pérdida específica de intuición.
 12. Insensibilidad en las relaciones interpersonales ordinarias.
-

Cleckley introdujo el concepto de *afasia semántica* con el que define la incapacidad del psicópata para comprender las emociones humanas en profundidad aunque intente hacer creer a los demás que las entiende. Concibe las emociones solo a un nivel intelectual. Al respecto, Cleckley (1941) comenta que:

“Cuando examinamos a un psicópata, los procesos lógicos del pensamiento funcionan perfectamente (...). En un análisis de su discurso verbal, todos los juicios de valor y las apreciaciones emocionales son correctos (...). Sin embargo, esa capacidad aparente es incapaz de guiar de modo efectivo el comportamiento del sujeto: sólo cuando el sujeto conduce su vida podemos encontrar evidencia de lo poco que esa comprensión teórica que posee significa para él (...). Lo que tomamos como evidencia de su cordura no influirá de modo sustancial o consistente en su comportamiento (...). Es como si fuera ciego a los colores, a pesar de su aguda inteligencia, para estos aspectos de la existencia humana. Por otra parte, es inútil explicarle dichos aspectos, ya que no hay nada en su conocimiento que le permita cubrir esa laguna con el auxilio de la comparación. Puede, eso sí, repetir las palabras y decir que lo comprende, pero no hay ningún modo para que se percate de que realmente no lo comprende” (pp. 90-91).

Sera la imitación de las emociones que solo comprenden a un nivel intelectual, lo que les proporcionara esa apariencia de normalidad que les hace tan peligrosos. Johns & Quay (1962) ilustraron este concepto muy acertadamente con las siguientes palabras: el psicópata “se sabe la letra pero no la música”. Así, el psicópata parece tener una conciencia intelectual, pero no moral. Saben perfectamente que están haciendo y cuáles son las consecuencias de su conducta, pero no les importa en absoluto los perjuicios que puedan suponer para el otro. Los demás solo son instrumentos útiles para conseguir sus fines, por lo que el sufrimiento de otros individuos estará justificado si así alcanzan sus objetivos.

Habrán psicópatas que sean más competentes a la hora de imitar las emociones humanas y cumplir con las normas sociales que rigen las relaciones interpersonales normalizadas. Este nivel de competencia distinguirá aquellos que continuamente entren y salgan de las prisiones y hospitales psiquiátricos –el psicópata prototípico-, y lo que Cleckley denominó como *psicópatas subclínicos* o *psicópatas de éxito*. Este tipo de psicópatas tendrán más éxito en la difícil tarea de aparentar normalidad, llegando incluso a ocupar puestos de prestigio social, como médicos, abogados o científicos (Cleckley, 1976). Se trata de una manifestación subclínica del mismo trastorno que experimenta reacciones internas similares, tendrá una apariencia de normalidad más firme y cumplirá en menor medida los criterios sobre desviación social (Cleckley, 1976).

Como decíamos al principio de este apartado, las aportaciones de este autor marcaron un antes y un después en el estudio de la psicopatía, convirtiéndose en el punto de referencia para muchos estudios empíricos posteriores que trataban de refinar sus ideas y procurarles una base empírica. Destaca entre ellos el trabajo de Robert D Hare, quien considera los 16 criterios establecidos por Cleckley como base para su propia conceptualización del trastorno y la creación del instrumento de mayor peso dentro de las prisiones para la evaluación de la psicopatía: PCL-R (Barone, 2004; Hare, 1991a, 2003).

2.3. Robert D. Hare y la Psicopatía.

Robert D. Hare es profesor Emérito de Psicología en la Universidad de British Columbia de Vancouver (Canadá). Ha dedicado la mayor parte de su carrera académica a la investigación de la psicopatía, su naturaleza, su evaluación y su repercusión en la salud mental y en la justicia criminal (Torrubia et al., 2010), convirtiéndose en el mayor exponente en la actualidad en el estudio de esta temática a nivel internacional.

Su primera aportación sobre la psicopatía a la comunidad científica se remonta a 1965: el artículo pretendía relacionar este trastorno con el miedo a la excitación y el dolor anticipado. Su pretensión por buscar un correlato biológico que justificara el comportamiento del psicópata, protagoniza también sus siguientes publicaciones. En dichos trabajos se valió de muestras penitenciarias masculinas en edad adulta -que se convertirían en una constante en sus estudios-, con altos niveles de psicopatía, en los

que estudiaba la respuesta electrodérmica y fisiológica ante estímulos aversivos y, por tanto, la respuesta a la amenaza (Hare, 1970, 1978; Hare, Frazelle, & Cox, 1978). También buscó una respuesta en la lateralidad de la función cerebral (Hare, 1979; Hare & Forth, 1985; Hare & Jutai, 1988). Posteriormente, sus aportaciones sobre esta temática se redujeron aunque nunca la abandonó totalmente, publicando sus últimos trabajos sobre los aspectos biológicos de la psicopatía en los años 2011 -estudia la morfología de la amígdala en psicópatas (Boccardi et al., 2011)- y 2012 -obra en la que repasa este concepto desde su etiología biológica hasta las implicaciones para el DSM-V-. A pesar de la importante bibliografía que respalda su investigación sobre la búsqueda de indicadores y de un correlato biológico para la psicopatía, las aportaciones destacadas de este autor se centran en la definición del concepto, la creación de instrumentos de medida y la comprobación empírica de validez y fiabilidad.

Hare puso en consenso la aproximación conductual y la clínica tradicional europea y norteamericana, definiendo a la psicopatía como un trastorno de personalidad caracterizado por una constelación de rasgos afectivos e interpersonales y conductas (Hare, 1991a):

A nivel interpersonal se define al psicópata como un individuo egocéntrico y dominante, con un sentido desmesurado de autovalía que le facilita una visión personal de superioridad y la utilización del otro para sus fines egoístas. Para ello, utiliza como herramientas su encanto y locuacidad, la manipulación, la mentira y la violencia, actuando de manera fría y calculadora. Los psicópatas son depredadores sociales que utilizan a los demás como meros objetos a los que no importa dañar si con ello cubren sus necesidades y deseos.

A nivel afectivo destacan la ausencia de remordimiento ante el mal causado y de empatía, la incapacidad para establecer vínculos duraderos con otras personas, principios u objetos y para hacerse responsable de las consecuencias que se desprenden de sus actos.

A nivel conductual estas características se asocian con un estilo de vida impulsivo e irresponsable en busca constante de estimulación, convirtiéndose en parásitos sociales sin planes de futuro que ignoran y transgreden con facilidad las normas sociales.

Hare (Hare, 1999) hace hincapié en que la psicopatía y el comportamiento criminal no deben ser confundidos, lo cual queda patente en la figura del psicópata pre delincuente descrita por este autor (1993) de la que hablaremos más adelante. Aun así, además de acopiar los aspectos interpersonales, afectivos y sobre estilo de vida destacados por Cleckley, considera la conducta antisocial como parte de los criterios para la evaluación de la psicopatía. Esta decisión viene motivada por la búsqueda de una mayor precisión diagnóstica y se basa en el riesgo de agresión y violencia asociado con las características fundamentales de este trastorno (Hart & Hare, 1997) y las implicaciones que suponen el etiquetamiento como psicópata para el individuo y la sociedad (Hare, 1999).

Consecuencia de este concepto, se deriva el instrumento de mayor influencia en la actualidad (Barone, 2004) en el estudio de la psicopatía: *Hare's Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) (Hare, 1991a, 2003).

2.3.1. La escala de Psicopatía de Robert D. Hare, el PCL-R.

La evaluación de la psicopatía, hasta la década de los 80, se llevaba a cabo mediante la aplicación de autoinformes pertenecientes a grandes inventarios de evaluación de la personalidad y la psicopatología clínica. El procedimiento más utilizado para el diagnóstico de este trastorno consistía en la combinación de la escala de Desviación Psicopática (Pd) y la escala de Hipomanía (Ma) del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI/MMPI-2; Hathaway & McKinley, 1943; Dahlstrom & Welsh, 1960; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989). Otras escalas eran la de Socialización (So) del *California Psychological Inventory* (Gough, 1969) o la Escala Antisocial del *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-I/ MCMI-II; Millon, 1981, 1987). Sin embargo, a pesar de lo extendido, estas formas de evaluación ha sido muy criticada debido a varios motivos: No hay relación ni empírica ni conceptual entre las distintas medidas; las escalas descritas no controlan la falta de sinceridad, cuestión relevante cuando al psicópata se le define como mentiroso y manipulador; y no abarcan la totalidad de las características afectivas e interpersonales del psicópata, centrándose más bien en los aspectos de desviación social (Hare, 1985a; Harpur, Hare, & Hakstian 1989; Hart, Forth, & Hare,1991; Lilienfeld, 1998). Además, dichas escalas carecían de fiabilidad y validez contrastada (Torrubia et al., 2010). La publicación del DSM-III

(American Psychiatric Association, 1980) intentó corregir esta problemática al incluir el Trastorno Antisocial de la Personalidad. La controversia de esta solución radicaba en que la evaluación se basaba en criterios de carácter antisocial y no en rasgos psicológicos, tema que trataremos con detenimiento más adelante.

Con la intención de desarrollar un instrumento útil que permitiera la exploración de los correlatos psicobiológicos de la psicopatía y facilitara la comunicación entre investigadores, Hare aunó posturas. Consideró tanto los rasgos psicológicos como las conductas de desviación social para finalmente conseguir una escala tanto en la investigación como en la práctica clínica penitenciaria y forense: diseñó una escala tipo Liker de 7 puntos que se aplicaba sobre un periodo largo de la vida del sujeto. En ella se ordenaban grupos de delincuentes en base a sus rasgos psicopáticos, pero aunque las puntuaciones arrojaron resultados fiables, el procedimiento para su aplicación era muy complejo y además, existían dudas entre los evaluadores sobre qué información debía ser considerada para la evaluación y cual no. Surgió así la necesidad de establecer un procedimiento objetivo bien definido que sirviera de base para los evaluadores. La respuesta fue el *Hare Psychopathy Checklist (PCL)*, destinada a ser una especie de definición operativa de los procedimientos para la calificación global de la psicopatía.

Esta escala contará con un total de 22 ítems (Tabla 2.3) que fueron seleccionados a partir de una lista de 100, en base a su correlación con el descriptor de psicopatía de Cleckley (1976). Esta escala se verificó en una muestra de 143 presos varones que fueron evaluados por dos evaluadores, mediante la información de expediente y entrevista, contando con fiabilidad de .88 y buena validez discriminante y cruzada (Hare, 1980). En 1985 (Hare, 1985b) esta escala fue revisada, publicándose el primer manual seis años más tarde (*Hare Psychopathy Checklist-Revised; PCL-R; Hare, 1991a*), siendo la segunda edición de este en 2003, y la adaptación a población española en 2010 (Torrubia et al., 2010).

Tabla 2.3

Lista de 22 ítems de la Escala de Evaluación de la Psicopatía de R. D. Hare (1980)

-
1. Locuacidad / Encanto superficial.
 2. Diagnóstico previo de psicopatía (o similar).
 3. Egocentrismo / Sensación grandiosa de autovalía.
 4. Propensión al aburrimiento / Baja tolerancia a la frustración.
 5. Mentira patológica y decepción.
-

6. Dirección / Falta de sinceridad.
 7. Falta de remordimiento y culpabilidad.
 8. Falta de afecto y escasa profundidad emocional.
 9. Insensibilidad / Falta de empatía.
 10. Estilo de vida parásito.
 11. Colérico / Falta de control conductual.
 12. Relaciones sexuales promiscuas.
 13. Problemas de conducta precoces.
 14. Falta de metas realistas a largo plazo.
 15. Impulsividad.
 16. Conducta irresponsable como padre o madre.
 17. Relaciones maritales frecuentes.
 18. Delincuencia juvenil.
 19. Elevado riesgo, bajo palabra.
 20. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus actos.
 21. Varios tipos de delitos.
 22. Abuso de drogas o alcohol no directamente causados por la conducta antisocial.
-

Tras una serie de análisis estadísticos para comprobar que ítems tenían las mejores cualidades, se reformularon algunos, otros se modificaron y otros fueron eliminados, quedándose en esta versión revisada con un total de 20 ítems. Concretamente, fue eliminado el ítem 2 –Diagnóstico previo de psicopatía o similar-, debido a que su relación con el diagnóstico final era poco fiable y, además, no tenía demasiado valor informativo, y el ítem 22 - Abuso de drogas o alcohol no directamente causados por la conducta antisocial-, porque resultaba complicado puntuarlo con total certeza. También se modificaron algunos criterios de calificación: A cada uno de los 20 ítems de la escala se le asigna una puntuación que va de 0 a 2 –cero (ausente), uno (presente en parte) y dos (definitivamente presente)- para sumarlas y obtener finalmente una puntuación total. De esta manera, la puntuación de la escala tiene un rango de 0 a 40 puntos, estableciéndose en los manuales la puntuación de 30 como punto de corte para el diagnóstico de psicopatía -a nivel de investigación, ya que en la práctica clínica se considera la puntuación en la escala como un continuo (Tabla 2.4), obteniendo varios niveles de probabilidad de presencia de este diagnóstico en el individuo evaluado (Torrubia et al., 2010)-.

Tabla 2.4

Evaluación de la psicopatía en la Práctica Clínica (PCL-R).

Puntuación PCL-R	Probabilidad de presentar Psicopatía
33-40	Muy alta
25-32	Alta
17-24	Moderada

El PCL-R refiere datos fiables sobre su estructura, siendo la consistencia interna – coeficiente alpha de Cronbach entre .78 y .90- y la confiabilidad interevaluador – correlaciones intrerclase entre .76 y .90- elevada (Harpur, Hakstian, & Hare, 1988; García, et al., 2008). Así, las evaluaciones realizadas con este instrumento son altamente fiables y válidas cuando son realizadas por profesionales cualificados (Hare, 1991a, 2003, Torrubia et al., 2010). De igual manera, los resultados son satisfactorios y clarividentes desde el análisis de validez discriminante, donde Librán & Ral (2003) concluyen que los ítems relacionados con características de personalidad son más prototípicos de la psicopatía que aquellos referidos a características conductuales. En esta línea, Cooke, Michie, Hart, & Clark (2005a) evaluaron la validez transcultural del PCL-R; los resultados refieren alta consistencia pan-cultural en los síntomas relacionados con una experiencia afectiva deficiente, y no con los síntomas de comportamiento criminal. Los buenos resultados sobre fiabilidad y validez, se repiten en muestras de delincuentes femeninas, adolescentes, población forense, delincuentes sexuales y drogodependientes (Hare, 2003; Torrubia et al., 2010).

La escala exige, pues, que sea utilizada por un profesional experto en psicología jurídica/forense, que haya recibido entrenamiento previo, y tiene como base tanto entrevista con el sujeto y personas cercanas a él (en la que se recoge información sobre su historia familiar –de origen y adquirida-, su historia educativa, laboral, de consumo, criminal, médica y planes de futuro), como información derivada del historial delictivo, a la vez que se realizan observaciones comportamentales dentro del entorno o en reclusión. La aplicación de esta escala requiere, a su vez, una inversión de muchas horas de trabajo, ya que solo la entrevista exige al menos un mínimo de hora y media para su desarrollo completo.

El PCL-R se ha utilizado no solo en investigación y con fines clínicos en las prisiones, si no también dentro del sistema de justicia criminal para influir en la toma de decisiones en sentencias (Cox, DeMatteo, & Foster, 2010; Lloyd, Clark, & Forth, 2010), la asignación de grado en prisión, de permisos temporales o de libertad condicional (Moltó et al., 2000), como instrumento de valoración de riesgo de violencia futura (Huchzermeier, Bruß, Geiger, Kernbichler, & Aldenhoff, 2008; Olver, & Stockdale,

2010; Tengdtröm, Grann, Langström, & Kullgren, 2000) y para la adecuación a programas de tratamiento (Spaans, Barendregt, Haan, Nijman, & de Beurs, 2011).

De este instrumento se han derivado otros:

Self-Report psychopathy scale (SRP): Autoinforme diseñado con la finalidad de evaluar psicopatía en la comunidad. La primera versión fue desarrollada por Hare (1985b) y constaba de 75 ítems, que distinguían entre personas con puntuaciones elevadas y bajas en el PCL. Posteriormente, este grupo de ítems se redujo, quedándose finalmente con 29 que mostraron mayor correlación con las puntuaciones totales del PCL. Continuaban encontrándose problemas en la escala, desarrollándose posteriormente el SPR-II (Hare, 1991b; Hare, Hemphill, & Paulhus, 2002; Williams, Paulhus, & Hare, 2007) que al igual que la original, no llegó a ser publicada. El SPR-III (Williams, Nathanson, & Paulhus, 2003; Paulhus, Neumann & Hare, 2006) es una versión de la escala tipo Liker de 5 puntos, pudiendo encontrar una versión corta de 40 ítems y otra más larga de 64, ambas análogas al PCL-R.

Psychopathy checklist: Screening version (PCL: SV): Tras la publicación de la versión revisada del PCL, se estimó la necesidad de crear una versión más corta de este instrumento que permitiera una evaluación más rápida de este trastorno. Como consecuencia, se publicó el manual de este instrumento en 1995 (Hart, Cox, & Hare, 1995), el cual necesita aproximadamente la mitad de tiempo para ser administrado que el PCL-R. Esta versión más corta -12 ítems evaluados de 0 a 2- y rápida, no pretende reemplazar al PCL-R. Se trata de un instrumento útil que se aplica de forma previa con la intención de seleccionar para su evaluación con la versión extendida, solo aquellos que tienen altas posibilidades de obtener un diagnóstico positivo. La población diana puede ser población general, forense o psiquiátrica.

Antisocial process screening device (APSD): La escala de Cribado para el desarrollo Antisocial fue creada con la intención de medir el inicio de las manifestaciones asociadas a los rasgos de la psicopatía, entre los 6 y los 13 (Frick, & Hare, 2001). Mediante un total de 20 ítems que se evalúan en una escala de 3 puntos cumplimentados por personas claves en su vida -el padre o la madre y un profesor del menor-, se miden 3 dimensiones conductuales: Rasgos de insensibilidad emocional, narcisismo e

impulsividad. Es importante recalcar que la finalidad de esta escala no es medir psicopatía, ya que hablamos de una población muy joven, sino una serie de manifestaciones que podrían ser precursoras, pero no necesariamente tienen porque converger en el desarrollo del trastorno. A diferencia del PCL-R, no se entrevista a los individuos a evaluar considerando la población diana y no se cuenta con la información disponible en expedientes, ya que no es aplicable en entornos forenses y psiquiátricos, sino en población general.

Psychopathy checklist: Youth version (PCL: YV): Motivados por la utilidad de un diagnóstico precoz de la psicopatía para la estimación de un estilo comportamental violento (Edens, Skeem, Cruise, & Cauffman, 2001) y por la convicción de la presencia de rasgos psicopatológicos ya desde los primeros años de vida (Lynam, 2002), en 2003 se publicó la versión para jóvenes del PCL-R (Forth, Kosson, & Hare, 2003). Al igual que la versión original, evalúa un concepto de psicopatía basado en una serie de características afectivas, interpersonales, conductuales y antisociales, siendo la población diana jóvenes entre los 14 y los 21 años. Esta escala cuenta también con un total de 20 ítems que se evalúan de 0 a 2, considerándose para el resultado un punto de corte o una serie de dimensiones. Para su aplicación, se cuenta con la información colateral fiable que sea posible obtener a través de los expedientes e informes del individuo y una entrevista semiestructurada, que será realizada por un experto con entrenamiento previo.

2.3.2. La estructura factorial del PCL-R.

Para determinar la homogeneidad de los ítems que componen la escala de psicopatía de Hare, se han utilizado varias medidas: Alfa de Cronbach, la correlación media inter-ítem, la corrección media ítem-total corregida, la razón de correlación inter-ítem al producto de las comunalidades del ítem y la razón de las varianzas explicadas por los primeros y segundos componentes no-rotados en un análisis de componentes principales (Briggs & Cheek, 1988). En el manual de la versión revisa del PCL-R de 1991a, todas

estas medidas indicaban que se trataba de una escala homogénea y también trabajos posteriores (Hare, 2003; Moltó et al., 2000), aunque muchos de los estudios han indicado la presencia de diferentes dimensiones para este instrumento desde su creación. A continuación presentaremos los principales modelos a asumir sobre el PCL-R:

Modelo de dos factores. Atribuido a Harpur (Harpur et al., 1988), describe una estructura factorial en la que un constructo de orden superior (psicopatía) es apuntalado por dos factores correlacionados: los ítems afectivos e interpersonales se unen en un factor, que se define como ‘egoísmo, uso cruel y despiadado del otro’; los ítems conductuales se unen en otro, que se define como ‘una inestabilidad crónica y estilo de vida antisocial’ (Hare, 1991a, p. 76). La propuesta, además, incluye dos ítems más, aunque no saturan en ninguno de los dos factores, pero con peso para la puntuación total del cuestionario (Tabla 2.5).

Tabla 2.5

Ítems del PCL-R distribuidos según estructura bifactorial.

Factor 1: Interpersonal/Afectivo	Factor 2: Desviación social	Ítems que no saturan en los otros dos factores
1. Facilidad de palabra y encanto superficial.	3. Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento.	11. Conducta sexual promiscua.
2. Sentido desmesurado de autovalía.	9. Estilo de vida parasitario.	17. Frecuentes relaciones maritales de corta duración.
4. Mentiroso patológico.	10. Pobre autocontrol de la conducta.	
5. Estafador/manipulador.	12. Problemas de conducta en la infancia.	
6. Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa.	13. Ausencia de metas realistas a largo plazo.	
7. Afecto superficial y poco profundo.	14. Impulsividad	
8. Insensibilidad afectiva y ausencia de empatía.	15. Irresponsabilidad.	
16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.	18. Delincuencia juvenil.	
	19. Revocación de la libertad condicional.	
	20. Versatilidad criminal.	

Esta estructura ha supuesto un avance para la evaluación y la propuesta de tratamiento, habiendo sido utilizada por muchos investigadores para establecer diferencias en base a las puntuaciones en cada uno de estos factores y la relación con múltiples variables, como el género (O'Connor, 2003), consumo de sustancias (Pham, Malingrey, Ducro, & Saloppé, 2007), medidas de empatía (Hare, 2003), la agresión relacional (Schmeelk, Sylvers, & Lilienfeld, 2008) o de tipo delictual (Librán & Ral, 2003).

A nivel de personalidad, el Factor 1 se relaciona con rasgos de control/dominio, narcisismo y maquiavelismo y negativamente con la ansiedad, mientras que el Factor 2 se relaciona positivamente con las dimensiones de impulsividad/deshinibición y afecto negativo (Harpur et al., 1989; Verona, Patrick, & Joiner, 2001). A nivel conductual, el Factor 1 se relaciona con la agresión instrumental mientras que el Factor 2 se relaciona con la conducta antisocial desde la infancia hasta la edad adulta, el abuso de drogas, la agresión reactiva y el intento de suicidio (Verona et al., 2001; Woothworth & Porter, 2002).

A pesar de ello, ha sido ampliamente criticado por basarse de forma exclusiva para determinar esta estructura en el índice de similitud, coeficiente de congruencia. Este hecho ha sido motivo de críticas, al ser considerada una estrategia poco sólida, además de que la interpretación de los valores de este coeficiente ha resultado problemática. Ello lleva a sostener a Cooke (Cooke & Michie, 2001; Cooke, Michie, & Skeem, 2007) que no ofrece evidencias convincentes.

Modelos de 4 factores. Hare (2003), en la segunda edición de su manual sobre el PCL-R, discute la posibilidad de ajuste del modelo de cuatro factores, o como son tradicionalmente denominados en la literatura, facetas (Tabla 7): 4 ítems en faceta Interpersonal, 4 ítems en faceta Afectiva, 5 ítems en faceta de Estilo de vida y otros tantos en faceta Antisocial. Se trata de la división del Factor 1 de la estructura bifactorial en las facetas 1 y 2 y del Factor 2 en las facetas 3 y 4 (Tabla 2.6) manteniendo los dos ítems que no saturan en ningún factor. Hare (2003) considera que esta información adicional sobre las puntuaciones en cada una de las facetas resulta relevante, ya que aquellos que obtienen un diagnóstico de psicopatía - entre un rango de 30 y 40 en el resultado final- no tienen por qué ser todos iguales. Según el patrón de puntuaciones obtenidas en cada una de las facetas, estableció la existencia de 3 tipos de psicópatas – *el prototípico, el manipulador y el macho*- y un cuarto grupo residual al que denomino como *pseudopsicópatas* (Hervé, Ling & Hare, 2000).

Algunos autores consideran que ha ofrecido el ajuste más significativo, a la vez que va a ser confirmado en estudios posteriores (Das, De Ruiters, Doreleijers, & Hillege, 2009; Mokros et al., 2011; Neumann, Kosson, & Salekin, 2007) identificándose diversas configuraciones – Cooke y su equipo (2007) localizan más de 10 distintas en la literatura- donde resaltan por relevancia:

Modelo jerárquico de 4 factores. Incluye las 4 facetas anteriores relacionadas con un factor de orden superior: la psicopatía (Hare, 2003).

Modelo jerárquico de 2 factores y 4 facetas. Este modelo plantea un nivel intermedio entre las 4 facetas y el factor de orden superior (la psicopatía) representados por los Factores 1 y 2 tradicionales, que se relacionan con el factor de orden superior (Bolt, Hare, Vitale, & Newman, 2004; Hare, 2003; Kennealy, Hicks, & Patrick, 2007). Hare (2003) considera que este modelo ofrece una mejora sobre el modelo anterior.

Tabla 2.6

Ítems del PCL-R divididos por Factores y Facetas (Hare, 2003).

Factor 1	Factor 2
Faceta 1: Interpersonal	Faceta 3: Estilo de vida
1. Facilidad de palabra y encanto superficial. 2. Sentido desmesurado de autovalía. 4. Mentiroso patológico. 5. Estafador/manipulador.	3. Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento. 9. Estilo de vida parasitario. 13. Ausencia de metas realistas a largo plazo. 14. Impulsividad 15. Irresponsabilidad.
Faceta 2: Afectiva	Faceta 4: Antisocial
6. Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa. 7. Afecto superficial y poco profundo. 8. Insensibilidad afectiva y ausencia de empatía. 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.	10. Pobre autocontrol de la conducta. 12. Problemas de conducta en la infancia. 18. Delincuencia juvenil. 19. Revocación de la libertad condicional. 20. Versatilidad criminal.
Ítems que no saturan en ningún factor	
11. Conducta sexual promiscua. 17. Frecuentes relaciones maritales de corta duración.	

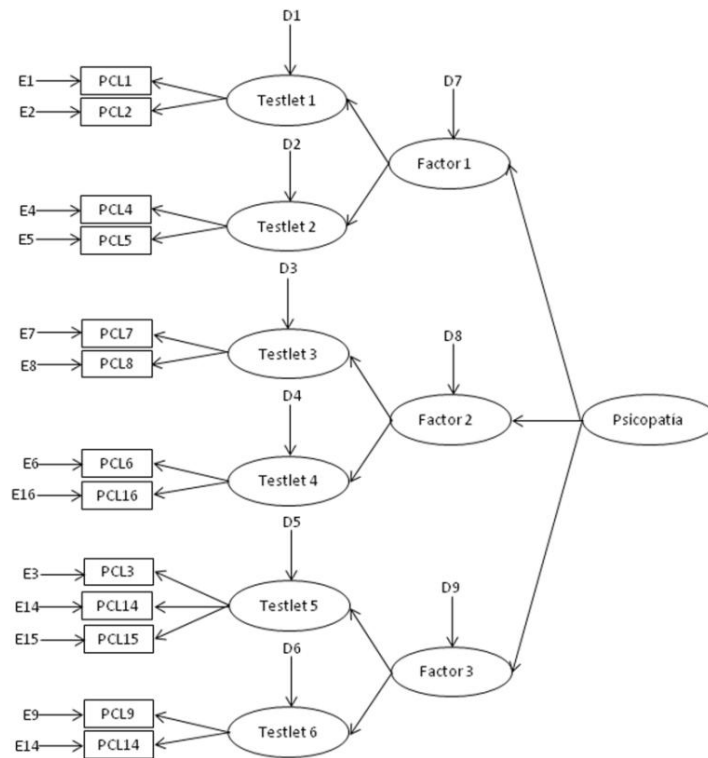
Modelo de 4 factores correlacionados. León-Mayer, Asún-Salazar, & Folino (2010) y Hare & Neumann (2005) han sostenido que cada una de las facetas se correlaciona con todas las demás, sin identificar factores de orden superior. Neumann et al. (2007) lo entienden como superior a los jerárquicos, mientras autores como Cooke et al. (2007) y Smith, Fischer, & Fister (2003) afirman que el modelo solo implica rasgos relacionados que no tienen por qué presentar una causa común.

Modelo de 4 factores correlacionados parcelados. El parcelamiento consiste en sumar los ítems que corresponden a cada factor para formar así una composición previa a la realización del análisis factorial (Hare, 2003). En realidad todos los modelos de cuatro factores presentados pueden ser parcelados, creándose así modelos conceptuales y

matemáticos distintos (Cooke et al., 2007). Esta técnica es controvertida y los resultados obtenidos con ella son cuestionados por algunos autores que consideran que el parcelamiento oscurece la estructura factorial en vez de aclararla -entre otras desventajas- (Bandalos, 2002; Little, Cunningham, Shalar, & Widaman, 2002).

Modelo de tres factores. Este modelo desarrollado por Cooke & Michie (2001), con una muestra de 2064 prisioneros, se aleja de la conceptualización realizada por Hare, desechando la conducta antisocial como criterio necesario para la evaluación del diagnóstico. Muestra una estructura jerarquizada con un constructo de orden superior, ‘la psicopatía’, y un nivel más entre este y los factores, los *testlets*: representan la dependencia local existente entre algunos de los ítems de la escala, es decir, la alta asociación entre dos o más ítems que puede ser explicada por su relación con los rasgos latentes subyacentes (Ver gráfica 2.1).

Ello se explica por utilizar la misma información para evaluar varios ítems, de tal modo que un *testlets* representaría algún punto intermedio entre estos ítems (Cooke et al., 2007; Steinberg & Thissen, 1996) - se obtienen mediante una técnica derivada de la Teoría de respuesta al ítem (Embretson, 1996), que aplicada al PCL-R muestra la dependencia local para todos los ítems, excepto para: ‘Pobre autocontrol conductual’-. Otra diferencia, entre este modelo y los anteriores, es que 7 de los 20 ítems de este instrumento son eliminados - muestran una pobre discriminación, no representan los rasgos fundamentales del concepto de psicopatía y parecen formar un constructo unidimensional que refleja manifestaciones antisociales de los factores nucleares (Torrubia et al., 2010)-. Finalmente, se obtienen 3 factores: el primero configurado por 4 ítems sobre aspectos interpersonales; el segundo, aspectos afectivos (4 ítems) y un tercero sobre conducta/estilo de vida (5 ítems). Los dos primeros son una división del Factor 1 original, mientras el Factor 3 incluye ítems del Factor 2 original, tras eliminar los que representan conducta antisocial. Este modelo atractivo en muchos aspectos, en opinión de algunos autores, tanto para la evaluación como para la prevención y la intervención tiene su base en dudosos procedimientos de selección de ítems (Torrubia et al., 2010; Vitacco, Rogers, Neumann, Harrison, & Vincent, 2005). De igual manera, el nivel de los *testlets* va a ser cuestionado, a la vez que se propone un modelo de tres factores distinto al desarrollado por Cooke & Michie en el que se suprime dicho nivel (Odgers, 2005; Skeem, Mulvey, & Grisso, 2003).



Gráfica 2.1

Representación esquema modelo jerárquico de tres factores con testlets de Cooke y Michie (2001).

El debate sobre cuál de estos modelos es el adecuado para su tratamiento y su resultante, es decir, psicopatía, continúa abierto. Son de resaltar estudios como: el de Sevecke, Pukrop, Kosson, & Krischer (2009) que sometieron a estudio la versión para adolescentes (PCL-R: YV) en una muestra alemana de 314 encarcelados y 193 estudiantes; concluyen que el modelo triárquico proporciona un buen ajuste, no siendo así los modelos de 2 y 4 factores; el de Shariat et al. (2010), quienes realizan un estudio con la misma versión anterior del instrumento en una muestra iraní de 405 sujetos y llega a la misma conclusión, al igual que Hillege, De Ruiter, Smits, Van Der Baan, & Das (2011), en una muestra holandesa, Morrissey et al. (2010), mediante una muestra de delincuentes con discapacidad intelectual evaluados con el PCL-R, y Weizmann-Henelius, Putkonen et al. (2010), en una muestra de mujeres homicidas. Además, se encontrará el estudio de Žukauskienė, Laurinavičius, & Čėsniėnė (2010), en una muestra lituana evaluada con el PCL-R: SV, donde los modelos de 3 y 4 factores ajustaban de forma aceptable, no siendo así el modelo de 2 factores; el estudio de

Kosson, y sus colegas (2013), con una muestra de 646 mujeres adolescentes, va a concluir que ambos modelos ajustaban adecuadamente. También destacan dos trabajos más, que por el contrario demuestran la mayor validez del modelo de 4 factores sobre el de 3 en la predicción de agresiones en muestra de pacientes ingresados en un hospital forense de alta seguridad y pacientes psiquiátricos no institucionalizados (Hill, Neumann, & Rogers, 2004; Vitacco, Neumann, & Jackson, 2005).

2.4.Diagnóstico diferencial

El repaso que hemos hecho por la evolución histórica en la definición de este trastorno, ha dado cuenta de las limitaciones conceptuales que aun hoy siguen vigentes. La consideración distintiva de la conducta antisocial ha suscitado diferentes polémicas, enfrentando a psicólogos y psiquiatras en la definición del concepto. Esto ha dado como resultado la existencia de distintas etiquetas para definir a un mismo constructo, utilizadas por algunos como sinónimos a pesar de que los criterios diagnósticos sean distintos. En este apartado se pretende destacar las diferencias en la conceptualización entre la psicopatía y el Trastorno antisocial de la personalidad (DSM-V) y el Trastorno Disocial de la Personalidad (CIE-10), considerados estos dos últimos como análogos al primero por los distintos sistemas de clasificación.

Además, resulta relevante como diagnóstico diferencial el análisis del concepto de psicópata no institucionalizado: aquel que presenta muchas de las consistencias de personalidad del psicópata prototípico, pero que en cambio no presenta conducta criminal. Consideraremos la evolución del término, características y diferencias y similitudes entre ambos tipos de psicópatas.

2.4.1. Psicópata criminal vs psicópata no carcelario.

La construcción del concepto y el perfil del psicópata y la investigación sobre este cuadro clínico, ha tendido a centrarse desde sus inicios en el psicópata que se encuentra en las prisiones. Esta circunstancia ha sucedido a pesar de la certeza sobre la existencia de este trastorno fuera de ellas, estimada su prevalencia entre un 1% y un 3% en población normal (Hare, 1993; Torrubia & Fuentes, 2008; Torrubia, et al., 2010)

El psiquiatra Philippe Pinel (1801), autor al que se le atribuye el origen del término de psicopatía, no se basó en población criminal, si no en la clientela que llegaba a su consulta privada. Lo mismo sucedió en el caso del psiquiatra norteamericano Hervey Cleckley (1976), quien aportó la primera definición comprensible sobre este cuadro clínico. Este autor, como ya comentamos anteriormente, ejercía su profesión en un hospital psiquiátrico para veteranos de guerra. La conducta antisocial cometida por sus pacientes, que solían proceder de un estatus socioeconómicos altos y disfrutaban de apoyo familiar y social, era generalmente menor, de naturaleza no violenta y aparentemente irracional, como subyacente a un trastorno mental (Patrick, Fowles, & Krueger, 2009). Así, Cleckley advirtió de la existencia de una manifestación subclínica de este trastorno *-psicópata subclínico-*, refiriéndose a sujetos que presentaban las características emocionales e interpersonales del psicópata, pero que sin embargo no presentaban conducta criminal, pudiendo localizarse adaptados, ocupando posiciones sociales respetadas. Incluso algunos autores (Babiak & Hare, 2006; Lykken, 1995) advierten de que algunas de las cualidades que se le atribuyen al psicópata son positivas en algunas profesiones, como la abogacía o la política, pudiendo destacar algunas figuras históricas de psicópatas no carcelarios que han tenido éxito en este campo como Hitler o Stalin: "que pueden hacer ostentación de su poder debido a la tiranía que protege sus pasos" (Garrido, 2004, p.39). Este tipo de psicópata exitoso, parece ser más competente como psicópata, a pesar de su afasia semántica -capaces de fingir emociones que solo conocen a nivel intelectual, de manera más creíble y con mejores resultados que aquellos que van a prisión- (Cleckley, 1976). El psicópata no carcelario aprende a moverse por la sociedad sin entender los sentimientos (Garrido, 2004).

Más adelante, Robert D. Hare (1993) en su libro *Without conscience (Sin conciencia)* definió a este mismo grupo de sujetos como "*psicópatas predelincuentes*" o "*subcriminales*", cuya conducta, aunque no ilegal, desafía los criterios éticos que tienen la mayoría de las personas. También se les ha llamado "*psicópatas de éxito*" (Babiak & Hare, 2006) o "*psicópatas integrados*" (Garrido, 2004), destacando sus deficiencias a nivel emocional y relacional, sin conducta criminal como consecuencia necesaria de dichas deficiencias, o al menos sin conducta criminal detectada por el sistema judicial. De todas formas, algunos autores consideran que la palabra "éxito" les queda demasiado grande, pues a pesar de su habilidad para moverse por su entorno sin levantar sospechas, sus deficiencias a nivel interpersonal y afectivo les impiden tener unas relaciones sanas

y completas, mostrando esa capacidad de adaptación solo hasta cierto punto y en algunas facetas de la vida. Así, algunos opinan que sería más correcto limitarse a etiquetarlos como “*psicópatas no encarcelados*”, “*no institucionalizados*” o “*no criminales*” (Hall & Benning, 2006).

El estudio de este tipo de psicopatía presenta deficiencias, a nivel tanto conceptual como metodológico. A nivel conceptual, López (2010) describe 3 aproximaciones distintas no excluyentes que se ocupan de cuestiones distintas y se centran en poblaciones diferentes:

Manifestación subclínica del trastorno: Esta aproximación tiene su origen en las ideas de Cleckley ya presentadas (Cleckley, 1976). Se entiende al psicópata subclínico como una manifestación incompleta de la psicopatía, una versión del psicópata criminal menos grave. Mantienen las mismas características de personalidad, es decir, presentan un mismo perfil psicológico, pero esto no tiene por qué llevarle a la infracción de la norma y la comisión de delitos necesariamente. Así, la conducta antisocial para el psicópata criminal será una consecuencia natural de sus rasgos afectivos e interpersonales, mientras que el psicópata subclínico se limitará a la trasgresión de las normas sociales sin transgresión de la ley. Hare (1993), en su obra *Without Conscience*, comenta al respecto que, “su conducta, aunque técnicamente no ilegal, violan los criterios éticos que tenemos la mayoría, y se coloca en esa zona gris de la ley” (p. 114). La diferencia entre ambos psicópatas será de grado, y no de clase (Gustafson & Ritzer, 1995).

Expresión del trastorno influida por variables moderadoras: Esta aproximación, considera que ambos tipos de psicópatas presentan una misma etiología y una patología de la misma gravedad, siendo la conducta antisocial una consecuencia primaria en ambos casos. La diferencia radica en que en el caso de los psicópatas no encarcelados se presentan una serie de variables moderadores (oportunidades educativas, el talento, la inteligencia, nivel económico, una socialización efectiva, etc.), que influyen sobre la expresión conductual de los rasgos subyacentes. Hare (1993) al referirse a este tipo de psicópatas comenta que son tan egocéntricos, insensibles y manipuladores como el resto de psicópatas; sin embargo, su inteligencia, su familia, sus habilidades sociales y sus circunstancias les permiten construir una fachada de normalidad y obtener lo que desean

con relativa impunidad. Garrido (2004) describió a un tipo de psicópata no delincuente que encaja a la perfección en esta aproximación; se trata de individuos que pueden llegar a exhibir su psicopatía si la sociedad les reconoce genio o autoridad artística, pasando entonces por ser trofeos y musas del espectáculo o la industria cultural como el director Andy Warhol o el pintor Pablo Picasso.

Modelo dual: Esta última perspectiva tiene su origen en la estructura bifactorial del PCL-R, presentada anteriormente (Hare, 1991a; Harpur, et al., 1988). Patrick, et al. (2009) desarrollaron el modelo triárquico de la psicopatía, en el que se explica la figura de ambos tipos de psicópata: uno presentará de manera más desarrollada las características afectivas del factor 1 y otro las características interpersonales. Así, aunque ambos presentan un fenotipo externalizante de la psicopatía, este será distinto en base a las características del factor 1 presentadas de manera más acusada. Este modelo se explicará con más detenimiento en los siguientes apartados.

A nivel metodológico, la medida de la psicopatía fuera de las prisiones supone una dificultad añadida. Tradicionalmente, los estudios sobre este cuadro clínico se centran en población penitenciaria, circunstancia lógica cuando por definición los psicópatas no consideran tener un problema, no tienen voluntad para cambiar y creen ser perfectos tal como son, así que difícilmente los psicópatas no carcelarios pedirán ayuda y acudirán en masa al sistema sanitario. Aun así, derivado de esta figura del psicópata adaptado a la sociedad, se han creado varios instrumentos que han tratado de detectar su presencia en población no institucional, como el LSRP (Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick, 1995) o el PPI (Lilienfeld & Andrews, 1996). El PCL: SV (Hart et al., 1995), versión de screening del PCL -de solo 12 ítems en el que la conducta criminal queda minimizada a 2-, también es utilizado para el diagnóstico de la psicopatía en población normal. Además contamos con el SRP, medida de autoinforme de la que hablamos anteriormente - va por su tercera versión y evalúa la psicopatía en población comunitaria (Paulhus et al., 2006).

Ante esta situación, resulta paradójico que estos sujetos que estando en libertad serían considerados como psicópata por sus características de personalidad, cuando cometen un delito y entran en prisión necesiten cumplir una serie de criterios criminales para que continúen siendo considerados como tal. Estos sujetos que puntuaría alto en el factor I del PCL-R (ítems emocionales e interpersonales) y bajo en el factor II (ítems sobre

estilo de vida y conducta antisocial), no son detectados con los baremos actuales del PCL-R (Garrido, 2002), a pesar de que como dice Hare (1993, p. 87) “estos psicópatas adultos que hasta el momento de su detención pasaban por ciudadanos ejemplares, en realidad, no aparecieron de la nada. Eran las mismas personas antes y después de su detención. Son psicópatas ahora y eran psicópatas antes.” Deberían entonces dejar de ser psicópatas integrados para convertirse en psicópatas criminales (Garrido, 2004), pero el sistema de medida más popular en la actualidad dentro de las prisiones, pasa a evaluarlos como no psicópatas. Esta situación no se encuentra exenta de críticas, ya que parte de los estudiosos sobre el tema, consideran que los síntomas de este cuadro clínico deben reflejar desviación personal, no desviación social o cultural (Andrade, 2008; Cooke, Hart, Logan, & Michie, 2012; Cooke, Michie, Hart, & Clark, 2004; Skeem & Cooke, 2010). Fruto de ello es el desarrollo de la estructura factorial jerárquica de 3 factores para PCL-R a manos de David Cooke y sus colegas (Cooke & Michie, 2001; Cooke, Michie et al., 2007) que ya hemos descrito.

Durante los últimos años, el estudio de este tipo de psicopatía, que se enmascara con más o menos eficacia en la sociedad, ha suscitado un mayor interés por parte de la comunidad científica, aunque aún de forma modesta si lo comparamos con la extensa bibliografía que respalda al estudio del psicópata criminal. Paulhus & Williams (2002), lo incluyeron como uno de los tres perfiles que conforman la “Triada oscura de la personalidad”, acompañando al maquiavelismo y al narcisismo subclínico. Estas tres tipologías tienen en común una tendencia a ser insensibles, egoístas y maliciosos en sus relaciones interpersonales (Jones & Paulhus, 2009), destacando la falta de empatía y el afán por el control del otro. La psicopatía subclínica resulta ser la más peligrosas de las tres.

También encontramos que se ha estudiado al psicópata no carcelario tomando como perspectiva las distintas formas de externalizar sus características de personalidad en los diferentes ámbitos de la vida, pudiendo destacar el papel de los psicópatas subclínicos en las empresas (Akhtar, Ahmetoglu, & Chamorro-Premuzic, 2013; Babiak & Hare, 2006; Garrido, 2004; Mathieu, Hare, Jones, Babiak, & Neumann, 2013; Mathieu, Neumann, Hare, & Babiak, 2014; Pardue, Robinson, & Arrigo, 2013), en las relaciones de pareja (Garrido, 2004; Pozueco, Moreno, Blázquez, & García-Baamonde, 2013;

Williams, Spidel, & Paulhus, 2005) y en la sexualidad (Jonason, Luevano, & Adams, 2012). Estos temas serán tratados con mayor detenimiento en el siguiente capítulo.

Finalmente, sobre la capacidad para la comisión de los crímenes violentos - característicos de los psicópatas criminales-, los estudios sobre el tema han concluido que aunque no es habitual que este tipo de psicópatas utilicen la violencia física para conseguir lo que desean -a pesar de presentar el mismo perfil de personalidad que el psicópata carcelario (Pozueco et al., 2011)-, pueden llegar a utilizarla si mediante la manipulación no alcanzan sus objetivos, pudiendo ser las consecuencias fatales para las víctimas (Garrido, 2004; Pozueco, 2010). Respecto a esto, destaca el trabajo realizado por Declercq, Willemsen, Audenaert, & Verhaeghe (2012), quienes estudiaron la relación entre la psicopatía y la violencia más depredadora en una muestra de 82 hombres condenados por crímenes violentos, sexuales u homicidio, concluyendo que este tipo de violencia se asociaba positivamente con la faceta interpersonal del PCL-R y negativamente con la antisocial. Sreenivasan, Walker, Weinberger, Kirkish, & Garrick (2008), mediante una muestra de 126 internos en prisión, establecieron una relación significativa entre la faceta interpersonal del PCL-R y el número total de actos violentos ejercidos por estos, no sucediendo lo mismo con el resto de facetas. Resultados similares establecieron McCarthy, Huband, Patel, Banerjee, & Duggan, (2012), quienes concluyeron que puntuaciones elevadas en el factor 1 del PCL-R – características afectivas e interpersonales de la psicopatía- se relacionaba con los peores pronósticos psicosociales tras un seguimiento medio de 4.16 años de 95 pacientes hombres adultos. Vemos entonces que los crímenes más despiadados e inhumanos, la cantidad de violencia ejercida, etc., se relacionan con las consistencias de personalidad comunes a ambos tipos de psicópatas – destacando el no institucional por ser más competente en el desarrollo de estas consistencias comunes- en detrimento de los aspectos conductuales.

2.4.2. Psicopatía vs Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Parte de la comunidad científica otorga mayor peso al diagnóstico de este cuadro clínico en base a la conducta criminal en detrimento de los rasgos afectivos, desligándose de la

tradición clínica imperante hasta mediados del siglo XX. Como anteriormente comentábamos, Pritchard consideraba la conducta impulsiva y antisocial como características centrales de este trastorno. El término “*sociopatía*”, utilizado por G. E. Patridge (1930), pretendía ser reflejo de esta concepción, definiendo con esta etiqueta una tendencia hacia la inestabilidad emocional, los sentimientos de inferioridad, la alienación y la agresión.

Esta aproximación comenzó a ganar fuerza a partir de la década de los 70 del pasado siglo, cobrando importancia el término de *Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP)*, heredero de esta conceptualización. La presencia progresiva de este término, encuentra respaldo en la publicación en 1980 del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). En esta versión del DSM se incluyen nuevos trastornos, entre los que se encuentra éste. Anteriormente, en el DSM-II (American Psychiatric Association, 1968), se incluyó el término de “*personalidad antisocial*”, para referirse al concepto imperante actualmente sobre la psicopatía, que se basaba en los criterios establecidos por Cleckley (1976). La pobre socialización, el egoísmo, la ausencia de sentimientos de culpa y la insensibilidad, ya eran criterios diagnósticos en esta edición, pero la asunción de que los clínicos tendrían dificultades para evaluar de forma fiable rasgos de personalidad, la búsqueda de una mayor objetividad y la idea de un inicio temprano en la delincuencia como criterio central en el diagnóstico de este trastorno (Robins, 1978), llevaron a la eliminación de los criterios referidos a aspectos psicológicos, dejando solo los que hacía referencia a la conducta antisocial (Rogers, Salekin, Sewell, & Cruise, 2000; Widiger et al., 1996). No obstante, tal cambio no está exento de críticas, que denotan las deficiencias del criterio diagnóstico para el TAP del DSM-III, aún por madurar (Coolidge, Merwin, Wooley, & Hyman, 1990; Rogers, Dion, & Lynett, 1992; Widiger, Corbitt, & Millon, 1992; Wulach, 1983).

Como resultado, el término “*Psicopatía*” deja de utilizarse en 1997 en la base de datos PsycINFO, y se elimina de dicha base en el año 2000, con motivo del lanzamiento del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y su revisión (American Psychiatric Association, 2000). El término se retoma en el año 2007, momento en el que la APA anuncia la quinta edición del DSM, en la que se revisa dicha distinción y se incluyen nuevos trastornos. Esta disputa entre terminologías es un reflejo de la polémica sobre el tratamiento de ambos conceptos como sinónimos, o cuadros clínicos diferenciados, que

a día de hoy sigue vigente (Blair, 2003; López & Núñez, 2009; Patrick, 2000; Strickland, Drislane, Lucy, Krueger, & Patrick, 2013). La definición arrojada por la herramienta “Tesoro” de la base de datos PsycINFO y recogida en la tabla mostrada a continuación, hace eco de esta situación. Refiere como características del trastorno antisocial de la personalidad, aspectos principalmente conductuales y relacionados con la infracción de la norma, mientras que la definición sobre la psicopatía destaca los aspectos emocionales e interpersonales. Al mismo tiempo se señala que las características presentes en un cuadro clínico pueden estar presentes en el otro, dejando así difusos los límites entre ambos términos.

Tabla 2.7

Análisis histórico de los conceptos “*Psychopathy*” y “*Antisocial Personality Disorder*”, así como sus conceptos, sus términos relacionados, y su nivel de productividad como descriptores y como palabras clave (Febrero del 2013).

Concepto Clave: “ <i>Psychopathy</i> ”.	Concepto Clave: “ <i>Antisocial Personality Disorder</i> ”.
<p><u>Año de introducción en el Tesoro:</u> 2007*</p> <p>*(nota histórica: Término abandonado en 1997. En 2000, el término “<i>Psychopathy</i>” fue eliminado de los registros que lo contenían para ser remplazado por “<i>Antisocial Personality Disorder</i>”, <i>tomado como su homólogo registrable en la base de datos según el criterio diagnóstico del momento</i>. En abril de 2007, cambio el estado del término “<i>Psychopathy</i>” de no registrable a registrable en la base de datos, y los registros pertinentes han sido recodificados con dicho término de nuevo.).</p>	<p><u>Año de introducción en el Tesoro:</u> 1973</p>
<p><u>Definición (Tesoro):</u></p> <p>Una primera definición para un rasgo de la personalidad marcada por el egocentrismo, impulsividad y falta de emociones como la culpa y el remordimiento, que es particularmente frecuente entre los reincidentes con diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial.</p>	<p><u>Definición (Tesoro):</u></p> <p>Trastorno de la personalidad caracterizado por el conflicto con los demás, la baja tolerancia a la frustración, el desarrollo de la conciencia inadecuada, y el rechazo de la autoridad y la disciplina.</p>

Términos relacionados:
“Antisocial Behavior”.
“Antisocial Personality Disorder”.

Términos relacionados:
“Antisocial Behavior”.
“Autism”.
“Criminals”.
“Juvenile Delinquency”.
“Narcissistic Personality”.
“Disorder”.
“Psychopathy”.
(se utiliza para “Psychopath” y
“Sociopath”).

Referencias generales:
Como descriptor 4599.
Como palabra clave 2575.

Referencias generales:
Como descriptor 5328.
Como palabra clave 1072.

En la tabla anterior se recogen también los términos relacionados con cada concepto y las referencias realizadas a estos tanto como descriptores como palabras clave en la base de datos PsycINFO.

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013, p. 645) define el Trastorno Antisocial de la Personalidad como “patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás”, afirmando además que “Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía, o trastorno de la personalidad disocial” (p.659) dando a entender que estos términos pueden intercambiarse. Al detenernos en los criterios establecidos por esta edición del DSM, encontramos que la esencia del trastorno se centra en conductas observables que resultan más fáciles para el acuerdo diagnóstico, cuando como hemos visto anteriormente, el concepto de psicopatía que sigue la tradición clínica, hace referencia a aspectos emocionales e interpersonales. Si observamos la tabla anterior, podemos ver que el único término relacionado común, a parte de las propias etiquetas utilizadas para ambos diagnósticos, es “Antisocial Behavior” (conducta antisocial). Esto es una muestra más de que el punto común entre ambos cuadros clínicos es de tipo conductual, dejando aspectos esenciales del diagnóstico de psicopatía observados por Hervey Cleckley en su obra *The mask of the Sanity* (1941), fuera del diagnóstico de TAP, como la incapacidad para establecer lazos de afecto, el trato aparentemente agradable pero altamente asocial, la superficialidad emocional o la incapacidad para sentir culpa y aprender de la experiencia. A pesar de ello, resulta paradójico que el constructo de psicopatía evaluado con el PCL-R tenga mejores resultados en lo que respecta a la predicción de la reincidencia penal que el TAP (Toldson & Duncan, 2003; Ullrich, Kahle, & Marneros, 2003).

En opinión de Hare (1984a), las definiciones y descripciones realizadas por numerosos autores sobre la psicopatía, tienen en común dos puntos: el elevado egocentrismo que encaja con su falta de empatía y la incapacidad para establecer relaciones afectivas. Los aspectos conductuales, por tanto, parecen quedar en un nivel secundario. Por su parte, García-Pablos de Molina (2003, p. 632) en su tratado de criminología comenta que: “El trastorno antisocial de la personalidad (propio del delincuente habitual, de prolongado historial criminal, que vive en un submundo marginal) sólo recoge las características esenciales de los aspectos conductuales de la psicopatía, no sus dimensiones o rasgos de la personalidad. No todos los sujetos que padecen el trastorno antisocial de la personalidad son necesariamente psicópatas.”

Una posible solución, a esta polémica, es la consideración de tipos distintos de Psicopatía. Como comentamos con anterioridad, Karpman (1941, 1961) propondrá la distinción entre la psicopatía *idiopática*, la verdadera *–primaria–* y la *sintomática –secundaria–*, que presenta como una pseudopsicopatía. La primera se definía por la frialdad y crueldad en las relaciones interpersonales y la capacidad para simular emociones y vínculos; la segunda respondía más bien a procesos neuróticos, presentando una sintomatología conductual. Hare (1984a) estableció una tipología, considerando la existencia del *psicópata primario*, el *secundario* y el *disocial*. El psicópata primario, hace referencia al psicópata descrito por Hervey Cleckley (1941), cuyas características se recogieron anteriormente. El *secundario* o *psicópata neurótico*, no se encuentra tan deteriorado en este aspecto y, aunque mantiene este diagnóstico de psicopatía basado en aspectos conductuales, puede llegar a establecer relaciones de afecto, sentir culpa o remordimientos y una elevada ansiedad. Por último, el *psicópata disocial*, recogido por Hare, mantiene también la capacidad para desarrollar sentimientos de culpa, lealtad y afecto, teniendo origen su conducta antisocial en factores ambientales (Torrubia, 1987). Eysenck, igualmente, realiza una distinción entre *psicópata primario* y *secundario* (Chico & Ferrando, 1995; Eysenck & Eysenck, 1976; Pérez, 1986). El primero, sería el equivalente a una puntuación alta en la dimensión de psicoticismo, y estaría caracterizado por la ausencia de sentimientos de culpa, empatía o sensibilidad, y la agresividad, lo que llevaría al individuo a cometer actos delictivos con una probabilidad mayor; el secundario sería combinación de las dimensiones de neuroticismo y extraversión, el cual comete actos delictivos pero con sentimientos de culpa por tales actos.

De forma más reciente, Lykken (1995) estableció dos tipos de personalidad con origen biológico, denominado a los individuos que las padecían como *psicópatas*: Una de ellas se caracterizaba por una predisposición a no sentir miedo ante el castigo y la segunda por un sistema de activación con déficits para la inhibición de conductas. Además, estableció un segundo diagnóstico para un tercer tipo de personalidad, con base en experiencias tempranas adversas sin predisposición innata para el desarrollo de un estilo de vida delictivo. A estos los denominó "*sociópatas*". Hare y sus colegas (Hervé et al., 2000), realizaron un estudio sobre los resultados obtenidos por una muestra de reclusos en las distintas facetas del PCL-R, estableciendo 3 tipos de psicópatas y un cuarto grupo al que denominaron como "*pseudopsicópatas*" o "*sociópatas*" -estos últimos presentaban una puntuación baja en la faceta 2, es decir en aquellos ítems relacionados con afectividad-. A los tres tipos de psicópatas los denominó como: El "*clásico*" o "*prototípico*" -alta puntuación en las 4 facetas-; El "*manipulador*" -puntuación alta en facetas 1 y 2 y baja en el resto-; y el "*macho*" - puntuación baja en la faceta 1 alta en el resto-.

Lo que los autores entienden como "*Psicópata primario*", equivaldría al concepto que se recoge tradicionalmente sobre la psicopatía, caracterizado por los déficits emocionales y afectivos, mientras que el "*secundario*", "*sociópata*", "*psicópata disocial*", "*seudosociópata*", etc., se asemejaría más al diagnóstico de TAP que establece el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), en el que se observan las conductas delictivas sin ausencia de remordimiento, emociones y empatía (Blair, 2003; Patrick, 2000) y un estilo de vida irresponsable, desordenado e impulsivo. Como recogen los autores, tales diagnósticos, aunque sean considerados como un mismo trastorno, no son semejantes y los factores que causan cada uno de ellos serán distintos.

Los estudios realizados en los Centros Penitenciarios con muestras de prisioneros, en los que son sometidos a distintas pruebas sobre la evaluación del TAP y la psicopatía medida con el PCL-R, parecen apoyar la tesis de que se trata de diagnósticos distintos. Si fuera cierto que ambos son equivalentes, como recoge el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), lo lógico sería que estos cuadros clínicos se encontraran en una proporción similar. Las tasas de prevalencia dentro de las prisiones, parecen desmentir al DSM-V, pues la de la psicopatía se sitúa en población penitenciaria y forense entre el 15- 25% y la del TAP entre el 50-80% (Torrubia et al., 2010). Lo cierto

es que la asociación de diagnósticos es asimétrica: El diagnóstico de la psicopatía según PCL-R es más predictivo del TAP que el diagnóstico del TAP de la psicopatía (López & Núñez, 2008; Torrubia et al., 2010). Esto quiere decir que, cuando evaluamos a una misma muestra mediante ambos criterios, encontramos que aquellos que obtienen un diagnóstico positivo de psicopatía mediante el PCL-R presentan una probabilidad muy alta de que estos también tengan un diagnóstico de TAP; por el contrario, los que tengan un diagnóstico de TAP tendrán muchas menos probabilidades de presentar también un diagnóstico de psicopatía. Muestra de ellos es el estudio realizado por Hart, Forth, & Hare (1991) quienes encontraron en una muestra de 119 presos: mientras el 79,2% de los psicópatas fueron diagnosticados con TAP, solo el 30,2% de las personas con TAP, recibieron diagnóstico de psicopatía. Si observamos con detenimiento los criterios diagnósticos de ambos trastornos, parece lógica la obtención de tales resultados (ver Tabla 2.8):

Tabla 2.8

Criterios diagnósticos para el TAP según DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

Criterios para el Diagnóstico del Trastorno Antisocial de la Psicopatía según el DSM- V

Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:

- Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
 - Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
 - Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
 - Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
 - Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
 - Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
 - Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
-

Los ítems que contempla el DSM-V para la definición del TAP, los contiene en su totalidad los criterios diagnósticos para la psicopatía el PCL-R. Vamos a analizar uno por uno los ítems para el diagnóstico del TAP:

- Ítem 1 (Conducta delictiva): El fracaso para adaptarse a las normas sociales que tiene como consecuencia la conducta delictiva. Se recoge en los ítems 12

(Problemas de conducta en la infancia), 18 (Delincuencia juvenil), 19 (Revocación de la libertad condicional) y 20 (Versatilidad criminal).

- Ítem 2 ((*Deshonestidad*): La mentira persistente para obtener un beneficio personal. Lo recoge el ítem 5 (Estafador/ Manipulador) del PCL-R.
- Ítem 3 (*Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro*): En la Escala de Hare, este ítem corresponde al número 13 (Ausencia de metas realistas a largo plazo) y al número 14 (Impulsividad).
- Ítem 4 (*irritabilidad y agresividad*): Semejanza con los ítems 10 (Pobre autocontrol de la conducta) y el 14 (Impulsividad).
- Ítem 5 (*Despreocupación imprudente*): La búsqueda de sensaciones sin importar la seguridad propia o la de los demás, también se encuentra entre los ítems del PCL-R, concretamente el número 3 (Necesidad de estimulación/ Tendencia al aburrimiento). Este criterio incluye las conductas sexuales de riesgo pero no especifica nada sobre la promiscuidad, por lo que no podemos incluir el ítem 11 (Conducta sexual promiscua).
- Ítem 6 (*Irresponsabilidad*): Lo localizamos en la escala de Hare en el número 15 (Irresponsabilidad). Esta irresponsabilidad a nivel laboral pasa por largos periodos de desempleo, a pesar de la existencia de trabajo disponible o por bajas laborales injustificadas sin un plan realista para conseguir trabajo, lo cual refleja en parte el ítem 9 (Estilo de vida parasitario) y el ítem 13 del PCL-R (Ausencia de metas realistas a largo plazo).
- Ítem 7 (*Falta de remordimientos*): La ausencia de sentimientos de culpabilidad se recogen en el ítem 6 del PCL-R (Ausencia de remordimiento sentimiento de culpa) y la justificación del daño causado acusando a otros de sus propias acciones en el ítem 16 (Incapacidad para aceptar las consecuencias de sus propias acciones).

En la sección de *Rasgos y trastornos asociados*, se recogen la falta de empatía (ítem 8 del PCL-R), mostrar labia y encanto superficial (ítem 1 del PCL-R), el engreimiento y autoconcepto exagerado (ítem 2 del PCL-R) y una gran variedad de parejas sexuales (ítem 11 del PCL-R) como posibles síntomas asociados. Estos fueron considerados ya en la versión DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), como resultado de la petición realizada a Hare por el grupo de trabajo que se encargaba del desarrollo de esta revisión, de un conjunto de ítems para la evaluación de la psicopatía (Hare, Hart,

Forth, Harpur, & Williamson, 1998). Del total de características recogidas por estos autores, solo se consideraron las mostradas anteriormente y no como criterios diagnósticos esenciales.

Considerando que la escala del PCL-R recoge los ítems del TAP y además añade otros de tipo afectivo e interpersonal, y que la escala de Hare es mucho más exigente para la obtención de un diagnóstico positivo (PCL-R: Necesita una puntuación de 30 sobre 40 para considerar a la persona evaluada como psicópata, mientras que el diagnóstico de TAP, solo necesita la presencia de 3 de los 7 ítems descritos por el DSM-V), es esperable que los individuos que obtienen un diagnóstico de Psicopatía en la mayoría de los casos también lo obtengan de TAP y no suceda lo mismo a la inversa.

La diferencia entre ambos diagnósticos se encuentra en aquellos ítems que no se solapan. Así, se entiende que la facilidad de palabra y el encanto superficial, el sentido desmesurado de autovalía, la mentira patológica que no está destinada a la obtención de un fin, el afecto superficial, la insensibilidad afectiva y ausencia de empatía, la conducta sexual promiscua, la incapacidad para hacerse responsable de sus actos y las frecuentes relaciones maritales breves, son entonces la esencia del psicópata que lo separa del Trastorno Antisocial de la Personalidad, siendo la mayoría de estos ítems pertenecientes al factor 1 del PCL-R. Se confirma las observaciones realizadas por Patrick (2000) y Blair (2003) sobre la equivalencia del Factor 1, con la esencia de la definición del psicópata tradicional, y el Factor 2, con el diagnóstico del TAP.

Ambos cuadros clínicos son cosas distintas y no deberían utilizarse como sinónimos. A un nivel lingüístico, la equivalencia entre psicópata secundario y Trastorno Antisocial de la Personalidad, como solución a esta polémica, resulta poco acertada. La utilización de la etiqueta de “psicópata” lleva implícita una serie de características emocionales, afectivas e interpersonales que no se recogen en los criterios diagnósticos del TAP, llevando al lector inexperto a la confusión, y por tanto al equívoco. La reciente publicación del DSM-V, que tanta polémica ha suscitado, no ha dado respuesta a los progresos en la investigación científica sobre la psicopatía y el TAP. Continúan vigentes las dificultades en el entendimiento de ambos trastornos y la necesidad de cambios en los criterios diagnósticos, para que el tratamiento de ambos términos como sinónimos sea realista y acertado.

2.4.3. Psicopatía vs Trastorno Disocial de la Personalidad.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), según la Organización Mundial de la Salud que ya va por su décima edición, está diseñado para ser utilizada en todo el mundo y refleja los puntos de vista y necesidades de la comunidad psiquiátrica internacional. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en cambio, fue diseñado para su uso en Estados Unidos, siendo producto de la psiquiatría norteamericana (López-Ibor, Pérez, & Rubio, 1996). La aproximación clínica tradicional de la psicopatía, como hemos comentado, encontró respaldo en la publicación del CIE-9 (Organización Mundial de la Salud, 1978) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1990) bajo la etiqueta de *Trastorno Disocial de la Personalidad*. Para este sistema de clasificación, a diferencia del DSM, los criterios descritos por Cleckley (1976) tienen un papel prioritario frente a los aspectos conductuales. Aun así, aunque algunos de los criterios son parecidos a ítems del PCL-R, estos no son definidos de manera tan estricta como en esta escala (Torrubia, et al., 2010). En la Tabla siguiente, y como ejemplo, se recogen los criterios diagnósticos del IPDE para el Trastorno Disocial (TD), donde se puede observar que todos los criterios coinciden conceptualmente, con uno o varios de los ítems recogidos en la escala PCL-R:

Tabla 2.9

Criterios diagnósticos para el TD según CIE-10.

Criterios para el Diagnóstico del Trastorno Disocial de la Personalidad según el CIE-10
Deben estar presentes al menos tres de los siguientes criterios:
<ul style="list-style-type: none">• Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.• Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y desprecio por las normas, reglas y obligaciones sociales.• Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.• Muy baja tolerancia a la frustración, con un bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a comportamientos violentos.• Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.• Marcada predisposición a culpar a los demás, o a ofrecer racionalizaciones verosímiles de los comportamientos conflictivos.

- Ítem 1 (Despreocupación por los sentimientos del otro y falta de empatía): Este criterio se recoge en el ítem 8 del PCL-R (Insensibilidad afectiva y ausencia de empatía).
- Ítem 2 (Irresponsabilidad y desprecio por las normas y obligaciones sociales): Información recogida de forma paralela en la escala de Hare en los ítems 9 (Estilo de vida parasitario), 13 (Ausencia de metas realistas a largo plazo) y 15 (Irresponsabilidad).
- Ítem 3 (Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas): En el ítem 7 (Afecto superficial y poco profundo), ítem 11 (Conducta sexual promiscua) e ítem 17 (Frecuentes relaciones maritales de corta duración) del PCL-R responden a este criterio del CIE-10, aunque aglutinan más información.
- Ítem 4 (Baja tolerancia a la frustración, agresividad y violencia): Este criterio se recoge en el ítem 10 (Pobre autocontrol de la conducta) a un nivel emocional, y en el ítem 14 (Impulsividad) a un nivel conductual.
- Ítem 5 (Incapacidad para sentir culpa y aprender de la experiencia): Este ítem se recoge en el número 6 (Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa) para la escala de Hare.
- Ítem 6 (Predisposición para culpar a los demás): Este ítem es paralelo al 16 del PCL-R (Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones).

Comprobamos que los criterios diagnósticos, tras realizar un análisis exhaustivo del CIE-10 para el Trastorno Disocial de la Personalidad, se solapan con los ítems afectivos y de estilo de vida del PCL-R. La faceta interpersonal que forma parte del Factor 1 de esta escala y de los 16 criterios considerados, como la esencia del psicópata establecido por Cleckley (1976), no se recoge en ninguno de los criterios para el Trastorno Disocial.

Con respecto al tratamiento de la conducta antisocial, no se hace ninguna alusión directa a la comisión de delitos, aunque de algunos de los criterios diagnósticos presentados en la tabla anterior como “Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y desprecio por las normas y reglas y obligaciones sociales” o “Muy baja tolerancia a la frustración, con un bajo umbral para la agresividad, dando incluso lugar a comportamientos

violentos”, se desprende la consideración de esta conducta como una posible consecuencia.

El IPDE módulo CIE-10 (Loranger et al., 1994), Inventario de los Trastornos de la Personalidad de acuerdo con los criterios del CIE-10, es un instrumento diseñado en conjunto por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Salud Mental en EE. UU, siendo adaptado a población española por López-Ibor y sus colegas (1996). Este instrumento, tras ser sometido a prueba en un total de 716 pacientes de 14 centros evaluados por 58 psiquiatras y psicólogos clínicos en 11 países de Norteamérica, Europa, África y Asia, demostró ser aceptable para los profesionales, presentando fiabilidad interjueces y estabilidad temporal en diferentes naciones, lenguas y culturas. Entre las preguntas propuestas para la realización de la entrevista semiestructurada, se recogen para la evaluación de la presencia del *Trastorno disocial* -a pesar de que no se hace alusión directa a la conducta criminal en los criterios diagnósticos para este trastorno-, cuestiones como la comisión de estafas, la conducción bajo los efectos de las drogas, ser detenido por conducción temeraria o haber sido arrestado alguna vez. El IPDE-SQ módulo CIE-10 (Loranger, Janca, & Satrorius 1997), versión de screening autoadministrado, cuenta con un total de 59 ítems con opción de respuesta verdadero/falso. Siete de estos ítems están destinados a la evaluación del Trastorno Disocial, de los cuales uno de ellos evalúa la comisión de delitos: “Nunca me han detenido”. A pesar de un interés inicial del CIE-10 por considerar la conducta delictiva como una posible consecuencia, en los ítems de los instrumentos derivados de este se estima como criterio la conducta antisocial aislada y menor.

En un principio se estimó como punto de corte la presencia de 3 ítems, para todos los trastornos en población normal. Trabajos posteriores demostraron que la sensibilidad de este instrumento era alta, y la especificidad moderada (Slade, Peters, Schneiden, & Andrews, 1998), por lo que se propuso la modificación de este punto de corte. En población penitenciaria se estimó que responder afirmativamente a 4 ítems para considerar la probable presencia del trastorno en el individuo, reportaba un índice de validez más adecuado en la identificación de los trastornos de personalidad (Del Rio, 2011; Iverach et al, 2009). En lo que respecta al Trastorno Disocial de la Personalidad, resulta llamativo que, al considerar la posible presencia del trastorno en el individuo evaluado bajo este criterio, todos los encarcelados partan en desventaja ya que todos han

sido detenidos alguna vez. En el caso del PCL-R, una cuarta parte de los ítems evalúan conducta antisocial, pero dicha conducta debe estar asociada con una aparición temprana (ítems 12 y 18), con versatilidad (ítem 20), incapacidad para aprender de la experiencia (ítem 19), o estados coléricos (ítem 10). El PCL-R en ningún caso considera las conductas antisociales aisladas y menores, mientras que para el IPDE suponen la cuarta parte de un diagnóstico positivo. Desde este punto de vista, al disminuir las exigencias en conducta antisocial para un diagnóstico positivo, favorecen un diagnóstico basado en aspectos de personalidad y estilo de vida, otorgando un papel secundario al comportamiento criminal.

Siguiendo la lógica tomada anteriormente con el Trastorno Antisocial de la Personalidad, asumimos que si el Trastorno Disocial y la psicopatía son un mismo cuadro clínico, su prevalencia debería ser similar. Resaltar que los estudios en prisiones sobre la prevalencia de los trastornos de personalidad en base a la estructura establecida por el CIE son escasos, siendo habitual la utilización del DSM como sistema de clasificación (Ulrich, Borke, & Marneros, 2001). El estudio realizado por Slade & Forrester (2013) con una población de hombres encarcelados en el Reino Unido evaluados con el IPDE-SQ módulo CIE-10, situó la prevalencia del Trastorno Disocial en el 25,8%, aunque estos datos deben tomarse con cautela, al tratarse de un instrumento de cribaje y unos niveles de fiabilidad de las subescalas bajo; los resultados obtenidos, pues, deben ser considerados como probabilidades a estudiar en profundidad mediante entrevista y no como diagnósticos en firme (Brun & González, 2008a; Brun, & González, 2008b; López et al., 2007). Lafortune (2010), que también ha tratado de evaluar la prevalencia de los trastornos mentales en prisión en Canadá, basándose en los criterios establecidos por CIE-9, sobre la base de registros médicos existentes, va a referir una prevalencia de un 18% para los trastornos de personalidad, aunque no facilitó datos específicos sobre las distintas tipologías.

