



MIDAP

Instituto Milenio para la Investigación
en Depresión y Personalidad



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales/Escuela de Psicología

Programa de Doctorado en Psicoterapia

TESIS DOCTORAL:

“Los aspectos subyacentes a la conducta antisocial: una mirada hacia el funcionamiento estructural de la personalidad en delincuentes adictos”

Por

María Catalina Undurraga Tschischow

- Director:** PhD. Guillermo de La Parra (Pontificia Universidad Católica)
Co- director: PhD. Juan Pablo Jiménez (Universidad de Chile)
Comité: PhD. Adrian Mundt (Universidad de Chile)
Profesora externa: PhD. Alemka Tomicic (Universidad Diego Portales)

Julio, 2021

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a mi marido Christian, a mis hijas Nina y Emma, a mis padres Nicolás y Kira, a mis hermanos Kira, Camila Nicolás, Josefina y Lucas, a mi querida abuela Adelina y a Natasha.

Agradecimientos

Quiero agradecer profundamente a mi familia de origen y a mi familia nuclear por toda la fuerza que me dieron para poder concretar este gran sueño. Quiero realizar un especial agradecimiento a mi marido Christian y a nuestras niñas Nina y Emma. Fueron un apoyo fundamental; estuvieron día y noche conmigo en esta travesía de aprendizaje, dificultades y logros que me permitieron superar esta etapa.

Quiero agradecer a todos los miembros del Claustro del programa doctoral que confiaron en mí y me permitieron retomar este proyecto.

Quiero agradecer de forma muy especial y afectuosa a mi profesor guía, el Dr. Guillermo de la Parra. Guillermo fue un profesor que con su claridad y lucidez me permitió darle profundidad a mi investigación. No me cabe duda de que su exigencia amorosa y profesionalismos me permitieron la reflexión necesaria para poder tener un buen resultado.

No puedo dejar de agradecer a la Dra. Marcia Olhaberry que, junto a Guillermo de la Parra, fueron un apoyo emocional muy importante para sortear las dificultades que se presentaron durante los años de trabajo.

No puede dejar de agradecer a Alejandro Arévalo quien hizo posible acceder a la población de estudio. Además, quiero agradecer a Pablo Muñoz, quien fue mi compañero en terreno realizando las entrevistas, puntuándolas y organizando todo el material necesario para cumplir con los objetivos de la investigación.

Quiero agradecer al Dr. Manfred Cierpka, quién fue inicialmente mi cotutor alemán. A pesar de lo difícil de poder conseguir mi población muestral, siempre confió en el proyecto. Es así como junto con Johanna Köhling, con quien también estoy profundamente agradecida, se logró obtener la población muestral alemana de mi tesis.

También me encuentro muy agradecida con el Dr. Eduardo Franco Chalco, quien fue mi metodólogo. Gracias a sus conocimientos, y el trabajo en conjunto, logramos poder realizar análisis metodológicos complejos que le dieron vida al proyecto.

Quiero agradecer a todos mis profesores de la Pontífice Universidad Católica, Universidad de Chile y Universidad de Heidelberg por todo el conocimiento y dedicación entregada.

Agradecer a todos mis amigos, especialmente a mis compañeros del programa, con quienes compartimos viajes, congresos, presentaciones, trabajos hasta altas horas de la noche, entre otros.

Índice

2. Resumen Inicial	6
2.1 Abstract.....	7
3. Introducción.....	8
4. Antecedentes teóricos y empíricos	14
4.1 El diagnóstico de la Conducta Antisocial.....	14
4.2 Psicología de la Psicopatía	18
4.3 Nuevas Nosologías Diagnósticas; Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado	26
4.4 Situación chilena.....	29
4.4.1 Evolución de la población penal chilena	29
4.4.2 Prevalencia de Trastornos Mentales	29
4.4.3 Otros aspectos a considerar	32
5. Objetivos.....	34
5.1 Objetivos Generales.....	34
5.2 Objetivos Específicos	34
6. Método.....	35
6.1 Diseño general de la investigación	35
6.2 Participantes.....	35
6.4 Descripción.....	37
6.4.1 Variable de agrupación:.....	37
6.4.2 Variable dimensionales:	38
6.4.3 Variables Catoriales:.....	39
6.4.4 Variables sociodemográficas:.....	39
6.5 Procedimiento.....	40
6.5.1 Traducción del OPD – SQ.....	40
6.5.2 Acceso a la muestra y aplicación de instrumentos	41
6.6 Análisis de Datos	42
7. Resultados.....	44
7. 1 Descriptivos	44
7.1.1 PCL-R.....	44
7.1.2 OPD – SQ.....	44
7.1.3 Diagnósticos	45

7.1.4 Delitos.....	46
7.1.5 Correlaciones	46
7.2 Análisis de Perfiles Latentes.....	49
8. Discusión	57
8.1 Caracterización de la población muestral	57
8.1.1 Datos sociodemográficos.....	57
8.1.2 Escala de psicopatía (PCL-R).....	57
8.1.3 Cuestionario de nivel de integración estructural (OPD – SQ).....	59
8.1.4 Diagnóstico.....	62
8.1.5 Delitos.....	64
8.2 Discusión Correlaciones	65
8.2.1 PCL-R Total	65
8.2.2 Factor 1: Interpersonal y Afectividad.....	68
8.2.3 Factor 2: Estilo de vida y Antisocialidad.....	71
8.3 Discusión Clústers Latentes.....	74
8.3.1 OPD-SQ.....	84
8.3.2 Delitos.....	89
8.3.3 Diagnósticos	89
8.4 Análisis no jerárquicos (Clúster latentes) y jerárquicos	91
9. Conclusión.....	92
9. 1 Descriptivos de la población muestral.....	92
9.2 Correlaciones OPD – SQ y PCL-R.....	93
9.3 Clúster Latentes	93
9.4 Limitaciones	95
9.5 Fortalezas.....	95
9.6 Aportes y futuras líneas de investigación	96
10. Referencias	99
11. Anexos.....	107
11.1 Clasificación con Análisis de Clúster Jerárquico	108

2. Resumen Inicial

El objetivo de la presente investigación fue establecer indicadores diagnósticos para la evaluación y caracterización de la población penal y adicta chilena y alemana, determinando la interacción entre el nivel de integración estructural de la personalidad con el tipo de conducta antisocial, la presencia de rasgos psicopáticos y los diagnósticos según el CIE 10 y el DSM IV. Mediante análisis de clústers latente, se agruparon los sujetos según sus puntajes en las Facetas y Factores de la PCL-R. Como resultados se obtuvieron tres clústers: 1) psicópatas, con puntuaciones altas en las dos dimensiones de la PCL-R; 2) delincuentes con rasgos psicopáticos, que presentaron altas puntuaciones en los rasgos característicos de la psicopatía y puntajes moderados en la desviación social y; 3) delincuentes no psicopáticos, que obtuvieron puntuaciones bajas en ambos factores. Posterior a ello, se analizó el nivel de integración estructural y las subescalas que componen al OPD-SQ, los delitos y diagnósticos de cada grupo. Los “psicópatas” presentaron un funcionamiento estructural de la personalidad significativamente peor que los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos, la mayoría cometió robos y presentó el diagnóstico de Trastorno antisocial y de angustia. Los “psicópatas”, al igual que los delincuentes con rasgos psicopáticos, presentaron puntuaciones altas en el Factor 1. Sin embargo, se diferenciaron significativamente en los puntajes del Factor 2 y en la disponibilidad de las funciones estructurales. Los delincuentes con rasgos psicopáticos no se diferenciaron de los delincuentes no psicopático en la disponibilidad de sus funciones y vulnerabilidades estructurales. Empero, tuvieron diferencias significativas en ambos Factores de la PCL-R.

Por último, también se pudo constatar correlaciones significativas entre el OPD-SQ total y sus subescalas con la PCL-R total y sus Facetas y Factores. Destaca la asociación entre Regulación con el objeto con la PCL-R Total, Factor 1 y Factor 2.

2.1 Abstract

The aim of this research was to establish diagnostic indicators for the evaluation and characterization of the Chilean and German addicted inmates' population, determining the interaction between the level of structural integration of the personality with the type of antisocial behavior, the presence of psychopathic traits and the diagnoses according to ICD 10 and DSM IV. Using latent cluster analysis, subjects were grouped according to their scores in the Facets and Factors of the PCL-R. As a result, three clusters were obtained: 1) psychopaths, that had high punctuation in the two dimensions of the PCL-R; 2) criminals with psychopathic traits, that had high punctuation in Factor 1 and moderate in Factor 2, and; 3) non-psychopathic offenders, that had low punctuation in Factor 1 and 2. Each group was then analyzed by the level of structural integration and the different subscales of the OPD-SQ, their crimes and diagnoses. Psychopath and criminals with psychopathic traits had high punctuation on Factor 1. However, they had significant differences on the punctuation of Factor 2 and on the structural level and functions of the OPD. Inmates with psychopathic traits and non-psychopathy offenders didn't differ on the structural level and functions of the OPD. However, they had significant differences on the punctuations in all Factors of the PCL-R.

Finally, there were significant correlations between the total of the OPD-SQ and its subscales with the total of PCL-R and its Facets and Factors. The association between Regulation with the object and the total of the PCL-R, Factor 1 and Factor 2 stands out.

3. Introducción

La psicología y psiquiatría forense es un área poco investigada en Chile. No existen suficientes estudios sistematizados que puedan brindar la información empírica necesaria para tomar decisiones en relación con las intervenciones penitenciarias (Ábalos et al., 2004; León-Mayer, Asún-Salazar, & Folino, 2010). La población penal se caracteriza por su complejidad. Existen múltiples variables psicosociales, criminalísticas, psicológicas y psiquiátricas que se encuentran presentes. Sin embargo, existe una tendencia a estudiar variables psicológicas descriptivas, taxonómicas y observables que no requieren de que el evaluador tenga que inferir procesos psicológicos subyacentes. De esta forma, los aspectos psicológicos subyacentes a la conducta antisocial no han tenido la atención necesaria de los investigadores. Estos aspectos estructurales de la personalidad requieren ser inferidos, son dinámicos y subyacen a la conducta, a las relaciones y a la afectividad. A su vez, están presentes tanto en el interior psíquico del individuo como en el exterior social, por lo tanto, en el Self (relacionado con la regulación afectiva a partir de cómo el sujeto se percibe y se vive) y a los objetos (relacionado con la regulación afectiva a partir de cómo el sujeto percibe y vivencia sus relaciones interpersonales) (Grupo de Trabajo OPD, 2008). El estudio de los aspectos estructurales de la personalidad nos puede brindar información para la caracterización psicológica de la población penal, ver cómo estos pudieran estar presentes en la población que reincide, como también ir creando herramientas que nos ayuden en la inferencia de estos procesos que son difíciles de evaluar y así poder crear perfiles que nos permitan crear intervenciones psicológicas específicas.

Chile es parte de la ONU. Debido a ello, debemos cumplir con ciertas políticas públicas asociadas a los derechos humanos, reinserción social y rehabilitación. En Mayo del 2012 se creó la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, la cual está formada por un grupo multidisciplinario donde participan miembros del ministerio de salud, justicia y del interior, además de diferentes profesionales expertos en el psicodiagnóstico, intervención multidisciplinaria, reinserción social y derechos humanos. La creación de esta comisión es de gran relevancia en nuestro país como también lo es el investigar para complementar los conocimientos, sobre los ámbitos ya mencionados, con datos empíricos

asociados a nuestra cultura y así, ser más eficaces en nuestras intervenciones y distribución de nuestros recursos.

Fazel & Danesh (2002), realizaron una revisión sistemática de 62 investigaciones de campo en 12 países occidentales (dentro los cuales no se encuentra Chile), las que incluyeron a 22.790 presos, para poder analizar la prevalencia de trastornos mentales. Encontraron que el 3,7% de los hombres presentaban diagnóstico de Psicosis, 10% de Depresión severa y 65% un Desorden de la personalidad (el 47% correspondía a un Desorden antisocial de la personalidad). Entre las mujeres, el 4% presentaba el diagnóstico de Psicosis, el 12% Depresión severa y 42% un Desorden de la personalidad (el 21% correspondía a un Desorden antisocial de la personalidad).

Existen pocas investigaciones en Chile sobre la caracterización de la población penal chilena. Debido a ello, se cuenta con pocos antecedentes y conocimientos empíricos. Las investigaciones a las que se pudo acceder tienden a estudiar la prevalencia de los trastornos mentales y sus comorbilidades. Es así como en una investigación realizada por la Universidad de Chile en conjunto con el Ministerio de salud encontraron que, la prevalencia de posibles trastornos mentales de una muestra de 3.295 internos era de 20,1%. Los trastornos mentales más frecuentes fueron Episodio Depresivo Mayor (EDM), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno derivado del Consumo de Sustancia (TCS). El 69% de los hombres y el 72% de las mujeres presentaban como comorbilidad los tres diagnósticos (Ministerio de Salud & Universidad de Chile, 2010). Por su parte, en una muestra de 427 internos chilenos encontraron que el 78,7% de ellos presentaban al menos un diagnóstico de trastorno mental y/o de Trastorno derivado del consumo de sustancias. A su vez, encontraron que los internos que estaban presentando en ese momento un cuadro de salud mental, el 16,6% tenía un trastorno, el 15% tenía dos trastornos y el 47,1% tenía tres o más trastornos. También concluyeron que había una alta correlación entre el Trastorno límite y antisocial de la personalidad, entre los diferentes Trastornos de ansiedad y entre los Trastornos límite y antisocial de la personalidad y el Trastorno derivado del consumo de sustancias. Los cuadros que se asociaban más al factor de psicopatología general fueron los Trastornos límite y antisocial de la personalidad y el Episodio depresivo mayor. Con respecto a las comorbilidades, el 48% de la muestra no mostró números importantes de comorbilidades. Sin embargo, el 52% restante se organizó en tres clases de comorbilidades, el 31% correspondían a Trastornos externalizantes (Trastornos de abuso de sustancia y Desórdenes del

comportamiento), el 10% tenían diagnóstico de Trastornos internalizantes (Trastornos en torno a la angustia, así como Episodio depresivos, distimia y ansiedad generalizada. A su vez, se encuentran aquí los trastornos que se asocian al miedo, como son las Fobias y las Crisis de pánico) y, el 11% tenían múltiples comorbilidades entre todo tipo de Trastornos (Ignatyev et al., 2019).

Las dos investigaciones recién descritas, utilizaron los Diagnósticos del DSM IV a partir de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). A diferencia de lo anterior, los investigadores Mundt et al. (2013), realizaron la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) a 1008 prisioneros chilenos. Encontraron que la prevalencia de trastornos mentales durante un año fue de 26.6%. A su vez, el 12,2% presentaban prevalencia de cualquier Trastorno derivado por el consumo de sustancias, 8,3% para Trastornos de ansiedad, 8,1% para los Trastornos afectivos, 5,7% para Trastornos explosivos intermitentes, 2,2% para el Trastorno de déficit atencional adulto y el 0,8% tenía el diagnóstico de Psicosis no afectivas. La prevalencia del diagnóstico de Episodio depresivo mayor y los Trastornos derivado del consumo de Sustancias era significativamente más alta en la población penal que en la población general. Los diagnósticos de Distimia, Fobia simple y Social fueron significativamente menos frecuentes en la población penal femenina que en la población general. Por su parte, las tasas de prevalencia durante un año para los diagnósticos de Abuso y Dependencia de Alcohol fueron menos prevalentes en la población penal masculina que en la población general (Mundt et al., 2013). Por su parte, León-Mayer et al. (2014), evaluaron a 209 prisioneros a través de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R) (R. Hare, 1990) y la Guía de Evaluación de Riesgo de Reincidencia Violenta: HCR-20. Encontraron que el 56,5% de la población tuvo un patrón de consumo problemático o abusivo, el 40,7% Trastorno de aprendizaje o Trastorno de hiperactividad diagnosticados en la infancia, el 67% presentaron un Trastorno antisocial de la personalidad según el DSM IV y 13,4% el diagnóstico de Psicopatía según la PCL-R. Los investigadores concluyeron que, sólo el 19,3% de los sujetos que presentaron diagnóstico de Trastorno antisocial de la personalidad, tuvieron también el diagnóstico de Psicopatía. A su vez, el 98,6% de los sujetos con el diagnóstico de Psicopatía obtuvieron el diagnóstico de Trastorno antisocial de la personalidad (León-Mayer et al., 2014). Este último hallazgo se condice con lo expuesto por Hare et al. (1991). En una muestra de 119 reclusos el 79,2% de los sujetos diagnosticados como psicópata según la PCL-R, fueron

diagnosticados con TAP. Sin embargo, sólo el 30,2% de los sujetos diagnosticados con TAP tuvieron el diagnóstico de psicopatía. (Para mayor detalle sobre las investigaciones descritas, véase en Marco Teórico).

Por su parte, es imprescindible señalar que la población penal chilena ha ido en aumento a lo largo de los años. Es así como por ejemplo del 2000 hasta el 2003 se observó un incremento de 10.000 reclusos penales y desde el 2004 hasta el 2009 hubo un incremento de 7.293 a 11.918 en asaltos criminales (Centro de estudios e investigación libertad y desarrollo, 2009). En los últimos catorce años la población penal ha aumentado en 44.266 internos. (Unidad de estadística, Gendarmería de Chile, 2020).

En Chile se utiliza el Modelo Riesgo-Necesidad-Responsabilidad para caracterizar la población penal. Éste se basa en los Enfoques Cognitivo Conductual y Enfoque Transteórico para identificar los factores de riesgo o la probabilidad de reincidencia del delito de un sujeto. Para predecir el comportamiento criminal utilizan ocho factores predictores, que se organizan bajo factores primarios (Historia individual de conducta antisocial, patrón de personalidad antisocial, cognición antisocial y redes o vínculos antisociales) y factores secundarios (Ámbito familiar, ámbito social y/o laboral, Tiempo de ocio, abuso de sustancias psicoactivas) (Andrews & Bonta, 2010). Los internos que quieren postular algún tipo de beneficio (salida dominical, permiso de fin de semana, salida al medio libre, permiso de salida laboral, salida esporádica especial, salida trimestral, permiso de estudio y capacitación, solicitudes de traslado a CET cerrados o semiabiertos) son evaluados en su valoración de riesgo a través del Inventario para la Gestión de Caso/Intervención. A su vez, los profesionales deben realizar visitas domiciliarias y/o laboral como también realizar entrevistas a redes de apoyo para analizar posibles riesgos. Finalmente, como parte del análisis también utilizan la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R) (Hare & Cols, 1999) (Arévalo, 2018). Esta herramienta diagnóstica, es conocida mundialmente para realizar el diagnóstico de Psicopatía. La escala se organiza a partir de dos grandes factores; Factor 1, está compuesto por ítems que estudian la Afectividad y las Relaciones Interpersonales.; el Factor 2, está compuesto por ítems que evalúan la Antisocialidad y el Estilo de Vida. Investigaciones han demostrado que la puntuación total de la entrevista (que da como resultado la presencia de psicopatía en el sujeto) y el Factor 2, correlacionan de manera significativa con los diferentes criterios diagnóstico del Trastorno antisocial de la personalidad según el DSM III, DSM III-R y el DSM IV. Estos resultados muestran que

el factor 1 (Relaciones Interpersonales y Afectividad) no se encuentra representado en estos criterios diagnóstico. Esto se debe a que, como veremos más adelante con mayor profundidad, este factor busca evaluar aspectos más orientados a los rasgos de personalidad que deben ser inferidos (Hare, 2013).

Es de gran relevancia mencionar que el Inventario para la Gestión de Caso/Intervención IGI también es utilizado para evaluar las áreas en el que el sujeto necesita ser intervenido y con ello, derivarlo a los talleres de rehabilitación (Arévalo, 2018).

A pesar de la existencia de éstas herramienta, Chile sigue teniendo altos índices de reincidencia. Es así como la reincidencia general de la población egresada del Subsistema Penitenciario Cerrado el año 2016 hasta dos años posteriores al egreso fue de 42,9% (7.142 internos) (Arévalo, 2020).

A partir de lo expuesto anteriormente, podemos observar que gran parte de las investigaciones en población penal guardan relación con la presencia o ausencia de diagnósticos descriptivos y no así con los aspectos psicológicos subyacentes. La indagación clínica exhaustiva es fundamental para comprender los aspectos que subyacen la conducta criminal. Todos los reclusos presentan aspectos y dificultades psicológicas que podrían ser consideradas como “similares”. Sin embargo, éstas son expresadas de manera distinta. Esto crea distinciones relevantes para el diagnóstico diferencial e indicación de tratamiento. El estudiar los criterios para crear distintos programas de prevención, psicoterapéuticos y de reinserción social es un camino arduo y difícil. Requiere de tiempo, dedicación, conocimientos teóricos y empíricos para que éstos sean confiables, nos permitan distribuir los recursos de forma más eficiente y planificar nuevos abordajes para la clasificación de los reclusos, la indicación a psicoterapia, el otorgamiento de beneficios y la reinserción social.

En la presente investigación se busca poder diferenciar subtipos de pacientes forenses y adictos de manera de poder realizar distinciones a la hora de clasificarlos en el recinto penal, otorgar beneficios, indicar tratamiento y decidir qué tipo intervención psicológica es más eficiente para cada uno de ellos. Para crear estos perfiles, se analizarán a través de análisis de clústers, una serie de variables psicológicas que se han estudiado en el ámbito de la psicoterapia para analizar el pronóstico de pacientes con trastornos de personalidad. Dentro de estas variables se encuentran los indicadores de psicopatía (según

la PCL-R), Diagnósticos según el DSM IV y CIE 10, el nivel de integración estructural, fortalezas y vulnerabilidades estructurales de la personalidad. A partir de estos análisis, se espera poder crear criterios que nos permitan maximizar nuestros recursos. Poder investigar en esta área es especialmente importante considerando que la población penal crece cada año y que existe poco conocimiento científico sobre los criterios y estrategias que se deben utilizar en este tipo de población. Con este tipo de investigaciones se espera poder otorgar una ayuda a nivel de políticas públicas que permita no sólo a los reclusos tener mejores oportunidades, sino que también a la población general. Uno podría hipotetizar que en la medida que se pueda ir obteniendo mayores evidencias científicas sobre cómo se comportan y qué intervención es efectiva, exista una menor reincidencia en el delito.

A continuación, se presentará una integración de los antecedentes teóricos y empíricos más relevantes y que sustentan los objetivos del presente estudio. Posteriormente a la presentación de los objetivos, se expondrá la metodología que se utilizó, los criterios de inclusión y exclusión muestrales como también, los procedimientos, los resultados, discusiones y conclusiones.

4. Antecedentes teóricos y empíricos

4.1 *El diagnóstico de la Conducta Antisocial*

Las conductas antisociales (CA) son fenómenos observables que, desde la clínica, son interpretados como síntomas de ciertos trastornos psicológicos. Pueden estar asociadas a diversas condiciones contextuales y psicológicas tales como estrés y vulnerabilidad social y trastornos mentales como la esquizofrenia, reacciones adaptativas, trastornos afectivos y diversos trastornos de personalidad. Desde las primeras consideraciones en torno a las conductas llamadas “antisociales” –partiendo por la llamada *insanía moral* (Augstein, 1996) hasta llegar a los actuales *trastornos de la personalidad*–, la controversia respecto a su origen, clasificación y posibilidad de tratamiento no ha dejado de estar abierta a múltiples interpretaciones. En la actualidad existe consenso respecto a la importancia de distinguir al menos tres niveles: 1. La conducta antisocial, 2. El Trastorno de personalidad antisocial y, 3. La psicopatía (Reid, 2001).

Conceptualmente, se entenderán las CA como aquellos comportamientos que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura; pueden ser cualquier tipo de conducta que refleje una violación de una norma o regla social o constituya un acto en contra de otros, independientemente de su severidad (Silva, 2007). Para poder evaluarlas y así realizar un diagnóstico Kernberg (1994) agrega que, éstas deben definirse en función de sus significados psicológicos, y no sólo en términos conductuales o legales. Con ello se espera evitar confusiones diagnósticas y de indicación de tratamiento. Es frecuente observar que los sujetos que presentan este tipo de conductas son diagnosticados a priori con un trastorno antisocial de la personalidad; diagnóstico que puede estar sesgando la comprensión e integración de otros aspectos psicológicos subyacentes (tales como deseos, motivaciones e intenciones) con lo que se dificulta entonces su tratamiento, pronóstico y recuperación.

En conjunto con lo anterior, la comprensión de la CA se complejiza aún más debido a que existen múltiples nomenclaturas para diagnosticar los trastornos antisociales y/o psicopatía. Existen autores que crean distinciones entre estos dos constructos (Reid, 2001). Otros, por ejemplo Hare (2004), relacionan la psicopatía con el trastorno antisocial propiamente tal de Kernberg. Kernberg (1994), no sólo utiliza la conducta antisocial para llevar a cabo el diagnóstico de Personalidad antisocial, sino que también, explora una

serie de rasgos que acompañan a este tipo de trastorno. Contrariamente, el DSM IV (Asociación Americana de Psicología (APA), 2002) utiliza las conductas antisociales como criterio para poder diagnosticar dicho trastorno. Existen autores que hablan de que este tipo de conductas podrían estar enmarcadas en un continuo de diferentes patologías de la personalidad (Kernberg, 1994), así como otros que aluden que éstas se encuentran presentes en diagnósticos categoriales (DSM IV, CIE 10). Es así como existirían diferencias en el diagnóstico según los criterios que utilizemos; diferencias que se agudizan aún más por el alto índice de comorbilidad con otras patologías.

En el presente estudio, la CA antisocial será considerada como un síntoma que refleja aspectos de la personalidad, y, por consiguiente, se puede encontrar en múltiples trastornos diferentes de la personalidad. A su vez, se tomarán en consideración lo propuesto por Hare (2004) y Kernberg (1994) respecto a que existiría un continuo de trastornos de personalidades donde estas conductas pueden encontrarse (Véase más adelante los postulados de ambos autores). Es preciso dejar en claro que lo que Hare (2004) llama Psicopatía y Kernberg (1994) Trastorno antisocial propiamente tal, son lo mismo, pero ambos conceptos no son sinónimos del Trastorno antisocial de la personalidad según las clasificaciones del DSM IV. Ésta última conceptualización podría ser considerada como un trastorno menos grave dentro del continuo donde el Trastorno antisocial propiamente tal (Kernberg, 1994) y la Psicopatía (R. Hare, 1990) estarían en el extremo más grave.

En Londres se realizó una investigación para responder si es que la psicopatía era un síndrome clínico diferente al trastorno antisocial o si la psicopatía era una forma más severa de este mismo trastorno. De una muestra de 496 prisioneros de Inglaterra y Gales, donde 470 eran mayores de 18 años, 211 (44,9%) recibieron el diagnóstico de Trastorno Antisocial a través de la Entrevista Clínica Estructurada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición eje II, desórdenes de personalidad. De estos 211 sujetos, sólo 67 (31,8%) fueron clasificados como psicópatas según la clasificación propuesta por Hare (1996) (diagnóstico obtenido a través de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada PCL-R; prisioneros con puntajes sobre veinticinco puntos de cuarenta totales). Prisioneros diagnosticados con ambos trastornos tenían una mayor comorbilidad con los Trastornos de personalidad esquizoides y narcisistas. A su vez, tenían un desorden conductual de mayor severidad y tenían mayores penas por violencia. Se concluyó que ambos diagnósticos son entidades separadas. Sin embargo,

cuando ambos se dan juntos en una misma persona, es un trastorno más severo que cuando sólo se da el Trastorno Antisocial, el cual tiene menores riesgos de violencia (Coid & Ullrich, 2010).

En una investigación realizada por Hare (1983), se aplicaron los criterios del DSM III a una muestra de delincuentes que se encontraban recluidos en un recinto penal. Los investigadores encontraron que entre el 50% y el 80% de la población presentaba un Trastorno antisocial de la personalidad según este manual diagnóstico (R. Hare, 1983; S. Hart & Hare, 1998). En otra investigación, y tomando a la misma muestra, se utilizó como criterio diagnóstico la Escala de Calificación de Psicopatía de Hare y se obtuvo como resultado que sólo el 25% de la población penal clasificaba como psicópatas. (Véase más adelante el concepto de psicopatía de Hare). Es debido a ello que Hare et al. (1991), explican que la asociación entre el diagnóstico de Psicopatía, a partir de la PCL- R, y el Trastorno Antisocial de la personalidad (TAP), según las clasificaciones del DSM, es asimétrica en población penal y forense. De esta forma, el diagnóstico de Psicopatía es más predictivo del TAP, de lo que el TAP es del diagnóstico de Psicopatía. Estos investigadores, encontraron que el 79,2% de una muestra de 119 fueron diagnosticados con un TAP, mientras que sólo el 30,2% de los internos diagnosticados con TAP, presentaron también el diagnóstico de Psicopatía. De igual forma, exponen que la tasa base del diagnóstico de Psicopatía según la PCL-R en población penitenciaria y forense (15% - 25%), es más baja que la tasa base que presenta TAP (50%-80%). Refieren que estos resultados pueden explicarse a partir la estructura factorial del PCL-R. La escala se organiza a partir de dos grandes factores; Factor 1, está compuesto por ítems que estudian la Afectividad y las Relaciones Interpersonales.; el Factor 2, está compuesto por ítems que evalúan la Antisocialidad y el Estilo de Vida. Investigaciones han demostrado que la puntuación total de la entrevista (que da como resultado la presencia de psicopatía en el sujeto) y el Factor 2, correlacionan de manera significativa con los diferentes criterios diagnóstico del TAP según el DSM III, DSM III-R y el DSM IV. De esta forma el PCL-R pronostica bien el TAP debido a que la mayoría de los psicópatas criminales presentan conductas antisociales (Altas puntuaciones en el Factor 2); conductas que también definen al TAP. Por su parte, el Factor 1 no correlaciona significativamente con los criterios diagnósticos del TAP, debido a que este factor apunta a rasgos de personalidad. Por lo tanto, el TAP no pronostica bien la Psicopatía porque la mayoría de los presos y

pacientes con TAP no presentan evidencia sobre estos aspectos psicológicos (R. Hare, 2013).