La mayor cercanía entre los criterios diagnósticos establecidos por el CIE y el PCL-R, de Hare, favorece la menor distancia entre los porcentajes de prevalencia. Aun así, los resultados sobre el Trastorno Disocial, aunque escasos, son ligeramente superiores a los obtenidos mediante el PCL-R. Tal diferencia radicará entonces, en aquellos ítems que no se solapan entre ambos sistemas de clasificación, por lo que achacamos dicha diferencia a las características interpersonales -el encanto superficial, la sensación

desmesurada de autovalía, la capacidad para la manipulación y la mentira patológica- y los criterios para la conducta antisocial. El PCL-R otorga mayor peso a este tipo de comportamiento en número de ítems, pero sus criterios de inclusión como relevantes para el diagnóstico son más exigentes que los del Trastorno Disocial.

2.5. Aproximaciones recientes al concepto de psicopatía

Las diferentes polémicas sobre el concepto de psicopatía siguen sin ser resueltas. Como resultado, podemos encontrar diversas propuestas que tratan de dar respuesta a las distintas posturas y a los avances en la investigación. En este apartado, pretendemos repasar dos de estas propuestas que han cobrado mayor calado en la comunidad científica: modelo triárquico de psicopatía y modelo explicativo de personalidad psicopática.

2.5.1. El modelo triárquico de psicopatía

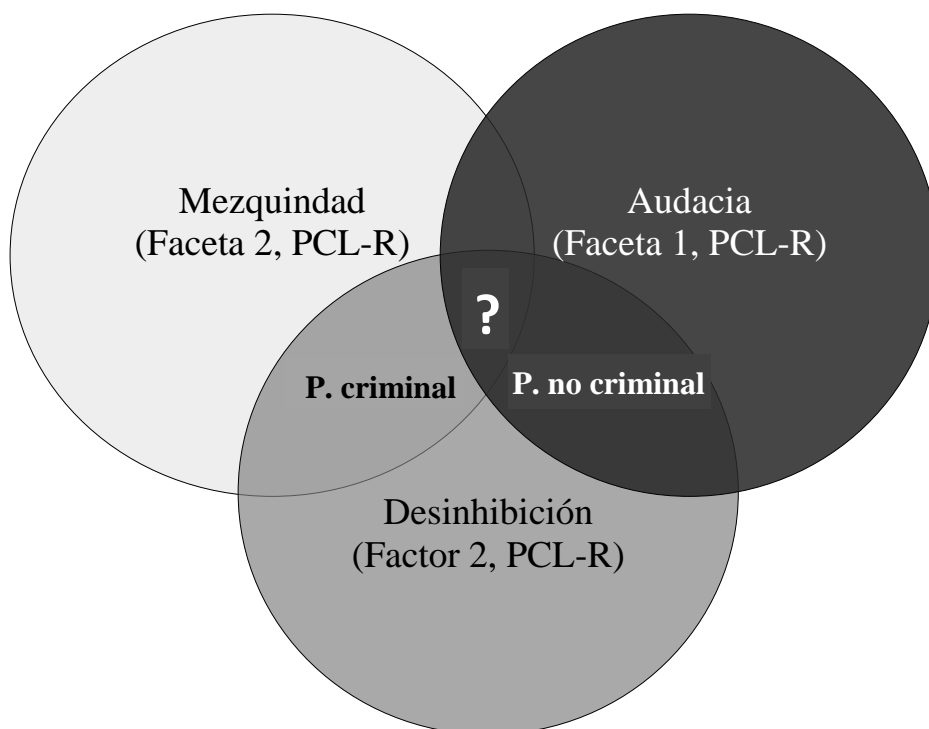
Patrick y sus colegas (2009), consideraban que los instrumentos de medida, existentes hasta el momento, no daban respuesta a un concepto unitario de psicopatía. La noción de psicópata no carcelario, que se inició con las aportaciones de Cleckley (1976), se operacionaliza con menor eficacia por los instrumentos existentes que teóricamente representan un concepto global de psicopatía. Con la intención de integrar las posturas existentes hasta el momento, desarrollaron un modelo al que denominaron: *modelo triárquico de psicopatía*, que define la existencia de 3 fenotipos distintos, con relaciones desiguales entre ellos, a la vez que cuya combinación explicaría la existencia del psicópata criminal y no criminal. Estos fenotipos se definen de la siguiente manera (Patrick et al., 2009):

- Fenotipo de Desinhibición: “Propensión fenotípica general hacia problemas de control de impulsos que suponen una escasa capacidad de planificación y previsión, una regulación deteriorada de las emociones y del control de conductual y la insistencia en conductas que suponen una gratificación inmediata” (p.925)
- Fenotipo de Audacia: “Estilo fenotípico que implica una capacidad para permanecer tranquilo y concentrado en situaciones de presión o amenaza, una capacidad para

recuperarse rápidamente de eventos estresantes, alta seguridad en uno mismo y eficacia social y tolerancia a la falta de familiaridad y peligro” (p.926).

- **Fenotipo de Maldad:** “Constelación de atributos fenotípicos incluyendo la falta de empatía y desprecio por los vínculos íntimos con los demás, la rebeldía y la búsqueda de emoción a través de la explotación y empoderamiento a través de la crueldad” (p. 927).

Uno de estos fenotipos, que se encuentra presente en ambos tipos de psicópatas, es el de la desinhibición, que se define por los componentes externalizantes de la psicopatía, como agresividad, falta de credibilidad, consumo de drogas o implicación en actividades ilegales y violación de normas (Krueger, Markon, Patrick, Benning, & Kramer, 2007). Este modelo, por tanto, considera la conducta disruptiva como parte de la psicopatía, pero no necesariamente la delictiva, pues es parte inherente también del psicópata no criminal. La diferencia entre ambos tipos se encuentra en los otros fenotipos que los caracterizan. Este último tipo de psicópata se define además, de por el fenotipo de desinhibición, por el de audacia, que refiere dominancia social, asertividad, capacidad de persuasión, etc. y mantiene cierto paralelismo con los ítems interpersonales del PCL-R. El psicópata criminal, además del fenotipo de desinhibición, se caracteriza por el de maldad, que se define por arrogancia, agresividad, explotación de los otros, etc. y mantiene cierto paralelismo con los ítems afectivos de la Escala de Hare (Ver gráfica 2.2).



Gráfica 2.2

Representación de los fenotipos del modelo triárquico de la psicopatía de Patrick et al. (2009).

Como vemos en la gráfica, este modelo explica la existencia de ambos tipos de psicópatas con características diferenciadas: el no criminal será resultado de la suma del fenotipo de desinhibición y el de audacia, permitiéndole este último fenotipo que se mantenga sereno en situaciones difíciles y ser eficaz socialmente, manteniéndole así lejos de las prisiones; el psicópata criminal será resultado de la suma del fenotipo de desinhibición y el de mandad, permitiéndole este último fenotipo ser especialmente cruel y buscar emociones fuertes, explotando a los demás, lo que favorecerá su llegada a prisión. Ahora, encontramos que este modelo ha obviado la posibilidad de que en un mismo sujeto se presenten los tres fenotipos al mismo tiempo. Hablamos aquí del psicópata que es capaz de cometer los peores crímenes gracias al fenotipo de maldad, pero que también es capaz de mantenerse alejado de las prisiones e integrado en la sociedad gracias al fenotipo de audacia. Este psicópata resulta aún más peligroso que los otros dos: tiene capacidad para la violencia desproporcionada e injustificada y habilidad para ocultarla y fingir normalidad.

Comentábamos, hablando anteriormente del psicópata integrado, que manteniendo el mismo perfil de personalidad que el psicópata criminal no es habitual que recurran a la violencia, aunque es cierto que podrían llegar a utilizarla si por otros medios no obtienen lo que desean (Garrido, 2004; Pozueco, 2010). Esta idea se refleja en la figura del delincuente oculto que describe Garrido en su libro *Cara a Cara con el Psicópata* (2004), como un tipo de psicópata integrado. Estos ejercen la violencia de manera sistemática sin ser descubiertos, es decir, haciendo alusión al modelo triárquico, presentan los tres fenotipos. Se perfila así la figura de un psicópata al que no estamos prestando excesiva atención, un individuo que obtendría puntuaciones elevadas en la faceta 1 y 2 y también en parte en la 3, pero que en cambio obtendría bajas puntuaciones en la faceta 4. Cuando uno de estos es descubierto, llega a prisión y es evaluado por el PCL-R, es muy probable que obtenga un diagnóstico negativo, con las terribles consecuencias que esto puede conllevar para los profesionales de las instituciones y para la sociedad.

2.5.2. El modelo explicativo de la personalidad psicopática

De forma más reciente, David Cooke, profesor escocés de Psicología Clínica Forense en la Universidad de Caledonia en Glasgow (Reino Unido) y sus colegas Hart, Logan, & Michie (2012), desarrollaron un nuevo modelo o mapa conceptual para la explicación de la Personalidad Psicopática (CAPP). Con ello pretenden capturar todas las características de este trastorno -no solo aquellas más prototípicas y primarias- como base para entender, evaluar y traducir entre las distintas conceptualizaciones existentes.

La construcción de este modelo parte de unas premisas establecidas a priori, en base a trabajos anteriores (Cooke & Michie, 2001; Cooke et al., 2004; Cooke et al., 2005a; Cooke et al., 2007) que sintetizamos (Cooke et al., 2012, p. 244):

1. “*Los síntomas del trastorno de la personalidad deben reflejar desviación personal, no desviación social o cultural.* Asumimos que el modelo conceptual debería definir el trastorno de personalidad en términos de rasgos patológicos de personalidad en lugar de violación de normas como la conducta criminal o antisocial.”

2. “*Los síntomas del trastorno de la personalidad deben ser definidos en términos atomistas.* Asumimos que los síntomas deberían reflejar un nivel-básico de características de personalidad - es decir, las perturbaciones discretas de la personalidad - en lugar de un alto-nivel, complejo, o características combinadas.”

3. “*Los síntomas del trastorno de personalidad deberían ser definidas en términos de un lenguaje natural.* Asumimos que los síntomas del trastorno de personalidad reflejan un nivel-básico de características de personalidad, por lo que deben ser definidos en términos de un lenguaje más natural que en jerga técnica (...)”

4. “*Los síntomas del trastorno de personalidad deberían ser definidos en términos que reflejen la dinámica natural.* Nosotros asumimos que la patología de la personalidad fluctúan todo el tiempo (por ejemplo, Tyrer, 2005). Esto es importante para definir síntomas de una manera potencialmente sensible a estas fluctuaciones.”

5. “*Los síntomas de trastorno de personalidad pueden ser organizados jerárquicamente.* Asumimos, basándonos en la investigación de la personalidad normal y patológica, que el nivel-bajo de síntomas es propenso a tener importancia teórica o asociaciones empíricas que podrían permitir que se agruparan de manera significativa. (...)”

6. “*Un modelo conceptual de trastorno de personalidad debería ser comprensible.* Asumimos un modelo conceptual que incluye todos los síntomas primarios del trastorno, no sólo una breve serie de síntomas considerados “Lo suficientemente buenos” para fines diagnósticos, y excluyendo las características secundarias. Pero si no está claro si un síntoma es primario o secundario, es mejor errar por el lado de la inclusión (...)”.

Como resultado, de la revisión bibliográfica y la consulta a expertos, se obtuvo un modelo de 33 síntomas agrupados en seis dominios unidimensionales. Cada uno de estos síntomas fue definido por tres adjetivos, o frases adjetivadas en un lenguaje no técnico. Este modelo agrupa aquellas características definitorias del concepto de psicopatía que reflejan solo desviación personal, sin excluir las consideradas de menor peso o relevancia para el diagnóstico, rechazando aquellas características utilizadas por parte de la comunidad científica que se basan en la violación de normas, es decir, en el comportamiento criminal (Ver tabla 2.10).

Este modelo ha obtenido una buena validez de contenido en su versión inglesa (Kreis, Cooke, Michie, Hoff, & Logan, 2012) y noruega (Hoff, Rypdal, Mykletun, & Cooke, 2012), encontrándose como resultado que los ítems relacionados con el estilo interpersonal son los más prototípicos de la personalidad psicopática, los cuales también son características del PCL-R (carece de remordimientos, falta de empatía, egocéntrico, manipulador, falta de profundidad de las emociones, mentiroso, insincero, auto-engrandecimiento, sentido de derecho y auto-justificación). Teniendo en cuenta que las evaluaciones se realizan a partir de la consulta de expertos, podría considerarse que se debe a un sesgo de medición, pues como decíamos anteriormente, los instrumentos PCL son los más utilizados por los profesionales. El estudio realizado por Hoff y colaboradores (2012), sugiere que esto no es un problema, ya que no encontraron

diferencias significativas en las clasificaciones realizadas entre profesionales y no expertos en la materia.

Tabla 2.10

Modelo explicativo de la personalidad psicopática: Dominios y síntomas (Cooke et al., 2012)
-Traducción propia-

Personalidad psicopática	Dominio Apego	Síntomas: <i>Indiferente</i> (Distante, Remoto, Frío) <i>Sin compromiso</i> (Infiel, Desleal, Traicionero). <i>Falta de empatía</i> (No compasivo, Cruel, Insensible). <i>Indiferente</i> (Inconsiderado, Desconsiderado, Negligente).
	Dominio Conductual	Síntomas: <i>Carece de Perseverancia</i> (Ocioso, Indisciplinado, Poco meticulado o concienzudo). <i>Poco fiable</i> (No confiable, Que no es de fiar, Irresponsable). <i>Imprudente</i> (Temerario, Impetuoso, Toma riesgos). <i>Inquieto</i> (Hiperactivo, Nervioso, Energético o Activo). <i>Disruptivo</i> (Desobediente, Revoltoso, Incontrolable). <i>Agresivo</i> (Amenazador, Violento, Acosador).
	Dominio Cognitivo	Síntomas: <i>Sospechoso o Suspica</i> (Desconfiado, Precavido, Hipervigilante). <i>Falta de concentración</i> (Distraído, Inatento, Descentrado). <i>Intolerante</i> (De mente estrecha, Prejuiciado, Hipercrítico). <i>Inflexible</i> (Terco, Rígido, Intransigente). <i>Falta de planes</i> (Sin dirección, Asistemático o Desordenado, Desorganizado).
	Dominio Dominación	Síntomas: <i>Antagónico</i> (Hostil, Desagradable, Despectivo). <i>Dominante</i> (arrogante, Autoritario, Controlador). <i>Falso</i> (Deshonesto, Engañoso, Hipócrita). <i>Manipulador</i> (Retorcido, Explotador, Calculador). <i>Insincero</i> (Superficial, Astuto, Evasivo). <i>Locuaz</i> (Elocuente, Verborreico, Pretencioso).
	Dominio Emocional	Síntomas: <i>Falta de ansiedad</i> (Despreocupado, Tranquilo o Sereno, Valiente). <i>Carece de placeres</i> (Pesimista, Triste o Sombrío, Poco entusiasta). <i>Falta de profundidad de las emociones</i> (Impasible, Indiferente, Inexpresivo). <i>Carece de estabilidad emocional</i> (Temperamental, Malhumorado, Irritable). <i>Carece de remordimientos</i> (Impenitente, Sin remordimientos, Desvergonzado).
	Dominio Uno mismo	Síntomas: <i>Centrado en uno mismo</i> (Egocéntrico, Egoísta, Absorto en uno mismo). <i>Auto-engrandecimiento</i> (Prepotente, Engreído, condescendiente). <i>Sensación de singularidad</i> (Sensación de ser extraordinario, Excepcional, Especial). <i>Sentido de privilegio</i> (Exigente, Insistente o pesado, Sentido de ser merecedor). <i>Sensación de invulnerabilidad</i> (Sensación de ser invencible, Indestructible, Imbatible). <i>Auto-justificación</i> (Minimizar, Negar, Culpano a). <i>Inestable concepto de uno mismo</i> (Lábil, Incompleto, Sentido caótico de uno mismo).

Este posicionamiento ha dado paso a varios instrumentos de medición, entre los que destacamos el *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality: Institutional Rating Scale* (CAPP-IRS; Cooke et al., 2012) –en la línea del LSRP (Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick, 1995) o el PPI (Lilienfeld, & Andrews, 1996), que consideran el diagnóstico de psicopatía sin carrera criminal-, que valora la presencia de la psicopatía en el ámbito institucional con carácter temporal (entre 6 y 12 meses) prescindiendo de la conducta delictiva. Esta escala cuenta con un total de 33 síntomas que se responden en base a entrevista semi-estructurada y que se complementa con el CAPP-Staff Rating Form (CAPP-SRF) (Cooke et al., 2012), un formulario de evaluación para el personal de la institución penitenciaria. El CAPP-IRS tiene una validez predictiva comparable a la del PCL: SV (Pedersen, Kunz, Elsass, & Rasmussen, 2010) y las puntuaciones obtenidas en los dominios de este instrumento, explican más que las obtenidas en las facetas del PCL-R. (Cooke, 2011).

El CAPP-IRS, positivo en muchos aspectos, a priori parece necesitar la inversión de más tiempo y esfuerzo que el PCL-R, ya que esta escala cuenta con 13 ítems más a complementar que la de Hare, por lo que irremediamente será necesaria una evaluación más larga y pormenorizada. De los 20 ítems que forman el PCL-R, todos aquellos referidos a aspectos interpersonales y afectivos, es decir, aquellos que son considerados tradicionalmente como la esencia de la psicopatía (Cleckley, 1976), son contemplados en este nuevo instrumento, siendo además los más prototípicos (a excepción del ítem Facilidad de palabra/ encanto superficial para el PCL-R, cuyo paralelo en el CAPP-IRS, -locuacidad- se encuentra entre los 4 menos prototípicos). Otros síntomas como *carencia de placeres, falta de concentración o inestable concepto de uno mismo*, ocupan los últimos puestos de relevancia para los expertos, lo cual quiere decir que, son considerados menos importantes en la construcción del perfil del psicópata. Cabe preguntarse en términos de eficiencia de la medida dirigida al diagnóstico (en ningún caso en términos de definición del constructo) si estos síntomas adicionales, menos prototípicos pero igualmente parte de la definición del concepto de psicopatía, aportan información adicional relevante para el diagnóstico.

2.6. Reflexión: La conducta antisocial y la psicopatía.

A lo largo de esta Tesis Doctoral, por lo menos hasta ahora, una cuestión ha estado presente de manera continuada: la consideración de la conducta criminal como criterio necesario, o no, para el diagnóstico de la psicopatía. Hemos visto que desde las primeras aportaciones a principios del siglo XIX (Pinel, 1801) se ha cuestionado la necesidad de otorgar un papel prioritario al comportamiento criminal -aproximación conductual-. Esto en parte ha estado favorecido por el interés en dar una explicación a la figura del delincuente, especialmente al peligroso, que tanta alarma social provoca por las terribles consecuencias que su conducta acarrea para la sociedad. Se trata del infractor cuyo comportamiento criminal se desmarca del resto a un nivel cuantitativo - comienzo en la carrera criminal a una edad más temprana, mayor reincidencia y versatilidad- y cualitativo -mayor frialdad y crueldad- (Salekin, Rogers, & Sewell, 1996).

Esta propensión ha estado apoyada por la tendencia de los estudios empíricos a centrarse endogámicamente en muestras penitenciarias, en parte por el interés en esta figura del delincuente más peligroso y en parte por la dificultad que supone obtener una muestra conformada por sujetos que presenten este cuadro clínico fuera de las prisiones. Inevitablemente, esta situación ha tenido consecuencias a la hora de definir este concepto y establecer los criterios para su diagnóstico. Así, la asociación sistemática con la conducta antisocial parece esperable cuando el comportamiento criminal es un criterio de selección que sesga las muestras analizadas. Además, esta tendencia se ha visto respaldada por la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) y DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), sistemas de clasificación de profunda influencia en la comunidad científica psiquiátrica y psicológica, bajo la figura del Trastorno Antisocial de la Personalidad, tratado como sinónimo de la psicopatía.

A pesar de lo dicho, hemos visto que se mantiene la figura del psicópata subclínico, no institucionalizado, integrado o no carcelario que se remonta a las aportaciones de Cleckley, en 1941, y que a diferencia del psicópata criminal ocupa una posición secundaria en los estudios. Presenta un mismo perfil de personalidad que el psicópata carcelario, y aunque tiene capacidad para ser violento mediante la utilización de otras herramientas cuando no consigue lo que desea (Garrido, 2004), este logra mantenerse alejado del sistema penal, bordeando la ley u ocultando su carrera criminal

magistralmente. Las medidas desarrolladas para el diagnóstico de la psicopatía en población normal, obvian la conducta criminal como criterio necesario, centrando la evaluación en aspectos de personalidad, estilo de vida y, si acaso, conductas disruptivas, pero no delictivas. Así, comentábamos que estos individuos considerados psicópatas, dejan de serlo cuando entran en prisión, ya que el PCL-R, utilizado en instituciones penitenciarias y en el sistema judicial, sí estima la conducta delictiva como relevante para el diagnóstico (Garrido, 2002). Parece entonces que el diagnóstico, en vez de estar sujeto al individuo, lo está al lugar en el que este se encuentre cuando es evaluado.

Esta situación tiene implicaciones de gran trascendencia para la sociedad. El psicópata más habilidoso para ocultar su verdadera cara, el más competente como psicópata, pasa desapercibido cuando llega a prisión, pues no es detectado por el sistema de evaluación actual. Esto conlleva terribles consecuencias. Su capacidad para dar una imagen positiva de sí mismos y de encandilar y manipular a los trabajadores de las instituciones penitenciarias, unido a un diagnóstico negativo en este cuadro clínico, les permite acceder a beneficios que no tendrían si fueran etiquetados como psicópatas (permisos de salida, libertad condicional, tercer grado, etc.). Además, siendo los más necesitados de intervención, debido a su condición, no accederían a ella.

La comunidad científica ha reaccionado, ante esta situación, demandando un concepto unitario y un sistema de evaluación que integre ambos diagnósticos. Para ello, se establece como premisa a priori la consideración de la desviación personal en la definición y evaluación, dejando de lado la conducta delictiva (Andrade, 2008; Cooke, et al., 2012; Cooke, et al., 2004; Skeem & Cooke, 2010). El modelo triárquico de la psicopatía (Patrick et al., 2009), el modelo explicativo de la personalidad psicopática de Cooke y su equipo (2012) y los instrumentos derivados de este último, han tratado de dar una respuesta a esta situación. El primero, parece obviar la figura de este psicópata no detectado, mientras que el segundo, aunque como definición del concepto se muestra como una respuesta satisfactoria, observándose que el Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality: Institutional Rating Scale -CAPP-IRS- (Cooke et al., 2012) como sistema de evaluación resulta demasiado amplio. Algunos de los ítems que contempla son considerados por los profesionales medianamente o escasamente prototípicos (Kreis et al., 2012), siendo exigua la parte del diagnóstico explicada por la presencia de estos ítems en el individuo. La consideración de estos ítems en la

evaluación, aporta poca información y aumentan la inversión de tiempo para llegar a una conclusión diagnóstica.

Llegados a este punto, parece necesario el desarrollo de un instrumento que, además de basarse en los rasgos de personalidad, permita una aplicación eficiente, es decir, obtener el mejor resultado con la menor inversión de tiempo y esfuerzo posible. Esto permitirá por una parte su aplicación a todo tipo de población sin importar el medio en el que se encuentre, detectando al psicópata independientemente de la forma en que externalice estos rasgos de personalidad. Por otra parte, la evaluación será más rápida, siendo prioritaria la minimización del tiempo que se invierte en dicha tarea en un medio como la prisión, donde, con suerte, un solo psicólogo debe atender a más de un centenar de internos.

ETIOLOGÍA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA PSICOPATÍA

La perspectiva ecológica, del psicólogo soviético Bronfenbrenner (1987), describe el desarrollo humano o desarrollo psicológico en base a las relaciones de influencia que se suceden entre varios niveles contextuales, a los que denominó sistemas: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Se trata de “un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente, como las muñecas rusas.” (p.23). La conducta humana será producto del estímulo y la mediación psicológica del individuo, que interpreta y percibe el mundo en base a los sistemas en los que se encuentra inmerso (Gifre & Esteban, 2012).

El microsistema hace referencia al contexto más inmediato que contiene al individuo, en el que se suceden roles, relaciones interpersonales, en el que se realizan actividades, etc. Nos referimos aquí, por ejemplo, a la familia, la escuela o la oficina. El mesosistema se refiere a las relación entre dos o más de los microsistemas y el exosistema a aquellos entornos que no incluyen al individuo en desarrollo, pero que de igual manera puede verse afectado por lo que sucede en ellos. Si hablamos de un menor, nos referiríamos al ambiente de trabajo de sus padres o las relaciones sociales de sus abuelos, por ejemplo. Por último “el macrosistema se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo-) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias” (Bronfenbrenner, 1987, p.45). Es decir, nos referimos a patrones institucionales de la cultura o subcultura, tal como los sistemas económico-sociales, legales y políticos de lo que los microsistemas, mesosistemas y exosistemas son las manifestaciones concretas, afectando así al desarrollo humano.

Con la intención de ser completada, esta perspectiva evoluciona hasta lo que conocemos como “La teoría bioecológica” (Bronfenbrenner, 2001, 2005), que integra niveles de análisis del desarrollo humano: la biología, la psicología y la conducta. Esta teoría considera el desarrollo como un conjunto de procesos en los que interactúan las propiedades de la persona y del ambiente, produciendo constancia y cambio en las características biopsicológicas. Este capítulo, en esta línea, dará especial relevancia al considerado microsistema de mayor influencia durante el proceso de socialización en el desarrollo humano o psicológico del individuo, atendiendo a los trastornos de

personalidad y la psicopatía: La familia. Por último, trataremos la influencia del macrosistema en el desarrollo de la psicopatía, en base a los niveles de violencia existentes en distintos contextos culturales.

3.1.La familia y la competencia parental.

Se entiende por familia, según Palacios & Rodrigo (1998, p. 33): “Una unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia que se desea duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros, y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.” Este contexto cuenta con un papel directo y coordinador de factores de influencia en el desarrollo del niño, convirtiéndose en un punto de referencia para el menor; es en este contexto, pues, en el que se inician los procesos de interacción y se internalizan las normas de convivencia en los marcos de seguridad personal y emocional (Clemente & Goicoechea, 1996). La familia, según Palacios & Rodrigo (1998), cumple las siguientes funciones para con sus miembros:

1. *Escenario en el que se construyen las personas adultas.* El niño desarrolla una identidad propia, una individualidad, debido en gran parte a las experiencias vitales familiares, que se convierten en un filtro de creencias y normas.
2. *Escenario de preparación.* El individuo aprende a afrontar retos y a asumir responsabilidades y compromisos que le orientan a una dimensión productiva en la edad adulta, integrado en el medio social.
3. *Escenario de encuentro intergeneracional.* En la familia se establece un encuentro e intercambio de conocimientos, afecto, etc., aportando un sentido de continuidad donde el adulto amplía su horizonte vital formando un puente hacia el pasado y hacia el futuro.
4. *Es una red de apoyo social efectiva* para afrontar las experiencias vitales de la edad adulta y la vejez, así como las dificultades que acompañen al ciclo natural de la vida.

Partiendo de estas funciones inherentes a la familia, se entenderá la competencia parental como la capacidad para cumplir de manera efectiva con estas funciones, favoreciendo el desarrollo de respuestas flexibles y adaptadas y la creación de

estrategias para enfrentarse al mundo, teniendo como finalidad un adecuado desarrollo emocional, físico y social (Coll, 1998; Musitu, 2002; Musitu, Moreno, & Murguri, 2007). Los padres -o personas al cargo-, como agentes de socialización de sus hijos, deben presentar una serie de habilidades, conocimientos y actitudes que tendrán un papel fundamental para el correcto desempeño en estas tareas. Cuando la competencia paterna es deficitaria, el correcto desarrollo del menor se torna en peligro. Así, las conductas desviadas llevadas a cabo por los padres para la educación de sus hijos, como el castigo corporal en la infancia, se asocian con problemas en el ajuste emocional y la conducta en la edad adulta (Aucoin, Frick, & Bodin, 2006).

3.1.1. La familia y los trastornos de personalidad en contexto penitenciario.

Los motivos por los que algunas personas presentan un Trastorno de Personalidad, y otras no, es un tema prioritario dentro de este ámbito. La importancia radica en la necesidad de intervenir sobre los factores de riesgo que facilitan su desarrollo y reforzar los factores de protección que lo dificultan. El interés se ha centrado en factores de riesgo biológicos, ambientales o la interacción de ambos (Johnson et al., 2005; Kendler et al., 2008) como los ataques de pánico durante la adolescencia (Goodwin, Brooks, & Cohen, 2005), la alexitimia (Luminet, 2010), Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención durante la niñez (Matthies et al., 2011), la genética (Kendler, Myers, Torgersen, Neale, & Reichborn-Kjennerud, 2007), la dopamina (Joyce et al., 2003), etc., aunque en esta Tesis Doctoral trataremos la presencia de factores de riesgo en la familia por ser el primer, y más importante, ámbito de socialización.

La competencia paterna en la tarea educativa tiene un papel significativo en el desarrollo de la personalidad del niño; así, las experiencias tempranas adversas han demostrado ser influyentes para el desarrollo de los Trastornos de Personalidad, destacando los abusos, el maltrato y la negligencia como factores de riesgo (Samuels, 2011). Afifi et al. (2011), con el objetivo de establecer la relación entre las experiencias infantiles negativas y los trastornos de personalidad, realizaron un estudio con una muestra representativa de la población estadounidense (N= 34.654); los resultados obtenidos refieren la existencia de relaciones significativas entre los Trastornos del Cluster A y B y todo tipo de abusos –físico, emocional y sexual- y negligencia –física y emocional-; en el caso de los trastornos del Cluster C, solo se encuentra dicha relación

para la negligencia física. Cuando centraron su atención en lo que denominaron como “Disfunciones generales del hogar”, determinaron que una madre víctima de maltrato y/o un padre consumidor de drogas eran factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos del Cluster A. En el caso de los del Cluster B, además de las anteriores disfunciones, se suman como factores de riesgo: los antecedentes penales y/o de salud mental del padre y el intento de suicidio y/o suicidio del padre. Para el Cluster C, ninguna de las disfunciones nombradas anteriormente resultó significativa. Así, se observa que aunque las problemáticas sucedidas durante la infancia en el ámbito familiar influyen en el desarrollo de los Trastornos de Personalidad, esta relación es mucho más fuerte en el caso de los Trastornos del Cluster A, y sobre todo del Cluster B (Ullrich & Marneros, 2007).

Resultados similares arrojaron otros estudios que centraron su interés en los trastorno de mayor relación con la conducta delictiva: Trastornos Límite de la Personalidad y el Trastorno Antisocial de la Personalidad, según DSM-V, o Trastornos de Inestabilidad Emocional de la Personalidad y Trastorno Disocial, en el caso del CIE-10. Se asocia el Trastorno Límite con varias formas de maltrato infantil, incluyendo el abuso y negligencia emocional (Bornovalova, 2006); el abuso sexual durante la infancia, como factor de riesgo de este trastorno, aumenta en 10 veces las conductas suicidas durante la edad adulta en estos individuos (Soloff, Lynch, & Kelly, 2002). Para el Trastorno Antisocial se repite la historia familiar como factor de riesgo. Holmes, Slaughter, Kashani (2001) concluyeron que: la falta de supervisión intercalada con duros castigos, las familias numerosas, la vida institucional temprana, el rechazo de los padres, la crianza con familia extensa o amigos, tener padres alcohólicos y la violencia entre padres, son factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de Personalidad Antisocial.

La etiología del resto de trastornos en el ámbito familiar se estudia de manera minoritaria, aunque a tenor de los resultados alcanzados concluimos que la comunidad científica considera que la calidad de la crianza tiene una importancia significativa en el desarrollo de la personalidad del individuo. Si esta calidad es deficitaria, ya sea por maltrato, abuso sexual, desatención u otras disfunciones del hogar, es probable que el sujeto desarrolle en su edad adulta un trastorno de personalidad. Esta relación es desigual si observamos con detenimiento los distintos trastornos, siendo más fuerte en

aquellos que se encuentran más representados en el interior de las prisiones. La relación de estos últimos con la conducta delictiva, en base a sus criterios diagnósticos, podrían ser la clave de esta relación.

3.1.2. La familia y la psicopatía.

Resulta de gran importancia discernir, como comentamos en el apartado anterior, cuales son los factores de riesgo más relevantes para poder prevenir e intervenir en los trastornos de personalidad. La psicopatía no se escapa a esta necesidad. Encontramos extensa literatura que hace referencia a factores biológicos, en el desarrollo de la psicopatía, como: la intervención de la amígdala y/o de la corteza prefrontal (Boccardi et al., 2011; Moul, Killcross, & Dadds 2012; Raine et al., 2004; Yang, Raine, Colletti, Toga, & Narr, 2011); el fascículo uncinado (Craig et al., 2009); la lateralidad de la función cerebral (Hare & Forth, 1985; Hare, & Jutai, 1988); el giro temporal superior (Müller et al., 2007); la genética (Hicks, Carlson, Blonigen, Patrick, Iacono, & MGue, 2012; Viding & McCrory, 2012); o la ausencia del miedo (Hare, 1978; Baskin-Sommers, Newman, Sathasivam, & Curtin, 2011; Sadeh & Verona, 2012). La búsqueda de la etiología en aspectos biológicos no es exclusiva. Una parte de la comunidad científica, considera que, al igual que para los delincuentes, existe una serie de variables psicosociales que pueden mediar en el desarrollo de este trastorno de la personalidad.

En el apartado anterior hemos revisado la influencia de variables parentales en el desarrollo de los trastornos de personalidad. También es larga la tradición científica que considera la influencia de los ámbitos de socialización en el desarrollo del delincuente. El modelo de la conducta problema, de Jessor (1993), es una de las propuestas de teorías integradoras más claras; su punto central es la interrelación entre los distintos contextos de relación del sujeto, así como entre diferentes conductas y factores de riesgo. El comportamiento del adolescente es el resultado de una influencia constante de factores de riesgo y protección.

El Modelo de Desarrollo Social de Hawkins, Catalano y Miller (1992), que completa el modelo de Jessor, introduce un concepto nuevo (Musitu, Moreno, & Murguri, 2007):

“Los distintos factores de riesgo que configuran la matriz biopsicosocial no ocurren independientemente o aisladamente los unos de los otros, sino que con

frecuencia se presentan en conjunción, afectando de este modo y en distintos ámbitos, el funcionamiento del adolescente. Los adolescentes vulnerables a conductas de alto riesgo tienen problemas en múltiples ámbitos y tienden a pertenecer a redes sociales que potencian el desarrollo de estos modelos de conducta de alto riesgo reforzando además el uso continuado de estas conducta” (p.26).

Es decir, que cuanto mayor sea el número de factores de riesgo que acumule un individuo, mayores serán las probabilidades de que acabe cometiendo conductas desviadas como actos delictivos o consumo de drogas. Se contemplan como contextos en los que ubicar los factores de riesgo el propio individuo, el contexto familiar, el grupo de iguales, el contexto escolar y la comunidad (Hawkins et al., 1992).

A pesar de la clara relación establecida entre las situaciones familiares adversas con la delincuencia y otros trastornos de personalidad, en lo que respecta a la psicopatía, los resultados no son del todo concluyentes. Cleckley (1976), comentaba al respecto, que en su trabajo como psiquiatra no había encontrado ninguna evidencia sistemática a cerca de la relación entre las variables parentales y el desarrollo de la psicopatía. Hare (2003), por su parte, explica que la psicopatía comienza a desarrollarse entre los 3 y los 5 años de edad, tanto en familias estables como inestables, atribuyendo escaso poder de influencia al más importante ámbito de socialización; además, una de sus principales líneas de investigación consiste en la búsqueda de un correlato biológico que explique este trastornos (Boccardi et al., 2011; Hare, 1965; Hare, 1978; Hare, 1979; Hare & Forth, 1985; Hare et al., 1978; Hare & Jutai, 1988). Garrido (2004) refiere que no sabemos por qué el psicópata desarrolla esta tendencia hacia el mal, pudiendo tener la educación un papel mediador en el desarrollo de conductas delictivas, aunque no siempre en todos los casos:

“El psicópata no tiene por qué ser delincuente [...], pero es claro que cuando el sujeto no ha crecido en un buen ambiente donde ha aprendido a canalizar sus deseos de control ilegal, tiene muchas probabilidades de serlo. Por desgracia, la criminología nos muestra que incluso personas que nacen en buenos ambientes pueden sentir un deseo de poder que les lleve al crimen, la extorsión o al robo de grandes dimensiones. Hay veces que la necesidad de explotar a los otros supera

cualquier freno, educativo o procedente de unos buenos padres o una clase social acomodada” (pp. 40-41)

Según Lykken (1995), los estilos parentales tienen una importancia destacada. Una educación adecuada e intensa, sobre un niño difícil, puede convertirle en un individuo socializado y unos padres incompetentes sin control sobre sus hijos pueden llevar a un niño normal a ser un individuo fuertemente antisocial. Si se trata de un niño difícil, pueden darse componentes temperamentales (compatibles con la psicopatía) que dificultan el aprendizaje correcto, pero siendo posible alcanzarlo con la adecuada intensidad docente y sanciones; en el segundo caso, ese niño normal podría llegar a convertirse en un sociópata.

Vemos que algunos autores consideran que, como primer ámbito de socialización en el que se empieza a desarrollar el niño, el contexto familiar, las características parentales y la forma de educar que lleven a cabo estos con sus hijos, toma una destacada relevancia en el desarrollo de la psicopatía. Respecto a esto, Weiler & Widom (1996) realizaron un estudio con una muestra de 652 abusados durante la infancia y un grupo control de 489 sujetos que fueron evaluados con el PCL-R: “los resultados muestran una clara relación entre la victimización de la primera infancia y la psicopatía y sugieren que la relación entre la victimización de la niñez y la violencia en algunas personas puede ser mediada a través de la psicopatía” (p.253). Destacamos también el trabajo de Koglin & Peterman (2008), en el que se trata de establecer la relación entre la disciplina familiar y la insensibilidad emocional como marcador de la psicopatía: concluyen que la paternidad inconsistente se relacionaba con un comportamiento agresivo en los niños que no manifestaban insensibilidad emocional, en cambio aquellos que presentaban rasgos de esta insensibilidad eran agresivos independientemente del tipo de educación. Otros trabajos establecieron las prácticas parentales pobres durante la niñez como factor de riesgo (Salekin & Lochman, 2008), relacionaron la negligencia, el abuso sexual temprano y/o experiencias traumáticas con puntuaciones elevadas en el PCL-R (Farrington, 2006; Graham, Kimonis, Wasserman, & Kline, 2012; Lang, af Klinteberg, & Alm, 2002; Weizmann-Henelius, Putkonen, et al., 2010; Weizmann-Henelius, Gronroos, et al., 2010), o el trauma emocional, físico o sexual en chicos y la vida no parental en chicas con puntuaciones elevadas en el PCL:SV (Krischer & Sevecke, 2008).

García, Moral, Frías, Valdivia, & Díaz (2012) realizaron un estudio con prisioneros a los que se les pedía información sociodemográfica y, además, se les aplicaba una escala para medir la psicopatía derivada del PCL-R. Concluyeron la existencia de un modelo que sustentaba una relación negativa entre la psicopatía y la edad de abandono del hogar de su familia de origen, la edad de primer internamiento en prisión, la gravedad del delito, la longitud de la sentencia y la cantidad de tiempo interno en prisión; el modelo evidenciaba una asociación positiva entre la psicopatía y los ingresos económicos y la frecuencia de encarcelación. Los autores interpretarán tales resultados en relación a la calidad del vínculo familiar, en base a la teoría del apego, confirmando que ciertas variables sociodemográficas pueden convertirse en factores de riesgo para la psicopatía. Saltaris (2002) también destaca la relevancia de los problemas de apego para el desarrollo de la psicopatía, poniendo el acento en la relación con el padre. Campbell (1998) relaciona la falta de un apego seguro durante la infancia con algunos aspectos afectivo-interpersonales de la psicopatía, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de orientaciones negativas hacia los demás (hostilidad, ira, explotación, etc.). Así, la ausencia de los padres, la muerte o el abandono, se relaciona también con puntuaciones altas en el PCL (Koivisto & Haapasalo, 1996) y en el PCL-SV (Krischer, & Sevecke, 2008). Otras variables sobre disfunciones familiares, han sido relacionadas con el desarrollo de la psicopatía: los antecedentes penales parentales y/o el consumo de alcohol por parte de estos (Farrington, 2006; Harris, Rice, & Lalumière, 2001; Koivisto & Haapasalo, 1996) y familias numerosas y nivel socioeconómico familiar bajo (Farrington, 2006). La falta de este tipo de investigación con psicopatía subclínica es notable, pudiendo destacar la relación establecida por Weiler & Widom (1996) con los abusos sexuales sufridos en la infancia.

Vemos que existen opiniones encontradas en la comunidad científica en lo que respecta a las evidencias empíricas sobre la familia como ámbito de influencia para el desarrollo de la psicopatía. Algunos autores han tratado de explicar estos resultados contradictorios en base a relaciones dispares entre dichas variables familiares y las dimensiones de la psicopatía. Así, la bibliografía tiende a relacionar este tipo de variables con la dimensión conductual de este trastorno. Poythress, Skeem, & Lilienfeld (2006), relacionaron en su estudio el abuso durante la infancia con las facetas 3 y 4 del PCL-R, pero no con las puntuaciones totales, es decir, con un estilo de vida impulsivo e irresponsable y con la conducta antisocial. Hare (2003), en el manual del PCL-R,

establece la misma relación en base a un indicador general de inestabilidad familiar conformado por el abuso y/o negligencia prolongadas, la poca cobertura parental de las necesidades físicas y/o emocionales, los cambios frecuentes de ambiente/cuidadores y la exposición al comportamiento antisocial de los cuidadores. Farrington (2006) relacionó la poca supervisión parental durante la infancia con conducta antisocial evaluada con el PCL-SV.

Lynam, Loeber, & Stouthamer-Loeber (2008), por su parte, evaluaron psicopatía a los 13 años y a los 24 en un total de 250 individuos. Concluyeron que el castigo físico durante la crianza, los pares delincuentes y la inestabilidad económica familiar, influían en el desarrollo de la psicopatía, solo en el caso de aquellos que no presentaban este trastorno a la edad de 13 años. Aquellos que ya obtenían puntuaciones altas con esta edad, no presentaban efectos moderadores de estas variables sobre las puntuaciones obtenidas a la edad de 24 años. Con tales resultados, sugieren que la psicopatía evaluada a los 13 años es un temperamento innato relativamente resistente a los esfuerzos de la socialización, aunque también podríamos interpretar que la psicopatía que es detectada por primera vez a los 24 años se encuentra mediada por una socialización negativa.

Esta solución a la polémica concuerda con la explicación ofrecida por Garrido (2004) - anteriormente expuesta- sobre la socialización del psicópata. En su opinión, el individuo que presenta este trastorno, tiene altas probabilidades de desarrollar un estilo de vida criminal, si no ha crecido en un ambiente positivo que le ha enseñado a canalizar sus deseos de control ilegal. De igual manera, concuerda con la aproximación centrada en los factores moderadores para el desarrollo del psicópata no encarcelado, presentada por López (2010) y recogida en un apartado anterior. Según esta, aunque este tipo de psicópata y el criminal comparten los mismos mecanismos etiológicos y gravedad en lo que respecta a la patología (fenotipo), no lo exteriorizan conductualmente de la misma manera (genotipo), debido a ciertas variables moderadoras que pueden influir en las tendencias de comportamiento como: “La inteligencia, el talento excepcional, las oportunidades educativas, el estatus socio-económico, una socialización efectiva u otros aspectos de la personalidad (independientes de la psicopatía)” (p 20). Varios estudios han tratado de demostrar esta idea comparando muestras de psicópatas encarcelados y no encarcelados:

Similitudes/Diferencias a nivel neurobiológico y psicofisiológico en busca de una etiología común: Ambos muestran deficiencias en el funcionamiento del sistema defensivo que se explica mediante la reducción de respuesta de parpadeo -reflejo de sobresalto- ante la visión de imágenes cargadas emocionalmente (Benning, Patrick, & Iacono, 2005; Justus & Finn, 2007), déficits en la modulación de respuesta atencional (Belmore & Quinsey, 1994; Widom & Newman, 1985), problemas para el reconocimiento de la expresión facial del miedo (Iria & Barbosa, 2009) y reducción de la frecuencia cardíaca ante estímulos aversivos (Benning et al, 2005; Justus & Finn, 2007; Osumi, Shimazaki, Imai, Sugiura, & Ohira, 2007). También presentan déficits en la modulación del comportamiento sobre la autregulación y la impulsividad (Lynam, Whiteside, & Jones, 1999; Wilkowski & Robinson, 2008).

Gao & Raine (2010), realizaron una revisión sobre el tema, confirmando que la elección de la medida y la fuente de información –estudiantes universitarios, asesinos en serie, trabajadores en las empresas, etc.–, influenciaba en la obtención de resultados dispares; por ello, considerando lo reducido de las evidencias empíricas y los resultados mixtos, describieron un modelo sobre la etiología de ambos tipos de psicópatas, solo preliminar, y van a concluir que el psicópata de éxito presenta intacto el funcionamiento neurobiológico que subyace a su normal o incluso superior funcionamiento cognitivo, que a su vez le ayuda a alcanzar sus objetivos mediante métodos más encubiertos y no violentos; por el contrario, el psicópata criminal, presenta alteraciones cerebrales tanto estructurales como funcionales, que junto con una disfunción autonómica son la base de los déficits cognitivos y emocionales y la delincuencia violenta.

Similitudes/Diferencias a nivel de socialización para demostrar una expresión conductual dispar de los rasgos subyacentes: Los estudios que intentan dar cuenta de manera empírica de un proceso de socialización desigual entre ambos tipos de psicópatas, tiende a referir que son mucho menores. A pesar de ellos, podemos localizar algunos estudios que determinan que el mayor número de factores de protección presentes durante la educación, es decir, una positiva socialización, favorece que individuos de alto riesgo, por presentar las características de personalidad de la psicopatía, puedan evitar el contacto con el sistema penal y penitenciario (DeMatteo, Heilbrun, & Marczyk, 2005; Hall & Benning, 2006; Widom, 1977). Incluso, en muestras de psicópatas no institucionalizados, se ha demostrado que aquellos que

presentan un mayor rendimiento en funciones ejecutivas y una reactividad psicofisiológica elevada ante un estresor social tienen menor número de arrestos, aunque en el mismo estudio establecieron menor ausencia de los padres en el caso de los psicópatas no institucionalizados (Ishikawa, Raine, Lencz, Bihrlé, & Lacasse, 2001).

A modo de síntesis, los estudios tienden a establecer que las características que conforman la personalidad del psicópata no parecen verse influenciadas por las experiencias infantiles y adolescentes adversas; en cambio, la forma en que dichas características de personalidad se manifiestan, conductualmente, pueden ser moduladas por la presencia de factores de protección durante el proceso de socialización. A mayor número de factores de protección, mayor posibilidad de que el individuo acabe convirtiéndose en un psicópata integrado o no institucionalizado y puntúe de forma elevada únicamente en las facetas 1, 2 y 3 del PCL-R. A menor número de factores de protección, mayor será la probabilidad de que el individuo acabe convirtiéndose en un psicópata criminal y puntúe de forma elevada en todas las facetas del PCL-R. Los aspectos biológicos en base a la estructura cerebral, parecen cobrar un mayor apoyo en lo que respecta a la etiología de este trastorno.

3.2. Los contextos culturales y la psicopatía.

Los trastornos de personalidad se definen como maneras desadaptadas de relacionarse con uno mismo, los demás y el ambiente. Este aspecto relacional de la personalidad que se manifiesta sobre todo a un nivel interpersonal, hace esperar que la cultura tenga un mayor impacto que en el resto de trastornos (Cross & Markus, 1999). Incluso, se ha considerado que los trastornos de personalidad pueden tender a ser una exageración de los patrones prevalentes de adaptación a la sociedad (Alarcon, Foulks, & Vakkur, 1998). En lo que respecta a la psicopatía en particular, la evidencia histórica y antropológica determina que se encuentra a través del tiempo y las distintas culturas (Cooke, 1996), pero se espera sea más frecuente en culturas individualistas (Lykken, 1995) ya que promueven el desarrollo de la propia identidad, que es independiente de las relaciones con los demás. Los factores altamente valorados en este tipo de sociedades son en su expresión más extrema, características que definen a la psicopatía (Cross & Markus, 1999).

La comunidad científica aspira a describir trastornos y conseguir instrumentos de medición que sean generalizables a todo tipo de naciones, pretendiendo sean independientes con respecto a las particularidades de cada contexto cultural. Los estudios transculturales, que comparan distintas culturas en la medición de un determinado proceso psicológico mediante un mismo instrumento, tratan de responder a este aspecto -también para la psicopatía y el PCL-R-. La Escala de evaluación de la psicopatía de Hare ha sido traducida a multitud de idiomas, proliferando los manuales adaptados a distintos tipos de población. Ahora, es interesante discernir, hasta qué punto los baremos de las puntuaciones totales y los factores y/o facetas, de este instrumento, son equivalentes en estas culturas. Como estrategia estadística, se ha utilizado tradicionalmente la comparación de la distribución y la fiabilidad obtenida en las muestras con procedencias distintas. Esta técnica acarrea una serie de problemáticas que son superadas por el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) (Cooke & Michie, 1999, 2002; Cooke et al., 2005a).

Cooke & Michie (1999) compararon muestra de origen norteamericano y escocés evaluada con el PCL-R, mediante la Técnica de respuesta al ítem. Los ítems de la escala tenían la misma relevancia en ambas muestras, pero la prevalencia era significativamente menor en los encarcelados escocés. Atribuyeron tales diferencias a la cultura, la socialización y la migración. Más adelante, Cooke, Michie, Hart, & Clark (2005b) concluyeron que las puntuaciones obtenidas entre ingleses y norteamericanos en este instrumento, no eran comparables -las puntuaciones de los primeros eran significativamente inferiores-. Este trabajo, fue rebatido posteriormente por Bolt, Hare & Neumann (2007), ya que consideraban que las técnicas estadísticas utilizadas no habían sido las adecuadas. De nuevo, Cooke et al., (2005a) trataron esta polémica, tomando como muestra un total de 1563 encarcelados europeos -procedentes de Bélgica, Dinamarca, Noruega, Suecia, Alemania y España-, y 2067 encarcelados norteamericanos -Procedentes de Canadá y Estados Unidos-. Para evaluar la validez transcultural de la psicopatía, utilizaron el AFC y la TRI, concluyendo que los resultados indican un sesgo cultural en las calificaciones del PCL-R, encontrando la mayor estabilidad en la experiencia afectiva, lo que les lleva a considerar que ésta podría ser el núcleo pancultural del trastorno.

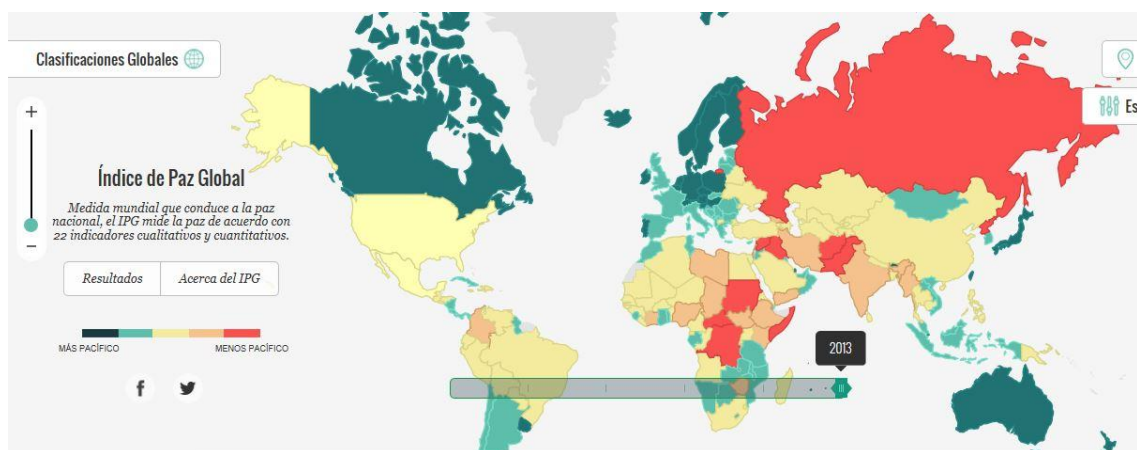
Hare, a pesar de que en un trabajo realizado en el año 2000 (Hare, Clark, Grann, & Thornton, 2000) afirmó que la capacidad del PCL-R para predecir la reincidencia, la violencia y los resultados al tratamiento tienen una considerable generalización intercultural, participó recientemente en un estudio en el que se obtuvieron conclusiones semejantes a las alcanzadas por Cooke y sus colegas (Mokros et al., 2011). Compararon muestras masculinas de prisioneros norteamericanos (N=2.622) y alemanes (N=443) utilizando como instrumento el PCL-R. Mediante el AFC, encontraron que la estructura de 4 factores era la que mejor se ajustaba a sus datos, pudiendo equipararse entre culturas los tres primeros factores –o facetas-: Interpersonal, afectiva y estilo de vida; en lo que respecta al factor antisocial, los resultados implicaban que la cultura o el ambiente influyen fuertemente en el juicio y/o expresión de este tipo de conducta, ya que este factor mostró diferencias entre la sociedad norteamericana y la alemana.

Desde el punto de vista de “La teoría bioecológica” (Bronfenbrenner, 2001, 2005), no debemos menospreciar la importancia del contexto cultural en el que se desarrolla el individuo, pues este, inevitablemente, interactúa con el sujeto y limita las posibilidades de los ambientes de socialización, influyendo en el desarrollo de sus determinantes comportamentales (Valverde, 1997). Los estudios transculturales a cerca de la generalización del concepto de psicopatía y el PCL-R como instrumento de medición en diferentes culturas, dan constancia de las dificultades derivadas de la influencia del contexto para dicho fin. No será lo mismo ser mujer en un país con leyes que protegen el machismo y normalizan y refuerzan la discriminación y la violencia en los microsistemas descritos por Bronfenbrenner (1987), que en otro país con leyes que abogan por la igualdad y castigan la discriminación y violencia en dichos sistemas. De igual manera, no será lo mismo ser delincuente en un país que exhibe la cultura de la violencia y expone a los microsistemas a ser moldeados por esta, que en un país pacífico en el que en estos sistemas se incrementa la sensibilidad hacia la violencia. Así, podríamos esperar que cuanto más violento sea el contexto cultural en el que nos centremos, mayor será la violencia perpetrada por los individuos que se han desarrollado en dicho contexto cultural, y por ende, también los psicópatas.

El Instituto para la Economía de la Paz (Institute for economics & peace, 2013), en Inglaterra, elabora anualmente un informe en el que se registra la estabilidad política y social del mayor número posible de países cada año -número que va en aumento año a

año-. En este informe se expone el Índice de Paz Global (GPI) que clasifica a los países según su nivel de Paz. Se sirve de la información recogida a partir de 22 indicadores cualitativos y cuantitativos de fuentes de gran prestigio: Criminalidad percibida en la sociedad; oficiales de seguridad y policía; homicidios; población encarcelada; acceso a las armas pequeñas y las armas ligeras; conflicto organizado (interno); manifestaciones violentas; crímenes violentos; inestabilidad política; terror político; importaciones de armas convencionales; actividad terrorista; muertes por conflictos organizados (internos); gasto militar; personal de las fuerzas armadas; financiación de las misiones de paz de la ONU; armas nucleares y pesadas; exportaciones de armas convencionales; personas desplazadas; relaciones con los países vecinos; conflictos luchados y muertes por conflictos (externos). Mediante estos, se miden tres grandes temas: el nivel de seguridad y protección en la sociedad, el grado de conflicto interno o internacional, y el grado de militarización.

El pasado año, se llevó a cabo la séptima edición del Índice Paz Global (GPI), en la que se clasificó a un total de 162 países en base a estos indicadores. Además, se recogen los datos sobre la tendencia en los últimos 6 años. A continuación se presenta un mapamundi en el que se representan con los colores azul y verde los más pacíficos, y con los colores naranja y rojo aquellos países con mayor índice de violencia (Ver gráfica 3.1):



Gráfica 3.1

Ordenación de países desde el más pacífico (azul y verde), hasta los más violentos (naranja y rojo) según Índice de Paz Global (Institute for economics & peace, 2013, pp. 5-6)

La mayoría de los cambios experimentados en los últimos años han tenido una tendencia negativa, deteriorándose las puntuaciones obtenidas una media de un 5%. Este incremento durante los últimos 6 años se deben a una serie de eventos internacionales, como la guerra civil de Libia y Siria o la escalada del conflicto de la droga en América Central (Institute for economics & peace, 2013).

De estos 162 países, el más pacífico ocupa la posición número 1 y el más violento la última. Así en primer lugar se encuentra Islandia, debido a su estabilidad política, la escasa población penitenciaria y los bajos índices de homicidio. El puesto 162 lo ocupa Afganistán, gracias al conflicto organizado interno, la inestabilidad y terror político y los homicidios y crímenes violentos entre otros motivos. Nuestro país, España, ocupa el puesto 27, mejorando su puntuación en lo que respecta a los últimos años, situándose a valores cercanos a los del 2008. Los indicadores en los que hemos obtenido mejor puntuación son: Número de homicidios, conflicto interno organizado, importación de armas, personas desplazadas, tipo de relación mantenida con países vecinos y en el número de muertes por conflictos externos. Por el contrario, la probabilidad de manifestaciones violentas y el nivel de criminalidad percibida por la sociedad, obtienen las peores puntuaciones (Institute for economics & peace, 2013).

En Latinoamérica, Colombia es el país más violento, ocupando el puesto 147, seguido de México (puesto 133) y Venezuela (Puesto 128). Desde que se elabora este índice, Colombia lidera en violencia seguido de Venezuela, hasta que en 2011 es superado por México. Este país, ha ido aumentando su puntuación de manera exponencial año tras año, acortando distancias con Colombia de manera alarmante (Ver gráfica 3.2). De los 32 estados que conforman este país, Morelos encabeza los índices de violencia, siendo Campeche y Querétaro los más pacífico – Michoacán ocupa el puesto 23 y Jalisco el 17, siendo el número 1 el más pacífico y el 32 el más violento-. El número de crímenes violentos y de homicidios y las muertes debidas a conflictos organizados internos son los culpables de la situación de México en este ranking.

En lo que respecta a los países menos violentos de Latinoamérica, Uruguay encabeza la lista en la posición 24, seguido de Chile (puesto 31). Ambos países, parecen intercambiarse dichos puestos desde que se realiza esta medición, ocupando Chile el primer puesto en 2008, 2009 y 2012. Este país, resulta entre los más pacíficos gracias al bajo conflicto organizado interno y el escaso número de muertes por este motivo, la

estabilidad política y la baja implicación en conflictos luchados entre otros (Institute for economics & peace, 2013).



Gráfica 3.2

Cambio porcentual en las clasificaciones del Índice de Paz México desde el 2003 hasta el 2012. (Institute for economics & Peace, 2013b, P. 11)-

Según lo descrito hasta el momento, es esperable que los psicópatas que han crecido en un ambiente en el que la violencia se encuentra normalizada, tengan mayores probabilidades de desarrollar crímenes violentos que los que han crecido en un contexto cultural pacífico. Además, habrá más probabilidad de que dicha violencia sea desproporcionada e injustificada. En países como México, Colombia o Rusia, encontraremos psicópatas de mayor crudeza, frialdad y sadismo que en otros países como Australia, Chile o España.

LA CONDUCTA DELICTIVA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA PSICOPATÍA

Hemos visto que la prisión es un medio hostil en el que la problemática de la salud mental toma un papel prioritario, destacando la incidencia de los trastornos de personalidad entre los distintos diagnósticos. Además, hemos visto que la psicopatía se ha convirtiéndose en el trastorno de personalidad más estudiado por la comunidad científica debido a la mayor alarma social que suscita.

Los estudios que hacen referencia al escalamiento subjetivo de la gravedad de los delitos, tanto para muestras de población general, como de expertos, consideran como delitos más graves a aquellos que afectan directamente a las personas, destacando entre ellos los delitos de homicidio/asesinato, los delitos sexuales y terrorismo (De la Fuente, García-Cueto, San Luis, García, & De la Fuente, 2002; García-Cueto et al., 2003; Juarros-Basterretxea, Robles-Fernández, Silvana, Gutiérrez, & García-Cueto, 2013). Así, los psicópatas le deben su popularidad a su relación con este tipo de conducta delictiva más despiadada y cruel, que tiene como fin último provocar un daño deliberado a las personas.

En este capítulo se revisan los conocimientos actuales sobre la conducta delictiva en relación con los trastornos de personalidad y la psicopatía, prestando especial atención al tipo de conductas inmorales y delictivas llevadas a cabo por los psicópatas tanto institucionalizados como no institucionalizados.

4.1. Conducta delictiva y trastornos de personalidad en contexto penitenciario.

Cualquier trastorno podría asociarse con conducta violenta, -salvo en Trastorno Evitativo de la personalidad según DSM-V o Trastorno Ansioso de la Personalidad según CIE-10- (Stone, 2007a), tanto que padecerlos se considera un riesgo clínico significativo para la comisión de actos violentos (Esbéc & Echeburúa, 2010). Al observar con detenimiento, encontramos diferencias entre los distintos cuadros clínicos, ya que las particularidades de cada uno de los trastornos que definen el estilo comportamental del sujeto tendrán una relación clara con el tipo de delitos cometidos.

Es decir, la idiosincrasia del trastorno de personalidad que padece el delincuente se verá reflejado en su comportamiento criminal (González, 2007).

El estudio realizado por Vinkers, Beurs, Barendregt, Rinne, & Hoek (2011), con una muestra de 21.424 informes psiquiátricos periciales en los Países Bajos, concluye que el diagnóstico de trastorno de personalidad era más frecuente en todos los casos, destacando entre las sentencias relacionadas con crímenes sexuales y los homicidios. Así, los Trastornos del cluster B para el DSM-IV-TR (Trastorno Antisocial, Trastorno Límite, Trastorno Histriónico y Narcisista de la personalidad) eran más comunes en los acusados de crímenes violentos (Del 20,9 al 23%), mientras que los trastornos del Cluster C para el DSM-IV-TR (Trastorno Evitativo, Trastorno Dependiente y Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la personalidad) eran más comunes en relación con los delitos sexuales (7,3%). Los individuos que padecen estos últimos, aunque sumisos y dependientes, pueden llegar a arranques de ira motivados por el miedo al abandono y el rechazo, que desemboque en actos violentos hacia la pareja o sexuales. Los trastornos del Cluster A para el DSM-IV-TR (Trastorno Paranoide, Trastorno Esquizoide y Trastorno esquizotípico de la personalidad) eran minoritarios para todos los tipos de delito, aunque se ha encontrado una asociación significativa entre los síntomas de los trastornos de este Cluster y la violencia (Esbéc & Echeburúa, 2010). Los individuos que padecen un Trastorno de este último Cluster son menos violentos que los que padecen un Trastorno del Cluster B, pero el tipo de actitud, la forma extraña de pensar y el aislamiento social que los caracteriza se asocia con las formas más graves de violencia (Esbéc & Echeburúa, 2010). A continuación seguiremos la clasificación de la Organización Mundial de la Salud para los Trastornos de Personalidad con el objetivo de describir la relación de estos con la conducta delictiva.

Los individuos que presentan un Trastorno de Personalidad Paranoide son suspicaces, desconfiados y cautelosos. Son vengativos y responden con ira al interpretar que los demás le quieren engañar, presentando una sensibilidad excesiva a los contratiempos. Incapaces de perdonar los agravios y celosos patológicos, presentan tendencia a ser combativos y a protagonizar constantes conflictos. Estos sujetos, presentan generalmente actos delictivos contra las personas: Lesiones, homicidios y asesinatos (Esbéc & Echeburúa, 2010; Molina, Trabazo, López, & Fernández, 2009), destacando los rasgos paranoides entre los asesinos en masa (Stone, 2007a). Se definen por el tipo

de violencia más extrema y suele actuar en solitario siendo sus víctimas más habituales personas conocidas, destacando las parejas o exparejas (González, 2007).

El Trastorno esquizoide de la personalidad, se caracteriza por una incapacidad para sentir placer siendo fríos emocionalmente e incapaces para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira. Por este motivo, son personas que mantienen muy pocas relaciones íntimas presentando dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, tendiendo a ser solitarios y reservados. No suelen ser violentos pero cuando lo son, su violencia es extrema (Esbéc & Echeburúa, 2010). Por su naturaleza excéntrica solo suelen vulnerar normas sociales y si llegan a delinquir, se limitaran a hurtos, robos y consumos o tráfico de drogas (Molina et al., 2009). Su actitud violenta no estará relacionada con necesidad de control, temor al abandono o sentimientos de celos, sino más bien con una provocación debida a algún tipo de molestia o incomodidad puntual (González, 2007) llevada a cabo por sus conocidos. Siguiendo esta línea, Stone (2001) concluyó en su estudio que la mitad de los asesinos sexuales en serie cumplían las características de este trastorno, estando 50 veces más representados entre este tipo de homicidas que en población normal (Stone, 2007a).

Los individuos que presentan un Trastorno Disocial de la Personalidad son egocéntricos, crueles y desprecian los sentimientos de los demás. Carecen de empatía y remordimientos, son irresponsables e impulsivos. Tienen baja tolerancia la frustración con un bajo umbral para la descarga de agresividad, haciendo culpables a los demás de sus actos y su situación. Además de tener una mayor relación con el comportamiento criminal que el resto de trastornos, predominan entre los delitos de carácter violento, se asocia con una mayor versatilidad criminal (González, 2007) y el inicio en la conducta delictiva es más temprano y persistente en el tiempo (Stone, 2007b). Abundan entre ellos los delitos de robo, agresión, chantaje, estafa, violaciones y homicidios y asesinatos (Molina et al., 2009) siendo las víctimas habituales desconocidos, vecinos o conocidos simples, a los que deshumanizan (Esbéc & Echeburúa, 2010). La incapacidad para aprender de la experiencia que los caracteriza, la tendencia al aburrimiento, la fascinación por la violencia y las necesidad de nuevas experiencias vitales, les lleva a cometer conductas de riesgo de forma reiterada, hasta el punto de que la muerte violenta en estas personas es más habitual que en población normal (Molina et al., 2009).

El Trastorno de inestabilidad emocional puede ser de dos tipos: Impulsivo y límite. El primero se define por una tendencia a actuar de forma inesperada y sin considerar las consecuencias. Tienen una marcada predisposición para tener conflictos con los demás, arrebatos de ira o violencia que no son capaces de controlar. El de tipo límite se caracteriza por un sentimiento crónico de vacío y las dudas sobre la imagen de sí mismos. Se implican en relaciones intensas e inestables, idealizando y devaluando a la pareja de manera cíclica, presentando un esfuerzo excesivo para evitar ser abandonados llegando incluso a las amenazas de autoagresión y suicidio. La conducta suicida de este trastorno resulta de la interacción entre la impulsividad y sus características violentas (McGirr, Paris, Lesage, Renaud, & Turecki, 2007). Debido a la naturaleza de este trastorno, los delitos que presenta se relacionan con actos destructivos y de cólera impulsiva que buscan aliviar la tensión ya que su mundo emocional puede desbordarse fácilmente: Lesiones, robos, pequeños hurtos, conducción peligrosa, actividades sexuales de alto riesgo y amenazas y violencia en el ámbito familiar y en el laboral. En muchos de sus delitos buscan ser queridos e integrados en el grupo marginal al que pertenecen. Sus víctimas son en mayor medida personas conocidas y tienden a actuar en solitario ya que sus delitos suelen ser consecuencia de conflictos interpersonales. (González, 2007; Molina et al., 2009). Destaca también que entre muestras de depredadores sexuales, es habitual este tipo de diagnóstico junto con el Trastorno disocial y Trastorno ansioso de la personalidad (Esbéc & Echeburúa, 2010).

Los individuos que presentan un Trastorno Histriónico de la Personalidad, son teatrales y exagerados en cuanto a la expresión de las emociones, aunque su afectividad es lábil y superficial. Con una exagerada preocupación por tener un aspecto físico atractivo, se dejan influir por los demás, pretendiendo convertirse en el centro de atención mediante una conducta seductora inapropiada. Suelen delinquir en solitario, pues pretenden con ello la búsqueda de una atención que se centre exclusivamente en ellos, y si lo hacen en grupo será para conseguir el reconocimiento de sus compañeros mediante el cumplimiento de sus expectativas (Caballo, 2004; González, 2007). Es poco frecuente la comisión de infracciones en estos individuos, pero si las cometen estarán relacionados con la búsqueda de atención: falsedad, difamación y calumnia (Molina et al., 2009). Los comportamientos violentos se darán solo si el individuo presenta comorbilidad con el Trastorno Antisocial o el Trastorno Narcisista de la Personalidad según DSM-IV-TR (Esbéc & Echeburúa, 2010).

El Trastorno Anancástico de la Personalidad se identifica por la inseguridad personal y la búsqueda excesiva de la perfección. Son escrupulosos, rectos y rígidos, priorizando el rendimiento sobre actividades placenteras e intentando imponer su propia manera de hacer las cosas a los demás. Es escasa la actividad delictiva de los individuos que padecen este trastorno, pero cuando cometen delitos serán más bien por omisión (Ribé & Tusquets, 2002), ya que dejándose llevar por sus temores obsesivos centran su atención en aspectos superfluos relacionados con el orden, la limpieza, la organización, etc., dejando de atender otros asuntos de mayor importancia como a los hijos. Puede darse también explosiones violentas cuando sufren la ansiedad producida por el impedimento en la realización de las tareas que consideran tan importantes (Molina et al., 2009) o se les contradice en su manera de hacer las cosas, siendo en este caso las víctimas habituales las parejas o exparejas (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008; González, 2007).

Las personas que padecen un Trastorno Ansioso de la personalidad – con conducta de evitación-, son inseguras, hipersensibles al rechazo y las críticas y presentan un sentimiento de inferioridad muy acusado. Sus miedos le llevan a las restricciones sobre su estilo de vida en pro de la seguridad y la evitación de las actividades sociales y laborales que impliquen un contacto interpersonal significativo aunque lo anhelan. Su conducta delictiva es escasa y los delitos asociados con este trastorno son resultado de una situación conflictiva de tensión, ansiedad o compensación de conflictos: abusos y agresiones sexuales, asesinatos, consumo y tráfico de drogas y tentativa de suicidio (Carrasco & Maza, 2005; Molina et al., 2009). La alta frecuencia de este trastorno entre delincuentes sexuales se explica por un sentimiento de venganza contra las mujeres. Este se encuentra motivado por sentimientos de rechazo, su incapacidad para establecer relaciones o por haberse sentido ridiculizados en el pasado (Esbéc & Echeburúa, 2010).

Finalmente, los individuos diagnosticados con un Trastorno Dependiente de la Personalidad son sumisos y dóciles, subordinando sus propias necesidades a las de aquellos de los que dependen. Esta actitud se encuentra motivada por el sentimiento de angustia que les produce el abandono y la soledad y el miedo a no ser capaces de cuidar de sí mismos. No pueden tomar decisiones solos, incluso las más cotidianas, y se resisten a realizar peticiones por muy razonables que sean. Son más bien víctimas que victimarios, pero en todo caso, serían capaces de cometer infracciones si son inducidos

por otros, destacando los delitos relacionados con el tráfico de drogas (Carrasco & Maza, 2005; González, 2007; Molina et al, 2009). Si llegan a ser violentos, será una violencia contra aquellas personas que les han rechazado o por una fuerte sensación de inseguridad y celos que les puede llevar al homicidio a veces seguido del suicidio (Esbéc & Echeburúa, 2010; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008).

4.2. Conducta delictiva y la psicopatía.

La psicopatía, cuya prevalencia en población general se estima entre un 1% y un 3% (Hare, 1993; Torrubia & Fuentes, 2008; Torrubia, et al., 2010), y de hasta un 30% en población penitenciaria (Hare, 1993), se caracteriza por la comisión de crímenes imprevistos de humanidad. Aunque sabemos que el psicópata no tiene por qué cometer actos delictivos, tiene capacidad para utilizar la violencia, mostrando la mayor crueldad e insensibilidad. Los psicópatas delincuentes, son delincuentes generalizados, es decir, cometen todo tipo de delitos sin especializarse en ninguno en concreto, son versátiles (Quinsey, Rice, & Harris, 1995; Hare, 1999, 2003; Torrubia et al., 2010), y aunque no puede considerarse factor de riesgo para ningún tipo de delito en concreto, si lo será para la delincuencia de forma genérica (Lynam, Miller, Vachon, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2009). Además son reincidentes y comienza a delinquir a edades más tempranas que el resto de delincuentes (Torrubia et al., 2010). Este trastorno se ha relacionado con la agresión, tanto instrumental -violencia como medio para obtener algo deseado-, como reactiva -violencia como reacción ante algún evento estresante- (Blair, Mitchell, & Blair, 2005; Walsh, Swogger, & Kosson, 2009), así se estima que son responsables del 50% de los delitos graves (Hare, 1993), encontrándose excesivamente representados entre los homicidas (Laurell, & Dåderman, 2007). De todas formas, es importante recordar que, a pesar de lo llamativo de este tipo de conducta criminal, el psicópata puede delinquir sin hacer uso de la violencia, cometiendo delitos tales como el tráfico de drogas, armas, personas, etc., económicos, de conducción, vandalismo, etc.

Se ha estudiado la psicopatía en relación a la política (Lilienfeld et al., 2012), al arte (Garrido, 2004), en las organizaciones criminales, etc., pero a continuación, trataremos de revisar la conducta delictiva cometida por estos individuos repasando los tipos de delitos cometidos que han sido más estudiados o han recibido mayor atención: el

psicópata en las empresas, en las relaciones de pareja, sexualidad y asesinos en serie. Además, consideraremos aquellas conductas características de los psicópatas no institucionalizados, comportamientos inmorales pero no ilegales, que en su forma más acentuada terminan por convertirse en delito.