En conclusión, se podría hipotetizar que la mayoría de los reclusos presentaban un Trastorno Antisocial de la personalidad según el DSM III, sin embargo, no todos ellos tenían el mismo diagnóstico cuando se utilizaron los criterios de la escala propuesta por Hare (R. Hare, 2013).

Mencionado lo anterior, es de gran relevancia comentar que a través de una serie de investigaciones se ha podido constatar que, para efectos de investigar la psicopatía y describir su real dimensionalidad, los criterios descriptivos resultan insuficientes al momento de otorgar una comprensión más completa y rigurosa. Es así como desde las distintas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el Trastorno Antisocial es definido exclusivamente a partir de criterios conductuales. De esta forma, excluyen otras áreas que son fundamentales como la afectividad, las relaciones interpersonales y el estilo de vida.

4.2 Psicología de la Psicopatía

Debido a la complejidad del diagnóstico de la psicopatía y de la multiplicidad de criterios para diagnosticar este trastorno Hare (1990) creó un instrumento psicométrico llamado “Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL–R), con el propósito de unificar criterios. Esta escala es una operacionalización de los rasgos conductuales y caracterológicos propuestos por Cleckley (1941), que con la información complementaria penal, personal y biográfica, permiten evaluar de una manera confiable la psicopatía. Ésta ha sido validada mundialmente (Cuquerella et al., 2003; Folino & Hare, 2005; León-Mayer, Asún-Salazar, & Óscar Folino, 2010).

En el siguiente cuadro, se muestran las áreas que Hare considera que son necesarias para diagnosticar la psicopatía; rasgos y características que mide a través de su instrumento PCL-R (Babiak et al., 2012).

Factor 1	
Faceta 1: Interpersonal	Faceta 2: Afectividad
Locuacidad/Encanto superficial	Falta de culpa y remordimiento
Grandiosidad/Egocentrismo	Poca profundidad en los afectos
Mentira patológica	Crueldad/Falta de empatía
Controlador/Manipulador	Incapacidad de aceptar la responsabilidad de las propias acciones

Factor 2	
Faceta 3: Estilo de vida	Faceta 4: Antisocialidad
Tendencia al aburrimiento/ Necesidad de excitación	Control conductual inadecuado
Impulsividad	Problemas conductuales precoces
Irresponsabilidad	Delincuencia juvenil
Estilo de vida parasitario	Revocación de beneficios
Falta de metas realistas a largo plazo	Versatilidad criminal

Cómo se aprecia en el cuadro anterior, la Escala se organiza en cuatro Facetas. La Faceta 1 busca evaluar el Estilo interpersonal mediante cuatro rasgos: 1) Locuacidad y encanto superficial, 2) Grandiosidad y egocentrismo, 3) Mentira patológica y 4) Control y manipulación. La Faceta 2 tiene como objetivo indagar sobre la Afectividad del sujeto a través de cuatro rasgos: 1) Falta de culpa y remordimiento, 2) Poca profundidad de los afectos, 3) Crueldad y falta de empatía, 4) Incapacidad de aceptar la responsabilidad de sus acciones. La faceta 3 analiza el estilo de vida del sujeto mediante cinco rasgos: 1) Tendencia al aburrimiento y necesidad de excitación, 2) Impulsividad, 3) Irresponsabilidad, 4) Parasitarismo y 5) Falta de metas realistas a largo plazo. Por último, la Faceta 4 diagnostica la Antisocialidad del sujeto evaluando cinco ítems: 1) Control conductual inadecuado, 2) Problemas conductuales precoces, 3) Delincuencia juvenil, 4) Revocación de beneficios y, 5) Versatilidad Criminal. Todas estas facetas se organizan a su vez en dos factores; Factor 1, Estilo interpersonal y afectividad; Factor 2, Estilo de vida y Antisocialidad. El instrumento agrega dos ítems que no están considerados dentro de estos Factores y Facetas. Estos dos ítems tienen que ver con la 1) Conducta Sexual Promiscua y 2) Múltiples Relaciones Maritales “Breves” (R. Hare, 2013).

Ante la falta de objetividad y de criterios comunes en la evaluación de rasgos psicopáticos de los reclusos chilenos, se desarrolló y se adaptó una versión chilena de la PCL-R (R. Hare, 1990). Ésta fue administrada a un grupo de internos del Centro de Detención Preventiva de San Miguel. Los resultados obtenidos, permitieron concluir que el PCL-R mostraba validez y confiabilidad en la población penal evaluada. De esta manera, se pudo evidenciar que esta escala apoyaba empíricamente investigaciones desarrolladas en otros contextos (Ábalos et al., 2004).

La PCL-R es una escala que nos permite diferenciar a la población entre psicópata y no psicópata. Es así, como algunas investigaciones han sugerido la existencia de un continuo que va desde los que son altamente psicopáticos a personas que tienen sólo algunos rasgos de este tipo de personalidad. A su vez, la diferenciación dentro del taxón “psicópata” se realiza mediante el análisis de sus cuatro facetas (Faceta 1: Interpersonal; Faceta 2: Afectiva; Faceta 3: Estilo de vida; Faceta 4: Antisocialidad) y sus dos Factores (; Factor 1: Interpersonal/Afectivo; Factor 2: Estilo de vida/antisocialidad). De esta forma, los psicopatas pueden diferir entre ellos según su severidad. Una aproximación clínica de la psicopatía se basa en que el sujeto evaluado tenga en cada una de las facetas que evalúa la PCL-R un nivel mínimo de presencia. Es así como se establece que los

sujetos que puntúan entre 5 y 6 no son psicópatas y tienen algún tipo de trastorno de personalidad, un puntaje alrededor de 25 puntos es asociado a psicópatas de cuello blanco y psicópatas con desviaciones sexuales tenderían a puntajes más altos. (Babiak et al., 2012). Otra manera que Hare (2013) postula para analizar los resultados de la PCL-R es mediante tres categorías: 1) Psicopatía con un punto de corte de 30 hacia arriba, 2) nivel medio con puntajes que van desde el 20 hasta el 30 y 3) una categoría no Psicópata que tienen puntajes menores a 20. Por último, en su manual establece que existen tres baremos construidos a partir de población norteamericana masculina, femenina y pacientes psiquiátricos forenses, para poder situar a cada sujeto en la distribución poblacional que corresponda.

En la siguiente tabla se exponen investigaciones relacionadas con la validación y estandarización de la PCL-R realizadas en Argentina, Chile y los análisis realizados en Norteamérica para la construcción de los Baremos. Es preciso señalar que no existen diferencias significativas en los promedios encontrados en las diferentes muestras. Es así como Folino & Hare (2005) y León-Mayer et al. (2014) encontraron que la muestra Argentina y Chilena presentaban valores percentiles levemente mayores que la población Norteamericana producto a que éstas presentaban una media menor (Media puntajes totales: 20,25 Argentina; 20,92 Chile y; 22,1 en Norteamérica).

	León-Mayer E, Asún-Salazar D, Folino JO. (2010)	Folino, J.O. y Hare, RD. (2005)	León Mayer, E., Cortés, M. S. y Folino, J. O. (2014).	Hare, R. (2013)	Hare, R. (2013)
Caracterización	Delincuentes Masculinos Chilenos	Delincuentes Masculinos Argentinos	Delincuentes Masculinos Chilenos	Delincuentes Masculinos Norte - americanos	Pacientes psiquiátricos forenses varones Norte-americanos
Muestra	293	154	209	5408	1246
Total					
Media	23,14	20,25	20,92	22,1	21,5
DT	8,39	7,73	6,83	7,9	6,9
Factor 1: Afectividad/Relaciones Interpersonales					
Media		9,33		8,5	8
DT		3,59		3,8	3,5
Factor 2: Antisocialidad /Estilo de Vida					
Media		9,6		11,6	11,9
DT		4,68		4,7	4
Faceta 1: Interpersonal					
Media	4,68		3,63	3,6	3,1
DT	2,56		2,15	2,2	2,1
Faceta 2: Afectiva					
Media	6,61		4,74	4,8	4,9
DT	2,15		1,79	2,1	2,1
Faceta 3: Estilo de Vida					
Media	6,11		6,34	5,8	6,1
DT	1,99		1,99	2,6	2,2
Faceta 4: Antisocialidad					
Media	4,99		4,91	5,7	5,9
DT	2,68		2,7	2,8	2,6

Kernberg (1987), también postula que la conducta antisocial puede encontrarse dentro de un continuo de patología de la personalidad (Véase el siguiente cuadro). Por lo tanto, la conducta antisocial puede estar presente en múltiples trastornos de la personalidad y éstos a su vez, pueden estar insertos en cualquier nivel de integración estructural.

Continuo de la Conducta Antisocial y Psicopática	
	Conducta antisocial como parte de una neurosis sintomática
	Personalidad neurítica con rasgos antisociales
	Conducta antisocial con otros trastornos de la personalidad
	Trastorno narcisista de la personalidad con conducta antisocial
	Síndrome de narcisismo maligno
	Trastorno antisocial de la personalidad

(Kernberg, 1994)

En Londres se investigó la prevalencia, distribución y correlación de rasgos de psicopatía en una población nacional representativa de prisioneros en Inglaterra y Gales. Encontraron que, de 496 sujetos, sólo el 7,7% presentaban el diagnóstico de psicopatía según la PCL-R (Corte a partir de 30 puntos) en hombres. A su vez, los rasgos psicopáticos correlacionaron con sujetos jóvenes, reincidentes, que han estado detenido en cárceles de alta seguridad, que han tenido infracciones disciplinarias, trastornos de personalidad antisocial, narcisista, histriónico y esquizoide y abuso de sustancia. No se encontró correlación con trastornos neuróticos de la personalidad o la esquizofrenia (Coid et al., 2009).

Este porcentaje concuerda con lo referido por Elizabeth León (2010), quien refiere que sólo entre el 15% y el 20% de la población penal chilena cumple con los criterios diagnósticos de psicopatía propuestos por Hare. Por lo tanto, no todos los criminales son psicópatas, y no todos los psicópatas son criminales. La mayoría de ellos no cometes grandes crímenes, una y otra vez (León-Mayer, Asún-Salazar, & Folino, 2010).

Lo expuesto anteriormente da cuenta de la relevancia de contar con herramientas que nos permitan realizar diagnósticos diferenciales. En otras palabras, contar con criterios que nos permitan diferenciar entre patologías de la personalidad, nos entregará una información necesaria y valiosa para poder crear intervenciones, criterios de otorgamiento de beneficios e incluso, contribuir con las labores de clasificación de la población penal en los diferentes departamentos penitenciarios.

Kernberg (1994), toma en consideración varios de los rasgos estipulados por Hare (1996) en su definición de Trastorno Antisocial de la personalidad propiamente tal. Estos autores, refieren que estos pacientes presentan un Trastorno narcisista de la personalidad. Describe como síntomas típicos de la personalidad narcisista; un auto amor patológico que se observa en una autorreferencia y egocentrismo excesivos; se muestran grandiosos, con una actitud excesiva de superioridad, temeridad y ambición; dependen de otros en cuanto a que necesitan una admiración excesiva, son superficiales emocionalmente y tienen estallidos de inseguridad excesiva que alternan con la grandiosidad (Kernberg, 1994).

En el ámbito de las relaciones objetales patológicas, sienten una envidia inmoderada que se caracteriza por ser consciente e inconsciente al mismo tiempo (Kernberg, 1994). Esta envidia inconsciente se manifestaría en una tendencia a la explotación puesta de manifiesto como codicia, en una tendencia a reaccionar a las intervenciones terapéuticas de forma negativa, a devaluar a otros y a explotar a los demás (Gomberoff, 1999).

Dado a todo lo anterior, y a la dificultad que presentan para depender de otros en una relación recíproca donde prime el compromiso y la empatía, tienen relaciones interpersonales explotadoras, transitorias, superficiales e indiferentes, no siendo capaces de enamorarse o de sentir ternura en sus relaciones sexuales. *“El estado básico del yo de estos pacientes se caracteriza por una sensación crónica de vacío, prueba de la incapacidad para aprender, una sensación de aislamiento, hambre de estímulos y una sensación difusa de la falta de sentido de la vida”* (Kernberg, 1994, p. 127). Además, presentan un deterioro de la experiencia afectiva, lo que se evidencia en que no son capaces de tolerar la angustia sin desarrollar síntomas adicionales o conductas patológicas. A su vez, el paciente antisocial tiene una incapacidad para planificar el futuro, no tiene un sentido del tiempo debido a que buscan sólo satisfacer sus necesidades, buscan un remedio para sus malestares presentes, siendo incapaces de integrar a sus

modos de comportamientos las experiencias pasadas y, por tanto, no pueden aprender de ellas (Kernberg, 1994).

Las conductas antisociales que presentan pueden ser de tipo agresivo – pasivo (mentira, el robo, la falsificación, la estafa y la prostitución) y de tipo agresivo (el asalto, el asesinato y el robo a mano armada) (Kernberg, 1994).

Por otra parte, pero no menos importante, presentan una patología del superyó. Esta patología en el superyó puede evidenciarse en que no tienen una voz interna que les ayude regular su comportamiento considerando las consecuencias que tiene en ellos mismos y en otros éstos. Además, presentan alteraciones anímicas severas debido a que, al no encontrarse su superyó integrado, no tienen una regulación depresiva, es decir, en vez de sentir culpa, sienten vergüenza. Son personas que hacen lo debido para evitar ser rechazados o humillados, y no por una moralidad interna (Gomberoff, 1999).

Ahora, es preciso mencionar que los sujetos con este trastorno saben diferenciar entre el “bien” y el “mal”. Desde un punto de vista legal no son personas “locas” o “dementes” (Hare, 2004). En otras palabras, presentarían un juicio de realidad conservado que les permitiría tener claridad sobre lo que deben hacer y lo que no, lo que deben sentir y lo que no. Esta capacidad de realizar estas distinciones pareciese estar enmarcadas más bien desde lo racional que desde una comprensión afectiva de lo que les sucede a ellos o a otros.

En una investigación realizada en Irán, dónde se estudió la prevalencia de los desórdenes psiquiátricos en 351 reclusos, se encontró que el 88% de los sujetos cumplían los criterios diagnósticos, de por vida, de al menos un desorden del eje I del DSM IV, 57% fueron diagnosticados con un desorden recurrente, 73% con Dependencia a Opioides y 29% con Depresión Mayor (como diagnóstico recurrente). Se concluyó que existe una prevalencia significativa de desórdenes psiquiátricos entre las distintas categorías de reclusos (Assadi et al., 2006).

En las Universidades de Minnesota e Illinois investigaron la influencia de la personalidad, el abuso en la infancia y comportamiento suicida en la psicopatía. La muestra consistió en 226 mujeres residentes del “*Federal Correctional Institution*” en Tallahassee, Florida. Para evaluar la psicopatía utilizaron PCL- R (R. Hare, 1990). Los intentos de suicidio y los abusos en la infancia fueron examinados a través de las fichas y entrevistas. Finalmente, la personalidad fue estudiada mediante el Cuestionario

Multidimensional de la Personalidad. Se encontró que los intentos de suicidio correlacionaban positivamente con la desviación antisocial de la PCL-R, pero correlacionaba negativamente con los componentes afectivos e interpersonales del mismo. Mediante un Path analysis se pudo comprobar que la personalidad media los efectos del abuso físico en la desviación antisocial (Verona et al., 2005).

El que el 29% de la población penal tenga como diagnóstico recurrente un Trastorno depresivo mayor y el que los intentos de suicidio (considerado como sintomatología de este tipo de trastornos) se correlacionen positivamente con el Factor de Antisocialidad, da cuenta de que este tipo de sujetos presentan trastornos anímicos que se pudieran confundir con la capacidad de poder experimentar afectos depresivos. En otras palabras, el que cuenten con un diagnóstico psiquiátrico de estas características, no implica que tengan la posibilidad de experimentar afectos depresivos; afectos que se asocian a sentimientos de culpa, remordimiento, aceptación de la propia responsabilidad, reparación del daño, la posibilidad de poder observar a los demás, entre otros. Los rasgos recién expuestos, constituyen los componentes interpersonales y afectivos que son característicos de la psicopatía según Hare (2013) y que, como vimos, son componentes que se correlacionan negativamente con los intentos de suicidio.

4.3 Nuevas Nosologías Diagnósticas; Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado

Es preciso mencionar que las dificultades diagnósticas descritas, no solo se han dado en la temática que nos compete. Sino que más bien, ha sido un amplio problema dentro del marco de la psiquiatría y la psicología. Debido a ello, surgen constantemente nuevas nomenclaturas y formas diagnósticas que intentan integrar los nuevos datos empíricos aportados por nuestra ciencia con teorías donde se enmarca el análisis de la sintomatología o fenómeno en estudio. Uno de los nuevos sistemas diagnóstico es el Diagnóstico Operacionalizado Psicodinámico (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

La segunda versión del OPD 2 surgió producto del trabajo en conjunto de psiquiatras, psicoanalistas y psicoterapeutas alemanes. La primera versión fue publicada en 1996 y la segunda el 2006; versión que fue encabezada por Manfred Cierpka. La traducción al español fue llevada a cabo el 2008 por Guillermo de la Parra. El OPD es un manual diagnóstico y de indicación psicoterapéutica que se encuentra constituido por 5 ejes; I. Vivencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, II. Relación (aludiendo a los patrones relacionales disfuncionales que el sujeto establece con otros y cómo los demás aceptan la oferta relacional del sujeto que se está evaluando), III. Conflicto, IV. Estructura y V. Trastornos psíquicos y psicósomáticos. Cada uno de estos ejes tiene una importancia única y necesaria para poder realizar diagnósticos comprensivos que permitan realizar una buena indicación psicoterapéutica y construir focos de tratamientos (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

En el presente estudio, se trabajó con el eje IV. Estructura, de manera de poder acceder a aspectos subyacentes que los sistemas diagnósticos revisados hasta ahora, no los evalúan directamente y en profundidad. El concepto de estructura guarda relación con los aspectos que se encuentran subyacentes a lo observable. En palabras de (Bernardi, 2010) “... *la estructura psíquica es considerada como el conjunto de suposiciones que sostiene la organización de las experiencias subjetivas e interpersonales y que permiten las regulaciones y adaptaciones necesarias para hacer frente a las diversas situaciones de la vida. Estas disposiciones no pueden ser directamente observadas, sino que son inferidas como el sustrato subyace a distintos procesos que sí pueden ser observados...*” (p. 267).

A continuación, mediante un cuadro se ilustra las distintas áreas para evaluar el

nivel de integración estructural y las fortalezas y debilidades estructurales (Grupo de Trabajo OPD, 2008):

Capacidades cognitivas	
Percepción de sí mismo	Percepción del objeto
Autorreflexión	Diferenciación self-objeto
Diferenciación afectiva	Percepción de objeto total
Identidad	Percepción realista del objeto
Capacidad de manejo	
Autorregulación	Regulación de la relación con el objeto
Manejo de impulsos	Protección de las relaciones
Tolerancia afectiva	Regulación de los intereses
Regulación de la autoestima	Anticipación
Capacidad de comunicación	
Comunicación hacia adentro	Comunicación hacia afuera
Vivencia de los afectos	Establecer contacto
Uso de las fantasías	Comunicación de los afectos
Self corporal	Empatía
Capacidad de vínculo	
Objetos internos	Objetos externos
Internalización	Capacidad de vincularse
Uso de introyectos	Aceptar ayuda
Variedad de los vínculos	Desprenderse de vínculos, separarse

Como ya se mencionó, el OPD 2 es un sistema diagnóstico que nos puede dar una mirada diferente y complementaria a los aspectos que nos entrega los sistemas diagnósticos de Hare, el DSM IV y CIE 10; los cuales identifican aspectos que son cruciales y que pueden ser observados. En esta investigación, se utilizó el OPD y específicamente el eje IV, Estructura, con el objetivo de analizar los aspectos que se encuentran subyacentes a lo observable. Dicho en otras palabras, mediante el eje estructural se pudo acceder no solo a lo tangible, sino que a dinámicas psicológicas sobre las cuales se desarrollan otros aspectos psíquicos, que son necesarios a la hora de evaluar a un delincuente para otorgarle beneficio o derivarlo a intervenciones terapéuticas. En este sentido, es de gran importancia mencionar que se pudo acceder a pocas

investigaciones que integran el ámbito clínico/terapéutico con el ámbito penal/forense. De esta forma, se hace crucial poder contar con investigaciones en este ámbito que contribuyan en nuevas gestiones para la salud mental pública penal. La gran mayoría de las publicaciones encontradas, marcan una tendencia a estudiar esta temática, enfatizando los rasgos descriptivos de los pacientes con trastorno antisocial o psicopático de la personalidad.

En este sentido, López Soler & López López, (2003), postulan la existencia de relaciones significativas entre determinados rasgos de personalidad (psicoticismo, impulsividad, falta de autocontrol, despreocupación, atrevimiento) y la conducta antisocial delictiva.

Por su parte, Landazabal (2005), analiza las relaciones existentes entre conducta antisocial y factores socio-emocionales de la personalidad en adolescentes, identificando algunas variables predictoras, tales como las conductas agresivas aumentadas con los pares, escasas conductas prosociales, alta impulsividad, conductas de consideración disminuidas, un autoconcepto altamente negativo y pocas cogniciones neutras no prejuiciosas.

4.4 Situación chilena

4.4.1 Evolución de la población penal chilena

En 1983, se estableció la Ley N° 18.216, la cual “*establece penas que indica como sustitutivas a las penas privativas o restrictivas de libertad*” (Biblioteca de congreso nacional, 1983). Debido a ella, la población penal chilena está compuesta por personas que se encuentran privadas de libertad (PPL) y las que han recibido medidas alternativas (MA) y penas sustitutivas (PS). Como resultado de nuevas reformas penales, desde 1987 hasta el 2017 se ha observado cambios en ambas poblaciones como también, en cómo éstas se distribuyen. Es así como en 1987 la PPL era de 22.813 internos y los presos con PS - MA eran de 20.382 internos; en el 2000, con el inicio de una nueva reforma procesal penal, la PPL subió a 33.050 y los internos con PS y MA a 28.739; en el 2005, con la implementación de ésta reforma en la región Metropolitana, la PPL aumentó a 37.033 y los internos con PS y MA a 43.829, siendo la población penal total de 80.862; en el 2010, luego del incendio de la Cárcel de San Miguel, la PPL contaba con 54.628 internos y La PS – MA con 48.626. En el 2012, con la Ley N° 20.603, la cual modifica la Ley N° 18.216, hubo un drástico cambio en ambas poblaciones. Es así como en el 2014 y 2017 se observó una disminución de la PPL a 45.501 y luego a 43.505, respectivamente. Por su parte, los sujetos condenados con PS-MA aumentaron a 57.818 en el 2014 y en el 2017 a 63.688. Cabe señalar que, a pesar del cambio en la distribución producto de nuevas reformas, la población penal ha seguido aumentando a lo largo de los años. En el 2017 la población penal chilena estaba constituida por 107.193 internos (Unidad de estadística, Gendarmería de Chile, 2020).

4.4.2 Prevalencia de Trastornos Mentales

Se cuenta con pocos antecedentes y conocimientos empíricos sobre la población penal chilena. Específicamente, hasta la fecha existen pocas investigaciones sobre la prevalencia de los desórdenes mentales en la población penal, lo que es de gran importancia para la creación de nuevas políticas públicas en el ámbito de la salud mental en esta población. Una de las pocas investigaciones que se han realizado, fue llevada a cabo en el año 2010 por el Ministerio de Salud en conjunto con la Universidad de Chile. El estudio fue llamado: “*Evaluación de necesidades de atención por problemas de salud mental en la población de condenados, en cárceles de las regiones V y Metropolitana*”. Uno de sus objetivos era realizar una proyección sobre los trastornos mentales en la

población penal a partir de la evaluación de reclusos en las cárceles de las regiones ya dichas y de los datos empíricos aportados por otras investigaciones en países occidentales. La investigación tuvo dos etapas; la primera, fue un tamizaje en una muestra constituida por 3.295 casos, donde 2.352 fueron hombres y 943 fueron mujeres. Se obtuvo una prevalencia de 20,1% de posibles casos de Trastornos mentales. La segunda etapa consistió en la aplicación de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) a todos los posibles casos de Trastorno mentales. La muestra estuvo constituida por 493 reclusos, 304 fueron hombres (61, 7%) y 189 mujeres (38,3%). Los trastornos mentales más frecuentes fueron Episodio depresivo mayor (EDM), Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y Trastorno derivado del consumo de sustancias (TCS). Se encontró que la mayoría de los casos presentaban una comorbilidad de 2 y 3 cuadros clínicos simultáneos; 69% de los hombres (27,8% presentaban los tres cuadros) y el 72% de las mujeres (el 25,3% presentaban los tres cuadros). A su vez se evidenció que: un 72,3% de los hombres y un 74,6% de las mujeres requieren tratamiento para un EDM; un 71,5% de los hombres y un 72,0% de las mujeres requieren tratamiento para un TAG; y un 53,2% de los hombres y un 50,7% de las mujeres requieren tratamiento para un TCS. Por otra parte, entre los casos clínicos se pudo observar que un 10,6% de los hombres presentaba un riesgo suicida moderado y un 32,9% un riesgo suicida elevado. Según el género, se pudo apreciar que el riesgo suicida leve y moderado en los hombres era de 40,8% y en las mujeres 48,0% (Ministerio de salud, 2010).

Otro aspecto relevante para considerar de este estudio es que, entre los 395 casos con diagnóstico de un Trastorno mental, sólo el 55,2% de ellos había recibido atención de salud en el último año y sólo el 13,4% de ellos, había sido atendido por un problema de salud mental. En otras palabras, un 86,5% de los reclusos que presentaban un Trastorno mental no se les diagnosticó y no fueron tratados por éstos (Ministerio de salud, 2010).

Por su parte, Ignatyev et al. (2019), realizaron una investigación llamada "*La Estructura Subyacente de la Comorbilidad de los Trastornos de Salud Mental y el Uso de Sustancias en la Población Carcelaria*" (título original: *Underlying Structure of Comorbid Mental Health and Substance Use Disorders in Prisión Population*). Dicho estudio tenía como objetivo evaluar la estructura subyacente de la comorbilidad entre los Trastornos de la salud mental y el Trastorno de abuso de sustancia. La muestra consistió en 427 (229 hombres y 198 mujeres) prisioneros/as chilenos/as. Evaluaron los diversos Trastornos mentales y el Trastorno de abuso de sustancia según en DSM IV a partir de la

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Los resultados mostraron que 336 (78,7%) presentaban al menos un diagnóstico de Trastorno mental o un Trastorno de abuso y/o dependencia de sustancia (organizaron dos categorías para el abuso y dependencia de sustancia: 1) compuesta por Abuso y dependencia de alcohol y; 2) compuesta por abuso y dependencia de drogas ilícitas). La media de Trastornos mentales fue de $2,60 \pm 2,18$. Dentro de la población que estaba presentando actualmente un trastorno mental, 71 (16,6%) tenía solo un trastorno, 64 (15%) tenían dos diagnósticos, y 201 (47,1%) tenían tres o más trastornos. A su vez encontraron una alta correlación entre el Trastorno de personalidad límite y el Trastorno antisocial de la personalidad; entre los Trastornos de ansiedad (Trastorno de Pánico, Agarofobia, y Trastorno Obsesivo Compulsivo) y entre los Trastornos de personalidad y el Trastorno por Abuso y/o dependencia de drogas ilícitas (Trastorno de personalidad límite y Trastorno de abuso y/o Dependencia de sustancias ilícitas, Trastorno antisocial de la personalidad y Trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias ilícitas).

Para evaluar la comorbilidad entre los trastornos de la salud mental y el trastorno de abuso de sustancia, se basaron en datos empíricos previos. Éstos mostraban que se puede encontrar modelos bifactoriales en la población general, donde un factor (P) de psicopatología general, coexiste con factores más específicos de los llamados Trastornos externalizantes (Trastornos de abuso de sustancia y Desordenes del comportamiento) e internalizantes (Trastornos en torno a la angustia, así como Episodio depresivos, Distimia y Ansiedad generalizada. A su vez, se encuentran aquí los trastornos que se asocian al miedo, como son las fobias y las crisis de pánico). Considerando esta evidencia, los investigadores buscaban saber si es que en la población penal se podía evidenciar el mismo modelo bifactorial que en la población general o si en esta población, se podría encontrar algún otro tipo de modelo que explicara de mejor forma la estructura subyacente entre dichos Trastornos. Encontraron que el mejor modelo para entender la estructura subyacente de comorbilidades entre los trastornos mentales y el abuso de sustancia, eran los modelos Bifactoriales encontrados en la población general. Por su parte, el Trastorno límite y Antisocial de la personalidad y el Episodio depresivo mayor fueron los diagnósticos que cargaron más en el factor P. La estructura de comorbilidad latente de los Trastornos mentales se organizó en cuatro clases. La primera, correspondiente al 48% de la muestra, no mostró números importantes de comorbilidades. Sin embargo, el 52% de la muestra restante se organizaron en tres clases: 1) el 31% correspondía a Trastornos

externalizantes que incluyen los Trastornos por Abuso y Dependencia de sustancias; 2) el 10% tenían diagnósticos de Trastornos internalizantes y; 3) el 11% tenían múltiples comorbilidades entre todo tipo de trastornos (Ignatyev et al., 2019).

Mundt et al. (2013), realizaron otra investigación llamada “Tasas de prevalencia de Trastornos Mentales en las Cárceles Chilenas (Título original: Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons). El objetivo fue establecer las tasas de prevalencia de los Trastornos mentales en la población penal chilena. Para ello, utilizaron una muestra aleatoria de 1008 prisioneros de siete instituciones penales. A través de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), estudiaron las tasas de prevalencia durante doce meses. Posteriormente, compararon éstas con las tasas de prevalencia publicadas anteriormente para la población general. Encontraron que la prevalencia de trastornos mentales durante un año fue de 26.6% (95% CI, 24,0 - 29,3). A su vez, el 12,2% (95%, CI, 10,2-14,1) presentaban prevalencia de cualquier Trastorno por uso de sustancias, 8,3% (6,6 - 10,0) para Trastornos de ansiedad, 8,1% (6,5 - 9,8) para los Trastornos afectivos, 5,7% (4,4 - 7,1) para Trastornos explosivos intermitentes, 2,2% (1,4 – 3,2) para el Trastorno de déficit atencional adulto y el 0,8% (0,3 - 1,3) tenía el diagnóstico de Psicosis no afectivas. A partir de estos resultados, observaron que las tasas de prevalencia del diagnóstico de Episodio depresivo mayor (6,1% vs 3,7 hombres) en la población penal eran significativamente más altas que las encontradas en la población general chilena. De igual forma, el uso de drogas ilícitas (3,3% vs 0,6% en hombres con diagnóstico de Abuso de sustancias; 2,6% vs. 0,1% en mujeres con diagnóstico de Abuso de sustancias; 3,4% vs. 1,1% hombres con el diagnóstico de Dependencia a drogas), también mostraban tasas de prevalencias significativamente mayor en los prisioneros. Los diagnósticos de Distimia (6,5% vs. 15,6%), Fobia simple (3,3% vs. 11,5%) y Fobia Social (3,9% vs. 9,7) fueron significativamente menos frecuentes en la población penal femenina que en la población general. Por su parte, las tasas de prevalencia durante un año para los diagnósticos de Abuso de alcohol (2,3% vs. 3,9%) y de Dependencia (2,7% vs. 8,2%) fueron menos prevalentes en la población penal masculina que en la población general.

4.4.3 Otros aspectos a considerar

León-Mayer et al. (2014), evaluaron a 209 prisioneros a través de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R) (R. Hare, 1990) y la Guía de Evaluación de Riesgo de Reincidencia Violenta: HCR-20. El objetivo fue poder describir a la población chilena privada de libertad. Sus hallazgos más relevantes fueron los siguientes:

El 54.3% de los sujetos había vivido en hogares sustitutos del estado durante la infancia; más de la mitad reportó haber sufrido violencia intrafamiliar hacia ellos o entre sus padres; el 69.5% ingresó a la cárcel sin haber concluido la educación media; el 76.1% eran reincidentes; el 65.6% ($n = 137$) había tenido algún beneficio (salida dominical, libertad condicional, etc) y el 51.7% de ellos lo quebrantó; el 42.1% de los sujetos quebrantó cometiendo un nuevo delito; el 100% de los sujetos diagnosticado con psicopatía quebrantó de esta forma y; el 62.2% de los sujetos comenzó a delinquir alrededor de los 13 años ($DT = 2,98$) (León-Mayer et al., 2014).

Por otra parte, se constató que haber sufrido violencia familiar en la infancia, el abuso de sustancias y la impulsividad eran factores de riesgo de reincidencia violenta. El 54.1% de los sujetos presentó alto riesgo y; el 56.5% tuvo un patrón abusivo de consumo de sustancias (León-Mayer et al., 2014).

El marco teórico y empírico recién expuesto, intenta dar cuenta de la importancia que tiene el poder investigar nuevos aspectos del funcionamiento psicológico de estos sujetos. De esta manera, se espera aportar a la ciencia, a la salud pública y a nuestra sociedad con el manejo de personas que llevan a cabo conductas antisociales (delitos). El utilizar la PCL –R en conjunto con variables que la evidencia ha demostrado que promueven, o no, un buen pronóstico en intervenciones psicoterapéuticas nos abre la posibilidad de poder pensar y construir nuevos criterios para realizar diagnósticos diferenciales y con ellos, comenzar a explorar en la posibilidad de construir focos terapéuticos basados en una buena indicación psicoterapéutica.

5. Objetivos

5.1 Objetivos Generales

Establecer indicadores diagnósticos para la evaluación y caracterización de la población penal chilena y alemana, determinando la interacción entre el nivel de integración estructural de la personalidad con el tipo de conducta antisocial, la presencia de rasgos psicopáticos y los diagnósticos según el CIE 10 y el DSM IV.

5.2 Objetivos Específicos

Determinar la relación entre tipo de conducta antisocial (Tipo de delitos) y la presencia de indicadores de psicopatía en la población penal.

Determinar la relación entre la conducta antisocial, la presencia de indicadores de psicopatía con el nivel de integración estructural de la personalidad en la población penal.

Determinar las fortalezas y debilidades del funcionamiento estructural de la personalidad asociadas con el tipo de conducta antisocial y la presencia de rasgos psicopáticos en la población penal chilena y alemana.

Determinar las fortalezas y debilidades del funcionamiento estructural de la personalidad asociadas a la presencia de rasgos de psicopatía y los diagnósticos según el CIE 10 y DSM IV.

6. Método

6.1 Diseño general de la investigación

El presente estudio es transversal, cuantitativo, exploratorio y correlacional. El diseño transversal fue escogido debido a una limitación para realizar seguimiento a las muestras penitenciarias en Chile y Alemania; por otro lado, la exploración de perfiles de psicopatía y su nivel de asociación con variables psicológicas se justifican en los vacíos de literatura encontrados y la necesidad de caracterizar este tipo de muestras.

Justificación del tipo de metodología empleada y del diseño

6.2 Participantes

La muestra consistió en dos grupos. Hubo una muestra chilena de 15 prisioneros del establecimiento penitenciario “*Colina I*”. Cada uno de ellos, estaba o estuvo participando del programa llamado “*Centro de Tratamiento de Adicciones*” (CTA). La segunda muestra estuvo constituida por 27 prisioneros/pacientes alemanes de la LVR-Klinik Bedburg-Hau. Por lo tanto, la muestra total estuvo constituida por 42 sujetos.

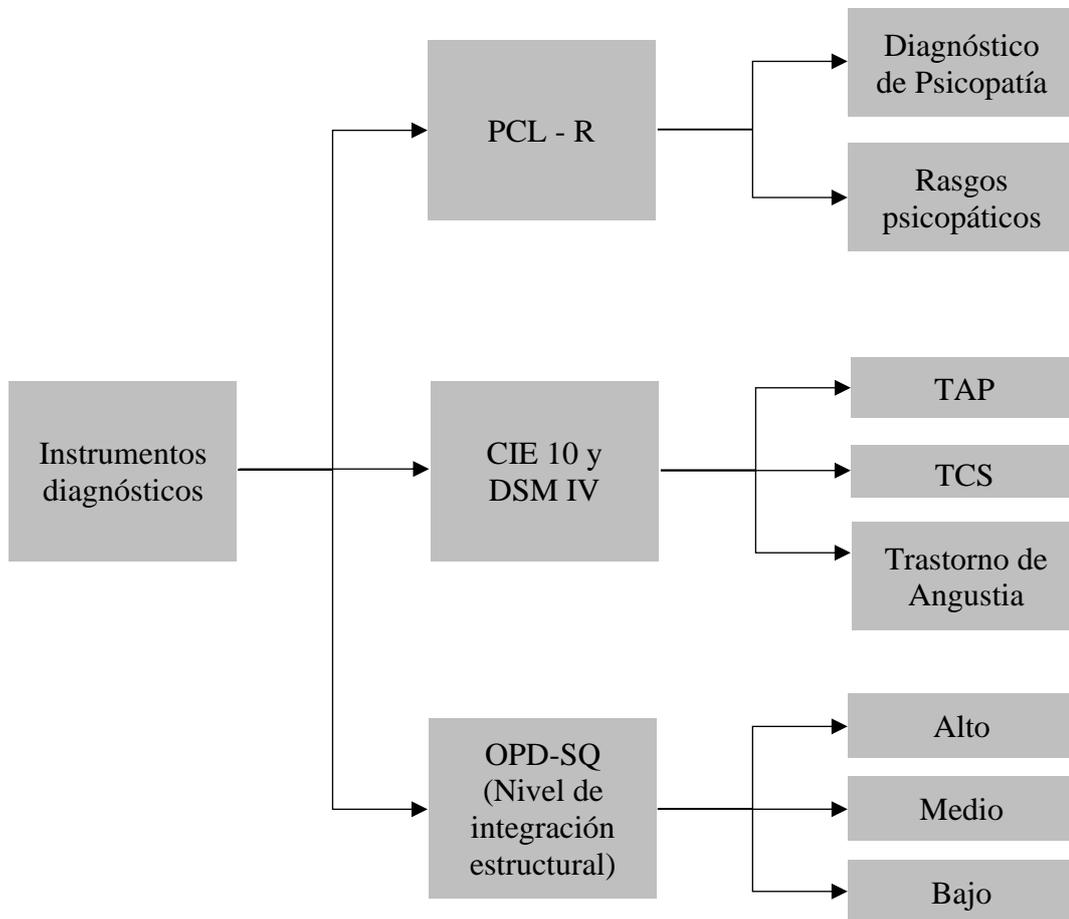
La muestra alemana, a diferencia de la chilena, fue tomada en un hospital psiquiátrico forense debido a que en estas instituciones se encuentran en tratamiento sujetos con Trastornos de personalidad, Dependencia y/o adicción a sustancias y Psicosis. En los hospitales forenses chilenos, sólo encontramos pacientes psicóticos. Debido a ello, la muestra fue tomada en un recinto penitenciario pero los prisioneros se encontraban en un programa de intervención por Abuso y/o Dependencia a droga y/o alcohol, por lo que eran pacientes de la población carcelaria. Cabe señalar, que a pesar de ser “pacientes”, estos no estaban siendo tratados psiquiátricamente debido a los escasos recursos financieros destinado a este propósito.

Criterios de Inclusión: Hombres mayores de 18 años, delincuentes privados de libertad, que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de drogas y/o alcohol y que tuvieran diagnóstico según el DSM IV o CIE 10.

Criterios de Exclusión: Hombres delincuentes que llevaran más de un año de abstinencia y que tuvieran los diagnósticos de Retardo mental o de Psicosis.

6.3 Instrumentos

Variable e Instrumentos:



6.4 Descripción

6.4.1 Variable de agrupación: PCL-R: Los criterios propuestos por (Cleckley, 1941) han sido utilizados en múltiples investigaciones. Uno de estos estudios, es la creación de un instrumento psicométrico desarrollado por Robert Hare (R. Hare, 1990; R. D. Hare, 1996) llamado “Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL–R), con el objetivo de operacionalizar los síntomas propuestos por (Cleckley, 1941). Este instrumento ha sido validado mundialmente al igual que en nuestro país (Ábalos et al., 2004; León-Mayer, Asún-Salazar, & Folino, 2010; León-Mayer, Asún-Salazar, & Óscar Folino, 2010). A partir de la Teoría de respuesta al Ítem y la justificación de su estructura factorial, la PCL–R se organiza en dos grandes Factores; 1) Interpersonal y Afectividad compuesto por ocho ítems y 2) Estilo de vida y Antisocialidad, compuesta por 10 ítems. Éstos dos factores, se dividen en dos Facetas cada uno. La Faceta 1 es la que evalúa los rasgos entorno al área interpersonal del sujeto. Está compuesta por los siguientes cuatro ítems: locuacidad y encanto superficial; grandiosidad y egocentrismo; mentira patológica y; controlador y manipulador. La Faceta 2 analiza la Afectividad del individuo. Está compuesta por los siguientes cuatro ítems: falta de culpa y remordimiento; poca profundidad de los afectos; crueldad y falta de empatía e; incapacidad de aceptar la responsabilidad de las propias acciones. La Faceta 3, evalúa el Estilo de vida. Está compuesta por los siguientes cinco ítems: tendencia al aburrimiento y necesidad de excitación; impulsividad (ítem cognitivo); irresponsabilidad; parasitarismo y; falta de metas realistas a largo plazo. Finalmente, la Faceta 4 diagnóstica la historia del comportamiento Antisocial de los sujetos a lo largo de su vida. Está compuesto por los siguientes cinco ítems: control conductual inadecuado (impulsividad); problemas conductuales precoces (comportamiento disocial); delincuencia juvenil; revocación de beneficios y; versatilidad criminal. Por lo tanto, de estas cuatro facetas se desprenden dieciocho ítems con alternativa de puntuación 0,1 y 2. Existen dos ítems que no se organizan en ninguna de estas Facetas y Factores. Estos ítems evalúan la conducta sexual promiscua y el que el sujeto haya presentado múltiples relaciones maritales (o de convivencia) breves. De esta manera, la puntuación total puede variar en un rango de 0 a 40 puntos, la del Factor 1 de 0 a 16 puntos, la del Factor 2 de 0 a 20 puntos, la de las Facetas 1 y 2 de 0 a 8 puntos y la de las Facetas 3 y 4 de 0 a 10 puntos. Aunque estas decisiones son fácilmente tomadas en la mayoría de los casos, los ítems que no pueden ser puntuados con confianza, ya que no existe suficiente información, son omitidos. Se

pueden omitir hasta cinco ítems sin una reducción apreciable en la confiabilidad de la medición, de los cuales no pueden ser más de dos ítems por Factor y no más de uno por Faceta. Cuando hay ítems omitidos, las puntuaciones de los ítems restantes pueden ser prorrateadas para 20 ítems, de acuerdo con las Tablas de Prorrato contenidas en el Manual de Aplicación del PCL-R. Una vez que se ha otorgado puntaje a cada ítem, éstos deben ser sumados (en caso de haber omitido ítems, se pone la suma prorrateada) y a partir de este puntaje total, los resultados pueden ser interpretados de la siguiente manera: 0-20: Normales, 21-30: Grupo medio, 31 o más: Psicópata. Estas normas fueron establecidas a partir de la estandarización de este instrumento por Robert D. Hare en 1985 para Canadá. En general, estas no han mostrado variación en los otros países en los que ha sido estandarizada la escala, siendo en la mayoría el punto de corte 30 puntos, a excepción del Reino Unido donde este corresponde a 25 puntos (Cooke & Michie, 1999)(R. Hare, 2013). La validación del instrumento realizado en Chile mostró una consistencia interna total de 0,91. Para cada uno de los Factores se observó $F1 = 0,86$; $F2 = 0,87$; $F3 = 0,67$; $F4 = 0,77$. A su vez, se observó que existe una asociación significativa entre condición de psicopatía y reincidencia ($OR = 12,8$; 95 % IC = 5; 33) (León-Mayer, Asún-Salazar, & Óscar Folino, 2010). El nivel de confiabilidad entre evaluadores fue analizado con el índice Kappa, el cual resultó en 0.75.

6.4.2 Variable dimensionales: Al igual que la PCL-R el OPD-SQ (*Operationalized Psychodynamic Diagnosis*), del Eje IV del OPD (Ehrenthal, 2012), es un instrumento que evalúa de manera dimensional el nivel de integración estructural de la personalidad. Es un instrumento de auto reporte que evalúa cuatro grandes dimensiones, las cuales a su vez se subdividen en dos orientaciones: Hacia sí mismo y Hacia otros. Las dimensiones son: 1) Capacidad cognitiva; 2) Capacidad de manejo y/o regulación; 3) Capacidad de comunicación, y 4) Capacidad de vínculo. Consta de 95 ítems, en los cuales las personas indican el grado en que estos lo describen, respondiendo en una escala Likert de 5 puntos. Estudios de validez y confiabilidad se han desarrollado con muestra clínicas y no clínicas en población alemana, los autores reportan consistencia interna para las diferentes escalas de 0.71 a 0.78 (Ehrenthal et al., 2012). Este instrumento fue traducido al español a través de un proceso de traducción y retraducción, evaluando la validez de contenido del instrumento a través de jueces (Undurraga, Kohling, Dagnino, & De la parra, s/f). De la Parra et al. (2018), encontraron una alta consistencia interna del OPD -SQ y sus subescalas en una muestra total que estaba compuesta por: 192

pacientes chilenos con diagnóstico de depresión y; 112 sujetos sanos. Es así como en la muestra total se pudo observar una consistencia interna que osciló entre aceptable (Vínculos Externos: $\alpha = 0,71$) y alta (Percepción de Sí Mismo: $\alpha = 0,93$). Sin embargo, al analizar las muestras separadamente (Clínica y no clínica), pudieron observar que la subescala de Vínculo externo presentó una consistencia interna cuestionable ($\alpha = 0,65$). A su vez, se pudo constatar que existen diferencias en las puntuaciones (t de Welch) entre la muestra clínico y no clínico. Se pudo observar correlaciones de Pearson directas y altas entre el OPD – SQ y sintomatología depresiva y sufrimiento psicológico. En otras palabras, entre mayor es la vulnerabilidad estructural mayor presencia de síntomas depresivos y sufrimiento psicológico. En otra investigación realizada en Chile, se tuvo como objetivo validar el Cuestionario de Diagnóstico Operacionalizado – Estructura OPD-SQ. Específicamente se quería evaluar la consistencia interna, validez concurrente, calcular el test– retest como también, el Índice de Cambio Confiable y la capacidad de éste para distinguir entre grupos clínicos y no clínicos. Mediante una muestra clínica de 399 adultos y 50 sujetos sanos, estudiaron medidas de depresión, apego, sintomatología psiquiátrica y angustia. Como resultados, se pudo observar altas consistencias internas como también, diferencias significativas en el poder discriminativo entre las muestras clínicas y no clínicas. A su vez, se pudo constatar que existen asociaciones significativas entre el OPD-SQ y sintomatología psiquiátrica, depresiva y sufrimiento psicológico. Por lo tanto, se pudo concluir que este instrumento de autorreporte presenta un buen nivel de confiabilidad (Lorenzini et al., n.d.).

6.4.3 Variables Catoriales: Los sujetos de la muestra fueron evaluados mediante las clasificaciones diagnósticas del DSM IV (delincuentes chilenos) y el CIE 10 (delincuentes alemanes). A su vez, se registraron sus delitos (conducta antisocial).

6.4.4 Variables sociodemográficas: En ambas muestras se utilizó el cuestionario sociodemográfico construido en el marco del proyecto Milenio Código NS.100018. Las preguntas guardan relación con datos generales y clínicos de cada uno de los participantes.

6.5 Procedimiento

6.5.1 Traducción del OPD – SQ

Se realizó el proceso de traducción y retraducción en conjunto con los creadores alemanes del instrumento, Guillermo de la Parra e investigadores del Instituto Milenio de Investigación en Depresión y Personalidad. El procedimiento llevado a cabo tenía como objetivo poder traducir el instrumento original de manera precisa. El primer grupo de traductores estuvo compuesto por sujetos cuyo primer idioma fuera alemán o español. La primera traducción al español fue revisada por un sujeto chileno, el cual presentaba un muy buen nivel del idioma español y alemán (su familia oriunda de Alemania y él primera generación nacida en Chile). Posterior a la revisión, se discutió técnicamente cada uno de los ítems con el objetivo de apegarse fielmente al instrumento. Con el objetivo de poder comparar entre la versión en español y la versión alemana, se seleccionaron cinco jueces chilenos psiquiatras / psicólogos de un buen nivel del idioma alemán. Como resultado, se obtuvieron cinco versiones que fueron seleccionadas y contrastadas con el marco teórico del OPD–SQ de forma de poder analizar el nivel de concordancia entre el enunciado y lo que debía medir. Ésta segunda versión en español fue enviada al grupo de trabajo del OPD – 2 en Alemania para su traducción inversa (Cardoso Ribeiro et al., 2010). Johanna Köhling junto a un grupo de estudiantes alemanes cuyo segundo idioma era el español realizaron la traducción inversa al alemán para poder comparar ésta con la versión original. Con todo el proceso anterior, el equipo chileno y alemán discutieron y analizaron cada uno de los ítems. Una vez terminado lo anterior, se le entregó la versión resultante a doce psicólogos y psiquiatras de la Unidad de Psicoterapia del Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Católica de Chile, a diez psicólogos y psiquiatras del Instituto Chileno de Trastorno de Personalidad y a un grupo de sujetos de la población general sin conocimientos en el área de la salud mental. Es preciso comentar que hubo diferencias entre los evaluadores en cada una de las etapas de este proceso. Es así como, en un comienzo, el nivel de discrepancia entre los evaluadores fue de un 60% (57 ítems) del instrumento. A partir de ello, fue necesario utilizar un tercer idioma (inglés) para lograr captar las sutilezas en la intensidad de los adjetivos utilizados en los enunciados. Esto fue una de las mayores dificultades en el proceso de traducción. Otro de los problemas que se tuvo fue con los adjetivos propuestos desde el idioma español. Éstos guardaban relación con experiencias afectivas y no ha procesos cognitivos como en la versión original. A medida que el proceso de traducción y traducción inversa se llevó a cabo, las

diferencias entre los grupos y evaluadores fue disminuyendo hasta que se logró un consenso. Se realizó una prueba piloto del instrumento consensuado en una población de pacientes de estrato socioeconómico bajo de una institución privada. A partir de la experiencia de la prueba piloto, se construyó una cuarta versión del OPD -SQ, la cual fue revisada nuevamente por el grupo alemán. Finalmente, ésta última versión fue discutida por el equipo chileno alemán, dando como resultado la versión final (de la Parra et al., 2018).

6.5.2 Acceso a la muestra y aplicación de instrumentos

Se seleccionaron delincuentes que estuvieran en tratamiento por adicción y contaran con diagnósticos psiquiátricos según el DSM IV (Asociación Americana de Psicología (APA), 2002) y el CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Una vez que se tomó contacto con estos sujetos se les explicó en qué consistía la investigación. Primeramente, se les explicó oralmente los procedimientos y la posibilidad de retirarse del estudio cuando quisiese y sin ninguna consecuencia.

Una vez que aceptaron participar se les pidió que leyeran el consentimiento informado (Ver anexos).

En el consentimiento informado se explicó:

En el caso de la Autonomía: “mi participación es completamente voluntaria y puedo negarme a participar o retirarme en el momento que lo desee”.

En el caso de la Confidencialidad: “la información que se obtenga cuidará el anonimato y será utilizada de manera responsable siguiendo las normas éticas establecidas por la comunidad científica”.

En el caso de los beneficios, se dejó en claro que la información obtenida en la investigación no sería utilizada para ningún proceso judicial.

Una vez leído el consentimiento, fue firmado por los sujetos que decidieron participar. Posteriormente, se les pidió rellenar los formularios de datos sociodemográficos y el OPD-SQ. Se decidió realizar grupos de cinco delincuentes para ir rellenando los datos en la presencia de la investigadora. Esto tuvo el fin de poder resolver dudas que pudieran surgir. Luego, se realizó una ficha para cada interno con la información de su expediente judicial y los datos del recinto en el que se encontraban

(número de castigos y sus razones, antecedentes familiares, de enfermedad, otras condenas, entre otros). Una vez que se construyó esta ficha se procedió a realizar la entrevista de la PCL-R. Estas fueron grabadas en video y duraron alrededor de 4 horas por sujetos. Para poder puntuar estas entrevistas, dos sujetos acreditados para realizar las entrevistas y puntuarlas, observaron el video y junto con la información de la ficha se prosiguió a la puntuación.

6.6 Análisis de Datos

Inicialmente se realizaron los análisis descriptivos y correlacionales para observar el nivel de asociación entre las variables de estudio. Por otro lado, para poder determinar los perfiles de psicopatía en la presente muestra se siguieron dos metodologías, para de este modo tener un punto de contraste sobre los distintos perfiles de sujetos que se podrían estar formando en la muestra. En un primer momento se realizó un Análisis de Perfiles Latentes (Collins & Lanza, 2010) con los puntajes en las cuatro Facetas y dos Factores de la PCL-R como variables de agrupación. Este análisis se llevó a cabo en el software de uso libre R v4.1.0 (R Core Team, 2021) usando el paquete “mclust” v5.4.7 (Saruca, Fop, Murphy, y Raftery, 2016). Este tipo de análisis asume que los puntajes de los individuos son dependientes de subpoblaciones latentes a las que ellos pertenecen, por lo que una tarea importante es determinar la cantidad de clústers que se extraerá de la muestra. Para determinar dicha cantidad en el presente estudio se utilizó el Criterio de Información Bayesiano (BIC) además de un criterio teórico. Con las probabilidades posteriores que cada participante obtuvo de pertenecer a cada clúster, se determinó su pertenencia al clúster con una probabilidad mayor a .50. A partir de estos resultados se comenzaron a caracterizar los clústers comparándolos en sus características sociodemográficas, puntajes en las escalas del OPD, diagnóstico de Trastornos de personalidad antisocial, Trastorno de angustia (Trastorno de angustia sin agorafobia, Trastorno de angustia con agorafobia, Fobia social, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad no especificado), tipo de delito cometido y tipo de drogas consumidas. Estas comparaciones se llevaron a cabo con pruebas de Chi-Cuadrado y ANOVA.

Por otro lado, también se optó por realizar una clasificación con un Análisis de Clúster Jerárquico. Este análisis a diferencia del Análisis de Perfiles latentes, no asume que las personas provienen de subpoblaciones latentes, sino clasifica a las personas en

conglomerados según el nivel de similaridad que tiene con otras personas de la muestra, por lo que la clasificación en este caso es más determinística. Para este análisis también se utilizaron las Facetas y Factores del PCL-R como variable de agrupación. Se utilizaron las distancias euclidianas para determinar la cercanía entre sujetos, se usó un gráfico de dendograma para determinar la cantidad de clústers a extraer. Por último, estos también fueron caracterizados y comparados según las variables mencionadas previamente.

7. Resultados

7.1 Descriptivos

La muestra estuvo compuesta por 42 sujetos de los cuales el 64.29% ($n = 27$) fueron recolectados en Alemania, mientras que el 35.71% ($n = 15$) fueron recolectados en Chile. Los participantes tenían 34.90 años en promedio ($DE = 8.94$). El 23.81% ($n = 10$) reportaron estar casados, el 11.90% ($n = 5$) estaban divorciados y el 64.29% ($n = 27$) reportaron ser solteros. En cuanto a la escolaridad de los participantes el 32.50% ($n = 13$) reportaron tener estudios básicos incompletos, el 42.50% ($n = 17$) reportaron tener estudios básicos completos, mientras que el 25.00% ($n = 10$) reportaron tener estudios medios completos.

En la Tabla 1 se pueden observar los estadísticos descriptivos para cada una de las escalas del OPD y del PCL-R.

7.1.1 PCL-R

La muestra chilena- alemana se caracterizó por tener un promedio del total de las puntuaciones en la PCL-R de 19.75 ($DE = 8.44$), dentro del cual el Factor 1 (Interpersonal/afectividad) arrojó una media de 8,70 ($DE = 3.92$) y el Factor 2 (Estilo de vida/ Antisocialidad) de 9,99 ($DE = 4,92$). Específicamente, la Faceta 1 (Interpersonal) obtuvo una media de 4,15 ($DE = 2,23$), la Faceta 2 (Afectividad) de 4,55 ($DE = 2,13$), la Faceta 3 (Estilo de vida) de 5,25 ($DE = 2,69$) y la Faceta 4 (Antisocialidad) de 4,74 ($DE = 2,90$).