El psicópata en la empresa: Babiak, psicólogo de las organizaciones, es un gran exponente en el estudio del psicópata en este ámbito. Fruto de su trabajo, publicó junto con Hare en 2006 el libro *Snakes in suits (Serpientes con traje)*. Según Babiak, el psicópata, gracias a su personalidad, le resulta fácil fingir que cumple con las principales características buscadas en toda empresa: responsabilidad, inteligencia y habilidades interpersonales. Una vez dentro, evalúa a sus compañeros por la utilidad que tienen para él según sus habilidades laborales y su influencia sobre los demás, al tiempo que crea una red de seguidores fieles mediante encuentros personales en los que puede seducir y manipular con más facilidad. Reconocido el terreno, el psicópata entra en la fase de la manipulación. Recoge toda la información privilegiada que le es posible para utilizarla en su beneficio, al tiempo que hace correr bulos sobre los identificados como sus enemigos, se gana el favor de los altos cargos y hace su trabajo más bien a medias, haciendo a otros responsables de su incompetencia. Cuando sus víctimas están acorraladas y aisladas socialmente dentro de la empresa, llega la confrontación directa con estas mediante el abuso psíquico, desprecio y humillación. Finalmente llega la fase de ascenso, en la que el psicópata consigue poder y jerarquía en la organización y la víctima es degradada, despedida o ella misma se marcha o pide traslado (Garrido, 2004).

Este autor y su equipo además, desarrollaron el B-SCAN: 360, que, cumplimentado por los trabajadores, evalúa rasgos psicopáticos en el entorno laboral (Mathieu et al., 2013). Puntuaciones de los supervisores en este instrumento fueron directa y negativamente relacionadas con la satisfacción laboral de los empleados (Babiak & Hare, 2006; Mathieu et al., 2014). Como decíamos, estas conductas en su forma más agravada, pueden llegar al crimen corporativo, los fraudes y el acoso laboral penado por la ley (Akhtar et al., 2013; Apel & Paternoster, 2009; Garrido, 2004; Pardue et al., 2013). Feeley (2006) considera que la combinación de las características de personalidad del psicópata con el entorno empresarial competitivo, que permite ciertas conductas si favorecen a la empresa, facilitan los crímenes de cuello blanco. Se trata de la “cultura de

la competencia” (p. 205) resultado de la estructura organizativa en la sociedad capitalista, gracias a la cual, el psicópata saca los mayores beneficios con la ventaja de poder diluir la responsabilidad de sus actos en la organización (Colvin, 1995).

El psicópata y el maltrato a la pareja: Garrido (2004) describe el proceso de caza del psicópata aplicado a la violencia en la pareja. Este se compone de 5 fases: Vulnerabilidad, seducción, captación, explotación y revelación. La víctima escogida es seducida y manipulada para que acceda sin saberlo a ser una de sus posesiones. El aislamiento social y ataques violentos súbitos y premeditados de los que la hace culpable, conseguirán anularla poco a poco. Se acaba así convirtiendo en un juguete en sus manos que ha aprendido a ser obediente y sumiso para minimizar sus arranques de ira y desprecio. “Mi convicción es que muchos agresores de mujeres, en especial los que emplean la violencia de modo más sutil – y desde luego la violencia más sistemática y aniquiladora- son psicópatas integrados, gente que va a la oficina o a dar clases a la Universidad o al Instituto [...]. Esos son agresores de clase media o alta, impecables en su estar, encantadores, pero muy peligrosos en sus casas. En ocasiones pueden recurrir a la violencia física, pero la mayor parte de las veces hay una brutal agresión emocional” (Garrido, 2004, p. 94).

No es que todas las personas que maltratan psicológicamente a sus parejas sean psicópatas subclínicos, pero estos últimos, en sus relaciones de pareja, cumplen muchos de los indicadores de maltrato psicológico (Pozueco et al., 2013). Williams et al., (2005) examinaron la influencia de la psicopatía subclínica en las relaciones íntimas de 612 estudiantes universitarios, observando que éste se asocia con una amplia gama de conductas sexuales de riesgo y violentas, con diversas actitudes y cogniciones negativas hacia sus parejas y hacia las relaciones de pareja en general, y así como hacia varios indicadores de la infidelidad. Esto sugiere que las relaciones de pareja de los psicópatas subclínicos son tremendamente abusivas y volátiles.

La psicopatía como factor de riesgo para la comisión de delitos de violencia contra la pareja ha sido poco estudiada, aunque parte de la investigación ha tratado de evaluar su influencia en estos individuos. Rock, Sellbom, Ben-Porath, & Salekin (2013) realizaron un estudio ambicioso, en el que investigaron la asociación entre la psicopatía y la finalización satisfactoria del tratamiento y la reincidencia en 483 maltratadores condenados a tratamiento mediante el PCL-R; las puntuaciones elevadas en el total y en

las facetas 3 y 4, se asociaron positivamente con el fracaso en el tratamiento y la reincidencia después de un año. Resultados similares obtuvieron Grann & Wedin (2002), en una muestra de 88 agresores. Por otra parte, otros investigadores han tratado de estudiar su incidencia en condenados en prisión, siendo la tendencia, una presencia inferior a la establecida en muestras penitenciarias genéricas (Huss & Langhinrichsen-Rohling, 2006; Swogger, Walsh, & Kosson, 2007). Belfrage & Rying (2004), realizaron un estudio con 164 hombres condenados por homicidio contra la pareja. Entre otros instrumentos, utilizaron el PCL: SV, detectando un 4% de psicópatas. Fernández-Montalvo & Echeburúa (2008) detectaron mediante el PCL-R, en una muestra de 76 hombres condenados por un delito de violencia grave contra la pareja, un 14,4% con tendencias psicopáticas claras. Se entiende, así, que la psicopatía no tiene por qué estar relacionada de manera particular con la forma más grave de este delito, pero, en los casos en los que está presente, la psicopatía será un factor de riesgo importante para el fracaso en el tratamiento y la comisión de nuevos actos violentos.

El psicópata y las agresiones sexuales: La escala PCL-R, cuenta con el ítem 11, “Conducta sexual promiscua”, que define al psicópata en la adaptación del manual para la población española como (Torrubia et al., 2010, p.71): “Individuo cuyas relaciones sexuales con los demás son impersonales, ocasionales o triviales. Esto puede verse reflejado en frecuentes relaciones casuales (p. ej., “ligues” de una noche), en la selección indiscriminada de parejas sexuales, en el mantenimiento de varias relaciones sexuales al mismo tiempo, en frecuentes infidelidades, en la prostitución o en la predisposición a participar en una gran variedad de actividades sexuales. Además, el individuo puede coaccionar a otros a realizar alguna actividad sexual con él, podría tener cargos o condenas por agresión sexual”.

La utilización del otro como objeto mediante el cual cumplir sus deseos, facilita la promiscuidad del psicópata. Según como es definido anteriormente por Hare, presenta una tendencia hacia la satisfacción sexual inmediata y frecuente (Jonason et al., 2012), hasta tal punto que este ítem es mantenido en su escala por su valor para la puntuación total a pesar de no saturar en ninguno de los factores (Torrubia et al., 2010).

Esta tendencia puede traducirse en agresión sexual o violación debido a una aguda propensión a violar los derechos de otros, una falta de mecanismos inhibitorios para la violencia y un enfoque oportunista de la vida (Hare, 1996, 1999). Los agresores

sexuales y violadores que además presenta un diagnóstico de psicopatía, son más propensos a tener parafilias sádicas (Woodworth et al., 2013), presentan déficits morales específicos en relación a sus víctimas (van Vugt et al., 2012), progresan en menor medida gracias al tratamiento (Roche, Shoss, Pincus, & Ménard, 2011) y presentan mayores disfunciones cerebrales y TDAH (Langevin & Curnoe, 2010).

Así, aunque como decíamos anteriormente, el psicópata no es un delincuente especializado, se convierte este diagnóstico en un factor de riesgo de relevancia para la reincidencia en este tipo de delitos. Hanson & Harris (2000), realizaron un estudio con 409 delincuentes sexuales seleccionados de todas las prisiones de Canadá que fueron evaluados mediante el PCL-R. Compararon aquellos que durante el cumplimiento de un periodo de supervisión cometían un nuevo delito sexual y los que no. Así, encontraron diferencias significativas entre ambos grupos: Los reincidentes presentaban psicopatía en un 20,5% y los no reincidentes solo en un 8%. Otros estudios encontraron resultados similares (Dempster, 1998; Myers, Chan, Vo, & Lazarou, 2010; Looman, Abracen, Serin, & Marquis, 2003), aunque parte de la comunidad científica, opina que la psicopatía es un factor de riesgo para la reincidencia en general (Långström & Grann, 2000) o la violenta (Langevin & Fedoroff, 2001) y no para la reincidencia sexual. Hawes, Boccaccini, & Murrie (2013), con la intención de arrojar luz sobre esta polémica, realizaron un meta-análisis con todos los estudios publicados sobre este tema. Los resultados indicaron que las puntuaciones del PCL-R, especialmente combinados con una medida de la desviación sexual, son potencialmente relevantes para el riesgo reincidencia en este tipo de delincuentes.

El psicópata como asesino en serie: El término “serial Killer” fue acuñado por Ressler, en los años 70, para referirse a criminales violentos que cometen tres o más asesinatos durante un periodo más o menos largo de tiempo (30 días o más) con un momento de letargo, o lapso de enfriamiento entre cada crimen -periodo de refresco-, caracterizado por una vuelta a su vida cotidiana, a sus rutinas, a la “normalidad”. Ressler, Burgess, & Douglas (1988), realizaron una clasificación del asesino en base a su motivación, dividiéndolos en: organizados y desorganizados. Los primeros tienen una inteligencia por encima de la media, son metódicos y hábiles, planeando con detenimiento la selección de la víctima en base a sus fantasías y el acto criminal y deja una escena del crimen ordenada sin evidencias físicas. Los segundos, tienen una inteligencia por debajo

de la median, son socialmente inadecuados, atacan en ráfagas violentas y deja una escena del crimen caótica y abundante evidencia física.

El psicópata, como asesino en serie, se enmarca en el grupo de los organizados, asociándose con los homicidas sexuales en serie (Stone, 2007a). Varias de las características de este trastorno se reflejan en su modo de actuar. En primer lugar, utilizan la manipulación y su encanto para atraer y seducir a sus víctimas, hasta que las tiene en su “zona de confort”. Durante sus crímenes, mata con contacto directo mediante arma blanca o agresión física y casi nunca mediante arma de fuego. Utiliza a las víctimas como medio para expresar sus fantasías o satisfacer sus deseos, repitiendo patrones y rituales como una firma personal, mostrando su insensibilidad afectiva y ausencia de empatía y remordimiento. Tras la comisión de los asesinatos, regresa a la escena del crimen para observar el trabajo policial, sigue las noticias, etc. pretende destacar y no pasar inadvertido ante los medios de comunicación, le gusta jugar con la policía y demostrar su superioridad ante ellos y por ende su sensación desmesurada de autovalía. Por último, durante el “periodo de refresco”, mantiene con habilidad la “máscara de la cordura” que caracteriza a los psicópatas no institucionalizados (Cleckley, 1976): funcionan socialmente de manera adecuada, tienen un empleo, pareja, son amables, educados, buena imagen, etc. (Burgess, Prentky, Burgess, Douglas, & Ressler, 1994).

El psicópata que comete este tipo de crímenes, según la clasificación de Garrido (2004) sobre los psicópatas integrados, es un delincuente oculto. Claro está que cuando dichos crímenes salen a la luz y es detectado por el sistema judicial y penal, este pasa a ser un psicópata criminal. En lo que respecta a la investigación, es bastante escasa, cuestión lógica a considerar la baja incidencia de este tipo de criminales en las prisiones -el 1% del total de homicidios que suceden en EE.UU-. En la mayoría de los casos se trata de estudios teóricos, revisiones de libros, análisis de películas o estudios de caso.

EL TRATAMIENTO DE LA PSICOPATÍA EN PRISIONES

El grueso de la investigación científica sobre la psicopatía ha tratado de dar respuesta a su etiología, la búsqueda de indicadores, conceptualización y su detección. Como resultado, se han establecido modelos explicativos de su desarrollo, identificado factores moderadores, se han creado instrumentos de medida, etc., Todas estas aportaciones son útiles y necesarias, pero la comunidad científica tiende a darle un tratamiento secundario al objetivo final que deberían tener toda aportación científica: la intervención. No se debería evaluar si no es para intervenir (Rodríguez-Díaz, Bringas, Estrada & Jiménez, 2012; Rodríguez-Díaz & Ovejero, 2005; Yela, 1990) pues toda investigación debe ir destinada a la aportación de soluciones y no al simple etiquetamiento y clasificación de individuos, causas, indicadores o conceptos.

En este apartado, trataremos de repasar las dificultades que implican para la intervención las características de la personalidad del psicópata, además de proponer un modelo alternativo de prisión como intervención eficaz en este tipo de internos de mayor resistencia al cambio.

5.1.La psicopatía, ¿Un trastorno intratable?

Las características que aglutina la personalidad del psicópata, y los negativos resultados obtenidos por los estudios, favorecen una visión negativista sobre la posibilidad del tratamiento efectivo en psicópatas. Cleckley (1976), en la introducción de la quinta edición de su obra *The Mask of Sanity (Máscara de la cordura)*, comentó al respecto que: “He tenido la oportunidad de ver a pacientes de este tipo que fueron tratados mediante el psicoanálisis, la psicoterapia de orientación psicoanalítica, por grupo y por terapia ambiental, y por muchas otras variaciones del método dinámico... algunos... fueron tratados durante años.... Ninguna de estas medidas me impresionó con el logro de resultados exitosos... nosotros no tenemos en la actualidad algún tipo de psicoterapia que puede ser tomado como base para cambiar al psicópata fundamentalmente” (pp. 438-439).

La psicopatía es un trastorno de personalidad sufrido por las personas que conviven con el individuo que lo presenta y no por el propio psicópata. Este, que se caracteriza

por una sensación desmesurada de autovalía, interpreta sus propias deficiencias como ventajas dignas de admiración, y menosprecia a aquellos que se dejan llevar por su afectividad -signo de inferioridad y debilidad-. Desde este punto de partida, resulta difícil que el psicópata muestre una motivación sincera para el cambio, ya que considera ser perfecto tal y como es. A priori, se dibuja como una mala apuesta para la intervención terapéutica (Lykken, 1995): No se puede cambiar, a quien no tiene ningún deseo de cambiar.

Además, sabemos que las conductas desadaptadas del psicópata no surgen de un problema de incomprensión o ignorancia sobre las normas éticas y morales. A un nivel intelectual comprende los dilemas morales, es capaz de juzgar asuntos complejos, sabe perfectamente cuál es la respuesta correcta, la adaptada. Aun así, toma fríamente la decisión de optar por la respuesta que más le beneficie -a un nivel material, claro está-, ya que no existe un correlato emocional que respalde a la certeza intelectual. Algunos autores achacan este problema al deterioro del lóbulo prefrontal y la amígdala (Boccardi et al., 2011; Moul et al., 2012; Raine et al., 2004; Yang et al., 2011), que impide que el psicópata asocie las conductas reprobables con emociones negativas desde la infancia. Garrido (2004, p.196) lo explica de la siguiente forma: “Sabemos que la conciencia es el resultado de guardar en nuestra memoria emociones asociadas a comportamientos prohibidos. Sentimos remordimientos por algo que hemos hecho porque ese acto <<dispara>> emociones negativas que han sido asociadas en nuestra infancia con esas conductas. [...] Pero los psicópatas nunca establecieron esa conexión: no llegaron a desarrollar una conciencia, quizás por problemas en su amígdala o en el lóbulo prefrontal. [...] Los psicópatas en su infancia no aprendieron a temer a nada o lo hicieron de modo muy deficiente.”.

Igualmente, muchos estudios han centrado su objetivo en el estudio del escaso miedo del psicópata (Hare, 1978; Baskin-Sommers et al., 2011; Sadeh & Verona, 2012). En consecuencia, apelar al desarrollo de la empatía y la afectividad como forma de intervención, aparenta ser una batalla perdida de antemano. La personalidad del psicópata parece impermeable al tratamiento.

Los resultados obtenidos mediante la intervención terapéutica en psicópatas, no resultan precisamente alentadores. En primer lugar, son escasos los estudios destinados a este fin y, en segundo, los resultados obtenidos siguen una tendencia decepcionante. Garrido y

otros (Esteban, Garrido, & Sánchez-Meca, 1996; Garrido, Esteban, & Molero, 1996) realizaron un meta-análisis sobre esta temática, concluyendo que: Cuando se comparaba los resultados obtenidos en los tratamientos por psicópatas con grupos de sujetos con otros diagnósticos psiquiátricos, estos últimos tienen mejores resultados; los psicópatas de alta intensidad y puros, son los peor parados con respecto a los otros trastornos; el cometer delitos supone un indicador de una mayor gravedad de la psicopatía, y con ello de una menor efectividad en los tratamientos; cuando se hacía seguimiento de ambos grupos, las diferencias se agudizaban aún más con el paso del tiempo; al considerar solo datos de reincidencia y comisión de nuevos actos violentos, se encontró una clara superior probabilidad de proseguir con su carrera delictiva en el caso de los psicópatas; por último, los métodos cognitivo-conductuales obtenían mejores resultados que las comunidades terapéuticas.

Aún peores son los datos obtenidos por Rice y colaboradores (Rice, Harris, & Cormier, 1992; Harris & Rice, 2007), quienes concluyeron que los psicópatas no solamente obtenían peores resultados tras la intervención, sino que además, aprendían nuevas estrategias para una manipulación y explotación del otro más efectiva: el psicópata se volvía más experto en su habilidad para “leer” a las personas. En lo que respecta a los tratamientos con delincuentes sexuales psicópatas, Doren & Yates (2008) realizaron un meta-análisis. El principal problema que encontraron, fue la escasez de estudios a analizar, aun así, identificaron dos consistencias potencialmente significativas: el tratamiento para delincuentes sexuales no parece eficaz en la reducción de la reincidencia grave para los que presentan psicopatía y los trabajos que tratan de comparar muestras de delincuentes sexuales psicópatas y no psicópatas, presentan resultados contradictorios en lo que respecta a la reincidencia tras el tratamiento.

Esta visión catastrófica, repercute en la escasa investigación (Fernández & Rodríguez-Díaz, 200; Redondo & Garrido, 2008; Redondo & Martínez, 2012) en este campo; a su vez, tiene como consecuencia la imposibilidad para desarrollar un programa realmente eficaz (Garrido, 2002). Para el cambio de esta tendencia, es necesaria la proliferación de estudios innovadores que provean luz a esta situación de indefensión en la que se ha estancado la comunidad científica. Olvidamos que solo hace aproximadamente unos 25 años que la delincuencia en general ha comenzado a ser considerada como tratable -y solo en algunos sectores- gracias a la proliferación de estudios meta-analíticos que

dieron cuenta de la posibilidad de reducir la reincidencia mediante programas de intervención efectivos (Polaschek & Dalosy, 2013).

Salekin (2002), tras una revisión de 42 trabajos, concluyó que hay poca base científica para la creencia de que la psicopatía es intratable. Destacó tres problemas significativos con respecto a la investigación que impiden llegar a tal conclusión: el desacuerdo sobre las características que definen a la psicopatía, el desacuerdo sobre la etiología de la psicopatía y los escasos estudios que realizan un seguimiento de los psicópatas tras el tratamiento a largo plazo. Además, se estima que los resultados obtenidos en estudios anteriores, están sometidos a limitaciones de procedimiento. D'Silva, Duggan, & McCarthy (2004) que trataron de estudiar la relación inversa entre el grado de psicopatía y la respuesta al tratamiento mediante el estudio de 24 trabajos, descartaron la posibilidad de llegar a resultados concluyentes por fallos metodológicos en todos ellos.

Se da la necesidad de utilizar mejores estrategias de medición y construcciones más sofisticadas (Serin, Lloyd, Helmus, Derkzen, & Luong, 2013). Gendreau & Goggin (1997) destacaron la importancia de centrar los programas de tratamiento en las necesidades criminógenas dinámicas, como las actitudes, creencias, valores y conductas y no tanto en factores estáticos, ya que consideraban que eran las únicas que podían ser ampliamente modificadas mediante la terapia. Hobson, Shine, & Roberts (2000), destacaron la relevancia de entrenar al profesional en la identificación de conductas del psicópata y en las habilidades necesarias para enfrentarse a ellas –manipulación, encanto, mentira, etc.-. Salekin, Lee, Schrum, & Kubak, (2010), centran el interés en fomentar los factores de protección como la inteligencia y la motivación para el cambio y Garrido (2004), por su parte, pone el acento en fomentar el autocontrol en los psicópatas. Si no es posible cambiar su forma de razonar, al menos podremos fomentar -apelando a los perjuicios para su propia persona, como la vuelta a prisión, por ejemplo- que este se controle a la hora de poner en práctica las conductas antisociales que le resulten más apetecibles. Además, comenta que el problema para una intervención exitosa puede que tengan que ver con su condición de delincuente (Garrido, 2002). Solo tenemos acceso al psicópata criminal que se encuentra en la prisión y no al psicópata integrado, que difícilmente acudirá a terapia.

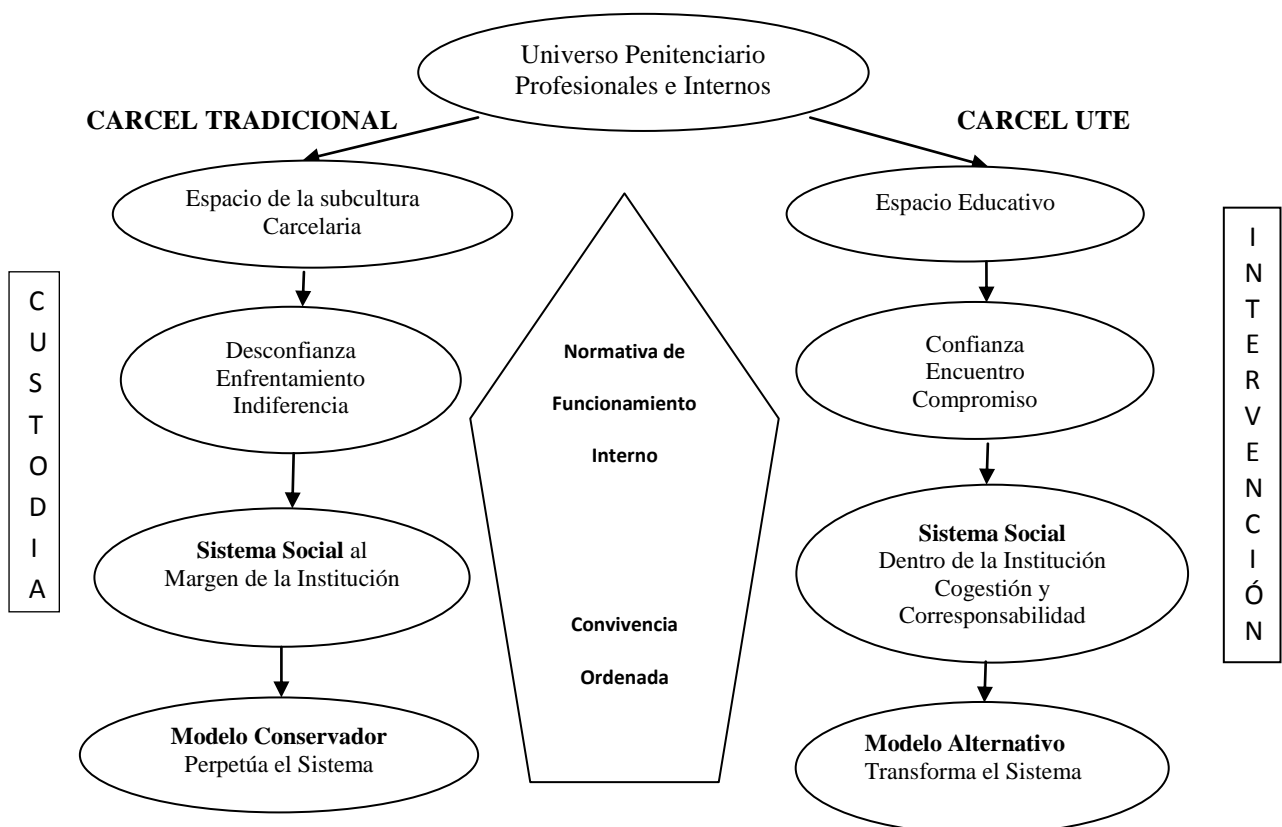
En la actualidad, el tratamiento de la psicopatía de manera efectiva, continúa siendo un desafío, pero algunos estudios recientes y bien diseñados dan lugar al optimismo (Polaschek & Daly, 2013). Los programas de intervención intensivos destinados a población de alto riesgo para la reincidencia violento, en los que se forman grupos bien estructurados, obtienen mejores resultados que los grupos control que no son sometidos a tratamiento. Además, los resultados sobre la reincidencia no se relacionan con las puntuaciones obtenidas en la escala de psicopatía utilizada en cada estudio (Caldwell, Skeem, Salekin, & Van Rybroek, 2006; Polaschek, 2011a, 2011b).

5.2.La Unidad Terapéutica y Educativa, una propuesta para la intervención en psicópatas.

Como ya se comentó en el primer capítulo de la Tesis Doctoral, la Constitución Española recoge en el artículo 25.2 que “Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social”. Dicha tarea, resulta prácticamente utópica cuando consideramos la gran cantidad de factores que lo dificultan: *La sociedad*, que parece entender la cárcel como forma de venganza o castigo, desconfía de la posibilidad de rehabilitación y teme y margina al individuo cuando sale en libertad (Roberts & Hough, 2005); *Los profesionales* que intervienen en la administración de la justicia y que se limitan a aplicar nuestro sistema penal, sin analizar las deficiencias del mismo, ayudando a provocar más problemas para la sociedad y víctimas que soluciones (García-López, 2014; Rodríguez-Díaz et al., 2008; Valverde, 1997, 2002) mediante la aplicación de medidas punitivas de demostrada ineficacia (Paíno, & Rodríguez-Díaz, 2004; Rodríguez-Díaz et al., 2001; Romero, 2006; Valverde, 2002); *La subcultura carcelaria*, que como ambiente empobrecido, dificulta la recuperación del individuo (Paíno, 1995; Paíno & Rodríguez, 1998; Rodríguez-Díaz et al., 2002; Rodríguez et al., 1999), favoreciendo más la visión de prisión como fábrica de delincuentes (Rodríguez-Díaz et al., 2013); por último, *características individuales del interno* en prisión, que favorecerían la resistencia al cambio terapéutico.

Como reacción, ante esta situación insostenible en el interior de las prisiones, se inicia en 1992 en la antigua prisión de Oviedo una forma alternativa de prisión: *Unidad Terapéutica y Educativa* (UTE). Desde su nacimiento, plantea como objetivo real la reeducación y reinserción social, mediante la transformación de la subcultura carcelaria

en un medio educativo libre de drogas y violencia, en el que tanto internos como trabajadores superan su antagonismo histórico para trabajar conjunta y activamente por estos objetivos. El profesional deja de ser únicamente personal de vigilancia y el interno deja de ser número para ser individuo con una historia particular, encontrando en los profesionales de la UTE y en el resto de internos, un apoyo esencial en su proceso de cambio (Álvarez, 2007). El posicionamiento UTE, exige rediseñar el ambiente en desarrollo mediante el tratamiento penitenciario, a través del que se propicia implementar las competencias individuales y relacionales para la adaptación social (Rodríguez-Díaz, Álvarez, García, Longoria & Noriega, 2013, 2014a, b). Se promueve la confianza, el encuentro y el compromiso mediante un sistema social basado en la cogestión y la corresponsabilidad, que favorece la transformación social. El interno se vuelve protagonista de sus procesos de cambio y no solo destinatario (Rodríguez-Díaz et al., 2014a) (Ver Gráfica 5.1).



Gráfica 5.1

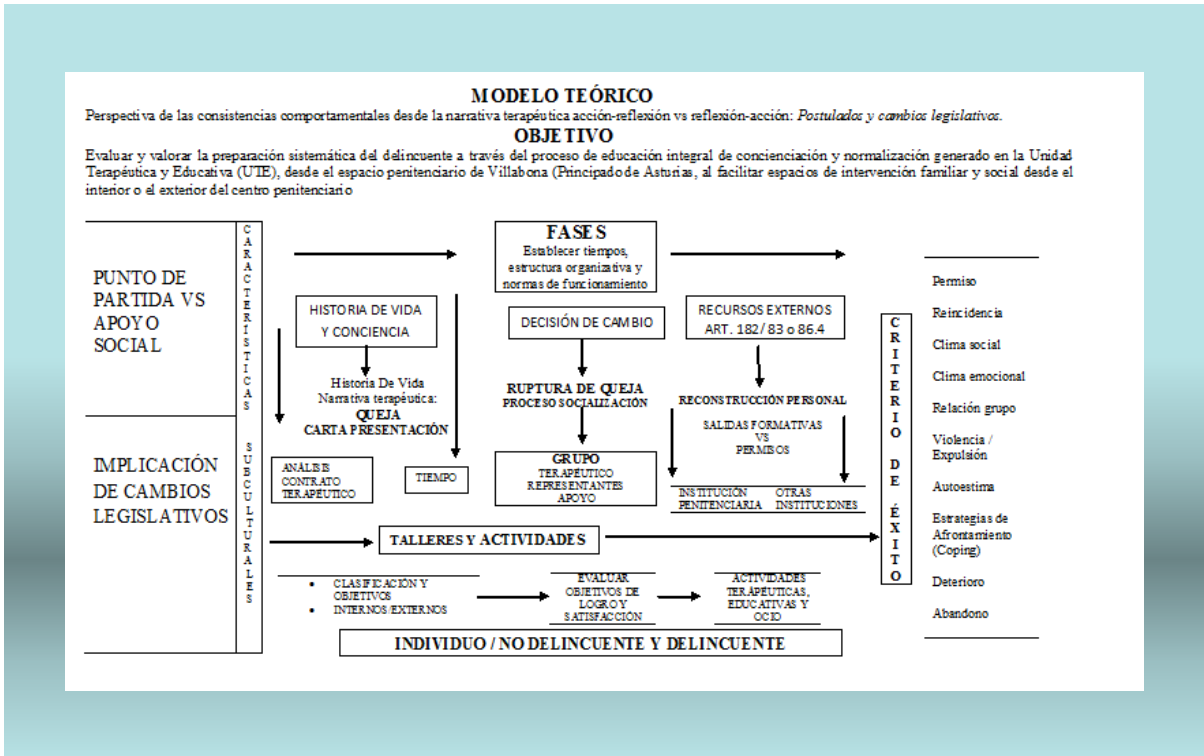
Diferencias entre planteamientos de intervención del tratamiento penitenciario del modelo de castigo vs rehabilitación (Rodríguez-Díaz et al., 2014a, p.745)

Este modelo alternativo de prisión ha evolucionado desde un pequeño puñado de internos comprometidos, hasta la ocupación actual de un total de 5 módulos del Centro Penitenciario de Villabona (Asturias), prácticamente la mitad de la población de dicha institución. Además, se ha replicado en cerca de 20 prisiones más de nuestro país; ha suscitado interés en el sistema penitenciario a nivel internacional y ha recibido numerosos premios que dan cuenta de su valor, ofreciendo unos niveles de eficacia y eficiencia ya evaluados tanto a nivel de reincidencia (inferior al 20%) como en el ámbito de altas terapéuticas, interpretadas a través de la aplicación del artículo 182 del Reglamento Penitenciario (cerca del 15% de las realizadas, cuando no se representa ni el 1% de la población total penitenciaria).

Garrido (2002) recoge una serie de 13 principios sobre las características que un programa debería tener para ser eficaz en el tratamiento del psicópata -recopilados por Lösel (2000)-, que aplicados a la U.T.E. vienen a confirmar sus resultados, aunque estos estén destinados a la intervención sobre todo tipo de personas y no exista un tratamiento específico para este trastorno. Creemos, a pesar de ello, que la U.T.E., se convierte en el medio ideal para desarrollar una intervención eficaz, considerándolo el punto de partida para la creación de un programa de intervención sobre este trastorno, basado en sus características diferenciales. Para ello, y su justificación, se presentan los principios recogidos por Lösel (2000) y las características del modelo U.T.E. de manera comparativa:

“Apoyarse en una sólida base conceptual y empírica, en especial en la teoría del aprendizaje cognitivo-social, complementado con los conocimientos recientes prestados por la neurofisiología de la psicopatía.” (Garrido, 2002 p. 186).

La UTE ofrece un planteamiento desde un modelo bio-psico-social, que considera el tratamiento penitenciario con finalidad rehabilitadora. Transforma el planteamiento retributivo de la pena privativa de libertad hacia concepciones interventivas o reformadoras, superando el sufrimiento vindicativo mediante el castigo y el aislamiento (Ver gráfica 5.2). El concepto de tratamiento penitenciario se liga al de rehabilitación como camino para la reinserción social (Rodríguez-Díaz et al., 2014b).



Gráfica 5.2

Esquema modelo teórico en el que se asientan las bases de la Unidad Terapéutica y Educativa. (Rodríguez-Díaz et al., 2013b, p. 17).

“Realizar una evaluación profunda y dinámica del delincuente, que cuente como instrumento principal con el PCL-R, y que considere la motivación del delincuente y su carrera delictiva. La evaluación no debe tener su fundamento principal en una entrevista con el sujeto.” (Garrido, 2002, p. 186).

Debido a que, como comentábamos anteriormente, la UTE se encuentra destinada a cualquier interno que se encuentre dispuesta a asumir las normas de su funcionamiento, no se realizan evaluaciones en profundidad en torno a la psicopatía. Se utiliza como medio la entrevista desde el ámbito de la psicología, el trabajo social y la educación, utilizando como instrumento de medida el PCL-R si fueran necesario, en casos particulares.

“Seguir un tratamiento intensivo, más prolongado que en el caso de otros delincuentes, y evitando que el sujeto se adapte a él, solo superficialmente.” (Garrido, 2002, p. 186).

La UTE no es un programa que se aplique a una determinada hora, un par de veces a la semana, sino que se trata de una transformación completa del ámbito físico y social. El individuo se encuentra inmerso en él las 24 horas del día, durante la totalidad del tiempo que pase en prisión. Además, este sistema se prolonga al exterior, mediante unidades extrapenitenciarias, que continúan con el proceso UTE en la sociedad.

La consolidación del cambio se dará en todos los ámbitos de su vida y de forma continua. Solo un cambio real propiciara la progresión en las distintas fases del programa (Estrada, Rodríguez-Díaz et al., 2011). El control se ejerce no solo desde los profesionales si no desde los mismos internos y se fundamenta en la corresponsabilidad y cogestión, utilizando como herramienta la confrontación. Son los propios compañeros quienes desde su propia experiencia en el estilo de vida delictual, cuestionan las justificaciones, mentiras e intentos de manipulación del resto, empujando al individuo a la reflexión y revisión de su vida hasta hacerse responsable de sus problemáticas. Es lo que se denomina como “Ruptura del discurso de queja”. (Rodríguez-Díaz et al., 2014b). La exigencia de implicación en el proceso de cambio, se mantiene durante todo el proceso.

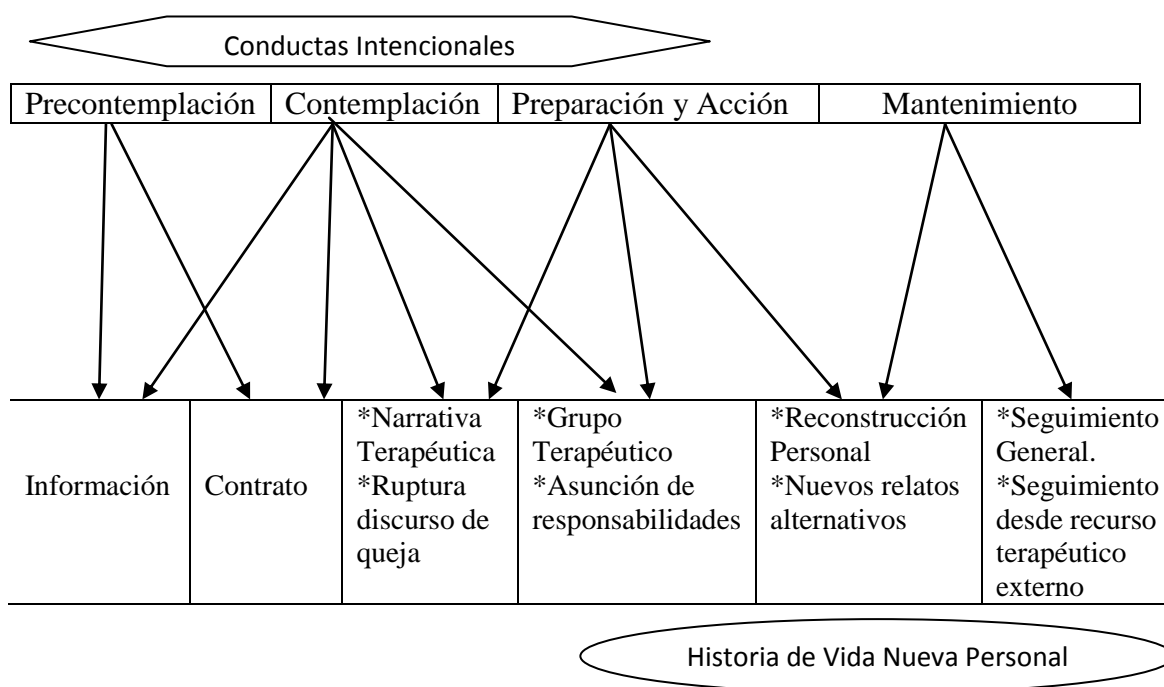
“Realizarse en instituciones estructuradas y controladas, que sean inmunes a los intentos de manipulación del psicópata.”(Garrido, 2002, p. 186).

La UTE se desarrolla en el interior de la prisión, con los mismos controles rigurosos que se establecen en la cárcel tradicional, pero, además, la jerarquía de los profesionales se extiende a los internos, organizados en base a los avances en su proceso.

Una vez que el interno ingresa, es recibido por el “Grupo de Apoyo”, formado por los internos que se encuentran más avanzados en su proceso de cambio. Tras explicarle las normas del módulo y requisarle los objetos prohibidos que tenga en su poder, debe firmar el “contrato terapéutico”, mediante el que se compromete al cumplimiento de dichas normas. El cambio en su actitud y compromiso se exige desde su ingreso, ya que la firma de este contrato implica cosas como, la higiene, la abstinencia a las drogas, el abandono de conductas violentas y de manipulación o la comunicación solo con personas positivas. Estos cambios son significativos, ya que implican un compromiso a cumplir la condena fuera de la cultura subcarcelaria. En este momento es asignado a un grupo terapéutico de pertenencia -formado por un máximo de 15 internos, uno o dos “internos de apoyo”, que son internos que se encuentran más avanzados en su proceso

de cambio y uno o varios profesionales- y las actividades formativo-ocupacionales más adecuadas para él (Alvarez, 2007; Rodríguez-Díaz et al., 2014a).

El grupo, agente principal de cambio, es un espacio de comunicación en el que se aprende a debatir y a tomar el diálogo como herramienta base para evaluar y reconocer errores y aciertos en el que el interno muestra sus deficiencias y carencias frente a los demás, produciéndose en él “la ruptura del discurso de queja” y la asunción de responsabilidades. A los “Internos de apoyo”, se les encomienda la tarea de responder a las problemáticas surgidas en su grupo, interviniendo y tomando medidas en comunión con el equipo terapéutico (Rodríguez-Díaz et al., 2014b). Desde este momento, el interno se inicia en la primera fase del proceso, en el que solo avanzará si se demuestra un cambio real y profundo (Ver gráfica 5.3):



Gráfica 5.3

Fases de cambio y temporalidad asumidas en la propuesta de la UTE en el tratamiento penitenciario, basada en la propuesta realizada para la promoción de la salud por Velicer, Prochaska, Fava, Norman & Redding (1998). (Rodríguez-Díaz et al., 2014b).

En todo este proceso, cumplen un papel primordial los profesionales quienes, lejos de observar la dinámica de la prisión desde la garita, se implican en el proceso de cada interno de su grupo y del funcionamiento del mismo de forma diaria y en profundidad. La cercanía adquirida por el profesional y la implicación de todos los internos en el proceso de todos, dificultan en mucho el éxito de las estrategias de manipulación del psicópata.

También cabe destacar, el papel de las familias en constante comunicación con los profesionales. Esto permite crear una visión más realista sobre el interno, siendo una fuente de información muy importante para el control y supervisión de su evolución.

“Crear un ambiente y régimen positivo en la institución, y mantenerlo frente a las típicas conductas hostiles y engañosas de estos sujetos.”(Garrido, 2002, p. 186).

La cultura subcarcelaria se elimina y la UTE se mantiene fuera de ella gracias a los propios internos –bajo la supervisión de los profesionales-, que defienden un espacio libre de drogas y violencia, asumiendo la UTE como una construcción propia. Los conflictos se enfrentan y solucionan mediante la confrontación, no dejando hueco para la manipulación y extorsión. Existen normas claras, que deben ser cumplidas, utilizando si fuera necesario el ‘castigo’ comportamental –leves, como limpiar o quedarse sin hora de gimnasia- como reforzamiento negativo; en el caso de un incumplimiento grave, de su contrato terapéutico, el interno es expulsado de la UTE temporal o definitivamente.

El ambiente a nivel físico del interno también cambia. Son exigencias el mantenimiento del orden y la limpieza, tanto a nivel personal como en todas las estancias de la prisión, encomendándose a los internos el desempeño y control de dichas tareas. Además, en la medida de lo posible, se elimina la imagen deprimente de la prisión remodelándola. Es importante destacar aquí, de nuevo, el papel de los funcionarios: abandono de su posición jerárquica inalcanzable, dejan de ser el enemigo para convertirse en apoyo, favoreciendo un ambiente positivo no solo entre los internos y su ambiente, sino también con los profesionales.

Por último, las actividades realizadas dentro de este modelo, permiten no solo el desarrollo educativo, personal y profesional de los internos, sino que además les acercan a la sociedad y a sus familias. Se dan actividades como: la representación de obras de teatro en institutos, así como la entrada de alumnos de instituto una vez a la semana en

la institución, en las que los internos comparten sus experiencias; las salidas terapéuticas; los encuentros con la sociedad que se realizan una vez al año, consistiendo en unas jornadas en las que se desarrollan diferentes charlas por parte de profesionales del ámbito jurídico, penitenciario y social dentro de los muros de la prisión; el día de las familias -que se realiza siempre en fechas navideñas-, en el que los familiares de los internos pueden entrar en la prisión en un ambiente de fiesta, para conocer cómo viven los internos y cómo avanzan en su proceso, etc. De esta manera, se favorece la reconciliación entre ambos; el interno abandona la popular visión de la sociedad como la responsable de su situación (Rodríguez-Díaz et al., 2013), mientras que esta última abandona la popular visión del interno como un desecho irrecuperable de la sociedad.

“Cubrir las necesidades criminógenas; en especial en los psicópatas deberían verse afectadas no tanto su conciencia y su empatía (objetivos poco realistas) cuanto su motivación, haciéndoles comprender que actuar de manera antisocial va en contra de sus intereses. Otros objetivos terapéuticos válidos serían desarrollar su autocontrol, su independencia del alcohol y las drogas y reducir sus distorsiones cognitivas.” (Garrido, 2002, p. 186).

Algunos de los objetivos específicos planteados por UTE son (Álvarez, 2007; Rodríguez-Díaz et al., 2014a):

Desintoxicar y deshabituarse a las personas afectadas por su adicción a las drogas; Integrar y estabilizar a personas con larga trayectoria adictiva en programas de disminución de daños (programa de mantenimiento con metadona); Adquirir mecanismos y actitudes que le ayuden a reforzar su proceso personal de cambio y el abandono de las conductas delictivas; Interiorizar hábitos y habilidades sociales que le permitan adoptar una forma de vida saludable, a la vez que educar en valores y actitudes prosociales; Iniciar y/o reiniciar estudios inacabados, u otro tipo de formación que favorezca el desarrollo de competencias para lograr su reinserción social, a la vez que promover la positiva utilización del tiempo libre; Trabajar la comunicación y las relaciones positivas entre las personas, buscando el fomentar aspectos de crecimiento personal, como el autocontrol, la autoestima, sinceridad y responsabilidad; Incentivar las relaciones familiares. La UTE, pues, promueve el crecimiento personal perdurable, que permita una adaptación consolidada a la llegada a la sociedad por parte del individuo.

“Emplear medidas basadas en el principio de la adecuación, que dice que el modelo de tratamiento y la forma de ser del personal se tiene que adaptar al tipo de delincuente (se recomienda profesionales comprensivos, pero firmes y consecuentes). Sin embargo, parece que los programas multimodales y cognitivo-conductuales son una opción preferente, dado su éxito con otros delincuentes violentos y sexuales.”(Garrido, 2002, p. 186).

La cercanía entre profesional e interno permite un conocimiento en profundidad, exigiendo a cada individuo en base a sus particularidades y circunstancias. Considerando el tipo de población a tratar, son habituales las recaídas en conductas y comportamientos que intentan dejarse atrás. Los profesionales, a sabiendas de la difícil tarea que supone un cambio real y duradero, tratan con firmeza estas recaídas - utilizando como comentábamos anteriormente, amonestaciones y castigos leves, llegando a expulsiones temporales o definitivas si fuera necesarias- pero de igual modo ofrecen en muchas ocasiones una nueva oportunidad.

“Asegurarse de que el programa se cumple íntegramente.”(Garrido, 2002, p. 186).

Como ya hemos comentado, la UTE es una transformación completa del ambiente físico y social; por lo tanto, resulta imposible que el individuo que ingresa en un módulo UTE no participe en él. En lo que respecta al avance por las distintas fases del programa, el interno no avanza si no se percibe un progreso significativo en su proceso de cambio. No hay tiempos marcados de antemano ni plazos que cumplir, los internos solo avanzaran cuando se perciba un cambio significativo, adaptándose así el proceso a las particularidades de cada sujeto.

“Seleccionar, formar y supervisar minuciosamente a los profesionales implicados. Es primordial encontrar el término medio entre la confianza ingenua y el cinismo ante la ingente tarea de tratar a un psicópata.”(Garrido, 2002, p. 186).

Los funcionarios que conforman el equipo terapéutico UTE son profesionales - educadores, trabajadores sociales, criminólogos, juristas y psicólogos- que han solicitado formar parte de esta unidad voluntariamente. A pesar de que este puesto requiere mucha más implicación emocional, y trabajo que no se ve reflejado en una compensación económica, deciden formar parte de este modelo alternativo de prisión por la firme convicción en la reinserción y rehabilitación de los internos. Desde el punto de partida de la creencia en el cambio -fundamental para desarrollar esta labor de

manera competente-, reciben una formación previa acompañando a otros profesionales con experiencia durante su quehacer diario, para después comenzar a ejercer su trabajo bajo la supervisión de un compañero.

La cercanía con los internos permite un mayor conocimiento de la realidad de cada individuo. Además, la comunicación entre profesionales, que se reúnen todas las mañanas para comentar los casos a tratar de forma individual, favorece un mayor conocimiento de la dinámica de la prisión y facilita la toma de decisiones adecuadas en base a una visión más objetiva de la realidad a tratar. Desde estas reuniones, la actuación de cada profesional es supervisada por el resto, corrigiendo los errores cometidos y reconduciendo la tarea de cada uno. El control ejercido tanto por parte de los internos en constante comunicación con los profesionales, como por los propios funcionarios, que trabajan de forma conjunta de manera diaria, dificulta caer en las trampas del psicópata.

“Neutralizar las redes sociales y procesos de grupo desfavorables, empleando a reclusos firmes y cooperadores que ayuden a enfrentarse al psicópata con la realidad. Se trata de impedir que el psicópata, gracias a su encanto superficial y capacidad de manipulación, se rodee de grupos que, bajo sus directrices, fomenten las actitudes y conductas antisociales en la institución.”(Garrido, 2002, p. 186).

El conocimiento de la dinámica carcelaria, la lectura de expedientes y el contacto que los profesionales mantienen con las familias de los internos a través de comunicación telefónica y entrevistas personales, favorecen una visión realista sobre la situación social del interno, que les permite identificar las personas negativas para la consecución de un proceso exitoso. Desde que el interno ingresa en un módulo UTE, y firma el contrato terapéutico, se le impide el contacto con aquellas personas negativas para su proceso de cambio, tanto en el interior de la prisión como fuera de ella. Así, se le impide, por ejemplo, el contacto con traficantes de drogas u otras personas que permanezcan dentro del mundo delictual, ya sean amigos, familiares u otros compañeros. Incluso, durante el primer mes de estancia, solo se les permite el contacto con los miembros de su grupo, procurando con ello que, los contactos sociales que establezca el interno se encuentren sustentados en el respeto mutuo y el ambiente de compromiso y ayuda que se mantiene en el grupo.

Sobre el empleo de reclusos firmes y cooperadores que ayuden a enfrentarse al psicópata con la realidad, hemos comentado anteriormente que esta es la función ejercida por el grupo como principal agente de cambio. Los internos que lo forman, tienen como objetivo conseguir que todos los miembros del grupo asuman la responsabilidad sobre su estilo de vida, sobre su realidad. Esta tarea es coordinada en primera instancia por los profesionales encargados de cada grupo, siendo apoyados por los internos que cumple la función de “Interno de apoyo”, pues presentan mayores habilidades para dicha tarea gracias a su experiencia en el programa.

“Reforzar factores de protección naturales, una vez que el psicópata está en libertad, tales como una pareja firme y consecuente, un ambiente estricto en el trabajo o un desarrollo de aptitudes y talentos prosociales que pueda poseer.”(Garrido, 2002, p. 186).

El proceso UTE no finaliza en prisión. Para que este cambio sea duradero y se aumenten las expectativas de integración social cuando el interno se enfrente a la vida en libertad, se trabaja el mantenimiento de esta realidad a través de la familia “sana” (Estrada, Chan, & Rodríguez-Díaz, 2011; Estrada, Rodríguez-Díaz, & Herrero, 2013) o de instituciones extrapenitenciarias donde acudir y confrontar para prevenir la recaída (Rodríguez-Díaz, Fernández-Ríos, Paíno, Jiménez, & Hernández, 2004) continuando así con el proceso de reinserción y rehabilitación. Su ratio de derivación a comunidades terapéuticas de este tipo es entre 3 y 5 veces superior que la media nacional (Rodríguez-Díaz, 2013, 2014b).

Desde la familia y estas unidades extrapenitenciarias, se refuerzan y promueven los factores de protección presentes en la vida del interno y se apoya el desarrollo de otros, como por ejemplo, la búsqueda de un empleo.

“Seguimiento controlado y prevención de recaídas. Ya hemos visto que en el seguimiento los psicópatas suelen empeorar de modo sustancial, por lo que este principio deviene esencial. También es importante que se vigile que no empleen de modo antisocial algunas de las habilidades aprendidas en el programa de tratamiento.”(Garrido, 2002, p. 186).

Como se comentó en el punto anterior, tras la salida de prisión se continúa con el seguimiento en las instituciones extrapenitenciarias o a través de las familias, previniendo con ello las recaídas y sirviendo de apoyo para la integración social.

“Evaluación sistemática de los programas.”(Garrido, 2002, p. 186).

Se viene asumiendo en nuestro contexto que la función de integración social de los delincuentes detenidos no la cumplen los Centros Penitenciarios, ya por la sobrepoblación ya por la carencia de personal y/o la escasa capacitación del mismo, para realizar tareas específicas o por la falta de apoyo a que estas pueden llevarse a término, desarrollarse. Frente a ello: una de las prioridades es lograr que las personas al cumplir una pena puedan reincorporarse a la vida cotidiana, gracias a la labor de un equipo técnico de apoyo que les proveyó de diversas herramientas psicológicas, sociales, educativas, entre otras, para propiciar la adecuada reinserción social y evitar la reincidencia.

La reinserción social, y verificar lo que la favorece, pasa a ser el aspecto esencial en la valoración de la UTE, la base para futuras investigaciones, en donde el análisis a realizar nos indique una orientación eficaz basada en los diversos actores participantes en este sistema que busca ser y dar respuesta a que ‘otra cárcel es posible’. Así, desde este nuevo modelo y forma de entender la pena –alejada de la idea de castigo y ‘paga’ -, se asume que la reinserción social se favorecerá si percibe el penado el apoyo proveniente tanto de la red formal como informal; para ello, el programa de la UTE a evaluar, buscará acoplar lo que el sistema de apoyo oferta, con las necesidades de las personas que han salido de reclusión y con la exitosa reintegración de los individuos a la sociedad, que hay que cerrar con el análisis de la realidad de la propia reincidencia delictiva y la presencia del grupo de iguales y el contexto de barrio en el que se conforma y desarrollo y desarrolla la socialización.

Se asume, pues, que mientras la evaluación es precisa y necesaria para una intervención, la valoración de ésta nos va a permitir asociar nuestros resultados en ese contexto a aquellas variables que los propician y los favorecen. Ello, igualmente, nos va a llevar a evaluar y valorar la preparación sistemática del delincuente a través del proceso de educación integral de concienciación y normalización generado por este nuevo modelo de intervención penitenciaria: la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE), donde se conformará la eficacia de los espacios de intervención social desde el interior del Centro Penitenciario con el objeto de lograr la reinserción social del penado.

Ante las coincidencias entre la UTE y las características que debería tener un programa de intervención para ser eficaz en el tratamiento de psicópatas, este modo alternativo de

prisión, que no requiere ningún gasto adicional al estado -todo lo contrario, la disminución de la tasa de reincidencia significa además de menor delincuencia, ahorro para el estado-, se revela como un ambiente adecuado para el desarrollo de intervenciones con estos internos, sin habérselo propuesto.

MARCO EMPÍRICO

PLANTEAMIENTO

Hemos constatado a lo largo del planteamiento teórico de la Tesis Doctoral que el estudio de la psicopatía presenta siglos de desarrollo, aumentando los trabajos de investigación sobre esta temática en las últimas décadas. Las terribles consecuencias que acarrea la psicopatía, para la sociedad, han suscitado una gran alarma social, que se viene reflejando en la proliferación de estudios. A pesar de los avances realizados en el conocimiento de este cuadro clínico en cuanto a su concepto, etiología, indicadores biológicos o ambientales, instrumentos de detección, tipologías en base a las distintas facetas, intervención, etc., aún quedan muchas polémicas que resolver: el planteamiento de la conducta delictiva como parte de la definición del concepto o una posible manifestación de sus características de personalidad; la confusión entre este cuadro clínico y el descrito como Trastorno Antisocial de la Personalidad por el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) o Trastorno Disocial por el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992); el desarrollo de sistemas de detección de la psicopatía independiente al contexto en el que se encuentre el individuo a evaluar; la búsqueda de factores de riesgo y protección en la familia y proceso de socialización, no solo en el psicópata carcelario, sino también en el psicópata no institucionalizado; la influencia de los contextos culturales violentos en la agravamiento de la violencia del psicópata; la búsqueda de formas de intervención eficaces que minimicen las consecuencias sufridas por la sociedad y personas cercanas a los individuos que presentan este trastorno y..... muchos otros temas de interés, que se escapan al espacio de esta Tesis Doctoral, debido a la imposibilidad de abarcar toda la amplitud de contenidos que sustenta este cuadro clínico.

Además, se ha venido comprobando y confirmando la incidencia de otros trastornos de personalidad en las prisiones, siendo su prevalencia una problemática de salud mental que necesita ser abordada. La Tesis Doctoral trata de ser busca ser y apoyar la investigación en este ámbito, tomando como referencia la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10), realizada por la Organización Mundial de la Salud (1992). Ello nos ha llevado a plantear el estudiar la presencia de factores de protección y de riesgo en el ámbito familiar y la conducta delictiva, para cada uno de los diferentes trastornos de la personalidad.

6.2.OBJETIVO GENERAL.

Estudiar las particularidades de los trastornos de personalidad en prisión, poniendo atención en la psicopatía en particular; se reconsidera el sistema de evaluación utilizado en los Centros Penitenciarios para la detección de este cuadro clínico, a la vez que se atenderá a las implicaciones derivadas del cuestionamiento a nivel conceptual, etiológico y delictivo, es decir, estudiar la estructura factorial del PCL-R más adecuada, considerando la faceta antisocial de este instrumento como impedimento para la detección del psicópata que sería evaluado como tal fuera de la prisión por sus características de personalidad.

6.2.1. Descripción objetivos específicos.

- Realizar un análisis bibliográfico y bibliométrico en función de las publicaciones recogidas en la base de datos PycINFO sobre las palabras claves “Psychopaty” y “Antisocial Personality Disorder”. Se ofrecerán datos de la productividad según año, país, publicaciones periódicas, conceptos clave y autores de las referencias bibliográficas recogidas. A la vez, se llevará a cabo un estudio de contenidos, a fin de destacar las principales líneas de investigación, clasificando y analizando las temáticas de las aportaciones de los autores más prolíficos y los keywords más utilizados.
- Formalizar un estudio descriptivo de la muestra en base a las características sociodemográficas: *la historia familiar* de los internos en base a su estructura, forma de educación, características de los progenitores y funcionamiento; *la historia personal* relativa a su evolución y comportamiento escolar, conductas de consumo y salud mental. Además se pretende completar esta descripción a nivel *criminológico*, tomando la información sobre su conducta delictiva previa a la entrada a prisión así como su expediente delictivo. Este objetivo se realizara de manera global, tomando la totalidad de la muestra y según origen –prisión española, prisión latinoamericana- con la finalidad de explorar diferencias entre ambos grupos. Además se plantea como objetivo ofrecer datos descriptivos y de fiabilidad en base a los instrumentos utilizados en este estudio: PCL-R y IPDE-SQ.

- Identificar la estructura factorial más adecuada para el PCL-R, contemplando la necesidad de la conducta antisocial como criterio necesario para la evaluación de la psicopatía. Se pretende aportar información de fiabilidad y validez discriminante, en base a la estructura factorial que ofrezca mejores valores de ajuste a la muestra.
- Definir el perfil del psicópata institucionalizado sin estilo de vida delictivo en comparación con el psicópata institucionalizado, que presenta conducta criminal previa. Se estudiarán las similitudes y discrepancias -a nivel de historia familiar, personal y criminológica- entre ambos tipos de psicópatas, con la finalidad de identificar variables moderadoras que faciliten una mayor integración en la sociedad del psicópata institucionalizado sin estilo de vida delictivo. Además, indagar sobre su posible patrón delictivo diferenciado.
- Determinar la importancia de los contextos culturales en el desarrollo de la psicopatía, replicando la estructura factorial para el PCL-R detectada como la más adecuada para la muestra de origen español, en los participantes internos en prisiones de origen latinoamericano. Ello nos lleva a plantear el estudio de esta posible influencia a nivel comportamental, analizando la gravedad de la conducta delictiva según los niveles de peligrosidad asociados a las distintas culturas.
- Comprobar la eficacia de la Unidad Terapéutica y Educativa (U.T.E.), del Centro Penitenciario de Villabona libre de droga y de subcultura carcelaria, sobre la rehabilitación y reinserción de los internos en prisión con un diagnóstico de psicopatía tras tres años de seguimiento.
- Establecer la influencia de la historia familiar sobre el desarrollo de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE-SQ, para posteriormente describir la conducta delictiva asociada a cada uno de ellos.
- Estudiar el tratamiento del Trastorno Disocial evaluado mediante el IPDE-SQ como constructo equivalente al diagnóstico de psicopatía que se deriva del PCL-R. Para ello contaremos con los datos de prevalencia de cada diagnóstico, la equiparación de los individuos detectados, así como con el análisis de la distribución de las puntuaciones de estos individuos en ambos instrumentos.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y BIBLIOMÉTRICA

Ante la gran cantidad de información disponible en el ámbito científico, para la obtención de una visión global lo más completa posible sobre cualquier tema, las revisiones bibliográficas y bibliométricas resultan ser herramientas útiles. El investigador inexperto que pretende dirigir su línea investigadora sobre un campo del conocimiento desconocido para él y que no sabe cómo abarcar, puede servirse de estas herramientas para obtener una visión realista y lo más objetiva posible. Así, podrá identificar con criterio los campos de mayor interés y en los que pueda llegar a aportar más, mediante su tarea investigadora.

En este capítulo se recoge la información resultado de la utilización de estos métodos en el estudio de la psicopatía. Como comentamos en el capítulo dos de este trabajo, la aproximación conductual en la definición de este cuadro clínico que es respaldada por gran parte de la comunidad científica, ha tratado el término Trastorno Antisocial de la Personalidad como intercambiable con respecto al de psicopatía. Por este motivo, hemos incluido ambos términos en nuestra búsqueda con la intención de contemplar con ello ambas perspectivas.

7.1. Objetivos e hipótesis.

El estudio bibliométrico a realizar, tiene como objetivo ofrecer, utilizando indicadores objetivos y aportando resultados fácilmente actualizables, información de dos tipos. Tras describir las características de las muestras utilizadas para el estudio de este ámbito, en primer lugar, se pretende ofrecer datos de la productividad según año, país, publicaciones periódicas, conceptos clave y autores de las referencias bibliográficas recogidas en la base de datos con respecto a la Psicopatía y el Trastorno de Personalidad Antisocial; en segundo lugar, presentar un estudio de contenidos, realizando una clasificación de las principales temáticas señaladas por los autores, y usando el sistema de categorías obtenido como guía para analizar las aportaciones realizadas por los autores más prolíficos, la finalidad es ofrecer datos del interés despertado por distintas características entre las principales líneas de investigación y abrir vías de estudio futuras por conformar y desarrollar. Las hipótesis específicas que se plantean son las siguientes:

- *Hipótesis 1:* Con respecto a la muestra, considerando el interés que suscita la conducta delictiva del psicópata y la mayor presencia de este diagnóstico en hombres que en mujeres –Situada en una proporción de 1 a 7 (Garrido, 2004)- se espera que la población estudiada sea mayoritariamente masculina en edad adulta e interna en prisión.
- *Hipótesis 2:* Con respecto a la productividad anual, se espera que el grueso de las publicaciones se den durante las últimas décadas debido al aumento de publicaciones en todo el ámbito científico. Gracias al gran interés que ha rodeado a este cuadro clínico a lo largo de la historia, se estima que las primeras publicaciones presenten siglos de antigüedad. Con respecto a la productividad por países, se estima que E.E.U.U. y Canadá ocupen los primeros puestos debido a las grandes aportaciones que han suscitado los investigadores de estas comunidades. Además, esperamos un papel importante de Alemania, Francia y Reino Unido ya que, como vimos en la revisión histórica realizada en el tema dos, históricamente presentan un papel primordial en la aproximación tradicional de la psicopatía. Con respecto a las revistas, es esperable que las que traten este tema con mayor frecuencia, sean publicaciones que se dediquen al estudio de la personalidad y, por último, sobre la productividad por autores, parece esperable que Hare ocupe los primeros puestos, gracias a las grandes aportaciones realizadas por este para la definición y detección de la psicopatía.
- *Hipótesis 3:* Sobre el análisis de contenido, los conceptos claves más tratados serán precisamente “*psychopathy*” y “*antisocial personality disorder*”, ya que son los descriptores seleccionados para realizar la búsqueda. A partir de aquí, presentaran gran importancia conceptos generalistas relacionados con los temas prioritarios a tratar sobre este concepto como “*behaviour*”, “*biology*”, “*concept*”, “*personality*” o “*violence*”. En menor medida se utilizaran palabras clave más específicas que hagan referencia a temas muy acotados. Con respecto a la clasificación por temas de los autores más prolíficos, se espera que la definición del concepto y su diagnóstico diferencial, la búsqueda de factores de riesgo para su desarrollo, las consecuencias de la conducta violenta del psicópata

para la sociedad y los instrumentos utilizados para su detección, sean temas prioritarios en detrimento de otros de gran relevancia práctica pero de difícil estudio, como son la prevención y la intervención.

7.2.Método.

7.2.1. Instrumentos.

Para llevar a cabo el análisis bibliográfico se ha consultado la base de datos PsycINFO, proporcionada por la empresa EBSCO Host. El acceso se llevó a cabo en Febrero de 2013. Las referencias completas fueron descargadas, almacenadas y analizadas, utilizando el software informático Reference Manager, en su versión 11. Se ha trabajado, además, con un filtro específico, creado por el equipo de investigación previamente para otros análisis bibliométricos, con la función de descomponer y clasificar los distintos campos contenidos en cada referencia.

7.2.2. Procedimiento.

Se ha llevado a cabo una búsqueda conjunta de las expresiones “*Psychopathy*” y “*Antisocial Personality Disorder*”, utilizando el conector “OR” (o), dentro del campo *keywords (conceptos clave)*, con la intención de obtener una muestra lo más amplia posible de publicaciones relacionadas con los términos elegidos. La justificación se realiza en tanto dicha problemática ofrece analogía entre Psicopatía y Trastorno de la Personalidad Antisocial (años perdidos entre 2000 y 2007 para *Psychopathy*), dada en los criterios diagnósticos utilizados en el momento (DSM-IV). Se ha tenido a bien poner el punto de corte en el año 2012 dado que las publicaciones de 2013 serían un número ínfimo y no harían si no enturbiar la investigación.

Durante la realización de la búsqueda se obtuvieron un total de 3476 referencias, de las que se procedió a descartar todas aquellas referencias bibliográficas que fueran distintas a artículos de revista, desechando 1091 referencias. De esta manera, se ha manejado, tras cribar las referencias duplicadas, una base de datos de 2372 referencias bibliográficas, comprendidas entre los años 1895 y 2012 (el 68,24 % sobre el total de los registros obtenidos en la base de datos PsycINFO).

A tener en cuenta - Los datos expuestos en las gráficas, muestran los resultados exportados directamente del programa Reference Manager 11 (vía Subject Bibliography), difiriendo en algunos casos el número total de referencias analizadas en cada uno de los apartados, de la muestra completa estudiada (2372 artículos). Esta pérdida de datos podría ser debida a la presencia de artículos teóricos en esta revisión bibliográfica que no incluyen muestra, al anonimato de los participantes en parte de los estudios, a la ausencia de referencia a esta información por parte de los autores, o por diversos motivos que resulten desconocidos. Podría darse el caso de que estos resultados puedan encontrarse sesgados debido a algún problema de codificación en el sistema de registro, al trabajar con artículos muy vetustos, de los cuales puede no contarse con toda la información de la que debiéramos.

Además deberemos tener en cuenta que el porcentaje calculado, en cada apartado de los resultados, se haya realizado sobre el número de referencias que aportan dicha información, y no sobre el número de referencias totales.

7.3.Resultados.

7.3.1. Análisis de las muestras.

7.3.1.1. Clasificación por edad (62,26%).

Del total de artículos empíricos analizados, el 62,26% del total de referencias recogen información sobre la franja de edad de la muestra analizada. Los resultados obtenidos muestran un porcentaje similar para los estudios transversales y aquellos que no aclaran si son longitudinales o transversales, al tomar varias etapas vitales, siendo estos porcentajes 49,49% y 50,50% respectivamente.

En los estudios transversales dominan los estudios con muestras de adultos (88,78%), seguido por las referencias con muestras de adolescentes (9,57%) y, finalmente, aquellos que tienen muestras con niños (1,64%). Esta tendencia se observa también en los estudios longitudinales/transversales, donde se especifica nada más la etapa vital de inicio, aunque existe gran variedad de etapas comprendidas. A la cabeza están las muestras que empiezan en la edad adulta (56,43%), seguidos por las referencias que comienzan por la adolescencia (23,32%) y, por último, las que se inician en la infancia (20,24%).

7.3.1.2. Clasificación por género (90,93%).

Del total de estudios empíricos analizados, se recoge información sobre el género de la muestra en un 90,93% de las publicaciones analizadas en esta revisión bibliográfica. En 926 artículos (42,29%) el género de la muestra no se especifica, mientras que las publicaciones con muestras mixtas y masculinas acumulan un 27,21% (587 referencias) y un 26% (561 referencias) del total respectivamente. El estudio de este tipo de problemáticas en mujeres es mucho más escaso, acumulando únicamente 77 publicaciones (3,56%). Por último las muestras con animales son las menos numerosas, con un total de 6 investigaciones (0,27%).

7.3.1.3. Clasificación por procedencia (6,53%).

La información recogida sobre el género de la muestra también arroja datos sobre la procedencia de las mismas en el 6,53%. Concretamente, 97 referencias utilizan muestras compuestas por pacientes internados (4,44%), 39 estudios utilizan muestras compuestas por pacientes ambulatorios (1,80%) y 19 artículos utilizan ambos tipos de pacientes (0,88%). Se puede presumir que en el elevado porcentaje de muestras cuya procedencia se encuentra sin especificar, se esconde un alto número de estudios realizados con muestras de prisioneros y, en menor medida, con muestras comunitarias.

7.3.2. Análisis de productividad.

7.3.2.1. Productividad anual. (100%)

Las primeras publicaciones se remontan al año 1895, pero el número de referencias encontradas es modesto durante las primeras décadas. A finales del siglo XIX y principio del XX los artículos se centraban en determinar si la psicopatía podía ser considerada como un trastorno mental o una personalidad anormal o en si existía o no una base física y hereditaria para este trastorno. Es a partir de 1928 cuando la producción comienza a incrementarse, debido a la psiquiatría norteamericana que empieza a referirse a la psicopatía no solo como una descripción de aspectos emocionales y afectivos, sino como una combinación de rasgos de personalidad y comportamientos desviados (Bushong, 1934); a la vez, se continúa con temas de interés

anteriores, como la disputa sobre herencia-medio, y además se introducen otros nuevos, como la relación entre la genialidad y la psicopatía (Szirmay-Pulszky, 1934; Wize, 1936) y el tratamiento de este cuadro clínico en centros especializados incluso desde la infancia y con diferentes métodos, como el psicoanálisis (Garma, 1934; Wittels, 1937).

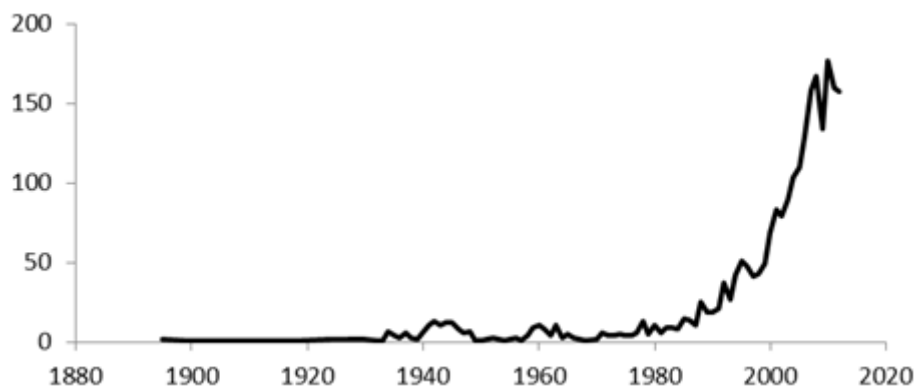
A partir de 1934, la producción literaria comienza a aumentar, dibujándose en nuestra gráfica un primer pico de publicaciones, que culmina en 1942 con un total de 13 referencias en este año (Ver gráfica 7.1). Tal aumento coincide temporalmente con la II Guerra Mundial, la cual favoreció el aumento de la investigación en este campo derivado de la crueldad de la batalla (Good, 1942; Hunt & Older, 1944; Knight & Orr, 1941; Wittson, Hunt, & Older, 1944) así como un gran número de publicaciones en las que el término psicopatía se utiliza como sinónimo de psicopatología general. Cabe destacar que el inicio de este punto álgido coincide con la publicación de la primera edición *The mask of sanity* en 1941 (Cleckley, 1976), en la que ofrece la primera definición clara y concisa de este fenómeno. Las explicaciones basadas en el psicoanálisis (Freud, 1942), el diagnóstico mediante el Test de Rorschach (Wittson et al., 1944) o la medida mediante el electroencefalograma (Knott & Gottlieb, 1943) también tuvieron lugar durante estos años.

A finales de los años cincuenta, y principios de los años sesenta, se da un nuevo aumento de la productividad (Ver gráfica 7.1). Los años 1960 y 1963 serán los más fructíferos, con 11 artículos; de los cuales 7 están recogiendo información acerca del *Simpósio sobre psicopatía e neurose* de 1963. Este incremento parece seguir una tónica similar al incremento anterior, abundando de nuevo las referencias que utilizan psicopatía como sinónimo de psicopatología general. Se utiliza el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) como instrumento diagnóstico de la psicopatía (Kingsley, 1960; Astin, 1961) y el psicoanálisis como paradigma y tratamiento (Parin, 1961; Meerloo, 1962), destacando las aportaciones de los países nórdicos en cuanto a comprensión del término y tratamiento de la psicopatía con comunidades terapéuticas y personal especializado dedicado a tiempo completo (Aungle, 1959; Hoeck-Gradenwitz, 1963) y otras formas de tratamiento alternativas en Reino Unido a través de las matemáticas (Delay & Lemaire, 1959) o juegos de rol (Jones, 1963). Surge con fuerza la importancia de la ansiedad como tema de discusión durante esta década (Delay & Lemaire, 1959; Tong, 1960), probablemente inducida por

la aportación de Hervey Cleckley sobre la ausencia de ansiedad como una característica descriptiva más del psicópata, entendiéndolo como inmune a la inquietud y nerviosismo que podría considerarse esperable ante ciertas situaciones. Por último, como ha ido sucediendo hasta el momento, continúa la discusión sobre la etiología de este trastorno. Surge aquí una rama de la psicología de corte ambientalista que entiende que el psicópata buscaría resarcir el daño que la sociedad le ha producido durante su infancia y proceso de socialización, aludiendo a que la psicopatía es más un diagnóstico moral que clínico por parte de una sociedad que se siente atacada (Gastaldi, 1959; Jenkins, 1960; Mowbray, 1960).