7.1.2 OPD – SQ

A mayor puntaje en el OPD – SQ es menor el nivel de integración estructural. Por lo tanto, puntajes menores indican que el sujeto dispone mayores funciones estructurales.

El promedio de la muestra en el OPD-SQ fue de 1,58 ($DE = 0,61$). Los puntajes más altos de las subescalas del OPD-SQ de la muestra fueron Percepción de objeto (1,68 – $DE = 0,99$), Autorregulación (1,61 – $DE = 0,99$), Regulación de objetos (1,77 $DE = 0,89$), Comunicación externa (1,73 – $DE = 0,53$) y Vínculo externo (1,99 – $DE = 0,47$). Los puntajes más bajo en las subescalas del OPD -SQ fueron Auto percepción (1,44 – $DE = 0,99$), Comunicación interna (1,39 – $DE = 0,64$) y Vínculo interno (1,00 – $DE = 0,48$).

Tabla 1

Medias, desviaciones estándar, mínimos y máximos de las escalas y subescalas de OPD y PCL-R

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
OPD: Auto percepción	1.44	0.99	0.00	3.75
OPD: Percepción de objetos	1.68	0.76	0.00	3.47
OPD: Autorregulación	1.61	0.99	0.17	3.83
OPD: Regulación de objetos	1.77	0.89	0.17	4.00
OPD: Comunicación interna	1.39	0.64	0.00	3.00
OPD: Comunicación externa	1.73	0.53	0.57	3.14
OPD: Vínculo interno	1.00	0.48	0.14	2.21
OPD: Vínculo externo	1.99	0.47	1.00	3.12
OPD: Total	1.58	0.61	0.41	3.07
PCL-R: Faceta 1	4.15	2.23	0.00	8.00
PCL-R: Faceta 2	4.55	2.13	0.50	8.00
PCL-R: Faceta 3	5.25	2.69	0.00	9.50
PCL-R: Faceta 4	4.74	2.90	0.00	10.00
PCL-R: Factor 1	8.70	3.92	0.50	16.00
PCL-R: Factor 2	9.99	4.92	0.00	18.50
PCL-R: Total	19.75	8.44	1.00	36.15

7.1.3 Diagnósticos

En la Tabla 2 se puede observar la distribución de diagnósticos en la muestra del estudio. Específicamente, se observa que un 38.10% de la muestra ha sido diagnosticado con un Trastorno de personalidad antisocial. El diagnóstico más frecuente es el de Trastornos por Consumo de sustancias, del cual el 73.81% de la muestra ha sido diagnosticada. Finalmente, los trastornos menos prevalentes en la muestra son los Trastornos por angustia, los cuales fueron diagnosticados en el 16.67% de la muestra.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de diagnósticos

	Sin Diagnóstico		Con Diagnóstico	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
T. Personalidad antisocial	26	61.90	16	38.10
T. Por angustia	35	83.33	7	16.67
T. Por Consumo de sustancias	11	26.19	31	73.81

En la Tabla 3 se observan el tipo de drogas que reportan consumir los participantes. Específicamente se puede observar que el 61.90% de los participantes reporta consumir Marihuana y el 33.33% reporta consumir Cocaína. Estas dos son las drogas más consumidas en la muestra.

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes de drogas consumidas

	No consume		Si consume	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Marihuana	16	38.10	26	61.90
Alcohol	35	83.33	7	16.67
Anfetaminas	35	83.33	7	16.67
Cocaina	28	66.67	14	33.33
Feni	32	76.19	10	23.81
Opiaceos	34	80.95	8	19.05
Pasta base	33	78.57	9	21.43

7.1.4 Delitos

En la Tabla 4 se pueden observar delitos cometidos por la muestra. El delito más común es el Robo representando un 52.38% de los delitos de la muestra. Los delitos violentos (Homicidio, secuestro y violación y agresión sexual) son el segundo tipo de delito más prevalente, este tipo de delito fue cometido por el 47.62% de la muestra. Finalmente, los delitos sexuales fueron cometidos por 38.10% de la muestra.

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes de delito cometido

	No cometido		Cometido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Robo	20	47.62	22	52.38
Trafico de drogas	38	90.48	4	9.52
Delito sexual	26	61.90	16	38.10
Porte ilegal	40	95.24	2	4.76
Homicidio	39	92.86	3	7.14
Delitos violentos	22	52.38	20	47.62

7.1.5 Correlaciones

En la Tabla 5 se observan las correlaciones entre cada una de las escalas del OPD y las escalas del PCL-R. Específicamente se puede observar que la Faceta 1

(Interpersonal) de la PCL-R no se relaciona significativamente con ninguna de las escalas del OPD. Por otro lado, la Faceta 2 (Afectividad) se relaciona positiva, moderada y significativamente con la escala de Regulación de objetos ($r = 0.44, p < 0.01$). La Faceta 3 (Estilo de vida) se relaciona positiva y significativamente con casi todas las escalas del OPD, a excepción de la Comunicación interna y Vínculo externo. La Faceta 4 (Antisocialidad) también tiene relaciones positivas y significativas con casi todas las escalas de la PCL-R con excepción del Vínculo externo. En cuanto a los Factores, el Factor 1 (Interpersonal/Afectividad) de la PCL-R se encuentra relacionado con la subescala Regulación con el objeto del OPD, de manera positiva y moderada ($r = 0.34, p < 0.05$); mientras que el Factor 2 (Estilo de vida/ Antisocialidad) se relaciona a casi todas las escalas, a excepción del Vínculo externo. Finalmente, la escala total del PCL-R se relaciona moderada y positivamente con la escala total del OPD ($r = 0.38, p < 0.05$), positiva y moderadamente con la Autorregulación ($r = 0.34, p < 0.05$), positiva y fuertemente con la Regulación de objetos ($r = 0.55, p < 0.001$) y positiva y moderadamente con el Vínculo interno ($r = 0.33, p < 0.05$).

Tabla 5.
Matriz de correlaciones entre las escalas del OPD y PCL-R

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. OPD: Total	-														
2. OPD: Auto percepción	0.95***	-													
3. OPD: Perc. de objetos	0.90***	0.82***	-												
4. OPD: Autoregulación	0.91***	0.86***	0.84***	-											
5. OPD: Reg. de objetos	0.89***	0.80***	0.76***	0.80***	-										
6. OPD: Com. interna	0.72***	0.69***	0.56***	0.51***	0.58***	-									
7. OPD: Com. externa	0.83***	0.75***	0.76***	0.73***	0.71***	0.55***	-								
8. OPD: Vínculo interno	0.86***	0.77***	0.78***	0.77***	0.75***	0.63***	0.65***	-							
9. OPD: Vínculo externo	0.58***	0.53***	0.40**	0.42**	0.46**	0.36*	0.44**	0.47**	-						
10. PCL-R: Faceta 1	-0.03	-0.08	-0.05	-0.03	0.18	-0.10	-0.14	0.03	-0.09	-					
11. PCL-R: Faceta 2	0.24	0.14	0.15	0.24	0.44**	0.04	0.13	0.21	0.29	0.61***	-				
12. PCL-R: Faceta 3	0.50**	0.42**	0.46**	0.49**	0.57***	0.21	0.43**	0.43**	0.25	0.57***	0.57***	-			
13. PCL-R: Faceta 4	0.44**	0.36**	0.37*	0.38*	0.51**	0.37*	0.39*	0.36*	0.16	0.36***	0.45***	0.54***	-		
14. PCL-R: Factor 1	0.12	0.03	0.06	0.11	0.34*	-0.04	0.00	0.13	0.10	0.90***	0.90***	0.63***	0.45***	-	
15. PCL-R: Factor 2	0.54***	0.45**	0.47**	0.50**	0.61***	0.34*	0.47**	0.45**	0.23	0.53***	0.57***	0.87***	0.88***	0.61***	-
16. PCL-R: Total	0.38*	0.30	0.30	0.34*	0.55***	0.20	0.27	0.33*	0.20	0.76***	0.78***	0.84***	0.78***	0.86***	0.92***

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

7.2 Análisis de Perfiles Latentes

De acuerdo con el Criterio de Información Bayesiana (BIC) los modelos con 2 y 3 clústers resultaron los que tenían un mejor ajuste a los datos. Comparando los resultados a nivel de promedios de los indicadores, el modelo con 2 clústers dividía la muestra en categorías de puntajes altos versus puntajes bajos, por este motivo este modelo se consideró poco informativo y se procedió a interpretar el modelo con 3 clústers. Este modelo se puede observar en la Figura 1. Los promedios estandarizados muestran que el Clúster 1 tiene los promedios de todas las Facetas (Interpersonal, Afectividad, Estilo de vida y Antisocialidad) y Factores por encima del promedio general. Además, este clúster tiene los puntajes más altos en casi todas las Facetas, con excepción de la Faceta 1 (Interpersonal); Faceta que tiene el promedio más alto en el Clúster 2. Con respecto a los otros promedios del Clúster 2, la Faceta 1 (Interpersonal), 2 (Afectividad), 3 (Estilo de vida) y el Factor 1 (Interpersonal/Afectividad) están por encima del promedio general, solo la Faceta 4 (Antisocialidad) y el Factor 2 (Estilo de vida/ Antisocialidad) están por debajo del promedio general. Finalmente, el Clúster 3 tiene los promedios más bajos en todas las Facetas y Factores y en todos los casos está por debajo del promedio general. Cada uno de los clústers estuvo compuesto por un total de 14 personas.

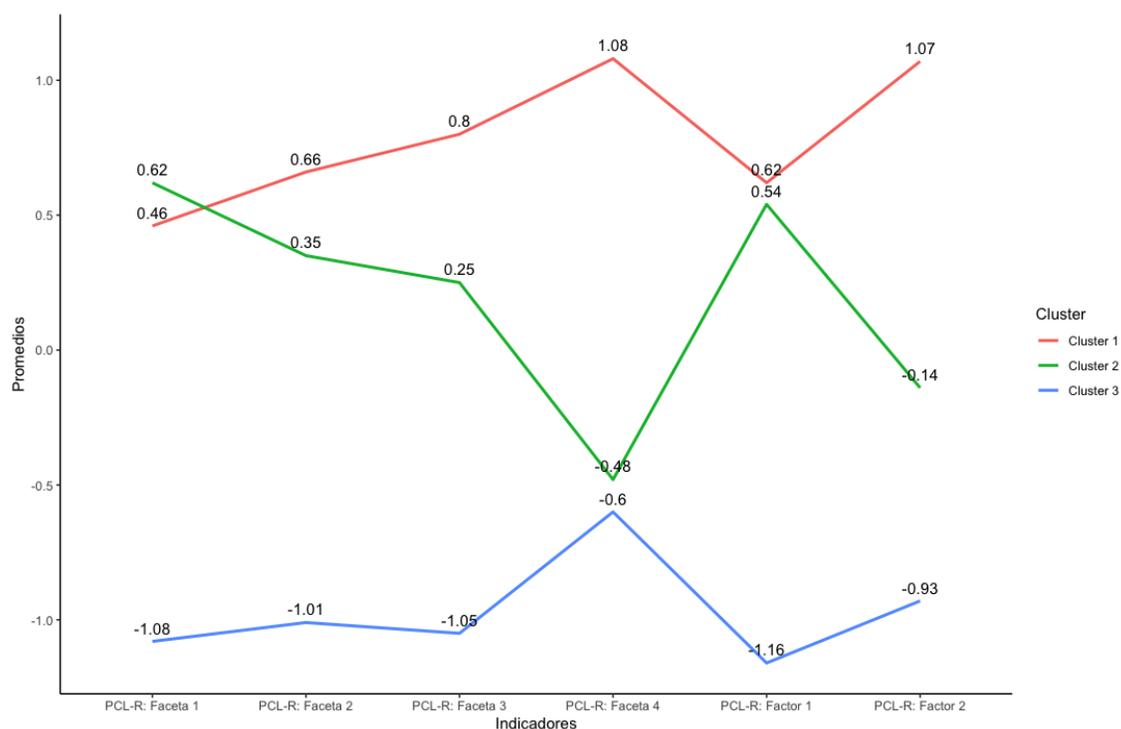


Figura 1. Promedios estandarizados según Facetas y Factores del PCL-R de los clústers extraídos.

La edad promedio de los sujetos en cada uno de los clústers no tuvo diferencias significativas ($F_{(2,40)} = 0.18, p = 0.68$), los sujetos clasificados en el Clúster 1 tenían 37.57 años en promedio (DE = 8.69), los sujetos del Clúster 2 tenían 38.14 años en promedio (DE = 7.94) y los sujetos del Clúster 3 tuvieron 34.00 años en promedio (DE = 9.76). Tampoco se observaron diferencias a nivel de estado civil ($X^2 = 2.47, gl = 4, p = 0.65$), donde la mayoría de los sujetos en todos los clústers fueron solteros. El 50.00% ($n = 7$) de los sujetos del Clúster 1 y el 71,43% ($n = 10$) de los individuos del Clústers 2 y 3 presentaban este estado civil. Con respecto a escolaridad, no se observaron diferencias significativas ($X^2 = 8.17, gl = 4, p = 0.09$). Sin embargo, se observa que la mayoría de los sujetos del Clúster 1 tienen estudios básicos incompletos (42.86%, $n = 6$), la mayoría de los sujetos del Clúster 2 tienen estudios medios completos (50.00%, $n = 6$) y la mayoría de los sujetos del Clúster 3 tienen estudios básicos completos (64.29%, $n = 9$). Finalmente, con respecto a la procedencia se observó una significancia marginal ($X^2 = 5.60, gl = 2, p = 0.06$), donde el 50.14% ($n = 8$) de los sujetos del Clúster 1 son chilenos, el 85.72% ($n = 12$) de los sujetos del Clúster 2 son alemanes y el 64.29% ($n = 9$) de los sujetos del Clúster 3 son alemanes.

Continuando con el análisis se pueden observar en la Tabla 6 los modelos de Análisis de Varianza para comparar los promedios en las Facetas y Factores, y puntaje total de la PCL-R expresado en puntaje directo según el Clúster en el que se clasificó. Se observa que para la Faceta 1 (Área Interpersonal) no hay diferencias significativas entre el Clúster 1 y 2. Sin embargo, estos dos Clústers tienen medias significativamente mayores que el Clúster 3. Un patrón similar se pudo observar para las Facetas 2 (Afectividad) y 3 (Estilo de vida) y el Factor 1 (Interpersonal/Afectividad) donde el Clúster 3 es significativamente menor a los Clústers 1 y 2, y entre ellos, no se observan diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, para la Faceta 4 (Antisocialidad) existieron diferencias significativas entre el Clúster 1 con respecto al Clúster 2 y 3. Por último, los tres Clústers presentan diferencias significativas en el Factor 2 (Estilo de vida/ Antisocialidad) y en el puntaje total de la PCL-R. El Clúster 1 es el que presentó valores más altos, seguidos por el Clúster 2 y el Clúster 3.

Tabla 6.

Comparación de promedios según el Clúster en el que son clasificados.

	Clúster 1		Clúster 2		Clúster 3		F
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
PCL-R: Faceta 1	5.18 _a	1.62	5.54 _a	1.39	1.75 _b	1.33	26.88***
PCL-R: Faceta 2	5.96 _a	1.55	5.29 _a	1.57	2.39 _b	1.32	36.77***
PCL-R: Faceta 3	7.39 _a	1.81	5.93 _a	1.76	2.42 _b	1.51	56.52***
PCL-R: Faceta 4	7.86 _a	1.43	3.36 _b	1.70	3.00 _b	2.41	36.70***
PCL-R: Factor 1	11.14 _a	2.66	10.82 _a	2.16	4.14 _b	1.75	47.80***
PCL-R: Factor 2	15.25 _a	1.83	9.29 _b	2.68	5.43 _c	3.61	85.38***
PCL-R: Total	27.80 _a	4.19	21.32 _b	3.43	10.13 _c	4.83	118.8***

Nota: Los subfijos distintos marcan diferencias estadísticamente significativas con el contraste post-hoc de Bonferroni.

En un análisis más profundo se seleccionaron algunos ítems del PCL-R y se dicotomizaron en presencia y ausencia de la característica en estudio. Los resultados de estos ítems fueron comparados con cada uno de los Clústeres, estos resultados se muestran en la Tabla 7. En las comparaciones realizadas se pudo observar que hay diferencias en la distribución del ítem 3 (Necesidad de excitación/Tendencia al aburrimiento) en los tres clústers ($X^2 = 8.16$, $gl= 2$, $p = 0.02$). Este ítem se encuentra presente en un 100% de los sujetos del Clúster 1, y en el 92.85% de los sujetos del Clúster 2; mientras que, sólo estuvo presente en el 64.29% de los sujetos del Clúster 3.

Del mismo modo, se pudieron observar diferencias significativas en el ítem 10 (Mal control conductual) ($X^2 = 7.63$, $gl= 2$, $p = 0.02$) donde el 100% de los sujetos del Clúster 1 presentaron esta característica, el 78.57% de los sujetos del Clúster 2 la presentaron, y solamente un 57.14% de los sujetos del Clúster 3 la presentaron. No se observaron otras diferencias significativas en los ítems estudiados.

Tabla 7.

Comparación de resultados de ítems del PCL-R con los Clústers resultantes

	Ausente		Presente		$\chi^2 (2)$	p
	f	%	f	%		
<i>Necesidad de excitación/Tendencia al aburrimiento</i>						
Clúster 1	0	0	14	100	8.16	0.02
Clúster 2	1	7.14	13	92.85		
Clúster 3	5	35.71	9	64.29		
<i>Control/ Manipulación</i>						
Clúster 1	2	14.29	12	85.71	0.45	0.8
Clúster 2	1	7.14	13	92.86		
Clúster 3	2	14.29	12	85.71		
<i>Falta de culpa y remordimiento</i>						
Clúster 1	1	7.14	13	92.85	0	1
Clúster 2	1	7.14	13	92.86		
Clúster 3	1	7.14	13	92.86		
<i>Poca profundidad de los afectos</i>						
Clúster 1	3	21.43	11	78.57	0.85	0.65
Clúster 2	2	14.29	12	85.72		
Clúster 3	4	28.57	10	71.43		
<i>Crueldad y falta de empatía</i>						
Clúster 1	2	14.29	12	85.71	2.1	0.35
Clúster 2	5	35.71	9	64.28		
Clúster 3	5	35.71	9	64.29		
<i>Mal control conductual</i>						
Clúster 1	0	0	14	100	7.63	0.02
Clúster 2	3	21.43	11	78.57		
Clúster 3	6	42.86	8	57.14		
<i>Impulsividad</i>						
Clúster 1	2	14.29	12	85.72	4.2	0.12
Clúster 2	2	14.29	12	85.71		
Clúster 3	6	42.86	8	57.15		
<i>Irresponsabilidad</i>						
Clúster 1	1	7.14	13	92.86	4.01	0.13
Clúster 2	2	14.29	12	85.71		
Clúster 3	5	35.71	9	64.28		
<i>Versatilidad criminal</i>						
Clúster 1	1	7.14	13	92.86	2.54	0.28

Clúster 2	4	28.57	10	71.42
Clúster 3	4	28.57	10	71.42

De acuerdo con los resultados que se observan en la Tabla 8, en las escalas de Percepción de objetos, Autorregulación, Regulación de objetos, y la escala total del OPD, el Clúster 1 presenta un promedio significativamente mayor a los del Clúster 2 y Clúster 3. Sin embargo, estos dos últimos grupos no presentan diferencias significativas entre sí. En el caso de la escala de Vínculo interno, se observaron diferencias significativas al nivel del Análisis de Varianza ($F_{(1,40)} = 4.35, p = 0.04$), sin embargo, una vez realizado el análisis post-hoc estas diferencias no alcanzaron el umbral de la significancia estadística. En ninguna de las otras subescalas del OPD se observaron diferencias entre los Clústers.

Tabla 8

Comparación de promedios de las escalas del OPD según el Clúster donde fue clasificado

	Clúster 1		Clúster 2		Clúster 3		F
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
OPD: Auto percepción	0.86	1.21	1.18	0.72	1.30	0.91	2.30
OPD: Percepción de objetos	2.19 _a	0.90	1.33 _b	0.48	1.52 _b	0.61	6.17*
OPD: Autorregulación	2.26 _a	1.16	1.23 _b	0.59	1.33 _b	0.83	7.13*
OPD: Regulación de objetos	2.40 _a	0.92	1.61 _b	0.59	1.31 _b	0.78	13.87***
OPD: Comunicación interna	1.58	0.81	1.16	0.39	1.43	0.61	0.41
OPD: Comunicación externa	2.02	0.52	1.52	0.55	1.65	0.43	3.41
OPD: Vínculo interno	1.25 _a	0.59	0.88 _a	0.31	0.88 _a	0.45	4.35*
OPD: Vínculo externo	2.06	0.49	2.01	0.45	1.91	0.49	0.72
OPD: Total	1.95 _a	0.71	1.36 _b	0.40	1.42 _b	0.55	6.01*

Nota: Los subfijos distintos marcan diferencias estadísticamente significativas con el contraste post-hoc de Bonferroni.

Continuando con la caracterización de los Clústers se puede observar en la Tabla 9 la distribución de delitos cometidos según el grupo en el cual se clasificó el sujeto. Se observa una significancia marginal ($X^2 = 5.92, gl = 2, p = 0.05$) para los robos, donde el 78.57% de los sujetos del Clúster 1 cometieron este delito, mientras que menos de la mitad de los sujetos del Clúster 2 (37.71%) y del Clúster 3 (42.86%) cometieron este delito. Otra significancia marginal se observa en los delitos sexuales ($X^2 = 5.65, gl = 2, p = 0.06$) donde solo el 14.29% de los sujetos del Clúster 1 cometieron este delito, mientras que el 57.14% de los sujetos del Clúster 2

cometieron delitos sexuales, y finalmente un 42.86% de los sujetos del Clúster 3 cometieron estos delitos. Finalmente, en cuanto al homicidio, se observaron diferencias significativas ($X^2 = 6.46$, $gl = 2$, $p = 0.04$). Este delito lo cometieron sólo personas del Clúster 1 representando el 21.43% de los sujetos del grupo. En cuanto a los otros delitos no se observaron diferencias significativas según la distribución por Clúster.

Tabla 9

Comparación de tipo de delito según el Clúster

	No Cometido		Cometido		$\chi^2(2)$	p
	f	%	f	%		
<i>Robo</i>						
Clúster 1	3	21.43	11	78.57	5.92	0.05
Clúster 2	9	64.29	5	35.71		
Clúster 3	8	57.14	6	42.86		
<i>Tráfico de drogas</i>						
Clúster 1	13	92.86	1	7.14	0.55	0.76
Clúster 2	13	92.86	1	7.14		
Clúster 3	12	85.71	2	14.29		
<i>Delito sexual</i>						
Clúster 1	12	85.71	2	14.29	5.65	0.06
Clúster 2	6	42.86	8	57.14		
Clúster 3	8	57.14	6	42.86		
<i>Porte ilegal</i>						
Clúster 1	13	92.86	1	7.14	1.05	0.59
Clúster 2	14	100	0	0		
Clúster 3	13	92.86	1	7.14		
<i>Homicidio</i>						
Clúster 1	11	78.57	3	21.43	6.46	0.04
Clúster 2	14	100	0	0		
Clúster 3	14	100	0	0		
<i>Delitos violentos</i>						
Clúster 1	8	57.14	6	42.86	0.76	0.68
Clúster 2	6	42.86	8	57.14		
Clúster 3	8	57.14	6	42.86		

En la Tabla 10 se pueden observar cada uno de los diagnósticos de los sujetos de la muestra comparados con el Clúster donde fueron clasificados. Se observa una diferencia

estadísticamente significativa en el diagnóstico de Trastorno de la personalidad antisocial ($X^2 = 6.26$, $gl = 2$, $p = 0.04$), específicamente se observa que la mayoría de los sujetos del Clúster 1 fueron diagnosticados con este trastorno, mientras que el 21.43% y el 28.57% de los sujetos del Clúster 2 y 3 respectivamente, obtuvieron esta categoría diagnóstica. Por otro lado, con respecto a los Trastornos por angustia también se observan diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 6.51$, $gl = 2$, $p = 0.04$). La mayoría de los que obtuvieron dicho diagnóstico son del Clúster 1, estos representan el 35.71% de los sujetos en su grupo. En cuanto al Trastornos derivado del consumo de sustancias, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 10.

Comparación de las distribuciones de diagnósticos según el Clúster

	Sin Diagnóstico		Con Diagnóstico		$\chi^2 (2)$	p
	f	%	f	%		
<i>Trastorno de personalidad antisocial</i>						
Clúster 1	5	35.71	9	64.29	6.26	0.04
Clúster 2	11	78.57	3	21.43		
Clúster 3	10	71.43	4	28.57		
<i>Trastorno por angustia</i>						
Clúster 1	9	64.29	5	35.71	6.51	0.04
Clúster 2	14	100	0	0		
Clúster 3	12	85.71	2	14.29		
<i>Trastornos por consumo de sustancias</i>						
Clúster 1	5	35.71	9	64.29	1.72	0.44
Clúster 2	2	14.29	12	85.71		
Clúster 3	4	28.57	10	71.43		

En la Tabla 11 se puede observar la distribución de casos de consumo de drogas según el Clúster en el que fue clasificado cada sujeto. En esta tabla no se alcanza a observar ninguna diferencia estadísticamente significativa o marginal que nos permita hacer una inferencia. En todo caso, esto se interpreta como que el tipo de droga que se consume es independiente del Clúster en el que se le clasifique al sujeto.

Tabla 11.

Comparación del consumo de drogas según el Clúster

	No consume		Consume		$\chi^2(2)$	p
	f	%	f	%		
<i>Marihuana</i>						
Clúster 1	6	42.86	8	57.14	0.20	0.90
Clúster 2	5	35.71	9	64.29		
Clúster 3	5	35.71	9	64.29		
<i>Alcohol</i>						
Clúster 1	13	92.86	1	7.14	1.37	0.50
Clúster 2	11	78.57	3	21.43		
Clúster 3	11	78.57	3	21.43		
<i>Anfeta</i>						
Clúster 1	12	85.71	2	14.29	0.34	0.84
Clúster 2	11	78.57	3	21.43		
Clúster 3	12	85.71	2	14.29		
<i>Cocaina</i>						
Clúster 1	8	57.14	6	42.86	1.50	0.47
Clúster 2	9	64.29	5	35.71		
Clúster 3	11	78.57	3	21.43		
<i>Feni</i>						
Clúster 1	12	85.71	2	14.29	1.05	0.59
Clúster 2	10	71.43	4	28.57		
Clúster 3	10	71.43	4	28.57		
<i>Opiaceos</i>						
Clúster 1	12	85.71	2	14.29	0.31	0.86
Clúster 2	11	78.57	3	21.43		
Clúster 3	11	78.57	3	21.43		
<i>Pasta</i>						
Clúster 1	10	71.43	4	28.57	2.55	0.28
Clúster 2	13	92.86	1	7.14		
Clúster 3	10	71.43	4	28.57		

8. Discusión

8.1 Caracterización de la población muestral

8.1.1 Datos sociodemográficos

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por 42 sujetos; 27 de procedencia alemana y 15 chilenos. La mayoría de los sujetos manifestaron no tener pareja formal, es así como 27 sujetos eran solteros (64.29%) y 5 divorciados (11.90%) mientras que los casados, fueron 10 (23.81%).

A su vez, 13 sujetos presentaron estudios básicos incompletos (32.50%), 17 estudios básicos completos (42.50%) y 10 estudios medios completos (25.00%). Esto coincide con la evidencia empírica, por lo menos, en nuestro país, que da cuenta que el porcentaje de individuos al entrar a recintos penitenciarios tienen baja escolaridad y durante el cumplimiento de condena pueden acceder a estos programas mejorando sus niveles educacionales (León-Mayer et al., 2014). En Chile, existen múltiples programas de educación carcelaria. Estos tienen como objetivo, ayudar a los internos a terminar su educación dado a que múltiples trabajos exigen al menos haber cursado cuarto medio; por lo tanto, la educación pasa a ser una variable fundamental para aumentar las probabilidades de reinserción social y disminución de la reincidencia.

8.1.2 Escala de psicopatía (PCL-R)

El promedio de las puntuaciones totales de la PCL -R ($m = 19.75$) de la muestra total (chilenos y alemanes), se condice con varios estudios previos. Hare (2013), en una población de 5.408 delincuentes masculinos norteamericanos obtuvo como promedio 22,1 (DE = 7,9), en una muestra de 1.246 pacientes psiquiátricos forenses varones norteamericanos la media fue de 21,5 (DE = 6,9). Puntajes en muestras latinoamericanas son similares. Es así como en una muestra de 293 delincuentes masculinos chilenos se obtuvo un promedio de 23,14 (DE = 8,39). (León-Mayer, Asún-Salazar, & Óscar Folino, 2010), en otra muestra de 209 delincuentes masculinos chilenos se constató una media de 20,92 (DE = 6,83) (León-Mayer et al., 2014) y en una muestra de 154 delincuentes masculinos argentinos el promedio fue de 20,25 (DE = 7,73) (Folino & Hare, 2005).