El siguiente y último pico destacable en nuestra revisión, por producción anual (Ver gráfica 7.1), empieza a finales de los años 70 y culmina en 2010, siendo éste el año más prolífico, con 177 referencias. En 1978 el número de publicaciones comienza a aumentar de forma modesta con 13 artículos. A partir de este momento, se puede observar un aumento exponencial en el número de publicaciones sobre esta problemática, debido en gran parte a la proliferación del ámbito investigador a nivel mundial, la pseudo-alarma social que necesita soluciones a esta problemática y los avances conseguidos por los investigadores, que supusieron un impulso para la comunidad científica. Debido a la publicación en 1980 del DSM-III y la inclusión del Trastorno Antisocial de la Personalidad, como nuevo trastorno, surgió la polémica tratada con detenimiento en el capítulo dos sobre la diferenciación entre esta etiqueta y la psicopatía. Ello tuvo como consecuencia la proliferación de artículos que trataban de demostrar las diferencias no solo entre el Trastorno Antisocial de la Personalidad y la psicopatía (Coolidge et al., 1990; Rogers et al., 1992; Widiger et al., 1992; Wulach, 1983), sino también en lo que respecta a otras problemáticas: El estrés postraumático (Bailey, 1985), el trastorno narcisista (Kernberg, 1989) o el trastorno por déficit de atención (Stringer & Josef, 1983). El interés por el estudio del papel de la ansiedad en la psicopatía, que surgió en la década de los 60, continúa, estudiando ahora su papel en el Trastorno Antisocial. Además se suma a este interés el papel de la depresión y los trastornos afectivos (Hesselbrock, Hesselbrock, & Workman-Daniels, 1986; Kosson & Chou, 1992; Perry, Lavori, Pagano, Hoke, & O'Connell, 1992; Raine, 1986; Reich, 1985; Weiss, Davis, Hedlund, & Cho, 1983) en relación con el Trastorno descrito por el DSM.

La búsqueda de un correlato biológico en la estructura cerebral a través del estudio de la respuesta humana, toma fuerza a partir de estas fechas (Devonshire, Howard, & Sellars, 1988; Hare, 1982; Hare, 1984b; Jutai, & Hare, 1983; Hare & Jutai, 1988; Howard, Fenton, & Fenwick, 1984; Livanov & Sviderskaya, 1984; Meyers, Berman, Scheibel, & Hayman, 1992; Smith, Arnett, & Newman, 1992). Como contrapunto a esta tendencia, surgen los estudios que intentan determinar la existencia de algún tipo de influencia entre variables familiares y el trastorno antisocial de la personalidad, como el consumo de drogas y/o psicopatologías en los padres, el divorcio de los progenitores o la falta de supervisión parental (Earls, 1987; Frick et al., 1992; Hesselbrock & Hesselbrock, 1992; Kosten, Rounsaville, & Klebe, 1985; Lahey et al., 1988; Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz, & Frankenburg, 1988). Además cobra fuerza la asociación entre el alcoholismo, la drogadicción y el trastorno antisocial de la personalidad (Brooner, Schmidt, Felch, & Bigelow, 1992; Collins, Schlenger, & Jordan, 1988; Gill, Nollimal, & Crowley, 1992; Hesselbrock et al., 1986; Kofoed & MacMillan, 1986; Schubert, Wolf, Patterson, Grande, & Pendleton, 1988; Schuckit, Schwei, & Gold, 1986). Se estudia la mayor presencia del consumo de sustancias entre los individuos con este trastorno, así como la posibilidad de existencia de una relación de causalidad existen entre ambas variables. Derivado de estos estudios surge una mayor atención a la patología dual, centrándose en la comprensión del paciente con esta tipología y la mayor dificultad de su tratamiento, problemática que aún sigue siendo objeto de discusión en la actualidad (Gerstley, Alterman, McLellan, & Woody, 1990; Walker, 1992).



Gráfica 7.1

Evolución en línea temporal del número de publicaciones.

El último pico que se dibuja, en nuestra gráfica (Ver gráfica 7.1), presenta un papel protagonista la publicación en 1980, por Robert D. Hare, de la primera escala para la evaluación de la psicopatía en poblaciones criminales, que sienta precedente como instrumento estandarizado. En años posteriores se dan los primeros estudios que pretenden demostrar la fiabilidad y validez de esta escala, además de analizar su estructura factorial (Haapasalo, 1986; Harpur et al., 1988; Harpur et al., 1989; Hart & Hare, 1989; Howard, Bailey, & Newman, 1984; Raine, 1985; Schroeder, Schroeder, & Hare, 1983; Serin, 1992), convirtiéndose en herramienta de gran relevancia para la medida de la psicopatía en multitud de trabajos posteriores. No obstante, continúa la utilización de instrumentos anteriores como el MMPI (Holcomb, Adams, & Ponder, 1985; Pederson & Magaro, 1982) o el test de Rorschach (Gacono & Meloy, 1992). Destaca también el desarrollo del Psychopathic Personality Inventory –PPI, Inventario de Personalidad Psicopática- (Edens, Poythress, Lilienfeld, & Patrick, 2008; Lilienfeld, & Andrews, 1996) con el que se miden la presencia de rasgos psicopáticos en población no criminal, y que está construida sobre muestras de estudiantes universitarios.

Desde el año 2000 hasta el 2012, se producen casi el 68% de las publicaciones totales analizadas en esta revisión, siendo numerosos los trabajos que hacen referencia a la escala publicada por Hare -el PCL- y las mejoras realizadas por el propio autor (Hare, 1991a; Hare, 2003) en versiones posteriores; estudios de fiabilidad y validez, tanto para esta escala como para los instrumentos derivados de esta (Bauer, Whitman, & Kosson, 2011; Douglas, Strand, Belfrage, Fransson, & Levander, 2005; Hare et al., 2000; Morrissey et al., 2007); críticas, como la consideración de la conducta criminal como necesaria para el diagnóstico, cuestionada por algunos autores (Cooke, et al., 2012; Cooke et al., 2004; Cooke, Michie et al., 2007; Skeem, & Cooke, 2010); o cuestionamientos sobre su estructura factorial y la de los instrumentos que se derivan de este (Hillege et al., 2011; Salekin, Brannen, Zalot, Leistico, & Neumann, 2006). A pesar de las dificultades para la intervención eficaz con este tipo de población que históricamente ha tendido a desmotivar a la comunidad científica, durante estos últimos años toma un papel protagonista la intervención, siendo la población diana niños y adolescentes. Sin embargo, son menores los estudios que presentan propuestas de tratamiento y resultados (Caldwell et al., 2006; Duggan, 2009), tratando la mayoría más

bien de aportar información útil para la creación de un programa eficiente como finalidad última: estudiando posibles indicadores como la ansiedad (Kubak & Salekin, 2009); la influencia de diferentes variantes de psicopatía (Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld, & Cale, 2003); o factores de protección como la inteligencia y la motivación para el cambio (Salekin et al., 2010).

Además, destacan temas como la importancia de la reincidencia entre los psicópatas, tomando como muestra a adolescentes (Fougere, Potter, & Boutilier, 2009; Edens, Campbell, & Weir, 2007), el estudio de indicadores como la empatía (Kirsch & Becker, 2007) y de factores de riesgo, prioritariamente de carácter biológico (Raine, Lencz, Bihrlé, LaCasse, & Colletti, 2000; Roth & Strüber, 2009; Yang & Raine, 2009). La demostración empírica de la relación entre la psicopatía y la conducta violenta – diferentes formas de manifestación violenta, la relevancia para el diagnóstico, la utilización de diversos instrumentos para su predicción, etc.- también cobra fuerza en esta época (Declercq et al., 2012; Dolan & Blackburn, 2006; Edens et al., 2001; Edens, Skeem, & Douglas, 2006; Hare et al., 2000; McDermott, Edens, Quanbeck, Busse, & Scott, 2008; Warren et al., 2005).

7.3.2.2. Producción por lugar de publicación (100%)

El país dominador, con gran diferencia en publicaciones, ha sido Estados Unidos con un total de 975 artículos (41.1%). Le siguen los Países Bajos, con 407 referencias (17.15%), Reino Unido con 335 (14.12%), el tándem formado por Estados Unidos y Reino Unido con 168 referencias (7.08%), y Alemania con 145 (6.11%). El resto de países no supera las 100 aportaciones, estando España en séptimo lugar con un total de 27 artículos (1.13%), (ver tabla 7.1).

Tabla 7.1

Resumen de producción por lugar de publicación.

PAÍSES	Nº aportaciones	%
Estados Unidos	975	41.10
Países Bajos	407	17.15
Reino Unido	335	14.12
E.E.U.U / R. U.	168	7.08

Alemania	145	6.11
E.E.U.U. / Alemania	53	2.23
España	27	1.13
Otros países (N=41)	262	11.04
Total artículos	2372	100%

Los idiomas de publicación de los artículos reiteran la información anterior, al ser el inglés el idioma predominando - 2156 referencias (90.9%)-, seguido por el alemán -70 (2.95%)-, el francés -56 (2.36%)- y el español -28 (1.18%)-.

Los sumatorios de países por agrupaciones socioculturales permiten constatar un número de publicaciones similar entre Norteamérica y Europa, acaparando más del 80% del total de referencias. Los artículos publicados por colaboraciones entre continentes comprenden un 10.33% de las aportaciones totales. A su vez, las aportaciones de Latinoamérica, Oceanía y Asia no superan el 2% en ninguno de los casos (ver tabla 7.2).

Tabla 7.2

Resumen de producción por agrupaciones socioculturales de países.

PAÍSES AGRUPADOS	Nº aportaciones	%
Europa	1044	44,01
Norteamérica	1008	42,49
Mixtos (Inter-continente)	279	11,76
Latinoamérica	25	1,05
Asia	11	0,46
Oceanía	5	0,21
Total artículos	2372	100%

7.3.2.3. Producción por revistas (100%).

Se puede observar una gran dispersión en el reparto de las 2372 referencias, entre las 478 fuentes registradas en la base de datos. Entre todas ellas, sólo 7 publicaciones periódicas (1.12%) aportan más de 50 textos cada una, y solamente 1 (0.16%) acapara más de 100: *Personality and Individual Differences* con 110 referencias (4.63%), *The Journal of Abnormal Psychology* con 71 referencias (2.99%), *Behavioral Sciences & the Law* con 65 referencias (2.74%), *Journal of Personality Disorders* con 60 referencias (2.52%), *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology* con 55 referencias (2.31%), *Criminal Justice and Behavior* 54 referencias (2.27%) y *Journal of Nervous and Mental Disease* con 51 referencias (2.15%).

7.3.2.4 Productividad por autores (100%).

Al realizar este análisis de productividad, y tras ajustar la salida obtenida de la base de datos, debido a que muchos de ellos están recogidos con más de una identificación (guiones en los nombres compuestos, siglas, diminutivos, etc.), encontramos un reparto desigual en el número de artículos publicados por un total de 3846 autores. A su vez, la distribución se ajustó a la Ley de Lotka (Lotka, 1926), según la cual la mayoría de autores firman un solo trabajo, mientras que unos pocos acumulan un gran número de publicaciones (Ver Tabla 7.3).

Tabla 7.3

Distribución de las aportaciones por autor. Entre paréntesis, variaciones de las firmas encontradas para los principales autores.

Nº Aportaciones	Nº Autores	Total Aportado	Nombre
65	1	65	-Hare, (R.D.) Robert (D.)
52	1	52	-Newman, Joseph P. (J.P.)
49	1	49	-Lilienfeld, Scott O.
48	1	48	-Edens, John F. (J.F.)
39	1	39	-Patrick, Christopher J.
36	1	36	-Raine, Adrian (A.)
34	2	68	-Lynam, (Don) Donald (Donald R.) y Skeem, Jennifer (L.).
33	3	99	-Blair (R.) James (R.J.R.); Poythress, Norman (G.) (G., Jr) y Salekin, Randall T. (Randy).
29	1	29	
28	1	28	
24	2	48	
...	Varios autores.
3	184	552	
2	489	978	
1	2837	2837	
Total firmas	3846		

7.3.3. Análisis de contenido.

7.3.3.1. Clasificación de conceptos clave.

El análisis de contenido por conceptos clave se realiza a través de los Keywords con mayor número de repeticiones, siendo un total de 110 que componían aproximadamente el 10% del total (1105) y con un registro mínimo de 36 repeticiones. En ello no se ha

perdido ninguno de los elementos para el análisis, dado que a priori los investigadores consideraron una cifra adecuada que comprendiera los keywords principales.

Del número total de keywords seleccionados hemos decidido, a posteriori, descartar aquellas entradas que dejasen por debajo de sí un número de 40 repeticiones puesto que en base al número total de artículos, éste es un número muy pequeño (1.68%) para explicar sobre la muestra total de referencias. Además, siguiendo el criterio de los investigadores, se ha visto que los keywords excluidos son redundantes. Por ello se ha trabajado con el 90% de la muestra inicial con la que contábamos, es decir 99 keywords (Ver Tabla 7.4).

Tabla 7.4

Clasificación de Keywords más utilizados.

Leyenda: ^ duplicadas para dos o más de los campos.

1º NIVEL	2º NIVEL	KEYWORDS	1º NIVEL	2º NIVEL	KEYWORDS				
-Conceptualización	Concepto	Psychopathy (1464)	Indicadores		Stress^(67)				
		Antisocial Personality Disorder (1385)			Impulsiveness (62)				
		Concepts (42)			Strategies^ (60)				
	Tipología diferencial			Disorders (570)	Lifestyle^ (55)				
				Personality Disorders (314)	Behavior Problems^ (52)				
				Psychopathology^ (230)	Drug Dependency^ (43)				
				Conduct disorder (175)	Alcohol Abuse^ (43)				
				Mental Disorders^ (166)	Violent Crime^ (43)				
				Anxiety^ (159)	Responsibility (42)				
				Borderline Personality Disorder (101)		Schizophrenia (97)	Biológico / Endógenos	Family^ (134)	
								Brain (114)	
								Etiology (95)	
				-Factores de riesgo / protección	Indicadores	Pathology (59)	Contextuales		Fear (58)
						Major Depression (52)			Genetics (53)
						Personality (1390)			Amygdala (49)
Behavior (669)	Prefrontal Cortex (46)								
Antisocial Behavior^ (311)	Violence^ (307)								
Violence^ (307)	Mental Disorders^ (166)								
Symptoms (254)	Crime^ (140)								
Development (231)	Drug Abuse^ (136)								
Personality Traits (219)	Mental Disorders^ (166)								
Anxiety^ (159)	Family^ (134)								
Comorbidity (151)	Criminal Behavior^ (124)								
Crime^ (140)	Aggressive Behavior^ (116)								
Drug Abuse^ (136)	Alcoholism^ (113)								
Recidivism^ (128)	Risk Factors (98)								
Attention^ (126)	Sex Offenses^ (74)								
Criminal Behavior^ (124)	Emotions^ (72)								
Aggressive Behavior^ (116)	Stress^(67)								
Alcoholism^ (113)									

		Ability (111)			Lifestyle^ (55)
		Juvenile Delinquency (105)			Society (46)
		Empathy (92)			Environment (47)
		Responses^ (88)			Parents^ (41)
		Emotions^ (72)			Learning (47)
		Narcissism (71)			Alcohol Abuse^ (43)
		Intelligence (70)			Drug Dependency^ (43)
<hr/>					
1º NIVEL	2º NIVEL	KEYWORDS	1º NIVEL	2º NIVEL	KEYWORDS
-Consecuencias	Jurídicas	Forensic Evaluation (43)		Detección / Instrumentos	Diagnostic and Statistical Manual (145)
	Sanitarias / Económicas	Drug Abuse^ (136)			Test Validity (143)
		Alcoholism^ (113)			Rating (142)
		Mental Health (88)			Models (141)
		Alcohol Abuse^ (43)			Screening (137)
		Drug Dependency^ (43)			Measurement (135)
	Sociales	Antisocial Behavior^ (311)			Attention^ (126)
		Violence^ (307)			Prediction^ (124)
		Crime^ (140)			Psychometrics (107)
		Recidivism^ (128)			Risk Assessment^ (99)
		Sex Offenses^ (74)			Evaluation (88)
		Behavior Problems^ (52)			Responses^ (88)
		Homicide (40)			Factor Analysis (81)
-Variables de la muestra	Género	Human Sex Differences (61)			Psychodiagnosis^ (68)
	Procedencia	Communities^ (166)			Test Reliability (63)
	Otras	Patients (356)			Factor Structure (63)
		Prisoners (177)			Personality Measures (61)
		Criminals (166)			Interviews (60)
		Psychiatric Patients (66)			Parents^ (41)
		Mentally Ill Offenders (61)		Prevención	Future (167)
		Parents^ (41)			Prediction^ (124)
					Risk Assessment^ (99)
-Proceso psicopático	Metodologías	History (305)			Prevention (46)
		Psychopathology^ (230)		Intervención	Treatment (434)
		Theories (175)			Communities^ (166)
		Psychodiagnosis^ (68)			Intervention (103)
		Psychiatry^ (57)			Strategies^ (60)
		Psychology^ (52)			Psychiatry^ (57)
		Psychotherapy^ (40)			Psychology^ (52)
	Detección / Instrumentos	Diagnosis (295)			Psychological Assessment (43)
		Inventories (187)			Psychotherapy^ (40)
		Self Report (183)			

7.3.3.2. Clasificación de los temas tratados por los autores más prolíficos.

Se han considerado los resúmenes de los 11 autores más prolíficos, para después analizar su contribución de acuerdo a diversas categorías. Estos autores, que trabajan en

universidades estadounidenses, a excepción de Robert D. Hare - Universidad de Vancouver, Canadá-, acumulan un total de 456 firmas- tras descartar los artículos redundantes, se analizaron un total de 326-; ello no quiere decir que el número real de trabajos realizados refiere firmas de varios, al igual que se ha observado la existencia de un equipo de investigación conformado por Patrick, Lilienfeld, Edens, Skeem y Poythress, cuya producción se ha analizado de forma independiente –se adjudica un artículo a este equipo cuando al menos tres de sus integrantes lo firman- (Ver tabla 7.5).

Tabla 7.5

(1) Hare, Robert D./ (2) Newman Joseph P./ (3) Raine Adrian/ (4) Blair R. James/ (5) Lynam Donald / (6) Salekin, Randall T. / (7) Patrick, Christopher J./ (8) Lilienfeld Scott O./ (9) Edens, John F./ (10) Equipo de investigación/ (11) Skeem, Jennifer L./ (12) Poythress, Norman G.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
Teórico	15	5	12	18	7	10	3	5	8	6	9	3	101
Empírico	50	41	22	15	24	21	25	22	18	17	10	12	277
Conceptualización													
Concepto	8	3	5	6	12	16	11	5	6	2	2	2	78
Planteamientos /Tipología Diferencial	7	5	5	5	9	5	9	8	9	5	5	2	74
Sexo													
Hombres	25	15	6	3	6	1	10	2	5	6	2	2	83
Mujeres	1	5	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	13
Mixto	5	4	3	0	7	7	3	7	2	2	0	1	41
Sin especificar	19	16	13	12	11	10	8	13	11	9	8	6	136
Edad													
Niños	0	0	2	2	1	1	0	2	0	0	0	0	8
Adols/Joven	5	1	1	2	1	14	3	0	7	2	6	6	48
Adultos	40	29	8	3	14	3	15	12	8	13	4	1	150
Mixta	0	2	4	0	8	2	3	2	0	1	0	0	22
Sin especificar	5	9	7	7	0	1	4	7	3	1	0	2	46
Procedencia													
Centro reclusión	31	32	3	0	2	11	16	3	10	15	5	6	134
Psiquiátricos	3	0	0	0	0	0	0	1	2	0	4	0	10
Estudiantes	2	1	0	1	11	2	0	8	3	0	1	2	31
Mixta	3	3	1	1	3	1	2	1	0	2	0	0	17
Población civil	1	0	10	0	2	2	2	1	0	0	0	0	18
Otros/sin especificar	10	5	8	13	6	5	5	8	3	0	0	1	64
Etiología/ Fact. de riesgo – protección.													
Biológicos	14	29	26	28	4	1	7	5	2	7	0	1	124
Contextuales	1	0	2	0	8	2	5	1	3	2	2	0	26
Indicadores	8	15	1	1	13	9	10	6	12	4	5	6	90
Clasificación													
Detección/ Instrumentos	31	7	1	2	32	8	10	7	13	12	8	8	139
Prevención	2	0	0	0	2	0	0	1	2	1	0	0	8
Intervención	0	2	0	2	6	4	0	4	2	1	3	1	25

Consecuencias														
Jurídicas	3	1	0	1	3	5	0	1	13	1	3	3	34	
Sanitarias	1	1	0	5	3	1	3	4	6	1	3	0	28	
Sociales	7	0	0	1	6	5	2	2	7	5	4	1	40	

Robert D. Hare, autor más prolífico e influyente, centra sus esfuerzos en el desarrollo de instrumentos para la detección de internos en prisión con este síndrome. El resto de sus trabajos tienen como objeto la búsqueda de indicadores y factores de riesgo biológicos, que influyan en el desarrollo de la psicopatía; *Neuman, Raine y Blair* presentan líneas de investigación igualmente destinadas al estudio de los aspectos biológicos de este cuadro clínico -el primero de ellos, toma como muestra fundamentalmente a hombres adultos en situación de reclusión, destacando también su interés por la búsqueda de indicadores; el segundo centra sus esfuerzos en población civil, y el tercero es el único de los autores analizados que presenta un mayor número de artículos de carácter teórico, sin definir la procedencia de la muestra en el caso de los trabajos de carácter empírico, a la vez que, de una forma más discreta, se interesa en sus estudios por las consecuencias sanitarias de la psicopatía-. Hare, en menor medida, estudia las consecuencias de tipo social.

Lynald Donald centra sus investigaciones en la detección de la psicopatía, y en el estudio de factores de riesgo contextuales e indicadores; además su investigación se dirige a las consecuencias de este síndrome, tomando para ello muestras de jóvenes estudiantes, lo que denota la menor relevancia otorgada al comportamiento criminal por este autor. En la misma línea, *Salekin* también se centra en población joven, pero en situación de reclusión, para el estudio de los indicadores de este cuadro, su detección y consecuencias jurídicas y sociales.

El *Equipo de Investigación* formado por *Patrick, Lilienfeld, Edens, Skeem y Poythress*, trabaja principalmente con población penal. Su trabajo ha aportado avances sobre la detección y diagnóstico, centrándose en la búsqueda de indicadores y factores de riesgo, fundamentalmente de carácter biológico. Este interés destaca también en los artículos firmados por los miembros del equipo de forma independiente, aunque en el caso de *Lilienfeld*, al igual que *Lynam Donald*, serán los estudiantes la población de estudio

más frecuente, y sus trabajos presentan una temática menos especializada y ofrecen aportaciones en todos los campos. Para *Edens* y *Skeem*, las consecuencias derivadas de este síndrome son también un tema principal, siendo en el caso de *Edens* las relacionadas con el ámbito jurídico las de mayor relevancia.

Observamos, en todos los casos, un interés por realizar aportaciones a la definición del concepto de psicopatía, destacando *Lynam Donald*, *Patrick*, *Christopher* y *Salekin* con un mayor número de publicaciones en esta temática, en comparación con el resto de los autores. El planteamiento de diferentes tipologías, o la diferenciación de este cuadro clínico, también se presentan como línea de estudio prácticamente en todos los casos, destacándose de nuevo *Lynam Donald* y *Patrick*, además de *Lilienfeld* y *Edens*. Los factores de riesgo contextuales, la prevención e intervención, son las líneas de investigación menos representadas, siendo el autor más interesado en estos campos *Lynam Donald*, aunque sus aportaciones resulten discretas en comparación a las otras.

Discusión.

El análisis bibliométrico realizado ha sido un responder a diversos problemas que han ido apareciendo para reflejar la situación actual del tema de la psicopatía. Estos problemas están relacionados, tanto con la codificación de la base de datos como con el sistema de exportación del Reference Manager (referencias no recogidas, datos perdidos, datos mal codificados, etc.). A pesar de ello, los resultados obtenidos refieren una fijación de los investigadores hacia los psicópatas subculturales (Garrido, 2002), masculinos que se encuentran dentro de prisión, y que muestran un historial de reincidencia dilatado, principalmente en el contexto sociocultural de los Estados Unidos de América.

La base de estos resultados está influenciada por la propia estructura de la escala PCL-R (Hare, 1980; Hare, 1991a; Hare, 2003), la cual incluye el comportamiento criminal como criterio diagnóstico. La conducta antisocial no es un buen indicador per se de la psicopatía (Cooke, et al., 2012; Cooke et al., 2004; Cooke, et al., 2007) y *fallar en la distinción entre trastorno de personalidad y conducta criminal sólo serviría para confundir el campo* (Skeem & Cooke, 2010). Los estudios hasta la fecha se han centrado principalmente en muestras penitenciarias o que hayan demostrado un historial

criminal dilatado, pero no podemos negar, por ello, la existencia de un psicópata integrado con un escaso factor II del PCL-R (Desviación Social).

Sobre las muestras utilizadas en los estudios, igualmente, hemos observado que existen ideas preconcebidas de género de los psicópatas, que encuentran base en cuanto a la proporción de psicopatía femenina respecto a la masculina. Ello, sin embargo, puede explicarse por la falta de estudios en población no criminal, o no penitenciaria, dado que la presencia femenina en prisiones es mucho menor que la masculina. Las líneas de investigación tratadas constatan que el estudio de las causas de la psicopatía y el trastorno antisocial de la personalidad es aún un campo de batalla entre investigadores, en el que la biología se encuentra mayormente representada. Existe muy poco acuerdo para determinar una etiología puramente biológica, o si por el contrario estos trastornos están determinados por cuestiones contextuales.

Es de interés recalcar que se necesita investigar más sobre prevención e intervención que sobre instrumentos de detección, dado que, además de que es abundante la cantidad de estudios destinados a este fin, lo que ahora nos interesa de cara al futuro es *qué* hacer con ese sujeto *psicópata* o con *trastorno antisocial de la personalidad*. Ciertamente es que por el momento no se han encontrado datos muy esperanzadores al respecto (Doren & Yates, 2008; Fernández & Rodríguez-Díaz, 2001; Garrido, 2002; Redondo & Garrido, 2008; Redondo & Martínez, 2012), pero no conviene abandonar toda esperanza tan pronto.

Finalmente, hemos constatado: la utilización de los términos *Psychopathy* y *Antisocial Personality Disorder* a lo largo de la historia ha sido confusa y poco clara, dejando abierta una problemática que sigue vigente actualmente; es decir, ambos términos hacen referencia a cuadros clínicos distintos o se trata de términos intercambiables. El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) considera que se trata de dos formas de referirse a un mismo concepto, pero en cambio centra los criterios diagnósticos en aspectos antisociales, y no tanto en aspectos de personalidad. En esta línea, el PCL-R (Hare, 2003), instrumento de evaluación más considerado dentro de las prisiones para el diagnóstico de psicopatía, aunque considere también la conducta para el diagnóstico, da un mayor peso a aspectos afectivos e interpersonales. Si los criterios para la evaluación son distintos, resulta difícil esperar que el resultado obtenido sea el mismo.

METODO

8.1.Participantes.

El total de la muestra se encuentra conformada por 357 sujetos participantes, que se localizan en distintos Centros Penitenciarios y países:

- España: 241 individuos – El 67.4% del total- se encontraban cumpliendo condena en el *Centro Penitenciario de Villabona (Asturias)* cuando fueron evaluados -213 sujetos, el 59.6% del total, en módulos de la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) y los 28 restantes, el 7.8% del total, en módulos ordinarios-.
- México: 65 sujetos –el 18.2% del total- se encontraban cumpliendo condena en Centros de Reinserción Social de México. Concretamente, 22 de ellos -el 6.2%- se encontraban en el *Ce. Re. So. Puente Grande* en Guadalajara (Jalisco), 28 -7.8%- en su sistema de libertad Condicional y los 15 restantes en el *Ce. Re. So. Francisco J. Múgica* en Morelia (Michoacán).
- Chile: El 14.3% restante del total -51 individuos- se encontraban cumpliendo condena en el *Establecimiento Penitenciario de Puente Alto*, que se localizaba en el área metropolitana de la capital de este país, es decir, Santiago de Chile.

La muestra española se ha conformado de manera aleatoria, utilizando como criterio de selección el orden alfabético y, como único criterio de exclusión, la edad mínima de 21 años –edad mínima establecida por el PCL-R para su aplicación- y la propia voluntariedad del interno. En el caso de la muestra procedente de las prisiones mexicanas y chilena se utilizó un método distinto, debido a las limitaciones del tiempo para la recogida de muestra en dichos establecimientos penitenciarios; es decir, debido a la necesidad de localizar el mayor número de psicópatas posibles para la realización de este trabajo, se contó con la colaboración de los profesionales de los centros, que gracias a su experiencia y conocimiento de la población, preseleccionaban a aquellos internos que presentaban según su experiencia profesional las consistencias de personalidad del psicópata.

8.2. Instrumentos y variables.

La información a obtener del recluso se conforma sobre la historia de vida del interno, además de evaluar la presencia de trastornos de personalidad y psicopatía. Con el objeto de responder a los objetivos planteados hemos utilizado los siguientes instrumentos:

- *Ficha Criminológica.* La Ficha Criminológica (Estrada et al., 2012) nos ha permitido sistematizar la información relativa a características personales de los participantes: edad, rendimientos escolares, actividad laboral y desarrollo de conductas antisociales y delictivas.
- *Trastornos de personalidad.* Se ha utilizado el International Personality Disorder Examination (IPDE) ICD-10 version, screening questionnaire, (Evaluación internacional de los trastornos de personalidad módulo CIE-10, cuestionario de cribado), diseñado en conjunto por la OMS y el Instituto Nacional de Salud Mental en EE. UU. (IPDE-SQ, Loranger et al., 1997). Este cuestionario tiene de un total de 59 ítems, que evalúan la presencia de los trastornos de personalidad según CIE-10: Paranoide, esquizoide, disocial, inestabilidad emocional de tipo impulsivo, inestabilidad emocional de tipo límite (borderline), histriónico, anancástico, ansioso y dependiente. La presencia de trastorno de personalidad, en población penitenciaria, se estima a partir de 4 respuestas afirmativas.
- *Psicopatía.* Se ha utilizado el PCL-R (Hare, 2003) en su versión española (Torrubia et al., 2010). El PCL-R permite obtener información a partir de una entrevista semiestructurada de diferentes aspectos de la psicopatía. Consta de un total de 20 ítems, puntuándose cada uno en una escala de 3 puntos (0, 1 y 2) en función del grado en que la personalidad o el comportamiento de la persona se ajustan a la detallada descripción del ítem que proporciona el manual. La puntuación máxima a obtener es de 40 puntos, estimándose a nivel de investigación la presencia de psicopatía en el individuo a partir de una puntuación de 30.

De esta manera, y con el objetivo de responder a los objetivos planteados en la Tesis Doctoral, se han tomado en cuenta variables referentes a la historia familiar, personal y

criminológica del interno, así como aquellas derivadas de las escalas resultado de los instrumentos de evaluación utilizados. A continuación describiremos cada una de estas variables, en base a las recodificaciones realizadas para este trabajo, definiéndolas y estableciendo los niveles pertinentes para cada una de ellas:

Historia Familiar

- *Ambiente de consumo familiar:* Consumo abusivo de alcohol o drogas ilegales por parte de algún miembro de la familia nuclear. Niveles: Ausencia/Presencia.
- *Consumo de hermanos:* Consumo abusivo de alcohol u otras drogas por parte de al menos un hermano o hermana. Niveles: Ausencia/Presencia.
- *Consumo padres:* Consumo abusivo de alcohol u otras drogas por parte de al menos uno de los progenitores. Niveles: Ausencia/Presencia.
- *Antecedentes de salud mental familia nuclear:* Antecedente de salud mental por parte de al menos un miembro de la familia nuclear exceptuando el consumo. Niveles: Ausencia/Presencia.
- *Antecedentes de salud mental padres:* Antecedente de salud mental por parte de al menos uno de los progenitores exceptuando el consumo. Niveles: Ausencia/Presencia.
- *Estudios del padre:* Nivel de estudios del padre. Niveles: Estudios secundarios inacabados o inferiores/Estudios secundarios o superiores.
- *Estudios de la madre:* Nivel de estudios de la madre. Niveles: Estudios secundarios inacabados o inferiores/Estudios secundarios o superiores.
- *Padres detenidos:* Al menos uno de los progenitores fue detenido alguna vez
- *Madre detenida:* La madre fue detenida al menos una vez. Niveles: No/Si.
- *Padre detenido:* El padre fue detenida al menos una vez. Niveles No/Si.
- *Hermanos detenidos:* Al menos un hermano o hermana fue detenido alguna vez. Niveles: Si/No.
- *Padres cárcel:* Al menos uno de los progenitores faltó durante un periodo prolongado de su educación debido a estancia en prisión. Niveles: No/Si.
- *Padre cárcel:* Su padre faltó durante un periodo prolongado de su educación debido a estancia en prisión. Niveles: No/Si.
- *Madre cárcel:* Su madre faltó durante un periodo prolongado de su educación debido a estancia en prisión. Niveles: No/Si.

- Falta de los padres: Al menos uno de sus progenitores faltó durante un periodo prolongado de su educación debido a abandono, encarcelamiento, fallecimiento u otros motivos. Niveles: No/Si.
- Falta de la madre: Su madre faltó durante un periodo prolongado de su educación debido a abandono, encarcelamiento, fallecimiento u otros motivos. Niveles: No/Si.
- Falta del padre: Ausencia durante un periodo prolongado de su educación debido a abandono, encarcelamiento, fallecimiento u otros motivos. Niveles: No/Si.
- Número de hermanos: Número de hermanos en la familia incluyendo al interno. No hay niveles pues se trata de una variable cuantitativa.
- Crianza: Quién participó en su educación. Niveles: Toda su crianza con padres, familia extensa o algún tipo de combinación de ambos/Parte o toda la infancia en instituciones, con padres de acogida, adoptivos o solos en la calle.
- Relación con padres: Calidad de la relación mantenida con los padres durante su infancia y adolescencia. Niveles: Mala o no hubo con al menos uno de ellos/Normal o buena con ambos.
- Relación con el padre: Calidad de la relación mantenida con el padre durante su infancia y adolescencia. Niveles: Mala o no hubo relación/Normal o buena.
- Relación con la madre: Calidad de la relación mantenida con la madre durante su infancia y adolescencia. Niveles: Mala o no hubo relación/Normal o buena.
- Relación entre padres: Calidad de la relación mantenida entre los padres durante la infancia y adolescencia. Niveles: Mala o no hubo/Normal o buena,
- Estilo educativo autorizativo: Educación basada en un estilo educativo autorizativo. Si/No.
- Estilo educativo autoritario: Educación basada en un estilo educativo autoritario. Niveles: No/Si.
- Estilo educativo negligente: Educación basada en un estilo educativo negligente. Niveles: No/Si.
- Estilo educativo indulgente/incongruente: Educación basada en un estilo educativo indulgente o en la incongruencia de estilos entre progenitores o figuras al cargo. Niveles: No/Si.
- Ausencia de normas y reglas: Educación basada en un estilo educativo autorizativo o autoritario. Niveles: No/Si.

- Padres preocupados por los estudios: Los padres demostraron preocupación por los estudios del interno durante su infancia y adolescencia. Niveles: No/Si.

Historia personal

- Escolaridad: Nivel de estudios del interno. Niveles: Estudios secundarios inacabados o inferiores/Estudios secundarios o superiores.
- Repetir: El interno repitió curso escolar alguna vez. Niveles: No/Si.
- Edad de abandono escolar: Edad de abandono de la escuela. No hay niveles pues se trata de una variable cuantitativa.
- Faltar a clase: El interno faltaba a clase habitualmente. Niveles: No/Si.
- Problemas graves con profesores: El interno como agresor, tuvo problemas graves (insultos, humillaciones, agresiones, etc.) con sus profesores durante su época escolar. Niveles: No/Si.
- Problemas graves compañeros: El interno como agresor, tuvo problemas graves (insultos, humillaciones, agresiones, etc.) con sus compañeros durante su época escolar. Niveles: No/Si.
- Adicción a las drogas ilegales: Adicción a al menos un tipo de droga ilegal. Niveles: No/Si.
- Policonsumo: Adicción a dos o más drogas ilegales. Niveles: No/Si.
- Edad de inicio consumo drogas legales: Edad de inicio en el consumo de drogas legales (tabaco o alcohol). No hay niveles pues se trata de una variable cuantitativa.
- Edad de inicio en el consumo de drogas ilegales: Edad de inicio en el consumo de drogas ilegales (Cannabis, cocaína, éxtasis, heroína, inhalantes, pastillas u otras). No hay niveles pues se trata de una variable cuantitativa.
- Consumo de tabaco: Niveles: No/Si.
- Edad de inicio en el consumo de tabaco: No hay niveles ya que es cuantitativa.
- Consumo de alcohol: Niveles: No/Si.
- Edad de inicio en el consumo de alcohol: No hay niveles ya que es cuantitativa.
- Consumo de cannabis: Niveles: No/Si.
- Edad de inicio en el consumo de cannabis: No hay niveles ya que es cuantitativa.
- Consumo de cocaína: Niveles: No/Si.
- Edad de inicio en el consumo de cocaína: No hay niveles ya que es cuantitativa.
- Consumo de éxtasis: Niveles: No/Si.

- Edad de inicio en el consumo de éxtasis: No hay niveles ya que es cuantitativa.
- Consumo de heroína: Niveles: No/Si.
- Edad de inicio en el consumo de heroína: No hay niveles ya que es cuantitativa.
- Consumo de pastillas: Niveles: No/Si.
- Edad de inicio en el consumo de pastillas: No hay niveles ya que es cuantitativa.
- Consumo de inhalantes: Niveles: No/Si.
- Edad de inicio en el consumo de inhalantes: No hay niveles ya que es cuantitativa.
- Situación laboral antes de la entrada en prisión: No se realizaron codificaciones para esta variable.
- Antecedentes de salud mental: Presencia de antecedentes de salud mental informados por el interno incluyendo la adicción a las drogas. Niveles: No/Si.
- Antecedentes de salud mental 2: Presencia de antecedentes de salud mental informados por el interno excluyendo la adicción a las drogas. Niveles: No/Si.

Criminológicas

- Comisión de delito no sancionado: El interno cometió al menos un delito no sancionado antes de su primera detención. Niveles: No/Si.
- Edad primer delito no sancionado: Edad de comisión de primer delito no sancionado antes de su primera detención. No hay niveles pues se trata de una variable cuantitativa.
- Edad de primera detención: Edad de primera detención. No hay niveles pues se trata de una variable cuantitativa.
- Estancia en centro de menores. Estancia en centro de menores o institución. Niveles: No/Si.
- Edad centro de menores: Edad de internamiento por primera vez en un centro de menores o institución. No hay niveles pues es una variable cuantitativa.
- Edad de primer ingreso en prisión: Edad de primer ingreso en prisión. No hay niveles pues se trata de una variable cuantitativa.
- Número entradas en prisión: No hay niveles pues se trata de una variable cuantitativa.
- Reincidencia: El interno ha entrado una vez en prisión o más, Niveles: Primario/Reincidente.

- Multireincidencia: El interno ha entrado en prisión una vez, dos o más. Niveles: Primario/Reincidente/Multireincidente.
- Meses de condena: Meses a los que ha sido condenado sumando la totalidad de sus condenas. No hay niveles pues se trata de una variable cuantitativa.
- Delitos contra la salud pública: Cometió delito no violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) contra la salud pública (Tráfico de drogas o cultivo/elaboración de drogas). Niveles: No/Si.
- Delitos conducción: Cometió delito no violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de conducción (Exceso de velocidad, alcoholemia, atropello, etc.). Niveles: No/Si.
- Delitos económicos: Cometió delito no violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de tipo económicos (Fraude, estafa, etc.). Niveles: No/Si.
- Delitos de robo no violentos: Cometió delito no violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de robo no violento (Hurto, robo con fuerza en las cosas o apropiación indebida). Niveles: No/Si.
- Otros delitos no violentos: Cometió otros delitos no violentos (Confesado en entrevista y/o en expediente) como vandalismo, daños a la propiedad, transporte de explosivos, quebrantamiento de condena, etc. Niveles: No/Si.
- Delitos de robo con violencia: Cometió delito violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de robo con violencia o intimidación. Niveles: No/Si.
- Delitos de lesiones/atentado a la autoridad: Cometió delito violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de lesiones o atentado contra la autoridad. Niveles: No/Si.
- Delitos de homicidio/asesinato: Cometió delito violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de homicidio/asesinato o intento de homicidio/asesinato. Niveles: No/Si.
- Delitos contra la pareja: Cometió delito violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) contrala pareja (Desde el quebrantamiento de orden de alejamiento hasta el homicidio/asesinato). Niveles: No/Si.
- Delitos sexuales: Cometió delito violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de tipo sexual (Agresión sexual, violación, etc.) Niveles: No/Si.

- Delitos sexuales contra adultos: Cometió delito violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de tipo sexual (Agresión sexual, violación, etc.) hacia personas adultas. Niveles: No/Si.
- Delitos sexuales contra menores: Cometió delito violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de tipo sexual (Agresión sexual, violación, etc.) hacia menores. Niveles: No/Si.
- Otros delitos violentos: Cometió otros delitos violentos (Confesado en entrevista y/o en expediente) como las amenazas, la posesión de arma de fuego sin licencia, maltrato animal, pertenencia a banda organizada, etc. Niveles: No/Si.
- Posesión de arma de fuego/Tenencia ilícita de armas: Cometió delito violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de posesión de arma de fuego sin licencia o tenencia ilícita de armas. Niveles: No/Si.
- Amenaza contra la integridad: Cometió delito violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) de amenaza contra la integridad. Niveles: No/Si.
- Comisión de delitos violentos: Cometió algún tipo de delito violento (Confesado en entrevista y/o expediente). Niveles: No/Si.
- Delitos violentos graves: Cometió delito violento (Confesado en entrevista y/o en expediente) que afectó directamente a otra persona (Delitos sexuales, delitos de homicidio/asesinato o intento de homicidio/asesinato y/o delitos sexuales o de homicidio/asesinato contra la pareja). Niveles: No/Si.
- Delitos violentos graves contra familiar o pareja: Cometió delito violento grave (Confesado en entrevista y/o en expediente) siendo la víctima un familiar o la pareja. Niveles: No/Si.
- Delitos violentos graves contra conocido o desconocido: Cometió delito violento grave (Confesado en entrevista y/o en expediente) siendo la víctima un conocido o desconocido. Niveles: No/Si.

Variables que se derivan del IPDE-SQ módulo CIE-10.

- Trastorno disocial: Probable diagnóstico de trastorno disocial de la personalidad según CIE-10. Niveles No/Si.
- Trastorno límite: Probable diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite según CIE-10. Niveles: No/Si.

- Trastorno anancástico: Probable diagnóstico de trastorno anancástico de la personalidad según CIE-10. Niveles No/Si.
- Trastorno ansioso: Probable diagnóstico de trastorno ansioso de la personalidad según CIE-10. Niveles No/Si.

Variables que se derivan del PCL-R.

- Psicópata detectado: Presentan un diagnóstico de psicopatía según versión tradicional del PCL-R. Niveles: No/Si.
- Psicópata no detectado: Presentan un diagnóstico de psicopatía según versión reducida de 13 ítems del PCL-R y además, no son detectados como tal por la versión tradicional- Niveles: No/Si.
- Faceta1/Factor1: Puntuación obtenida en la faceta 1 del PCL-R sobre aspectos interpersonales y que es equivalente al factor 1 de la versión reducida de 13 ítems. No presenta niveles ya que es una variable continua.
- Faceta2/Factor2: Puntuación obtenida en la faceta 2 del PCL-R sobre aspectos afectivos y que es equivalente al factor 2 de la versión reducida de 13 ítems. No presenta niveles ya que es una variable continua.
- Faceta3/Factor3: Puntuación obtenida en la faceta 1 del PCL-R sobre estilo de vida y que es equivalente al factor 3 de la versión reducida de 13 ítems. No presenta niveles ya que es una variable continua.
- Faceta4: Puntuación obtenida en la faceta 4 del PCL-R sobre conducta antisocial. No presenta niveles ya que es una variable continua.

8.3.Procedimiento y Estrategias de Análisis.

La recogida de información se ha realizado durante en period temporal de dos años y medio: Dos años en la prisión de Villabona (Asturias, España), dos meses en el Ce. Re. So. Puente Grande en Guadalajara (Jalisco, México), un mes en el Ce. Re. So. Francisco J. Múgica en Morelia (Michoacan, México) y tres meses en el Establecimiento Penitenciario de Puente Alto de Santiago (Chile).

De forma previa, al contacto con los internos participantes a evaluar, se realizaba la recogida de información disponible en los expedientes que la institución tenía de cada

uno de los participantes. Para esta tarea se invertía entre quince minutos y una hora, en base a las características del interno y la cantidad de información disponible sobre éste: expediente penitenciario, social, educativo y/o psicológico. Esta información nos ha permitido estudiar a los participantes en profundidad de forma previa y preparar la entrevista, con el objeto de minimizar los posibles intentos de manipulación durante ésta.

La investigación de la Tesis Doctoral se ha llevado a cabo en dos sesiones, aunque debido a la necesidad de adaptarse al medio de trabajo y a las características y horarios de los participantes, en ocasiones fueron necesarias tres sesiones o solo una. En la primera sesión se aplicaba la ficha criminológica, donde se recogía datos sobre la historia de vida del interno, con una duración aproximada de treinta minutos; la segunda sesión se ha dedicado a la entrevista semi-estructurada, de unas dos horas de duración, durante la cual se aplicaba el IPDE-SQ y se recogía información para la posterior evaluación del PCL-R. Por último, las conclusiones alcanzadas eran revisadas en conjunto con los trabajadores de los centros - se ha invertido un tiempo aproximado de unos 15 minutos por interno- que, por su posición privilegiada debido al contacto diario con los internos, cuentan con una información de imposible acceso para el entrevistador. Ello, como el poder acceder a los expedientes personales de los internos, ha permitido minimizar posibles consecuencias de manipulación en la evaluación de las características interpersonales del psicópata: encanto superficial, mentira patológica,...

Todos los sujetos que conforman la muestra han participado de forma voluntaria y anónima, siendo pedido al inicio de la evaluación el consentimiento para realizarla. Las entrevistas se llevaron a cabo por la investigadora de esta Tesis doctoral, de forma individual y cara a cara en un área privada, habilitada para tal efecto, por los diversos Centros Penitenciarios que han colaborado para posibilitar esta Tesis Doctoral.

Los datos recogidos fueron sometidos a análisis estadístico mediante el paquete estadístico SPSS. 19.0 para Windows. Ello, y en base a los objetivos específicos marcados en esta Tesis Doctoral, se utilizarán diferentes estrategias de análisis.

La descripción estadística de la muestra, en base a las variables estudiadas, se ha realizado a través de la información resultante del análisis descriptivo -media, desviación típica, rango, asimetría y curtosis- y el análisis de frecuencia -distribución

de la muestra en variables-. El análisis de fiabilidad, cuando fue pertinente, se ha realizado a través del coeficiente Alpha de Cronbach, modelo de consistencia interna basado en el promedio de las correlaciones entre ítems.

De igual manera, y con el objeto de someter a prueba los distintos modelos factoriales propuestos para el PCL-R, se ha utilizado la técnica estadística del Análisis Factorial Exploratorio (AFC), a la vez que con el objeto de comprobar si la estructura resultante es la más adecuada se ha replicado en población de origen Latinoamericano, mediante el Análisis Factorial Exploratorio Multigrupo (AFCM).

El someter a prueba las relaciones planteadas, por último, en los objetivos específicos y en base a la naturaleza de las variables implicadas, nos ha llevado a utilizar técnicas estadísticas tales como: tablas de contingencia con chi-cuadrado como estadístico; Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA); Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) y la logística binaria, cuando se tenía por objeto el construir modelos predictivos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

9.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

9.1.1. Objetivos e hipótesis

Este capítulo pretende presentar las características del total de la muestra y según el origen de las prisiones de pertenencia – española (Centro Penitenciario de Villabona, Asturias) o latinoamericanas (Ce. Re. So. Puente Grande, Jalisco, México; Ce. Re. So. Francisco J. Múgica, Michoacán, México; Institución Penitenciaria de Puente Alto, Santiago, Chile)- a nivel sociodemográfico, de salud mental y delictivo. Además, se describirán los resultados obtenidos mediante los instrumentos estandarizados aplicados. Esta información nos proporcionará una visión completa sobre la población sometida a estudio, para, en capítulos posteriores, abordar el resto de los objetivos específicos planteados.

- *Hipótesis 1:* A nivel sociodemográfico, salud mental y delictivo, se espera que para la muestra procedente de la prisión española, considerando el carácter aleatorio de la selección de la muestra, se obtengan valores similares a los que se derivan del Ministerio del Interior sobre Instituciones Penitenciarias. En lo que respecta a la muestra recogida en prisiones latinoamericanas, considerando el mayor nivel de peligrosidad de este contexto cultural y la preselección de la muestra en base a características de personalidad psicopáticas, se esperan valores

más extremos, tales como una mayor presencia de factores de riesgo para el desarrollo de conducta desadaptadas en el contexto familiar, mayor número de problemas en el ámbito escolar y peor situación laboral; el consumo de sustancias será más elevado, así como la edad de inicio y la conducta delictiva se espera que se inicie de manera más temprana, al mismo tiempo que se caracterice por su violencia y reincidencia.

- *Hipótesis 2:* El IPDE-SQ se espera ofrezca datos fiables y una distribución normal de la muestra, siendo el trastorno disocial y el trastornos de inestabilidad emocional –de tipo impulsivo y de tipo límite- los de mayor prevalencia, en tanto son los que se tienden a referir con mayor frecuencia en las instituciones penitenciarias.
- *Hipótesis 3:* Se espera, considerando los resultados obtenidos mediante la aplicación del PCL-R, una distribución normal de la muestra y datos de fiabilidad similares a los presentados en los manuales sobre este instrumento. La presencia de psicopatía, a su vez, se espera que sea mayor en la parte de la muestra procedente de establecimientos penitenciarios latinoamericanas, debido a la preselección en base a características de personalidad psicopáticas.

9.1.2. Método.

Participantes

Este capítulo se conforma con el total de la muestra: 357 internos en Establecimientos Penitenciarios, de los cuales 241 se han evaluado en el Centro Penitenciario de Villabona y los 116 restantes repartidos en los diferentes Establecimientos Penitenciarios colaboradores, identificados en el método de esta Tesis Doctoral.

Instrumentos

La Ficha Criminológica (Estrada et al., 2012), el IPDE-SQ (Loranger et al., 1997) y el PCL-R (Torrubia et al., 2010), descritos en el apartado de Instrumentos y Variables de la Tesis Doctoral, fueron utilizados para ofrecer respuestas a las hipótesis planteadas.

Procedimiento y análisis de datos

Se han contemplado todas las variables descritas en el capítulo dedicado al método, en esta Tesis Doctoral, para la descripción estadística de la muestra; se utiliza para su recogida el procedimiento descrito en el mismo capítulo. Para el análisis de datos se ha **utilizado la estadística propia del análisis descriptivo –media, desviación típica, rango, asimetría y curtosis-**, la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que ofrece información sobre la distribución normal de la muestra, y el análisis de frecuencia –distribución de la muestra en variables-. Para el análisis de fiabilidad nos hemos valido del coeficiente Alpha de Cronbach, modelo de consistencia interna basado en el promedio de las correlaciones entre ítems.

9.1.3. Resultados.

9.1.3.1. Características sociodemográficas de la muestra.

Variables sociales y familiares.

Variables sociales: La muestra es mayoritariamente masculina -96.6%, n=345-. El rango de edad es amplio (21 a 73 años), siendo la media de 36 años y la desviación típica de 9,7. El 60.5% de los internos participantes (n=216) tiene nacionalidad española, el 37% (n=132) procede de Latinoamérica y el 2.5% restante de otros países (n=9). El 51.8% (n=177) tienen un estado civil de solteros, mientras que el 21.7% (n=74) están casados o conviven en pareja, percibiéndose la mayoría de clase social media -58.1%, n=193-, seguidos de aquellos que se perciben de clase social baja -37.3%, n=133-.

1. *Muestra procedente de la prisión española*: La parte de la muestra recogida en la prisión de Villabona (Asturias), se encuentra conformada por un total de 241 participantes. El 95.4% (n=230) son varones, siendo la media de edad de 36 años – rango de 21 a 73 años-. Con respecto a la nacionalidad, el 10.4% (n=25) son extranjeros, mayoritariamente latinoamericanos (6.6%, n=16). La mayor parte de los evaluados están solteros (59.5%, n=138), mientras que el 21% (n=49) está casado o convive en pareja. Por último, el 60.6% (n=140) dice percibirse de clase social media, mientras que el 37.7% (n= 87) se percibe de clase social baja.
2. *Muestra procedente de prisiones latinoamericanas*: La parte de la muestra recogida en las prisiones no españolas -de México y Chile- se encuentra conformada por un total de 116 participantes. Prácticamente la totalidad de la muestra de internos participantes es masculina (99.1%, n=115), siendo la media de edad de 35 años -rango de edad amplio entre 21 a 66 años-. El 56% (n=65)son de nacionalidad mexicana y el 43% (n=50) chilena, siendo el estado civil en el 35.5% (n=39) soltero, mientras que el 23.8% (n=25) se encuentra casado o convive en pareja; en lo que respecta a la clase social, el 52.5% (n=53) considera pertenecer a la clase social media, seguido de un 45.5% (n=46), que cree pertenecer a la clase social baja.

Variables familiares: El número medio de hermanos es de 4 (sin contar al interno), siendo la moda de 3 –se llega incluso a presentar hasta 21 hermanos-. El 54% (n=186) de los internos participantes en la Tesis Doctoral fueron criados por ambos padres, mientras que un 9.3% (n=32) creció bajo la tutela de solo uno de sus progenitores, mayoritariamente la madre (9%, n=30); el resto de internos fueron criados por algún tipo de combinación entre familia nuclear y familia extensa (18.3%, n=63), solo por familia extensa o hermanos (6.7%, n=23) o pasaron parte de su infancia en instituciones, con padres de acogida o adoptivos o solos (7.5%, n=26). En el 48.5% (n=167) de los casos el padre faltó durante un periodo prolongado o la totalidad de la infancia del interno participante en la Tesis Doctoral, siendo el motivo más habitual el abandono (17%, n=58), seguido del fallecimiento (7%, n=24) y el encarcelamiento (4.7%, n=16); en el caso de la madre el porcentaje disminuye hasta el 19% (n=65), siendo los motivos principales: Abandono (7%, n=24), motivos laborales (3.1%, n=11) y el fallecimiento (2.9%, n=10).

El nivel educativo de los progenitores, de los internos participantes en esta Tesis Doctoral, refiere que el padre es analfabeto, solo sabe leer y escribir o no ha acabado los estudios primarios en el 24.8% (n=80) de los casos, mientras que el 34.2% (n=110) solo ha finalizado los estudios primarios; la madre es analfabeta, solo sabe leer y escribir o no ha acabado los estudios primarios en el 27% (n=87) de los casos y aproximadamente el 36,7% (n=119) solo ha finalizado los estudios primarios.

El 30% (n=98) describe la relación con su madre como mala o afirma que no hubo relación, sucediendo lo mismo en un 42% (n=137) de la muestra de internos participantes cuando se refieren a la relación con el padre. El 52% (n=169) afirma que la relación entre sus padres fue mala o inexistente.

Los internos participantes en nuestra Tesis Doctoral, sobre el tipo de educación recibido durante la infancia refieren que en el 30% (n=94) de los casos, los padres utilizaron un estilo educativo autoritativo, es decir, transmitieron al interno normas y reglas con diálogo y afecto; en el 19% (n=60) de los casos el estilo fue autoritario –en la familia había normas y reglas, pero transmitidas mediante imposición y castigos duros y desproporcionados-; el estilo educativo negligente fue utilizado por el 31.3% (n=99) de las familias de los internos penitenciarios participantes en la Tesis Doctoral, es decir, mantenían un estilo permisivo, sin normas ni vigilancia; el 5% (n=16) ha crecido en el seno de familias indulgentes, que alternaban una educación dura con permisiva, sin constancia, mientras que en un 12.3% (n=39) de la muestra participante el estilo ejercido por cada progenitor era distinto, incongruente -lo más habitual era un padre autoritario que somete a toda la familia y una madre permisiva, que trata de compensar afectivamente el estilo educativo paterno.

Considerando la salud mental de la familia, el 22.7% (n=73) de los internos participantes en la muestra de nuestra Tesis Doctoral informa de que su padre fue adicto a las drogas ilegales o al alcohol durante su proceso de socialización; la misma apreciación realizan sobre la madre, pero solo el 3.7% (12%) de la muestra y sobre los hermanos el 29.6% (n=96). Sobre la familia extensa, el 29% de los internos participantes en la muestra (n=97) afirma que iguales o ascendentes –tíos y/o primos- fueron consumidores durante su infancia y/o adolescencia, mientras que en sus relaciones íntimas van a identificar el 13.2% (n=43) como haber tenido o tener una pareja consumidora. A su vez, el 24% (n=76) comenta que uno o más familiares de

primer grado presentan algún problema de salud mental –sin incluir el consumo–, siendo los trastornos del estado de ánimo los más habituales; igualmente, el 11.4% de los internos participantes en la muestra (n=37) atestiguan que lo presentan uno o más familiares de familia extensa.

El historial delictivo familiar, por último, refiere: el padre fue detenido alguna vez en el 15.3% (n=50) de los casos; la madre solo para el 4% (n=13) de la muestra, mientras que alguno de sus hermanos ofrece el 26.5% (n=86); en lo que respecta a la familia extensa de los internos participantes en la muestra, los porcentajes son bajos en todos los casos, salvo para las detenciones de los primos varones (el 19%, n=61) y los tíos (16%, n=52), también de sexo masculino.

1. *Muestra procedente de la prisión española:* Se repite una media de 4 hermanos (sin contar al interno) para la muestra de internos participantes, siendo la moda 2 (21%, n=49). El 53% (n=123) fue educado por ambos padres y un 9% (n=21) únicamente por un progenitor, sin la presencia de ningún otro familiar -solo en un caso, este progenitor era el padre-; el 19.4% (n=45) fue criado por algún tipo de combinación entre familia extensa y nuclear, el 7.8% (n=18) solo por familia extensa o hermanos y un 9.1% (n=21) pasó parte de su crianza en instituciones, con padres de acogida, adoptivos o solos en la calle. El padre faltó durante un periodo considerable o la totalidad de la infancia y adolescencia del interno que ha participado en la muestra de la Tesis Doctoral en el 46.6% (n=108) de los casos, siendo el motivo principal el abandono (15%, n=35), seguido del fallecimiento (6%, n=14) y la entrada en prisión (4.3%, n=10); la ausencia de la madre se dio en el 22.4% (n=52) por abandono en el 8.6% (n=20), motivos laborales en el 4.3% (n=10) o fallecimiento en un 3% (n=7) principalmente. Los participantes en este estudio afirman que no hubo relación o la relación fue mala: con la madre en el 34.2% (n=78) de los casos y con el padre en el 44% (n=100) de los casos; el mismo tipo de relación mala se mantiene en ambos padres para el 53.1% (n=119) de la muestra.

La mayor parte de la muestra, afirma que su padre tiene estudios primarios (46.6%, n=81), seguidos de aquellos que afirman que es analfabeto, solo sabe leer y escribir o no ha finalizado los estudios primarios (35%, n=61), mientras que han llegado a estudiar formación profesional o una carrera universitaria el 7,5% (n=13), finalizándolos la mayor parte de ellos (7%, n=12); el caso de las madres de los

internos que conforman la muestra de la Tesis Doctoral ofrecen resultados similares, en tanto completan estudios primarios el 46.6% (n=90), siendo analfabetas, sabiendo solo leer y escribir o presentando estudios primarios incompletos el 32.5% (n=63) y alcanzan y finalizan niveles de estudios superiores el 8.8% de las madres (n=17).

El 23,3% (n=54) afirma que uno o ambos padres son o fueron en algún momento consumidores abusivos de alcohol o drogas (mayoritariamente el padre -22%, n=51), haciendo la misma apreciación sobre los hermanos en el 30.6% (n=71); en el resto de familiares, destaca el consumo por parte de primos de género masculino (25%, n=58) y tíos varones (17.7%, n=41); el 13% (n=30) refiere al menos una pareja consumidora. Sobre el resto de problemáticas de salud mental, el 26.7% de los internos que participan en la muestra (n=62) afirma que uno o varios familiares de primer grado presenta algún trastorno, destacando los trastornos del estado de ánimo; con respecto al resto de familiares, el 15% (n=35) afirma que uno o varios miembros de su familia extensa presentan algún otro tipo de problemática de salud mental, destacando de nuevo los trastornos del estado de ánimo.

Para finalizar, encontramos que el 15% (n=35) de la muestra asegura que su padre ha sido detenido alguna vez, así como el 3.4% (n=8) en referencia a la madre; los resultados sobre los hermanos varones refieren el 26% (n=60), mientras los primos ofrecen el 21% (n=49) y los tíos del mismo género masculino el 15.9% (n=37).

2. *Muestra procedente de prisiones latinoamericanas*: La media de hermanos es de 5 (además del interno), siendo la moda 3 (25%, n=13). El 44.8% (n=63) fue criado por sus ambos progenitores, estando sola la madre frente a la educación del interno en el 9.7% (n=11) de los casos de internos que conforman la muestra; el resto de la muestra fue educado por algún tipo de combinación entre familia nuclear y extensa (16%, n=18), solo por familia extensa o hermanos (4.4%, n=5) o pasaron parte de su crianza en instituciones, con padres de acogida o adoptivos o solos en la calle (4.4%, n=5). Con respecto a la falta de los progenitores, durante periodos prolongados o la totalidad de la infancia y/o adolescencia, en el caso del padre se dio en un 52.7% (n=59) de la muestra, debido al abandono en el 20.5% (n=23), fallecimiento en el 9% (n=10) y el ingreso en prisión 5.4% (n=6) o separación de los padres 5.4% (n=6); la ausencia de la madre se dio en el 11,2% (n=13) de los internos de la

muestra, destacando como motivo el abandono en 3.6% (n=4) y el fallecimiento en el (2.7%, n=3).

La relación con la madre fue mala o no hubo para el 20.2% (n=20) de los internos evaluados y para el 37.4% (n=37) con respecto al padre. Con respecto a la relación entre padres, el 43.1% (n=50) opina que fue mala o no la hubo.

El 32.3% (n=29) de la muestra de internos ofrece su padre una escolaridad donde ha finalizado los estudios primarios, mientras que el 21% (n=19) comenta que su padre es analfabeto, solo sabe leer y escribir o no ha finalizado los estudios primarios; a niveles de educación superior el padre ofrece un 8.8% (n=6) de la muestra, finalizándolos el 6% (n=4). El 31.5% (n=29) informa de que su madre tiene un nivel de estudios primarios, mientras que un 26% de participantes (n=24) refiere que su madre es analfabeta, solo sabe leer y escribir o no ha finalizado la primaria y por otro que su madre ha finalizado la secundaria: el 7.5% (n=6) alcanza estudios superiores, finalizándolos el 6% (n=4).

El consumo de sustancias psicoactivas refiere que el 25.6% (n=23) de los internos entrevistados para nuestra muestra afirma que uno u ambos padres tuvieron problemas con el abuso de drogas –en mayor medida el padre (24.4%, n=22)-, y 27.2% (n=25) que esta problemática de salud mental la presentaron en algún momento de su vida sus hermanos, destacando los varones (25%, n=23); en lo que respecta al resto de familiares, destacan de nuevo los primos (15.6%, n=14) y tíos (20%, n=18) de sexo masculino; el 14% afirma haber tenido o tener una o varias parejas consumidoras. De igual manera, el 16.5% (n=15) afirma que uno o varios familiares de primer grado presenta algún otro tipo de problemática de salud mental, así como el 6.6% (n=5) de la muestra sobre miembros de la familia extensa, destacando en ambos casos los trastornos del estado de ánimo.

Por último, en lo que respecta a la conducta delictiva, el 16% (n=15) afirma que el padre ha sido detenido en alguna ocasión, así como el 5.4% (n=5) la madre; con respecto a las detenciones del resto de familiares varones, los participantes indican que: el 29.6% (n=29) detuvieron a alguna vez a uno o varios hermanos, el 14% (n=13) primos y el 16.3% (n=15) indican lo mismo sobre uno o varios tíos.

Variables educativas y laborales.

El nivel educativo de la muestra es bajo, ya que el 17.2% (n= 59) son analfabetos, solo saben leer y escribir o no han terminado la primaria y el 49.6% (n=170) solo han terminado los estudios primarios, alcanzando estudios universitarios el 5.3% (n=19), que finalizan solo el 1.7% (n=6) del total. El comportamiento de los participantes en la muestra fue negativo en la escuela, para una proporción considerable de la muestra: el 58% (n=189) afirma haber faltado a clase de forma frecuente, tener problemas con los profesores de importancia un 24.8% (n=80) y con los compañeros el 25.7% (n=83). Además, el 50.2% (n=162) afirman que sus padres nunca se han preocupado por sus estudios, repitiendo el 52% (n=166) algún curso. La edad media de abandono escolar de los participantes en la muestra de la Tesis Doctoral es a los 15.2 años.

A nivel laboral, el 32.8% (n=104) del total se encontraba en situación de desempleo cuando entró en prisión, el 39.7% (n=126) empleado, el 9,8% (n=31) tenía un negocio propio, mientras que el 3.2% (n=10) se dedicaba a la economía informal, y un 14.5% (n=46) presentaba otra situación laboral –jubilados, bajas por incapacidad, vivir del delito, etc.-

1. *Muestra procedente de la prisión española:* La mayor parte de la muestra presenta estudios primarios 55.6% (n=129), seguidos de aquellos que han obtenido estudios secundarios (27.6%, n=64), reduciéndose el porcentaje de analfabetos, que solo saben leer y escribir o que no han completado los estudios primarios al 15% (n=35). El 1.7% (n=4) ha finalizado estudios superiores, asegurando el 53.5% (n=123) asegura haber repetido curso; la edad media de abandono escolar en los participantes es 14,6 años (DT= 3.67). El comportamiento durante el tiempo de estancia en la escuela, mayoritariamente, fue negativo: el 57.3% (n=133) afirma haber faltado a la escuela con regularidad, el 26.3% (n=61) mantenía problemas de importancia con los profesores (faltas de respeto, insultos, humillaciones, agresiones, etc.) y el 26% (n=60) con los compañeros de clase. La preocupación paterna por la evolución de los estudios del interno ha resultado negativa en el 53.4% de los casos.

Sobre la situación laboral a la entrada en prisión, la mayor parte de la muestra participante, se encontraba en situación de desempleo (36.6%, n=85), seguidos de aquellos que disponían de un trabajo remunerado (33.2%, n=77); un 6.9% (n=16)

tenía un negocio propio, un 4.7% (n=11) se mantenía mediante economía informal, mientras que un 18.5% se encontraba en otra situación laboral: jubilado, recibiendo pensión, en baja laboral, viviendo del delito, etc.

2. *Muestra procedente de las prisiones latinoamericanas:* El 37% (n=41) de los internos participantes en la muestra ha finalizado sus estudios primarios, seguidos de aquellos que han obtenido estudios secundarios (37%, n=40); nivel de estudios inferiores a los ya comentados sucede en el 21.6% (n=24) de los casos, mientras han finalizado formación profesional o estudios universitario un 5.4% (n=6) de los entrevistados. Del total de la muestra de internos participantes, el 48.3% afirma haber repetido curso, siendo la edad media de abandono escolar los 15 años (DT=4.92). Además, al referir el comportamiento en la escuela de los internos de la muestra, el 59.6% (n=56) afirma haber faltado a la escuela con regularidad, haber tenido problemas de importancia con los profesores un 21% (n=19) y con los compañeros el 25.3% (n=23). Por último, el 40.7% (n=54) afirma que sus padres no se preocupan por el desarrollo de sus estudios.

Antes de la entrada en prisión, la mayor parte de la muestra se encontraba trabajando como empleado (53%, n=53) o en negocio propio (16%, n=16); un 25% (n=25) se encontraba desempleado, mientras que el 6% restante se encontraba en otra situación: viviendo del delito, economía sumergida, pensionista, etc.

9.1.3.2. Características de Salud Mental autoinformada de la muestra.

Lo que se refiere a la salud mental de los internos participantes en la muestra de la Tesis Dcotoral indica que el 87.4% (n=285) afirma presentar o haber presentado en el pasado algún problema de salud: el 57% (n=186) únicamente adicción a las drogas o un trastorno inducido por el consumo de sustancias, un 25.5% (n=83) presenta patología dual -adicción y otro o varios trastornos más-, y el 5% (n=16) restante presenta uno o varios trastornos sin adicción.

Los trastornos de salud mental independientemente de la adicción a las drogas en la muestra de internos participantes nos indica como relevante: los trastornos del estado de ánimo son los más habituales (11.5%, n=37), seguido de los de ansiedad (10.5%, n=34), aquellos inducidos por el consumo de sustancias (8%, n=27), esquizofrenia y

otros trastornos psicóticos (4%, n=13) y los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (3%, n=10).

1. *Muestra procedente de prisión española:* El 91.4% (n=212) de los internos que conforman la muestra afirma tener o haber tenido algún tipo de problema de salud mental, siendo la adicción y/o el trastorno inducido por el consumo de sustancias el único problema que se presenta para el 55.6% (n=129); el 30.6% (n=71) afirma presentar o haber presentado patología dual –adicción y uno o más problemas de salud mental- y el 5.1% (n=12) uno o varios trastornos sin adicción.

Los trastornos más habituales en la muestra de internos participantes independientemente del consumo son: Trastornos del estado de ánimo (13.8%, n=32), trastornos de ansiedad (13.4%, n=28) y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (5.2%, n=12).

2. *Muestra procedente de prisiones latinoamericanas:* El 77.7% de los internos participantes advierte presentar algún problema de salud mental; la adicción o los trastornos inducidos por el consumo de sustancias son los protagonistas (60.6%, n=57). Solo el 4.3% (n=4) de los internos participantes presenta uno o varios trastornos en ausencia de adicción, mientras que un 12.7% (n=12) sufre patología dual –adicción y uno o más trastornos-.

Obviando la adicción a las drogas, los problemas de salud mental más frecuentes en la muestra de internos participantes son: Los trastornos del estado de ánimo (5.4%, n=5), trastornos de personalidad (4.3%, n=4) y trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (4.3%, n=4).

Variables de consumo.

El consumo de drogas, por lo menos en la muestra de internos que conforma la Tesis Doctoral, se consolida como el problema de salud mental más importante. El 81.8% (n=284) admite haber presentado adicción a las drogas en algún periodo de su vida, siendo policonsumidores el 70.6% (n=245). La droga ilegal más consumida es la marihuana (73%, n=252), seguido de la cocaína (69.7%, n=242) y la heroína (39%, n=135); en menor medida se da el consumo de pastillas (35.7%, n=124) éxtasis (29%,

n=101) e inhalantes (15.3%, n=53). La edad de inicio más temprana en el consumo de estas drogas es la que refieren los consumidores de pastillas (M=14 años), seguidos de la edad de inicio para la marihuana (M=15,3 años); el consumo de cocaína y heroína se inicia pasada la mayoría de edad (para la cocaína 18.6 años de media y para la heroína 19.7 años de media). Así, la edad media de inicio en el consumo de drogas ilegales se sitúa en los 15 años.

Sobre las drogas legales, el 74.4% (N=258) afirma haber consumido alcohol, así como el 80.7% (n=280) tabaco. La edad de inicio para el consumo es de 14.8 y 13.7 años respectivamente, estimándose como edad media para el inicio en el consumo de drogas legales la edad de 13.6 años.

1. *Muestras procedente de prisión española:* El 85% (n=197) de la muestra admite haber sido consumidor de drogas de forma frecuente, siendo policonsumidores el 76.7% (n=178). Para esta parte de internos que conforman la muestra, la droga más consumida es la cocaína (76.6%, n=178), seguido de la marihuana (74.6%, n=173), la heroína (56%, n=130) y el éxtasis (41.4%, n=96); la droga menor presencia de consumo para la muestra de internos participantes son los inhalantes (10.3%, n=24). La edad de inicio media más temprana en el consumo de las distintas drogas ilegales es la que se corresponde a los inhalantes (M=14.3 años), seguido de la marihuana (M=14.9 años); de nuevo, el inicio en el consumo de la cocaína (M=18,8 años) y de la heroína (M=19.8 años) se da una vez pasada la mayoría de edad en los internos participantes en la muestra. La edad media para el consumo de drogas ilegales se sitúa en los 15.3 años.

Los datos referidos al consumo de drogas legales, en la muestra de participantes refiere la edad de inicio en el consumo más temprana para el tabaco (M=13.6 años), siendo superior la correspondiente para el consumo de alcohol (M=14.6 años). Finalmente, la media de edad en el consumo de drogas legales se sitúa en 13.4 años.

2. *Muestra procedente de prisiones latinoamericanas:* Un consumo abusivo de sustancias es confesado por el 75.7% (n=87) de los internos participantes, admitiendo policonsumo el 58.3% (n=67). La droga más consumida es la marihuana (69.3%, n=79), seguida de la cocaína (56.6%, n=64), las pastillas (28.7%, n=33) y los inhalantes (25.2%, n=29), siendo las que menor consumo

ofrecen el éxtasis (4.4%, n=5) y la heroína (4.3%, n=5). La droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana por los internos participantes en la muestra son los inhalantes (M=13.6 años), seguido de las pastillas (M=16 años), situándose la marihuana en tercer lugar (M= 16.3 años). El consumo de la cocaína (M=17.9 años) y la heroína (M=17.5 años) comienza antes de los 18 años (M=17.5 años), siendo la edad media de inicio de consumo la correspondiente al éxtasis con posterioridad a la mayoría de edad (M=20 años). Así, la edad media de inicio en el consumo de drogas ilegales de forma global, para los integrantes de nuestra muestra, se sitúa en los 14.9 años.

Las drogas legales ofrecen una edad media de inicio, en los internos participantes en nuestra muestra, alrededor de los 14 años, siendo en concreto para el tabaco la media en los 14 años y para el alcohol en los 15.

9.1.3.3. Características delictivas de la muestra.

Los internos integrantes en la muestra de la Tesis Doctoral refieren e indican que la media de edad a la que cometen el primer delito confeso pero no sancionado es a los 13.6 años, mientras que la media de edad de la primera detención sin necesidad de ingreso es a los 21.2 años. El 31.4% (n=98) han estado en algún momento durante su infancia o adolescencia en un centro de menores, siendo el motivo principal, tanto para el delito no sancionado como para el ingreso en centros de menores, los robos. El primer ingreso en prisión de los internos de la muestra se da a una edad media de 26 años (rango de los 14 a los 71 años, DT= 9.4), siendo delincuentes primarios el 43.4% (n=155), reincidentes el 21.8% (n=78) y multireincidentes el 33% (n=115). El 79.3% (n=265) de los internos participantes en la muestra ha cometido delitos violentos, como robos con violencia o intimidación (42.3%, n=151), delitos de lesiones o de atentado a la autoridad (40%, n=142), delito consumado o de intento de homicidio o de asesinato -excluyendo aquellos en los que la víctima era la pareja- (19.7%, n=70), delitos sexuales (11.5%, n=41) que se dan contra adultos (4%, n=14) y contra menores (7.6%, n=27), delitos de violencia contra la pareja, que incluye desde el quebrantamiento de orden de alejamiento hasta el homicidio o asesinato (16.6%, n=59), u otro tipo de delitos

violentos, como la posesión de armas ilegales o las amenazas (32.2%, n=115). En lo que respecta a los delitos no violentos, los más habituales fueron los delitos de robo como fuerza, hurto o apropiación indebida (64%, n=228), los delitos relacionados con el tráfico de drogas (37%, n=132) y vandalismo o daños a la propiedad (36.1%, n=128). Los menos frecuentes fueron los delitos de conducción (17.4%, n=62) y los delitos económicos, como estafas y fraudes (17%, n=61).

Muestra procedente de prisión española: La edad media de primer delito reconocido pero no sancionado, de los internos participantes, se sitúa en los 13.2 años, siendo el más habitual el robo. A pesar de este inicio tan temprano en la conducta delictiva de los internos participantes, la edad media de la primera detención se sitúa alrededor de los 21 años. Así con todo, el 26% (n=60) afirma haber ingresado en un centro de menores a una edad media de 14 años, debido principalmente también a un delito de robo. El primer ingreso en prisión se sitúa a una edad media de 25.5 años, con un rango que va desde los 15 hasta los 71 años (DT=9.2), presentando los internos participantes en su mayoría varias entradas en prisión (reincidentes el 23.3% -n=54- y multireincidentes el 35.8% -n=83-), siendo delincuentes primarios el 40.9% (n=95). El análisis del delito, de modo cualitativo, en la muestra de internos participantes refiere que la mayor parte de la muestra (74.6%, n=179) acumula en su expediente y/o reconoce de manera manifiesta el haber realizado delitos violentos (Ver tabla 9.1.1), siendo el delito violento más frecuente el de lesiones o atentando contra la autoridad, seguido de los robos con violencia o intimidación; en último lugar se encuentran los delitos sexuales. Sobre los no violentos, en la muestra de internos participantes encontramos que los hurtos, robos con fuerza y los delitos de apropiación indebida son los más habituales, seguidos de los delitos contra la salud pública; en último lugar se encuentran los delitos relacionado con la conducción (Tabla 9.1.2).

Tabla 9.1.1

Tipo de delitos violentos cometidos por participantes procedentes de prisión española.

Tipo de delito violento cometido.	%	n
Robos con violencia.	40	96
Lesiones/Atentado a la autoridad.	42.5	102

Delitos contra la pareja (Desde quebrantamiento orden de alejamiento hasta homicidio).	18.8	45
Delitos sexuales contra adultos.	2.9	7
Delitos sexuales contra menores.	2.9	7
Homicidio/Asesinato	13.8	33
Otros delitos violentos (Posesión de armas de fuego sin licencia, amenazas).	30.4	73

Tabla 9.1.2

Tipo de delitos no violentos cometidos por los participantes procedentes de la prisión española.

Tipo de delitos no violento cometido	%	n
Delitos de robo no violentos	68.3	164
Delitos contra la salud pública	45	108
Delitos de conducción	17.9	43
Delitos económicos (Estafa, fraude, etc.)	20	48
Otros delitos no violentos (Vandalismo, daño a la propiedad, etc.)	38.5	92

Muestra procedente de prisiones latinoamericanas: La muestra de internos en prisión refieren el primer delito cometido sin sanción que se sitúa en una edad media de 14.7 años, ingresando en un centro de menores el 34.2% (n=38) de la muestra en algún momento de su infancia o adolescencia, a una edad media de 14.5 años. Es el robo el motivo principal en los internos participantes en nuestra muestra, tanto para el primer delito no sancionado como para el ingreso en el centro de menores. La primera detención no se sucede hasta una edad media de 21.8 años y el primer ingreso en prisión se da a los 25.8 (Rango 14-62, DT=9.9). El 51.7% (n=60) de la muestra se encuentra en su primera entrada en prisión, mientras que el 20.7% (n=24) son reincidentes y el 27.6% (n=32) son multireincidentes. A nivel cualitativo, el 89.7% (n=104) de los internos participantes en la muestra de la Tesis Doctoral confiesa o presenta en su expediente delitos de tipo violento, siendo el delito violento más común el robo con violencia o intimidación, seguido de otro tipo de delitos como la posesión de armas de fuego sin licencia o las amenazas; en último lugar los internos participantes en la muestra refieren los delitos sexuales hacia los adultos, seguidos de los delitos contra la pareja (Ver tabla 9.1.3).

Tabla 9.1.3

Tipo de delitos violentos cometidos por participantes procedentes de prisiones latinoamericanas.

Tipo de delito violento cometido	%	n
Delitos de robo con violencia	47.4	55
Lesiones/Atentado a la autoridad	34.5	40
Delitos contra la pareja (Desde el quebrantamiento orden de alejamiento hasta el homicidio)	12.1	14
Delitos sexuales contra adultos	6	7
Delitos sexuales contra menores	17.2	20
Homicidio/Asesinato	31.9	37
Otros delitos violentos (Posesión de armas de fuego sin licencia, amenazas)	36.2	42

Sobre los delitos no violentos, los más comunes para los internos integrantes de la muestraron los delitos de robo (hurto, robo con fuerza o apropiación indebida) y los delitos contra la salud pública; en último lugar nos encontramos con los delitos económicos (Ver tabla 9.1.4).

Tabla 9.1.4

Tipo de delitos no violentos cometidos por los participantes procedentes de prisiones latinoamericanas.

Tipo de delitos no violento cometido	%	n
Delitos de robo no violentos	55.2	64
Delitos contra la salud pública	20.7	24
Delitos de conducción	16.4	19
Delitos económicos (Estafa, fraude, etc.)	11.2	13
Otros delitos no violentos (Vandalismo, daño a la propiedad, etc.)	31	36

9.1.3.4. Características de la muestra en función del IPDE-SQ.

Como ya comentamos en el capítulo dos de la Tesis Doctoral, el IPDE-SQ módulo CIE-10 (Loranger et al., 1997) -autoinforme de 59 ítems con opciones de respuesta verdadero/falso-, al ser un instrumento de cribado, nos proporciona información sobre la

probable presencia de trastornos de personalidad en el individuo evaluado. Los resultados obtenidos, deben ser tomados como una orientación para el sanitario, decidiendo en base a ello como proceder: Realizar una entrevista en profundidad si hay una probabilidad alta de presencia del trastorno o descartar al evaluado para dicha tarea (Brun & González, 2008a; Brun, & González, 2008b; López et al., 2007). En cualquier caso, este instrumento resulta útil por sí mismo para el trabajo a nivel de investigación.

De este instrumento no se deriva una puntuación global, sino que ofrece información sobre la posible presencia de los siguientes trastornos de personalidad, como escalas independientes: Paranoide, esquizoide, inestabilidad emocional de tipo impulsivo, inestabilidad emocional de tipo límite, histriónico, anancástico, dependiente y ansioso. Cada una de estos trastornos es evaluado mediante un número distinto de ítems, considerándose para todos ellos la posible presencia a partir de tres respuestas afirmativas en población normal, aunque sería de cuatro para la población penitenciaria (Del Rio, 2011; Iverach et al, 2009). Los resultados se analizan en base a las puntuaciones obtenidas en dichas escalas, aplicándose este instrumento al 96.6% (n=345) de la muestra (Tabla 9.1.5).

Tabla 9.1.5

Media (M), desviación típica (DT) y rango, para las escalas del IPDE-SQ en la muestra de este estudio de la Tesis Doctoral y la utilizada por Slade y Forrester (2013).

Escala	Rango	Muestra de este estudio (N=345)		Muestra Slade & Forrester (N=283)	
		M	DT	M	DT
Paranoide	0-7	3.59	1.45	3.32	1.58
Esquizoide	0-8	3.88	1.61	2.95	1.78
Disocial	0-7	2.60	1.27	2.49	1.58
Inestabilidad emocional de tipo impulsivo	0-5	2.01	1.43	1.82	1.52
Inestabilidad emocional de tipo límite	0-5	1.95	1.16	1.59	1.27
Histriónico	0-6	2.18	1.44	2.26	1.35
Anancástico	0-8	3.89	1.86	3.21	1.85
Ansioso	0-6	3.01	1.69	2.19	1.66
Dependiente	0-6	2.60	1.41	1.73	1.51

Las medias obtenidas quedaron centradas y en algunos casos ligeramente inferiores en relación con los rangos, siendo la dispersión entre ellas suficiente para permitir la discriminación de individuos y grupos. Tanto las medias como las desviaciones típicas

son similares a las descritas por Slade y Forrester (2013) en su estudio, aunque ligeramente inferiores.

La fiabilidad de la prueba, en su conjunto, ofrece un valor de Alpha de Cronbach satisfactorio de .810; de la misma manera, y en la línea de resultados obtenidos por Slade y Forrester (2013), podemos considerar que se trata de una prueba fiable, aunque deben tomarse las puntuaciones tipo de cada uno de los trastornos con precaución, debido a los bajos índices de fiabilidad para cada uno de ellos.

Tabla 9.1.6

Valores de fiabilidad para las escalas del IPDE-SQ en la muestra de este estudio de la Tesis Doctoral y la utilizada por Slade y Forrester (2013).

Trastornos de personalidad	Alfa de Cronbach	
	Muestra para este estudio (N=345)	Muestra Slade & Forrester (N=283)
Paranoide	.299	.441
Esquizoide	.301	.439
Disocial	.450	.635
Inestabilidad emocional de tipo impulsivo	.553	.630
Inestabilidad emocional de tipo límite	.240	.421
Histriónico	.438	.314
Anancástico	.533	.561
Ansioso	.597	.622
Dependiente	.419	.596

La tabla 9.1.6 presentan los datos de fiabilidad para cada una de las escalas que determinan la probabilidad de presencia de cada uno de los trastornos de personalidad recogidos por el CIE-10 para la muestra de este estudio y para la muestra de 283 prisioneros utilizada por Slade y Forrester (2013).

Los datos recogidos en la muestra de internos participantes que conforman el estudio de la Tesis Doctoral refieren, respecto a la posible presencia de los trastornos de personalidad, una alta comorbilidad. Ello era esperado, por otra parte, ya que la literatura indica que la mayor parte de los pacientes no se ajusta a un único criterio, sino que cumple los criterios para varios diagnósticos (Widiger, 1991). El 92.2% (n=317) presentan probabilidad de presentar al menos un trastorno, mientras que el 75.4% (n=260) de la muestra tiene probabilidad de presentar al menos dos trastornos de personalidad, es decir, comorbilidad. Lo más habitual es la posibilidad de presentar dos

y la media tres (Tabla 9.1.7). El estudio de Slade y Forrester (2013) arroja una posible comorbilidad en el 54% de los casos, siendo lo más habitual la posible presencia de uno o ninguno, presentando probabilidad de no presentar ninguno el 23% (n=65).

Tabla 9.1.7

Comorbilidad. Número posible de trastornos presentados por los participantes según IPDE-SQ.

Número de trastornos	n	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	28	8.1	8.1
1	57	16.5	24.6
2	73	21.2	45.8
3	58	16.8	62.6
4	57	16.5	79.1
5	32	9.3	88.4
6	18	5.2	93.6
7	14	4.1	97.7
8	7	2	99.7
9	1	0.3	100

Finalmente, la tabla 9.1.8 muestra el número de participantes que presentan probabilidad de presentar cada uno de los trastornos de personalidad estudiados, junto con los porcentajes. Los trastornos esquizoide, anancástico y paranoide son los más habituales, mientras que el trastorno disocial y de inestabilidad emocional de tipo límite, se encuentran en menos frecuencia de la esperada. El estudio de Slade y Forrester (2013) ofrece también los trastornos esquizoide (35%), anancástico (40.3%) y paranoide (44.4%) como los más habituales, ocupando el trastorno disocial (25.8%) el cuarto puesto en este ranking, mientras que, al igual que para nuestra muestra, el trastorno límite ocupa el último lugar (8.5%).

Tabla 9.1.8

Resultados del IPDE-SQ módulo CIE-10, sobre la probabilidad de presentar cada uno de los trastornos de la muestra por la totalidad de la muestra.

Trastornos de personalidad	n	Probabilidad de presentarlo
Esquizoide	203	58.8
Anancástico	199	57.7
Paranoide	168	48.7
Ansioso	135	39.1
Dependiente	98	28.4
Disocial	70	20.3
Histriónico	70	20.3
Inestabilidad emocional de tipo impulsivo	58	16.8
Inestabilidad emocional de tipo límite	35	10.1

9.1.3.5. Características de la muestra en función del PCL-R.

El capítulo dos y seis de la Tesis Doctoral describe el *Hare's Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991a, 2003), y las distintas estructuras factoriales que se han propuesto para esta escala. A modo de repaso, resaltamos que el PCL-R tiene como objetivo evaluar psicopatía mediante la lectura de expedientes y entrevista con el interno, contando de un total de 20 ítems evaluables en una escala de 3 puntos -0 ausencia, 1 presente en parte y 2, definitivamente presente-; de estos 20 ítems, 8 hacen referencia al Factor 1, agrupando características de personalidad: dividido en una faceta sobre aspectos interpersonales (4 ítems) y una segunda faceta sobre aspectos afectivos (4 ítems); el segundo factor hace referencia a aspectos conductuales con 10 ítems, pudiendo ser dividido en la faceta 3 sobre estilo de vida (5 ítems) y la faceta 4 sobre conducta antisocial (5 ítems). Además, a esta configuración, se añaden otros dos ítems que no saturan en ningún factor, pero tienen valor para la puntuación total. La puntuación máxima que se puede obtener es de 40 puntos, siendo el punto de corte establecido a nivel de investigación para confirmar la presencia de psicopatía de 30 puntos.

El 98.6% (352) de los internos participantes en la muestra de la Tesis Doctoral fue evaluado mediante esta escala. Este apartado ofrece los resultados obtenidos mediante la aplicación del PCL-R desde una perspectiva dimensional. Los datos sobre la media y desviación típica de la puntuación total ($M= 19.8$, $D.T.= 8.1$) en la muestra analizada, son ligeramente inferiores a los presentados por Hare en el manual del PCL-R (1991a) en una muestra penitenciaria norteamericana de 1192 individuos ($M= 23.6$, $D.T.= 7.9$), lo que se atenúa cuando los comparamos con la muestra penitenciaria española de 152 individuos ($M= 21.7$, $D.T.= 8.1$) utilizada en el Manual del PCL-R adaptado a población de este país (Torrubia et al., 2010). Las similitudes se repiten cuando analizamos los datos sobre los factores y facetas descritas anteriormente (Ver Tabla 9.1.9), quedando las medias obtenidas centradas en relación con los rangos y la dispersión entre ellas como suficiente para permitir la discriminación de individuos y grupos. La tabla 9.1.10 presenta la descripción estadística para cada ítem y las correlaciones entre ítem y puntuación total corregidas. Los resultados indican una correlación superior a .30 para

todos los ítems, excepto para el 16 -‘Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones’-.

La tabla 9.1.11 ofrece los resultados de fiabilidad y la correlación media entre ítems, según los factores y facetas propuestas y descritas anteriormente al inicio de este apartado de la Tesis Doctoral. A modo de comparación, se presentan los resultados obtenidos por Hare en el manual del PCL-R (1991a), y los obtenidos por Torrubia et al. (2010) en el muestra empleada para la adaptación del manual a población española.

Tabla 9.1.9

Media (M), desviación típica (DT), rango, asimetría y curtosis en las puntuaciones obtenidas en la puntuación total, factor 1, factor 2 y facetas del PCL-R en la muestra de estudio (N=352).

Escala	M	DT	Rango	Asimetría	Curtosis
Puntuación Total	19,16	8.19	1-35	-.103	-1.02
Factor 1 (Interpersonal/Afectivo)	8,28	4,26	0-16	.079	-.965
Factor 2 (Desviación Social)	10,16	4.81	0-20	-.112	-.973
Faceta 1 -Interpersonal	3,80	2,38	0-8	.149	.259
Faceta 2- Afectiva	4,47	2,37	0-8	-.174	-1.01
Faceta 3-Estilo de vida	5,36	2.36	0-10	-.180	-.755
Faceta 4- Antisocial	4,80	2.90	0-10	.059	-1.12

Tabla 9.1.10

Medias, desviaciones típicas y correlación ítem-total corregido para los ítems del PCL-R.

Ítems	Correlación Ítem-total	Media	DT
1.Facilidad de palabra y encanto superficial	.33	.66	.77
2.Sentido desmesurado de autovalía	.44	.73	.79
3. Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento.	.51	1.27	.76
4. Mentiroso patológico.	.47	1.07	.78
5. Estafador y manipulador.	.58	1.33	.77
6. Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa.	.61	1.32	.71
7. Afecto superficial y poco profundo.	.62	.95	.76
8. Insensibilidad afectiva y ausencia de empatía.	.65	1.32	.73
9. Estilo de vida parasitario.	.38	.91	.71

10. Pobre autocontrol de la conducta.	.57	1.4	.7
11. Conducta sexual promiscua.	.38	.94	.85
12. Problemas de conducta en la infancia.	.44	.86	.85
13. Ausencia de metas realistas a largo plazo.	.36	.40	.64
14. Impulsividad.	.54	1.39	.69
15. Irresponsabilidad.	.49	1.40	.65
16. Incapacidad para aceptar responsabilidad de las propias acciones.	.23	.88	.78
17. Frecuentes relaciones maritales de corta duración.	.30	.48	.75
18. Delincuencia juvenil.	.43	1.25	.9
19. Revocación de la libertad condicional.	.36	.66	.85
20. Versatilidad criminal.	.59	.64	.73

Tabla 9.1. 11

Alfa de Cronbach y correlación media entre ítems para las puntuación total, factores y facetas del PCL-R según distintas muestras.

ESCALA	Muestra Hare, 1991a (N=1192)		Muestra Torrubia et al., 2010 (N=157)		Muestra para este estudio (N=352)	
	Alfa	Correlación media entre ítems	Alfa	Correlación media entre ítems	Alfa	Correlación media entre ítems
Puntuación Total	.85	.23	.86	.24	.86	.25
Factor 1	.80	.34	.79	.32	.84	.40
Factor 2	.75	.24	.87	.39	.84	.34
Faceta 1 – Interpersonal	.71	.40	.79	.49	.75	.43
Faceta 2 – Afectiva	.71	.40	.69	.37	.80	.50
Faceta 3- Estilo de vida	.67	.31	.81	.46	.71	.32
Faceta 4 - Antisocial	.64	.27	.77	.40	.76	.39

Los valores obtenidos son elevados e incluso superiores en algunos casos a los obtenidos tanto con la muestra utilizada por Hare, de acuerdo a su manual, como en la muestra utilizada para la adaptación del PCL-R a población española. El valor de Alfa de Cronbach es de .86, que solo mejoraría en el caso de que se eliminara el ítem 16 – incapacidad para hacerse responsable de las propias acciones-, situándose en .87.

Los resultados obtenidos, considerando el punto de corte de 30 puntos, indican que el 18.5% (n=65) de la muestra de internos participante obtiene un diagnóstico positivo. Además, refiriéndonos al PCL-R como instrumento de valoración de riesgo de violencia futura –existe riesgo de violencia en el futuro a partir de una puntuación de 20- se considera que presentan altas probabilidades de cometer actos violentos el 52.6% (n=185). A continuación, se presenta la distribución de la muestra en base a las puntuaciones obtenidas siguiendo el criterio clínico establecido por Torrubia et al. (2010), en el manual del PCL-R adaptado a población española (Ver tabla 9.1.12).

Tabla 9.1.12

Distribución de la muestra según criterio de evaluación de la psicopatía en la práctica clínica para el PCL-R.

Probabilidad de presentar Psicopatía	Distribución de la muestra (N=352)
Muy alta (33-40)	4% (n=14)
Alta (25-32)	27,6% (n=97)
Moderada (17-24)	31,8% (n=112)
Baja (9-16)	27,6% (n=97)
Muy baja (0-8)	9,1% (n=32)

Atendiendo a la evaluación de las puntuaciones del PCL-R como un continuo, encontramos que el 31.6% (n=111) de los internos evaluados presentan probabilidades altas o muy altas de padecer psicopatía.

1. *Muestra procedente de prisión española:* Si consideramos únicamente esta parte de internos de la muestra, el porcentaje de internos que presentan un diagnóstico de psicopatía según el punto de corte de 30 utilizado en investigación, se sitúa en el 14.4% (n=34) presentando riesgo de violencia en el futuro el 47.3% (n=114). Atiendo a los niveles de probabilidad de presencia de la psicopatía utilizados en la práctica clínica, la muestra se distribuye de la siguiente manera (Ver tabla 9.1.13):

Tabla 9.1.13

Distribución de la muestra procedente de prisión española según criterio de evaluación de la psicopatía en la práctica clínica para el PCL-R.

Probabilidad de presentar Psicopatía	Distribución de la muestra (N=352)
Muy alta (33-40)	4,2% (n=10)
Alta (25-32)	23,7% (n=56)
Moderada (17-24)	32,6% (n=77)
Baja (9-16)	30,5% (n=72)
Muy baja (0-8)	8,9% (n=21)

La mayor parte de la muestra presenta una probabilidad moderada de presentar psicopatía, mientras que el 27.9% (n=66) obtienen como resultado a esta escala de evaluación, una probabilidad alta o muy alta.

2. *Muestra procedente de prisiones latinoamericanas:* La presencia de psicopatía en esta parte de internos que conforma la muestra de la Tesis Doctoral, en base al punto de corte de 30 puntos, se eleva hasta el 26.7% (n=31), siendo peligrosos en base al riesgo de cometer actos violentos en el futuro el 38.8% (n=45). Los niveles de probabilidad siguiendo el criterio de la práctica clínica ofrecen los siguientes resultados presentados en la tabla 8.14, donde se observa que el agrupamiento mayor de la muestra de internos es el de presentar psicopatía, seguidos de aquellos que presenta una probabilidad moderada

Tabla 9.1.14

Distribución de la muestra procedente de prisión española según criterio de evaluación de la psicopatía en la práctica clínica para el PCL-R.

Probabilidad de presentar Psicopatía	Distribución de la muestra (N=352)
Muy alta (33-40)	3,4% (n=4)
Alta (25-32)	35,3% (n=41)
Moderada (17-24)	30,2% (n=35)
Baja (9-16)	21,6% (n=25)
Muy baja (0-8)	9,5% (n=11)

Discusión.

El perfil sociodemográfico de la muestra de internos para la Tesis Doctoral procedente de la prisión de Villabona (Asturias, España) presenta un perfil similar al que se deriva de Instituciones Penitenciarias, (DGPNSD, 2011), discrepando solo en algunos puntos. El porcentaje de extranjeros es menor (de un 10.4% para la muestra de este estudio, mientras que Instituciones Penitenciarias, en base a la totalidad de la población penitenciaria española, la sitúa en un 32%); este hecho lo podemos achacar a la situación geográfica de Asturias, lugar de menor flujo migratorio en relación con otras

zonas del país. Igualmente, mientras que el 4.4% de los evaluados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD, 2011) se encuentran en situación de vivienda precaria, el 37.7% de los evaluados en este estudio se perciben de clase social baja. El nivel de estudios de los participantes que se encuentran en el Centro Penitenciario de Villabona es más bajo, presentando estudios primarios o inferiores el 70.6%, mientras que en población penitenciaria española se estima en el 44.8%. A su vez, como era de esperar, el consumo de drogas se presenta como el problema de salud mental más grave, siendo también la cocaína la droga más consumida, seguida de la marihuana.

Sobre la conducta delictiva, los participantes de este estudio procedentes de la prisión de Villabona, han ingresado en mayor medida en un centro de menores -26%, mientras que el estudio realizado por el Plan Nacional sobre drogas (DGPNSD, 2011) estima un 15%- y son más reincidentes -un 40.9% de internos primarios frente a un 57.7%-, aunque el principal motivo de entrada en prisión sigue siendo los delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico. La representación de los delitos violentos es mucho mayor –a excepción de los de carácter sexual-, quizás debido a la consideración no solo de la información del expediente, sino también a los delitos confesos por los participantes.

Al comparar la parte de la muestra procedente de la prisión española con la muestra recogida en las prisiones de Latinoamérica, encontramos que en esta última la mayoría es también muestra masculina y la media de edad es similar. Presentan ambas un porcentaje cercano de participantes casados o que conviven en pareja (el 21% en el caso de la muestra española y el 23.8% en el caso de la latinoamericana) aunque difieren en la cantidad de solteros (el 59.5% para los españoles y el 35.5% para los latinoamericanos), lo cual se explica debido a un mayor porcentaje de divorciados y separados entre los participantes de prisiones de México y Chile. La percepción de la clase social de pertenencia es más positiva entre los españoles.

Si nos centramos ahora en las variables de tipo familiar, los internos de prisiones latinoamericanas presentan un mayor número de hermanos y han sido criados por ambos padres en menor medida, pero en cambio se da una menor incidencia de participantes que han pasado parte de su infancia y/o adolescencia en instituciones, con padres de acogida, adoptivos o solos en la calle. La ausencia del padre durante la infancia y

adolescencia se dio en un porcentaje similar entre ambas muestras, aunque superior en el caso de la Latinoamericana. Para la madre se observa el caso contrario; si para los participantes de la prisión española la madre se ausenta de la vida del interno en infancia y/o adolescencia en el 22.4% de los casos, para los participantes de las prisiones de México y Chile el porcentaje disminuye hasta el 11.2%. El tipo de relación mantenida con padres y entre padres fue negativa para un mayor porcentaje de participantes de la prisión de Villabona (Asturias). El nivel de estudios de los padres resulta superior en el caso de la muestra latinoamericana y sobre el consumo, aproximadamente la cuarta parte de ambas muestras confirman que sus padres han sido adictos a algún tipo de sustancia, destacando siempre el consumo del padre frente al de la madre. Resultados similares para el consumo de hermanos y resto de familiares entre ambas muestras. En el caso del resto de problemáticas de salud mental, la muestra procedente de la prisión española describe una mayor incidencia de estas tanto en familiares de primer grado como en la familia extensa. Por último, la conducta delictiva de los familiares es similar en ambas muestras.

Centrándonos ahora en las variables educativas y laborales de los participantes, el nivel de estudios de los presos en España es superior, aunque los de prisiones latinoamericanas afirman haber repetido curso en menor medida y abandonar la escuela a una edad más tardía. El nivel de problemáticas en el ámbito educativo se sitúa en porcentajes similares en ambas muestras, salvo en el caso de la preocupación paterna por los estudios, que resulta menor para la muestra de origen español. La situación laboral de estos últimos antes de la entrada en prisión es más deficitaria. Para la salud mental, también encontramos peores resultados en el caso de la muestra procedente de la prisión de Villabona (Asturias), presentando un mayor porcentaje de problemáticas de forma genérica (un 91.4%, frente al 77.7% de la parte de la muestra procedente de prisiones latinoamericanas), aunque en ambas es la adicción a las drogas la problemática protagonista. El policonsumo es superior para la muestra de origen español, y el tipo de drogas consumidas difiere: sí como para la muestra española la cocaína es la droga más consumida y el éxtasis y la heroína tienen una gran presencia, para la muestra latinoamericana es la marihuana la sustancia principal, mientras que el éxtasis y la heroína son las drogas menos consumidas. Destaca el papel de los inhalantes, que es la droga menos consumida en el caso de los internos en la prisión

española, mientras que para los participantes de la muestra que se encontraban en las prisiones de México y Chile es la tercera más consumida.

Sobre la conducta delictiva de ambas muestras encontramos un inicio más temprano para los españoles (edad media de primer delito no sancionado de 13.2 años, frente a los 14.7 años de media para los participantes de las prisiones latinoamericanas), aunque ingresan en menor medida en centros de menores. A pesar de estas diferencias, la primera detención e ingreso en prisión se dan a edades similares (a los 21 para la primera detención y a los 25 años para el primer ingreso). Los participantes internos en prisión española son más reincidentes y aunque el porcentaje de los que comenten delitos violentos es muy alto, es inferior al que presentan los de origen latinoamericano (un 74.6% para los españoles y un 89.7% para los latinoamericanos).

Al comparar cualitativamente el tipo de delitos cometidos destacan las diferencias porcentuales obtenidas en los delitos de violencia contra la pareja o de lesiones o atentado contra la autoridad, superiores para los participantes que se encontraban en España y delitos como los homicidios/asesinatos o intento de homicidio y asesinato y los delitos sexuales, con mayor presencia entre los participantes que se encontraban en Latinoamérica; tales diferencias también aparecen en los delitos de carácter no violento, es decir, delitos como hurtos, robos con fuerza o de apropiación indebida, contra la salud pública u otros delitos no violentos menores como la posesión de armas de fuego sin licencia o las amenazas, se dan en mayor medida entre los participantes internos en la prisión de Villabona. La mayor o menor representación y condena de cierto tipo de delitos por el sistema penal de cada país, el grado de violencia de las distintas culturas o el proceso de selección de las muestras creemos pueden ser posibles explicaciones de estas distintas realidades ofrecidas.

El valor de Alpha de Cronbach para el instrumento IPDE-SQ (Alpha=.81), da cuenta de la fiabilidad de la prueba, aunque si atendemos a la consistencia interna de cada una de las escalas, este valor baja, sobre todo para los trastornos paranoide, esquizoide, límite, histriónico y dependiente, situación que se repite en el estudio realizado por Slade y Forrester (2013) –exceptuando el caso del dependiente-. Por ello, la interpretación de estas medidas debe ser tomada con cautela, por lo que para capítulos posteriores, descartaremos aquellas escalas con una fiabilidad peor.

Siendo conscientes de lo dicho, los resultados que arroja el IPDE-SQ indican una posible prevalencia de trastornos de personalidad (92.2%, n=317) superior a la que suelen presentar estudios similares en la literatura: Fazel y Danesh (2002) la situaron en un 42%; López et al. (2007) en un 70%; Marín-Basallote y Navarro-Repiso (2012) en un 35.16%; Cádiz; Vicens y su equipo (2011) la situaron en un 80%; y Slade y Forrester (2013), quienes utilizaron también el IPDE-SQ como instrumento de medida, la situaron en el 77%; la comorbilidad también es alta, situándose en el 75.4% (n=260). Dichas diferencias son esperables si consideramos los distintos instrumentos de medida utilizados por cada estudio, que además pueden basarse en distintos sistemas de clasificación con criterios diferentes para el diagnóstico de los trastornos de personalidad (Brun, & González, 2008a; Brun, & González, 2008b; López et al., 2007); a la vez, hay que ser consciente de que el IPDE-SQ, como instrumento de cribaje, no diagnostica por sí mismo la presencia de estos trastornos, sino que identifica a individuos susceptibles de presentar este diagnóstico con la finalidad de ser sometidos a una evaluación más profunda mediante entrevista. La prevalencia real será entonces sería de esperar menor, aunque con unos índices que hablan de una problemática a considerar y que se debe tener presente en cualquier intento de intervención por crear un clima emocional positivo para desarrollar y mejorar nuestra intervención psicosocial.

Atendiendo a la posible prevalencia de cada uno de estos diagnósticos, estimada con esta prueba, encontramos resultados dispares a la literatura (Pelechano, 2008; Vicens et al., 2011), a excepción del trabajo realizado por Slade y Forrester (2013). Los trastornos con mayor presencia son el esquizoide, el anancástico y paranoide, cuando lo habitual es la mayor presencia del trastorno disocial y el límite – o sus análogos según el DSM- a considerar la histórica relación que han mantenido con la conducta delictiva (Echeburúa, 2000; González, 2007; Martínez et al., 2001). De nuevo, dichas discrepancias se justifican en base a los criterios diagnósticos establecidos en cada sistema de clasificación e instrumentos de medida que se derivan de ellos. Aunque se pretendan semejantes, los trastornos de personalidad definidos por el DSM y por el CIE distan de serlo.

El análisis descriptivo sobre la aplicación de la escala PCL-R de Hare (Torrubia et al., 2010) en este estudio, indican medias y desviaciones típicas, sobre las puntuaciones para cada faceta del cuestionario, similares a los encontrados en los manuales de

referencia para nuestra investigación (Hare, 1991a; Torrubia et al., 2010). En lo que respecta a la correlación para cada ítem y la puntuación total, encontramos para el ítem 16 –incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones- un valor inferior a .30; considerando que la mayor parte de la muestra se ha recogido en los módulos de la Unidad Terapéutica y Educativa en el Centro Penitenciario de Villabona, podríamos esperar que la normativa establecida en dicho lugar afecte de alguna manera a los resultados obtenidos, en tanto que en dicha unidad se tiene como objetivo para la reinserción y la reeducación del interno la asunción de los delitos cometidos y el mal causado, siempre que se quieren permanecer en estos módulos. De todas formas, los datos arrojados sobre la muestra para la adaptación del PCL-R a población española (Torrubia et al., 2010), muestran un valor en esta línea para este ítem de .16 – el valor negativo podría deberse a la mala formulación o selección del propio ítem para el cuestionario-.

En lo que respecta a los valores de fiabilidad, los resultados son similares e incluso superiores a los obtenidos por el propio autor de la muestra en su manual (Hare, 1991a) y los obtenidos mediante la muestra utilizada para la adaptación de esta escala a población española (Torrubia et al., 2010). El instrumento, pues, resulta ser fiable en la aplicación a la muestra de este estudio.

Finalmente, sobre la presencia de la psicopatía en la muestra de internos que conforma la Tesis Doctoral encontramos porcentajes similares a los obtenidos por otros estudios en muestras españolas, aunque ligeramente inferiores (Moltó et al., 2000, Torrubia et al., 2010), siendo superior la presencia de este trastorno en los participantes que se encontraban cumpliendo condena en prisiones de México y Chile. Esta discrepancia, creemos no puede ser achacada a diferencias culturales, sino más bien a la preselección de los internos en base a características de personalidad en las prisiones latinas.

9.2.LA ESTRUCTURA FACTORIAL DEL PCL-R. CUESTIONAMIENTO DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL COMO CRITERIO DE EVALUACIÓN DE PSICOPATÍA

El planteamiento teórico de esta Tesis Doctoral ofrece las distintas estructuras de 2, 3 y 4 factores propuestas para el PCL-R, por diferentes equipos de investigadores. Algunas de estas propuestas van a cuestionar la relevancia del comportamiento criminal para la evaluación de la psicopatía, apoyando una visión más tradicional basada en la definición y detección de este constructo, que estuvo presente en sus orígenes..

9.2.1. Objetivo e Hipótesis

Esta parte de la Tesis Doctoral se plantea como objetivo identificar la estructura factorial más adecuada del PCL-R para la evaluación de la psicopatía y aportar información sobre la fiabilidad y validez discriminante, en la muestra de internos penitenciarios que conforma nuestra Tesis Dcotoral. Con ello, se pretende considerar y responder a la relevancia de la conducta antisocial en la detección de la psicopatía.

- *Hipótesis 1:* Considerando el respaldo científico que presentan cada una de las estructuras factoriales presentadas, se espera que todas ellas se ajusten a la muestra utilizada en este estudio, incluido el modelo jerárquico de tres factores de Cooke & Michie (2001) que suprime la conducta antisocial como exigencia para la evaluación de este trastorno.
- *Hipótesis 2:* Considerando la conducta antisocial en la evaluación de la psicopatía más como un lastre que impide una detección clara de la personalidad psicopática, se espera demostrar la superioridad de la estructura de tres factores frente al resto, a la vez que se constata que esta escala más reducida es fiable para la evaluación y diagnóstico de la psicopatía.
- *Hipótesis 3:* La modificación del PCL-R en base a esta estructura de 3 factores – suprime 7 ítems de la escala- permitirá la detección de un nuevo grupo de psicópatas que, manteniendo las mismas características de personalidad que el psicópata tradicional, no era detectado por no presentar una historia delictiva anterior. De igual manera, la escala modificada se espera detecte a los psicópatas que ya obtenían dicha etiqueta mediante la escala tradicional, pues al fin y al cabo, en esta escala reducida se mantienen los ítems que hacen referencia a la esencia del psicópata: ítems afectivos e interpersonales.

- *Hipótesis 4:* La nueva escala, a pesar de suprimir aquellos ítems sobre la conducta delictiva de la escala original del PCL-R, mantendrá su validez discriminante frente a las variables delictivas, de tanto interés para el ámbito profesional en el que se configura esta población.

9.2.2. Método

Participantes

La muestra está conformada por 197 hombres internos del Establecimiento Penitenciario de Villabona (Asturias, España), que han sido evaluados durante su estancia en la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) de dicha institución. Las entrevistas fueron voluntarias y se llevaron a cabo por la doctoranda, de forma individual y cara a cara en un área privada del Centro Penitenciario habilitada para tal efecto. La duración de la evaluación fue de dos horas aproximadamente para cada interno, como ya se detallo en la parte de método de esta Tesis Doctoral.

El rango de edad es amplio (21 a 73 años, $M= 36$, $SD.= 9,7$), presentando el 58,6% de ellos estudios primarios o inferiores y un perfil delictivo donde se resalta: el 41,3% ya habían cometido su primer delito no sancionado a los 12 años, siendo reincidentes el 60,12% y llegando a cometer delitos violentos el 73%.

Instrumentos

Para este estudio se tomó la información resultado de la aplicación del PCL-R (Hare, 2003) y la Ficha Criminológica (Estrada et al., 2012). La estructura y desarrollo de estos instrumentos fueron explicados en el apartado dedicado en el método para ello de esta Tesis Doctoral.

Procedimiento y análisis de los datos

Para el estudio del modelo de medida se ha utilizado el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), cuya técnica es aconsejada para el estudio de modelos estructurales establecidos en base a la investigación previa, de acuerdo con Brown (2006) y García-Cueto, Gallo

& Miranda (1998), en tanto supera las limitaciones del modelo exploratorio. Para la selección de los modelos se tuvo en cuenta el χ^2 y su probabilidad asociada, y otros índices de ajuste recomendados en la literatura, como el CFI (Comparative Fit Index) - superiores a .95, siendo mejor cuanto más próximos a 1.00- y el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) -inferior a .08 (preferiblemente, inferior a .06), debiendo rechazarse si el modelo es superior a .10- (Herrero, 2010).

Para el estudio de la validez discriminante, se ha utilizado el un nuevo punto de corte obtenido para diferenciar psicópatas y no psicópatas entre los participantes y el análisis univariado de la varianza (ANOVA), con el objeto de analizar la diferencia de medias entre grupos en diversos aspectos de la historia delictiva del sujeto: edad de primera detención, edad de la primera entrada en prisión, duración total de todas sus condena en meses y número total de entradas en prisión. Se utilizará también la prueba de χ^2 para examinar la relación entre la pertenencia al grupo de psicópatas y la comisión o no de diferentes tipos de delitos (vandalismo y/o daños a la propiedad, amenazas, posesión de arma de fuego/tenencia ilícita de armas, robo con intimidación y/o violencia, delito de lesiones y/o atentado contra la autoridad, intento de homicidio/asesinato u homicidio/asesinato).

9.2.3. Resultados

Con el objeto de responder al objetivo, de este apartado de la Tesis Doctoral, se estimaron varios modelos de medida del PCL-R, que reflejarían las distintas orientaciones en el estudio de la estructura del instrumento existentes en la literatura científica. Atendiendo a los resultados de la Tabla 9.1, se observa que los modelos que no incluyen los testlets (unidimensional, 2 factores, 3 factores y 4 factores) presentan un pobre ajuste a los datos ($CFI \leq .86$); la inclusión de los testlets mejora sustancialmente los índices de ajuste en el modelo propuesto de 3 factores ($\chi^2 = 121$, $df = 56$, $CFI = .93$, $RMSEA = .07$). Este modelo fue finalmente revisado para incluir la correlación entre dos errores de la variables 9 y 14 (Insensibilidad afectiva y ausencia de empatía y Ausencia de metas realistas a largo plazo), lo que mejoró nuevamente el ajuste del modelo ($\Delta\chi^2 = 16$, $df = 1$, $p < .001$). La estructura factorial de este modelo final se presenta en la Tabla 9.2.1.

Tabla 9.2.1

Índices de ajuste para los distintos Modelos estructurales del PCL-R

	N	χ^2	Gl	p	CFI	RMSEA
Modelo unidimensional	197	743	170	< .001	.60	.13
Modelo correlacional de 2 factores	197	468	134	< .001	.76	.10
Modelo jerárquico de 3 factores con testlets	197	121	56	< .001	.93	.07
Modelo jerárquico de 3 factores con testlets. Modificado	197	105	55	< .001	.95	.07
Modelo jerárquico de 3 factores sin testlets	197	187	62	< .001	.86	.10
Modelo jerárquico de 4 factores	197	414	131	< .001	.79	.10
Modelo correlacional de 4 factores	197	366	129	< .001	.82	.09

Los resultados de la Tabla 9.2.2 indican que todas las saturaciones de primer (entre los ítems a los testlets) segundo (entre los testlets y los factores) y tercer orden son estadísticamente significativas ($p < .001$), ofreciendo la escala una consistencia interna satisfactoria, tanto para el total de la escala como para cada factor evaluado a través del Alpha de Cronbach: $\alpha = .85$ para el total de la escala y $\alpha's \geq .75$ para los tres factores, respectivamente.

La eliminación de 7 de los 20 ítems del cuestionario original exige el cálculo de un nuevo punto de corte. Para llevar esto a cabo se siguió el procedimiento descrito en el Manual del PCL-R (Hare, 1991a), en el que se estableció la puntuación de corte en base a la suma de la media más una desviación típica. La media de los 13 ítems es de 13.15 y la desviación típica de 5.54, lo que proporciona un punto de corte de 18. Ello ofrece implicaciones importantes para el diagnóstico, en tanto se comprueba que con esta escala se logra identificar al 96,5% de psicópatas diagnosticados por la escala original PCL-R, al igual que detecta a un 8,6% más de individuos con este trastorno de entre aquellos que anteriormente no habían sido referidos como tal.

Con la finalidad de comprobar la validez discriminante de la nueva escala, analizamos la relación entre la presencia de psicopatía en el individuo -diagnosticada por esta nueva configuración obtenida en la Tesis Docotral para la escala- y un conjunto de variables cuantitativas sobre el historial delictivo de los participantes, a través del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA). Los resultados obtenidos ponen de manifiesto diferencias significativas en todos los casos (Ver tabla 9.2.3), lo mismo que cuando se analiza la relación entre psicopatía y un conjunto de delitos (Ver tabla 9.2.4). Los

resultados indican que el psicópata es detenido por primera vez y entra en prisión a una edad más temprana, el tiempo de condena es más largo y tiene un mayor número de entradas en prisión; además, comete en mayor medida delitos de vandalismo o daños contra la propiedad y delitos violentos – amenazas, posesión de arma de fuego/tenencia ilícita de armas, robos con intimidación y/o violencia, delitos de lesiones o atentado contra la autoridad e intentos de homicidio/asesinato u homicidios/asesinatos-.

Tabla 9.2.2

Saturaciones no estandarizadas y errores estándar (en paréntesis) para el modelo jerárquico de 3 factores con testlets modificado

	Testlets 1	Testlets 2	Testlets 3	Testlets 4	Testlets 5	Testlets 6	Factor General (Psicopatía)
PCL 1	1 ^a						
PCL 2	1.23*** (.20)						
PCL 3					1 ^a		
PCL 4		1 ^a					
PCL 5		1.08*** (.10)					
PCL 6				1 ^a			
PCL 7			1 ^a				
PCL 8			.95*** (.07)				
PCL 9						1 ^a	
PCL 13						.33*** (.09)	
PCL 14					1.04*** (.12)		
PCL 15					.90*** (.10)		
PCL 16				.64*** (.10)			
Factor 1	1 ^a	1.60*** (.31)					1 ^a
Factor 2			1 ^a	.83*** (.09)			1.90*** (.47)
Factor 3					1 ^a	1.01*** (.18)	.86*** (.22)

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

^a Fijado a 1 durante la estimación

Tabla 9.2.3

Resultado del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) del efecto diferencial del diagnóstico de psicopatía sobre variables cuantitativas delictivas.

	Media	ET	Gl	F	Sig.
Edad de primera detención (N=191)					
No psicópata	22.70	9.92	1	10.09	.002
Psicópata	17.60	7.53			
Edad de primer ingreso penal (N=190)					
No psicópata	26.84	9.29	1	5.96	.016
Psicópata	22.93	9.71			
Meses de condena (N=187)					
No psicópata	117.63	94.17	1	22.25	.000
Psicópata	206.56	150.6			
Número de entradas en prisión (N=191)					
No psicópata	2.60	2.58	1	11.82	.001
Psicópata	5.75	10.1			

Tabla 9.2.4

Resultados del análisis chi-cuadrado. Relación diagnóstico de psicopatía y tipos de delito.

Tipo de delitos (N=196)	No psicópata	Psicópata	χ^2	Sig.
Otros delitos no violentos				
No	131 (87.3%)	34 (73.9%)	4.76	.029
Si	19 (12.7%)	12 (26.1%)		
Posesión de Arma de Fuego/tenencia ilícita de armas				
No	144 (96%)	35 (76.1%)	17.62	.000
Si	6 (4%)	11 (23.9%)		
Amenazas contra la integridad				
No	140 (93.3%)	37(80.4%)	6.69	.021
Si	10 (6.7%)	9 (19.6%)		
Delito de robo con violencia				
No	100 (66.7%)	22 (47.8%)	5.31	.021
Si	50 (33.3%)	24 (52.2%)		
Delito de lesiones/atentado a la autoridad				
No	99 (66%)	19 (41.3%)	8.96	.003
Si	51 (34%)	27 (58.7%)		
Delitos de homicidio/asesinato				
No	137 (91.3%)	35(76.1%)	7.61	.006
Si	13 (8.7%)	11 (23.9%)		

Discusión

La pretensión principal en este apartado de la Tesis Doctoral era ver en qué medida nuestros resultados confirman la estructura factorial del PCL-R identificada por Cooke (Cooke & Michie 2001; Cooke et al., 2007). Los datos confirman dicha estructura, a la vez que se constata, de un lado, que es fiable y válida para la evaluación del constructo de psicopatía y, de otro, que la consideración de la conducta criminal como necesaria para este diagnóstico dentro de las prisiones (Hare, 1991a; Hare, 2003; Torrubia et al., 2010) queda cuanto menos en duda. Estas afirmaciones son sustentadas por los resultados obtenidos en el AFC, que indican como única estructura factorial ajustada a nuestros datos el modelo jerárquico de 3 factores con testlets, que eliminaba 7 de los 20 ítems de la escala.

Nuestros datos, haciendo alusión al modelo triárquico de Patrick et al. (2009), refieren un individuo que presenta una conducta externalizante caracterizada por las conductas disruptivas, búsqueda de sensaciones, impulsividad y agresividad (fenotipo de desinhibición; faceta 3 del PCL-R; factor 3 del modelo jerárquico) que es capaz de cometer actos de agresión depredadora, explotar a los otros de forma estratégica en su propio beneficio, mostrándose arrogante y desafiante (fenotipo de Maldad; faceta 2 del PCL-R; factor 2 del modelo jerárquico). Estas son características del psicópata criminal tradicional, pero además mantienen imperturbabilidad, equilibrio social, asertividad y capacidad de persuasión (fenotipo de Audacia; faceta 1 del PCL-R; factor 1 del modelo jerárquico) que mantiene al psicópata no criminal lejos de las prisiones. Por ello, entendemos que los resultados de esta Tesis Doctoral representan un avance frente a la estructura original del PCL-R, que no detecta al psicópata integrado, al no presentar una carrera delictiva anterior; este comete su primer delito a edad avanzada y va a prisión, mantiene una carrera delictiva oculta y es condenado tardíamente o lleva toda una vida llena de comportamientos que son de reciente consideración por el código penal como delitos.

El análisis de las características psicométricas refiere la necesidad de un nuevo punto de corte que discriminara entre los sujetos evaluados - valoración máxima a obtener es de 26 puntos, siendo 18 la puntuación necesaria para el diagnóstico de psicopatía-. Ello, en primer lugar, nos ofrece una fiabilidad, tanto para la puntuación total como para los factores, similar e incluso superior a la obtenida por otros autores en la estructura

original (Hare, 1991a; Torrubia et al., 2010). Al comprobar, finalmente, la validez se ha constatado, de un lado, que se identifica al 96.5% de los individuos diagnosticados por la Escala completa de Hare, pero además se detecta a un 8.6% más de psicópatas; cierto es que la inclusión de los ítems sobre conducta antisocial en el PCL-R mejora su capacidad predictiva en lo que respecta a la reincidencia violenta (Cooke, et al., 2004; Skeem et al., 2003), pero ello supone un porcentaje considerable de individuos que poseyendo las características esenciales del psicópata (Cleckley, 1976), y por tanto con capacidad para cometer los actos de mayor crueldad y gravedad, no sean detectados al llegar a prisión (Garrido, 2002). La estructura factorial jerárquica de 3 factores, de Cooke & Michie (2001) y colegas (Cooke et al., 2007), ofrece como ventaja: permitir identificar además de los psicópatas diagnosticados según la estructura tradicional del PCL-R a otros desapercibidos, por su escasa conducta delictiva previa.

Ello se confirma al mantener la escala validez discriminante para variables delictivas, sin la inclusión de los ítems de la faceta antisocial. De esta manera, los individuos con mayores probabilidades para presentar psicopatía comienzan su carrera delictiva a edades más tempranas, sus delitos son más violentos, sus condenas más largas y son más reincidentes; mantienen diferencias cuantitativas y cualitativas sobre el delito, frente al resto de delincuentes. Así, este constructo se relaciona con el comportamiento criminal, sin necesidad de confundir dicha relación con su definición (Cooke & Michie, 2001; Cooke et al., 2007; Hare, 1999; Skeem & Cooke, 2007).

El modelo o mapa conceptual para la explicación de la Personalidad Psicopática (CAPP), desarrollado por Cooke y otros (2012), con la eliminación del comportamiento criminal a priori como necesaria para la definición del concepto, facilita la localización del psicópata no detectado dentro de las prisiones. Los 33 síntomas presentados en el modelo son en su mayoría equivalentes a los ítems interpersonales, afectivos y estilo de vida del PCL-R, siendo estos prototípicos del constructo, aunque definidos en un léxico más natural y atomista. Cabe preguntarse en términos de eficiencia de la medida dirigida al diagnóstico (en ningún caso en términos de definición del constructo) si estos síntomas adicionales, menos prototípicos pero igualmente parte de la definición del concepto de psicopatía, aportan información adicional relevante para el diagnóstico. Los resultados del estudio indican que la estructura jerárquica de 3 factores, que elimina 7 de los 20 ítems de la escala original del PCL-R, es fiable y válida, demostrando que la

inclusión de ítems relacionados con la carrera delictiva más bien confunde y entorpece. Es decir, el constructo de psicopatía se relaciona con la conducta criminal, sin ser característica definitoria del mismo, y cuando se malinterpreta dicha relación incluyendo actos delictivos previos como necesarios para el diagnóstico, no son detectados en nuestras prisiones un porcentaje considerable de psicópatas. El psicópata integrado que ha llevado una vida ordenada de cara al sistema penal y llega a la prisión no es diagnosticado por la estructura original del PCL-R.

9.2. PERFIL DEL PSICÓPATA INSTITUCIONALIZADO SIN ESTILO DE VIDA DELICTIVO

Los resultados ofrecidos hasta el momento, en la Tesis Doctoral, refieren que la conducta criminal como criterio, para la evaluación de la psicopatía, entorpece la detección del psicópata que no presenta un estilo de vida delictivo. Hablamos del psicópata no institucionalizado, integrado o de éxito, que mantiene las características de personalidad del psicópata criminal, pero que en cambio, presenta una mayor habilidad para mantenerse alejado de las Instituciones Penitenciarias, bien sea porque son capaces de ocultar su conducta criminal con asombrosa destreza (Garrido, 2004) o porque limitan la manifestación de sus características de personalidad a conductas inmorales, pero no ilegales (Hare, 1993). De cualquier forma, comentábamos sobre este tipo de psicópata en el marco teórico de esta Tesis Doctoral que, a pesar de no presentar una carrera criminal, son capaces de cometer los actos de mayor crueldad y violencia si mediante otras herramientas –la manipulación, la mentira, el encanto superficial, etc.- no obtienen lo que desean (Garrido, 2004; Pozueco et al., 2010).

También en el marco teórico hemos recogido varias argumentaciones que han tratado de dar respuesta a las diferencias entre ambos tipos de psicópatas. Destaca aquí la explicación del trastorno influida por variables moderadoras: las causas y gravedad de la patología es la misma, siendo la conducta antisocial una consecuencia primaria tanto para el psicópata institucionalizado como para el no institucionalizado, pero, en el caso de este último, se dan una serie de factores de moderadores durante el desarrollo, que van a influir en la expresión conductual de sus rasgos subyacentes (Hare, 1993). Se entiende, entonces, que ciertas variables que se suceden durante la infancia y adolescencia del psicópata pueden favorecer el ocultamiento de una vida criminal, el inicio tardío en la conducta delictiva o la limitación a conductas que bordean la ley sin infringirla.

Al suprimir la carrera criminal como criterio de evaluación en el PCL-R y centrarnos en las características de personalidad y el estilo de vida, podemos detectar a este psicópata no institucionalizado que termina por entrar en prisión debido a la comisión de un acto delictivo aislado o la detección tardía de su carrera criminal. La disposición

de este psicópata en prisión se convierte, pues, en una oportunidad para el estudio de sus características diferenciales en referencia al psicópata criminal.

9.3.1. Objetivo e hipótesis.

En este apartado del marco empírico de la Tesis Doctoral pretende ofrecer la similitud entre las características de personalidad de ambos psicópatas y establecer el perfil diferencial (educación, desarrollo y conducta delictiva) del psicópata subclínico que llega a prisión, y no puede ser diagnosticado por la versión tradicional del PCL-R, es decir, del psicópata no detectado en las prisiones. Con ellos, se pretende identificar cuales son las variables moderadoras que permiten al psicópata mantenerse alejado de las Instituciones Penitenciarias.

- *Hipótesis 1:* Las características de personalidad de ambos tipos de psicópatas no deberían ofrecer diferencias significativas en los factores 1 (ítems sobre aspectos interpersonales) y 2 (ítems sobre aspectos afectivos), en base a la literatura ya referida en nuestro marco teórico de la Tesis Doctoral. No obstante, considerando la superior capacidad del psicópata subclínico o de éxito para mantenerse integrado en la sociedad, podríamos presumir que este obtuviera una puntuación más elevada en el factor 1, mientras que en lo que respecta al factor 3, sobre estilo de vida, se esperarían diferencias significativas entre ambos, obteniendo una puntuación más elevada el psicópata criminal debido a su estilo de vida delictivo.
- *Hipótesis 2:* Considerando la descripción del constructo en la literatura, se espera encontrar un perfil caracterizado por una infancia y adolescencia con menor número de factores de riesgo que el psicópata criminal, para el desarrollo de conductas delictivas, tales como: padres consumidores y con antecedentes penales y/o de salud mental, un estilo educativo permisivo, falta de supervisión parental, la ausencia de los padres, infancia institucionalizada, etc.
- *Hipótesis 3:* Las variables sobre el desarrollo, considerando su integración en la sociedad, se esperará que presenten un mejor nivel educativo, menor número de

problemas escolares, menor incidencia del consumo de drogas e inicios más tardíos.

- *Hipótesis 4:* Por último, la carrera delictiva, a diferencia del psicópata criminal, se espera sea corta y sin versatilidad, cometiendo delitos alejados de un estilo de vida delictual; parte de ellos se caracterizaran por un alto grado de violencia, ya que mantienen la misma capacidad que el psicópata criminal para ser crueles y despiadados.
- *Hipótesis 5:* Se identificarán una serie de factores de protección que mantengan al psicópata alejado de la conducta criminal, convirtiéndose en una aportación útil para el desarrollo de programas de intervención más eficaces con este tipo de internos.

9.3.2. Método

Participantes.

La muestra inicial conformada por un total de 352 internos en prisión, ha dado paso a seleccionar para dar respuesta a los objetivos planteados a un total de 103 internos, en base a su diagnóstico como psicópata detectado o no detectado. De ellos, 56 se encontraban en el Centro Penitenciario de Villabona (Asturias) cuando fueron evaluados y 23 en el Ce. Re. So. Puente Grande en Guadalajara (Jalisco, México) o en el Ce. Re. So. Francisco J. Múgica en Morelia (Michoacán, México) y los 24 restantes se encontraban cumpliendo condena en el Centro Penitenciario de Puente Alto, localizado en el área metropolitana de Santiago de Chile (Chile). Casi la totalidad de la muestra es de género masculino (97%), siendo la media de edad 36 años. El 79% ha cometido delitos violentos y el 56% son reincidentes.

Instrumentos

Contamos con los expedientes penitenciarios de los internos, que nos permitieron obtener información fidedigna sobre su historial penitenciario, además de informes

realizados por otros profesionales sobre su historia de vida personal y la evaluación social y psicológica. Posteriormente los internos fueron evaluados mediante una Ficha de Historia Penitenciaria (Estrada et al., 2012) y la adaptación española de la Entrevista Semiestructurada del PCL-R (Torrubia et al., 2010), descriptos ambos con mayor detenimiento en el apartado de método de esta Tesis Doctoral.

Procedimiento y análisis de los datos.

Para la consecución de este objetivo se han tomado en consideración la totalidad de las variables recogidas en el apartado de método de esta Tesis Doctoral sobre la historia familiar y personal, así como las variables criminológicas. En el apartado de resultados se muestran solo aquellas para las que se obtuvieron resultados significativos, con las cuales posteriormente se ha realizado un análisis multivariado de la varianza mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows, con el objetivo de construir el perfil del psicópata habitualmente no detectado en las prisiones en base a la incidencia de diferencias en variables sobre la competencia paterna para educar, variables sobre el desarrollo del menor (escolar y de consumo) y variables cuantitativas y cualitativas del delito. Como técnicas estadísticas se han utilizado la prueba chi-cuadrado, el Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) y el Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA), de acuerdo con la naturaleza de las variables analizadas.

9.3.3. Resultados

Fueron 352 los internos en prisión evaluados con la escala de Psicopatía PCL-R (Torrubia et al., 2010). Según la versión de 13 ítems derivada de la estructura factorial jerárquica con testlets de 3 factores, 100 (28.3%) obtuvieron un diagnóstico positivo de psicopatía. De estos, 62 también eran diagnosticados por la versión tradicional de la escala, añadiéndose 3 más que no lo eran por la versión de 3 factores, obteniendo un grupo final de 65 internos (18.5%) de psicópatas detectados, que equivaldría al psicópata criminal de R. D. Hare. Los 38 restantes conformaron un segundo grupo (10.8%), al que bautizamos como psicópatas no detectados, pues pasan desapercibidos para la versión tradicional del PCL-R. Estos equivaldrían a los psicópatas subclínicos o

de éxitos que estando integrados en la sociedad y sin presentar carrera delictiva anterior, cometen un delito y llegan a prisión. Finalmente se trabajó con una muestra de 103 internos.

En primer lugar, comprobaremos si el patrón de puntuaciones obtenida en la estructura de 3 factores de Cooke & Michie (2001) es similar en ambos tipos de psicópatas o si por el contrario se dan diferencias significativas (Ver tabla 9.3.1). Con tal objetivo se ha utilizado el Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) como técnica estadística y el estadístico Lambda de Wilks como prueba general de significación, poniendo los resultados de manifiesto diferencias significativas en relación a la distribución de las puntuaciones en esta escala en base al tipo de psicópata (Valor=.721/ F=12.74/ p=.000).

Tabla 9.3.1

Resultado del Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) del efecto diferencial del tipo de psicópata sobre las puntuaciones en la versión de 3 factores del PCL-R de Cooke & Michie (2001).

Factores estructura de 3 factores (Cooke & Michie, 2001) N=103	Media	DT	Gl	F	Sig.
Factor1 (Interpersonal)					
Psicópata detectado	6.23	1.66	1	.543	.463
Psicópata no detectado	6	1.27			
Factor 2 (Afectivo)					
Psicópata detectado	6.89	1.04	1	.432	.513
Psicópata no detectado	6.74	1.32			
Factor 3 (Estilo de vida)					
Psicópata detectado	7.85	1.22	1	23.924	.000
Psicópata no detectado	6.34	1.89			

Al observar con detenimiento los resultados del modelo se constata que las diferencias significativas establecidas son debidas al factor 3 sobre estilo de vida (M=7.29/ Rango de 3 a 10/ DT=1.66). El psicópata detectado obtiene una puntuación más elevada en este factor, lo cual significa que presenta un estilo de vida más deteriorado; este factor, concretamente, recoge los ítems: Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento, estilo de vida parasitario, ausencia de metas realistas a largo plazo, impulsividad e irresponsabilidad. En lo que respecta a los factores 1 y 2 que hacen referencia a

consistencias de personalidad, no se establecen diferencias significativas entre ambos tipos de psicópatas.

Atendiendo a este factor sobre estilo de vida que determina las diferencias significativas entre ambos tipos de psicópatas, sometimos a estudio una serie de variables referentes al desarrollo de carácter familiar, educativo, de consumo y delictivo. Se pretende con ello determinar la incidencia de estas variables sobre la distribución de las puntuaciones en este factor (Ver tabla 9.3.2/ 9.3.3/9.3.4).

Tabla 9.3.2

Resultado del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) del efecto diferencial de variables familiares sobre la distribución de las puntuaciones en el factor 3 (estilo de vida), de la versión de 3 factores de Cooke & Michie (2001) sobre el PCL-R.

	Media	DT	Gl	F	Sig.
VARIABLES FAMILIARES					
Ambiente de consumo familiar (N=317)					
No	5.05	2.372			
Si	5.94	2.165	1	11.93	.001
Padre detenido (N=321)					
No	5.24	2.29			
Si	6.42	2.20	1	11.19	.001
Hermanos detenidos (N=319)					
No	5.25	2.28			
Si	5.94	2.35	1	5.58	.019
Padre cárcel (N=339)					
No	5.28	2.36			
Si	6.76	2.16	1	4.41	.012
La relación con padres fue mala o no hubo (N=322)					
Normal o buena con ambos	5.12	2.28			
Mala o no hubo con al menos uno de ellos	5.75	2.39	1	5.85	.016
Estilo educativo aturizativo (N=311)					
No	5.65	2.26			
Si	4.87	2.50	1	7.17	.008
Crianza (N=340)					
Toda su crianza con padres, familia extensa o algún tipo de combinación de ambos	5.24	2.36			
Parte o toda la infancia en instituciones, con padres de acogida, adoptivos o solos en la calle	6.73	2.01	1	9.75	.002

En la tabla 9.3.2 se puede apreciar que un ambiente familiar marcado por el consumo de drogas, la conducta delictiva, vínculos deteriorados entre sus miembros, estilos educativos inadecuados y la ausencia de figuras familiares durante el proceso de socialización, se relacionan con un estilo de vida negativo en la edad adulta, es decir,

con puntuaciones más elevadas en el factor 3. Concretamente, las relaciones estudiadas nos indican que obtienen puntuaciones más elevadas aquellos que: han crecido en una familia nuclear en la que al menos uno de sus miembros era consumidor de drogas; los padres y hermanos han sido detenidos en alguna ocasión, incluso alguno de los progenitores ha pasado una temporada en prisión; la relación con sus padres ha sido mala o no ha habido relación; El estilo educativo ha sido autoritario, negligente o indulgente; y han pasado parte de la infancia lejos de su familia de origen en instituciones, con padres de acogida, adoptivos o incluso solos en la calle.

Tabla 9.3.3

Resultado del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) del efecto diferencial de variables educativas y de consumo sobre la distribución de las puntuaciones en el factor 3 (estilo de vida), de la versión de 3 factores de Cooke & Michie (2001) sobre el PCL-R.

	Media	DT	Gl	F	Sig.
VARIABLES EDUCATIVAS					
Escolaridad (N=338)					
Estudios secundarios o superiores	4.61	2.32			
Estudios secundarios inacabados o inferiores	5.73	2.30	1	17.71	.000
Problemas graves con profesores (N=317)					
No	5.13	2.32			
Si	6.35	2.10	1	17.14	.000
Problemas graves con compañeros (N=318)					
No	5.19	2.34			
Si	6.17	2.10	1	11.16	.001
VARIABLES DE CONSUMO					
Adicción a las drogas ilegales (N=342)					
No	3.79	2.24			
Si	5.70	2.25	1	36.42	.000
Policonsumo (N=281)					
No	4.51	2.44			
Si	5.90	2.16	1	13.25	.000

Con respecto a la educación, observamos que un nivel de estudios inferior favorece la obtención de puntuaciones más elevadas, así como el mantenimiento de relaciones problemáticas en la escuela tanto con los profesores como con los compañeros (insultos, humillaciones, agresiones, etc.). Sobre el consumo, se establece que la adicción a drogas ilegales se asocia con un peor estilo de vida. Si nos centramos en la parte de la muestra que consume sustancias adictivas, encontramos que el policonsumo favorece una mayor puntuación en el factor 3 en detrimento de aquellos que solo consumen un tipo de droga (Ver tabla 9.3.3).

Los internos que afirman haber cometido al menos un delito antes de ser detenidos por primera vez, tienen un peor estilo de vida en la edad adulta, al igual que los reincidentes. Finalmente, en lo que respecta al tipo de delito cometido, se relacionan con puntuaciones más elevadas en el factor 3 la comisión de los delitos de: conducción; económicos; hurtos, robos con fuerza en las cosas y apropiación indebida; otros delitos no violentos menores como vandalismo o daños a la propiedad; delitos de robo con violencia o intimidación; de homicidio y/o asesinato o de intento de homicidio y/o asesinato; y los delitos sexuales contra adultos (Ver tabla 9.3.4).

Tabla 9.3.4

Resultado del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) del efecto diferencial de variables delictivas sobre la distribución de las puntuaciones en el factor 3 (estilo de vida), de la versión de 3 factores de Cooke & Michie (2001) sobre el PCL-R.

	Media	DT	Gl	F	Sig.
VARIABLES DELICTIVAS					
Comisión de delito no sancionado (N=330)					
No	4.45	2.72			
Si	5.64	2.20	1	12.01	.001
Reincidencia (N=343)					
No	4.78	2.43			
Si	5.84	2.19	1	17.94	.000
Delitos conducción (N=351)					
No	5.17	2.38			
Si	6.22	2.10	1	9.81	.002
Delitos económicos (n=351)					
No	5.21	2.35			
Si	6.02	2.34	1	5.92	.015
Delitos de robo no violentos (N=351)					
No	4.60	2.42			
Si	5.76	2.23	1	20.51	.000
Otros delitos no violentos (N=351)					
No	4.93	2.32			
Si	6.09	2.26	1	20.76	.000
Delitos de robo con violencia (N=351)					
No	4.66	2.42			
Si	6.29	1.92	1	45.86	.000
Delitos de lesiones / atentado autoridad (N=351)					
No	4.75	2.29			
Si	6.25	2.19	1	37.41	.000
Otros delitos violentos (N=351)					
No	4.90	2.35			
Si	6.28	2.11	1	28.08	.000
Delitos de homicidio / asesinato (N=351)					
No	5.19	2.31			
Si	6.01	2.46	1	6.87	.009
Delitos sexuales contra adultos (N=351)					
No	5.30	2.35	1	3.91	.049

Considerando las abundantes relaciones significativas establecidas en base a las puntuaciones obtenidas en este factor 3 -siendo este factor en el que se fundamentan las diferencias entre el psicópata detectado y el no detectado-, decidimos comprobar si estas son extrapolables al diagnóstico de psicopatía. Los resultados obtenidos sobre el análisis de diferencias de la variable tipo de psicópata (detectado o no detectado) en relación a las variables familiares, ponen de manifiesto diferencias significativas (Ver tabla 9.3.5).

El psicópata no detectado, a diferencia del psicópata detectado (criminal), ha crecido en mayor medida en una familia sin consumo abusivo de alcohol u otras drogas de carácter ilegal por parte de padres o hermanos, en la que se han establecido normas y límites transmitidas con afecto y diálogo (estilo educativo autorizativo) o sin ellos (estilo educativo autoritario), sin ausencia del padre ni detenciones de los hermanos.

Tabla 9.3.5

Resultados del análisis chi-cuadrado. Relación tipo de psicópata y variables familiares.

Variables familiares	Detectado	No detectado	χ^2	Sig.
Ambiente de consumo familiar (N=94)				
No	25(43,1%)	23(63,9%)	3,840	.050
Si	33(56,9%)	13(36,1%)		
Ausencia de normas y límites (N=95)				
No	21(35,6%)	27(75%)	13,889	.000
Si	38(64,4%)	9(25%)		
Falta del padre (N=101)				
No	26(40,6%)	26(70,3%)	8,249	.004
Si	38(59,4%)	11(29,7%)		
Hermanos detenidos (N=94)				
No	35(60,3%)	29(80,6%)	4,176	.041
Si	23(39,7%)	7(19,4%)		

De igual manera se establecen diferencias significativas en base a analizar la relación entre el tipo de psicópata y variables sobre el consumo (Ver tabla 9.3.6). Un menor número de psicópatas no detectados son consumidores de drogas en comparación con los psicópatas carcelarios y, además, consume en menor medida ciertas drogas: la marihuana, las pastillas y los inhalantes, no sucediendo esto con el resto de drogas estudiadas (cocaína, heroína, éxtasis, tabaco y alcohol).

En lo que respecta a otras variables sobre el desarrollo de carácter cuantitativo, se observan diferencias significativas a través del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA): la edad de abandono escolar en el psicópata detectado es más temprana, al igual que la edad del inicio en el consumo de la droga legal de iniciación para la muestra estudiada: el tabaco (Ver tabla 9.3.7)

Tabla 9.3.6

Resultados del análisis chi-cuadrado. Relación tipo de psicópata y variables del desarrollo sobre el consumo.

VARIABLES DEL DESARROLLO (CONSUMO)	DETECTADO	NO DETECTADO	χ^2	Sig.
Adicción a las drogas ilegales (N=101)				
No	3(4,7%)	10(27%)	8,536	.003
Si	61(95,3%)	13(73 %)		
Consumo de marihuana (N=100)				
No	8(12,7%)	13(35,1%)	7,073	.008
Si	55(87,3%)	24(64,9%)		
Consumo de pastillas (N=101)				
No	31(48,4%)	32(86,5%)	14,463	.000
Si	33(51,6%)	5(13,5%)		
Consumo de inhalantes (N=101)				
No	49(76,3%)	37(100%)	10,184	.001
Si	15(23,4%)	0(0%)		

Tabla 9.3.7

Resultado del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) del efecto diferencial del tipo de psicópata sobre variables del desarrollo

VARIABLES DEL DESARROLLO	Media	DT	Gl	F	Sig.
Edad abandono escolar (N=95)					
Psicópata detectado	14,13	3,58	1	10.05	.002
Psicópata no detectado	16,91	4,93			
Edad de inicio en el consumo de tabaco (N=81)					
Psicópata detectado	12,83	4,78	1	6.041	.016
Psicópata no detectado	15,81	6,07			

Se observan igualmente resultados significativos al analizar el de tipo de psicopatía con variables cuantitativas del delito. De esta manera, el psicópata no detectado comienza su carrera delictiva a una mayor edad que el psicópata criminal, pues comete su primer delito no sancionado, es detenido e ingresa por primera vez en prisión a una edad más tardía. De igual manera, el número de entradas en prisión es menor, al igual que los meses a los que es condenado a lo largo de su vida (Ver tabla 9.3.8).

Tabla 9.3.8

Resultado del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) del efecto diferencial del tipo de psicópata sobre variables cuantitativas del delito.