Con respecto al Factor 1 (Interpersonal/afectividad) de la PCL-R, la media de la muestra fue de 8,70 (DE = 3,92). Similares puntuaciones fueron constatadas en las investigaciones realizada por Folino & Hare (2005), donde el promedio de delincuentes masculinos argentinos fue de 9,33 (DE = 3,59). Hare (2013), encontró promedios de 8,5 (DE = 3,8) y 8 (DE = 3,5) en delincuentes masculinos y en pacientes psiquiátricos forenses masculinos, respectivamente. La Faceta 1 (Interpersonal) de la muestra chilena- alemana tuvo una media de 4,15 (DE = 2,23). En estudios anteriores en población de delincuentes masculinos chilenos los puntajes en esta Faceta fueron 4,68 de promedio (DE = 2,56) (León-Mayer, Asún-Salazar, & Óscar Folino, 2010) y de 3,63 (DE = 2,15) (León-Mayer et al., 2014). En las muestras masculinas norteamericanas los promedios fueron de 3,6 (DE = 2,2) en población de delincuentes y 3,1 (DE = 2,1) en pacientes psiquiátricos forenses (R. Hare, 2013). Finalmente, la Faceta 2 (Afectividad) el promedio de la muestra fue 4,55 (DE = 2,13). Los estudios de León-Mayer et al., (2010) encontraron una media de 6,61 (DE = 2,15) y de 4,74 (DE = 1,79) (León-Mayer et al., 2014). Las poblaciones estudiadas por Hare (2013), arrojaron 4,8 (DE = 2,1) y 4,9 (DE = 2,1) de promedio en delincuentes masculinos y pacientes psiquiátricos forenses norteamericanos, respectivamente.

En el Factor 2 (Estilo de vida/ Antisocialidad), el promedio de la muestra fue de 9,99 (DE = 4,92). La muestra de delincuentes masculinos argentinos arrojó un promedio de 9,6 (DE = 4,68) (Folino & Hare, 2005) y las muestras norteamericanas de delincuentes de 11,6 (DE = 4,7) y la de pacientes psiquiátricos 11,9 (DE = 4) (R. Hare, 2013). Cabe señalar, que las muestras norteamericanas mostraron una media levemente mayor que las poblaciones latinoamericanas. Con respecto a la Faceta 3 (Estilo de vida) la muestra chilena-alemana obtuvo un promedio de 5,25 (DE = 2,69). Muestras de delincuentes masculinos chilenos han arrojado promedios de 6,11 (DE = 1,99)(León-Mayer, Asún-Salazar, & Óscar Folino, 2010) y de 4,91 (DE = 2,7)(León-Mayer et al., 2014). El promedio en delincuentes masculinos norteamericano ha sido de 5,8 (DE = 2,6) y en pacientes psiquiátricos forenses de 6,1 (DE = 2,2) (R. Hare, 2013). Con respecto a esta Faceta, se pudo observar que la muestra chilena-alemana obtuvo puntajes más cercanos a la muestra norteamericana. Sin embargo, los puntajes de las diferentes poblaciones se asemejan. Por último, con respecto a la Faceta 4 (Antisocialidad) la media fue de 4,74 (DE = 2,90). Las puntuaciones de promedios obtenidas anteriormente en población penal chilena son prácticamente iguales; 4,99 (DE = 2,68) (León-Mayer, Asún-Salazar, & Óscar Folino, 2010) y de 4,91 (DE = 2,7) (León-Mayer et al., 2014). Las poblaciones norteamericanas fueron

levemente superiores. Es así como el promedio de los delincuentes fue de 5,7 (DE = 2,8) y el de los pacientes psiquiátricos fue de 5,9 (DE = 2,6) (R. Hare, 2013) (Para más información ver Tabla comparativa en el marco teórico).

8.1.3 Cuestionario de nivel de integración estructural (OPD – SQ)

El promedio de la muestra chilena-alemana en el OPD- SQ total ($m = 1,58$) es cercano a un funcionamiento integrado, si nos atuviéramos a las directrices del manual. Es así como se podría hipotetizar que, las funciones estructurales de los sujetos de la muestra tenderían a estar disponibles y que, en momentos de estrés agudo, éstas dejarían de estarlo pudiéndose ver afectada las cogniciones, afectos, regulación emocional, la vivencia y percepción del otro y, por lo tanto, las relaciones interpersonales. Sin embargo, esta conjetura es provisoria. Para llegar a una conclusión más rigurosa es necesario considerar los siguientes aspectos.

A pesar de que la puntuación total del OPD- SQ pudiera evidenciar un funcionamiento estructural relativamente integrado, esto no se condice con lo observado en otras variables del estudio. Si se integran los resultados obtenidos en la PCL-R, se puede afirmar que la muestra chilena-alemana se caracterizó por tener la presencia de al menos la mitad de los rasgos que definen a la psicopatía. Se obtuvo un promedio aproximado de 20 puntos en la escala de un total de 40 puntos. Específicamente, el promedio de 4,15 de un total de 8 puntos de la Faceta Interpersonal, de 4,55 de 8 puntos en el área de la Afectividad, de 5,25 de un total de 10 puntos en Estilo de vida y 4,74 de un total de 10 puntos en los ítems de Antisocialidad; lo que indica que los sujetos de la muestra presentan indicadores de dificultades en estas áreas. Llama la atención que los comportamientos antisociales a lo largo de la historia de los sujetos fueron los que obtuvieron un promedio menor, viéndose por lo tanto una menor presencia de ellos en comparación con los otros rasgos. A partir de lo descrito, se puede hipotetizar que el puntaje total del OPD -SQ no tiene necesariamente relación con el nivel de integración estructural que representa en la evaluación clínica el puntaje obtenido. Desde ahí, se podría pensar que estos sujetos si presentan vulnerabilidades en su personalidad, una predisposición a enfermedades y dificultades para elaborar los conflictos internos y las vivencias estresantes externas (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

A su vez, las medidas de auto reporte en investigaciones sobre psicopatía y delincuencia pueden ser conflictivas. Este tipo de población tiende a presentar rasgos de manipulación,

control y tener dificultades para aceptar las propias responsabilidades de sus actos. Esto pudiera interferir en el grado de veracidad que tienen sus respuestas. Es así como, por ejemplo, la ansiedad ha sido relacionada con la psicopatía de forma controversial (Swogger & Kosson, 2007). A pesar de que se ha asociado la ausencia de ansiedad al fracaso para responder al castigo (Licuen, 1957), los hallazgos empíricos han sido contradictorios. Existen múltiples investigaciones que muestran poca relación entre la psicopatía y la ansiedad auto informada (Hale et al., 2004; Schmitt & Newman, 1999). Sin embargo, existen investigaciones que muestran que existen correlaciones positivas y negativas entre la ansiedad no auto informada y los Factores (interpersonal, afectivos, estilo de vida y antisocialidad) que componen al constructo de psicopatía de la PCL-R (Derefinko, 2015; R. D. Hare, 2003). A su vez, es imprescindible recalcar que estos sujetos tienden a tener dificultades para aceptar sus responsabilidades como también, el impacto que tiene en otros sus comportamientos delictuales. Además, tienden a presentar problemas para sentir culpa, empatía y remordimiento. Lo anterior, guarda relación con dificultades para poder reflexionar sobre si mismos. En este sentido, es de esperar que estos sujetos presenten problemas para reportar respecto a su funcionamiento psicológico. Por último, es importante considerar que las respuestas auto informadas de estos sujetos pudiera estar mediada también por la deseabilidad social.

Otro aspecto relevante a considerar es que, a pesar de que el instrumento de auto reporte del OPD – SQ se encuentra validado (Lorenzini et al., n.d.), aún no se realiza la validación clínica. Por lo tanto, no existe evidencia sobre la concordancia entre las puntuaciones del OPD – SQ y la evaluación de jueces. Es por ello que, no es posible asociar directamente los puntajes obtenidos con los niveles de integración estructural definidos en el manual. Esto pasa a ser una limitación en el presente estudio, lo que no impide que se puedan hacer las comparaciones realizadas en esta tesis.

Considerando que el OPD-SQ aún no ha sido validada clínicamente y las limitaciones que presentan las medidas auto informadas en este contexto, no es posible afirmar que los delincuentes estudiados presentan un nivel de integración estructural cercano a un funcionamiento integrado.

Dicho lo anterior, podemos verificar que la muestra chilena alemana se caracterizó por tener, al comparar las diferentes capacidades estructurales, mayores dificultades en las funciones

relacionadas con la Percepción de objeto, Autorregulación, Regulación de objetos, Comunicación y Vínculo externo. Es así como los sujetos tendieron a presentar un peor funcionamiento en las escalas relacionadas con los otros que en las subescalas orientadas hacia sí mismo. Es decir, en la relación con los demás, presentan mayores vulnerabilidades que en las escalas orientadas hacia sí mismo. Sólo en las funciones de Autorregulación se pudieron observar éstas mismas vulnerabilidades.

En este sentido, y específicamente, presentan mayores vulnerabilidades para diferenciarse de los demás; tienden a tener dificultades para diferenciar los pensamientos, necesidades e impulsos propios de los ajenos y; tienen mayores problemas para percibir a los otros de forma completa y realista en comparación, con la Percepción de sí mismos. A su vez, presentan un peor funcionamiento psicológico para la Autorregulación y la Regulación con el objeto. De esta forma, es posible que presenten dificultades para internalizar vivencias psíquicas de ellos mismos como agentes competentes. Lo cual afecta la posibilidad de integración y regulación de la autoestima. De acuerdo con el Manual OPD, cuando hay vulnerabilidades estructurales en las capacidades de regulación, la diferenciación e integración de los afectos e impulsos se ve afectada, por lo que los sujetos presentan comportamientos impulsivos. En este sentido, pueden tener dificultades para responsabilizarse de los que les sucede y hacen. Es así como es posible que no logren proteger sus relaciones interpersonales de los propios impulsos, considerando los intereses propios y ajenos. Al tener dificultades para anticiparse a la reacción de los otros y para tomar distancia de lo que les ocurre y sienten, la capacidad de reflexión y de regulación del comportamiento se ven afectadas. Las funciones estructurales están menos disponibles para establecer un contacto emocional recíproco, dónde los demás tienen un impacto en el sujeto. Al no haber un sentimiento de reciprocidad, la capacidad empática se ve interferida viéndose a su vez, menoscabada la habilidad para entender a los otros a través de la propia experiencia y comprensión mutua. De igual forma, se puede plantear que estos sujetos presentan mayores dificultades para sentir afectos prosociales como son la solidaridad, el sentido de responsabilidad, el cuidado, la tristeza frente a una pérdida y el respeto de normas éticas con el consiguiente afecto de culpa, si es que no se respetan. (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Lo descrito se condice con los resultados descriptivos obtenidos en las puntuaciones de la muestra en la PCL-R y con la literatura clínica. Los promedios de las distintas Facetas y Factores dan cuenta de que estos sujetos presentan dificultades en sus relaciones interpersonales, en cuanto a

que tienden a no considerar al otro. Es así como pueden manipular y controlar a los demás para el beneficio propio. Tienden al egocentrismo y grandiosidad, viéndose afectada la capacidad para sentir empatía, culpa y remordimiento. Tienen dificultades para aceptar la responsabilidad de sus acciones delictuales, lo que tiene un impacto para aprender de los propios errores. A través de un estilo de vida antisocial, tienden a comportamientos impulsivos e irresponsables (R. Hare, 2013).

A partir de los resultados, y como ya se mencionó, los sujetos de la muestra presentan mayores funciones estructurales disponibles, o menores vulnerabilidades psicológicas, en las subescalas orientadas hacia sí mismos en comparación a las subescalas orientadas hacia otros. Sin embargo, considerando las limitaciones ya descritas, no es posible afirmar el grado de disponibilidad de las funciones estructurales para poder tener una imagen de sí mismos diferenciada, integrada y coherente en el tiempo; para ir internalizando representaciones positivas relacionales y de los otros de forma de contar con capacidades de autorreflexión y autocontención. El que los delincuentes de la muestra hayan presentado dificultades en la capacidad de manejo emocional, da cuenta de que sus funciones estructurales para la Percepción de sí mismo, no están del todo disponibles. Como se estipula en el Manual OPD “... *la dimensión regulación describe un aspecto integrador de la vivencia psíquica...*” (Grupo de Trabajo OPD, 2008, p. 301). Por lo tanto, a partir de esta variable se desprenden una serie de funciones fundamentales para un funcionamiento psicológico sano. La capacidad para responsabilizarse de las propias acciones, la autoconfianza, autoestima, la posibilidad de integrar y manejar los afectos e impulsos y el comportamiento, el cuidar y proteger las relaciones interpersonales, la autorreflexión y el aprender de la experiencia dependen de la disponibilidad de estas funciones. Por lo tanto, a menor nivel de integración estructural menos funciones estructurales de la capacidad de manejo se encuentran disponibles. El sí mismo es cada vez más pasivo, sin poder hacerse responsable de los propios sucesos psíquicos.

8.1.4 Diagnóstico

El Trastorno por consumo de sustancia, el cual contempla los diagnósticos de Adicción y/o abuso de sustancia y/o alcohol, fue el trastorno más prevalente. Una mayor cantidad de sujetos reportan consumir Marihuana (61.90%, $n = 26$) y cocaína (33.33%, $n = 14$). Es de gran relevancia mencionar que fueron 11 sujetos los que no registraron este diagnóstico (26.19 %).

Sin embargo, la muestra total fue tomada en áreas de tratamiento para la adicción. Lo más posible es que estos no fueron registrados porque llevaban algún tiempo de abstinencia. Como criterio de exclusión, no se consideraron los sujetos que llevaban más de un año en abstinencia. Por lo tanto, dado a que no se tiene registro, esto podría constituir una de las limitaciones del presente estudio.

El segundo diagnóstico más prevalente fue el Trastorno antisocial de la personalidad (38.10%, $n = 16$). Es de relevancia mencionar que sólo el 11, 90% ($n = 5$) de la muestra obtuvo el diagnóstico de Psicopatía según la PCL -R. Donde el 60% de los sujetos que fueron diagnosticado como Psicópatas tuvieron también el diagnóstico de TAP. A la inversa, el 18.75% de los sujetos que presentaron el diagnóstico de TAP, fueron también diagnosticados como Psicópatas. Esto se condice con otros hallazgos que dan cuenta que la proporción de sujetos con diagnósticos de Trastorno antisocial tienden a ser mucho mayor que los sujetos que presentan el diagnóstico de psicopatía. Es así como, León-Mayer et al., (2014), en una muestra de 209 delincuentes obtuvo que el 67% presentaron el diagnóstico de trastorno antisocial (DSM IV) y el 13.4% el de psicopatía, donde el 98.6% de los sujetos que obtuvieron este diagnóstico también fueron diagnosticados con TAP. De igual forma, Hare et al. (1991), en una muestra de 119 internos, el 79.2% de los que fueron diagnosticados con Psicopatía (PCL-R) fueron diagnosticados también con TAP. A su vez, el 30.2% de los delincuentes diagnosticados con TAP tuvieron también el diagnóstico de psicopatía.

Finalmente, sólo el 16.67% tuvo el diagnóstico de Trastorno por angustia; categoría diagnóstica que estuvo compuesta por los siguientes diagnósticos: Trastorno de angustia o ansiedad, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de angustia con y sin agorafobia, Fobia simple, Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno por estrés postraumático. La presencia de ansiedad ha sido utilizada como criterio diagnóstico para la diferenciación de psicopatía primaria y secundaria (Swogger & Kosson, 2007). Se ha descrito a los psicópatas primarios como sujetos que tienen falta de remordimiento, fallas en la empatía y afectividad superficial. En cambio, los psicópatas secundarios presentarían mayores índices de ansiedad, mayores comorbilidades diagnósticas (Inclusive un mayor nivel de abuso de sustancias), afectividad negativa y puntuaciones más bajas que el psicópata primario, en el Factor interpersonal de la PCL- R (Blackburn, 1998; Swogger & Kosson, 2007).

8.1.5 Delitos

Los delitos que tuvieron mayor prevalencia en la muestra chilena-alemana fueron el robo (52.38%, $n = 22$), luego los delitos violentos (47.2%, $n = 20$) (Homicidios, secuestro, violación y agresión sexual) y finalmente, los delitos sexuales (38.10%, $n = 16$).

8.2 Discusión Correlaciones

En la discusión de los resultados descriptivos de la población muestral, se hizo hincapié a las dificultades que presentan los instrumentos de auto reporte en la población estudiada. A pesar de estas limitaciones, se encontraron resultados correlacionales entre el OPD -SQ y la PCL-R que son de gran interés.

8.2.1 PCL-R Total

La escala total de la PCL-R se relacionó positiva y significativamente con la escala total del OPD- SQ ($r = 0.38$, $p = 0.012$). Es decir, en la medida que el sujeto tiene mayores rasgos y comportamientos psicopáticos, el nivel de integración estructural es menor. A modo general, mayores puntajes en la PCL-R total, mayores son las vulnerabilidades estructurales para desarrollar un espacio psíquico para elaborar los conflictos. Las funciones reguladoras pueden no estar disponibles de forma permanente (como un déficit estructural) o pueden disminuir en momentos de estrés (vulnerabilidad estructural). El sí mismo va a tender a ser más frágil e impulsivo, los otros tienden a ser experimentado como amenazantes, perseguidores o extremadamente idealizados. Presentarían mayores dificultades para neutralizar e integrar los impulsos. Debido a ello, tendrán más problemas para integrar los impulsos, afectos e ideales a una identidad global y constante en el tiempo. De manera contraria, bajas puntuaciones en la PCL-R total podría relacionarse con mayores funciones estructurales disponible para la integración de la estructura psíquica. De ello resulta, poder contar con un espacio interno para elaborar conflictos, percibiendo diferenciadamente las cogniciones, afectos, recuerdos, entre otros. De igual forma, en la medida de poder contar con un nivel de integración estructural más alto, existen mayores funciones reguladoras para situaciones de estrés interno y externo (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

Específicamente, se encontraron asociaciones positivas y significativas entre la PCL -R total y las escalas de Autorregulación ($r = 0.34$, $p = 0.026$), Regulación de objetos ($r = 0.55$, $p < 0.001$) y Vínculo interno ($r = 0.33$, $p = 0.032$). Por lo tanto, en la medida que el sujeto tenga mayores rasgos y comportamientos psicopáticos tendrán menos disponibles las funciones reguladoras que permiten tomar distancia de los propios impulsos y afectos, pudiendo integrarlos, regularlos y dirigirlos de manera adaptativa. De esta forma, presentarán mayores dificultades para proteger las relaciones interpersonales de los propios impulsos y considerar

ajustadamente los intereses de los demás. Las reacciones de los otros no son un principio regulador del propio comportamiento. Finalmente, la regulación de la autoestima se verá afectada. De igual forma, a mayores puntajes de la PCL-R total, mayores vulnerabilidades estructurales tendrán los individuos en Vínculo interno. Esto quiere decir que presentarán mayores dificultades para ir internalizando imágenes variadas y positivas de sí mismos y de otros. Por lo tanto, la capacidad para experimentar y mantener afectos positivos hacia los demás se verá afectada. El tener dificultades para internalizar representaciones positivas de sí mismos, tendrá un impacto en el desarrollo de las capacidades para cuidarse, tranquilizarse, contenerse y protegerse (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

Cabe mencionar que también se encontraron tendencias positivas, con significancia marginal, entre la PCL-R total y las subescalas de Percepción de sí mismos ($r = 0.30, p = 0.054$), Percepción de objetos ($r = 0.30, p = 0.051$) y Comunicación externa ($r = 0.27, p = 0.087$). Por lo tanto, a mayores puntajes en la PCL-R total, habrá una tendencia a presentar menores recursos psicológicos para diferenciar pensamientos, necesidades, afectos e impulsos propios y ajenos; para lograr desarrollar una identidad integrada; reflexionar sobre sí mismos y crear una imagen de los demás completa y realista. A mayores funciones estructurales en la Comunicación externa, menores son los rasgos y conductas psicopáticas. De esta forma, los sujetos que puntúan alto en la PCL-R total, tenderán a tener mayores vulnerabilidades estructurales para establecer un contacto emocional con otros, pudiendo sentir empatía, expresar y sentir afecto por los demás (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Es posible hipotetizar que estas subescalas pudieron haber presentado una significancia marginal por el tamaño muestral. Al contar con una muestra relativamente pequeña, hay mayores probabilidades de la aleatoriedad muestral, lo que impacta en los niveles de significancia. En este sentido, podría ser de gran importancia en investigaciones futuras, analizar la magnitud de las correlaciones y su significancia en muestras más grandes. Las investigaciones a las que se hará referencia en este apartado, tienden a tener tamaños muestrales de sobre 100 sujetos.

Existe múltiples análisis de correlación entre la PCL-R e instrumentos de auto reportes que evalúan la personalidad y rasgos psicopatológicos (por ejemplo, el MMPI, MCMI). La evidencia muestra que las correlaciones entre estas escalas tienden a ser pequeñas. Sin embargo, son consistentes con la conceptualización de psicopatía de la PCL-R porque buscan evaluar

aspectos psicológicos que frecuentemente, también son parte del constructo de psicopatía. Es así como, por ejemplo, evalúan la búsqueda de sensaciones, el nivel de manipulación, impulsividad, de ansiedad neurótica, empatía y preocupación por las relaciones interpersonales (R. Hare, 2013).

A pesar de lo anterior Hare (2013), encontró correlaciones muy bajas entre las subescalas del MMPI y la PCL-R. Es así como se pudo observar que las puntuaciones totales de la PCL-R correlacionaba positivamente con desviación psicopática (Pd) ($r=0.26$) y con la hipomanía (Ma) ($r = 0.27$). De manera inversa, los puntajes totales de la escala de psicopatía correlacionaron negativamente o estuvieron ausente con la Triada neurótica (Hiponcondría, $r = -0.14$; Depresión, $r = -0.09$ y; Histeria, $r = -0.10$), con la Triada psicótica (Paranoia, $r = -0.06$; Psicastenia, $r = -0.08$ y; Esquizofrenia, $r = 0.01$), con la escala Masculinidad-Feminidad ($r = -0.30$) e Introversión social ($r = -0.08$). Harpur et al. (1989), encontró asociaciones débiles entre los puntajes totales de la PCL-R y las dimensiones de Extraversión ($r = 0.11$), Neuroticismo ($r = 0.02$), y Psicoticismo ($r = 0.14$) de Eysenck. Cabe mencionar que las correlaciones recién descritas, no fueron presentadas con sus niveles de significancia. Por lo tanto, no es posible afirmar que estas asociaciones sean significativas.

Por otra parte Hart & Hare (1989), encontraron que las puntuaciones totales de la PCL-R correlacionaban positiva y significativamente con los Trastornos de consumo de sustancias (sustancias no alcohólicas) ($r = 0.31$) y con los Trastornos de personalidad histriónico ($r = 0.30$) y antisocial ($r = 0.45$). Smith & Newman (1990), plantearon que la asociación entre el total de la PCL-R y los trastornos por consumo de sustancias, se explica por completa por el factor 2.

Considerando la evidencia recién expuesta, pareciera que la PCL-R total ha presentado correlaciones significativas sólo con diagnósticos psiquiátricos y psicológicos y no así, con instrumentos que miden aspectos de la personalidad. Aunque estas últimas fueran significativas, son asociaciones débiles. Por lo tanto, es posible afirmar que el OPD-SQ y algunas de sus subescalas, a diferencia de otros instrumentos, si presentan correlaciones significativas con la PCL-R total.

8.2.2 Factor 1: Interpersonal y Afectividad

En la presente investigación se encontró una correlación significativa, positiva y moderada entre el Factor 1 de la PCL-R y la Regulación con el objeto del OPD ($r = 0.34, p = 0.027$). Es decir, a mayor presencia de este Factor, menores son las funciones estructurales disponibles para proteger las relaciones interpersonales significativas, para regular los intereses propios considerando los de los demás y, para tener consciencia del impacto que tienen en otros sus propios comportamientos. Consistentemente con la evidencia empírica, no se encontraron otras asociaciones significativas entre este Factor y el total y subescalas del OPD.

Cuando se analizaron las Facetas que componen el Factor 1, no se encontraron correlaciones significativas entre el área interpersonal de la PCL-R y el total y subescalas del OPD. Empero, se pudo observar una correlación positiva y significativa entre los rasgos afectivos de la psicopatía y la subescala Regulación con el objeto del OPD-SQ ($r = 0.44, p = 0.004$). Por lo tanto, los sujetos con ausencia de culpa y remordimiento, poca profundidad en los afectos, crueldad, falta de empatía e incapacidad de responsabilizarse por sus acciones, presentan mayores vulnerabilidades y déficits estructurales para responsabilizarse de sus propias acciones, no pudiendo proteger sus relaciones interpersonales de los propios impulsos, intereses y deseos. Los intereses propios y ajenos pueden ser confundidos, lo que los podría llevar a sentirse exigidos por los demás. Por último, presentarán mayores dificultades para anticiparse a las reacciones que otros tienen frente a sus comportamientos (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

Se pudo observar también una tendencia positiva, y marginalmente significativa, entre la Faceta 2 y Vínculo Externo ($r = 0.29, p = 0.064$). Es decir, a mayor presencia de los rasgos afectivos de la psicopatía, se tenderá a menores funciones estructurales disponibles para vincularse emocionalmente con los demás, pudiendo experimentar agradecimiento, cuidado, culpa y tristeza. A su vez, tendrán más dificultades para aceptar ayuda, apoyo, cuidado, guía y las disculpas en sus relaciones (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Es sabido dentro de la literatura clínica el rol crucial que juega en los procesos psicoterapéuticos, la capacidad para aceptar la ayuda. A su vez, al tener menoscabada la empatía, los sentimientos de culpa y remordimiento, estos dejan de ser un movilizador emocional para tomar consciencia y querer reparar el daño cometido. La ausencia de empatía es una de las características de personalidad centrales de la psicopatía. Sin embargo, existe evidencia contradictoria en los estudios sobre el procesamiento

emocional/empatía de estos individuos (Brook & Kosson, 2013). Al mismo tiempo, hay que considerar que estos sujetos presentan una gran habilidad para engañar y explotar a otros, lo que implica una capacidad de poder entender la mente de los demás para predecir lo que otros van a creer o no. Esto es lo que Baron-cohen et al. (2005) llamaron, “lectura de la mente sin empatía”. La Empatía es un constructo multidimensional, que integra aspectos cognitivos y aspectos emocionales. La empatía cognitiva, guarda relación con la habilidad para poder tomar la perspectiva de los otros y representar los estados mentales de los demás como lo establece la “teoría de la mente” (Dziobek et al., 2008), y la “mentalización” (A. Bateman & Fonagy, 2013). La capacidad de empatía emocional tiene que ver con la respuesta emocional que tiene un observador frente al estado emocional de un tercero (Eisenberg & Miller, 1987; Mehrabian & Epstein, 1972). En este sentido, la ausencia de empatía podría estar relacionada con la incapacidad para experimentar emocionalmente lo que otros sienten y no tener relación, con la comprensión cognitiva que les permite saber racionalmente lo que otros sienten. Es así como algunas investigaciones, han encontrado que los pacientes con diagnóstico de trastorno narcisistas y psicopáticos tienden a presentar la empatía cognitiva conservada y un déficit en la empatía emocional (Dolan & Fullam, 2004; Drozek & Unruh, 2020; Fossati et al., 2017; Ritter et al., 2011; Sandvik et al., 2014). Incluso, algunos investigadores han encontrado que estos sujetos son mejores lectores de los estados emocionales negativos de otros en comparación con grupos de control (Fossati et al., 2017), que presentan áreas mejoradas de mentalización (A. W. Bateman & Fonagy, 2006), que pueden tener un desempeño superior en tareas relacionadas con la empatía cognitiva (Dolan & Fullam, 2004) y que algunos poseen una mayor competencia en la detección de vulnerabilidades emocionales (Sandvik et al., 2014).

Existe evidencia empírica de la tendencia del Factor 1 (Interpersonal/Afectividad), a presentar relaciones negativas pequeñas o que están ausentes en múltiples escalas que evalúan la personalidad (por ejemplo, Escalas del MMPI, la Escala de socialización (SO) del Inventario psicológico de California y la Escala de Psicopatía de auto reporte (SRP). Sin embargo, estos instrumentos tienden a mostrar una correlación moderada con el Factor 2. Por lo tanto, se podría plantear que los constructos de personalidad de estos instrumentos se relacionan más con las conductas antisociales (Factor 2) que con los rasgos centrales (Factor 1) de la psicopatía como también, la dificultad que presentan los instrumentos auto informados para evaluar las áreas interpersonales y la afectividad (R. Hare, 2013; Harpur et al., 1989).