	Media	DT	Gl	F	Sig.
Edad primer delito no sancionado (N=82)					
Psicópata detectado	11.64	3.24			
Psicópata no detectado	16.03	9.42	1	9.28	.003
Edad de primera detención (N=95)					
Psicópata detectado	16.72	8.61			
Psicópata no detectado	24.80	12.99	1	13.27	.000
Edad de primer ingreso penal (N=101)					
Psicópata detectado	21.90	8.52			
Psicópata no detectado	29.91	12.15	1	15.05	.000
Número de entradas en prisión (N=101)					
Psicópata detectado	5	8,65			
Psicópata no detectado	1.64	1.05	1	5.47	.021
Meses de condena (N=101)					
Psicópata detectado	190.56	130.22			
Psicópata no detectado	127.08	114.73	1	6.145	.015

Por último, lo mismo sucede cuando analizamos la relación entre tipo de psicopatía y tipo de delitos cometidos (Ver tabla 9.3.9), donde se puede observar que el psicópata no detectado comete en menor medida delitos relacionados con un estilo de vida antisocial, como son los delitos de conducción, hurtos, robo con fuerza, intimidación o violencia, delitos de lesiones o atentado contra la autoridad, otros delitos no violentos como los daños a la propiedad o el vandalismo y otros violentos como son las amenazas o la posesión de armas de fuego sin licencia. En lo que respecta a otros delitos como los relacionados con la salud pública o los delitos económicos, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos. Lo mismo sucede con otros de mayor gravedad y/o

violencia, como los delitos sobre violencia en la pareja o delitos sexuales contra adultos; los delitos sobre agresión sexual a menores se dan con mayor frecuencia entre los psicópatas no detectados, y los homicidios y asesinatos o intentos de homicidio o asesinato entre los detectados.

Tabla 9.3.9

Resultados del análisis chi-cuadrado. Relación tipo de psicópatas y variables delictivas cualitativas

Variables cualitativas del delito (N=103)	Detectado	No detectado	χ^2	Sig.
Delitos de robo sin violencia				
No	16(24,6%)	19(50%)	6.888	.009
Si	49(15,4%)	19(50%)		
Delitos de conducción				
No	45(69,2%)	33(86,8%)	4.047	.044
Si	20(30,8%)	5(13,2%)		
Otros delitos no violentos				
No	27(41,5%)	31(81,6%)	15.628	.000
Si	38(58,5%)	7(18,4%)		
Delitos de robos con violencia				
No	18(27,7%)	28(73,3%)	20.524	.000
Si	47(72,3%)	10(26,3%)		
Lesiones/atentado contra la autoridad				
No	17(26,2%)	28(73,3%)	22.021	.000
Si	48(73,8%)	10(26,3%)		
Homicidio/Asesinato				
No	37(56,9%)	39(78,9%)	5.116	.024
Si	28(43,1%)	8(21,1%)		
Otros delitos violentos				
No	27(41,5%)	29(76,3%)	11.691	.001
Si	38(58,5%)	9(23,7%)		
Delitos sexuales contra menores				
No	59(90,8%)	28(73,7%)	5.335	.023
Si	6(9,2%)	10(26,3%)		

Entre las hipótesis planteadas, en la Tesis Doctoral, se encuentra la consideración de que el psicópata no detectado tiene la misma capacidad para cometer actos violentos que el psicópata criminal. Deteniéndonos en aquellos delitos violentos que se

caracterizan por una mayor agresividad y crueldad, es decir, aquellos que tienen como finalidad producir daño o abusar de otro individuo (De la Fuente et al., 2002; García-Cueto et al., 2003; Juarros-Basterretxea et al., 2013), encontramos resultados dispares dependiendo del delito. El homicidio/asesinato o intento de homicidio/asesinato tiene mayor presencia entre el psicópata criminal, los delitos sexuales hacia menores, por el contrario, tienen mayor presencia en el psicópata no institucionalizado. Sobre los delitos sexuales hacia adultos y los delitos contra la pareja (refiriéndonos a los más graves: homicidio/asesinato o intento de homicidio/asesinato y delitos sexuales) no se encontraron diferencias significativas. Ante la confusión, retomamos el total de la muestra de 352 internos y las puntuaciones obtenidas por los participantes en las facetas de la versión tradicional del PCL-R de 20 ítems (Las faceta 1 -sobre aspectos interpersonales-, 2 -sobre aspectos afectivos- y 3 -sobre estilo de vida- que se corresponden con los tres factores del modelo de Cooke & Michie (2001) y además una cuarta faceta que reúne los ítems sobre conducta delictiva, con la intención de estudiar si este tipo de delitos más graves se asocian bien con los aspectos de personalidad, comunes para ambos tipos de psicópatas, o los conductuales, en los que difieren. Utilizando como técnica estadística el Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA), encontramos que el estadístico Lambda de Wilks como prueba general de significación, arroja un resultado significativo (Valor= .867/ F=13.29/ p=.000). Esto indica que aquellos que cometen este tipo de delitos presentan una distribución de las puntuaciones en las facetas del PCL-R significativamente distinta a aquellos que no los cometen (Ver tabla 9.3.10).

Al observar con detenimiento los valores obtenidos para cada una de las facetas, encontramos que las diferencias significativas en la distribución de las puntuaciones a nivel global, son debidas a las facetas 1 (M= 3,8/ Rango de 0 a 8/ DT= 2,388) y 2 (M=4,47/ Rango de 0 a 8/ DT= 2,37); aquellos internos que han cometido estos delitos de mayor crueldad y gravedad, puntúan más alto que el resto de internos en las facetas que evalúan consistencias de personalidad (p= .000 para ambas facetas), en cambio, en los que respecta a las facetas 3 y 4 que se centran en aspectos conductuales, no se encuentran diferencias significativas.

Tabla 9.3.10

Resultado del Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) del efecto diferencial de la comisión de delitos graves contra las personas sobre la distribución de las puntuaciones obtenidas en las facetas del PCL-R.

Comisión de delitos graves contra las personas	Media	DT	GI	F	Sig.
Faceta 1 (Interpersonal)					
No	3.38	2.24	1	26.92	.000
Si	4.76	2.43			
Faceta 2 (Afectiva)					
No	3.92	2.24	1	48.93	.000
Si	5.72	2.19			
Faceta 3 (Estilo de vida)					
No	5.24	2.31	1	1.96	.162
Si	5.62	2.47			
Faceta 4 (Conducta antisocial)					
No	4.68	2.74	1	1.34	.246
Si	5.07	3.23			

Llegados a este punto en los análisis y considerando la mayor calidad de la red de apoyo y la ausencia de un estilo de vida delictivo en el caso del psicópata no detectado, se ha decidido estudiar la posible relación entre el tipo de psicopatía y el vínculo con las víctimas de estos delitos de mayor gravedad y violencia (Tabla 9.3.11).

Tabla 9.3.11

Resultados del análisis chi-cuadrado sobre la relación tipo de psicópata y vínculo con la víctima de delitos violentos graves.

Delitos violentos graves contra (n=54)	Detectado	No detectado	χ^2	Sig.
Delitos violentos graves contra familiar o pareja				
No	25(71,4%)	8(42,1%)	4.456	.035
Si	10(28,6 %)	13(36,1%)		
Delitos violentos graves contra conocido o desconocido				
No	7(20%)	9(47,4%)	4.424	.035
Si	28(80%)	10(52,6%)		

Los resultados obtenidos establecen diferencias significativas en ambas variables siendo, según los residuos corregidos que arrojan los valores z, mayor la probabilidad de que un psicópata detectado cometa un delito contra conocidos o desconocidos y mayor la probabilidad de que un psicópata no detectado cometa un delito grave contra un familiar o pareja, con un valor $p < .05$ en ambos casos. El psicópata detectado, el criminal, tiende a presentar un mayor número de delitos graves en los que la víctima es

un desconocido o conocido con o sin relación, mientras que el psicópata no detectado presenta en mayor medida víctimas que se encuentran dentro de su círculo familiar

Discusión

Considerando los resultados obtenidos en este capítulo, y el que le precede en la Tesis Doctoral, la conducta antisocial recogida en la faceta 4 del PCL-R (Hare, 2003) aporta información para la diferenciación entre el psicópata criminal, con una extensa carrera delictiva, y el subclínico. Ahora bien, como parte necesaria de los criterios de evaluación para el diagnóstico de psicopatía, los ítems sobre conducta delictiva, favorecen un alto porcentaje de falsos negativos. La respuesta a este problema se encuentra en la estructura jerárquica de 3 factores con testlets (Cooke & Michie, 2001; Cooke, Michie et al., 2007), que prescindiendo de la conducta criminal, detecta en la muestra estudiada un 10,8% más de psicópatas invisibles para la escala original del PCL-R (Hare, 2003; Torrubia et al. 2010), son los psicópatas no detectados en las prisiones.

Los resultados alcanzados demuestran que este tipo de psicópata no detectado mantiene las mismas características de personalidad que el psicópata criminal, tal y como indicaba la literatura (Garrido, 2004; Hare, 1993; Pozueco, 2010; Pozueco et al., 2011), difiriendo solo en el estilo de vida: el psicópata criminal es más irresponsable e impulsivo, presenta una mayor búsqueda de sensaciones y tendencia al aburrimiento, planes de futuro menos realistas y, además, un estilo de vida parasitario. Esta forma desordenada de vida se asocia con un mayor deterioro a nivel familiar, educativo y de consumo durante el proceso de socialización, además de a una carrera delictiva de inicio más temprano, más reincidente y a la comisión de un mayor tipo de delitos.

A sabiendas de que el estilo de vida es el punto de inflexión que diferencia al psicópata detectado del no detectado, tratamos de extrapolar esta relación al diagnóstico de psicopatía. Encontramos que un diagnóstico de psicópata detectado se asocia con un estilo de vida delictivo, pues como hemos visto se inicia en la conducta delictiva a una edad más temprana, es más reincidente y además el tiempo de condena acumulado en meses es mayor, lo cual es esperable considerando que el no detectado, se ha mantenido hasta el momento de su detención integrado en la sociedad. El tipo de delitos cometidos

también dan cuenta de estas diferencias, puesto que los delitos asociados con un estilo de vida delictual (hurtos, robos con fuerza, intimidación y violencia, delitos de lesiones y/o atentado contra la autoridad, delitos de conducción, vandalismo, posesión de arma de fuego sin licencia, etc.) tienen mayor presencia en el psicópata criminal, distando mucho del perfil delictivo del psicópata no detectado por la versión tradicional del PCL-R. Este último, presenta una conducta delictiva que puede ser compaginada en mayor medida con una apariencia de normalidad: delitos contra la salud pública, económicos, contra la pareja, delitos sexuales contra menores, etc.

La literatura sobre la comisión de delitos violentos por parte del psicópata no institucionalizado y el criminal, nos dice que ambos presentan capacidad para llevarlos a cabo (Garrido, 2004; Pozueco et al., 2010). Son varios los estudios empíricos que han relacionado los actos de mayor crueldad y violencia depredadora, las peores predicciones sobre reincidencia violenta, etc., con las consistencias de personalidad -comunes en ambos- en detrimento de aspectos conductuales –en los que difieren- (Declercq et al., 2012; McCarthy et al., 2012; Sreenivasan et al., 2008).

Los resultados obtenidos en la Tesis Doctoral corroboran dichos estudios, relacionándose la comisión de delitos violentos graves contra las personas, con puntuaciones significativamente más elevadas en los ítems sobre aspectos afectivos e interpersonales, no siendo así para los ítems sobre estilo de vida y conducta delictiva. Además, a sabiendas de que el psicópata no institucionalizado mantiene una mejor integración en la sociedad (Babiak & Hare, 2006; Hare, 2003; Garrido, 2004; Pozueco, 2010) hemos comprobado que son los familiares y parejas las víctimas más habituales del psicópata no detectado en este tipo de delitos, mientras que para el psicópata criminal lo son los conocidos y desconocidos.

Finalmente, en lo que respecta a la conducta delictiva hemos encontrado delitos sexuales hacia menores como un delito característico del psicópata no detectado. Este resultado es revelador, en la medida en la que la figura del pedófilo o pederasta -manipulador, carente de afectividad, culpabilidad, empatía y de responsabilidad ante los actos cometidos-, ha pasado habitualmente desapercibido como psicópata en el sistema penal y penitenciario en lo que respecta a la toma de decisiones sobre condenas, permisos, asignación a programas de tratamiento, etc. Aunque esta observación es extensible al resto de psicópatas no detectados, cobra especial importancia en este tipo

de delito que habitualmente se ha mantenido alejado de este constructo y de las implicaciones que de este se derivan para el tratamiento.

La pregunta que ahora debemos hacernos es: ¿Qué sucede en la vida de estas personas para que unos se conviertan en psicópatas criminales y otros en psicópatas subclínicos? Ciertas variables moderadoras pueden intervenir durante el proceso de socialización del psicópata, favoreciendo que exprese su fenotipo de manera distinta. La inteligencia, oportunidades educativas, una socialización efectiva, etc., pueden funcionar como factores de protección para el desarrollo de un estilo de vida delictivo (Garrido, 2004; Hare, 2003; López, 2010; Lykken, 1995). A pesar de que algunos trabajos han identificado aspectos familiares y del desarrollo que diferencian al psicópata criminal del resto de la población carcelaria (Farrington, 2006; García et al., 2012; Harris et al., 2001; Koglin & Peterman, 2008; Koivisto & Haapasalo, 1996; Krischer & Sevecke, 2008; Saltaris, 2002; Salekin & Lochman, 2008; Weizmann-Henelius et al., 2010; Weizmann-Henelius, Gronroos, et al., 2010) o al psicópata subclínico del resto de la población no institucional (Lynam et al., 2008; Weiler & Widom, 1996), la investigación no ha dado respuesta a cuáles son estas variables moderadoras que influyen en el desarrollo de un tipo u otro de psicopatía.

La Tesis Doctoral al abordar esta temática ha identificado un menor número de factores de riesgo para la conducta delictiva en el ámbito familiar y en el desarrollo del psicópata no detectado. Se constata que ha tenido un proceso de socialización más normalizado, caracterizado por un estilo educativo autoritativo o autoritario basada en normas, límites y supervisión parental; además, no le ha faltado la figura paterna durante su infancia y/o adolescencia, no ha crecido en un ambiente permisivo con el abuso de drogas legales o ilegales, ni sus hermanos han tenido contacto con el ámbito policial. También permanece en el sistema educativo durante más tiempo, consume drogas en menor porcentaje y se inicia de manera más tardía en el consumo de la droga legal de iniciación, el tabaco. Por último, aquellos psicópatas no detectados consumidores, son adictos en menor medida a drogas relacionadas en mayor medida con el ámbito marginal, como son la marihuana, las pastillas y los inhalantes

9.4.LA PSICOPATÍA A TRAVÉS DE LAS CULTURAS

Son muchos los estudios que han tratado de estudiar la validez transcultural de la psicopatía y que han demostrado la generalización de la estructura del PCL-R mediante el estudio de muestras de diferentes orígenes (Bolt et al., 2007; Cooke & Michie, 1999, Hare, 2000), aunque no de manera absoluta. Así, parece que los estudios tienden a considerar la experiencia afectiva y los ítems relacionados con los aspectos interpersonales y estilo de vida como equiparables entre las distintas culturas; en cambio, en lo que respecta a la faceta antisocial del PCL-R, es decir, la conducta delictiva, esta parece fuertemente influenciada por la cultura o el ambiente, época en la que se desarrolla (Cooke et al., 2005a; Mokros et al., 2011).

El desarrollo humano o psicológico del individuo viene sustentado por el funcionamiento de sus contextos más inmediatos, los cuales inevitablemente se moldean en base a los sistemas económico-sociales, legales y políticos de la cultura en la que se encuentran inmersos (Bronfenbrenner, 1987, 2001, 2005). En el capítulo tres de la Tesis Doctoral, en su planteamiento teórico, repasábamos la importancia de la influencia del contexto cultural sobre el comportamiento del individuo, enfatizando la trascendencia de la cultura de la violencia en el desarrollo psicológico y de conductas de mayor violencia en los psicópatas.

Según el Instituto para la Economía de la Paz (Institute for Economics & Peace, 2013), que elabora un ranking anual sobre la estabilidad política y social del mayor número posible de países en base a 22 indicadores, España se sitúa entre los menos violentos (concretamente el puesto 27 de 162 países analizados, siendo el primer puesto asignado al país más pacífico). En Latinoamérica, sociedad de contrastes, podemos encontrar países con situaciones de violencia similares a España como Chile, que ocupa el puesto 31 o, por el contrario, países que ocupan alguno de los peores puestos, como México que se sitúa en el 133. El estudio de la psicopatía en la sociedad latinoamericana a través de estos dos países, con situaciones de violencia tan dispares, nos permite una visión más realista sobre el perfil del psicópata en latinoamericana en base a la cultura de la violencia.

9.4.1. Objetivo e hipótesis.

Este apartado de la Tesis Doctoral pretende replicar en población de origen latinoamericano la estructura jerárquica de tres factores con testlets para el PCL-R, que ha demostrado ajustarse adecuadamente en población española. Además, se plantea el determinar la existencia de diferencias en la conducta delictiva entre estos grupos de psicópatas.

- *Hipótesis 1:* Se espera que la estructura factorial para el PCL-R, que ha demostrado ajustarse a nuestra muestra de origen español en la Tesis Doctoral, también lo haga con población penitenciaria latinoamericana, pues se entiende que presentan las mismas características de personalidad y de estilo de vida.
- *Hipótesis 2:* Considerando la mayor violencia que se asocia a ciertos países latinoamericanos y la influencia cultural en el desarrollo del menor, se espera que aquellos psicópatas que han crecido en un contexto latinoamericano presenten un estilo de vida antisocial más marcado y que el tipo de delitos que cometen sean de mayor gravedad.

9.4.2. Método.

Participantes

Es estudio a realizar en este apartado de la Tesis Doctoral tomara dos muestras. Por un lado, contaremos con la utilizada para ajustar estructura factorial para el PCL-R en población española, poniendo a prueba distintas estructuras factoriales propuestas para el PCL-R (Hare, 2003, Torrubia et al., 2010) y, por otro lado, los internos participantes que se encontraban en las prisiones de México y Chile cuando fueron evaluados. De esta manera, contamos con un total de 312 varones internos en prisión.

Una vez sometido a estudio la estructura factorial de la escala en población latina, tomaremos una segunda muestra conformada por aquellos que han obtenido un diagnóstico de psicopatía (N=96).

Instrumentos

Para este estudio se tomó la información resultado de la aplicación del PCL-R (Hare, 2003) y la Ficha Criminológica (Estrada et al., 2012). La estructura y desarrollo de estos instrumentos fueron ya explicados en el capítulo dedicado al método al analizar los instrumentos a utilizar en esta Tesis Doctoral.

Procedimiento y análisis de datos

Para el análisis de los datos nos servimos del paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows, utilizando como técnicas estadísticas el Análisis Factorial Confirmatorio Multigrupo (AFCM), el Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) y el chi-cuadrado, de acuerdo con las posibilidades que ofrezcan las variables a utilizar.

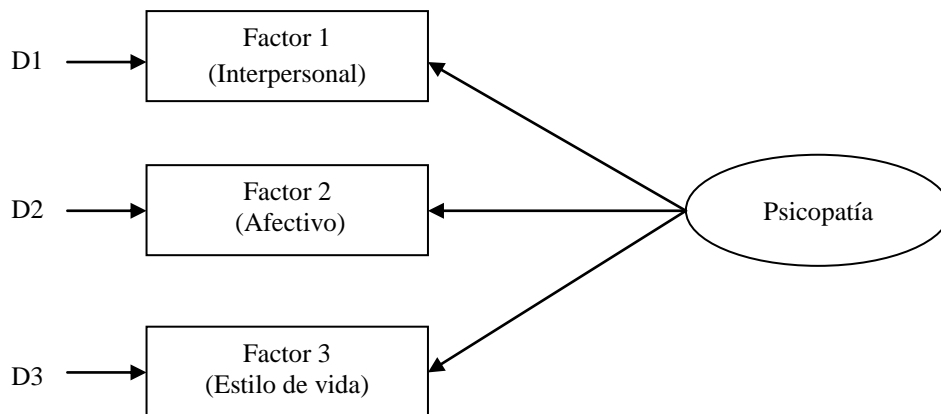
9.4.3. Resultados.

Tratamos de replicar, en primer lugar, la estructura jerárquica de tres factores con testlets (Cooke & Michie, 2001, Cooke et al., 2007) en la población procedente de las

prisiones latinoamericanas, que obtuvo índices de ajustes adecuados para la muestra de origen español en esta Tesis Doctoral. Para ello, contamos con una muestra de 312 varones internos en prisión, encontrándose 197 de ellos en el Centro Penitenciario de Villabona (Asturias) –misma muestra utilizada para el estudio de la estructura factorial del PCL-R en población española- y los 115 restantes repartidos por los Centros Penitenciarios de México y Chile citados anteriormente. Indemnize

Considerando el reducido número de internos en prisión latinoamericana (n= 115) y basándonos en la estructura confirmada anteriormente, procedimos a trabajar con la puntuación total en cada uno de los factores en vez de la puntuación de cada uno de los ítems, con la intención de reducir la dificultad en la realización del análisis (Gráfica 9.4.1). A su vez, para el estudio del modelo de medida se utilizó el Análisis Factorial Confirmatorio Multigrupo.

De forma genérica, los resultados permiten observar una estructura invariante factorialmente entre ambas poblaciones, tanto en los errores como en las saturaciones ($\chi^2 = 1.15$, $df = 5$, $p > .05$). En el caso del factor dos (ítems afectivos), la saturación es mayor para los latinoamericanos, aunque en ambas resulta significativa, y se da una correlación entre los errores de los factores 2 y 3, siendo igual para ambos grupos.



Gráfica 9.4.1

Estructura jerárquica de 3 factores con testlets (Cooke & Michie, 2001; Cooke et al., 2007) parcelada.

Posteriormente, se ha tratado de averiguar si en base a la faceta 4 del PCL-R descartada en esta estructura -incluye ítems sobre conducta antisocial- se establecen diferencias entre los grupos. Utilizando el Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA), no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las medias, por lo que no podemos afirmar que las distintas culturas evaluadas influyan en la puntuación obtenida en esta escala.

Llegados a este punto, a sabiendas de que tanto los psicópatas de Latinoamérica como los de España presentan una misma estructura – a nivel de afectividad, relaciones interpersonales y estilo de vida- , se ha tratado de indagar si aquellos que obtienen un diagnóstico positivo de psicopatía según dicha estructura (N=96) y presentan nacionalidad latinoamericana (n=49, 51%), externalizan sus consistencias de personalidad de manera distinta que los psicópatas con nacionalidad española (n=47, 49%) mediante el análisis de la conducta delictiva.

Con el objetivo planteado, en primer lugar, tomamos como técnica estadística el Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) para estudiar el efecto diferencial de la nacionalidad del psicópata sobre variables delictivas de tipo cuantitativo (Ver tabla 9.4.1), observando únicamente una diferencia significativa: los psicópatas latinoamericanos son detenidos por primera vez a una edad más tardía con un valor $p=.024$. No encontramos diferencias con respecto a la edad de comisión de primer delito no sancionado, primer ingreso en prisión, tiempo de condena y número de entradas en prisión.

Tabla 9.4.1

Resultado del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) del efecto diferencial de la nacionalidad del psicópata sobre variables cuantitativas del delito.

Edad de la primera detención (n=88)	Media	DT	Gl	F	Sig.
Psicópata español	17.60	7.61	1	5.284	.024
Psicópata latino	23.09	14.09			

Tabla 9.4.2

Resultados del análisis chi-cuadrado. Relación nacionalidad del psicópata y variables cualitativas del delito.

Variables cualitativas del delito	Psicópata español	Psicópata latino	χ^2	Sig.
Comisión de delito no sancionado (n=91)				
No	4(8.7%)	12(26.7%)	5.070	.024
Si	42(91.3%)	33(73.3%)		
Delitos contra la salud pública (N=96)				
No	25(53.2%)	37(75.5%)	5.224	.022
Si	22(46.8%)	12(24.5%)		
Delitos económicos (N=96)				
No	31(66%)	43(87.8%)	6.45	.011
Si	16(34%)	6(12.2%)		
Delitos de robo no violentos (N=96)				
No	9(19.1%)	23(46.9%)	8.337	.004
Si	38(80.9%)	23(53%)		
Delitos de homicidio/asesinato (N=96)				
No	36(76.6%)	26(53%)	5.809	.016
Si	11(23.4%)	23(47%)		
Delitos sexuales (N=96)				
No	43(91.5%)	29(59.2%)	13.35	.000
Si	4(8.5%)	20(40.8%)		

Para el estudio de las variables agrupadas de manera cualitativa tomamos como técnica estadística chi-cuadrado (Ver tabla 9.4.2), observando desde los resultados obtenidos que los psicópatas latinoamericanos afirman cometer delitos no sancionados antes de ser detenidos por primera vez en menor medida que los españoles; en lo que respecta al tipo de delitos, los españoles cometen mas delitos no violentos de tipo económico, contra la salud pública y robos sin violencia. Los delitos de mayor gravedad, como son los asesinatos/homicidios o intento de asesinato/homicidio y los de tipo sexual, tienen una mayor presencia entre los internos penitenciarios que conforman el agrupamiento de psicópatas procedentes de Latinoamérica. En el resto de delitos no se hallan relaciones significativas, como tampoco para el tipo de vínculo con la víctima.

Discusión

La estructura jerárquica de tres factores (Cooke & Michie, 2001, 2007) que ha demostrado valores de ajuste adecuados para la muestra de este estudio procedente de la prisión española, se replica en población latinoamericana. Estos resultados corroboran los trabajos de Cooke y su equipo (2005a) y Mokros et al. (2011), que ponen el énfasis en la equiparación a través de las culturas de los ítems afectivos, sobre relaciones interpersonales y estilo de vida, en detrimento de los aspectos antisociales.

Bronfenbrenner (1987, 2001, 2005) sostiene que los sistemas económico-sociales, legales y políticos de la cultura influyen de manera inevitable en el desarrollo del individuo a nivel psicológico. Para la psicopatía, según la literatura, esta influencia cultural se limita al desarrollo de la conducta, a la forma en la que esta estructura de personalidad invariante al contexto, se manifiesta de manera comportamental. La faceta 4 del PCL-R recoge ítems de carácter antisocial: Pobre autocontrol de la conducta, problemas de conducta en la infancia, delincuencia juvenil, revocación de la libertad condicional y versatilidad criminal. Analizando con detenimiento cada uno de estos ítems, parece esperable la influencia del contexto legal-político en las puntuaciones obtenidas en esta escala, ya que cuestiones como la comunicación entre estados o provincias a nivel penitenciario –deficitaria en países como México, de manera que un mismo individuo puede presentar un historial delictivo en un estado, otro en otro, y no presentar antecedentes para el resto-, la criminalización de ciertas conductas y las penas asociadas a cada delito según país, la política sobre el tratamiento de la delincuencia juvenil, etc., va a influir irremediabilmente en la detección de la conducta delictiva por parte del entrevistador y, por tanto, en la puntuación que otorgue en esta faceta. Ahora, no podemos achacar a las diferencias de criterio legal y político para la detección, criminalización y condena de la conducta antisocial el grueso de las diferencias en este tipo de comportamiento según el contexto cultural.

Según “La teoría bioecológica” (Bronfenbrenner, 2001, 2005), el contexto cultural de desarrollo, interactúa con el individuo y limita las posibilidades de su ambiente de socialización, influyendo como consecuencia en el desarrollo de sus consistencias comportamentales (Valverde, 1997). Así, en un contexto en el que la violencia se encuentra más normalizada y convive con el individuo en desarrollo, parece esperable que su propia conducta sea reflejo de dichos aprendizajes.

Tratando de ir un poco más allá de la faceta antisocial del PCL-R, hemos comparado la conducta criminal de los psicópatas que se han desarrollado en Latinoamérica frente a aquellos que han vivido durante su proceso de socialización en España. A nivel cuantitativo, no se establecen grandes diferencias. Únicamente encontramos una edad más tardía para la primera detención en el grupo de latinos, relación que podría ser achacada al sistema político-legal del contexto y no tanto a la influencia de la cultura de la violencia sobre el comportamiento del individuo. Ahora, con respecto al tipo de

delitos cometidos, encontramos un patrón distinto de comportamiento criminal. Partiendo de que los datos disponible sobre los delitos cometidos auna tanto la información recogida en expedientes como lo confeso en entrevista, los resultados advierten que los psicópatas españoles cometen en mayor medida delitos no violentos - delitos contra la salud pública, delitos de robo sin violencia, delitos económicos- y otros violentos pero menores -robos con violencia o intimidación-, mientras que los latinos tienden a cometer en mayor medida delitos que son considerados de mayor gravedad (individuo (De la Fuente et al., 2002; García-Cueto et al., 2003; Juarros-Basterretxea et al., 2013) por tener como fin último acometer un daño deliberado contra las personas: delito de asesinato/homicidio o intento de asesinato/homicidio y delitos sexuales.

9.5.LA UNIDAD TERAPÉUTICA Y EDUCATIVA. MODELO ALTERNATIVO DE PRISIÓN EFICIENTE EN LA REINSERCIÓN DEL PSICÓPATA

El último capítulo recogido en el marco teórico de la Tesis Doctoral se ha dedicado a comentar la situación actual sobre la intervención en el campo de la psicopatía. Este trastorno, de difícil tratamiento, requiere un aumento de la investigación y confianza por parte de la comunidad científica sobre su posible recuperación (Garrido, 2002), siendo conscientes que actualmente no existe una respuesta eficiente a esta problemática de gran envergadura en las prisiones.

A pesar de ello, la literatura aporta información relevante para esta tarea mediante propuestas de necesidades criminógenas y factores de protección sobre los que intervenir (Gendreau & Goggin, 1997; Salekin et al., 2010), condiciones positivas para la intervención (Caldwell et al., 2006; Hobson et al., 2000; Polaschek, 2011a, 2011b), etc. Lösel (2000) resumió en una serie de principios cuales son los requisitos imprescindibles para conseguir resultados óptimos en la intervención con estos internos, principios que casualmente aglutina la Unidad Terapéutica y Educativa (Álvarez, 2007; Rodríguez-Díaz et al., 2013, 2014a, b), modelo alternativo de prisión libre de consumo de drogas y subcultura carcelaria.

9.5.1. Objetivo e hipótesis.

Comprobar la eficacia de la Unidad Terapéutica y Educativa como programa de intervención sobre la reincidencia de los psicópatas, tras un seguimiento de tres años.

- *Hipótesis 1:* Considerando las similitudes entre la Unidad Terapéutica y Educativa y los principios presentados sobre las condiciones ideales para conseguir resultados efectivos de reinserción en psicopatía, esperamos que tras tres años de seguimiento, los participantes de nuestra muestra que presenten este diagnóstico, tengan una baja reincidencia.

- *Hipótesis 2:* Se espera, que en consonancia con la mayor integración social del psicópata no detectado y la ausencia de un estilo de vida delictual, presente una reincidencia menor en comparación con el psicópata detectado.
- *Hipótesis 3:* Por último, considerando el encanto superficial, facilidad de palabra y la capacidad para la manipulación del psicópata, esperamos que estos ocupen los puestos más altos en la jerarquía UTE. Los “apoyos” cumplen las funciones de intervenir y guiar al resto de internos en su proceso de cambio, siendo las habilidades del psicópata una ventaja para el desempeño de estas tareas y logre una mejor adaptación a los requisitos terapéuticos.

9.5.2. Método.

Participantes

El seguimiento a realizar ha implicado a la totalidad de internos que se encontraban en la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona, el pasado mes de mayo de 2010. Este se prolongó hasta el mes de febrero del 2013. Del total de internos se seleccionaron aquellos que además habían sido evaluados mediante el PCL-R, obteniendo un total de 181 sujetos. Tres de los internos fallecieron en el transcurso de este tiempo, por lo que la muestra final ha sido de 178 sujetos.

Instrumentos

La evaluación de la psicopatía se ha realizado a través de la adaptación a población española de la escala PCL-R (Torrubia et al., 2010), instrumento descrito con detenimiento en el capítulo dedicado a la descripción amplia de los instrumentos utilizados en la Tesis Doctoral. De igual manera, para la consecución de este objetivo, se dispuso de la información recogida en el sistema informático de la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona (Asturias), en referencia a la información sobre la situación de los internos que se encontraban en la Unidad Terapéutica y Educativa a fecha de Febrero del 2010.

Procedimiento y análisis de datos

Describiremos resultados para el total de la muestra que haya sido evaluada mediante el PCL-R. Además, en base a los resultados obtenidos en objetivos anteriores, consideraremos a aquellos internos que mantengan un diagnóstico de psicópata detectado gracias a la escala PCL-R y, además, a aquellos que obtengan un diagnóstico de psicopatía no detectado debido a la versión reducida de 13 ítem, en la línea de la propuesta de Cooke & Michie (2001) presentada anteriormente. A la vez, para el seguimiento se recopiló la información referente a la situación del interno en cuatro ocasiones, concretamente en el mes de febrero del 2010, 2011, 2012 y 2013. Esta información se clasificó según la evolución del interno por las distintas fases del programa, situación de expulsión o abandono, de libertad condicional, libertad definitiva o reincidencia.

Los datos fueron procesados y analizados mediante el paquete estadísticos SPSS 19.0 para Windows.

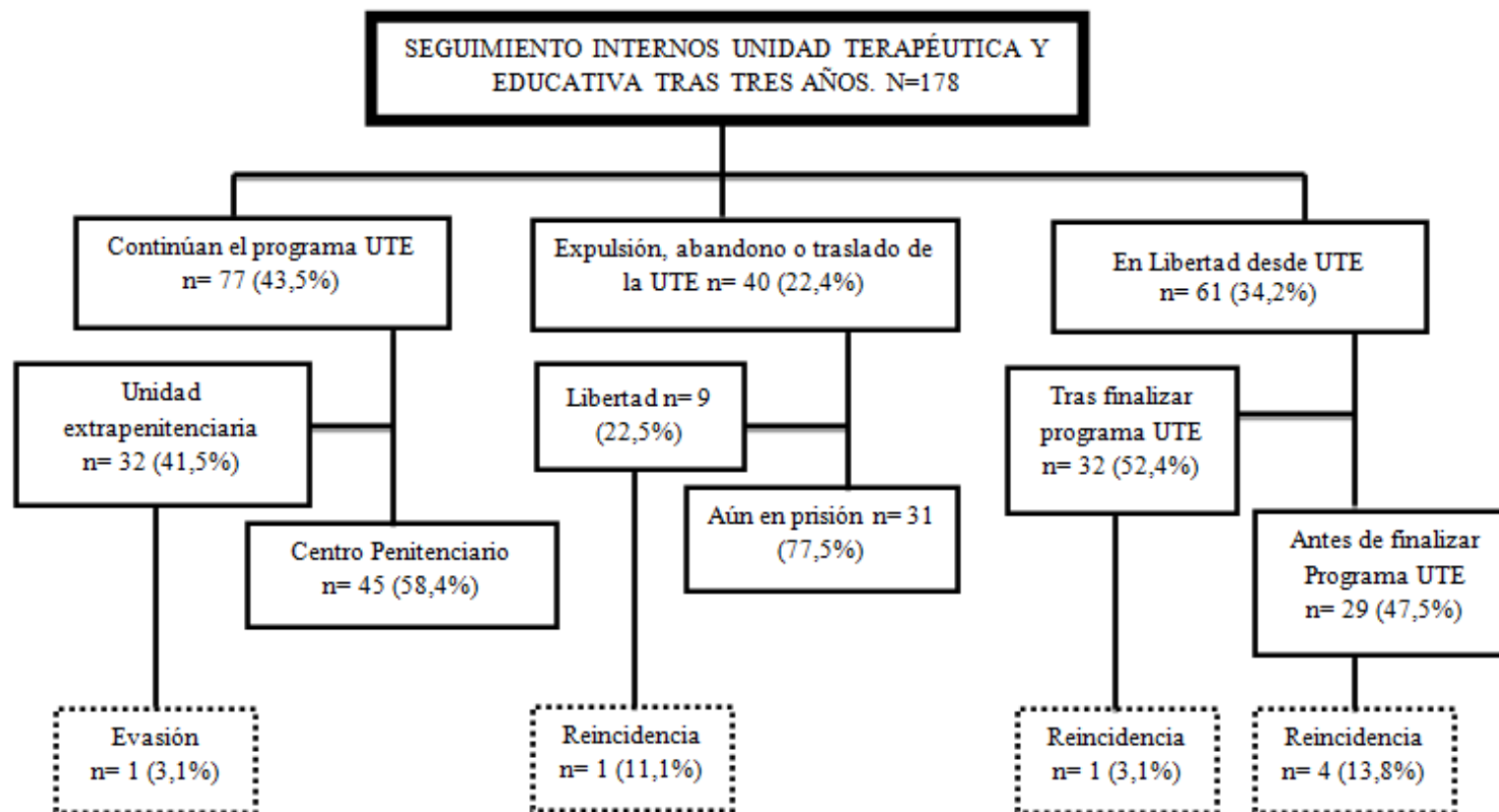
9.5.3. Resultados.

En primer lugar, se presentan los resultados sobre la reincidencia tras el seguimiento de tres años para el total de la muestra a analizar, con independencia del diagnóstico de psicopatía (Ver gráfica 9.5.1).

Los resultados obtenidos permiten constatar que el 43,5% (n=77) aún continúa su proceso de cambio en el programa UTE, de los cuales el 41,4% (n=32) se encuentran en una unidad extrapenitenciaria, es decir, en un centro en el exterior de la prisión como “adsis”, “proyecto hombre” o “amigos contra la droga”. En estos centros, el interno tiene un mayor contacto con la sociedad, al tiempo que la unidad le sirve como apoyo para su adecuada reinserción y el desarrollo de una vida en libertad adaptada. De esta población, uno de los internos derivados a estas unidades se encuentra en situación de evasión, es decir, no ha vuelto tras un permiso, por lo que está cometiendo delito de quebrantamiento de condena, debiéndose considerar se encuentra en situación de reincidencia.

Gráfica 9.5.1

Situación de los participantes internos en la UTE tras tres años de seguimiento.



Un 22,4% (n=40) de los que se encontraban en la UTE en 2010, abandonaron el programa o fueron expulsado por incumplir las normas de manera reiterada. De estos, alcanzaron la libertad (definitiva o condicional) 9 participantes (el 22,5%), reincidiendo solo 1 de ellos. Por último, alcanzaron la libertad (definitiva o condicional) desde el programa UTE el 34,1% (n=61), de los que aproximadamente la mitad lo consiguieron tras ser alta terapéutica en UTE, es decir, tras finalizar su proceso de cambio de manera adecuada (52,4%, n=32) reincidiendo uno de ellos. La otra mitad (47,5%, n=29) obtuvieron la libertad antes de ser alta terapéutica, por cumplir la totalidad de su condena, reincidiendo 4.

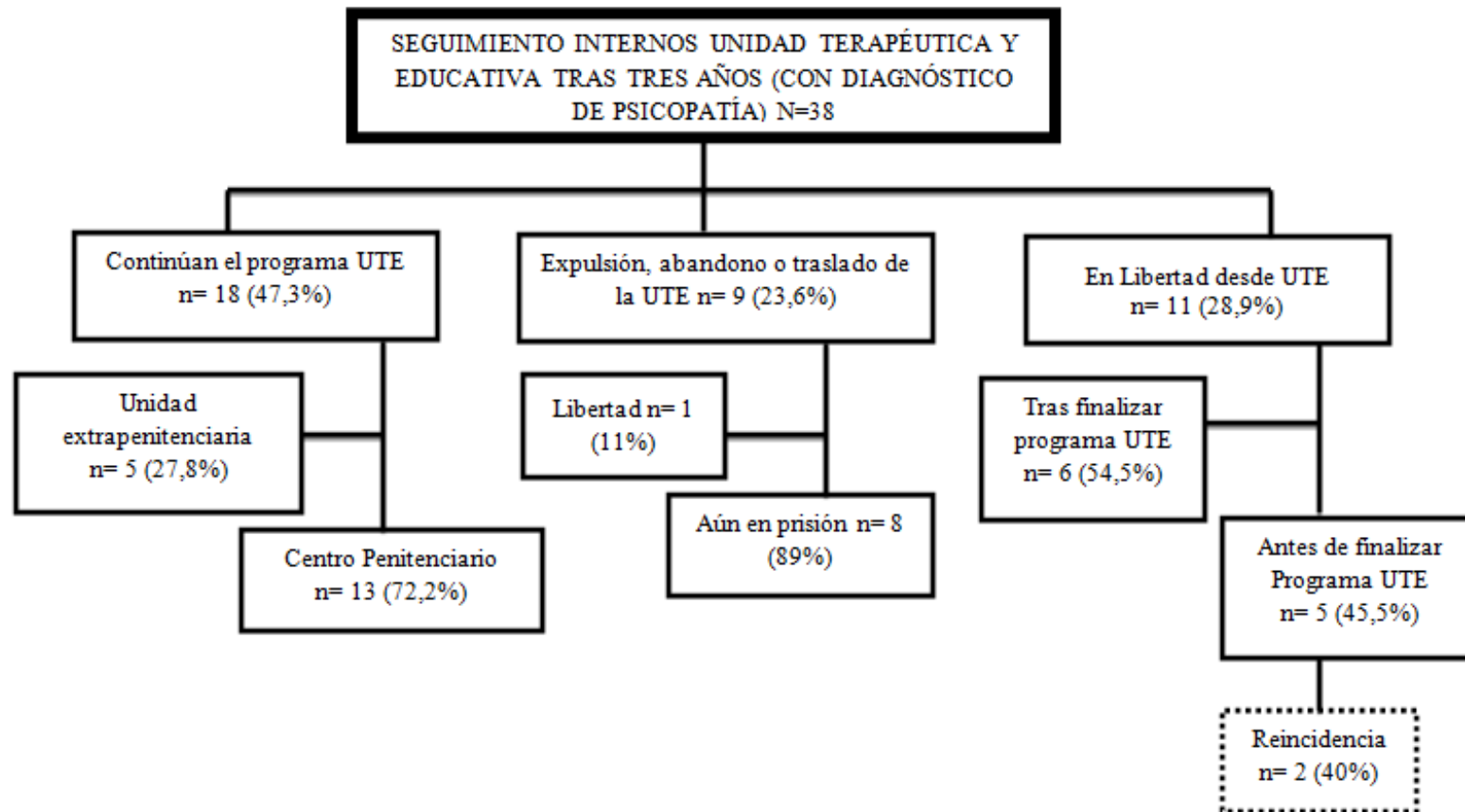
De los 178 participantes, 38 obtuvieron un diagnóstico de psicopatía detectada o no detectada (Ver gráfica 9.5.2). De estos 38 internos, 18 (47,3%) aún continúan en programa UTE (5 de ellos -27,8%- en una unidad extrapenitenciaria), 9 (23,6%) fueron expulsados o abandonaron el programa, alcanzándola libertad 1 de ellos sin reincidencia y los 11 restantes (28,9%) alcanzaron la libertad desde la UTE. De estos últimos, 6 (54,5%) llegaron a ser alta terapéutica antes de alcanzar la libertad, mientras que los otros 5 (45,5%) la alcanzaron sin finalizar el programa -reincidiendo 2 de ellos-.

De los 38 internos que presentan un diagnóstico de psicopatía, 23 (60,5%) son detectados y 15 (39,7%) no detectados. De aquellos que continúan en el programa UTE, 12 (66,7%) son psicópatas detectados, al igual que 5 (55,5%) de aquellos que fueron expulsado o abandonaron el programa, siendo de este grupo el único interno que ha alcanzado la libertad sin delinquir. Si nos centramos en aquellos que han alcanzado la libertad desde la UTE, 6 (54,5%) presentan un diagnóstico de psicópata detectado. Los dos únicos internos que han reincidido, presentan también un diagnóstico de psicópata detectado. Entonces, del total de la muestra estudiada, 7 internos han reincidido tras tres años de seguimiento, de los cuales 2 (28,4%), presentan un diagnóstico de psicopatía detectado.

Para finalizar, sobre el papel del psicópata en la jerarquía UTE, encontramos en primer lugar que, de los 178 internos en UTE a los que se les ha hecho seguimiento y además evaluados mediante el PCL-R, 20 han llegado a ser apoyo. Al evaluar la relación entre las puntuaciones obtenidas para el PCL-R de Hare (2003) y la versión de 13 ítems, resultante en la línea de Cooke & Michie (2001), el Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) ofrece diferencias significativas en ambos casos.

Gráfica 9.5.2

Situación de los participantes internos en la UTE con un diagnóstico positivo de psicopatía según el modelo de tres factores de Cooke & Michie (2001).



Discusión.

La Unidad Terapéutica y Educativa desde los resultados ofrecidos, con los internos que conforman la muestra, parece ser una respuesta alentadora en lo que respecta a la intervención eficaz sobre los delincuentes en general, y los psicópatas en particular. A tenor de los resultados, encontramos que el porcentaje de personas reincidentes tras acabar el programa y salir en libertad (solo 1 de 32 internos), es muy bajo, siguiendo la misma tendencia los resultados sobre reincidencia de los internos que han obtenido un diagnóstico de psicopatía según versión tradicional del PCL-R y según la estructura jerárquica de tres factores (ninguno de los psicópatas ha reincidido tras finalizar el programa). Aquellos que han reincidido y mantienen un diagnóstico de psicopatía, no han llegado a finalizar el programa UTE, por lo que puede que este sea el motivo de la vuelta a la conducta delictiva.

Centrándonos en el diagnóstico, ambos reincidentes son psicópatas detectados, no encontrando entonces ningún psicópata no detectado reincidente. La capacidad previa para mantenerse integrado en la sociedad mostrada por estos últimos, en detrimento del estilo de vida delictual mantenido por los primeros, puede ser también uno de los motivos por los que se han alcanzado estos resultados. Desafortunadamente, el escaso número de internos que han salido en libertad tras este periodo de seguimiento, no nos permite extraer conclusiones más ambiciosas, siendo necesario continuar con el seguimiento de la muestra.

En lo que respecta a la jerarquía UTE, el diagnóstico de psicopatía no cumple un papel clave. Las habilidades interpersonales que son inherentes al psicópata, tales como la facilidad de palabra, el encanto superficial y la capacidad para la manipulación no parecen favorecer la obtención del puesto más alto en la estructura del modelo de la UTE: interno de apoyo. Esta posición que se obtienen en base al avance real en el proceso de cambio y la confianza de los profesionales de la UTE, requiere una serie de responsabilidades para con el proceso del resto de internos, pero también una serie de beneficios: representa la última fase del programa antes de salir a la calle a una unidad extrapenitenciaria, por lo que cuanto antes se alcance, antes llegará la derivación; el interno de apoyo goza de la confianza por parte del equipo, por lo que sufre un control menos exhaustivo; esta posición permite intervenir en la toma de decisiones sobre otros internos, labor que puede ser malinterpretada hacia el aprovechamiento de los

compañeros, etc. A pesar de que presumiblemente la posición de apoyo es tentadora para el psicópata debido a los beneficios que acarrea y a su perfil de personalidad, no es significativamente alcanzada en mayor medida por estos. La preparación de los profesionales en UTE y la propia naturaleza del programa parecen ofrecer una mayor protección contra las estrategias de manipulación del psicópata, lo cual podría explicar este resultado.

9.6.EL TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD Y PSICOPATÍA

La aproximación clínica tradicional ha definido y define el concepto de la psicopatía priorizando aspectos emocionales e interpersonales, dejando en un papel secundario los talentos de carácter conductual. Esta visión encontró respaldo en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), según la Organización Mundial de la Salud, que es reflejo del punto de vista de la comunidad psiquiátrica internacional. Las versiones CIE-9 (Organización Mundial de la Salud, 1978) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) se han basado en los 16 criterios establecidos por Cleckley (1976) para definir este cuadro clínico, bajo la etiqueta de Trastorno Disocial. De este sistema de clasificación se deriva el IPDE-SQ (Loranger et al., 1997), instrumento de cribado para evaluar la probable presencia de los trastornos de personalidad, entre los que se encuentra el Trastorno Disocial.

Hare (1980, 1991a, 2003), de forma paralela, ha desarrollado el PCL-R, instrumento con el que se trató de armonizar esta postura clínica tradicional con la aproximación conductual defendida por parte de la comunidad científica. Utilizado este instrumento como manera de definir –equivocadamente, para nosotros- la psicopatía, se supone sinónimo del Trastorno Disocial apuntalado por el CIE-10; en realidad, sin embargo, los criterios distan de ser equivalentes. En el capítulo 2, en el marco teórico de la Tesis Doctoral, hemos repasado uno a uno estos criterios, refiriendo discrepancias de importancia: la faceta 1 del PCL-R, formada por los ítems sobre aspectos interpersonales, no es contemplada por los criterios para el Trastorno Disocial; El CIE-10 no hace alusión directa a conducta delictiva, a diferencia del PCL-R, aunque se desprende como una posible consecuencia -recogiéndose en el IPDE-SQ en uno de los ítems que evalúa este constructo la conducta delictiva menor y aislada-.

El apartado 9.2., de este capítulo de la Tesis Doctoral, nos ofrece los resultados del estudio donde sometimos a prueba las diversas estructuras factoriales para el PCL-R. Los resultados obtenidos nos han permitido observar que se ajusta, en la muestra de internos que conforma para esta Tesis Doctoral, únicamente la estructura jerárquica de 3 factores con testlets (Cooke & Michie, 2001; Cooke, et al., 2007). Esta estructura elimina de la escala 7 de los 20 ítems del PCL-R -aquellos de carácter antisocial y los que no saturaban en ningún factor-, basándose el diagnóstico únicamente en aspectos

afectivos, interpersonales y estilo de vida. Gracias, a esta nueva escala, es posible el detectar a un tipo distinto de psicópatas en las cárceles, es decir, aquellos que previamente a su ingreso en prisión se han mantenido integrados en la sociedad sin presencia de un estilo de vida delictivo. Estos, a los que bautizamos como psicópatas no detectados, mantienen las características afectivas e interpersonales del psicópata criminal evaluado por el PCL-R -al que bautizamos como psicópata detectado- y su capacidad para la comisión de actos violentos -distando en el tipo de vínculo con la víctima-.

Contamos finalmente con tres figuras: Trastorno disocial de la personalidad, psicópata detectado y el psicópata no detectado. Estas son reflejo de criterios distintos, por lo que habría que esperar que estas identificaran constructos distintos (Ver tabla 9.6.1).

Tabla 9.6.1

Criterios para la evaluación en los que se basa cada diagnóstico

	Características atribuidas por la literatura			
	Interpersonales	Afectivas	Estilo de vida	Delictivas
Trastorno disocial		X	X	De manera menor
Psicópata detectado	X	X	X	X
Psicópata no detectado	X	X	X	

9.6.1. Objetivo e hipótesis.

El objetivo de este apartado de la Tesis Doctoral se concentra en la comparación del probable diagnóstico de trastorno disocial, que arroja el IPDE-SQ, con los diagnósticos de psicópata detectado y el psicópata no detectado, con la finalidad de determinar si se tratan de etiquetas para un mismo constructo o son constructos distintos.

- *Hipótesis 1:* Ya que cada diagnóstico se base en criterios de evaluación distintos, esperamos que los individuos identificados por el IPDE-SQ no sean totalmente coincidentes con los otros dos diagnósticos.
- *Hipótesis 2:* Para el probable diagnóstico del trastorno disocial se considera como criterio la conducta delictiva menor y aislada; para el diagnóstico de

psicópata detectado se considerará como criterio la conducta delictiva como un estilo de vida; y para el diagnóstico del psicópata no detectada se obvia como criterio este tipo de conducta. Ya que trabajamos con una muestra de prisioneros que por defecto, al menos cuentan con conducta delictiva menor y aislada, esperamos que se den mayor número de coincidencias entre los individuos con un diagnóstico de trastorno disocial y los que obtienen un diagnóstico de psicópata no detectado.

- *Hipótesis 3:* Considerando las coincidencias y discrepancias en los criterios de evaluación para cada cuadro clínico (Ver tabla 14.1), la parte de la muestra que obtiene un probable diagnóstico de trastorno disocial obtendrá diferencias significativas con respecto al resto en las puntuaciones obtenidas en las faceta afectiva y de estilo de vida del PCL-R, no siendo así para la faceta interpersonal y sobre conducta delictiva.

9.6.2. Método.

Participantes

De la muestra inicial de 352 internos en prisión, seleccionamos para entre los internos participantes a aquellos que habían sido evaluados a través del PCL-R (Torrubia et al., 2010) y el IPDE-SQ módulo CIE-10 (Loranger et al., 1997). La muestra obtenida es de un total de 340 participantes, que se encontraban en el momento de ser evaluados en: el Centro Penitenciario de Villabona (Asturias, España), en el Ce. Re. So. Puente Grande o su sistema de libertad condicional (Jalisco, México); en el Ce. Re. So. Francisco J. Múgica (Michoacán, México); o en el Centro Penitenciario de Puente Alto (Santiago, Chile).

Instrumentos

Los instrumentos utilizados, para la consecución del objetivo planteado, fueron el PCL-R (Torrubia et al., 2010) que evalúa la presencia de psicopatía y el IPDE-SQ, módulo CIE-10 (Loranger et al., 1997), que mide el probable diagnóstico de los trastornos de

personalidad. Ambos instrumentos fueron explicados con detenimiento en el capítulo 8 de la Tesis Doctoral.

Procedimiento y análisis de datos.

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows, utilizando como técnica estadística el Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) y el Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA), de acuerdo con las posibilidades de las variables para ofrecer una respuesta a nuestro objetivo.

9.6.3. Resultados.

Contando con la muestra total de internos en prisión evaluados, mediante el IPDE-SQ módulo CIE-10 y el PCL-R (N=340), encontramos que: el 20.3% (n=69) tienen probabilidad de presentar un trastorno disocial; el 17.6% (n=60) presentan un diagnóstico de psicópata detectado, mientras que el 11.2% (n=38) presentan un diagnóstico de psicópata no detectado. Frente a esta diferencia de porcentajes, la primera duda que se plantea es: los internos penitenciarios que conforman la muestra con un probable diagnóstico de trastorno disocial son coincidentes con los individuos con diagnóstico positivo en los otros dos grupos (Ver tabla 9.6.2).

Tabla 9.6.2

Coincidencia diagnóstica entre: Probable diagnóstico de trastorno disocial, psicópata detectado y psicópata no detectado.

Coincidencia diagnóstica	%	n
TD	63.7	44
TD+ Psicópata detectado	23.2	16
TD+ Psicópata no detectado	13	9
Total	100	69

Como podemos ver en la tabla 9.6.2, el 63.7% de los que presentan probabilidad de presentar un trastorno disocial de la personalidad no son identificados como psicópatas, por las otras estructuras, no siendo coincidente con el diagnóstico de cualquiera de los

tipos de psicópata detectado -del grupo de psicópatas detectados (N= 65), se identifican con probable diagnóstico disocial el 24.6% y de los no detectados (N=38) al 23.6%-.

Los resultados presentados en la tabla 9.6.3 nos muestran la distribución de las puntuaciones en las 4 facetas descritas para el PCL-R (Interpersonal, afectiva, estilo de vida y conducta antisocial) en base al probable diagnóstico de trastorno disocial. El Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) arroja resultados estadísticamente significativos -estadístico Lambda de Wilks (Valor=.911/ F=8.14/ p=.000)- (Ver tabla 14.3)., que parecen pueden conceptualizarse debidas a la faceta 3 sobre estilo de vida y a la faceta 4 sobre conducta antisocial -aquellos que presentan un probable trastorno disocial no se diferencian de los que no lo presentan en las facetas 1 y 2-.

Tabla 9.6.3

Resultado del Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) del efecto diferencial del probable diagnóstico de trastorno disocial sobre las puntuaciones en las facetas del PCL-R.

Facetas del PCL-R (N=340)	Media	DT	GI	F	Sig.
Faceta 1 (Interpersonal)					
No presenta	3.67	2.46			
Probable diagnóstico de trastorno disocial	4.16	1.91	1	2.38	.124
Faceta 2 (Afectivo)					
No presenta	4.37	2.42			
Probable diagnóstico de trastorno disocial	4.71	2.07	1	1.15	.284
Faceta 3 (Estilo de vida)					
No presenta	4.98	2.34			
Probable diagnóstico de trastorno disocial	6.64	2.09	1	28.69	.000
Faceta 4 (Conducta Antisocial)					
No presenta	4.39	2.94			
Probable diagnóstico de trastorno disocial	6.17	2.25	1	22.11	.000

En esta línea y para dar respuesta a nuestros objetivos, posteriormente se ha tratado de averiguar si la parte de la muestra con un diagnóstico de psicópata detectado o psicópata no detectado se distribuye de manera diferencial, con respecto a los que no obtienen estos diagnósticos, en las puntuaciones para la escala sobre trastorno disocial del IPDE-SQ. Para ello, se ha utilizado la técnica estadística Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA), que nos ha ofrecido unos resultados no significativos en ningún caso. Contando con el diagnóstico de psicopatía de manera global – grupo formado tanto por

los que obtienen el diagnóstico de psicópata detectado como los que obtienen el de no detectado- tampoco se han encontrado diferencias significativas con respecto a la distribución de las puntuaciones en la escala sobre Trastorno disocial del IPDE-SQ.

Discusión.

Tanto CIE-10 como el PCL-R tomaron los criterios de Hervey Cleckley (1976) para la definición de este cuadro clínico. Como resultado, ambos dan una importancia similar a aspecto afectivos y sobre estilo de vida, pero una mayor exigencia para el diagnóstico positivo según el PCL-R en base a otros criterios añadidos sobre relaciones interpersonales y conducta delictiva, favorecen -aparentemente- porcentajes más elevados de prevalencia para el Trastorno disocial. Slade & Forrester (2013), establecieron la prevalencia de este último en población encarcelada en el Reino Unido en el 25.8%, mientras que en Europa se establece niveles de prevalencia para la psicopatía entre el 10 y el 20%. Los resultados de nuestro estudio parecen seguir una misma lógica: el porcentaje de internos en prisión con un posible diagnóstico de trastorno disocial según el IPDE-SQ, se sitúa en el 20.3% (n=69), mientras que el de psicopatía –psicópata detectado- según el PCL-R se sitúa en el 17.6% (n=60).

Un análisis en mayor profundidad demuestra que a pesar de la apariencia, los resultados se alejan de ser comparables. Concretamente, el 63.7% (n=44), de los participantes identificados con un posible diagnóstico de trastorno disocial, no son detectados por el PCL-R de Hare (Torrubia et al., 2010), ni por la versión de 13 ítems que se deriva de la estructura jerárquica de 3 factores (Cooke & Michie, 2001; Cooke et al., 2007). De forma inversa, se observa la misma tendencia: igual que la mayor parte de los que presentan un probable diagnóstico de trastorno disocial no presentan psicopatía -detectada o no detectada-, la mayor parte de los que presentan un diagnóstico de psicopatía –detectada o no detectada-, no presentan un diagnóstico de trastorno disocial.

Nos planteábamos como hipótesis una mayor coincidencia en el diagnóstico de psicópata no detectado y la probable presencia del trastorno disocial por un tratamiento más cercano de la conducta delictiva en la evaluación (13%, n=9). Los resultados han demostrado una mayor concurrencia entre este último y el diagnóstico de psicópata detectado (23.3%, n=16). Además, cuando analizamos la distribución de las

puntuaciones en cada una de las facetas descritas para el PCL-R, encontramos diferencias significativas entre aquellos que mantienen este probable diagnóstico de trastorno disocial, pero dichas diferencias son debidas a las facetas 3 y 4, es decir, al estilo de vida y la conducta antisocial.

Parece lógico que los individuos con este probable diagnóstico no obtengan una media más elevada que el resto de la muestra en la faceta 1, ya que las referencias a los aspectos interpersonales realizados en el PCL-R no se recogen entre los criterios de medida del CIE-10. Ahora, resulta llamativo que suceda lo mismo con la faceta 2 sobre aspectos afectivos. El trastorno disocial según el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) aglutina criterios como: cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía, incapacidad para mantener relaciones personales duraderas, incapacidad para sentir culpa, etc. Estos criterios, como hemos visto en el capítulo 2 del arco de teórico de la Tesis Doctoral, son paralelos a algunos de los ítems establecidos por el PCL-R. De igual manera, encontramos que el probable diagnóstico de trastorno disocial discrimina entre las puntuaciones obtenidas en la faceta 4, a pesar de que el CIE-10 como sistema de clasificación, no es tan exigente como el PCL-R para la consideración de la conducta delictiva: los individuos que presentan un probable diagnóstico puntúan de manera más elevada en la faceta antisocial. Estos resultados demuestran que el instrumento de medida derivado del CIE-10, el IPDE-SQ, se encuentra más cercano a detectar al criminal común con un estilo de vida delictivo, ya que no es capaz de discriminar entre las características que se han definido como la esencia de la psicopatía (Cleckley, 1976).

Llegados a este punto y considerando la cercanía de criterios para la definición de cada cuadro clínico, cabe preguntarse: si las discrepancias e incongruencias detectadas son debidas más bien al instrumento de medida IPDE-SQ, más que a la definición conceptual realizada por el CIE-10.

9.7. ETIOLOGÍA Y CONDUCTA DELICTIVA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN CIE-10

Se comenta, en el capítulo tres del marco teórico de la Tesis Doctoral, la relevancia de los microsistemas en el desarrollo psicológico o humano (Bronfenbrenner, 1987, 2001, 2005), destacando entre ellos la familia y los factores de influencia que confluyen en ella, por ser el primer y principal ámbito de socialización (Clemente & Goicoechea, 1996; Palacios & Rodrigo, 1998). Una deficitaria competencia paterna para la educación, puede conllevar consecuencias negativas sobre el ajuste emocional y la conducta en la edad adulta (Aucoin et al., 2006).

Es extensa la bibliografía que ha tratado de estudiar la influencia de este tipo de factores de riesgo sobre los trastornos de personalidad (Afifi et al., 2011; Samuels, 2011; Ullrich, & Marneros, 2007), sobretodo en el caso de los Trastornos Antisocial y el Trastorno Límite (Bornovalova, 2006; Holmes, et al., 2001; Soloff, et al., 2002), centrándose la mayoría de los trabajos en la clasificación realizada por las distintas versiones del DSM. La relación con este tipo de variables parece estar más presente y ser más acusada en el caso de estos dos últimos.

La conducta delictiva asociada con los distintos trastornos de personalidad fue tratado durante el capítulo cuatro del marco teórico de la Tesis Doctoral. Cualquier trastorno puede ser relacionado con conducta violento (Stone 2007a), aunque podemos encontrar diferencias entre los distintos cuadros clínicos en base al estilo comportamental que define cada uno de ellos. Comentamos que la idiosincrasia del trastorno de personalidad que padece el delincuente se verá reflejado en su comportamiento criminal (González, 2007).

También, en el apartado primero de este capítulo de la Tesis Doctoral, en el que describimos la muestra en base a las variables recogidas, analizamos los resultados de fiabilidad para el IPDE-SQ módulo CIE-10 utilizado en la Tesis Doctoral. Este cuestionario, como instrumento de cribado, evalúa la posible presencia de los trastornos de personalidad. Aunque de manera global, el valor de alpha es alto ($\text{Alpha}=.81$), no sucede lo mismo para las escalas que se refieren a cada uno de los trastornos de modo independiente, decidiendo descartar aquellas que mantengan una fiabilidad inferior a

.45. Finalmente trabajaremos con los trastornos: Disocial, impulsivo, anancástico y dependiente.

9.7.1. Objetivo e hipótesis.

Se pretende estudiar la influencia de factores de riesgo en el ámbito familiar sobre la probabilidad de presencia de los trastornos de personalidad disocial, impulsivo, anancástico y ansioso, además de comprobar el estilo delictivo asociado a cada uno.

- *Hipótesis 1:* Las disfunciones del hogar durante la infancia y proceso de socialización tendrán mayor influencia sobre los trastornos disocial e impulsivo, siendo mayor el número de factores de riesgo que se relacionen con estos trastornos frente al anancástico y dependiente. Se espera, de esta manera, destaque entre el resto de variables el estilo educativo, la conducta delictiva y de consumo de los familiares y la ausencia de los padres durante la crianza.
- *Hipótesis 2:* El trastorno disocial, considerando la baja tolerancia a la frustración que lo caracteriza, así como la descarga de agresividad y la ausencia de responsabilidad sobre su conducta, se asocie con un inicio temprano en la conducta delictiva, una mayor reincidencia, condenas largas y delitos relacionados con un estilo de vida delictivo y la violencia como los robos con fuerza, violencia e intimidación, los delitos de lesiones, vandalismo, daños a la propiedad, asesinato y/o homicidio, etc.
- *Hipótesis 3:* Sobre el trastorno impulsivo, debido a la tendencia de las personas que lo padecen a actuar de manera inesperada sin calibrar las consecuencias y a la predisposición para los conflictos, se espera presenten un estilo de vida delictivo caracterizado por un inicio temprano, reincidencia y largas condenas y delitos violentos contra las personas: lesiones, delitos de violencia contra la pareja, delitos de homicidio/asesinato o intento de homicidio/asesinato.
- *Hipótesis 4:* La inseguridad personal, rectitud y rigidez de los individuos, que presentan un trastorno anancástico de la personalidad, se espera se asocie con delitos violentos motivados por situaciones estresantes, destacando los delitos contra la

pareja. No se espera que presenten un estilo de vida delictivo, por lo que la edad de inicio en la conducta delictiva será tardía siendo menor el número de entradas a prisión.

- *Hipótesis 5:* Por último, esperamos que el trastorno ansioso se asocie con delitos sexuales como resultado de su sentimiento de inferioridad y miedo al rechazo que acaba por transformarse en un sentimiento de venganza hacia las mujeres, así como delitos de gravedad con el daño al otro como finalidad debido su hipersensibilidad a las críticas. La delincuencia no será un estilo de vida para ellos, por lo que el inicio en la conducta delictiva será tardía y no presentaran reincidencia.

9.7.2. Método.

Participantes

Se contó con una muestra total de 245 internos en prisión, que se encontraban en las prisiones de latinoamericana y la prisión española señaladas en el capítulo de método de la Tesis Doctoral. Según los objetivos planteados, se tomó la muestra total o grupos de esta en base al probable diagnóstico según IPDE-SQ: Trastorno disocial de la personalidad (n=70, 20.28%); trastorno impulsivo de la personalidad (n=58, el 16.8%); trastorno anancástico de la personalidad (n=199, 57.6%); y trastorno ansioso de la personalidad el (n= 135, 39.1%).

Instrumentos

La totalidad de la muestra fue evaluada mediante el IPDE-SQ módulo CIE-10, instrumento de cribaje que evalúa el probable diagnóstico de los trastornos de personalidad tal y como son definidos en el sistema de clasificación CIE-10. Este instrumento de 59 ítems se utiliza como una herramienta útil para la orientación del clínico, sobre la necesidad de una evaluación más profunda en base a la probable presencia de estas problemáticas. Las características de la muestra en base a este instrumento fueron descritas de manera pormenorizada en el capítulo ocho. La fiabilidad de la prueba resulta buena ($\text{Alpha}=.81$), no siéndolo tanto la de algunas escalas, motivo por el que para este capítulo descartamos trabajar con todas aquellas que

tuvieran una fiabilidad inferior. Los resultados obtenidos deberán ser tomados con cautela.

Procedimiento y análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows, utilizando como técnica estadística el análisis de frecuencias, tablas de contingencia con chi-cuadrado como estadístico, el Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) y la Regresión Logística Binaria, de acuerdo con las posibilidades de las variables para ofrecer una respuesta a nuestro objetivo.

9.7.3. Resultados.

9.7.3.1. *Trastorno disocial de la personalidad*

Se procedió, en primer lugar, a estudiar el valor de las variables familiares sobre el posible diagnóstico del trastorno disocial en una muestra de 345 participantes que fueron evaluados mediante el IPDE-SQ -70. Del total de variables contempladas, mediante la técnica estadística logística binaria, eliminamos todas aquellas redundantes y que producían interacción o confusión, obteniendo finalmente un modelo predictivo en base a dos variables (Tabla 9.7.1)

Tabla 9.7.1

Modelo predictivo variables familiares sobre posible diagnóstico de trastorno disocial según IPDE-SQ módulo CIE-10 (n=311).

Variables en la ecuación	B	E.T.	Wald	gl	Sig	Exp(B)	I.C. 95% para	
							Inferior	Superior
Padre detenido	.896	.350	6.544	1	.011	2.450	1.233	4.869
Relación con la madre	.908	.293	9.615	1	.002	2.478	1.396	4.398

La relación entre las variables familiares y el posible diagnóstico de trastorno disocial aparece como positiva y significativa en ambos casos. De esta manera, los participantes

cuyo padre ha sido detenido alguna vez tienen más probabilidades de presentar un trastorno disocial con una fuerza de asociación de 2.45, es decir, incrementa en 2.45 el riesgo de desarrollar este trastorno en la edad adulta; igualmente, los participantes que han tenido durante su infancia y proceso de socialización una mala, o inexistente relación, con la madre tienen más probabilidades de desarrollar este trastorno con una fuerza de asociación del 2.478, es decir, aumenta el riesgo de su desarrollo en la edad adulta en 2.478.

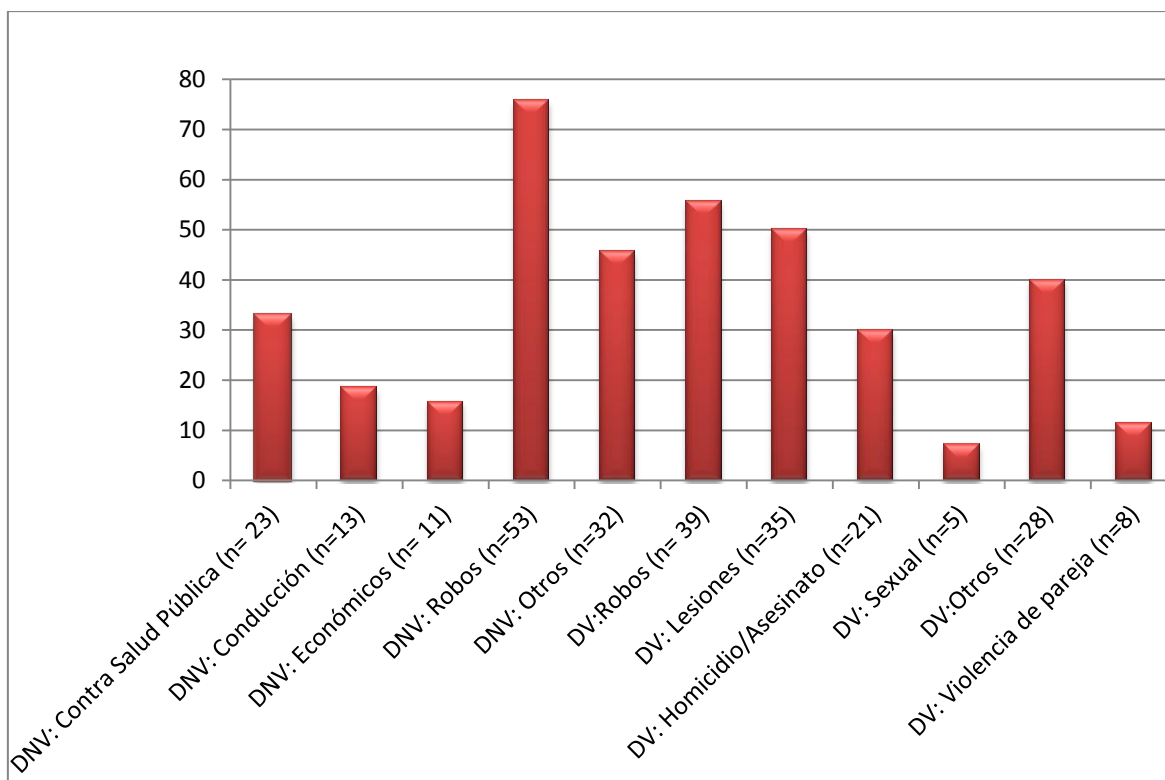
Finalmente, al evaluar el modelo establecido se ha podido observar que estas dos variables tienen capacidad para clasificar correctamente al 79,1% (n=246) de la muestra, aunque no presenta sensibilidad, ya que el total de participantes correctamente clasificados pertenecen a la categoría de aquellos que no presentan probabilidad de presentar este trastorno.

En segundo lugar, hemos tratado de describir la conducta delictiva asociada a este posible diagnóstico. Los datos de la muestra de internos de nuestra Tesis Doctoral nos lleva a constatar que estos participantes han cometido un delito no sancionado antes de su primera detención en un 90% (n=63) de los casos, siendo la edad media para la comisión de dicho delito los 12 años; la edad media de primera detención es de 17,3 y de primer ingreso en prisión de 22 años, presentando estancia anterior en centro de menores el 39.7% (n=27); son mayoritariamente multireincidentes (40%, n=28), con una media de 3.6 entradas en prisión, siendo la media de condena en meses de 156.44 (13 años).

A su vez, la gráfica 9.7.1 nos muestra las frecuencias sobre la comisión de distintos tipos de delitos: los delitos cometidos con mayor frecuencia son los de robo sin violencia, tales como hurtos, robos con fuerza en las cosas o apropiación indebida, seguido de los robos con violencia o intimidación, los delitos de lesiones y otros delitos no violentos como vandalismo o daños a la propiedad; los delitos sexuales, de violencia contra la pareja y los económicos son los menos frecuentes.

Retomando el total de la muestra (N=345), comparamos en base a estas variables de carácter delictivo a aquellos individuos que presentan una probable presencia del trastorno disocial (20.2%, n=70), frente a los internos que no (79.7%, n=275). Utilizando el Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) se ha estudiado el efecto

diferencial de este posible diagnóstico sobre una serie de variables delictivas cuantitativas (Ver tabla 9.7.2), lo que ha permitido observar que comienzan a una edad más temprana su carrera delictiva, siendo la edad de la comisión del primer delito no sancionado, de la primera detención y del primer ingreso en prisión mucho más temprana. El análisis, pero con agrupación de las variables de carácter cualitativo, utilizando la técnica estadística el chi-cuadrado ofrec los resultados en la tabla 9.7.3.



Gráfica 9.7.1

Frecuencias sobre delitos cometidos por participantes con posible diagnóstico de trastorno disocial según IPDE-SQ (DNV= Delito no violento/ DV= Delito violento)

Tabla 9.7.2

Resultado del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) del efecto diferencial del posible diagnóstico de trastorno disocial sobre variables delictivas cuantitativas.

	Media	ET	Gl	F	Sig.
Edad de la primer delito no sancionado (n=273)					
No presenta trastorno disocial	14.15	6.84	1	5.49	.020
Probable presencia de trastorno disocial	12.07	2.86			
Edad de primera detención (n=323)					

No presenta trastorno disocial	22.25	10.77	1	12.98	.000
Probable presencia de trastorno disocial	17.36	5.83			
Edad del primer ingreso penal (n=334)					
No presenta trastorno disocial	26.53	9.87	1	12.62	.000
Probable presencia de trastorno disocial	22.08	6.29			

Tabla 9.7.3

Resultados del análisis chi-cuadrado. Relación entre el posible diagnóstico de trastorno disocial y variables delictivas cualitativas.

Variables cualitativas del delito	Probable presencia trastorno disocial		χ^2	Sig.
	No	Si		
Comisión de delito no sancionado (n=327)				
No	49 (19%)	8(8.7%)	4.125	.042
Si	209(81%)	63(91.3%)		
Estancia en centro de menores (n=334)				
No	199(74.8%)	41(60.3%)	5.644	.018
Si	67(25.2%)	27(39.7%)		
Delitos de robo no violentos (n=345)				
No	102(37.1%)	17(24.3%)	6.888	.044
Si	173(62.9%)	53(75.7%)		
Delitos de robo con violencia (n=345)				
No	166(60.4%)	31(44.3%)	5.888	.015
Si	109(39,6%)	39(55.7%)		
Delitos de homicidio/asesinato (n=345)				
No	228(82.9%)	49(70%)	5.876	.015
Si	47(17.1%)	21(30%)		

Los resultados obtenidos en la muestra de participantes internos penitenciarios en nuestra Tesis Doctoral refieren que aquellos con un posible trastorno disocial: no resultaron ser más reincidentes ni presentar condenas más largas, pero sí se encontramos diferencias significativas que denotan un estilo de vida delictivo. Así, cometen delito no sancionado antes de la primera detención en mayor medida y han pasado parte de su proceso de socialización en un centro de menores. El tipo de delitos que les distinguen del resto de internos son los robos, ya sean con violencia o sin ella, y los delitos de homicidio/asesinato o de intento de homicidio/asesinato.

9.7.3.2. Trastorno impulsivo de la personalidad

La respuesta al objetivo planteado nos lleva a analizar la posible relación mantenida entre las variables familiares contempladas y la posible presencia del trastorno impulsivo. Para ello se ha contado con la totalidad de la muestra (N=345) -58 de ellos, el 16.8%, ha obtenido un posible diagnóstico de trastorno impulsivo según el IPDE-SQ- se destaca como relación significativa el tipo de relación con los padres (Ver tabla 9.7.4).

Tabla 9.7.4

Relación entre la posible presencia de un trastorno impulsivo y el tipo de relación mantenida durante la infancia con ambos padres. Técnica estadística: chi-cuadrado.

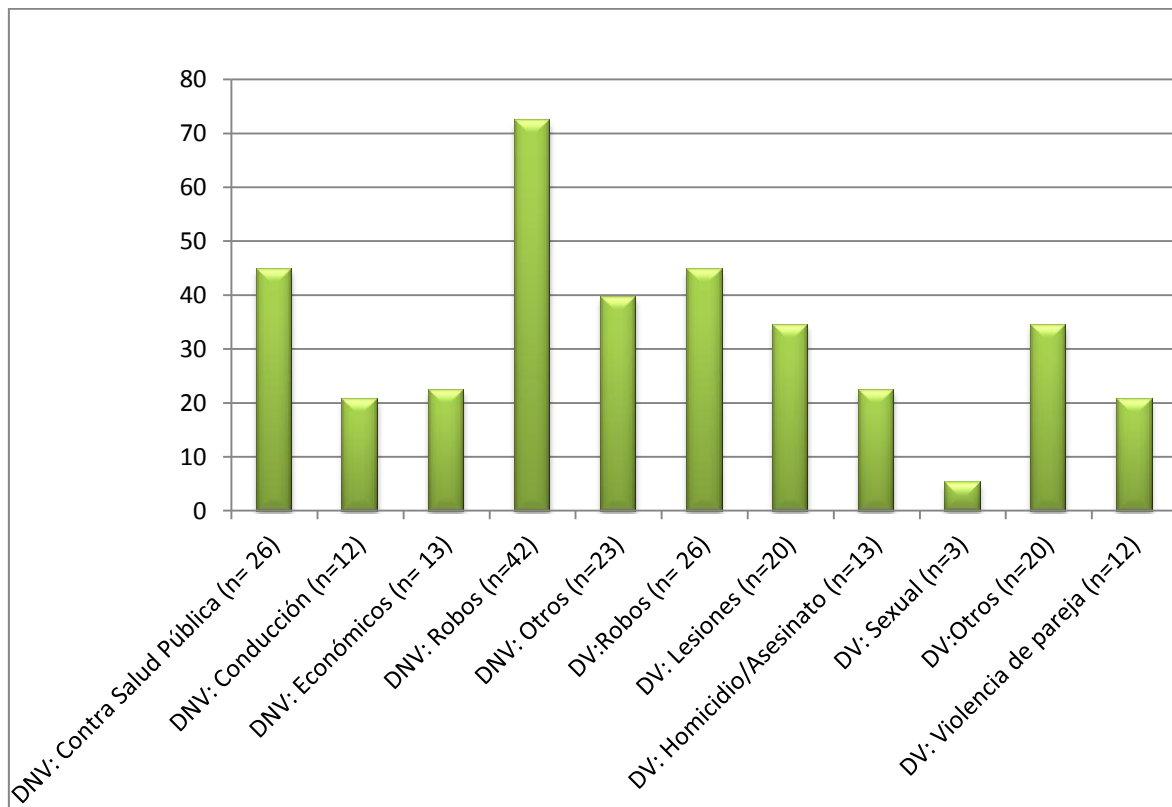
Relación con padres (N=319)	Probable presencia de trastorno impulsivo		χ^2	Sig.
	No presenta	Presenta		
Mala o no hubo con al menos uno de ellos	108(40.9%)	32(58.2%)	5.514	.019
Normal o buena con ambos	156(59.1%)	23(41.8%)		

Los resultados obtenidos establecen diferencias significativas siendo, según los residuos corregidos que arrojan los valores z, mayor la probabilidad de que individuo con posible presencia de un trastorno impulsivo haya tenido una mala relación o inexistente con al menos uno de sus progenitores. Además, será mayor la probabilidad de que un individuo que no presenta posibilidad de presentar este trastorno describa la relación con ambos progenitores durante su proceso de socialización como normal o buena, - valor $p < .05$ en ambos casos-. Al no encontrar otra relación significativa más, pues, hemos descartado la posibilidad de construir un modelo predictivo mediante la técnica estadística logística binaria, donde la variable presenta valor predictivo con respecto al posible diagnóstico del trastorno límite en la edad adulta con una fuerza de asociación de 2.12.

Al limitar a los participantes que presentan este posible diagnóstico (N=58), para describir la conducta delictiva que les define, los datos de los internos participantes han puesto de manifiesto que el 91,2% (n=52) cometieron un primer delito no sancionado antes de su primera detención, siendo la edad media de su comisión los 12.5 años; la

edad media de la primera detención fue 18.5 años y la del primer ingreso en prisión 23.3. El 29.8% (n=17) de la muestra pasó parte de su infancia y/o adolescencia en un centro de menores, siendo la mayoría delincuentes primarios (49%, n=28) -se encuentran en su primera entrada en prisión-, aunque la media de número de entradas en la cárcel es de 2.

Finalmente, la media de su tiempo de condena total es de 124,4 meses (10,3 años), observándose en la gráfica 9.7.2 la frecuencia de aparición de los distintos tipos de delitos: los delitos cometidos con mayor frecuencia, al igual que para los internos con un posible trastorno disocial, son robos sin violencia: hurtos, robos con fuerza en las cosas y/o apropiación indebida; con un porcentaje similar aparecen delitos contra la salud pública y s delitos de robos violentos o con intimidación, seguidos de otros delitos no violentos, tales como el vandalismo o los daños a la propiedad; en último lugar se posicionan de nuevo los delitos sexuales, precedidos con una misma frecuencia por los delitos de conducción y los delitos de violencia contra la pareja.



Gráfica 9.7.2

Frecuencias sobre delitos cometidos por participantes con posible diagnóstico de trastorno impulsivo según IPDE-SQ (DNV= Delito no violento/ DV= Delito violento).

Con la intención responder al objetivo de establecer cuáles de estas variables distinguen el estilo delictivo de los participantes con un probable diagnóstico de trastorno impulsivo, frente al resto, se retoma la muestra total (N=345). En primer lugar, analizamos el efecto diferencial de este posible diagnóstico (n=58) sobre una serie de variables cuantitativas del delito, utilizando el Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA), cuyos resultados se presentan en la tabla 9.7.5. De esta manera, podemos observar que los individuos con probabilidad de presentar este trastorno presentan su primera detención y su ingreso en prisión a una edad más temprana, aunque no se establecen diferencias significativas en lo que respecta a la edad de primer delito no sancionado, número de entradas en prisión y tiempo de condena; de igual manera, no se han observado ninguna diferencia significativa con respecto a las variables delictivas de tipo cualitativo.

Tabla 9.7.5

Resultado del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) del efecto diferencial del posible diagnóstico de trastorno impulsivo sobre variables delictivas cuantitativas.

	Media	ET	Gl	F	Sig.
Edad de primera detención (n=323)					
No presenta trastorno impulsivo	21.81	10.67	1	5.121	.024
Probable presencia de trastorno impulsivo	18.49	6.44			
Edad del primer ingreso penal (n=334)					
No presenta trastorno impulsivo	26.08	9.85	1	4.13	.043
Probable presencia de trastorno impulsivo	23.31	6.49			

9.7.3.3. Trastorno anancástico de la personalidad

Estudiamos, en primer lugar, la posible relación entre las distintas variables familiares contempladas y la probable presencia del trastorno anancástico. Para ello, contamos con la totalidad de la muestra (N=345), presentando este posible diagnóstico el 57,6% (n=199). Los resultados obtenidos, uan vez aplicada la técnica estadística chi-cuadrado,

refieren relaciones significativas en las variables: madre detenida alguna vez ($p=.010$); estilo educativo autoritario (.009) y número de hermanos (.010). Con estas variables se ha procedido a la creación de un modelo predictivo mediante la técnica estadística logística binaria: al eliminar la variable “número de hermanos”, pues mostraba interacción con la variable “estilo educativo autoritario”, obtuvimos un modelo predictivo mediante las otras dos variables que clasificaba correctamente al 57,4% ($n=174$). De todas formas, a pesar de que la variable “madre detenida” (con un valor $p=.032$) aumenta el riesgo de presentar probabilidad de desarrollar este trastorno en la edad adulta con una fuerza de asociación de 9.523., decidimos descartarla debido a lo extremo del intervalo de confianza superior (IC 95%: 1.209-75.030) y a que la variable “Estilo educativo autoritario” clasifica por si misma al 57.7% ($n=177$) del total –todos ellos pertenecientes al grupo de los que obtienen un resultado positivo en esta escala del IPDE-SQ- (Ver tabla 9.7.6).

Tabla 9.7.6

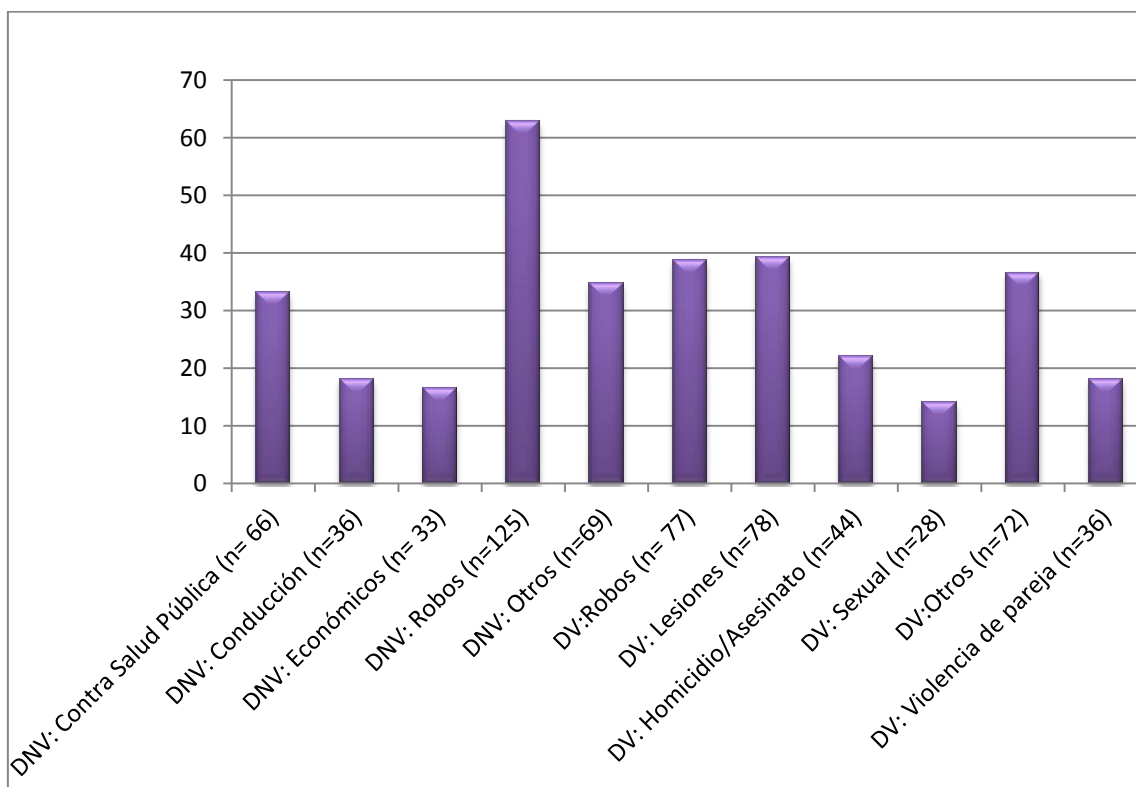
Relación entre la posible presencia de un trastorno anancástico y una educación basada en un estilo educativo autoritario. Técnica estadística: chi-cuadrado.

Estilo educativo autoritario (N=307)	Probable presencia de trastorno anancástico		χ^2	Sig.
	No presenta	Presenta		
No	115(88.5%)	136(76.8%)	6.792	.009
Si	15(11.5%)	41(23.2%)		

Los residuos corregidos que se deducen de los valores z, indican que será mayor la probabilidad de que un individuo que presenta un probable diagnóstico de trastorno anancástico haya tenido un estilo educativo autoritativo durante la infancia. Por otro lado, los que no presentan este posible diagnóstico habrán tenido en mayor medida un estilo educativo no autoritario ($p<.05$).

Centrándonos ahora únicamente en aquellos internos de la muestra de la Tesis Doctoral que tienen probabilidad de presentar este trastorno, según el IPDE-SQ (N=199), observamos la conducta delictiva: el 78.4% ($n=149$) afirma haber cometido delito violento no sancionado antes de su primera detención siendo cometido a una edad media de 13.26 años; la primera detención ofrece una edad media de 21.9 años, ingresando en centro de menores en alguna ocasión el 29.4% ($n=57$); la edad media de

primer ingreso en prisión se sitúa en los 26.7 años, encontrándose mayoritariamente en su primera entrada (45%, n=88) aunque la media es de 2, con un tiempo de condena medio de 133.5 meses (11 años). La gráfica 9.7.3, a su vez, permite constatar las frecuencias sobre los distintos tipos de delitos cometidos, donde de nuevo los delitos de robo sin violencia son los de mayor frecuencia, aunque, en este caso, se sitúan en segundo lugar los delitos de lesiones –que también incluyen delitos de atentado contra la autoridad-; en tercer lugar se sitúan los delitos de robo con violencia o intimidación y en el cuarto, otros delitos violentos: amenazas, posesión de arma de fuego sin licencia, etc.; en último lugar encontramos de nuevo los delitos sexuales, aunque se presentan en una proporción superior a los casos anteriores -le preceden los delitos económicos, y con un mismo porcentaje, los delitos de conducción y de violencia contra la pareja-.



Gráfica 9.7.3

Frecuencias sobre delitos cometidos por participantes con posible diagnóstico de trastorno anancástico según IPDE-SQ (DNV= Delito no violento/ DV= Delito violento).

Con la intención de comprobar si los participantes que presentan un probable diagnóstico de trastorno anancástico tienen un estilo delictivo característico, el Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) con las variables cuantitativas consideradas del delito planteadas anteriormente ofrece los resultados de la tabla 9.7.7, es decir, la única variable cuantitativa que muestra resultados significativos es la edad de primera entrada a prisión -entran en prisión a una edad más tardía-; los resultados de las variables delictivas de carácter cualitativo, utilizando la técnica estadística chi-cuadrado, ofrece los resultados presentados en la tabla 9.7.8, es decir, de nuevo una única variable ofrece diferencias estadísticamente significativas entre los grupos -la comisión de delito no sancionado antes de la primera detención-, es decir, la presencia del trastorno anancástico aumenta cuando se constata un delito no sancionado que aquellos que no lo presentan.

Tabla 9.7.7

Resultado del Análisis Univariado de la Varianza (ANOVA) del efecto diferencial del posible diagnóstico de trastorno impulsivo sobre variables delictivas cuantitativas.

	Media	ET	Gl	F	Sig.
Edad del primer ingreso en prisión (n=334)					
No presenta trastorno anancástico	24.13	7.74	1	6.113	.014
Probable presencia de trastorno anancástico	26.69	10.35			

Tabla 9.7.8

Resultados del análisis chi-cuadrado. Relación entre el posible diagnóstico de trastorno anancástico y variables delictivas cualitativas.

Variables cualitativas del delito	Probable presencia trastorno anancástico		χ^2	Sig.
	No	Si		
Comisión de delito no sancionado (n=327)				
No	14 (10.2%)	41(21.6%)	7.343	.007
Si	123(89.8%)	149(78.4%)		

9.7.3.4. Trastorno ansioso de la personalidad

Contamos con la totalidad de la muestra (N=345) para el estudio de la influencia de variables en el ámbito familiar sobre el probable diagnóstico de trastorno ansioso en la edad adulta según IPDE-SQ -cumpliendo este criterio el 39.1% (n=135)-. Utilizando la clasificación resultante como significativa a través de la técnica estadística chi-cuadrado los resultados observados aparecen en la tabla 9.7.9. Del total de variables analizadas, únicamente arrojó resultados significativos la variable “estilo educativo autoritario”, al igual que en el caso de los individuos con un probable diagnóstico de trastorno anancástico. Considerando los residuos corregidos que arrojan los valores z, se da una mayor probabilidad de que el individuo que presenta un posible diagnóstico de trastorno ansioso haya tenido una infancia marcada por un estilo educativo autoritario, ocurriendo lo contrario con los que no presentan este posible diagnóstico (Valor $p < .05$ en ambos casos).

Tabla 9.7.9

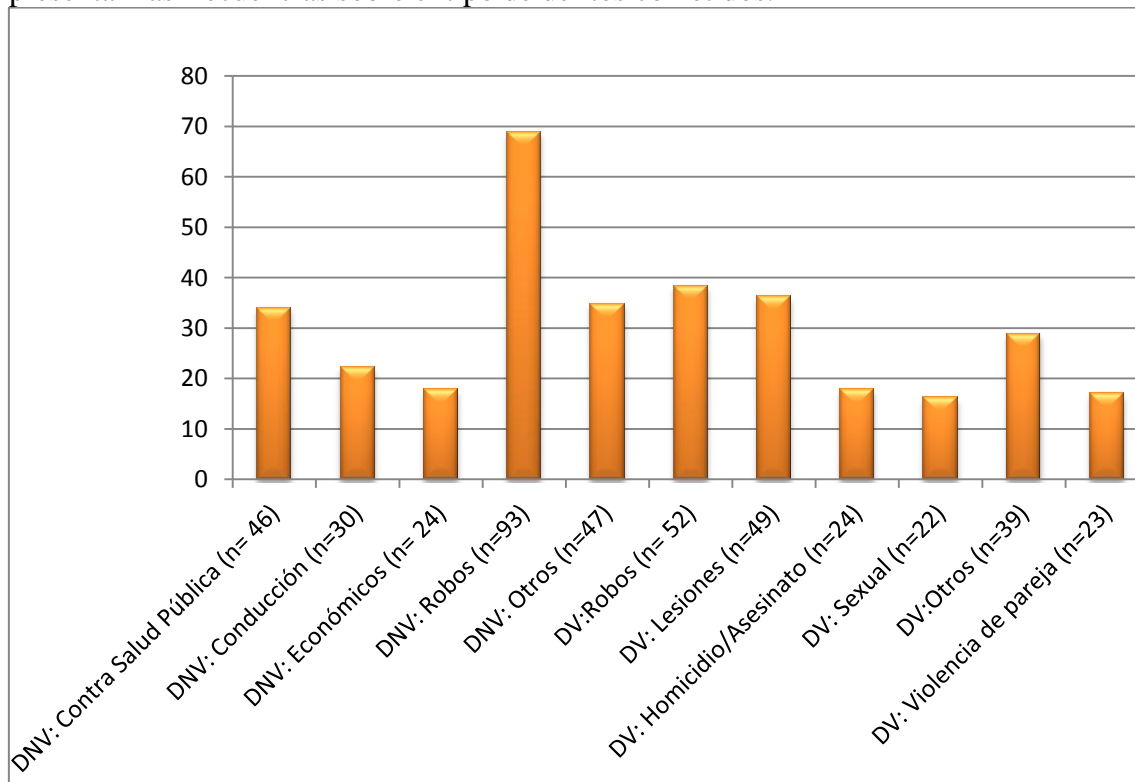
Relación entre la posible presencia de un trastorno ansioso y una educación basada en un estilo educativo autoritario. Técnica estadística: chi-cuadrado.

Estilo educativo autoritario (N=307)	Probable presencia de trastorno ansioso		χ^2	Sig.
	No presenta	Presenta		
No	156(85.7%)	95(76%)	4.689	.030
Si	26(14.3%)	30(24%)		

Debido a que solo hemos encontrado una relación significativa, hemos rechazado la posibilidad de crear un modelo predictivo mediante la técnica estadística logística binaria. Aún así, esta misma técnica refiere que esta variable presenta valor predictivo para el posible desarrollo del trastorno en la edad adulta con una fuerza de asociación de 1.89.

En segundo lugar, trataremos de describir la conducta delictiva en base a variables cuantitativas y cualitativas del delito. El 86.4% (n=132) del grupo de participantes con probabilidad de presentar este diagnóstico, según IPDE-SQ (N=135), ha cometido al menos un delito no sancionado antes de ser detenido, siendo la edad media para la comisión de dicho delito los 14 años. El 27.8% (n=37) ha ingresado en un centro de menores alguna vez siendo la edad media de la primera detención los 20.8 años. El

primer ingreso en prisión se sucede hacia los 26 años, el número medio de entradas en prisión es de 2.7 aunque la mayoría son delincuentes primarios (n=63, 47.4%) y 118.6 (15.7 años) es el número medio de meses de condena total. En la gráfica 9.7.4 se presentan las frecuencias sobre el tipo de delitos cometidos.



Gráfica 9.7.4

Frecuencias sobre delitos cometidos por participantes con posible diagnóstico de trastorno ansioso según IPDE-SQ (DNV= Delito no violento/ DV= Delito violento).

Los robos sin violencia vuelven a ser los delitos más cometidos, seguidos en este caso por los robos con violencia y/o intimidación. En tercer lugar destacan los delitos de lesiones seguidos de otros delitos no violentos como vandalismo o daños a la propiedad. Los delitos sexuales vuelven a ocupar el último lugar, aunque en una frecuencia superior que en los casos anteriores, precedidos de los delitos de homicidio/asesinato o intento de homicidio/asesinato, los delitos de violencia contra la pareja y los delitos económicos.

Con la pretensión de estudiar si alguna de estas variables delictivas diferencian a la parte de la muestra con este diagnóstico del resto, recuperamos el total de la muestra (N=345) y exploramos posibles relaciones. Mediante la técnica estadística chi-cuadrado, obtuvimos una única relación en base a los delitos de tipo sexual (Ver tabla 9.7.10).

Tabla 9.7.10

Relación entre la posible presencia de un trastorno ansioso y una educación basada en un estilo educativo autoritario. Técnica estadística: chi-cuadrado.

Delitos sexuales (N=345)	Probable presencia de trastorno ansioso		χ^2	Sig.
	No presenta	Presenta		
No	192(91.4%)	113(83.7%)	4.784	.029
Si	18(8.6%)	22(16.3%)		

Finalmente, la relación estudiada indica que los delitos de tipo sexual son cometidos en mayor medida por los participantes de la muestra con este posible diagnóstico, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Los residuos corregidos en base a los valores z, indican que será mayor la probabilidad de que un individuo con este probable diagnóstico de trastorno ansioso haya cometido un delito de tipo sexual, mientras que aquellos que no presenten esta probabilidad, habrán cometido en menor medida este tipo de delitos ($p < .001$).

Discusión.

Asumiendo a la familia como el primer ámbito de socialización en el que se desarrolla el individuo, donde se sucede una amplia red de factores de influencia, es de esperar que en ella se inicien los procesos de interacción y se internalizan las normas de convivencia, desarrollando el menor una identidad propia. Este aprende en la familia a hacerse responsable, asumir compromisos y afrontar retos, sirviéndole los miembros de esta unidad como muletas en este proceso, como referentes a los que imitar (Clemente & Goicoechea, 1996; Palacios & Rodrigo, 1998). La literatura tiende a atribuir a aquellos trastornos de personalidad relacionados con conducta disruptiva una mayor influencia de los factores de riesgo que se suceden en el ámbito familiar (Afifi et al.,

2011; Bornovalova, 2006; Soloff et al., 2002), aunque ningún trastorno parece quedar totalmente exento de esta influencia negativa.

Los resultados que ofrece esta Tesis Doctoral, como era de esperar, indican que ha sido mayor el número de disfunciones familiares que se han relacionado con el trastorno disocial, no así con el trastorno impulsivo. De todas formas, aunque se han establecido relaciones entre el consumo familiar y el estilo educativo ejercido por los padres con la probable presencia del trastorno disocial en la edad adulta, el número de disfunciones con capacidad predictiva para la probable presencia de este trastorno se reduce. La calidad del vínculo con la madre –relación descrita por el interno como buena o mala- y el contacto del padre con la conducta delictiva –padre detenido en alguna ocasión- favorece este posible diagnóstico. Otros factores de riesgo contemplados por la literatura como: familias numerosas, la vida institucional temprana o la crianza con familia extensa y amigos (Holmes et al., 2001) no han aflorado en nuestro estudio como variables con capacidad de influencia. Para el trastorno impulsivo, únicamente la calidad de la relación con los padres durante la infancia y la adolescencia ha demostrado mantener relación con este probable diagnóstico, así como una relación mala o inexistente con las figuras paternas se relaciona con la posible presencia de este trastorno en la edad adulta.

Sobre los otros dos trastornos sometidos a estudio –trastorno anancástico y trastorno ansioso de la personalidad-, que “equivalen” a los trastornos obsesivo-compulsivo y evitativo del cluster C según el DSM, la literatura tiende a disminuir la influencia de los factores de riesgo en el ámbito familiar sobre su desarrollo (Afifi et al., 2011). En este estudio, se establecen relaciones no recogidas por la literatura, en tanto que para ambos trastornos parece que haber sufrido durante la infancia y adolescencia un estilo educativo autoritario, favorece estos probables diagnósticos. Este estilo educativo se caracteriza por unos padres rígidos y exigentes, que establecen normas duras impuestas sin afecto, dialogo o razonamiento, utilizando en ocasiones la agresión física como herramienta educativa. La alta exigencia, que caracteriza a esta forma de educar, puede estar detrás de esta relación, ya que el trastorno anancástico se caracteriza por: una profunda inseguridad personal, una excesiva preocupación por las normas, el perfeccionismo, la rectitud, una preocupación injustificada por el rendimiento y por una insistencia no razonable en que los demás se sometan a su propia forma de hacer las

cosas, etc. (Organización Mundial de la Salud, 1992). Por su parte, el trastorno ansioso se define por: Sentimientos constantes y generalizados de tensión emocional y temor, preocupación constante consigo mismo y sentimientos de inseguridad e inferioridad, hipersensibilidad al rechazo y miedo a la crítica que le lleva a evitar los contactos sociales y laborales que conlleven contacto interpersonal, etc. (Organización Mundial de la Salud, 1992). Por supuesto, debemos considerar otros factores de influencia que no han sido contemplados en este trabajo y que justifiquen el desarrollo de uno u otro trastorno –o ninguno-, tales como la capacidad de afrontamiento y de adaptación del individuo a situaciones estresantes, la existencia de otras figuras de apoyo, grupo de iguales, etc.

Con respecto a la conducta delictiva, partíamos de la hipótesis de que los individuos con un probable diagnóstico de trastorno disocial y trastorno impulsivo presentarían un estilo de vida fundamentalmente delictivo en base a la literatura. Estos trastornos suelen ser más habituales dentro de las prisiones (Vicens et al., 2011; Vinkers et al., 2011) y la relación con el delito como forma de vida es más clara, sobre todo en el caso del trastorno disocial de la personalidad, o trastorno antisocial, según DSM (Echeburúa, 2000; González, 2007; Martínez, et al., 2001).

Los resultados obtenidos en la Tesis Doctoral corroboran la hipótesis planteada, ya que las relaciones establecidas en base al posible diagnóstico de trastorno disocial denotan la conducta criminal como estilo de vida - se inician a edades más tempranas, ingresan en centro de menores en mayor medida, ingresan en prisión antes, etc.- Son menores las relaciones encontradas para el trastorno impulsivo, pero también apuntan a una misma dirección. Sobre el tipo de delitos cometido, destacan como hipótesis aquellos relacionados con este estilo de vida delictivo, como son los robos, las agresiones, violaciones y homicidios (Molina et al., 2009). Los individuos que presentan un probable diagnóstico de trastorno disocial, cometen en mayor medida delitos de robo de todo tipo, así como delitos de asesinato/homicidio o intento de asesinato/homicidio. Para el trastorno impulsivo, a pesar de que no se establece diferencias significativas con el resto de internos, son los delitos de robo, tanto violentos como no violentos, los más frecuentes.

Para el trastorno anancástico hipotetizamos un estilo de vida no delictivo, asociando su conducta criminal a los delitos contra la pareja u otros delitos de gran violencia

motivados por situaciones de estrés (Fernández-Montalvo et al, 2008; González, 2007; Molina et al., 2009). Sobre el tipo de conducta delictiva desarrollada por estos individuos, no hemos encontrado ninguna relación significativa que corrobore lo encontrado en la literatura, siendo lo más frecuente entre ellos los delitos de robo sin violencia, seguidos de los delitos de lesiones. Los delitos contra la pareja se encuentran entre los menos habituales, aunque quizás los resultados serían distintos si partiéramos de una muestra conformada por internos en prisión que han cometido este tipo de delitos – procedimiento utilizado por Fernández-Montalvo et al, 2008-. Las relaciones significativas encontradas denotan la ausencia de un estilo de vida criminal, ya que afirman no haber cometido delito antes de su primera detención y entran en prisión a una edad más tardía.

Por último, la bibliografía tiende a asociar el diagnóstico de trastorno ansioso de la personalidad con una conducta delictiva menor, siempre motiva por una situación conflictiva de tensión, ansiedad o compensación de conflictos (Carrasco & Maza, 2005; Molina et al., 2009), destacando entre ellos los delitos sexuales (Esbéc & Echeburúa, 2010). En este estudio, con respecto al posible diagnóstico de este trastorno según el IPDE-SQ, solo se ha establecido una relación significativa, pero que va en consonancia con la literatura: una mayor probabilidad de cometer delitos de carácter sexual en comparación con el resto de la muestra. Los sentimientos de inferioridad y la hipersensibilidad al rechazo y a la crítica, motivan un sentimiento de venganza contra la mujer que se traduce en la comisión de este tipo de delitos (Esbéc, & Echeburúa, 2010).

CONCLUSIONES GENERALES

Son varias las conclusiones alcanzadas tras la realización de este estudio. A continuación, trataremos de acotarlas en una serie de puntos, para después, desarrollarlas con mayor detenimiento y profundidad:

1. Tras la revisión bibliográfica y bibliométrica realizada, se constatan una serie de deficiencias que limitan el progreso científico para la psicopatía y/o el Trastorno Antisocial de la Personalidad: Estudio endogámico de muestras masculinas encarceladas con extensa carrera delictiva, que favorecen la asociación de este trastorno con ambos criterios de selección; y el olvido de la prevención, la intervención y los factores de riesgo ambientales, en pro de la detección, el desarrollo de instrumentos y la búsqueda de factores de influencia de carácter biológico.
2. Tanto los instrumento PCL-R e IPDE-SQ como el sistema de clasificación DSM-5, otorgan un peso excesivo a la conducta delictiva como criterio diagnóstico en la psicopatía. Esto dificulta la detección del psicópata integrado que llega a prisión por primera vez sin carrera criminal anterior, a pesar de que cumple con las mismas consistencias de personalidad del psicópata tradicional y presenta la misma capacidad para la comisión de actos violentos.
3. La estructura jerárquica de tres factores con testlets para el PCL-R -que suprime los ítems que no saturan en ningún factor y aquellos referidos a la conducta antisocial-, es la única que presenta un ajuste adecuado para la muestra de origen español. Este modelo se replica en muestra de origen latinoamericano.
4. Del modelo jerárquico de tres factores con testlets para el PCL-R, se deriva una nueva escala -sin carrera criminal como criterio diagnóstico- para la detección de la

psicopatía que, además de detectar al psicópata tradicional, detecta a aproximadamente un 8% más de psicópata que hasta el momento pasaban inadvertidos por no presentar un estilo de vida delictivo.

5. El psicópata no detectado por la escala original del PCL-R, presenta variables moderadoras durante su desarrollo que le han mantenido alejado del sistema penitenciario: Ausencia de consumo de drogas por parte de los miembros de su familia nuclear; un estilo educativo autoritario o autorizativo; presencia de la figura paterna durante la infancia; ausencia de conducta delictiva por parte de sus hermanos; menor consumo de drogas; y abandono escolar más tardío.
6. El psicópata no detectado, a diferencia del psicópata tradicional, comienza a delinquir a una edad más tardía, es menos reincidente, pasa menor tiempo en prisión y tiende a no cometer delitos relacionados con un estilo de vida delictivo –robos con violencia o intimidación, daños a la propiedad, delitos de lesiones, etc.-. A pesar de esto, ambos presentan la misma capacidad para la comisión de delitos violentos graves, con la diferencia de que para el psicópata no detectado, las víctimas suelen ser familiares o parejas, mientras que para psicópata tradicional son víctimas habituales los conocidos o desconocidos.
7. La idiosincrasia de cada tipo de psicópata se hace notar en el tipo de delitos graves cometidos. El psicópata no detectado, comete en mayor medida delitos sexuales hacia menores dentro del ámbito familiar, mientras que el psicópata tradicional se diferencia del primero por la comisión de homicidios asociados con un estilo de vida antisocial.
8. Un proceso de socialización inmerso en una cultura que tolera y normaliza la violencia, favorece un agravamiento de las conductas y delitos cometidos por el psicópata.
9. La Unidad Terapéutica y Educativa (UTE), como forma alternativa de prisión, resulta una buena respuesta para la reinserción y rehabilitación de los penados en prisión. Desafortunadamente, el escaso número de psicópatas que han alcanzado la libertad tras un seguimiento de tres años, nos impide llegar a resultados concluyentes sobre la eficacia de la UTE para este fragmento de la población penitenciaria.
10. El IPDE-SQ, como instrumento de cribaje para la evaluación de los trastornos de personalidad, resulta poco fiable, presentando una alta sensibilidad.

11. A pesar de que parte de la comunidad científica considera como sinónimos la psicopatía y el Trastorno Disocial de la personalidad, el constructo evaluado por el PCL-R y el IPDE-SQ, no son equivalentes. El PCL-R representa en mayor medida el concepto tradicional de psicopatía mientras que el IPDE-Q tiende a detectar al psicópata común.
12. El contacto del padre con la conducta delictiva y la mala o inexistente relación con la madre predicen el desarrollo del trastorno disocial, relacionándose el tipo de relación mantenida con los padres con el probable diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de tipo impulsivo.
13. Por último, un estilo educativo autoritario se relaciona con el desarrollo del trastorno anancástico y ansioso de la personalidad, siendo un delito diferencial para este último los de tipo sexual.

La extensa bibliografía que respalda el estudio de la psicopatía, da cuenta del interés que su comprensión ha suscitado y suscita en la comunidad científica. De la misma manera, nos permite formarnos una visión general acerca de las limitaciones en investigación y las polémicas en torno a este trastorno de personalidad, que hoy día continúan por ser resueltas, así como de las posibles líneas a desarrollar y proponer.

Se constata, de esta manera, como el foco de interés se centra en el estudio del psicópata varón que se encuentra en prisión, acompañado normalmente por un historial delictivo extenso. Los estudios tienden a utilizar como población diana a varones encarcelados, por lo que es esperable que este trastorno de personalidad se asocie con la conducta delictiva. A pesar de que, desde las primeras definiciones del trastorno, se trató de situar la conducta antisocial como una posible consecuencia, y no como parte del concepto y criterio diagnóstico. Se afirma, pues, la presencia de los psicópatas también fuera de las prisiones, aunque la comunidad científica en una evidente mayoría ha otorgado al comportamiento criminal un papel principal. Esta conclusión, que al fin y al cabo se encuentra basada en estudios que utilizan muestras sesgadas –todos presentan conducta criminal, pues se encuentran en prisión cumpliendo condena-, inevitablemente alimenta la proliferación de trabajos que continúan en esta misma línea: trabajos centrados en varones encarcelados.

El estudio de la psicopatía femenina, igualmente, también ha recibido una atención minoritaria, estimándose una prevalencia menor entre las mujeres. Quizás, esta observación se encuentre contaminada por esta tendencia a centrarse en muestras de prisioneros, y las féminas manifiesten este trastorno de un modo no delictivo o presenten una mayor destreza para evitar la entrada en prisión. En cualquier caso, para averiguarlo, es necesaria una mayor predisposición al estudio en este ámbito, fuera de los muros de una prisión.

Cierto es que el estudio de la psicopatía fuera de las cárceles se torna complicado. Por un lado, la menor prevalencia estimada de este trastorno en la comunidad dificulta obtener muestras viables sobre las que obtener conclusiones firmes, y generalizables al resto de la población. Por otro, asumimos que el psicópata, por sus características de personalidad –se trata de uno de esos trastornos sufridos por las personas que conviven con el individuo que lo presenta, no por el propio individuo- no acudirá al sistema sanitario, y por lo tanto no será detectado fácilmente. Aun así, hemos visto que se han obtenido resultados mediante muestras en ámbito empresarial, en la comunidad, estudiantes, hospitales psiquiátricos, etc.; ello nos lleva a asumir que, aunque más complejo y laborioso, no es tarea utópica. Un mayor esfuerzo en esta dirección, podría tener como resultado la definición de una psicopatía distinta.

Siguiendo con el tratamiento de la conducta delictiva, no solamente esta tendencia a centrarse endogámicamente en muestras de prisioneros es el motivo de su consideración como criterio diagnóstico. Ciertamente es que, por ser conducta, es observable, y lo observable es objetivo y cuantificable: facilita en mucho el camino de la evaluación y el acuerdo entre evaluadores. El sistema de clasificación de las enfermedades DSM definido por la Asociación Americana de Psiquiatría, en sus primeras versiones trataba criterios psicológicos para la definición de este cuadro clínico, siguiendo la aproximación clínica tradicional europea y norteamericana. Esto cambió a partir de su tercera versión, en la que se acuñó el término de Trastorno Antisocial de la Personalidad como etiqueta, y los criterios diagnósticos basados en aspectos de personalidad cambiaron hacia conductas de carácter antisocial –como su propio nombre indica- y observables. La pretensión de facilitar un diagnóstico objetivable parece estar detrás de este cambio, que se ha mantenido hasta la actualidad -en la quinta edición de este sistema de clasificación-.

El CIE, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, define el Trastorno Disocial como un análogo de lo que conocemos por psicopatía. A pesar de que teóricamente mantiene una mayor cercanía con los aspectos afectivos que se consideran la esencia de este trastorno, hemos visto en los resultados obtenidos en este trabajo que, el instrumento de evaluación que se deriva de él, el IPDE-SQ, no discrimina aspectos afectivos e interpersonales, y si conductuales: estilo de vida y conducta antisocial. Ambos sistemas de clasificación, priorizan la detección de un individuo con un estilo de vida delictivo, en detrimento de las características de personalidad. Resulta desalentador, y claramente contradictorio, que por allanar el camino de la evaluación psicológica, se olviden los criterios psicológicos.

Vemos pues, como primera conclusión y aportación de la Tesis Doctoral, que la figura del psicópata no institucionalizado – llamado también de éxito, subclínico, integrado, no criminal, predelincente, etc.-, aquel que cumple con las consistencias de personalidad atribuibles a este cuadro clínico pero que en cambio se mantiene alejado de las prisiones, queda totalmente relegado a la inexistencia por estos sistemas de clasificación. Esta figura, es la prueba palpable de lo innecesario que es la consideración de la conducta criminal como criterio: se puede ser psicópata, sin ser delincuente. De estos, se dice que infringen las normas morales sin infringir las leyes, ocultan de manera magistral sus delitos o que reorientan sus deficiencias a nivel afectivo e interpersonal hacia una visión distinta del mundo laboral, político o artístico. En cualquier caso, son varios los autores que han creado instrumentos para detectar a estos psicópatas en la comunidad, instrumentos que se encuentran libres de conducta antisocial. De forma paralela, encontramos otros que tratan de detectar la psicopatía dentro de prisiones. Ahora, cabe preguntarse, ¿Qué sentido tiene utilizar instrumentos distintos según el lugar en el que se encuentre el individuo a evaluar? ¿Este trastorno se transforma en otra cosa en el momento que el individuo traspasa los muros de la prisión?

El PCL-R de Hare, como instrumento de mayor influencia en la evaluación de este trastorno, ha estado presente durante todo el desarrollo de este trabajo. Diseñado como una salida satisfactoria a las distintas posturas en torno a los criterios diagnósticos para la psicopatía, otorga la cuarta parte de la puntuación total a criterios sobre conducta antisocial. Estos criterios, exigen no solo conducta delictiva, si no versatilidad, reincidencia, inicio temprano, etc. Inevitablemente, aquel psicópata en la comunidad

considerado como tal por sus características de personalidad, no obtendría la puntuación suficiente para un diagnóstico positivo si es evaluado mediante este instrumento. ¿Y si ese psicópata integrado comete un delito de manera tardía y llega a prisión? Pues tras cruzar las puertas de la institución penitenciaria, automáticamente dejaría de ser considerado como tal. Aunque obtendría una alta puntuación en los ítems que hacen referencia a aspectos afectivos e interpersonales y, en parte en aquellos referidos a estilo de vida, esto no sería suficiente para alcanzar el punto de corte que le definiría como psicópata dentro de prisión.

Esta Tesis Doctoral, tras someter a prueba distintas estructuras factoriales para el PCL-R, ha posibilitado ofrecer una segunda conclusión: que obtenía mejores valores de ajuste para la población española sometida a estudio era la estructura jerárquica de 3 factores de Cooke y su equipo. Esta estructura, además, se replicará con éxito en población procedente de prisiones latinoamericanas. Este modelo, por lo demás, tiene la particularidad de que se desprende de la totalidad de los ítems de carácter antisocial, además de aquellos que no saturaban en ningún factor. Así se ha establecido una nueva escala con los 13 ítems restantes y un nuevo punto de corte. Como resultado, detectamos a un 8.6% más de psicópatas, que no eran detectados por la escala original, además de un 96.5% de los que sí. Esta nueva escala es fiable y presenta validez discriminante. Los individuos que obtienen un diagnóstico positivo, a pesar de obtenerlo sin considerar los ítems sobre comportamiento criminal, son detenidos por primera vez a una edad más temprana, ingresan en prisión antes, tienen condenas más largas y mayor número de entradas en prisión. Además, cometen en mayor medida delitos violentos como robos con intimidación y/o violencia, lesiones u homicidio, en detrimento de otros delitos menores. A pesar de desprenderse de la conducta antisocial como criterio, este constructo se relaciona con este tipo de comportamiento, sin que dicha relación enturbie su definición.

El 8.6% de individuos que no son detectados, por la escala original como psicópatas, son individuos que presentan las características de personalidad que se consideran la esencia de este trastorno de personalidad. Gracias a esta nueva estructura, vemos que un alto porcentaje de psicópatas, pasan desapercibidos a los ojos de los profesionales de prisión, precisamente aquellos que, estando integrado en la sociedad anteriormente, sin

un estilo de vida delictivo – al menos en conocimiento del sistema penal- por un motivo u otro acaban en prisión de manera tardía.

Aquel psicópata que consigue mantenerse alejado de las prisiones, integrarse en la sociedad y conservar una apariencia de normalidad, incluso una posición de éxito en muchas facetas de su vida, es aquel que sabe aprovechar mejor sus “cualidades” para conseguir sus objetivos y, por lo tanto, el más competente como psicópata. Es evidente que el psicópata criminal que encontramos en los Centros Penitenciarios, no está allí por elección o placer, si no que ha fallado, ha cometido errores y muchos, tantos que la conducta antisocial se ha convertido para parte de la comunidad científica en criterio de evaluación y definición del trastorno. Así con todo, la bibliografía estima que ambos presentan las mismas características de personalidad y capacidad para la comisión de los peores actos, con la diferencia de que las potenciales víctimas se pueden anticipar en mayor medida a las conductas del psicópata criminal que a la del no institucionalizado. Hervey Cleckley consideraba a la psicopatía como un trastorno grave y peligroso incluso más que la psicosis, debido precisamente a la apariencia de normalidad que impide la anticipación de su conducta dañina; por lo tanto, más peligroso será el que sea capaz de mantener una apariencia de normalidad más firme, es decir, el que sepa fingir mejor.

La Tesis Doctoral va a ofrecer una tercera conclusión, aportación al establecer las similitudes y diferencias entre el psicópata criminal, el detectado tradicionalmente por el PCL-R, y el psicópata no carcelario que llega tardíamente a prisión y que ha salido a relucir gracias a la nueva estructura de 13 ítems. A este psicópata, lo hemos bautizado como ‘no detectado’, precisamente por esta cualidad para pasar desapercibido para el sistema penitenciario. Concluimos que, tal y como refería la bibliografía, ambos presentan unas mismas consistencias de personalidad, diferenciándose en el estilo de vida. El psicópata detectado presenta una mayor necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento, un estilo de vida parasitario, no presentan metas realistas a largo plazo y es más impulsivo e irresponsable. Ambos tipos de psicópata se definen como un mismo trastorno a nivel de afectividad y relaciones interpersonales; es la conducta lo que les diferencia, la manera en la que externalizan su personalidad.

Otra de las tendencias observadas en la investigación acerca de la psicopatía, es la priorización de estudios que buscan la respuesta a la etiología de este trastorno en el

ámbito de la biología. La influencia ambiental queda relegada a un papel secundario, aparentemente motivado por la creencia en la impermeabilidad a las intervenciones desde este ámbito. Lo cierto es que existen trabajos que han tratado de aportar luz en este campo y han atribuido al ambiente familiar un papel de influencia en el desarrollo de la psicopatía, aunque otros la minimizan o limitan dicha relación a los aspectos conductuales del trastorno. La Tesis Doctoral constata que en la vida del psicópata no detectado se han dado una serie de variables moderadoras que han favorecido, al menos hasta su llegada a prisión, un estilo de vida alejado de la conducta delictiva.

La Tesis Doctoral, de esta manera, ofrece una cuarta aportación al confirmar como el psicópata no detectado ha crecido en un ambiente de mayor control y supervisión, útil para mantenerlo alejado de un ambiente delictual, pero no suficiente para minimizar sus consistencias de personalidad. Concretamente, el psicópata no detectado, ha crecido en una familia menos permisiva al consumo de drogas –ya que tienden a no ser consumidores-, sin ausencia de la figura paterna, y con hermanos que han mantenido en menor medida contacto con la conducta delictiva, pues tienden a no haber sido detenidos en ninguna ocasión. Además, el estilo educativo empleado, por los progenitores, ha sido el autorizativo o autoritario, es decir, han empleado normas y límites para educar a sus hijos –independientemente de que estas hayan sido transmitidas con diálogo y afecto o sin el-. Este mayor control, exigencia y supervisión paterna puede ser el culpable de que, a nivel escolar, este psicópata abandone la enseñanza reglada a una edad más tardía y la edad de inicio en el consumo de tabaco, droga que la bibliografía sitúa como introductora o facilitadora del consumo de otras, se desplace desde los 12.8 años de edad media para los psicópatas detectados, hasta una media de 15.8 en los no detectados –hecho que repercute en las restantes sustancias-.

En la vida del psicópata no detectado se suceden un mayor número de factores de protección y se dan en menor medida factores de riesgo que, como hemos visto, afectan a su estilo vida. La familia, la escuela y las intenciones por parte de estas por favorecer una educación ética y moral, han sido utilizadas por estos individuos para construir su máscara de normalidad. La Tesis Doctoral, a su vez, también ha constatado las diferencias en la conducta delictiva. El psicópata no detectado no presenta un estilo de vida delictivo; su inicio en la conducta delictiva es más tardío – mayor edad para la comisión del primer delito no sancionado, primera detención y primer ingreso en

prisión-, son principalmente delincuentes primarios, mientras que el número medio de entradas en prisión para el psicópata detectado es de 5 y el tiempo a cumplir de condena es menor. En una misma línea desde un nivel cualitativo, el psicópata no detectado comete un menor número de delitos relacionados con la conducta delictiva –hurto, robos con fuerza, robos con violencia o intimidación, vandalismo, daños a la propiedad, lesiones, atentado a la autoridad, posesión de arma de fuego sin licencia, etc.-.

Comentábamos que la bibliografía, además de atribuir mismas consistencias de personalidad a los psicópatas criminales como a los no institucionalizados, se considera a ambos con capacidad para la comisión de los delitos de mayor violencia. Ello, la quinta aportación, conclusión de la Tesis Doctoral, se observa en los resultados obtenidos, pudiéndose concluir que: aquellos delitos considerados tanto por expertos como por población normal como los más graves por tener como finalidad realizar un daño deliberado a otras personas –delitos de homicidios/asesinato o intento de homicidio/asesinato, delitos sexuales y delitos de la misma índole contra las parejas-, son cometidos igualmente tanto por el psicópata detectado o no detectado; ahora bien, la idiosincrasia que diferencian a estos individuos con diagnóstico de psicopatía, también se hace palpable en el tipo de delitos violentos graves cometidos y en el vínculo mantenido con la víctima.

El psicópata detectado, con un estilo de vida más deteriorado y marginal, asociado con la conducta delictiva como forma de vida, comete en mayor medida delitos de asesinato/homicidio y/o intentos de asesinato/homicidio. Sus víctimas, tienden a ser personas anónimas, desconocidos escogidos al azar o conocidos con lo que, por término general, el delito grave acaba siendo consecuencia de un ajuste de cuentas u otros problemas que se derivan de los ambientes delictuales en los que se relacionan. Por otro lado, el psicópata detectado mantiene una imagen de aparente normalidad, integrado –siempre hasta cierto punto- en los distintos ámbitos de socialización: la familia, la escuela, el grupo de iguales, el mundo laboral, etc.; los delitos cometidos, se enmarcan dentro de esta aparente normalidad, al abrigo de la intimidad del hogar, siendo las víctimas habituales los familiares y parejas. Los delitos sexuales hacia menores son cometidos en mayor medida por los psicópatas no detectados, siendo usual que el menor sea precisamente un hijo/a u otro familiar que pasa habitualmente tiempo en la casa del

psicópata. Sobre el resto de delitos violentos graves, no se aprecian diferencias entre ambos grupos.

Los resultados obtenidos en la Tesis Doctoral nos llevan a sostener una sexta conclusión: el psicópata no detectado se perfila no solo tan peligroso como el psicópata criminal, si no más, ya que su capacidad para pasar desapercibido y su habilidad para la manipulación le allana el camino hacia el delito, que no es anticipado ni por las víctimas, ni por los trabajadores de instituciones penitenciarias. Estos psicópatas se hacen invisibles para el sistema penal y penitenciario, entrando y saliendo de las cárceles sin un tratamiento especializado en base a sus características diferenciales. Así, la realidad es que si queremos construir herramientas útiles que minimicen las consecuencias para la sociedad de este trastorno, la población diana debería ser aquella que ha demostrado desempeñarse de manera más competente en la psicopatía.

Siendo la intención el comprender en mayor medida los pormenores de este trastorno, buscamos muestra de prisioneros no solo española, si no también procedente de países de Latinoamérica: México y Chile. Ambos países de lengua española, presentan similitudes culturales que los acercan. Tratando de comprobar las semejanzas entre la psicopatía presentada en España y Latinoamérica, replicamos el modelo jerárquico de tres factores constatado en población española, obteniendo resultados positivos. Ambos presentan una misma estructura a nivel de relaciones interpersonales, afectividad y estilo de vida, por lo que la Tesis Doctoral ofrece como séptima conclusión: la psicopatía es invariante entre las culturas, aunque al analizar la existencia de diferencias entre ambos contextos, en base a la conducta delictiva, aparecen tendencias en base a los niveles de violencia existentes en España y Latinoamérica.

La cultura de la violencia se encuentra normalizada en mayor medida en países como México, que se encuentra entre los países más violentos del mundo. Tratando de obtener una visión lo más realista posible de la violencia en Latinoamérica -dentro de las grandes limitaciones que supone un objetivo de tal envergadura-, tomamos muestra penitenciaria en Chile, el segundo país menos violento de esta zona. Así, comparando a los psicópatas españoles con los latinoamericanos, establecimos que, aquellos de origen latino, cometen en mayor medida delitos violentos graves contra las personas -delitos de asesinato/homicidio o/e intento de homicidio/asesinato y delitos sexuales-, mientras

que los españoles cometen en mayor medida otros delitos de carácter no violento como son los delitos contra la salud pública, los delitos económicos y los robos sin violencia.

Estos resultados nos llevan a plantear como octava conclusión de la Tesis Doctoral que: el desarrollo en un ambiente cultural de mayor violencia propicia que la comisión de actos violentos sean vivenciados como un acto habitual que se integra como una manera de convivir y relacionarse, favoreciendo la comisión de actos más crueles y despiadados por parte del psicópata. Este individuo con tal diagnóstico, por si, presenta las deficiencias afectivas e interpersonales adecuadas para el desarrollo de estas conductas. De hecho, hemos visto que, su actividad delictiva se caracteriza por una mayor violencia en comparación con el resto de delincuentes; ahora, la existencia de variables moderadoras en el ambiente –familia y escuela- le llevan a manifestaciones conductuales distintas. De igual manera, la cultura de la violencia favorece que el psicópata varíe su modo de manifestar sus consistencias de personalidad, siendo más crueles y despiadado en las culturas que adecuan estas conductas al peligroso ámbito de la normalidad.

A pesar de lo dicho, estas conclusiones deben ser tomadas con precaución, puesto que las influencias de la cultura en la conducta no tienen por qué limitarse a los niveles de la violencia. El sistema político-legal, por ejemplo, inevitablemente va a influir sobre la detección y tratamiento de las conductas delictivas, además de otras cuestiones que se escapan al objetivo de esta Tesis Doctoral.

En esta línea, una de las deficiencias que hemos observado al realizar la revisión bibliográfica y bibliométrica, es la escasez de estudios destinados a constatar los desarrollos orientados a la prevención y la intervención. Una cierta indefensión aprendida rodea al tratamiento de la psicopatía: ningún tipo de intervención es eficaz con los individuos que presentan este trastorno, es más, incluso aprenden nuevas estrategias con las que convertirse en psicópatas más competentes. Afortunadamente, esta visión negativista se está disipando en los últimos tiempos, gracias al aumento en la última década de trabajos destinados a aportar algo de luz a esta problemática. Son varios los trabajos que han tratado de indicar, cuáles serían los puntos a tener en cuenta para el desarrollo de un programa eficaz.

Muchos de los puntos referidos para conformar un programa eficaz forman parte de la UTE -modo alternativo de prisión libre de drogas y subcultura carcelaria-, a pesar de que se encuentra destinado a todo tipo de internos en prisión. Tras un seguimiento de tres años, podemos, con precaución, ofrecer una nueva conclusión desde la Tesis Doctoral: este programa resulta eficaz para los internos en general, debido al irrisorio porcentaje de individuos reincidentes tras finalizar el programa –menor al 5%-. Aunque esta conclusión no es extrapolable a los psicópatas, debido al escaso número de estos que han alcanzado la libertad, ahora bien la tendencia encontrada es positiva; lo que hable de la bondad de este programa son los escasos reincidentes y el número de psicópatas que han alcanzado los lugares más avanzados de la jerarquía UTE -resumiendo el intento del psicópata por alcanzar dicho puestos por los beneficios asociados a estos, podemos concluir que el programa y los profesionales se encuentran preparados para los intentos de manipulación del psicópata-.

Los resultados alcanzados, afortunadamente o desafortunadamente, abren más incógnitas de las que pueden ser resueltas por el momento ¿Es realmente eficaz este programa con los psicópatas? ¿La condición de detectado o no detectado, media en la obtención de resultados? Y el programa UTE que es lo que consigue en realidad: ¿Modifica las consistencias de personalidad del psicópata o solo moldea la forma en que externaliza su conducta? A sabiendas del funcionamiento del programa, podríamos pensar que las normas, límites, el control y el apoyo ejercido por los compañeros y profesionales podrían ser tan útiles como las variables moderadoras del desarrollo que facilitan que un psicópata acabe convirtiéndose en integrado. Puede que simplemente los desactive como delincuentes en base a su motivación para evitar entrar de nuevo en prisión y que en realidad no exista un cambio en profundidad sobre la personalidad del psicópata.

Estas cuestiones, como otras muchas aún, quedan para ser resueltas en estudios posteriores que el equipo de investigación está iniciando. En esa línea, y como orientación ya iniciada a estudiar, es la referida a la reincidencia de la psicopatía, donde cabría preguntarse si dicha reincidencia es inherente al diagnóstico de psicópata detectado frente al no detectado, es decir, si es debida a un estilo de vida desadaptado previo a la entrada en prisión, ya que como hemos visto ambos se diferencian en aspectos solo de carácter conductual. Además, resultará interesante comprobar si

aquellos que finalmente no reinciden con el paso del tiempo han sufrido un cambio a nivel afectivo e interpersonal, o más bien se trata solo un cambio a nivel conductual, es decir, si ambos psicópatas abandonan las conductas ilegales aisladas o un estilo de vida delictivo, para limitarse a conductas inmorales a expensas de no volver a prisión, o si existe un cambio real a un nivel más profundo, a un nivel de personalidad.

Además del PCL-R, otro instrumento estandarizado utilizado para el estudio de la muestra de internos que conformaron la Tesis Doctoral fue: IPDE-SQ módulo CIE-10. Este instrumento de cribaje, al que ya hemos hecho referencia al principio de este apartado, trata de evaluar el posible diagnóstico de los trastornos de personalidad. Los resultados de fiabilidad obtenidos en torno a las diferentes escalas han sido medios y bajos, tendencia que se repite en la bibliografía. Estos datos, hacen desconfiar sobre la precisión de las evaluaciones que se derivan de su utilización, aumentando el número de falsos positivos. Por ello, hemos rechazado trabajar con las escalas que obtuvieron los valores más bajos. A pesar de ello, el instrumentos posibilitó someter a comparación el probable diagnóstico de trastorno disocial, frente al de psicopatía medido por el PCL-R. Ambos son considerados sinónimo por parte de la comunidad científica, y aunque teóricamente se basen en los 16 criterios establecidos por Cleckley, los resultados obtenidos conforman nuestra décima conclusión: el IPDE-SQ no refleja las características afectivas tan rigurosamente como el PCL-R y las interpersonales no las recoge; en cambio, hemos podido comprobar que los individuos que presentan un probable diagnóstico de trastorno disocial, presentan un estilo de vida delictual caracterizado por un inicio más temprano – sobre la edad de primer delito no sancionado, de primera detención y de primer ingreso penal, la comisión en mayor medida de delitos no sancionados antes de la primera detención y el ingreso en centros de menores- y la comisión de delitos de robo con o sin violencia y de homicidio/asesinato o intento de homicidio/asesinato.

Se concluye que el probable diagnóstico de trastorno disocial se relaciona más bien con el delincuente común, más que con el concepto de la aproximación clínica europea y norteamericana. Con respecto a los factores de riesgo durante la infancia con capacidad predictiva, para el probable desarrollo de este trastorno, toman relevancia las siguientes situaciones familiares: la detención del padre en alguna ocasión y el tipo de relación mantenido con la madre durante la infancia y adolescencia. Estas variables,

considerando que hemos concluido que el Trastorno disocial medido con este instrumento detecta más bien al delincuente común, podrían entenderse como variables predictoras de la conducta criminal y no tanto del trastorno de personalidad.

Fueron otras tres escalas del IPDE-SQ consideradas, llegándose a observar: en primer lugar, al trabajar con el probable diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo únicamente el tipo de relación mantenido con los padres, durante el proceso de socialización, se relaciona con este posible diagnóstico - asumimos que la influencia de las deficiencias familiares en el desarrollo de este trastorno, aunque se dan, son menores a las esperables-; no encontramos una conducta delictiva que se asocie a la idiosincrasia de este trastorno caracterizado por una predisposición a actuar de manera inesperada, a tener conflictos con los demás y a los arrebatos de ira o violencia. Aunque comete delitos que serían esperables para este trastorno—es el único de los estudiados en el que los delitos de lesiones y de atentado contra la autoridad, se sitúan en un segundo puesto de frecuencia-, estos no son cometidos de manera diferencial.

Las otras escalas son las referentes al probable diagnóstico de trastorno anancástico y ansioso de la personalidad. En ambos casos se da la coincidencia de una infancia marcada por unos padres autoritarios, exigentes y controladores que imponían límites y normas sin dialogo, en ocasiones mediante la agresión psicológica y física; obviamente, no podemos establecer una relación directa, pero podemos concluir de los resultados de la Tesis Doctoral que la presencia de este factor de riesgo durante la infancia a falta de otros factores de protección que lo compensen, influye negativamente en el desarrollo psicológico del individuo. En lo que respecta a la conducta delictiva, no podemos encontrar delitos que se asocien con el probable diagnóstico de trastorno anancástico de la personalidad, aunque otras relaciones encontradas dan cuenta de que la conducta criminal de estos individuos no se asocia con un estilo de vida delictivo: estos no presentan actividad delictiva anterior a su primera detención, dándose su primera entrada en prisión a una edad más tardía.

Finalmente, los resultados obtenidos en la Tesis Doctoral frente al trastorno ansioso de la personalidad respaldan los resultados encontrados en la bibliografía con respecto a los delitos asociados. La hipersensibilidad al rechazo y a las críticas y el sentimiento de

inseguridad y temor que definen a este trastorno pueden motivar un sentimiento de venganza hacia la mujer que se traduce en la comisión de delitos sexuales.

Las conclusiones obtenidas en la Tesis Doctoral, como en cualquier investigación que se precie de tal, están sujetas a una serie de limitaciones. Nosotros, en nuestra investigación, en primer lugar, resaltamos el tamaño muestral que nos impide realizar generalizaciones más ambiciosas. Así, el Análisis Factorial Confirmatorio y el Análisis Factorial Confirmatorio Multigrupo realizado con el objetivo de someter a prueba las estructuras factoriales presentadas han estado sujetos a un tamaño muestral muy ajustado. Esto también se ha hecho notar en la obtención de individuos con un diagnóstico positivo de psicopatía con los que trabajar, condicionado por la prevalencia de este trastorno en las prisiones, que se estima entre el 10 y el 25% dependiendo del estudio y el origen de la prisión. Además, es precisamente el tamaño muestral el que ha dificultado alcanzar resultados concluyentes sobre la eficacia del programa UTE para la disminución de la reincidencia en psicópatas. Ambas limitaciones se espera que con el tiempo queden subsanadas y los resultados puedan confirmarse

Otra de las limitaciones, que han supuesto dificultad para Tesis Doctoral, fue el escaso tiempo en el extranjero. Ello nos ha llevado a adaptar la recogida muestral a exigencias del calendario, no pudiendo ni ser al azar ni representativa. Comentábamos que para conseguir el mayor número posible de individuos, con este diagnóstico, se ha solicitado a los profesionales de cada centro que seleccionaran para ser evaluados aquellos individuos que consideraban ellos presentaban las consistencias de personalidad asociadas con este trastorno. Esto, aunque por un lado es una solución óptima a esta dificultad, implica un sesgo en la muestra que se encuentra preseleccionada en base al concepto de psicopatía de cada profesional y a la subjetividad de su evaluación.

La baja fiabilidad asociada a muchas de las escalas del IPDE-SQ módulo 10, ha sido otra de las limitaciones y que ha supuesto una pérdida de información importante. Al decidir prescindir de ellas para el trabajo posterior, ha impedido en parte uno de los objetivos planteados: Evaluar las influencias del ámbito familiar en el desarrollo de los trastornos de personalidad y la conducta delictiva asociada a cada uno de ellos. Además, la fiabilidad de las escalas con las que decidimos trabajar, tampoco presentan unos valores muy elevados, por lo que los resultados y conclusiones obtenidas en base a ellas deben ser tomados con cautela.

Por último cabe destacar lo ambicioso de algunos objetivos, como es el caso de la relación entre los contextos culturales violentos y la psicopatía. A pesar de que comprobamos que la estructura de la psicopatía era la misma y, por lo tanto, presentaban unas mismas consistencias de personalidad y estilo de vida, existen otras variables de influencia no contempladas en este trabajo y que pueden estar mediando la relación estudiada. Así, la existencia de posibles variables de influencia no contempladas es una limitación extrapolable al resto de objetivos.

Para finalizar, en base a las conclusiones alcanzadas y las limitaciones que han dificultado este trabajo, se proponen como orientaciones para el futuro:

Los resultados obtenidos sobre el modelo estructural para el PCL-R podrían mejorar aumentando el tamaño muestral. Este aumento también favorecería la obtención de resultados generalizables en el caso del estudio del perfil del psicópata no detectado.

Comentábamos al inicio de este apartado, la tendencia de la comunidad científica a centrarse endogamicamente en muestras de varones encarcelados, pudiendo ser esta condición, un sesgo para la definición del trastorno. El aumento muestral en base a población comunitaria sería de gran utilidad, ya que nos permitiría someter a comparación las estructuras de personalidad de este psicópata integrado en la sociedad, el psicópata no detectado en las prisiones y el criminal. Además, el estudio de las variables moderadoras que permiten al psicópata no institucionalizado mantener su apariencia de normalidad alejado de la prisión, abriría el camino para la contemplación de indicadores a considerar en la intervención. La búsqueda de variables moderadoras en el grupo de igual podría proporcionarnos información relevante, así como la entrevista con familiares y parejas.

Sobre la replicación del modelo estructural en población Latinoamericana, también podríamos obtener resultados más confiables mediante el aumento del tamaño muestral. Para obtener condición de representatividad sería adecuada la recogida en otros países de Latinoamérica, utilizando como estrategia el azar. Además, para la consideración de la influencia de la cultura de la violencia en el comportamiento del psicópata, se podría recoger información sobre ámbitos más inmediatos para el individuo, como la peligrosidad de los barrios donde se produce su desarrollo.

En el caso de la efectividad del programa UTE, es necesario continuar con el seguimiento de los psicópatas durante un tiempo más prolongado, para dar la oportunidad a los individuos que han obtenido este diagnóstico a salir en prisión y desenvolverse de nuevo en sociedad. Para el futuro, nos planteamos como objetivo la evaluación tanto de aquellos que pasando un tiempo en libertad vuelven en prisión como aquellos que se mantienen sin reincidir. Con ello, se pretende identificar los motivos que llevan al psicópata a delinquir de nuevo –su condición de psicópata detectado o no detectado- y el nivel de profundidad del proceso de cambio en los que no reinciden –a nivel de consistencias de personalidad o solo a un nivel puramente conductual-. Además, sería interesante la evaluación del ambiente en libertad, con la intención de identificar variables que faciliten el mantenimiento del psicópata dentro de la legalidad.

En lo que respecta al estudio de la psicopatía y el trastorno disocial como un mismo constructo, quizás los resultados obtenidos tengan que ver con el instrumento de cribaje utilizado. Puede que el IPDE-SQ no represente correctamente la realidad definida por el CIE-10 para los trastornos de personalidad. En un futuro estudio se podría replicar el mismo trabajo utilizando el IPDE módulo CIE-10, que complemente el instrumento descrito (IPDE-SQ) mediante una entrevista pormenorizada y en profundidad. Además, sería interesante contemplar otras variables de influencia en el ámbito familiar que según la bibliografía, mantienen relación con el desarrollo de los trastornos de personalidad y no han sido contempladas en este trabajo. Nos referimos aquí al maltrato y la negligencia psíquica y física sufrida durante el proceso de socialización o las amenazas de suicidio de los padres entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H., & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 814-822.
- Akhtar, R., Ahmetoglu, G., & Chamorro-Premuzic, T. (2013). Greed is good? Assessing the relationship between entrepreneurship and subclinical psychopathy. *Personality and Individual Differences 54*, 420–425.
- Alarcon, R. D., Foulks, E. F., & Vakkur, M. (1998). *Personality disorders and culture: Clinical and conceptual interactions*. New York: John Wiley & Son, Inc.
- Álvarez, E. (2007). La unidad terapéutica y educativa del centro penitenciario de Villabona (Asturias): un modelo alternativo de intervención penitenciaria. En F. J. Rodríguez-Díaz, C. Bringas, Fca. Fariña, R. Arce & A. Bernardo, (2008). *Psicología Jurídica. Entorno Judicial y Delincuencia*. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo. Colección Psicología y Ley, nº5 (pp.399-415).
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrade, J. T. (2008). The inclusion of antisocial behavior in the construct of psychopathy: A review of the research. *Aggression and Violent Behavior, 13*(4), 328-335. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2008.05.001>
- Apel, R., & Paternoster, R. (2009). Understanding “Criminogenic” Corporate Culture: What White-Collar Crime Researchers Can Learn from Studies of the Adolescent Employment–Crime Relationship, En S. S. Simpson & D. Weisburd, (Eds.), *The Criminology of White-Collar Crime*. (pp. 15-33). Hebrew University, Jerusalem, Israel; George Mason University, Manassas, VA. Doi: 10.1007/978-0-387-09502-8

- Arroyo-Cobo, J. M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *13*, 100-111.
- Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión de clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *11*, 11-15.
- Astin, A. W. (1961). A note on the MMPI psychopathic deviate scale. *Educational and Psychological Measurement*, *21*, 895-897. Doi: 10.1177/0013164446102100415
- Aucoin, K. J., Frick, P. J., & Bodin, S. D. (2006). Corporal punishment and child adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *27*(6), 527-541. Doi: 10.1016/j.appdev.2006.08.001
- Aungle, P. G. (1959). The care and treatment of psychopathic offenders in Norway, Sweden, and Denmark. *Journal of Mental Science*, *105*, 428-439.
- Babiak, P., & Hare, R. D. (2006). *Snakes in suits: When psychopaths go to work*. New York: Regan Books.
- Bailey, J. E. (1985). Differential diagnosis of posttraumatic stress and antisocial personality disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, *36*(8), 881-883.
- Bandalos, D. L. (2002). The effects of item parceling on goodness-of-fit and parameter estimate bias in structural equation modeling. *Structural Equation Modelling*, *9*, 78-102.
- Barone, N. M. (2004). Review of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), 2nd edition. *Journal of Psychiatry & Law*, *32*(1), 113-114.
- Baskin-Sommers, A. R., Newman, J. P., Sathasivam, N., & Curtin, J. J. (2011). Evaluating the generalizability of a fear deficit in psychopathic African American offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, *120*(1), 71-78.
- Bauer, D. L., Whitman, L. A., & Kosson, D. S. (2011). Reliability and construct validity of psychopathy checklist: Youth version scores among incarcerated adolescent girls. *Criminal Justice and Behavior*, *38*(10), 965-987. Doi: 10.1177/0093854811418048
- Becoña, E., & Míguez, M. C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, *16*, 91-96.
- Belfrage, H., & Rying, M. (2004). Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Criminal Behavior and Mental Health*, *14*, 121-33. Doi:10.1002/cbm.577
- Belmore, M. E., & Quinsey, V. L. (1994). Correlates of psychopathy in a noninstitutional sample. *Journal of Interpersonal Violence*, *9*, 339-349.