La ansiedad ha sido una variable controversial en los estudios con psicópatas (Swogger & Kosson, 2007). Es así como, algunos investigadores plantean que los psicópatas vivencian poca ansiedad, tensión subjetiva o sintomatología neurótica (Cleckley, 1941; Hale et al., 2004; Schmitt & Newman, 1999). Sin embargo, otros postulan que estos sujetos experimentan ansiedad y angustia emocional (Robins, 1978 (Harpur et al., 1989; Newman & Kosson, 1986) y qué incluso, la ansiedad podría ser un criterio diagnóstico para distinguir entre psicópata primario o secundario (Newman et al., 1997, 2005; Poythress & Skeem, 2006).

En investigaciones anteriores, se ha podido vislumbrar que el Factor 1 tiende a presentar correlaciones negativas con neuroticismo y (Harpur et al., 1989; Hicks et al., 2004; Lilienfeld, 1998), medidas de ansiedad y emocionalidad negativa (Frick et al., 1999; Harpur et al., 1989; Patrick, 1994; Verona et al., 2001). Es decir, entre mayor es la presencia de los rasgos centrales de la psicopatía menores son los niveles de ansiedad, inestabilidad e inseguridad emocional, de signos de preocupación, de tensión y culpabilidad y de afectos negativos como el recelo, resentimiento y agresión (Eysenck & Eysenck, 1975; Tellegen, 1982). Cabe señalar que, la tendencia entre las asociaciones de los diversos instrumentos auto informados que miden ansiedad y la PCL-R, son débiles e inconsistentes (R. Hare, 2013). Sin embargo, hay otros investigadores que explican que, a pesar de que las correlaciones entre los factores de la PCL-R y estas escalas son pequeñas, existe consistencia en el patrón vislumbrado en los diferentes instrumentos y muestras. Por lo tanto, plantean que la relación entre psicopatía y ansiedad es estable (Harpur et al., 1989).

Por otra parte Herve (2003), encontró que el Factor 1 se correlacionaba negativamente con medidas de auto reporte de empatía, índices psicofisiológicos del miedo, diagnósticos del DSM de Trastornos de personalidad evitativa y dependientes. A su vez, encontró que este Factor correlacionaba positivamente, con diagnósticos auto informados de narcisismo y dominación y de Trastornos de personalidad narcisistas e histriónico del DSM (Dempter et al., 1996 en Herve, 2003).

A pesar de que la evidencia empírica ha mostrado correlaciones pequeñas entre el Factor 1 de la PCL-R y otros instrumentos de la personalidad, en esta investigación si se encontró correlación significativa con la Regulación de objeto y una tendencia con Vínculo externo. Esto podría reflejar que el OPD-SQ, a pesar de ser un instrumento de auto reporte, pudiera evaluar

de manera más específica aspectos afectivos e interpersonales que otros instrumentos de personalidad.

8.2.3 Factor 2: Estilo de vida y Antisocialidad

En el presente estudio, se pudo observar que el Factor 2 (Estilo de vida/ Antisocialidad) correlacionó positiva y significativamente con los puntajes totales del OPD ($r = 0.54, p < 0.001$) y todas sus subescalas, con excepción de vínculo externo. En otras palabras, existe una relación significativa y positiva entre presentar un historial desde la infancia de conductas antisociales, tendencias al aburrimiento, necesidad de excitación, irresponsabilidad, estilo de vida parasitario y faltas de metas realistas a largo plazo con, fallas en las funciones estructurales relacionadas con las capacidades cognitivas (Autopercepción, $r = 0.45, p = 0.003$ /percepción de objeto, $r = 0.47, p = 0.002$), capacidades de manejo (Autorregulación, $r = 0.50, p = 0.001$)/Regulación con el objeto, $r = 0.61, p < 0.001$), capacidades comunicacionales (comunicación interna, $r = 0.34, p = 0.030$ y externa ($r = 0.47, p = 0.002$) y la posibilidad de vincularse con los objetos internos ($r = 0.45, p = 0.003$).

También se pudo constatar que, a mayor tendencia al aburrimiento, a la necesidad de excitación, a la impulsividad, irresponsabilidad manteniendo así, un estilo de vida parasitario, sin poder tener metas realistas a largo plazo (Faceta 3: Estilo de vida), menor es el nivel de integración estructural (Puntaje total OPD, $r = 0.50, p = 0.001$). Específicamente, se pudo constatar que a mayor puntaje en la Faceta 3, menores funciones estructurales cognitivas (Autopercepción, $r = 0.42, p = 0.005$ y Percepción de objeto, $r = 0.46, p = 0.002$), reguladoras (Autorregulación, $r = 0.49, p = 0.001$ y Regulación con el objeto, $r = 0.57, p < 0.001$), comunicadoras (con los objetos, $r = 0.43, p = 0.005$) y vinculares (con los objetos internos, $r = 0.43, p = 0.005$) se encuentran disponibles. Por lo tanto, serán sujetos que presentarán mayores dificultades para tener una identidad integrada, pudiendo diferenciar los propios afectos del de los demás. Por lo tanto, mostrarán mayores dificultades para diferenciarse de otros, no pudiendo tener una percepción realista y total de los demás. Esto a su vez, afectará las capacidades para reflexionar. Además, presentarán dificultades en el manejo de sus impulsos, en la tolerancia de sus emociones y, por ende, en la regulación de su autoestima. Serán sujetos que no lograrán regular sus intereses permitiendo que los otros también los tengan, tendrán problemas para establecer un contacto emocional con los demás, sin poder dar cuenta de lo que les ocurre ni

tampoco, experimentar niveles de empatía ajustados a la situación. El que las relaciones sean conflictivas, puede relacionarse con ciertas dificultades para contar con un espacio intrapsíquico donde sea posible ir internalizando los objetos significativos. Debido a ello, pudieran presentar pocos recursos internos para la autocontención, ya que existen poca variedad de vínculos internalizados.

Existe una correlación positiva entre la Faceta que mide el historial antisocial del sujeto y el OPD total ($r = 0.44$, $p = 0.004$) y todas sus subescalas, con excepción al vínculo externo ($r = 0.16$). Por lo tanto, en la medida que los sujetos tengan más problemas conductuales precoces, Delincuencia juvenil, Revocación de beneficios, Control conductual inadecuado y Versatilidad criminal, presentarán mayores vulnerabilidades estructurales en sus capacidades cognitivas (Percepción de sí mismo, $r = 0.36$, $p = 0.019$ y Percepción del objeto, $r = 0.37$, $p = 0.017$), capacidades de manejo (Autorregulación, $r = 0.38$, $p = 0.014$ y regulación con el otro, $r = 0.51$, $p = 0.001$), capacidades emocionales (Comunicación interna, $r = 0.37$, $p = 0.015$ y Comunicación externa, $r = 0.39$, $p = 0.010$) y capacidad para vincularse con los objetos internos ($r = 0.36$, $p = 0.019$).

Opuestamente al factor 1, el factor 2 tiende a correlacionar positivamente con las medidas de autoreporte de ansiedad, neurotismo, emocionalidad negativa, impulsividad, la necesidad de excitación y la ira (Frick et al., 1999; R. Hare, 1990; Harpur et al., 1989; Patrick, 1994; Verona et al., 2001). Esto podría explicar los resultados contradictorios encontrados entre algunas mediciones de ansiedad y la PCL-R. En este sentido, el aumento de los niveles de ansiedad puede deberse a que la desviación social característica de la psicopatía, expone al sujeto a una mayor incidencia de eventos estresantes como arrestos, problemas con la justicia, entre otros (Lilienfeld, 1998).

Harpur et al. (1989), encontraron que el psicoticismo se encontraba débilmente a moderadamente asociado con el Factor 2 ($r = 0.22$). Por lo tanto, es posible plantear que la tendencia al aburrimiento y a necesitar excitación, la impulsividad, irresponsabilidad, tener un estilo de vida parasitario, ausencia metas realistas a largo plazo, mal control conductual, problemas conductuales precoces, delincuencia juvenil, la revocación de beneficios judiciales y la versatilidad criminal se asocia con la agresividad y la hostilidad interpersonal (Eysenck & Eysenck, 1975; S. Hart & Hare, 1998; Herve, 2003; Lilienfeld, 1998).

Existe evidencia de que existe una correlación positiva entre el factor 2 e instrumentos de autoinforme para los diagnósticos de Trastorno de la personalidad antisocial, límite, abuso de sustancias según el DSM (S. Hart & Hare, 1998; Herve, 2003; Lilienfeld, 1998).

Como se puede vislumbrar, el Factor 2 de la PCL-R tiende a presentar correlaciones débiles a moderadas con otros instrumentos de la personalidad. En la investigación actual, se encontraron correlaciones fuertes ($r > 0.50$) y muy significativas ($p < 0.001$). Todas las correlaciones que tuvieron esta significancia fueron, el Factor 2 con OPD total ($r = 0.54$), Regulación de objeto con Faceta 3 ($r = 0.57$), con Factor 2 ($r = 0.61$) y con la PCL-R total ($r = 0.55$).

8.3 Discusión Clústers Latentes

La presente investigación estuvo orientada a estudiar a delincuentes adictos privados de libertad. Existe evidencia de la tendencia y prevalencia del consumo de sustancia en la población penal (Ignatyev et al., 2019; León-Mayer et al., 2014; Ministerio de Salud & Universidad de Chile, 2010; Mundt et al., 2013). Debido a ello, se buscó activamente a delincuentes adictos que estuvieran en tratamiento, con el objetivo de entregar conocimiento y así, contribuir a nivel de intervenciones psicoterapéuticas.

Como se ha mencionado anteriormente, los sujetos de la población estudiada proceden de Chile y Alemania. Se caracterizaron por estar en tratamiento por consumo problemático de sustancia y por estar privados de libertad. Es importante mencionar que, dada las diferencias culturales, en Alemania este tipo de sujetos se encuentran privados de libertad en hospitales forenses y los chilenos, en recintos penales. En investigaciones sobre psicopatía, existe una tendencia a seleccionar grupos homogéneos para poder detectar diferencias en las variables de interés. La hipótesis subyacente es que, si se estudian muestras heterogéneas, no se podrán materializar las diferencias (Hicks et al., 2010; Vassileva et al., 2005). Sin embargo, en la presente investigación se pudieron encontrar diferencias entre los clústers a partir de análisis de conglomerados jerárquicos y no jerárquicos. En otras palabras, a pesar de que la población estudiada procede de diferentes culturas, que se encuentran recluido en diferentes contextos y donde se vislumbra una mayor prevalencia de delitos sexuales en la muestra alemana, los sujetos se organizaron en tres clústers. Cada uno de ellos, estuvo compuesto por chilenos y alemanes, presentaron características particulares y diferencias significativas entre ellos.

Existe evidencia empírica que da cuenta que existe una heterogeneidad dentro de la clasificación de Psicopatía (R. Hare, 2013; Hicks et al., 2004; Sandvik et al., 2014; Swogger & Kosson, 2007). Es así como, a lo largo de la historia, múltiples clínicos e investigadores, han sugerido diferentes tipologías (por ejemplo, (Areti, 1967; Cleckley, 1941; Henderson, 1947; Karpman, 1941; Lykken, 1995; Partridge, 1928). Dentro de éstas, las más conocidas son las que hacen alusión a los psicópatas “primarios” o “idiopáticos” (Blackburn, 1996; Karpman, 1956) y “secundarios” o “sintomáticos” (Arieti, 1967; Blackburn, 1996; Karpman, 1956).

A pesar de lo anterior, los investigadores han prestado poca atención al estudio de la diferenciación de subgrupos de psicópatas y de delincuentes (Cleckley, 1941; Herve, 2003;

Lykken, 1995; Swogger & Kosson, 2007). Es así como, se pudo acceder a dos tipos de investigaciones que utilizan análisis de Clústers; 1) orientadas a estudiar específicamente subtipos de psicopatía (Hicks et al., 2004) y 2) orientadas a estudiar subtipos de criminales, donde también es posible encontrar grupos de psicópatas (Herve, 2003; Swogger & Kosson, 2007; Vassileva et al., 2005).

En esta investigación se utilizó como variable de aglomeración las cuatro Facetas (Interpersonal, Afectividad, Estilo de vida y Antisocialidad) y los dos Factores (Interpersonal/Afectividad y Estilo de vida/Antisocialidad) de la PCL-R. Esto fue posible debido a que no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala entre la población chilena y alemana.

Se obtuvieron tres clústers. El clúster 1, se caracterizó por tener puntajes altos en todos los Factores y Facetas. Sin embargo, la Faceta 1 (interpersonal) fue levemente menor que el clúster 2. Este último clúster, obtuvo puntajes altos en las facetas 1 (interpersonal), 2 (afectiva) y 3 (estilo de vida) y puntuaciones bajas en la faceta 4 (antisocial). Por lo tanto, el clúster 2 obtuvo puntajes altos en el Factor 1 y puntajes moderados en el factor 2. Finalmente, el clúster 3 arrojó puntuaciones bajas en todas las facetas y factores.

Existen pocas investigaciones que utilizan la PCL-R como variable de agrupación. Una de ellas es la que realizó Herve (2003), para obtener el grado de Doctor en Filosofía en la Universidad British Columbia. La tesis tenía como objetivo identificar empíricamente la existencia de subtipos psicopáticos, utilizando como variable de aglomeración en uno de los estudios 3 Facetas (Interpersonal, Afectividad y Estilo de vida) y en otro, 4 Facetas (sólo se incluye Antisocialidad) de la PCL-R. Se seleccionó una muestra de 411 prisioneros hombres de una base de datos de investigaciones que se habían llevado a cabo en cárceles de alta y mediana seguridad. Mediante diversos análisis de clústeres (jerárquicos y no jerárquicos) encontró cuatro subtipos de psicópatas; 1) Psicópata clásico, el cuál presentó todas las características del diagnóstico (Factor 1 y 2); 2) Psicópata Machista, que presentaron una mayor tendencia a la impulsividad y agresividad, altos puntajes en las áreas de afectividad y estilo de vida y antisocialidad y puntajes bajos en los ítems interpersonales; 3) Psicópata manipulador, que se manifiestan a través de un estilo de vida parasitario, tuvieron puntajes altos en las Facetas interpersonal y afectiva y menores puntajes que los otros psicópatas en desviación social y; 4)

Pseudopsicópata, que obtuvieron puntajes bajos en el Factor 1 y altos en el Factor 2. Los primeros 3 clústers presentaron altos puntajes en la Faceta afectiva, lo cual confirmaba la hipótesis de que los psicópatas tienen un repertorio emocional único. A diferencia de estos clústers, los Pseudopsicópatas presentaron bajas puntuaciones en la Faceta afectiva y los puntajes totales de la PCL-R se encontraban bajo el punto de corte. Cabe mencionar que los psicópatas llamados clásico, machista y manipuladores son asociados como subtipos de la clasificación de psicópatas primarios (Blackburn, 1998; Hicks et al., 2004; Karpman, 1956). Una vez obtenido los clústers, el investigador intentó replicar los hallazgos en muestras independientes de prisioneros masculinos y femeninos norteamericanos y pacientes psiquiátricos y psicópatas europeos. Como resultado, se encontraron los mismos cuatro clústers. Por lo tanto, se concluyó que los subtipos de psicópatas encontrados eran válidos y confiables ya que estuvieron presentes en todas las muestras independiente de la raza, género y o condición psiquiátrica (Herve, 2003).

En diversas investigaciones en las que se utiliza la PCL-R, se estipula que los rasgos centrales de la psicopatía tienen que ver con los ítems que evalúa las áreas interpersonal y afectiva. Por lo tanto, son estos rasgos los que se encuentran subyacentes al trastorno (R. Hare, 2013; Herve, 2003; Skeem et al., 2004; Swogger & Kosson, 2007; Vassileva et al., 2005). Es decir, definen como rasgos centrales el que el sujeto tenga un encanto superficial, que sea locuaz, grandioso y egocéntrico, que utilice la mentira patológica para engañar, controlar y manipular a los demás, que no muestren atisbos de culpa y remordimientos, que tengan un espectro afectivo pobre, por lo tanto, las emociones son de corta duración y tienden a tener un tinte más rabioso, que presenten crueldad y falta de empatía y que no sean capaces de aceptar la propia responsabilidad de sus acciones. En este sentido, no se pone énfasis en el estilo de vida antisocial como se puede vislumbrar en sistemas diagnósticos anteriores (por ejemplo, DSM y CIE). Quizás esto tenga que ver con lo que plantea Kernberg (1987), sobre que las conductas antisociales pueden ser encontrados en diversas patologías de la personalidad y que no necesariamente indican un Trastorno antisocial de la personalidad propiamente tal o Psicopatía (R. Hare, 1990, 2013; R. D. Hare, 2003).

Es imprescindible constatar que, en el estudio actual, el clúster 1 y 2 presentaron puntuaciones altas en los rasgos centrales de la psicopatía. Sin embargo, estos clústers se

diferenciaron entre sí, por las puntuaciones obtenidas en el Factor 2 (Estilo de vida/antisocialidad). Mientras el clúster 1 presentó puntajes elevados en este Factor, en el clúster 2 fueron moderados. En este sentido, los patrones de puntuación del clúster 1 se condicen con los obtenidos por los psicópatas clásicos, mientras que los patrones del clúster 2 se asemejan a los patrones mostrados por los psicópatas manipuladores (Herve, 2003). A pesar de lo anterior, ninguno de los clústers obtuvo un promedio de la PCL-R total sobre el punto de corte ($p > 30$) recomendado (Clúster 1 $m = 27.80$ y clúster 2 $m = 21.32$). Herve (2003), en su investigación utilizó un punto de corte de 27. Argumentó que, no utilizó los puntos de cortes recomendados en la literatura debido a que una puntuación de 27 en la PCL-R, se encuentra dentro del error estándar del punto de corte recomendado. Por lo tanto, refiere que este criterio permitió en su investigación acomodar el error de medición. En otras palabras, refiere que esta puntuación permitió controlar los falsos negativos (es decir, psicópatas idiopáticos que puntúan entre 27-29) y falsos positivos (es decir, pseudopsicópatas anotando 30 o arriba) que son resultados del error de la medición y que, por tanto, era importante corregir estadísticamente.

A pesar de que el clúster 1 tuvo un promedio por debajo al punto de corte norteamericano ($p > 30$) (R. Hare, 1990, 2013; R. D. Hare, 2003), fue más alto que el punto de corte europeo ($p > 25$) (Cooke & Michie, 1999) y del estipulado por Herve (2003) ($p > 27$). Es por ello por lo que los sujetos del clúster 1 fueron llamados como, “psicópatas”. Al tener una desviación estándar de 4.19 y, al haber utilizado análisis de conglomerados que tienden a ser más flexibles que otros métodos estadísticos, se puede afirmar que los sujetos que componen a este grupo presentan la mayoría de las características del constructo psicopatía. A su vez, el promedio de la muestra total de la PCL-R tendió a ser levemente más bajo que los promedios observados en otras muestras chilenas, argentinas y norteamericanas.

Cómo se mencionó anteriormente, el clúster 2 se caracterizó por puntajes altos en los rasgos centrales subyacentes a la psicopatía y puntajes moderados en la desviación social característicos de este diagnóstico. Se ha caracterizado a los pseudopsicópatas, como sujetos que obtienen puntuaciones relativamente altas en los Factores, pero más bajas al punto de corte de la PCL -R total (punto de corte americano, e incluso el criterio utilizado por Herve, 2003). Específicamente, serían sujetos que presentan varios de los rasgos característicos de la psicopatía y altos puntajes en la desviación social (Arieti, 1963; Herve, 2003). A primera vista

el clúster 2 podría estar relacionado con esta categorización. Sin embargo, este clúster se caracterizó por tener también los rasgos afectivos característicos de los psicópatas y un nivel moderado en su estilo de vida antisocial. Esto no se condice con lo que se ha visto en otras investigaciones, donde el pseudopsicópata tienden a tener sólo los rasgos interpersonales y las conductas antisociales (Herve, 2003). Existe evidencia empírica y teórica que sujetos con altas puntuaciones en las área interpersonal y afectiva sufren trastornos de personalidad distintos a la psicopatía (Arieti, 1967; Blackburn & Coid, 1999; Herve, 2003; Karpman, 1956; Lykken, 1995; Meloy & Gacono, 1993; Raine, 1992) A su vez, es importante considerar que los delincuentes en este clúster presentaron un promedio de la PCL-R total indicativo de un nivel de presencia moderada de rasgos psicopáticos. Considerando lo anterior, este clúster se llamó “delincuentes con rasgos psicopáticos”.

Con respecto al clúster 3, se podría hipotetizar de que son sujetos que están libre de patología al tener puntajes bajos en todas las Facetas y Factores. Por lo tanto, se llamarán “delincuentes no psicopáticos”.

Se pudo acceder a dos investigaciones más que utilizaron las dimensiones de la PCL-R como variable de agrupación; la primera tenía el objetivo de identificar subtipos de pacientes psiquiátricos civiles con alto riesgo de violencia (Skeem et al., 2004) y la segunda, identificar subtipos de delincuentes adolescentes (Vincent et al., 2003).

Skeem et al. (2004), seleccionaron a 165 pacientes de una muestra total de 1.136 sujetos. Como criterio de selección utilizaron el enfoque de evaluación de riesgo del árbol de clasificación iterativa múltiple (TIC). Encontraron que los 165 individuos se encontraban en el cuarto y quinto grupo de alto riesgo. Posterior a ello, basándose en la literatura, buscaron si es que podían identificar subtipos clínicos significativos que pudieran validarse externamente. Utilizaron como variable de agrupación las puntuaciones dimensionales de las dos escalas (Factor 1: Desapego emocional, mide los rasgos afectivos e interpersonales centrales de la psicopatía; y Factor 2: Desviación social, evalúa los comportamientos propios del estilo de vida antisocial) del PCL:SV (Hart, Cox, & Hare, 1995) y otras variables diagnósticas. Como resultado, encontraron tres grupos; Alfa, Beta y Delta. El grupo Alfa constituido por el 48% de la muestra, arrojó altos puntajes en el estilo de vida antisocial (PCL: SV, Factor 2) y rasgos psicopáticos afectivos y relacionales (PCL:SV Factor 1). A diferencia de los otros dos grupos,

el grupo alfa fue mucho más propenso a calificar para diagnósticos de psicopatía. Es así como, el 41% de las puntuaciones obtenidas sugerían el diagnóstico *per se* y 81% de los sujetos puntajes indicativos de psicopatía "potencial" (PCL: SV total). El grupo Beta compuesto por el 38% de los sujetos, presentó puntuaciones bajas en el Factor 1 y exhibieron algunos de los comportamientos impulsivos y antisociales del Factor 2. El grupo delta, que comprendía el 14% de la muestra, presentaron bajos puntajes en el Factor 1 y puntajes moderados el Factor 2. El grupo Beta no presentó el diagnóstico de psicopatía y sólo el 11% de los sujetos obtuvieron puntajes sugerentes del diagnóstico, mientras que sólo el 9% de los sujetos del grupo Delta obtuvieron puntajes sugerentes del diagnóstico (Skeem et al., 2004).

Vincent et al. (2003), utilizaron el modelo de tres factores de la PCL-YV (Forth et al., 2003) (F1: Interpersonal; F2: Afectividad y; F3: Estilo de vida) para evaluar a 259 adolescentes que se encontraban encarcelados. El objetivo del estudio era investigar si es que los rasgos afectivos del diagnóstico de psicopatía, discrimina grupos de delincuentes. Encontraron cuatro subgrupos de delincuentes adolescentes 1) Grupo de rasgos bajos. Sus puntajes se encontraron alrededor de una desviación estándar por debajo de la media de las tres escalas; 2) Grupo insensible- engañoso que manifestaron puntuaciones por encima de la media en las Facetas interpersonal y afectiva, pero bajo en la Faceta relacionada al estilo de vida; 3) Grupo impulsivo, que se caracterizó por mostrar altas puntuaciones en el estilo de vida antisocial y bajos puntajes en los rasgos centrales de la psicopatía (Faceta Interpersonal y Afectiva); y 4) Grupo psicópatas, el cuál mostraba puntajes altos en todas las dimensiones (Vincent et al., 2003).

Las investigaciones de Vincent et al. (2003) y Skeem et al. (2004), tienen población muestral y objetivos diferentes entre sí como también, con respecto al presente estudio. Sin embargo, se puede apreciar que aparecen conglomerados con diferentes características. Al igual que el Grupo Alfa de Skeem et al. (2004), y el grupo psicópatas de Vincent et al. (2003), en los análisis del estudio actual, se pudo apreciar la presencia de un grupo con altas puntuaciones en todas las dimensiones de la PCL-R. A su vez, es posible apreciar que los delincuentes con rasgos psicopáticos (Clúster 2) de la presente investigación comparte el patrón de puntuaciones del Grupo insensible - engañoso de Vincent et al. (2003). Por último, el Grupo de rasgos bajos de Vincent et al. (2003) no es posible asociarlo con el Clúster 3 dado a que los puntajes obtenidos en él son más altos que los encontrados en la muestra de delincuentes adictos.

La evidencia empírica ha demostrado que el área afectiva puede ser un criterio para distinguir entre psicópatas primarios y secundarios (Swogger & Kosson, 2007). Es así como se ha encontrado en algunos estudios de conglomerados, subtipos de psicópatas donde el psicópata primario se caracteriza por baja ansiedad y los psicópatas secundarios presentan mayores niveles de ansiedad y culpa. (Blackburn, 1975). Producto de lo anterior, se hipotetizó que encontraríamos diferencias entre los conglomerados a partir de los ítems de la PCL-R y en los diagnósticos de Trastornos por angustia.

Se encontró diferencias significativas en el Ítem Necesidad de Excitación/ Tendencia al aburrimiento. Este rasgo es parte de la Faceta 3 (Estilo de vida) y Factor 2 (Estilo de vida y Antisocialidad). A diferencia de los delincuentes no psicopáticos, el 100% de los sujetos que componen al clúster 1 (Psicópata) y el 92,85% del clúster 2 (delincuente con rasgos psicopáticos) presentan este rasgo. En otras palabras, los sujetos en estos grupos se caracterizaron por buscar adrenalina en muchas áreas de su vida, tendieron a tener un estilo de vida nomádico, a aburrirse de las actividades rutinarias y disfrutar viviendo “al límite”; buscar emociones fuertes, por lo que son arriesgados. Finalmente, la presencia del ítem también se asocia con la presencia de policonsumo de sustancia (R. Hare, 2013).

Los psicópatas y delincuentes con rasgos psicopáticos se diferenciaron significativamente de los delincuentes no psicopáticos en el ítem de Mal control conductual. Éste es parte de la Faceta 4 (Antisocialidad) y el Factor 2 (Estilo de vida y Antisocialidad). Éste es un ítem que evalúa el manejo de la rabia, agresión e incluso de la agresividad pasiva. La presencia de este ítem implica que los sujetos tienen un mal manejo de la rabia, que se enojan con facilidad, que son mal genio e irritables. Tienden a ser reactivos a lo que perciben como insulto y responden a la frustración con amenazas verbales y agresión física. Si están con droga o alcohol, se altera su capacidad de lidiar con la agresión. Finalmente, este ítem considera también la autoagresión producto de la rabia (R. Hare, 2013).

Es preciso mencionar que, a diferencia del clúster de delincuentes no psicopáticos, los sujetos que componen a los psicópatas y a los delincuentes con rasgos psicopáticos se diferenciaron en su necesidad de buscar excitación y en tener un mal manejo de la rabia. Ambos ítems son parte del factor 2. Los tres clústers tuvieron diferencias significativas en sus promedios

en este Factor. Pero estas diferencias no se explicaron por las puntuaciones específicas de estos ítems.

Blackburn (1998), utilizó la entrevista clínica estructurada del DSM para los trastornos de personalidad y la PCL-R para estudiar a un grupo de delincuentes. Encontró seis grupos, donde tres de ellos se caracterizaron por puntuaciones altas en la PCL-R y por presentar una gran cantidad de rasgos antisociales, incluido la impulsividad y la conducta delictual. Por su parte Fowles (1993), asoció la psicopatía secundaria a la impulsividad; utilizó la teoría de la motivación neuroconductual (Gray, 1987) para argumentar que los psicópatas secundarios tienen un sistema de activación hiperactivo. A su vez, diferenció entre el psicópata primario y secundario refiriéndose a que el comportamiento antisocial de este último, al tener un umbral emocional normal, puede ir acompañado de excitación emocional (Fowles, 1993; Lykken, 1995).

Como ya se mencionó Herve (2003), en su investigación sólo utilizó las puntuaciones de las Facetas de la PCL-R para clasificar a los subtipos de psicópatas. En su estudio, concluyó que los psicópatas encontrados correspondían a los psicópatas primarios. Sin embargo, es posible preguntarse si es que llegaría a las mismas categorizaciones si es que hubiera integrado análisis más específicos de los ítems u otras variables que permiten realizar distinciones entre los psicópatas primarios y secundarios.

En este sentido, a pesar de que las puntuaciones obtenidas por los psicópatas y delincuentes con rasgos psicopáticos siguieron los patrones de puntuaciones de algunos de los psicópatas primarios concluidos por Herve (2003), éstos clúster también mostraron la necesidad de excitación emocional que se tiende asociar con los psicópatas secundarios.