- Benning, S. D., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005). Psychopathy, startle blink modulation, and electrodermal reactivity in twin men. *Psychophysiology*, *42*(6), 753-762. Doi:10.1111/j.1469-8986.2005.00353.x
- Briggs S. R., & Cheek, J. M. (1988). On the nature of self-monitoring: Problems with assessment, problems with validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 663-678.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, NY: Guilford Press.
- Brun, A., & González, V. (2008a). Trastornos de personalidad en prisión. Una cuestión compleja. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *10*, 29-30.
- Brun, A., & González, V. (2008b). Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *10*, 35-40.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. En N. Smelser y P. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (Vol. 10, 6963-6970). New York: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human. Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks: Sage.
- Blair, R. J. R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, *182*(1), 5-7.
- Blair, J., Mitchell, D., & Blair, K. (2005). *The psychopath: Emotion and the brain*. Malden, MA: Blackwell
- Boccardi, M., Frisoni, G. B., Hare, R. D., Cavedo, E., Najt, P., Pievani, M., Rasser, P. E., Laakso, M. P., Aronen, H. J., Repo-Tiihonen, E., Vaurio, O., Thompson, P. M., & Tiihonen, J. (2011). Cortex and amygdala morphology in psychopathy. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *193*(2), 85-92.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales “Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.” Boletín Oficial de las Cortes Generales, octubre de 2013, núm. 66-1, pp. 1-100.
- Bolt, D., M., Hare R. D., & Neumann, C. S. (2007). Score Metric Equivalence of the Psychopathy Checklist--Revised (PCL-R) Across Criminal Offenders in North America and the United Kingdom. *Assessment*, *14*(1), 44-56. Doi: 10.1177/1073191106293505

- Bolt, D. M., Hare, R. D., Vitale, J. E., & Newman, J. P. (2004). A multigroup item response theory analysis of the psychopathy checklist-revised. *Psychological Assessment, 16*(2), 155-168. Doi: 10.1037/1040-3590.16.2.155
- Bornovalova, M. A. (2006). Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Personality Disorders, 20*(3), 218-232.
- Brooner, R. K., Schmidt, C. W., Felch, L. J., & Bigelow, G. E. (1992). Antisocial behavior of intravenous drug abusers: Implications for diagnosis of antisocial personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 149*(4), 482-487.
- Burgess, A. W., Prentky, R. A., Burgess, A. G., Douglas, J. E., & Ressler, R. K. (1994). *Serial murder*. New York: Plenum Press.
- Bushong, R. E. (1934). Report of the comite on psychopathic personality. *Managing Officers Association of the State Institutions of Ohio. Quarterly Bulletin, 11*(4), 7-12.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W.G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: The MMPI-2*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Caldwell, M., Skeem, J., Salekin, R., & Van Rybroek, G. (2006). Treatment response of adolescent offenders with psychopathy features: A 2-year follow-up. *Criminal Justice and Behavior, 33*(5), 571-596. Doi: 10.1177/0093854806288176
- Campbell, S. B. (1998). Developmental perspectives. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (3a ed., pp. 3-35). New York: Plenum Press.
- Carrasco, J. J., & Maza, J. M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley.
- Chico, E., & Ferrando, P. J. (1995). A psychometric evaluation of the revised P scale delinquent and non-delinquent spanish sample. *Personality and Individual Differences, 18*(3), 331-337.
- Cleckley, H. (1941). *The Mask of Sanity*. St. Louis, MO: Mosby
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity: An attempt to clarify the so-called psychopathic personality*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Clemente, R. A. & Goicoechea, M. A. (1996). "El contexto familiar". En R. A. Clemente y C. Hernández (Eds.), *Contextos de desarrollo psicológico y educación*, (pp. 117-136). Málaga: Aljibe.

- Código Penal “Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal”.1995, noviembre 24. Boletín Oficial del Estado, núm. 281, pp. 33987-34058.
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., Moran, P., Bebbington, P., Brugha T, Jenkins, R., Farrell, M., Lewis, G., Singleton, N., & Hare, R. D. (2009). Psychopathy among prisoners in England and Wales. *International Journal of Law & Psychiatry*, 32(3), 134-141.
- Coll, C. (1998). *Psicología de la educación*. Barcelona: Edhasa.
- Collins, J. J., Schlenger, W. E., & Jordan, B. K. (1988). Antisocial personality and substance abuse disorders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 16(2), 187-198.
- Colvin, E. (1995). Corporate personality and criminal liability. *Criminal Law Forum*, 6(1), 1–44. Doi: 10.1007/BF01095717
- Constitución española. 1978, diciembre 29. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, pp. 29313-29424.
- Cooke, D. J. (1996). Psychopathic personality in different cultures. What do we know? What do we need to find out? *Journal of Personality Disorders*, 10(1), 23–40.
- Cooke, D. J. (2007). Cross-cultural aspects of psychopathy. En C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy* (pp. 261-276). NY: The Guilford Press.
- Cooke, D. J. (2011). Psychopathy: Capturing an elusive concept. Keynote Address presented at the *2nd Bergen Conference on the Treatment of Psychopathy*, November 15–17. Bergen, Norway.
- Cooke D. J., Hart S. D., Logan C., & Michie C. (2012). Explicating the Construct of Psychopathy: Development and Validation of a Conceptual Model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 242-252. Doi: 10.1080/14999013.2012.746759
- Cooke, D. J., & Michie, C. (1999). Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 58-68. Doi: 10.1037/0021-843X.108.1.58
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13(2), 171-188. Doi: 10.1037/1040-3590.13.2.171
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2002). Towards valid cross-cultural measures of risk. En R. R. Corrado, R. Roesch & S. D. Hart (Eds.), *Multi-problem youth: A foundation for comparative research on need, interventions and outcomes*. Amsterdam: IOS Press.

- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D., & Clark, D. A. (2004). Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 18*(4), 337-357. Doi: 10.1521/pedi.18.4.337.40347
- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D., & Clark, D. (2005a). Searching for the pan-cultural core of psychopathic personality disorder. *Personality and Individual Differences, 39*(2), 283-295. Doi: 10.1016/j.paid.2005.01.004
- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D., & Clark, D. (2005b). Assessing psychopathy in the UK: Concerns about cross-cultural generalisability. *The British Journal of Psychiatry, 186*(4), 335-341. Doi: 10.1192/bjp.186.4.335
- Cooke, D. J., Michie, C., & Skeem, J. (2007). Understanding the structure of the Psychopathy Checklist-Revised: An exploration of methodological confusion. *The British Journal of Psychiatry, 190*(49), 39-50. Doi: 10.1192/bjp.190.5.s39
- Coolidge, F. L., Merwin, M. M., Wooley, M. J., & Hyman, J. N. (1990). Some problems with the diagnostic criteria of the antisocial personality disorder in DSM-III: A preliminary study. *Journal of Personality Disorders, 4*(4), 407-413.
- Cox, J., DeMatteo, D. S., & Foster, E. E. (2010). The effect of the Psychopathy Checklist—Revised in capital cases: Mock jurors' responses to the label of psychopathy. *Behavioral Sciences & the Law, 28*(6), 878-891. Doi: 10.1002/bsl.958
- Craft, M. J. (1965). Ten studies into psychopathic personality. Bristol, UK: John Wright
- Craig, M. C., Catani, M., Deeley, Q., Latham, R., Daly, E., Kanaan, R., Picchioni, M., McGuire, P. K., Fahy, T., & Murphy, D. G. M. (2009). Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular Psychiatry, 14*(10), 946-953. Doi: 10.1038/mp.2009.40
- Cross, S. E., & Markus, H. R. (1999). The cultural constitution of personality. En L. A. Pervin & P. O. John (Eds.), *Handbook of personality* (pp. 378–396). New York: Guilford.
- Dahlstrom, W. M. & Welsh, G. S. (1960). *An MMPI handbook: A guide to use in clinical practice and research*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Das, J., De Ruiter, C., Doreleijers, T., & Hillege, S. (2009). Reliability and construct validity of the Dutch Psychopathy Checklist: Youth Version: Findings from a sample of male adolescents in a juvenile justice treatment institution. *Assessment, 16*(1), 88-102. Doi: 10.1177/1073191108321999
- Declercq, F., Willemsen, J., Audenaert, K., & Verhaeghe, P. (2012). Psychopathy and predatory violence in homicide, violent, and sexual offences: Factor and facet relations. *Legal and Criminological Psychology, 17*(1), 59-74.

- De la Fuente, E. I., García-Cueto, E., San Luis, C., García, J., & De la Fuente, L. (2002). Escalamiento subjetivo de conductas delictivas. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 4(1), 67-76.
- Delay, J., & Lemaire, J. G. (1959). Psychopathologie des mathématiciens. *L'Encéphale: Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique*, 48, 97-127.
- Del Rio (2011). Concordance between the IPDE Screening Questionnaire and the diagnosis of personality disorders in smokers. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, 19(2), 303–315.
- DeMatteo, D., Heilbrun, K., & Marczyk, G. (2005). Psychopathy, risk of violence, and protective factors in a noninstitutionalized and noncriminal sample. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 4(2), 147-157. Doi: 10.1080/14999013.2005.10471220
- Dempster, R. J. (1998). *Prediction of sexually violent recidivism: A comparison of risk assessment instruments*. Departamento de Psicología, Simon Fraser University, British Columbia: Burnaby, Canada. Tesis doctoral no publicada,
- Devonshire, P. A., Howard, R. C., & Sellars, C. (1988). Frontal lobe functions and personality in mentally abnormal offenders. *Personality and Individual Differences*, 9(2), 339-344.
- Diez, J. L. (2012). Un diagnóstico y algunos remedios de la política criminal española. *Revista de Estudios de Justicia*, 16, 31-54.
- Dolan, M., & Blackburn, R. (2006). Interpersonal factors as predictors of disciplinary infractions in incarcerated personality disordered offenders. *Personality and Individual Differences*, 40(5), 897-907. Doi: 10.1016/j.paid.2005.10.003
- Doren, D. M., & Yates, P. M. (2008). Effectiveness of sex offender treatment for psychopathic sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(2), 234-245. Doi: 10.1177/0306624X07303914
- Douglas, K. S., Strand, S., Belfrage, H., Fransson, G., & Levander, S. (2005). Reliability and validity evaluation of the psychopathy checklist: Screening version (PCL: SV) in Swedish correctional and forensic psychiatric samples. *Assessment*, 12(2), 145-161. Doi: 10.1177/1073191105275455
- D'Silva, K., Duggan, C., & McCarthy, L. (2004). Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 163-177. Doi: 10.1521/pedi.18.2.163.32775
- Duggan, C. (2009). A treatment guideline for people with antisocial personality disorder: Overcoming attitudinal barriers and evidential limitations. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(4), 219-223. Doi:10.1002/cbm.726
- Earls, F. (1987). On the familial transmission of child psychiatric disorder. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 28(6), 791-802.

- Echeburúa, E. (2000). Trastornos de la personalidad: concepto, clasificación y evaluación. En E. Echeburúa (Coord.), *Personalidades violentas*, (pp. 39-54). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E. (2004). Violencia y trastornos mentales. *I Congreso Psicología Jurídica en red*
- Edens, J. F., Campbell, J. S., & Weir, J. M. (2007). Youth psychopathy and criminal recidivism: A meta-analysis of the psychopathy checklist measures. *Law and Human Behavior*, *31*(1), 53-75. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10979-006-9019-y
- Edens, J. F., Poythress, N. G., Lilienfeld, S. O., & Patrick, C. J. (2008). A prospective comparison of two measures of psychopathy in the prediction of institutional misconduct. *Behavioral Sciences & the Law*, *26*(5), 529-541. Doi: 10.1002/bsl.823
- Edens, J. F., Skeem, J. L., Cruise, K. R., & Cauffman, E. (2001). Assessment of juvenile psychopathy and its association with violence. *Behavioral Sciences and the Law*, *19*, 53-80.
- Edens, J. F., Skeem, J. L., & Douglas, K. S. (2006). Incremental validity analyses of the violence risk appraisal guide and the psychopathy checklist: Screening version in a civil psychiatric sample. *Assessment*, *13*(3), 368-374. Doi: 10.1177/1073191105284001
- Embretson, S. E. (1996). The new rules of measurement. *Psychological Assessment*, *8*(4), 341-349. Doi: 10.1037/1040-3590.8.4.341
- Esbéc E., & Echeburúa E. (2010). Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. *Actas españolas de psiquiatría*, *38*(5), 249-261
- Esteban, C., Garrido, V., & Sánchez-Meca, J. (1996). Cuando la emoción es un problema: Un estudio meta-analítico de la eficacia de los tratamientos con sujetos diagnosticados como psicópatas. *Ansiedad y Estrés*, *3*, 55-68.
- Estrada, C., Chan, E. C., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2011). *Delito e Intervención Social. Una propuesta para la intervención profesional*. Guadalajara Jalisco: Universidad de Guadalajara.
- Estrada, C., Rodríguez-Díaz, F. J., & Herrero, J. (2013). Rol del apoyo Social en la reincorporación de penados. Un estudio del sistema de Postpenitenciario de Jalisco (México). *Universitas Psychologica* (en revisión).
- Estrada, C., Rodríguez-Díaz, F.J., Herrero, J., Chan, C., Torres, A. & Madrigal, K. (2011). La reinserción social de los penados. En C. Estrada, E. Claudia y Fco. J. Rodríguez Díaz (Coord.), *Delito e Intervención Social. Una propuesta para la intervención profesional*. Guadalajara Jalisco: Universidad de Guadalajara (p. 65-96).

- Estrada, C., Rodríguez-Díaz, F. J., & Solano, C. (2012). Castigo y carrera delictiva de liberados del sistema penitenciario de Jalisco. En S. P. Colín Soto y E. García López (Dir.), *Más allá de la Violencia. Retos hacia la reconstrucción*. (pp. 291-320). Morelia, México: UDEM (Universidad de Morelia).
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder and Stoughton.
- Farrington, D. P. (2006). Family background and psychopathy. En C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy*. (pp. 229-.250). New York: Guildford Press.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, *16*, 545-550.
- Feeley, D. (2006). Personality, environment, and the causes of white-collar crime. *Law & Psychological Review*, *30*, 201–213.
- Flores-Mendoza, C. E., Silva-Alvarenga, M. A., Herrero, O., & Abad, J. (2008). Factor structure and behavioural correlates of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in a Brazilian prisoner sampler. *Personality and Individual Differences*, *45*, 584-590. Doi:10.1016/j.paid.2008.06.016
- Fougere, A., Potter, S., & Boutilier, J. (2009). Psychopathy and offence severity in sexually aggressive and violent youth. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *19*(4), 247-252. Doi: 10.1002/cbm.735
- Freud, S. (1942). Psychopathic characters on the stage. *The Psychoanalytic Quarterly*, *11*, 459-464.
- Frick, P. J., & Hare, R. D. (2001). *The Antisocial Process Screening Device – Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G., & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(1), 49-55. Doi: 10.1037/0022-006X.60.1.49
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema* *20*, 193-8.
- Fernández, L., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2001). Prevención de la violencia: hechos y mitos. *Psicothema* *14*(Supl), 147-154.
- Forth, A. E., Kosson, D. S., & Hare, R. D. (2003). *The psychopathy checklist: Youth version - manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- García-Cueto, E., Gallo, P., & Miranda, R. (1998). Bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio [Goodness of fit in confirmatory factor analysis]. *Psicothema*, *10*, 717-723.

- García-Cueto, E., García, J., De la Fuente, L., Borges, A., Sánchez, A., San Luis, C., De la Fuente, E. I., & Martín, I. (2003). Escalamiento subjetivo de conductas delictivas en legos y expertos. *Psicothema*, *15*(4), 638-642.
- Gacono, C. B., & Meloy, J. R. (1992). The rorschach and the DSM-III—R antisocial personality: A tribute to Robert Lindner. *Journal of Clinical Psychology*, *48*(3), 393-406.
- Gao Y., & Raine, A., (2010). Successful and Unsuccessful Psychopaths: A Neurobiological Model. *Behavioral Sciences and the Law*, *28*, 194–210.
- García, C. H., Moral, J., Frías, M., Valdivia, J. A., & Díaz, H. L. (2012). Family and socio-demographic risk factors for psychopathy among prison inmates. *The European journal of psychology applied to legal context*, *4*(2), 119-134.
- García, J. (1998). Modelos de Atención comunitaria en salud mental: críticas e insuficiencias. En J. García, A. Espinosa & L. Lara (Eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo: Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental* (pp. 41-46). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- García, J., Arango, J. C., Correa, O., Pérez, A. F., Hugo, V., Mejía, C. A., Casals, S., López, G. J., Patiño, J. D., & Palacios, C. A. (2008). Validación de la Lista de chequeo de psicopatía-revisada (PCL-R) en población carcelaria masculina de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *37*, 564-579.
- García-Pablos de Molina, A. (2003). *Tratado de criminología*. (3.ª Ed.). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garma, A. (1934). Crimen y castigo. Contribución al estudio de la psicología del psicópata delincente. *Archivos De Psiquiatría*, *14*, 579-598
- Garrido, V. G. (2002). El tratamiento del psicópata. *Psicothema*, *14*(Supl.), 181-189.
- Garrido, V. G. (2004). *Cara a cara con el psicópata*. Barcelona: Ariel
- Garrido, V. G., Esteban, C., & Molero, C. (1996). The effectiveness in the treatment of psychopathy: A meta-analysis. *Criminological & Legal Psychology*, *24*, 57-59.
- Gastaldi, G. (1959). Su talune proposte di revisione del concetto di personalita psicopatica. *Archivio Di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, *20*, 49-68.
- Gendreau, P., & Goggin, C. (1997). Correctional treatment. En Van Dooris, P. Braswell & M. Lester (Eds.), *Correctional treatment and rehabilitation* (pp. 271-280). Cincinnati:Anderson.
- Gerstley, L. J., Alterman, A. I., McLellan, A. T., & Woody, G. E. (1990). Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: A problematic diagnosis? *The American Journal of Psychiatry*, *147*(2), 173-178.

- Gifre, M. & Esteban, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos educativos*, 15, 79-32-
- Gill, K., Nolim, D., & Crowley, T. J. (1992). Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 30(3), 247-252.
- González, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: Motivaciones subyacentes, “Modus Operandi” y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7, 19-39.
- Good, R. (1942). Malingering. *BMJ: British Medical Journal, Part 2*, 359-362. Doi: 10.1136/bmj.2.4264.359
- Goodwin, R. D., Brook, J. S., & Cohen, P. (2005). Panic attacks and the risk of personality disorder. *Psychological Medicine*, 35(2), 227-235. Doi: 10.1017/S0033291704003319
- Gough, H. G. (1969). *Manual for the California Psychological Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Graham, N., Kimonis, E. R., Wasserman, A. L., & Kline, S. M. (2012). Associations among childhood abuse and psychopathy facets in male sexual offenders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 66-75. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0025605>
- Grann, M., & Wedin, I. (2002). Risk factors for recidivism among spousal assault and spousal homicide offenders. *Psychology, Crime & Law*, 8(1), 5-23. Doi: 10.1080/10683160208401806
- Gray, K. G., & Hutchinson, H. C. (1964). The psychopathic personality: A survey of Canadian psychiatrists' opinions. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 9, 452-451.
- Gustafson, S. B., & Ritzer, D. R. (1995). The dark side of normal: A psychopathy-linked pattern called aberrant self-promotion. *European Journal of Personality*, 9(3), 147-183.
- Haapasalo, J. (1986). Psykopatia ja rikoksentehtävien persoonallisuus. *Psykologia*, 21(6), 430-433.
- Hall, J. R., & Benning, S. D. (2006). The “successful” psychopath: Adaptive and subclinical manifestations of psychopathy in the general population. En C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy*. New York: Guilford Press
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2000). When should we intervene? Dynamic predictors of sexual recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27(1), 6-35. Doi: 10.1177/0093854800027001002

- Hare, R. D. (1965). Psychopathy, fear arousal and anticipated pain. *Psychological Reports*, 16(2), 499-502.
- Hare, R. D. (1970). *Psychopathy: Theory and research*. Oxford, England: John Wiley.
- Hare, R. D. (1978). Psychopathy and electrodermal responses to nonsignal stimulation. *Biological Psychology*, 6(4), 237-246.
- Hare, R. D. (1979). Psychopathy and laterality of cerebral function. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(6), 605-610.
- Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1(2), 111-119.
- Hare, R. D. (1982). Psychopathy and physiological activity during anticipation of an aversive stimulus in a distraction paradigm. *Psychophysiology*, 19(3), 266-271.
- Hare, R. D. (1984a). *La psicopatía: teoría e investigación*. Barcelona: Herder.
- Hare, R. D. (1984b). Performance of psychopaths on cognitive tasks related to frontal lobe function. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 133-140. Doi: 10.1037/0021-843X.93.2.133
- Hare, R. D. (1985a). Comparison of procedures for the assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 7-16.
- Hare, R. D. (1985b). *The Psychopathy Checklist*. Documento sin publicar, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Hare, R. D. (1991a). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist- Revised (1st Ed.)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (1991b). *The Self-Report Psychopathy Scale-II*. Vancouver, Canadá Universidad de British Columbia.
- Hare, R. D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Pocket Books.
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23(1), 25-54.
- Hare, R. D. (1999). Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric Quarterly*, 70(3), 181-197.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist- Revised (2nd Ed.)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.

- Hare, R. D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(5), 623-645.
- Hare, R. D., & Forth, A. E. (1985). Psychopathy and lateral preference. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(4), 541-546.
- Hare, R. D., Frazelle, J., & Cox, D. N. (1978). Psychopathy and physiological responses to threat of an aversive stimulus. *Psychophysiology*, 15(2), 165-172.
- Hare, R. D., Hart, S. D., Forth, A. E., Harpur, T. J., & Williamson, S. E. (1998). Psychopathic personality disorder: Development of a criteria set for use in the DSM-IV antisocial personality disorder field trials. En T. A. Widiger, M. D. Frances & H. Pincus (Eds.). *DSM-IV Sourcebook*, Volumen 4 (pp. 331-342). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Hare, R. D., Hemphill, J. F., & Paulhus, D. L. (2002). *The Self-Report Psychopathy Scale-II (SRP-II)*. Manuscrito en preparación.
- Hare, R. D., & Jutai, J. W. (1988). Psychopathy and cerebral asymmetry in semantic processing. *Personality and Individual Differences*, 9(2), 329-337.
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatric Reports*, 7(1), 57-64.
- Hare, R. D., Neumann, C. S., & Widiger, T. A. (2012). *Psychopathy*. New York: Oxford University Press. Doi: 10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0022
- Harpur, T. J., Hakstian, A. R., & Hare, R. D. (1988). Factor structure of the psychopathy checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 741-747. Doi: 10.1037/0022-006X.56.5.741
- Harpur, T. J., Hare, R. D., & Hakstian, R. (1989). A two-factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and implications for assessment. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 6-17.
- Harris, G. T., & Rice, M. E. (2007). Psychopathy research at Oak Ridge: Skepticism overcome. En H. Hervé & J. C. Yuille (Eds.), *The psychopath: Theory, research, and practice* (pp. 57-75). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Lalumière, M. (2001). Criminal violence: The roles of psychopathy, neurodevelopmental insults, and antisocial parenting. *Criminal Justice and Behavior*, 28(4), 402-426.
- Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (1ª Ed.)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1989). Discriminant validity of the psychopathy checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 211-218. Doi: 10.1037/1040-3590.1.3.211

- Hart, S. D., Forth, A. E., & Hare, R. D. (1991). The MCMI-II as a measure of psychopathy. *Journal of Personality Disorders, 5*, 318-327.
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. En D. M. Stoff, J. Brieling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behaviour* (pp. 22-35). New York: Wiley.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1943). *Manual of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: The Psychological Corporation.
- Hawes, S. W., Boccaccini, M. T., & Murrie, D. C. (2013). Psychopathy and the combination of psychopathy and sexual deviance as predictors of sexual recidivism: Meta-analytic findings using the psychopathy Checklist—Revised. *Psychological Assessment, 25*(1), 233-243. Doi: 10.1037/a0030391
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64-105.
- Herpertz, S. C., & Sass, H. (2000). Emotional deficiency and psychopathy. *Behavioral Sciences and the Law, 18*, 567-580.
- Herrero, J. (2010). El Análisis factorial confirmatorio en el estudio de la estructura y estabilidad de los instrumentos de evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de autoestima CA-14 [Confirmatory factor analysis in the study of the structure and stability of assessment instruments: An example with the Self-esteem questionnaire (CA-14)]. *Intervención Psicosocial 19*, 289-300. Doi: 10.5093/in2010v19n3a9
- Hervé, H. F., Ling J. Y. H., & Hare, R. D. (2000). Criminal psychopathy and subtypes. Ponencia en *Conferencia Bianual de la American Psychology-Law Society*. New Orleans, LA, March 9-12.
- Hesselbrock, M. N., & Hesselbrock, V. M. (1992). Relationship of family history, antisocial personality disorder and personality traits in young men at risk for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol, 53*(6), 619-625.
- Hesselbrock, V. M., Hesselbrock, M. N., & Workman-Daniels, K. (1986). Effect of major depression and antisocial personality on alcoholism: Course and motivational patterns. *Journal of Studies on Alcohol, 47*(3), 207-212.
- Hicks, B.M., Carlson, M. D., Blonigen, D. M., Patrick, C. J., Iacono, W. G., & McGue, M. (2012). Psychopathic personality traits and environmental contexts: Differential correlates, gender differences, and genetic mediation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3*(3), 209-227. Doi: 10.1037/a0025084

- Hill, C. D., Neumann, C. S., & Rogers, R. (2004). PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(1), 13-29. Doi: 10.1177/0886260503259047
- Hillege, S., De Ruiter, C., Smits, N., Van Der Baan, H., & Das, J. (2011). Structural and metric validity of the Dutch translation of Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL: YV). *The International Journal of Forensic Mental Health, 10*(4), 346-357. Doi: 10.1080/14999013.2011.631207
- Hobson, J., Shine, J., & Roberts, R. (2000) How do psychopaths behave in a prison therapeutic community? *Psychology, Crime & Law, 6*, 139-154.
- Hoeck-Gradenwitz, E. (1963). Die behandlung der psychopathen in den strafanstalten. *Psychologische Rundschau, 14*(2), 93-114.
- Hoff, H. A., Rypdal, K., Mykletun, A., & Cooke, D. J. (2012). A prototypicality validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality Model (CAPP). *Journal of Personality Disorders, 26*(3), 414-427. Doi: 10.1521/pedi.2012.26.3.414
- Holcomb, W. R., Adams, N. A., & Ponder, H. M. (1985). The developmental and cross-validation of an MMPI typology of murderers. *Journal of Personality Assessment, 49*(3), 240-244.
- Holmes, S. E., Slaughter, J. R., Kashani J. (2001). Risk Factors in Childhood That Lead to the Development of Conduct Disorder and Antisocial Personality Disorder. *Child Psychiatry and Human Development, 31*(3), 183-193.
- Howard, R. C., Bailey, R., & Newman, A. (1984). A preliminary study of hare's "research scale for the assessment of psychopathy" in mentally-abnormal offenders. *Personality and Individual Differences, 5*(4), 389-396.
- Howard, R. C., Fenton, G. W., & Fenwick, P. B. (1984). The contingent negative variation, personality and antisocial behaviour. *The British Journal of Psychiatry, 144*, 463-474.
- Huchzermeier, C., Bruß, E., Geiger, F., Kernbichler, A., & Aldenhoff, J. (2008). Predictive validity of the Psychopathy Checklist: Screening Version for intramural behaviour in violent offenders-A prospective study at a secure psychiatric hospital in Germany. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 53*(6), 384-391.
- Hunt, W. A., & Older, H. J. (1944). Psychometric scatter pattern as a diagnostic aid. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 39*(1), 118-123.
- Huss, M. T., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2006). Assessing the generalization of psychopathy in a clinical sample of domestic violence perpetrators. *Law and Human Behavior, 30*(5), 571-586. Doi: 10.1007/s10979-006-9052-x

- Infante, C., & Rubio-Colavida, J. M. (2004). La prevalencia del consumo de tabaco en España. *Adicciones, 16*, 59-73.
- Institute for Economics & Peace (2013). *Global Peace Index 2013. Measuring the state global peace*. New York: Institute for Economics & Peace.
- Institute for Economics & Peace (2013b). *Índice de Paz México. Measuring the state global peace*. New York: Institute for Economics & Peace.
- Iria, C., & Barbosa, F. (2009). Perception of facial expressions of fear: Comparative research with criminal and non-criminal psychopaths. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 20*, 66-73.
- Ishikawa, S. S., Raine, A., Lencz, T., Bihrlé, S., & Lacasse, L. (2001). Autonomic stress reactivity and executive functions in successful and unsuccessful criminal psychopaths from the community. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(3), 423-432. Doi: 10.1037/0021-843X.110.3.423
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewate S., Menzies R. G., Packmana A., & Onslow, M. (2009). Screening for personality disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 34*(3), 173-186. Doi: 10.1016/j.jfludis.2009.09.001
- Jenkins, R. L. (1960). The psychopathic or antisocial personality. *Journal of Nervous and Mental Disease, 131*, 318-334. Doi: 10.1097/00005053-196010000-00005
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychology, 48*, 117-126.
- Johns, J. H., & Quay, H. C. (1962). The effect of social reward on verbal conditioning in psychopathic and neurotic military offenders. *Journal of Consulting Psychology, 26*(3), 217-220.
- Johnson, J. G., McGeoch, P. G., Caskey, V. P., Abhary, S. G., Sneed, J. R., & Bornstein, R. F. (2005). The developmental psychopathology of personality disorders. (pp. 417-464) Sage Publications, Inc, Thousand Oaks, CA. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/621197795?accountid=14702>
- Jonason, P. K., Luevano, V. X., & Adams, H. M. (2012). How the dark triad traits predict relationship choices. *Personality and Individual Differences, 53*, 180-184.
- Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2009). Machiavellianism. En M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 93-108). New York, NY: Guilford Press.
- Jones, M. (1963). The treatment of character disorders. *British Journal of Criminology, 3*(3), 276-282.
- Joyce, P. R., Rogers, G. R., Miller, A. L., Mulder, R. T., Luty, S. E., & Kennedy, M. A. (2003). Polymorphisms of DRD4 and DRD3 and risk of avoidant and obsessive

- personality traits and disorders. *Psychiatry Research*, 119(1-2), 1-10. Doi: 10.1016/S0165-1781(03)00124-0
- Juarros-Basterretxea, J., Robles-Fernández, A., Silvana M., Gutiérrez, A., & García-Cueto, E. (2013). Escalamiento subjetivo de conductas delictivas. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 18(1), 37-52.
- Justus, A. N., & Finn, P. R. (2007). Startle modulation in non-incarcerated men and women with psychopathic traits. *Personality and Individual Differences*, 43, 2057–2071.
- Jutai, J. W., & Hare, R. D. (1983). Psychopathy and selective attention during performance of a complex perceptual-motor task. *Psychophysiology*, 20(2), 146-151.
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., Neale, M. C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: A multivariate twin study. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1438-1446. Doi: 10.1001/archpsyc.65.12.1438
- Kennealy, P. J., Hicks, B. M., & Patrick, C. J. (2007). Validity of factors of the Psychopathy Checklist-Revised in female prisoners: Discriminant relations with antisocial behavior, substance abuse, and personality. *Assessment*, 14(4), 323-340. Doi: 10.1177/1073191107305882
- Karpman, B. (1941). On the need for separating psychopathy into two distinct clinical types: Symptomatic and idiopathic. *Journal of Criminology and Psychopathology*, 3, 112-137.
- Karpman, B. (1961). The structure of neurosis: With special differentials between neurosis, psychosis, homosexuality, alcoholism, psychopathy, and criminality. *Archives of Criminal Psychodynamics*, 4, 599-646.
- Kernberg, O. F. (1989). The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 553-570.
- Kendler, K. S., Myers, J., Torgersen, S., Neale, M. C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2007). The heritability of cluster A personality disorders assessed both by personal interview and questionnaire. *Psychological Medicine*, 37(5), 655-665. Doi: 10.1017/S0033291706009755
- Kingsley, L. (1960). MMPI profiles of psychopaths and prisoners. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 302-304. doi: 3.0.CO;2-K" TARGET="_blank">[http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(196007\)16:3<302::AID-JCLP2270160322>3.0.CO;2-K](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(196007)16:3<302::AID-JCLP2270160322>3.0.CO;2-K)

- Kirsch, L. G., & Becker, J. V. (2007). Emotional deficits in psychopathy and sexual sadism: Implications for violent and sadistic behavior. *Clinical Psychology Review, 27*(8), 904-922. Doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.011
- Knight, R. P., & Orr, D. W. (1941). Psychiatric problems of the armed forces in training and in combat. *Bulletin of the Menninger Clinic, 5*, 176-180.
- Knott, J. R., & Gottlieb, J. S. (1943). The electroencephalogram in psychopathic personality. *Psychosomatic Medicine, 5*, 139-142.
- Kofoed, L., & MacMillan, J. (1986). Alcoholism and antisocial personality: The sociobiology of an addiction. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*(6), 332-335.
- Koglin, U., & Peterman, F. (2008). Inkonsistentes erziehungsverhalten: Ein risikofaktor für aggressives verhalten? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56*(4), 285-291.
- Kosson, D. S., Neumann, C. S., Forth, A. E., Salekin, R. T., Hare, R. D., Krischer, M. K., & Sevecke, K. (2013). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL: YV) in adolescent females. *Psychological Assessment, 25*(1), 71-83. Doi: 10.1037/a0028986
- Kosson, H., & Chou, J. C. (1992). Abnormal liver function tests associated with lithium treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 12*(3), 217-218.
- Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., & Kleber, H. D. (1985). Parental alcoholism in opioid addicts. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*(8), 461-469.
- Koivisto, H., & Haapasalo, J. (1996). Childhood maltreatment and adulthood psychopathy in light of file-based assessments among mental state examinees. *Studies on Crime & Crime Prevention, 5*(1), 91-104.
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch. 5^a ed.* Leipzig: Barth.
- Kreis, M. K. F., Cooke, D. J., Michie, C., Hoff, H. A., & Logan, C. (2012). The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): Content validation using prototypical analysis. *Journal of Personality Disorders, 26*(3), 402-413. Doi: 10.1521/pedi.2012.26.3.402
- Krischer, M. K., & Sevecke, K. (2008). Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 31*(3), 253-262. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.04.008>
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 645-666. Doi: 10.1037/0021-843X.116.4.645
- Kubak, F. A., & Salekin, R. T. (2009). Psychopathy and anxiety in children and adolescents: New insights on developmental pathways to offending. *Journal of*

Psychopathology and Behavioral Assessment, 31(4), 271-284. Doi: 10.1007/s10862-009-9144-2

Lafortune, D. (2010). Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(2), 94-100.

Lahey, B. B., Hartdagen, S. E., Frick, P. J., McBurnett, K., Connor, R., & Hynd, G. W. (1988). Conduct disorder: Parsing the confounded relation to parental divorce and antisocial personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 334-337. Doi: 10.1037/0021-843X.97.3.334

Lang, P. J., af Klinteberg, B., & Alm, P. O. (2002). Adult psychopathy and violent behavior in males with early neglect and abuse. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum.*, 106(412), 93-100.

Langevin, R., & Curnoe, S. (2010). A comparison of psychopathy, attention deficit hyperactivity disorder, and brain dysfunction among sex offenders. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10(3), 177-200. Doi: 10.1080/15228930903550624

Langevin, R., & Fedoroff, P. (2001). Sex offender recidivism: A 25-years follow-up study. Report to the Ontario Mental Health Foundation, Toronto, Ontario.

Långström, N., & Grann, M. (2000). Risk for criminal recidivism among young sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(8), 855-871. Doi: 10.1177/088626000015008005

Laurell, J., & Dåderman, A. M. (2007). Psychopathy (PCL-R) in a forensic psychiatric sample of homicide offenders: Some reliability issues. *International Journal of Law and Psychiatry* 30(2), 127-135. Doi: 10.1016/j.ijlp.2004.08.011

León-Mayer, E. (2012). *La psicopatía en prisioneros chilenos: prevalencia y métodos de evaluación*. Universidad de la Plata: Buenos Aires. Tesis Doctoral no publicada.

León-Mayer, E., Asún-Salazar, D. & Folino, J. O. (2010). Confiabilidad y validez de la versión chilena de la Hare PCL-R [Reliability and validity of the Chilean version of the Hare PCL-R]. *Revista de la facultad de medicina* 58(2), 103-114.

Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a non institutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151-158. Doi: 10.1037/0022-3514.68.1.151

Librán, E. C., & Ral, J. M. T. (2003). Estructura factorial y validez discriminante del listado de psicopatía de Hare revisado. *Psicothema*, 15(4), 667-672.

Lilienfeld, S. O. (1998). Methodological advances and development in the assessment of psychopathy. *Behavioral Research and Therapy*, 36, 99-125.

- Lilienfeld, S. O., & Andrews, B. P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of personality assessment*, 66(3), 488-524.
- Lilienfeld, S. O., Waldman, I. D., Landfield, K., Watts, A. L., Rubenzer, S., & Faschingbauer, T. R. (2012). Fearless dominance and the U.S. presidency: Implications of psychopathic personality traits for successful and unsuccessful political leadership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(3), 489-505. Doi:10.1037/a0029392
- Little, T. D., Cunningham, W. A., Shalar, G., & Widaman, K., F. (2002). To parcel or not parcel: exploring the question, weighing the merits. *Structural Equation Modelling*, 9, 151-173.
- Livanov, M. N., & Sviderskaya, N. E. (1984). Psychological aspects of the phenomenon of spatio-temporal synchronization of EEG-processes. *Psikologicheskii Zhurnal*, 5(5), 71-83.
- Lloyd, C. D., Clark, H. J., & Forth, A. E. (2010). Psychopathy, expert testimony, and indeterminate sentences: Exploring the relationship between Psychopathy Checklist-Revised testimony and trial outcome in Canada. *Legal and Criminological Psychology*, 15(2), 323-339. Doi: 10.1348/135532509X468432
- Loizaga, J. M. (2008). Recursos de acogida para personas privadas de libertad en la comunidad: las acciones de la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava. En M. T. Laespada (Coord.), *Intervención en exclusión social y drogodependencias. La confluencia entre políticas sociales y sanitarias*. (pp. 233-270). Álava: Universidad de Deusto.
- Looman, J., Abracen, J., Serin, R., & Marquis, P. (2005). Psychopathy, treatment change, and recidivism in high-risk, high-need sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(5), 549-568. Doi: 10.1177/0886260504271583
- López-Ibor, J. J., Pérez, A., & Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Modulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid: Meditor.
- López M., & Núñez M. C. (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica*, [En línea] 1 n° 7. [Fecha de consulta: 10 octubre 2013]. Disponible en <<http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano7-2009/a72009art1.pdf>>.ç
- López, R. (2010). *Déficit en el sistema motivacional aversivo en psicópatas subclínicos evaluados mediante el Psychopathic personality inventory-revised (PPI-R)*.. Castellón: Universtat Jaume I. Tesis de licenciatura no publicada
- López, R., Lafuente, O., & García, J. L. (2007). Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9, 28-40.

- Loranger, A., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Dreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahal, A., Diekstra, R. F. W., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y., & Regier, D. A. (1994). The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration Internacional Pilot Study of Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 215-224. Doi:10.1001/archpsyc.1994.03950030051005
- Lösel, F. (2000). ¿Existe un tratamiento eficaz para los psicópatas?: Qué sabemos y que deberíamos hacer. En A. Raine & J. Sanmartín (Eds.), *Violencia y psicopatía* (pp. 235-272). Barcelona: Ariel.
- Lotka, A. J. (1926). The frequency distribution of scientific productivity. *Journal of Washington Academy of Sciences*, *16*, 317-323.
- Luminet, O. (2010). Commentary on the paper "is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study". *Journal of Psychosomatic Research*, *68*(3), 275-277. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.07.016
- Lykken, D. (1995). *The antisocial personalities*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
- Lynam, D. R. (2002). Fledgling psychopathy: A view from personality theory. *Law and Human Behavior*, *26*, 255-259.
- Lynam, D. R., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). The stability of psychopathy from adolescence into adulthood: The search for moderators. *Criminal Justice and Behavior*, *35*(2), 228-243. Doi: 10.1177/0093854807310153
- Lynam, D. R., Miller, D. J., Vachon, D., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2009). Psychopathy in adolescence predicts official reports of offending in adulthood. *Youth Violence and Juvenile Justice*, *7*(3), 189-207.
- Lynam, D. R., Whiteside, S., & Jones, S. (1999). Self-reported psychopathy: A validation study. *Journal of Personality Assessment*, *73*(1), 110-132.
- Marín-Basallote, N., & Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *14*, 80-85.
- Martínez, T., López, F. J., & Díaz, M. L. (2001). Los trastornos de la personalidad en el derecho penal: estudio de casos del Tribunal Supremo. *Revista de Psicología Clínica, Legal y Forense*, *1*(1), 87-101.

- Mathieu, C., Neumann C. S., Hare, R. D., Babiak, P. (2014). A dark side of leadership: Corporate psychopathy and its influence on employee well-being and job satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 59, 83-88.
- Mathieu, C., Hare, R. D., Jones, D. N., Babiak, P., & Neumann, C. S. (2013). Factor structure of the B-scan 360: A measure of corporate psychopathy. *Psychological Assessment*, 25(1), 288-293. Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0029262>
- Matthies, S., van Elst, L. T., Feige, B., Fischer, D., Scheel, C., Krogmann, E., Perlov, E., Ebert D., & Philipsen, A. (2011). Severity of childhood attention-deficit hyperactivity disorder—A risk factor for personality disorders in adult life? *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 101-114. Doi: 10.1521/pedi.2011.25.1.10
- McCarthy, L., Huband, N., Patel, S., Banerjee, P., & Duggan, C. (2012). Personality disorder and psychopathy as predictors of psychosocial and criminological outcome in mentally disordered offenders. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 11(3), 227-237. Doi: 10.1080/14999013.2012.739262
- McCord, W. & McCord, J. (1956). *Psychopathy and Delinquency*. New York: Grune & Stratton.
- McCord, W. & McCord, J. (1964). *The Psychopath*. Princeton: Van Nostrand.
- McDermott, B. E., Edens, J. F., Quanbeck, C. D., Busse, D., & Scott, C. L. (2008). Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence: Variable- and person-focused analyses. *Law and Human Behavior*, 32(4), 325-338. Doi: 10.1007/s10979-007-9094-8
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 721-729. Doi: 10.4088/JCP.v68n0509
- Meerloo, J. A. M. (1962). The concept of psychopathy. *American Journal of Psychotherapy*, 16(4), 645-654.
- Mendelson, E. F. (1992). A survey of practice a regional Forensic Service: what do Forensic Psychiatrists do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. *Br. J. Psychiatry*, 160, 769- 776.
- Meyers, C. A., Berman, S. A., Scheibel, R. S., & Hayman, A. (1992). Case report: Acquired antisocial personality disorder associated with unilateral left orbital frontal lobe damage. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 17(3), 121-125.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2011). Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias ESDIP 2011. http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESDIP_2011.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España EDADES 2011-2012. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
- Montes, A., Pérez, M., & Gestal, J. J. (2004). Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones, 16*, 75-82.
- Mowbray, R. M. (1960). The concept of the psychopath. *Journal of Mental Science, 106*, 537-542.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2013). Estadística penitenciaria. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html>
- Mokros, A., Neumann, C. S., Stadtland, C., Osterheider, M., Nedopil, N., & Hare, R. D. (2011). Assessing measurement invariance of PCL-R assessments from file reviews of north american and german offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 34*(1), 56-63. Doi: 10.1016/j.ijlp.2010.11.009
- Molina, J. D., Trabazo, V., López, L., & Fernández, S. (2009). Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *EduPsykhé, 8*(2), 101-126.
- Moltó, J., Poy, R., & Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *Journal of Personality Disorders, 14*(1), 84-96. Doi: 10.1521/pedi.2000.14.1.84
- Morrissey, C., Cooke, D., Michie, C., Hollin, C., Hogue, T., Lindsay, W. R., & Taylor, J. L. (2010). Structural, item, and test generalizability of the Psychopathy Checklist-Revised to offenders with intellectual disabilities. *Assessment, 17*(1), 16-29. Doi: 10.1177/1073191109344052
- Morrissey, C., Hogue, T., Mooney, P., Allen, C., Johnston, S., Hollin, C., Lindsay, W. R., & Taylor, J. L. (2007). Predictive validity of the PCL-R in offenders with intellectual disability in a high secure hospital setting: Institutional aggression. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 18*(1), 1-15. Doi: 10.1080/08990220601116345
- Moul, C., Killcross, S., & Dadds, M. R. (2012). A model of differential amygdala activation in psychopathy. *Psychological Review, 119*(4), 789-806.
- Müller, J. L., Gänßbauer, S., Sommer, M., Weber, T., Schwerdtner, J., Döhnel, K., & Hajak, G. (2007). Volumenverminderung und reduzierte emotionale

aktivierbarkeit des rechten superioren temporalen gyrus bei krimineller "psychopathy". Untersuchungen mit voxelbasierter morphometrie und funktioneller magnetresonanztomographie. *Psychiatrische Praxis*, 34, S165-S167.

Musitu, G. (2002). Las conductas violentas de los adolescents en la escuela: El rol de la familia. *Aula abierta*, 79, 109-138.

Musitu, G., Moreno, D., & Murgui, S. (2007). Adolescentes infractores: La perspectiva psicosocial. En F. J. Rodríguez-Díaz y C. Becedóniz (Coord.), *El menor infractor. Posicionamientos y realidades* (pp. 13-36). Oviedo: Consejería de Justicia, Seguridad Pública y Relaciones Exteriores.

Myers, W. C., Chan, H. C., Vo, E. J., & Lazarou, E. (2010). Sexual sadism, psychopathy, and recidivism in juvenile sexual murderers. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, 7(1), 49-58. Doi: 10.1002/jip.113

Neumann, C. S., Kosson, D. S., & Salekin, R. T. (2007). Exploratory and confirmatory factor analysis of the psychopathy construct: Methodological and conceptual issues. En H. Hervé & J. C. Yuille, (Eds.), *The Psychopath: Theory, Research, and Practice* (pp.79-104). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

O'Connor, D. A. (2003). *The female psychopath: Validity and factor structure of the revised psychopathy checklist (PCL-R) in women inmates*. (Order No. AAI3076199, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 6101)

Ogders, C. L. (2005). Violence, victimization and psychopathy among female juvenile offenders. (Order No. AAI3161266, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 568).

Olver, M. E., & Stockdale, K. C. (2010). Psychopathy and youth violence: Research, controversies and clinical utility. *The British Journal of Forensic Practice*, 12(2), 3-13. Doi: 10.5042/bjfp.2010.0181

Organización Mundial de la Salud. (1978). *CIE-9. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Osumi, T., Shimazaki, H., Imai, A., Sugiura, Y., & Ohira, H. (2007). Psychopathic traits and cardiovascular responses to emotional stimuli. *Personality and Individual Differences*, 42, 1391–1402.

- Paíno, S. G. (1995). *Factores psicosociales para la intervención en la cárcel como sistema de control social*. Oviedo: Facultad de Psicología. Tesis Doctoral no publicada.
- Paíno, S. G., & Rodríguez-Díaz, F. J. (1998). Socialización y delincuencia. Un estudio en la prisión de Villabona (Asturias). En V. Garrido y M^a Dolores Francés (Coord.), *Educación Social para Delincuentes*. Valencia: Tirant lo Blanch (pp. 97-136).
- Paíno, S. G., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2004). Experiencia de Intervención en una Cárcel de Asturias. *Boletín Electrónico de Psicología Jurídica*. Enero-Febrero. Asociación Colombiana de Psicología Jurídica y Forense. <http://www.psicologiajuridica.org/psj56.html>
- Palacios, J., & Rodrigo, M. J. (1998). La familia como contexto de desarrollo humano. En M. J. Rodrigo y Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano*, (pp. 25-44). Madrid: Alianza.
- Pardue, A. D., Robinson, M. B., & Arrigo, B. A. (2013). Psychopathy and corporate crime: A preliminary examination, part 2. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 13(2), 145-169. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15228932.2013.765746>
- Parin, P. (1961). Die abwehrmechanismen der psychopathen. *Psyche: Zeitschrift Für Psychoanalyse Und Ihre Anwendungen*, 15, 322-329.
- Partidge, G. E. (1930). Current conceptions of psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 10, 53-99.
- Patrick, C. J. (2000). Emociones y psicopatía. En A. Raine & J. Sanmartín (Eds), *Violencia y psicopatía* (pp. 89-118). Barcelona: Ariel.
- Patrick, C. J. (2007). Psychopathy and antisocial personality disorder. En W. T. O'Donohue, K. A. Fowler & S. O. Lilienfeld (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 109-166). New York, NY: Sage
- Patrick, C. J., Fowles, D., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology* 21(3), 913-938. Doi: 10.1017/S0954579409000492
- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556-563.
- Paulhus, D. L., Neumann, C. S., & Hare, R. D. (in press). *Manual for the Hare Self-Report Psychopathy scale*. Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
- Pedersen, L., Kunz, C., Elsass, P., & Rasmussen, K. (2010). Psychopathy as a risk factor for violent recidivism: Investigating the Psychopathy Checklist Screening

- Version (PCL: SV) and the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) in a forensic psychiatric setting. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(4), 308–315. Doi: 10.1080/14999013.2010.526681
- Pelechano, V. (2008). Delincuencia, personalidad y psicopatología. *Análisis y modificación de conducta*, 34, 13-66.
- Pérez, J. (1986). Teoría de Eysenck sobre la criminalidad: el resultado de la investigación. *Psiquis*, 7, 35-51.
- Perry, J. C., Lavori, P. W., Pagano, C. J., Hoke, L., & O'Connell, M. E. (1992). Life events and recurrent depression in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 394-407.
- Pearson, F. S., Lipton, D. S., Cleland, C. M., & Yee, D. S. (2002). The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism. *Crime & Delinquency*, 48(3), 476-496. Doi: 10.1177/0011128702048003006
- Pederson, S. L., & Magaro, P. A. (1982). Personality styles and psychopathy. *Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 320-324.
- Pham, T. H., Malingrey, F., Ducro, C., & Saloppé, X. (2007). Psychopathie et troubles mentaux graves chez des patients internes. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(7), 511-516. Doi:10.1016/j.amp.2007.06.006
- Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris: J. A. Brosson.
- Polaschek, D. L. L. (2011a). High-intensity rehabilitation for violent offenders in New Zealand: Reconviction outcomes for high- and medium-risk prisoners. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 664–682. Doi: 10.1177/0886260510365854.
- Polaschek, D. L. L. (2011b). An appraisal of the Risk–Need–Responsivity Model of Offender Rehabilitation and its application in correctional treatment. *Legal and Criminological Psychology*, 17, 1–17. Doi: 10.1111/j.2044-8333.2011.02038.x.
- Polaschek, D. L. L., & Daly, T. E. (2013). Treatment and psychopathy in forensic settings. *Aggression and Violent Behavior*, 18(5), 592-603. Doi: 10.1016/j.avb.2013.06.003
- Porter, S., & Woodworth, M. (2006). Psychopathy and aggression. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 481–494). New York: Guilford
- Poythress, N. G., Skeem, J. L., & Lilienfeld, S. O. (2006). Associations among early abuse, dissociation, and psychopathy in an offender sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 288-297. Doi:http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.115.2.288
- Pozueco, J. M. (2010). *Psicópatas integrados: Perfil psicológico y personalidad*. Madrid: EOS.

- Pozueco, J. M., Moreno, J. M., Blázquez, M., & García-Baamonde, M. E. (2013). Psicópatas integrados/subclínicos en las relaciones de pareja: Perfil, maltrato psicológico y factores de riesgo. *Papeles del psicólogo*, 34(1), 32-48.
- Pozueco, J. M., Romero, G., & Casas, N. (2011). Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte I). *Cuaderno Medicina Forense*, 17(3), 123-136.
- Quinsey, V. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 85-105.
- Raine, A. (1985). A psychometric assessment of hare's checklist for psychopathy on an english prison population. *British Journal of Clinical Psychology*, 24(4), 247-258.
- Raine, A. (1986). Psychopathy, schizoid personality and borderline/schizotypal personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 7(4), 493-501.
- Raine, A., Ishikawa, S. S., Arce, E., Lencz, T., Knuth, K. H., & Bihrlé, S., LaCasse, L., & Colletti, P. (2004). Hippocampal structural asymmetry in unsuccessful psychopaths. *Biological Psychiatry*, 55, 185-191.
- Raine, A., Lencz, T., Bihrlé, S., LaCasse, L., & Colletti, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 119-127.
- Redondo S. & Garrido V. (2008). Efficacy of a psychological treatment for sex offenders. *Psicothem* 20(1), 4-9.
- Redondo, S. & Martínez, A. (2012). Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 9, artículo 8.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J., & Garrido, V. (2002). Los programas psicológicos con delincuentes y su efectividad: La situación europea. *Psicothema*, 14(Supl), 164-173.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J., & Garrido, V. (1999). The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: An European meta-analytic review. *Psychology, Crime, & Law*, 5, 251-278. Doi: 10.1080/10683169908401769
- Redondo, S. (2007). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.
- Reed, J. (2003). Mental health care in prisons. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 287-288.
- Reich, J. (1985). The relationship between antisocial behavior and affective illness. *Comprehensive Psychiatry*, 26(3), 296-303.

- Ressler, R. K., Burgess, A. W., & Douglas, J. E. (1988). *Sexual homicide: Patterns and motives*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Ribé, J., & Tusquets, J. L. (2002). *Psiquiatría forense*. Barcelona: Espaxs
- Rice, M. E., Harris, G. T., & Cormier, C. A. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, *16*, 399–412
- Roberts, J. V., & Hough, M. (2005). The State of the Prisons: Exploring Public Knowledge and Opinion. *The Howard Journal*, *44*(3), 286-306.
- Robins, L. N. (1978). Etiological implications in childhood histories relating to antisocial personality. En R. D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behavior: Approaches to research* (pp. 255-271). Chichester, UK: Wiley.
- Roche, M. J., Shoss, N. E., Pincus, A. L., & Ménard, K. S. (2011). Psychopathy moderates the relationship between time in treatment and levels of empathy in incarcerated male sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, *23*(2), 171-192. Doi: 10.1177/1079063211403161
- Rock, R. C., Sellbom, M., Ben-Porath, Y., & Salekin, R. T. (2013). Concurrent and predictive validity of psychopathy in a batterers' intervention sample. *Law and Human Behavior*, *37*(3), 145-154. Doi: 10.1037/lhb0000006
- Rodríguez-Díaz, F. J., Álvarez, E., Castro, D., Gómez, P., Hernández, E. & Rodríguez, L. (2001). Un Programa de Pensamiento Prosocial (PPS) para la intervención en drogodependencias en el medio penitenciario. Análisis de resultados. *Acta Colombiana de Psicología*, *6*, 29-40.
- Rodríguez-Díaz, F. J., Álvarez, E., García, F., Longoria, B. & Noriega, M. I. (2013). Educar en las Cárceles: Unidad Terapéutica y Educativa de Villabona (Asturias, España). *Revista Criminalidad*, *55*(2), 9-28.
- Rodríguez-Díaz, F. J., Álvarez, E., García, F., Longoria, B. & Noriega, M. I. (2014a). El Sistema Penitenciario: Un análisis desde el ayer para el mañana. En E. García-López (Ed.), *Psicopatología Forense. Comportamiento Humano y Tribunales de Justicia* (733-790). México: Manual Moderno
- Rodríguez-Díaz, F. J., Álvarez, E., García, F., Longoria, B. & Noriega, M. I. (2014b). Modelo Alternativo de Intervención Educativa en el contexto penitenciario. Propuesta de un planteamiento desde la UTE de Villabona (Asturias). *Aula Abierta* (en revisión).
- Rodríguez-Díaz, F. J., Bringas, C., Estrada, C., & Jiménez, M. A. (2012). Intervención para una convivencia sin violencia en el aula ¿Realidad o ficción? En S. P. Colín & E. García-López (Eds.), *Más allá de la violencia. Retos hacia la reconstrucción*. (213-232). Morelia, Michoacán, México: Universidad de Morelia.

- Rodríguez-Díaz, Fco. J., Bringas, C., Fariña, Fca., Arce, R. y Bernardo, A. (2008). *Psicología Jurídica. Entorno Judicial y Delincuencia*. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo. Colección Psicología y Ley, nº5.
- Rodríguez-Díaz, F. J., Cordero, A. M., Paíno, S. G., Hernández, E., & Hinojal, R. (2002). Drogodependencia y Familia. Realidad en la conducta delictiva de una muestra penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4, 84- 90.
- Rodríguez-Díaz, F. J., Fernández Ríos, L., Paíno, S. G., Jiménez, A., & Hernández, E. (2004). La comunidad como vehículo de integración social de la persona. En A. Hidalgo & R. Medina (Eds), R. Hernández Mejía, Fco. J. Rodríguez Díaz, J. Zaiter (Coords), *Cooperación al desarrollo y bienestar social*. Oviedo: Eikasia Ediciones (p. 387-406).
- Rodríguez -Díaz, F. J., Grossi, F. J., Paíno, S. G., Alvaréz, E., Hernández, E., & López, A. (1999). Necesidades de formación profesional laboral y educativa en la población penitenciaria. *Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 9, 71-79.
- Rodríguez-Díaz, F. J., & Ovejero, A. (2005). *La convivencia sin violencia. Recursos para educar*. España: Editorial MAD, S. L.
- Rogers, R., Dion, K. L., & Lynett, E. (1992). Diagnostic validity of antisocial personality disorder: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, 16(6), 677-689.
- Rogers, R., Salekin, R. T., Sewell, K. W., & Cruise, K. R. (2000). Prototypical analysis of antisocial personality disorder: An insider's perspective. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 234-255.
- Romero, J. (2006). *Nuestros presos. Cómo son, qué delitos cometen y qué tratamientos se les aplican*. Madrid: EOS
- Roth, G., & Strüber, D. (2009). Neurobiologische aspekte reaktiver und proaktiver gewalt bei antisozialer persönlichkeitsstörung und "psychopathie.". *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 58(8), 587-609.
- Sadeh, N., & Verona, E. (2012) Visual complexity attenuates emotional processing in psychopathy: Implications for fear-potentiated startle deficits. *Cognitive*, 12(2), 346-360.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79-112. Doi: 10.1016/S0272-7358(01)00083-6
- Salekin, R. T., Brannen, D. N., Zalot, A. A., Leistico, A., & Neumann, C. S. (2006). Factor structure of psychopathy in youth: Testing the applicability of the new four-factor model. *Criminal Justice and Behavior*, 33(2), 135-157. Doi: 10.1177/0093854805284416

- Salekin, R. T., Lee, Z., Schrum, D. C. L., & Kubak, F. A. (2010). Child psychopathy and protective factors: IQ and motivation to change. *Psychology, Public Policy, and Law, 16*(2), 158-176. Doi: 10.1037/a0019233
- Salekin, R. T., Leistico, A. M., Neumann, C. S., Di Cicco, T. M., & Duros, R. L. (2004). Psychopathy and comorbidity in a young offender sample: Taking a closer look at psychopath's potential importance over disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 416-427.
- Salekin, R. T., & Lochman, J. E. (2008). Child and adolescent psychopathy: The search for protective factors. *Criminal Justice and Behavior, 35*, 159-172.
- Salekin, R. T., Rogers, R., & Sewell, K. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3*(3), 203-215.
- Saltaris, C. (2002). Psychopathy in juvenile offenders: Can temperament and attachment be considered as robust developmental precursors? *Clinical Psychology Review, 22*, 729-752.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry, 23*(3), 223-233.
- Schmeelk, K. M., Sylvers P., & Lilienfeld, S. O. (2008). Trait correlates of relational aggression in a nonclinical sample: DSM-IV personality disorders and psychopathy. *Journal of Personality Disorders, 22*(3), 269-283.
- Schneider, K. (1923). *Die psychopathischen persönlichkeiten*. Viena: Deuticke.
- Schroeder, M. L., Schroeder, K. G., & Hare, R. D. (1983). Generalizability of a checklist for assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(4), 511-516. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.4.511
- Schubert, D. S., Wolf, A. W., Patterson, M. B., Grande, T. P., & Pendleton, L. (1988). A statistical evaluation of the literature regarding the associations among alcoholism, drug abuse, and antisocial personality disorder. *International Journal of the Addictions, 23*(8), 797-808.
- Schuckit, M. A., Schwei, M. G., & Gold, E. (1986). Prediction of outcome in inpatient alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 47*(2), 151-155.
- Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (2011). *El Sistema penitenciario español*. Madrid: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.
- Serin, R. C. (1992). The clinical application of the psychopathy Checklist—Revised (PCL—R) in a prison population. *Journal of Clinical Psychology, 48*(5), 637-642.
- Serin, R. C., Lloyd, C. D., Helmus, L., Derkzen, D. M., & Luong, D. (2013). Does intra-individual change predict offender recidivism? Searching for the Holy

Grail in assessing offender change. *Aggression and Violent Behaviour*, 18, 32–53. Doi: 10.1016/j.avb.2012.09.002.

Sevecke, K., Pukrop, R., Kosson, D. S., & Krischer, M. K. (2009). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth version in German female and male detainees and community adolescents. *Psychological Assessment*, 21(1), 45-56. Doi: 10.1037/a0015032

Shariat, S. V., Assadi, S. M., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan, S., Michie, C., & Cooke, D. (2010). Psychopathy in Iran: A cross-cultural study. *Journal of Personality Disorders*, 24(5), 664-675. Doi: 10.1521/pedi.2010.24.5.676

Skeem, J., & Cooke, D. (2007). Is antisocial behavior essential to psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, in press.

Skeem, J. L., & Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22(2), 433–445. Doi: 10.1037/a0008512

Skeem, J. L., Mulvey, E. P., & Grisso, T. (2003). Applicability of traditional and revised models of psychopathy to the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV). *Psychological Assessment*, 15(1), 41-55. Doi: 10.1037/1040-3590.15.1.41

Skeem, J. L., Poythress, N., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., & Cale, E. M. (2003). Psychopathic personality or personalities? exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression and Violent Behavior*, 8(5), 513-546. Doi: 10.1016/S1359-1789(02)00098-8

Slade, K., & Forrester, A. (2013). Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in pre-sentence and early-stage prison populations, with sub-type estimates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 207–212.

Slade, T., Peters, L., Schneiden, V., & Andrews, G. (1998). The International Personality Disorder Examination Questionnaire (IPDEQ): Preliminary data on its utility as a screener for anxious personality disorder. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7, 84–88.

Smith, G. T., Fischer, S., & Fister, S. M. (2003). Incremental validity principles in test construction. *Psychological Assessment*, 15(4), 467-477. Doi: 10.1037/1040-3590.15.4.467

Smith, S. S., Arnett, P. A., & Newman, J. P. (1992). Neuropsychological differentiation of psychopathic and nonpsychopathic criminal offenders. *Personality and Individual Differences*, 13(11), 1233-1243.

- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 16*(3), 201-214. Doi: 10.1521/pedi.16.3.201.22542
- Spaans, M., Barendregt, M., Haan, B., Nijman, H., & de Beurs, E. (2011). Diagnosis of antisocial personality disorder and criminal responsibility. *International Journal of Law and Psychiatry, 34*(5), 374-378. Doi: 10.1016/j.ijlp.2011.08.008
- Sreenivasan, S., Walker, S. C., Weinberger, L. E., Kirkish, P., & Garrick, T. (2008). Four-facet PCL-R structure and cognitive functioning among high violent criminal offenders. *Journal of Personality Assessment, 90*(2), 197-200. doi:http://dx.doi.org/10.1080/00223890701845476
- Steinberg, L., & Thissen, D. (1996). Uses of item response theory and the testlet concept in the measurement of psychopathology. *Psychological Methods, 1*(1), 81-97. Doi: 10.1037/1082-989X.1.1.81
- Stone, M. H. (2001). Serial sexual homicide: Biological, psychological, and sociological aspects. *Journal Personality Disorders, 15*, 1-18.
- Stone, M. H. (2007a). Violent crimes and their relationship to personality disorders. *Personality and Mental Health, 1*, 138-153.
- Stone, M. H. (2007b). Violencia. En J. M., Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender, (Dir.). *Tratado de los trastornos de la personalidad*, (pp. 479-494). Barcelona: Masson.
- Strickland, C. M., Drislane, L. E., Lucy, M., Krueger, R. F., & Patrick, C. J. (2013). Characterizing psychopathy using DSM-5 personality traits. *Assessment, 20*(3), 327-338. Doi: 10.1177/1073191113486691
- Stringer, A. Y., & Josef, N. C. (1983). Methylphenidate in the treatment of aggression in two patients with antisocial personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 140*(10), 1365-1366.
- Swogger, M. T., Walsh, Z., & Kosson, D. S. (2007). Domestic violence and psychopathic traits: Distinguishing the antisocial batterer from other antisocial offenders. *Aggressive Behavior, 33*(3), 253-260. Doi: /10.1002/ab.20185
- Szirmay-Pulszky, H. (1934). Néhány statisztikai adat a zseni-kérdéshez. *Magyar Pszichológiai Szemle, 7, 1/2*, 100-107.
- Tengdtröm, A., Grann, M., Langström, N., & Kullgren, G. (2000). Psychopathy (PCL-R) as a Predictor of Violent Recidivism among Criminal Offenders with Schizophrenia. *Law and Human Behavior, 24*(1), 45-58.
- Toldson, I., & Duncan, S. (2003) Predictive differences between psychopathy and antisocial personality disorder (ASPD) among North American inmates. *Paper presented at the International Conference on Psychology and Law*, Edinburgh, UK.

- Tong, J. E., & Murphy, I. C. (1960). A review of stress reactivity research in relation to psychopathology and psychopathic behaviour disorders. *Journal of Mental Science, 106*, 1273-1295.
- Torrubia, R. (1987). La psicopatía. En J. Pérez (Coord.), *Bases psicológicas de la delincuencia y de la conducta antisocial*. (p. 147-164). Barcelona: PPU.
- Torrubia, R., & Cuquerella, A., (2008). Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Revista española de medicina legal, 34*(1), 25-35.
- Torrubia, R., & Fuentes, C. (2008). Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense, *Revista española medicina legal, 34*(1), 25-35.
- Torrubia, R., Poy, R., Moltó, J., Grayston, P. R., & Corral, S. (2010). *PCL-R. Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare revisada. Manual*. [PCL-R. Hare Psychopathy Checklist Revised. Manual]. Madrid: TEA Ediciones.
- Ullrich, S., Borkenau, P., & Marneros, A. (2001). Personality disorders in offenders: Categorical versus dimensional approaches. *Journal of Personality Disorders, 15*(5), 442-449.
- Ullrich, S., Kahle, I., & Marneros, A. (2003). Antisoziale, dissoziale und 'psychopathische' Persoenlichkeitsstoerung: Eine empirische Untersuchung deutscher Straftaeter [Antisocial, dissocial and 'psychopathic' personality disorder: a study on German offenders]. Paper presented at the 7. Arbeitstagung der Fachgruppe fuer Differentielle Psychologie, Persoenlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik der Deutschen Gesellschaft fuer Psychologie, Halle, Germany.
- Ullrich, S., & Marneros, S. (2007). Underlying dimensions of ICD-10 personality disorders: Risk factors, childhood antecedents, and adverse outcomes in adulthood. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 18*(1), 44-58. Doi: 10.1080/14789940601014769
- Valverde J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias*. Madrid: Editorial Popular.
- Valverde J. (2002). *Proceso de inadaptación social*. Madrid: Editorial Popular.
- Van Vugt, E. S., Asscher, J. J., Hendriks, J., Stams, G. J. J. M., Bijleveld, C. C. J. H., & Van, D. L. (2012). The relationship between psychopathy and moral development in young sex offenders. *Psychology, Crime & Law, 18*(7), 655-667. Doi: 10.1080/1068316X.2010.533177
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O, Fava, J. L., Norman, G. J. & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis, 38*, 216-233.

- Verona, E., Patrick, C. J., & Joiner, T. E. (2001). Psychopathy antisocial personality and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(3), 426-470.
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Llunch, J., Planella, R., & Sarda P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*(5), 321-32. Doi: 10.1002/cbm.815
- Viding, E., & McCrory, E. J. (2012). Genetic and neurocognitive contributions to the development of psychopathy. *Development and Psychopathology 24*(3), 969-983.
- Vinkers, D. J., De Beurs, E., Barendregt, M., Rinne, T., & Hoek, H. W. (2011). The relationship between mental disorders and different types of crime. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*, 307-320. Doi: 10.1002/cbm.819
- Vitacco, M. J., Neumann, C. S., Jackson, R. L. (2005). Testing a four-factor model of psychopathy and it's association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 466-476. Doi: 10.1037/0022-006X.73.3.466
- Vitacco, M. J., Rogers, R., Neumann, C. S., Harrison, K. S., & Vincent, G. (2005). A comparison of factor models on the PCL-R with mentally disordered offenders: The development of a four-factor model. *Criminal Justice and Behavior, 32*(5), 526-545.
- Walsh, Z., Swogger, M. T., & Kosson, D. S. (2009). Psychopathy and instrumental violence: Facet level relationships. *Journal of Personality Disorders, 32*(4), 416-424.
- Walker, R. (1992). Substance abuse and B-cluster disorders: II. treatment recommendations. *Journal of Psychoactive Drugs, 24*(3), 233-241.
- Warren, J. I., South, S. C., Burnette, M. L., Rogers, A., Friend, R., Bale, R., & Van Patten, I. (2005). Understanding the risk factors for violence and criminality in women: The concurrent validity of the PCL-R and HCR-20. *International Journal of Law and Psychiatry, 28*(3), 269-289. Doi: 10.1016/j.ijlp.2003.09.012
- Weiler, B. L., & Widom, C. S. (1996). Psychopathy and violent behaviour in abused and neglected young adults. *Criminal Behaviour and Mental Health, 6*(3), 253-271.
- Weiss, J. M., Davis, D., Hedlund, J. L., & Cho, D. W. (1983). The dysphoric personality: A comparison of 524 cases of antisocial personality disorder with matched controls. *Comprehensive Psychiatry, 24*(4), 355-369.
- Weizmann-Henelius, G., Gronroos, M., Putkonen, H., Eronen, M., Lindberg, N., & Hakkanen-Nyholm, H. (2010). Psychopathy and gender differences in childhood psychosocial characteristics in homicide offenders—A nationwide register-based study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 21*(6), 801-814. Doi: 10.1080/14789949.2010.506616

- Weizmann-Henelius, G., Putkonen, H., Grönroos, M., Lindberg, N., Eronen, M., & Häkkänen-Nyholm, H. (2010). Examination of psychopathy in female homicide offenders—Confirmatory factor analysis of the PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(3), 177-183. Doi: 10.1016/j.ijlp.2010.03.008
- Werlinder, H. (1978). *Psychopathy: A history of the concepts. Analysis of the origin and development of a family of concepts in psychopathology*. Uppsala, Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Widiger, T. A. (1991). Personality disorder dimensional models proposed for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 5, 386–398.
- Widiger, T. A., Cadoret, R., Hare, R. D., Robins, L. N., Rutherford, M., Zanarini, M., Alterman, A., Apple, M., Corbitt, E., Forth, A., Hart, S., Kultermann, J., Woody, G., & Frances, A. (1996). DSM-IV antisocial personality disorder field trial. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 3-16.
- Widiger, T. A., Corbitt, E. M., & Millon, T. (1992). Antisocial personality disorder. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 11, 63-79.
- Widom, C. S. (1977). A methodology for studying noninstitutionalized psychopaths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(4), 674-683. Doi: 10.1037/0022-006X.45.4.674
- Widom, C. S., & Newman, J. P. (1985). Characteristics of non-institutionalized psychopaths. En D. P. Farrington, & J. Gunn (Eds.), *Aggression and dangerousness* (pp. 57–80). New York: Wiley.
- Wilkowski, B. M., & Robinson, M. D. (2008). Putting the brakes on antisocial behavior: Secondary psychopathy and post-error adjustments in reaction time. *Personality and Individual Differences*, 44, 1807–1818.
- Williams, K. M, Nathanson, C., & Paulhus, D. L. (2003). *Structure and Validity of the Self-Report Psychopathy Scale-III in Normal Populations*. Poster presentado en la 11th anual convention of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Williams, K. M., Paulhus, D. L., & Hare, R. D. (2007). Capturing the four-factor structure of psychopathy in college students via self-report. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 205-219. Doi:10.1080/00223890701268074
- Williams, K. M., Spidel, A., & Paulhus, D. L. (2005). “Sex, lies, and more lies: Exploring the intimate relationships of subclinical psychopaths”. Ponencia en la 1st Conference of the Society for the Scientific Study of Psychopathy. Vancouver, BC, Canada, Julio de 2005.
- Wittels, F. (1937). The criminal psychopath in the psychoanalytic system. *Psychoanalytic Review*, 24, 276-291.

- Wittson, C. L., Hunt, W. A., & Older, H. J. (1944). The use of the multiple choice group roschach test in military screening. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *17*, 91-94. Doi: 10.1080/00223980.1944.9917186
- Wize, C. (1936). Culture et psychopathologie. *Annales Médico-Psychologiques*, *94*, 609-614.
- Woodworth, M., Freimuth, T., Hutton, E. L., Carpenter, T., Agar, A. D., & Logan, M. (2013). High-risk sexual offenders: An examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics. *International Journal of Law and Psychiatry*, *36*(2), 144-156. Doi: 10.1016/j.ijlp.2013.01.007
- Woothworth, M., & Porter, S. (2002). In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 436-445.
- Wormith, J. S., Althouse, R., Simpson, M., Reitzel, L. R., Fagan, T. J., & Morgan, R. D. (2007). The rehabilitation and reintegration of offenders: The current landscape and some future directions for correctional psychology. *Criminal Justice and Behavior*, *34*(7), 879-892. Doi: 10.1177/0093854807301552
- Wulach, J. S. (1983). Diagnosing the DSM-III antisocial personality disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, *14*(3), 330-34.
- Yang, Y., & Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: A meta-analysis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *174*(2), 81-88. Doi: 10.1016/j.psychresns.2009.03.012
- Yang, Y., Raine, A., Colletti, P., Toga, A. W., & Narr, K. L. (2011). Abnormal structural correlates of response perseveration in individuals with psychopathy. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *23*(1), 107-110.
- Yela, M. (1990). Evaluar qué y para qué. El problema del criterio. *Papeles del psicólogo*, *46 /47*, 50-54.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1988). DSM-III disorders in the families of borderline outpatients. *Journal of Personality Disorders*, *2*(4), 292-302.
- Žukauskienė, R., Laurinavičius, A., & Čėsniėnė, I. (2010). Testing factorial structure and validity of the PCL:SV in Lithuanian prison population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*(2), 363-272. Doi: 10.1007/s10862-009-9176-7