Vassileva et al. (2005), realizaron una investigación cuyo objetivo era diferenciar subtipos de delincuentes. Mediante análisis de clústers jerárquicos y no jerárquicos, analizaron a una muestra de 200 sujetos privados de libertad. Para ello, utilizaron los dos Factores de la PCL-R (R. Hare, 2013) la medida interpersonal de la psicopatía (IM-P) (Kosson, Steuerwald, Forth, & Kirkhart, 1997) y los diagnóstico de abuso/ dependencia de alcohol y drogas y de ansiedad del DSM IV. Encontraron cuatro subtipos de delincuentes: 1) Psicópatas primarios; fueron los que presentaron las puntuaciones más altas en el Factor 1 y en el IM-P en comparación con los demás grupos. A su vez, obtuvieron puntuaciones medias en el Factor 2.

Presentaron patrones menos severos de consumo problemático de sustancia y alcohol y niveles de ansiedad más baja que los psicópatas secundarios. Además, fueron los que tuvieron mayores cargos violentos y versatilidad criminal en comparación con los demás grupos; 2) Psicópatas secundarios, se caracterizaron por tener mayores problemas en el consumo de sustancias y alcohol, mayor ansiedad y puntuaciones más altas en el Factor 2 (antisocialidad) en comparación con los demás grupos. Las puntuaciones del Factor 1 (interpersonal/afectividad) y las del IM-P no se diferenciaron al resto de los grupos; 3) Delincuentes con rasgos psicopáticos, se caracterizaron por no tener problemas por el abuso/dependencia de alcohol. A su vez, presentaron menores dificultades en el consumo de drogas que los psicópatas secundarios y menores indicadores interpersonales de la psicopatía que los psicópatas primarios y secundarios. Las puntuaciones en los rasgos centrales de la psicopatía fueron más bajas que los psicópatas primarios, pero tuvieron puntajes más altos en el Factor 1 y 2 que los delincuentes no psicopáticos. Además, mostraron bajos indicadores de ansiedad, aunque no más bajos que la mayoría de los clústers. Se caracterizaron por tener menos penas privadas de libertad y menos versatilidad criminal que los psicópatas primarios, pero fueron acusados de una serie de delitos violentos relativamente similares a los psicópatas secundarios y; 4) Delincuentes no psicopáticos con problemas de alcohol y drogas, se caracterizaron por tener las puntuaciones más bajas en los dos Factores de la PCL-R que los otros grupos y niveles de ansiedad más bajos que la media.

Swogger & Kosson (2007), tenían como objetivos replicar los resultados de Vassileva et al. (2005). Estudiaron a una muestra de 258 delincuentes masculinos. Mediante análisis de conglomerados encontraron cuatro clústers: los criminales con baja psicopatología; criminales con afectos negativos; psicópatas primarios y; psicópatas secundarios. Los psicópatas primarios obtuvieron puntajes altos en los Facetas afectiva, interpersonal y en desviación social. Los psicópatas secundarios, tuvieron puntajes levemente inferiores de los psicópatas primarios en las áreas de afectividad e interpersonal, pero más altas en desviación social. Los criminales con baja psicopatología se caracterizaron por niveles de ansiedad más bajos en comparación al resto de los grupos. Exhibieron puntuaciones más bajas en el IM-P y las dimensiones interpersonal y afectiva que los psicópatas primarios y puntajes más bajos en la desviación social de la PCL-R de los psicópatas primarios y secundarios. Por último, presentaron abuso de alcohol y drogas. Los criminales con afectos negativos, se caracterizaron por niveles de ansiedad moderados,

puntuaciones más bajas en el IM-P que los psicópatas primarios y secundarios. Presentaron puntajes bajos en los Factores 1 y 2 de la PCL-R; puntuaciones que siguieron el mismo patrón que los criminales con baja psicopatología. A su vez, también se caracterizaron por el abuso de alcohol y por una leve dependencia a las drogas (Swogger & Kosson, 2007).

A partir de las investigaciones realizadas por Swogger & Kosson (2007) y Vassileva et al. (2005), existen dudas sobre los patrones de puntuaciones en las dos dimensiones de la PCL-R cuando se habla de psicopatía primaria y secundaria. Mientras que el grupo de psicópatas primarios de Vassileva et al. (2005), presentan puntuaciones altas en los rasgos centrales del diagnóstico de psicopatía y puntajes moderados en la desviación social, Swogger & Kosson (2007), plantean que los psicópatas primarios presentan puntuaciones altas en ambas dimensiones. En este sentido, los patrones de los puntajes obtenidos por el clúster de psicópatas (puntajes altos en ambos factores) del presente estudio, se condice con las puntuaciones descritas por Swogger & Kosson (2007) mientras que las puntuaciones obtenidas por los delincuentes con rasgos psicopáticos (puntajes altos en el Factor 1 y moderados en el Factor 2), se relacionan con la categorización de Vassileva et al. (2005). Con respecto a la psicopatía secundaria, Swogger & Kosson (2007) refieren que presentan puntajes levemente inferiores en el Factor 1 que los psicópatas primarios (pero no significativamente), pero más altos en el Factor 2 que éstos. Por otra parte Vassileva et al. (2005), refieren que estos psicópatas presentan puntuaciones más altas que los otros grupos encontrados, en ambos Factores. Los delincuentes con rasgos psicopáticos presentaron puntajes levemente más bajos (pero no significativos) en el Factor 1 que los psicópatas, sin embargo, puntajes moderados en el Factor 2. Por lo tanto, no se ajustan a la conceptualización de estos investigadores, dado a que plantean que la desviación social es mayor que los otros grupos. En este sentido, el clúster de los psicópatas fueron los que mostraron puntajes similares esta conceptualización. Considerando que los psicópatas y los delincuentes con rasgos psicopáticos presentaron puntajes altos en el Factor 1, es necesario analizar los siguientes datos para evaluar la posibilidad de que estas categorías descriptivas pudieran o no estar presentes en los clústers de la investigación.

Por otra parte, Vassileva et al. (2005), asociaron los puntajes bajos en ambos Factores a los delincuentes no psicopáticos y Swogger & Kosson (2007), a los criminales con baja psicopatología y a los delincuentes con afectos negativos. Por lo tanto, es posible afirmar que

los puntajes bajos en la PCL-R pueden estar asociados a diferentes subtipos de delincuentes. En este sentido, es imprescindible analizar los porcentajes de sujetos que presentaron el diagnóstico de angustia en este clúster, para poder concluir si el grupo de delincuentes no psicopáticos de la investigación calza, o no, con las categorizaciones ya descritas.

Para finalizar los análisis de los Factores, Facetas e ítems de la PCL-R, es interesante comentar que todos los clústers presentaron el ítem de culpa y remordimiento ($p = 1$), que es parte de los rasgos de la Faceta 2 (Afectividad) y Factor 1 (Interpersonal/ afectividad). En otras palabras, todos los sujetos de los clústers se caracterizaron por no presentar una respuesta afectiva frente a las consecuencias de sus actos, por lo que tendieron a centrarse en las consecuencias sufridos por ellos más que lo que pudieron haberle provocado a los demás. Si es que expresaron sentirse culpables, esta culpa no los movilizó a cambiar su estilo de comportamiento. En este sentido, esta culpa no les permitió aprender de su experiencia ni tampoco los llevó a realizar conductas de reparación. De igual forma, se pudo observar que cada vez que podían cometer un delito lo hacían (R. Hare, 2013).

8.3.1 OPD-SQ

Nivel de integración estructural

A través de los análisis se pudo constatar que existen diferencias significativas en el nivel de integración estructural en los clústers arrojados mediante el análisis de conglomeración. El grupo de psicopatas se diferenció significativamente de los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos. De esta forma, se pudo observar que los sujetos del clúster 1 presentaban una menor integración de la estructura de personalidad que los dos grupos restantes.

El nivel de integración estructural es una variable dimensional, lo que indica que a mayor puntaje en la escala menor es el nivel de integración estructural. Es así como un alto nivel de integración estructural habla de que el sujeto es capaz de contar con un espacio mental para poder diferenciar e identificar vivencias psíquicas en relación con sus cogniciones, afectos, fantasías, recuerdos, entre otros. Esto permite que el individuo pueda elaborar los conflictos intrapsíquicos, teniendo presentes las necesidades propias y ajenas, diferenciando los diferentes impulsos, los ideales y normas internalizadas. Esto indica que se cuenta con un superyó maduro, ya que los impulsos han sido neutralizados e integrados a una identidad global mediante el

proceso normal del desarrollo. A su vez, los ideales son vividos cómo tales, lo que permite ir ajustando las expectativas con la realidad. También, se caracterizan por tener capacidades para regular sus emociones, intereses y relaciones interpersonales en momentos de estrés interno y externo. (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Al otro extremo, nos encontramos con el nivel de desintegración estructural. Este nivel no hace alusión al concepto de Kernberg (1987) sobre la estructura psicótica de la personalidad, la cual se caracteriza por una falla en el juicio de realidad. Sino más bien, a que el sujeto presenta permanentes limitaciones en sus funciones estructurales (capacidades cognitivas, de manejo, comunicacionales y vinculares). A pesar de que pueden presentar descompensaciones psicóticas, éstas son pasajeras. Los sujetos que se encuentran en este nivel se caracterizan por tener una falta de coherencia en el sí mismo y presentan emociones intensas. Debido a ello las imágenes del self y de los otros tienden a ser confusas, por lo que presentan fallas en la empatía como también, dificultades para responsabilizarse de las propias conductas impulsivas. En este sentido, las cosas les ocurren sin poder tener consciencia del papel que juegan en sus conflictos relacionales (Grupo de Trabajo OPD, 2008) A partir de los resultados de la presente investigación, se pudo constatar que los “psicópatas” fueron los que presentaron más vulnerabilidades estructurales, en comparación con los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos.

Como se pudo apreciar en el marco teórico, el nivel de integración estructural es el resultado del análisis de múltiples variables y subvariables. En las próximas páginas, se discutirán éstas para ir describiendo los recursos y vulnerabilidades presentes en el funcionamiento psicológicos de los sujetos estudiados.

Capacidades cognitivas: autopercepción y percepción del objeto

La autopercepción tiene que ver con la capacidad de percibirse a sí mismo, pudiendo identificar y diferenciar los diferentes aspectos, creencias y afectos propios e integrarlos a una identidad global y constante en el tiempo (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

En el presente estudio, no se encontraron diferencias significativas entre los clústers en autopercepción. En este sentido, presentan las mismas funciones y vulnerabilidades estructurales para desarrollar una identidad diferenciada y constante de sí mismos.

La percepción de objeto tiene que ver con la capacidad para percibir de manera total y realista al otro, considerando que los demás tienen características individuales que pueden diferir de las propias. Para lograr lo anterior, es imprescindible tener una imagen de sí mismos diferenciada que permita al sujeto distinguir con claridad lo propio de lo ajeno (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

En el presente estudio, los “psicópatas” se diferenciaron significativamente de los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos. En otras palabras, los psicópatas presentaron mayores vulnerabilidades estructurales que los otros dos grupos. De esta forma, se puede decir que puntuaciones altas en la PCL-R total, a diferencia de las puntuaciones medias y bajas, se asocia a mayores dificultades para diferenciarse de los otros. Presentan mayores niveles de confusión para identificar las propias necesidades, deseos e impulsos del de los demás. Por lo tanto, existen más problemas para desarrollar una imagen de los demás de forma total y realista, tienen mayores dificultades de “ver” al otro.

Capacidad de manejo: autorregulación y regulación con el objeto

La autorregulación integra diversas vivencias psíquicas. Es así como, el contar con esta capacidad permite al sujeto poder experimentarse como una persona competente, responsabilizarse de las propias conductas y poder contar con una autoestima positiva y constante. La autorregulación es un constructo dimensional. Por lo tanto, si existe una autorregulación excesiva, el sujeto pierde espontaneidad dificultándose la capacidad de comunicarse con los demás. Al extremo inferior, es decir, si hay una autorregulación débil, se verá afectada la capacidad para integrar y regular los afectos e impulsos por lo que es posible, tener mayores conductas impulsivas (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

En cuanto a la autorregulación, los “psicópatas” se diferenciaron significativamente de los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos. Es decir, los “psicópatas” tendieron a tener mayores vulnerabilidades estructurales asociadas al manejo, regulación e integración de los propios impulsos y afectos y en la mantención de una autovaloración positiva, en comparación con los dos grupos restantes. En otras palabras, el tener puntuaciones medias (delincuentes con rasgos psicopáticos) y bajas (delincuentes no psicopáticos) en la PCL-R total, hay mayores funciones estructurales disponibles para lograr una autorregulación de los impulsos, afectos, conductas y de la autoestima. Se puede plantear que en la medida que el nivel

integración estructural disminuye, la capacidad de regulación se encuentra cada vez menos disponible (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

El tener la posibilidad de regularse en la relación con el objeto, implica poder proteger las relaciones de los propios impulsos, sin olvidarse de los propios intereses y teniendo en consideración, los de los demás. De igual forma, involucra la capacidad del sujeto para tener consciencia de cómo su comportamiento influye en las reacciones de los otros como también, poder tomar distancia de ellos para conservar las propias creencias. En este sentido, si el sujeto cuenta con funciones disponibles, podrá identificar y aceptar los intereses y percepciones propios y ajenas, pudiendo integrarlos y con ello, actuar de manera adaptativa en sus relaciones interpersonales (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

Al igual que en la autorregulación, los “psicópatas” se diferenciaron fuerte y significativamente de los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos. Los sujetos del clúster 1, en comparación a los clústers restantes, tendieron a tener mayores vulnerabilidades estructurales para lograr proteger sus relaciones interpersonales, mediante la regulación de los propios impulsos, el resguardo de los propios intereses, pudiendo considerar los de los demás y, pudiendo regular el propio comportamiento a partir de las reacciones de los otros. Contrariamente, los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos presentaron, relativamente, más funciones estructurales disponibles para cuidar sus relaciones.

Capacidad emocional: comunicación interna y externa

La comunicación interna guarda relación con la capacidad de tener diálogos internos que integren la vivencia de los afectos y así, entenderse a sí mismos. En estos diálogos, las fantasías desempeñan un rol importante, dado a que median entre los estados afectivos y los diseños de acción asociados. Aquí también, juega un rol importante la capacidad para poder vivenciar vitalmente en propio cuerpo (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

Con respecto a esta variable, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Por lo tanto, los “psicópatas”, los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicópatas, tienen el mismo nivel de integración estructural en la capacidad para llevar diálogos internos.

La comunicación externa, tiene que ver con la capacidad de poder generar un contacto emocional con el otro, pudiendo comunicar los propios afectos y pudiendo sentir lo que el otro

siente (empatía emocional). Lo anterior, permite una comprensión mutua y un sentido de reciprocidad en las relaciones (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

En análisis de clústers tampoco arrojó diferencias significativas entre los grupos. Esto quiere decir que todos cuentan con funciones y vulnerabilidades estructurales similares.

Capacidad de vinculo: capacidad de vincularse con los propios objetos y objetos externos

El vincularse con los objetos internos y externos depende de la posibilidad de ir internalizando representaciones de personas significativas de forma positiva y constante (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

La capacidad para vincularse con los objetos internos guarda relación con la habilidad para vincularse intrapsíquicamente con otros. Esto permite tener la posibilidad de calmarse a sí mismo, de consolarse y de protegerse. En un desarrollo normal, se cuenta con múltiples representaciones internas de personas significativas (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

Los “psicópatas” se diferenciaron significativamente de los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos en la capacidad de vincularse con los objetos internos. Es decir, los “psicópatas” tienen menos funciones estructurales disponibles, en comparación a los otros grupos, para ir internalizando variadas representaciones positivas de sí mismos y otros para autocontenerse, ayudarse y protegerse.

La capacidad para vincularse emocionalmente con otros depende de la internalización de objetos. Esto no sólo permite poder establecer relaciones, sino que también, poder separarse y despedirse. A su vez, el involucrarse emocionalmente con los demás genera afectos prosociales como la solidaridad, el sentido de responsabilidad, el poder sentir culpa frente a las transgresiones y tristeza frente a la pérdida de otros significativos (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

No se observaron diferencias significativas entre los grupos en la capacidad para vincularse emocionalmente con otros y en el poder experimentar afectos prosociales.

Esto no se condice con lo esperado. Sin embargo, hay que considerar que el tamaño muestral es relativamente pequeño y que cada clúster estuvo compuesto por 14 sujetos. Además, se observó en los análisis correlacionales una tendencia positiva, con significancia marginal,

entre vínculo externo y la Faceta de la PCL-R que evalúa la afectividad ($p = 0.064$) y el Estilo de vida ($p = 0.10$). Esto podría sugerir, que estos resultados pudieran tener que ver más con el tamaño muestral, que con que no existan diferencias significativas en el funcionamiento psicológico en este aspecto.

8.3.2 Delitos

En cuanto a los delitos, los “psicópatas” fueron los que cometieron significativamente más hurtos, robos con intimidación y con violencia (11 sujetos de 14) que los otros grupos. Menos de la mitad de los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos presentaron este delito. A su vez, todos los sujetos de la muestra chilena-alemana que cometieron homicidios fueron clasificados en el clúster de los psicópatas.

Los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos se caracterizaron por tener una diferencia marginalmente significativa ($p = 0.06$) en la presencia de delitos sexuales. Es así como 8 sujetos de 14 de los delincuentes con rasgos psicopáticos cometieron agresiones sexuales, 6 de 14 de los delincuentes no psicopáticos y sólo 2 de 14 de los “psicópatas” lo cometieron.

Finalmente, y a pesar de no haber diferencias significativas, los delitos violentos (secuestro, homicidios y delitos sexuales), tuvieron una mayor presencia en los delincuentes con rasgos psicopáticos (8 sujetos), que en los dos grupos restantes (cada grupo con 6 sujetos). El no haber encontrado diferencias tiene que con que todos los homicidios se concentraron en los “psicópatas” y los delitos sexuales estuvieron más presentes en los delincuentes con rasgos psicopáticos y no psicopáticos. Cabe señalar que son tipo de delitos muy diferentes. A pesar de que ambos son de naturaleza agresiva, presentan una cualidad diferente.

8.3.3 Diagnósticos

Los sujetos que comprendieron a los “psicópatas” fueron los que tuvieron significativamente más diagnósticos de Trastorno antisocial (9 sujetos de 14) y Trastorno por angustia. Es decir, fueron los que presentaron mayores comorbilidades con otros diagnósticos. Esto se condice con los hallazgos de León-Mayer et al. (2014) y Hare (2013) sobre el poder predictivo que tiene el diagnóstico de Psicopatía según la PCL-R, sobre el diagnóstico de Trastorno antisocial de la personalidad. Por otra parte, el que hayan sido el grupo con más

diagnóstico de angustia pudiera tener que ver con lo estipulado por Lilienfeld (1998), cuando refiere que el aumento de los niveles de ansiedad puede deberse a que la desviación social característicos de la psicopatía, expone al sujeto a una mayor incidencia de eventos estresantes como arrestos, problemas con la justicia, entre otros.

Con respecto al trastorno por consumo de sustancia, no se encontraron diferencias entre los clústers como tampoco en el tipo de droga que consumían.

8.4 Análisis no jerárquicos (Clúster latentes) y jerárquicos

Los análisis de conglomerados jerárquicos y no jerárquicos arrojaron tres clústers y con patrones de puntuaciones en la PCL-R relativamente similares. Es así como en ambos análisis se obtuvo un grupo de puntuaciones altas en los dos factores, un segundo grupo con puntajes bajos en ambas dimensiones y, otro grupo de puntuaciones medias. Este último clúster sólo se diferenció en que en el análisis no jerárquico la desviación social arrojó un puntaje moderado, mientras en los jerárquicos las puntuaciones fueron bajas.

Los análisis de clúster latentes (no jerárquicos) y análisis jerárquicos se diferencian entre sí debido a que tienen supuestos diferentes. Los análisis de clúster latente asumen que los sujetos provienen de subpoblaciones y utiliza un modelo probabilístico para agrupar a un determinado sujeto a grupo específico. Es así como el individuo sólo va a pertenecer a un grupo, si es que presenta una probabilidad mayor a 0.5. Los análisis jerárquicos, en cambio, agrupan a los sujetos mediante la cercanía o lejanía que tienen las puntuaciones entre ellos, no utilizan un modelo probabilístico.

A pesar de que los clústers obtenidos por ambos análisis no muestran mayores diferencias en la distribución que presentan, no arrojaron las mismas diferencias significativas en las variables estudiadas. Lo anterior se relaciona con la variación en la cantidad de sujetos que componen a cada grupo. Es así como, en el grupo que se diferenció en los análisis jerárquicos y no jerárquicos en las puntuaciones en el Factor 2, estuvieron compuestos por 4 y 14 sujetos respectivamente. Debido a ello, la potencia disminuye y con ello también, los niveles de significancias. A pesar de lo anterior y, al haber obtenido tres clústers con prácticamente los mismos patrones de distribución en ambos análisis, es posible afirmar que los grupos son válidos.

Dado a que los análisis jerárquicos presentaron sólo diferencias significativas en la variable de agrupación (Facetas y Factores de la PCL-R), los resultados se presentan en Anexos.

9. Conclusión

9.1 Descriptivos de la población muestral

La población muestral estudiada estuvo compuesta por 42 sujetos. En su mayoría se caracterizaron por no tener una pareja formal y presentar baja escolaridad.

En cuanto a la PCL-R, los promedios obtenidos en los Factores, Facetas y en el puntaje total son indicativos de la presencia moderada de los rasgos y comportamientos que definen la psicopatía.

Por su parte, presentaron un nivel de integración estructural que se caracterizó por tener mayores vulnerabilidades en las subescalas orientadas hacia los otros que, en las escalas orientadas hacia sí mismos. En este sentido, comparando los resultados obtenidos, se puede concluir que los delincuentes de la muestra tienen mayores funciones disponibles en Autopercepción, Comunicación y Vínculo internos. En cambio, presentaron mayores vulnerabilidades en la Percepción de objeto, Autorregulación, Regulación de objetos, Comunicación y Vínculo externo.

A su vez, el diagnóstico de consumo problemático de sustancia y/o alcohol fue el más prevalente seguido por el Trastorno antisocial de la personalidad, Trastorno por angustia y finalmente, el de psicopatía.

Además, se caracterizaron por tener mayores delitos de robo, seguidos por delitos violentos (homicidios, secuestro, violación y agresión sexual) y luego los delitos sexuales.

A partir de estos resultados, es posible afirmar que los delincuentes de la muestra presentaron indicadores de un funcionamiento psicológico problemático, especialmente en su relación con los otros. Lo anterior, se sustenta en que presentaron dificultades en la capacidad de manejo (Autorregulación y Regulación con el objeto), escala que evalúa aspectos fundamentales de la vivencia psíquica; presentaron aproximadamente la mitad de los rasgos y conductas características de la psicopatía; presentaron comorbilidades diagnósticas y el 47.2% ($n = 20$) de los sujetos cometieron delitos violentos

9.2 Correlaciones OPD – SQ y PCL-R

Se obtuvieron correlaciones de importancia clínica y terapéutica entre ambos instrumentos. Entre las correlaciones más significativas se destacan:

Regulación con el Objeto con el total de la PCL-R ($p < 0.001$), con Afectividad ($p = 0.004$), con Estilo de vida ($p < 0.001$), Antisocialidad ($p = 0.001$), Factor 1 ($p = 0.027$) y Factor 2 ($p < 0.001$). Por su parte, Autorregulación se correlacionó significativamente con la PCL-R total ($p = 0.026$), Con Estilo de vida ($p = 0.001$), con Antisocialidad ($p = 0.014$) y con el Factor 2 ($p = 0.001$). Por lo tanto, el que la capacidad de manejo del OPD-SQ, que guarda relación con una función integradora de múltiples aspectos que conforman al mundo intrapsíquico, presente estas asociaciones es indicativa de que esta subescala guarda relación con aspectos que mide la PCL-R que son fundamentales para el diagnóstico de psicopatía.

A su vez la PCL-R total, además de correlacionar significativamente con Autorregulación y Regulación con el objeto, presentó asociaciones con el OPD-SQ total ($p = 0.012$) y Vínculo interno ($p = 0.032$). Cabe mencionar que esta última función estructural, es fundamental para el desarrollo psíquico. A su vez, se observaron tendencias entre la escala de psicopatía con Autopercepción ($p = 0.054$) y Percepción de Objeto ($p = 0.051$). A pesar de que presentaron una significancia levemente sobre 0.05, por lo que hay que considerarlas con cautela, es posible que, en tamaños muestrales más grandes, disminuyendo así la aleatoriedad, las significancias se puedan materializar.

Por lo tanto, se puede concluir que a pesar de que el OPD -SQ es un instrumento auto informado y que evalúa personalidad, presenta correlaciones significativas con los Factores y el total de la PCL-R.

9.3 Clúster Latentes

Se encontraron tres grupos:

1) Los “**psicópatas**” se caracterizaron por presentar puntajes altos en todas las Facetas y Factores de la PCL-R. Sólo tuvieron diferencias significativas con los delincuentes no psicópatas, en que presentaron mayores puntajes en los ítems Tendencia al aburrimiento/ necesidad de excitación y Mal control conductual. Se diferenciaron significativamente de los

dos grupos restantes en presentar un peor nivel de integración estructural. Específicamente, presentaron un funcionamiento psicológico significativamente peor en Percepción de objeto, en Autorregulación, en Regulación con el objeto y en la Capacidad para vincularse con los objetos internos. Además, se diferenciaron significativamente con los dos clústers restante al presentar una mayor cantidad de delitos de robo ($n = 11, 78.57\%$). A su vez, fueron los únicos sujetos que cometieron homicidios. Por último, fueron los que presentaron significativamente más diagnóstico de Trastorno antisocial de la personalidad y Trastorno por angustia. Por lo tanto, es posible asociar a estos sujetos a los que han llamado como psicópatas secundarios.

2) Los **delincuentes con rasgos psicopáticos** se caracterizaron por puntajes elevados en los rasgos centrales del diagnóstico de psicopatía y puntajes moderados en la desviación social de la PCL-R. Al igual que los llamados psicópatas, se diferenciaron significativamente de los delincuentes no psicopático por presentar mayores puntajes en los ítems Tendencia al aburrimiento/ necesidad de excitación y Mal control conductual. No presentaron diferencias significativas en el nivel de integración estructural total, ni en las subescalas del OPD con los delincuentes no psicopáticos. Estas diferencias se encontraron solo entre este clúster y los “psicópatas”. Por lo tanto, presentaron mayores funciones estructurales disponibles que los psicópatas en el nivel de integración estructural total y en Percepción de objeto, Autorregulación, Regulación en la relación con el objeto y en vínculo interno. Ningún sujeto de este clúster presentó diagnóstico por Angustia y se diferenciaron significativamente de los psicópatas en que presentaron menos delitos por robo ($n = 5, 35.71\%$) y mayores delitos sexuales ($n = 8, 57.14\%$).

3) Con respecto a los **delincuentes no psicopáticos**, presentaron puntuaciones bajas en todas las Facetas y Factores de la PCL-R. Presentaron las mismas puntuaciones que los delincuentes con rasgos psicopáticos en el OPD total y en las subescalas descritas. Sólo 2 de los 14 sujetos tuvieron el diagnóstico de Trastorno por angustia. Finalmente, tampoco se diferenciaron de los delincuentes con rasgos psicopáticos en los delitos cometidos. Por lo tanto, los delincuentes no psicopáticos sólo se diferenciaron de los delincuentes con rasgos psicopáticos en que presentaron puntuaciones significativamente más bajas en los rasgos centrales de la psicopatía y en Estilo de vida.

9.4 Limitaciones

Cómo se ha mencionado anteriormente, el OPD-SQ a pesar de haber sido validado en Chile (de la Parra et al., n.d.; Lorenzini et al., n.d.), no se ha realizado la validación clínica (puntuaciones obtenidas por jueces vs. puntuaciones auto informadas). Debido a ello, no se cuenta con la información para interpretar los resultados en términos del nivel de funcionamiento estructural respecto a un funcionamiento normal o deseable. A pesar de lo anterior, sí se pudo concluir en base a las comparaciones entre las escalas y subescalas que presentaban mayores funciones y las que presentaban mayores vulnerabilidades estructurales.

Por otra parte, las medidas de autor reporte como el OPD -SQ, utilizadas para estudiar a poblaciones delictuales, han mostrado resultados controversiales. Es posible que algunas respuestas estén mediadas por una cierta deseabilidad social. A pesar de lo anterior, durante las entrevistas llevadas a cabo en la presente investigación, se constató que los sujetos entrevistados no presentaban problemas para hablar libremente sobre sus delitos, sobre sus reacciones desajustadas e incluso de sus fallas en el sistema moral. Al contrario, muchos de ellos se mostraron orgullosos y con un gran desplante en sus descripciones.

A pesar de que se definieron exhaustivamente los procedimientos de evaluación, no fue posible contar con la misma nomenclatura diagnóstica para evaluar a los sujetos chilenos y alemanes. Debido a ello, los delincuentes alemanes fueron evaluados a partir del CIE 10 y los chilenos a través del DSM IV. Producto de esto, se tuvo que descartar una serie de diagnósticos que no eran posible equiparar. Es así como por ejemplo en el DSM IV, los diagnósticos de trastorno narcisista, evitativo, depresivo, esquizoide, esquizotípico, entre otros están diferenciados; en el CIE 10, éstos componen al diagnóstico “Otros trastornos específicos de la personalidad” (F60.80). Por lo tanto, no se contó con la información específica de qué trastorno tenían los delincuentes alemanes cuando fueron diagnosticados en él.

9.5 Fortalezas

Estos resultados son de gran relevancia para el ámbito de las intervenciones terapéuticas a nivel de políticas públicas. La población estudiada es compleja y es de difícil acceso. Además, se cuenta con pocos recursos para poder estudiarlos

Esta es la primera investigación que se realiza en dos poblaciones diferentes de delincuentes adictos, utilizando los mismos procedimientos para caracterizarlos. Las investigaciones que utilizan análisis de clúster para estudiar a esta población los estudian y seleccionan, a partir de bases de datos de investigaciones anteriores por lo que no siempre, los procedimientos son los mismos.

A su vez, es la primera investigación en nuestro país que intenta estudiar mediante variables del funcionamiento estructural de la personalidad, las Facetas y Factores de la PCL-R, los diagnósticos de Trastorno antisocial de la personalidad, los Trastornos por angustia y sus delitos a una población delictual y adicta.

9.6 Aportes y futuras líneas de investigación

El OPD-SQ podría ser un instrumento de gran ayuda para establecer focos de tratamientos y para evaluar a sujetos privados de libertad. A pesar de que las correlaciones entre la PCL-R y otros instrumentos de personalidad tienden a ser débiles, el OPD mostró múltiples asociaciones significativas. Es debido a ello, que sería un aporte de gran relevancia poder estudiar las correlaciones entre estos dos instrumentos en muestras más grandes. En la presente investigación se contó con una muestra relativamente pequeña. Por lo que es posible que se puedan encontrar niveles de significancia mayores, al reducir la aleatoriedad, en muestras más grandes. Este tipo de investigaciones podría tener un gran impacto en los recursos económicos que se cuentan para la evaluación de los reclusos. Por ejemplo, podrían permitir desarrollar un instrumento de tamizaje a partir del OPD-SQ utilizando las subescalas que más correlacionan con la PCL-R. Esto podría permitir priorizar a los sujetos que presentan mayores vulnerabilidades estructurales para realizarles la PCL-R.

La PCL-R es un instrumento que ha sido utilizado mundialmente para estudiar la psicopatía. A pesar de ello, es una entrevista costosa. Es decir, para poder realizarla se debe contar con personal entrenado, que tengan el tiempo suficiente para videar las entrevistas, revisar los expedientes para luego, puntuar cada uno de los ítems. Por lo tanto, es un proceso largo que muchas veces no es posible de llevar a cabo. En este sentido, cualquier instrumento de personalidad que pudiera ayudar en este proceso sería un gran aporte.

Es necesario poder llevar a cabo diversas investigaciones orientadas a estudiar los perfiles criminales. Se cuenta con evidencia empírica para sostener que la población de delincuentes psicopáticos y no psicopáticos es heterogénea. Sin embargo, existen pocas investigaciones orientadas a entender esta heterogeneidad. A su vez, no se encontró evidencia de la existencia en Chile de investigaciones orientadas a estudiar perfiles de criminales a partir de análisis de clústers. Por lo tanto, esta investigación puede abrir una serie de interrogantes.

¿Es posible replicar los resultados de la presente investigación en poblaciones similares?; ¿Es posible replicar los resultados de los clústers en sujetos con penas alternativas que presentan menor reincidencias ?; En este sentido, ¿Los resultados obtenidos son producto de la muestra que se obtuvo y que tiene características particulares?: ¿Qué explica que los promedios de la PCL-R en la población estudiada sean levemente más bajos que otras muestras chilenas y argentinas?; ¿Es posible explicar estas diferencias a partir de que la muestra estuvo compuesta por delincuentes chilenos y alemanes o; porque todos los sujetos han estado en tratamiento por sus adicciones; o porque los delincuentes alemanes estaban en hospitales forenses o; porque los alemanes que fueron el 64.29% de la muestra, cometieron más delitos sexuales que los chilenos?

Esta última pregunta guarda relación con que no todos los sujetos que cometen delitos sexuales pertenecen a la categoría de “*psicópatas*”. Muchos de ellos, presentan un funcionamiento relativamente adaptativo que les permite mantenerse en sus trabajos y tener relaciones interpersonales y de pareja más menos estables (Kernberg, 1992). Existe evidencia de que no todos los delincuentes que cometen delitos sexuales son psicópatas. Los violadores psicopáticos tienden a presentar delitos sexuales motivados por la oportunidad e ira intensa más que con factores sexuales (Saborío, 2005).

A partir de lo anterior, es factible preguntarse también, ¿Por qué los delincuentes con rasgos psicopáticos y los no psicopáticos, que se diferenciaron significativamente en los promedios totales de la PCL-R, no mostraron diferencias significativas en el nivel de integración estructural total y en Percepción de objeto, Autorregulación, Regulación en la relación con el objeto y en vínculo interno?; ¿Es posible que no se hayan materializado las diferencias en estas escalas por el tamaño muestral; o por qué presentaron un mayor número de delitos sexuales que los psicópatas, por lo tanto, provienen de subpoblaciones similares?

Los delincuentes con rasgos psicopáticos, al igual que los psicópatas, presentaron altas puntuaciones en los rasgos centrales de la psicopatía. Sin embargo, éstos se diferenciaron en las escalas del OPD. Los delincuentes con rasgos psicopáticos presentaron mayores funciones estructurales disponibles en comparación a los psicópatas. De esta manera, ¿Es posible diferenciar subtipos de delincuentes que presenten altas puntuaciones en el Factor 1 por variables estructurales?

La presente investigación puede ser utilizada como un punto de partida para futuras investigaciones que busquen caracterizar a la población delictual. En la medida que se pueda tener mayor conocimiento sobre esta población, es posible tener un mayor impacto en intervenciones psicosociales que prevengan la reincidencia y fortalezcan la reinserción social.

10. Referencias

- Ábalos, C., Gallardo, C., Esquivel, N., Weinstein, R., & Antivilo, A. (2004). Adaptación de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R) de Robert Hare en población reclusa del Centro de Detención Preventiva de San Miguel.
- Arévalo, A. (2018, febrero). Oficio circular que indica e instruye respecto a informe de postulación para evaluación profesional de permiso de salidas y traslado a CET. *Documento no publicado*.
- Arévalo, A. (2020, abril). Sistema penitenciario: complejidades y desafíos pendientes. Ponencia presentada en curso de derecho procesal penal, Santiago, Chile.
- Areti, S. (1967). The Intrapyschic Self. Feeling, Cognition, and Creativity in Health and Mental Illness (*Books Basics, Ed.*).
- Arieti, S. (1963). Psychopathic personality: Some views on its psychopathology and psychodynamics. *Comprehensive Psychiatry, 4*(5).
- Arieti, S. (1967). The Intrapyschic Self: Feeling, Cognition, and Creativity in the Health and Mental Illness. *Basic Books*.
- Asociación Americana de Psicología (APA). (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. In *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Issue 819).
- Assadi, S., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadek, O., Aghayan, S., Shariat, S., & Fazel, S. (2006). Psychiatric Morbidity Among Sentenced Prisoners: Prevalence Study in Irán. *The British Journal of Psychiatric*.
- Augstein, H. F. (1996). J C Prichard's concept of moral insanity - A medical theory of the corruption of human nature. *Medical History, 40*(3), 311–343.
- Babiak, P., Folino, J., Hancock, J., Hare, R. D., Logan, M., Leon Mayer, E., Meloy, J. R., Hakkanen-Nyholm, H., O'Toole, M. E., Pinizotto, A., Porter, S., Smith, S., & Woodworth, M. (2012). Psychopathy: An Important Forensic Concept for the 21st Century. *FBI Law Enforcement Bulletin, 81*(7).
- Baron-cohen, S., Baron-cohen, S., Centre, A. R., & Centre, A. R. (2005). The Empathizing System: a revision of the 1994 model of the Mindreading System. *Mind*.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry, 33*(6).

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). Mentalization-based Treatment. In Oxford University Press (Ed.), *Psychological Medicine* (Issue 11).
- Bernardi, R. (2010). *DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y Divergencias entre los Nuevos Sistemas Diagnósticos Psiquiátricos y Psicoanalítico*.
- Blackburn, R. (1996). Replicated personality disorder clusters among mentally disordered offenders and their relation to dimensions of personality. *Journal of Personality Disorders, 10*(1).
- Blackburn, R. (1998). Psychopathy and Personality Disorder: Implications of Interpersonal Theory. In *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*.
- Blackburn, R., & Coid, J. W. (1999). Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders. *Journal of Personality Disorders, 13*(1).
- Brook, M., & Kosson, D. S. (2013). Impaired cognitive empathy in criminal psychopathy: Evidence from a laboratory measure of empathic accuracy. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1).
- Cardoso Ribeiro, C., Gómez-Conesa, A., & Hidalgo Montesinos, M. D. (2010). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. In *Fisioterapia* (Vol. 32, Issue 6, pp. 264–270).
- Centro de estudios e investigación libertad y desarrollo. (2009). Delincuencia y Justicia. Revisado el 12 de Mayo del 2012 desde internet: <http://www.lyd.com/tag/tema-delincuencia/>
- Grupo de Trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Operacionalizado Psicodinámico* (Herder, Ed.; Primera).
- Cleckley, H. (1941). *The Mask of Sanity* (MO: Mosby, Ed.).
- Coid, J., & Ullrich, S. (2010). Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Comprehensive Psychiatry, 51*(4), 426–433.
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Lewis, G., Singleton, N., & Hare, R. (2009). Psychopathy among prisoners in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry, 32*(3).
- Collins, L. M., & Lanza, S. T. (2010). Latent Class and Latent Transition Analysis: With Applications in the Social, Behavioral, and Health Sciences. In *Latent Class and Latent Transition Analysis: With Applications in the Social, Behavioral, and Health Sciences*.
- Cooke, D. J., & Michie, C. (1999). Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(1).

- Cuquerella, A., Torrubia, R., Subirana, M., Mohíno, S., Planchat, L. M., Orós, M., Navarro, J. C., López, J. M., & Genís, F. (2003). Aplicación de la Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV) en una muestra forense. *Interps*.
- de la Parra, G., Lorenzini, N., Dagnino, P., Gomez - Barris, E., Creimpfen, C., & Ehrental, J. (n.d.). *Chilean Validation of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis Structure Questionnaire (OPD - SQ) for Personality Structure*.
- de la Parra, G., Undurraga, C., Crempfen, C., Valdés, C., Dagnino, P., & Gómez-Barris, E. (2018). Personality structure in patients with depression: Adaptation of an instrument and preliminary results. *Psykhe*, 27(2).
- Dempster, R. J., Lyon, D. R., Sullivan, L. E., Hart, S. D., Smiley, W. C., & Mulloy, R. (1996, August). Psychopathy and instrumental aggression in violent offenders. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario.
- Derefinko, K. J. (2015). Psychopathy and Low Anxiety: Meta-Analytic Evidence for the Absence of Inhibition, Not Affect. *Journal of Personality*, 83(6).
- Dolan, M., & Fullam, R. (2004). Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychological Medicine*, 34(6).
- Drozek, R. P., & Unruh, B. T. (2020). Mentalization-based treatment for pathological narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 34.
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H. R., Wolf, O. T., & Convit, A. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(3).
- Ehrental, J. C., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfu, M., Grande, T., & Schauenburg, H. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62(1).
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The Relation of Empathy to Prosocial and Related Behaviors. In *Psychological Bulletin* (Vol. 101, Issue 1).
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. (1975). Manual of the Eysenck personality questionnaire. In *Behaviour Research and Therapy* (Issue 4). Hodder y Stoughton.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners a systematic study. *Lancet*, 359(9306).
- Folino, J. O., & Hare, R. (2005). *Listado revisado para la verificación de la psicopatía: su estandarización y validación en Argentina Proyecto diferente View project Risk assessment View project*.

- Forth, A., Kosson, D., & Hare, R. (2003). Hare Psychopathy Checklist Youth Version - Technical Manual. In *Mental health screening and assessment in juvenile justice*.
- Fossati, A., Somma, A., Pincus, A., Borroni, S., & Dowgwillo, E. A. (2017). Differentiating community dwellers at risk for Pathological Narcissism from community dwellers at risk for psychopathy using measures of emotion recognition and subjective emotional activation. *Journal of Personality Disorders, 31*(3).
- Fowles, D. C. (1993). Electrodermal Activity and Antisocial Behavior: Empirical Findings and Theoretical Issues. In *Progress in Electrodermal Research*.
- Frick, P. J., Lilienfeld, S. O., Ellis, M., Loney, B., & Silverthorn, P. (1999). The association between anxiety and psychopathy dimensions in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*(5).
- Garaigordobil Landazabal, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: Correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género. *Psicologia Conductual, 13*(2).
- Gomberoff, L. (1999). *Otto Kernberg: Introducción a su obra* (Mediterráneo, Ed.).
- Gray, J. A. (1987). Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality, 21*(4).
- Hale, L. R., Goldstein, D. S., Abramowitz, C. S., Calamari, J. E., & Kosson, D. S. (2004). Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy, 42*(6).
- Hare, R. (1983). Diagnosis of Antisocial Personality Disorder in Two Prison Populations. *Am J Psychiatry*.
- Hare, R. (1990). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised* (second). Multi - Health Systems Inc.
- Hare, R. (2013). *Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare-Revisada* (Multi-Health Systems Inc, Ed.; Segunda).
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior, 23*(1).
- Hare, R. D. (2004). Psychopathy: Its Nature and Implications For Mental Health and Criminal Justice. Trabajo presentado en el Seminario Concepto de Psicopatía, sus características, evaluación e implicancias en Servicios de Salud Mental, Judicial y Penitenciario, organizado por Gendarmería de Chile, Ministerio de Justicia, Gobierno de Chile, Asociación Chilena de Psicoterapias Cognitivas y Asociación Chilena de Psicología Jurídica, Santiago, Chile.

- Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R)* (Multi-Health System Inc, Ed.; second).
- Hare, R. D., Hart, S. D., & Harpur, T. J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV Criteria for Antisocial Personality Disorder. In *Journal of Abnormal Psychology* (Vol. 100, Issue 3).
- Harpur, T. J., Hare, R. D., & Hakstian, A. R. (1989). Two-Factor Conceptualization of Psychopathy: Construct Validity and Assessment Implications. *Psychological Assessment*, 1(1).
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1989). Discriminant Validity of the Psychopathy Checklist in a Forensic Psychiatric Population. *Psychological Assessment*, 1(3).
- Hart, S., & Hare, R. (1998). Association Between Psychopathy and Narcissism: Theoretical views and Empirical Evidence, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. *American Psychiatric Press*, 415–436.
- Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). Manual for the Screening Version of the Psychopathy Checklist (PCL:SV). Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Henderson, D. K. (1947). *Psychopathic States* (W. W. Norton & Company, Ed.; Second).
- Herve, H. F. M. (2003). The masks of sanity and psychopathy: A cluster analytical investigation of subtypes of criminal psychopathy. In *ProQuest Dissertations and Theses*.
- Hicks, B. M., Markon, K. E., Patrick, C. J., Krueger, R. F., & Newman, J. P. (2004). Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. *Psychological Assessment*, 16(3), 276–288.
- Hicks, B. M., Vaidyanathan, U., & Patrick, C. J. (2010). Validating female psychopathy subtypes: Differences in personality, antisocial and violent behavior, substance abuse, trauma, and mental health. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1).
- Ignatyev, Y., Baggio, S., & Mundt, A. P. (2019). The Underlying Structure of Comorbid Mental Health and Substance Use Disorders in Prison Populations. *Psychopathology*, 52(1), 2–9.
- Karpman, B. (1941). On the need of separating psychopathy into two distinct clinical types: The symptomatic and the idiopathic. *Journal of Criminal Psychopathology*, 3.
- Karpman, B. (1956). Criminal Psychodynamics. A Platform. *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, 47(1).
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad* (el Manual Moderno, Ed.).
- Kernberg, O. (1994). *La Agresión en las Perversiones y en los Desórdenes de la Personalidad* (Paidós).

- Kernberg, O. F., & Piatigorsky, J. (1997). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Kosson, D. S., Steuerwald, B. L., Forth, A. E., & Kirkhart, K. J. (1997). A new method for assessing the interpersonal behavior of psychopathic individuals: Preliminary validation studies. *Psychological Assessment*, 9, 1–13.
- Landazabal, M. G. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: Correlatos sócioemocionales, predictores y diferenciais de gênero. *Psicología Conductual*, 13(2), 197-215.
- León, E. (2004, julio). PCL-R Hare Psychopathy Checklist-Revised.: Ponencia presentada en el Taller de Aplicación del PCL-R realizado en el Ministerio de Justicia, Santiago, Chile.
- León-Mayer, E., Asún-Salazar, D., & Folino, J. O. (2010). Confiabilidad y validez de la versión chilena de la Hare PCL-R. *Revista de La Facultad de Medicina*, 58(2).
- León-Mayer, E., Asún-Salazar, D., & Óscar Folino, J. (2010). Investigación Confiabilidad y validez de la versión chilena de la de la Escala Hare PCL-R. In *Rev.Fac.Med* (Vol. 58, Issue 2).
- León-Mayer, E., Cortés, M. S., & Folino, J. (2014). Descripción multidimensional de la población carcelaria chilena. *Psicoperspectivas*, 13(1), 68–81.
- Lilienfeld, S. O. (1998). Methodological advances and developments in the assessment of psychopathy. *Behaviour Research and Therapy*, 36(1).
- López Soler, C., & López López, J. R. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(30100).
- Lorenzini, N., de La Parra, G., Dagnino, P. A., Gomez-Barris, E., Crempien, C. E., & Ehrenthal, J. C. (n.d.). *Chilean validation of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis-Structure Questionnaire (OPD-SQ) for personality structure*. In Press.
- Lykken, D. T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55(1).
- Lykken, D. T. (1995). *The Antisocial Personalities*. Hillsdale Erlbawn.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4).
- Meloy, J. R., & Gacono, C. B. (1993). A Borderline Psychopath: “I was basically maladjusted.” *Journal of Personality Assessment*, 61(2).

- Ministerio de Salud, & Universidad de Chile. (2010). *Evaluación de Necesidades de Atención por Problemas de Salud Mental en la Población de Condenados, en Cárceles de las Regiones V y Metropolitana*. Documento no publicado.
- Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S., & Priebe, S. (2013). Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. *PLoS ONE*, 8(7).
- Newman, J. P., & Kosson, D. S. (1986). Passive Avoidance Learning in Psychopathic and Nonpsychopathic Offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3).
- Newman, J. P., MacCoon, D. G., Vaughn, L. J., & Sadeh, N. (2005). Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of Gray's BIS and BAS constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2).
- Newman, J. P., Schmitt, W. A., & Voss, W. D. (1997). The impact of motivationally neutral cues on psychopathic individuals: Assessing the generality of the response modulation hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4).
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. *Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES*.
- Partridge, G. E. (1928). A Study of 50 cases of psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 84(6).
- Patrick, C. J. (1994). Emotion and psychopathy: Startling new insights. In *Psychophysiology* (Vol. 31, Issue 4).
- Poythress, N. G., & Skeem, J. L. (2006). Disaggregating Psychopathy: Where and How to Look for Subtypes. In *Handbook of psychopathy*.
- R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. URL: <https://www.R-project.org/>.
- Raine, A. (1992). Schizotypal and borderline features in psychopathic criminals. *Personality and Individual Differences*, 13(6).
- Reid, W. (2001). Antisocial personality, psychopathy, and Forensic.8. *Psychiatric Practice*, 7(1), 55–58.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., Lammers, C. H., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187(1–2).
- Saborío Valverde, Carlos. (2005). Psicopatía y violación: un estudio con ofensores sexuales costarricenses. *Medicina Legal de Costa Rica*, 22(1), 17-39.

- Sandvik, A. M., Hansen, A. L., Johnsen, B. H., & Laberg, J. C. (2014). Psychopathy and the ability to read the “language of the eyes”: Divergence in the psychopathy construct. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*(6).
- Schmitt, W. A., & Newman, J. P. (1999). Are all psychopathic individuals low-anxious? *Journal of Abnormal Psychology, 108*(2).
- Scrucca L., Fop M., Murphy T. B., & Raftery A. E. (2016). mclust 5: clustering, classification and density estimation using Gaussian finite mixture models. *The R Journal 8*(1), 289-317.
- Silva, A. (2007). Conducta antisocial: un enfoque psicológico. In *ICB Research Reports* (Vol. 1, Issue 9).
- Skeem, J. L., Mulvey, E. P., Appelbaum, P., Banks, S., Grisso, T., Silver, E., & Robbins, P. C. (2004). Identifying subtypes of civil psychiatric patients at high risk for violence. *Criminal Justice and Behavior, 31*(4), 392–437.
- Smith, S. S., & Newman, J. P. (1990). Alcohol and Drug Abuse-Dependence Disorders in Psychopathic and Nonpsychopathic Criminal Offenders. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(4).
- Swogger, M. T., & Kosson, D. S. (2007). Identifying subtypes of criminal psychopaths: A replication and extension. *Criminal Justice and Behavior, 34*(8).
- Tellegen, A. (1982). Brief Manual for the Differential Personality Questionnaire. In *Unpublished manuscript*. University of Minnesota press.
- Undurraga, C., Kohling, J., Dagnino, P., & De la Parra, G., (s/f). Cuestionario de Integración Estructural de la Personalidad. Documento no publicado.
- Vassileva, J., Kosson, D. S., Abramowitz, C., & Conrod, P. (2005). Psychopathy versus psychopathies in classifying criminal offenders. *Legal and Criminological Psychology, 10*(1).
- Verona, E., Hicks, B. M., & Patrick, C. J. (2005). Psychopathy and suicidality in female offenders: Mediating influences of personality and abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6).
- Verona, E., Patrick, C. J., & Joiner, T. E. (2001). Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(3).
- Vincent, G. M., Vitacco, M. J., Grisso, T., & Corrado, R. R. (2003). Subtypes of Adolescent Offenders: Affective Traits and Antisocial Behavior Patterns. *Behavioral Sciences and the Law, 21*(6), 695–712.

11. Anexos

11.1 Clasificación con Análisis de Clúster Jerárquico

De acuerdo con lo observado en la Figura 2 y 3, la clasificación en tres clústers resulta bien definida. El tamaño del Clúster 1 es de 14 sujetos (33.33%), el del Clúster 2 es igual a 24 sujetos (57.14%) y el del Clúster 3 es de 4 sujetos (9.52%). En cuanto a las características sociodemográficas se pudo observar que la edad promedio de los sujetos en cada uno de los grupos no obtuvo diferencias estadísticamente significativas ($F_{(2,40)} = 2.42, p = 0.13$); los sujetos clasificados en el Clúster 1 tenían 34.00 años en promedio (DE = 9.75), los sujetos del Clúster 2 tenían 33.71 años en promedio (DE = 7.91) y los sujetos del Clúster 3 tuvieron 42.25 años en promedio (DE = 6.40). Tampoco se observaron diferencias a nivel de estado civil ($X^2 = 2.44, gl = 4, p = 0.66$), donde la mayoría de los sujetos en todos los Clústers fueron solteros. Con respecto a escolaridad, no se observaron diferencias significativas ($X^2 = 7.09, gl = 4, p = 0.10$). Sin embargo, se observa que la mayoría de los sujetos del Clúster 1 tienen estudios básicos completos (N = 9, 64.29%), la mayoría de los sujetos del Clúster 2 tienen estudios básicos incompletos (N = 9, 39.13%) y finalmente, la mayoría de los sujetos del Clúster 3 tienen estudios medios completos (N = 2, 66.67%). Finalmente, con respecto a la procedencia tampoco se observaron diferencias significativas ($X^2 = 2.59, gl = 2, p = 0.27$). Se observa que la mayoría de los sujetos del Clúster 1 (N = 9, 64.20%) son alemanes, la mayoría de los sujetos del Clúster 2 (N = 69.57 %) son alemanes, y la mayoría de los sujetos del Clúster 3 son chilenos (N = 3, 60.00%).

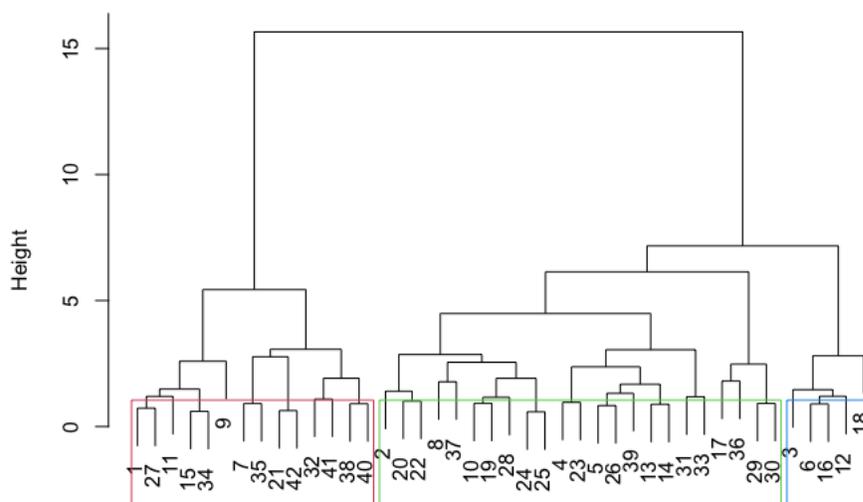


Figura 2. Dendrograma para el Análisis de Clúster Jerárquico con el método de Ward.

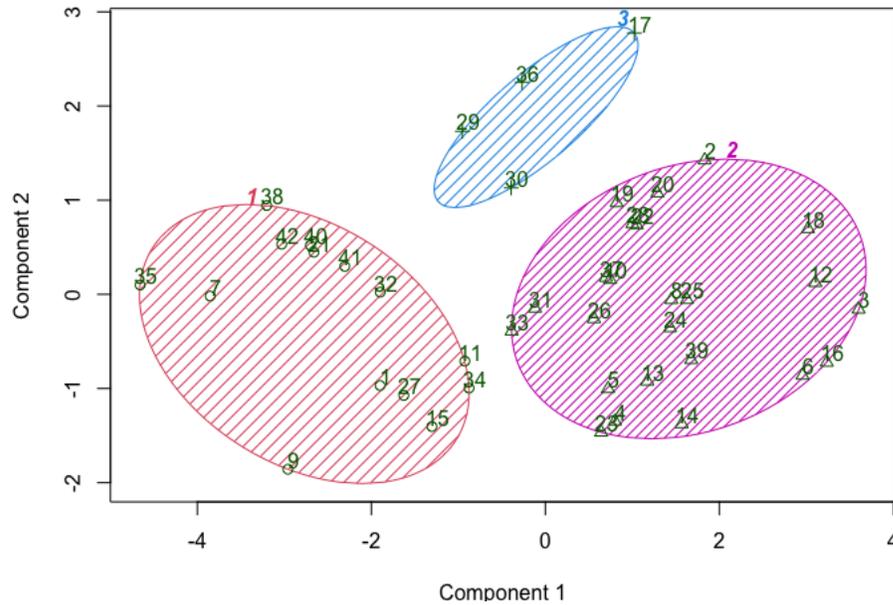


Figura 3. Gráfico de clasificación de los Clústers según Componentes Principales

En la Figura 4 se observan los perfiles estandarizados resultantes de los Clúster, mientras que en la Tabla 18 se observan los modelos de Análisis de Varianza para comparar los promedios en las facetas y factores, y puntaje total del PCL-R expresado en puntaje directo según el Clúster en el que se clasificó a los sujetos. Para las facetas 1 (Interpersonal) y 2 (Afectividad) se puede observar que entre el Clúster 2 y el Clúster 3 no presentan diferencias significativas entre sí ($p > 0.05$). Sin embargo, ambos grupos tienen promedios significativamente mayores al Clúster 1 (p 's < 0.05). En cambio, para la faceta 3 (Estilo de vida), el Clúster 1 y el Clúster 3 no tienen diferencias significativas ($p > 0.05$), pero ambos grupos tienen promedios significativamente menores al Clúster 2 (p 's < 0.05). No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para la Faceta 4 ($F_{(1,40)} = 0.90, p = 0.35$). Para el Factor 1 (Interpersonal/Afectividad), los Clúster 2 y 3 no presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$); sin embargo, ambos grupos presentan promedios significativamente mayores al Clúster 1 (p 's < 0.05). En cambio, para el Factor 2 (Estilo de vida/Antisocialidad), los Clústers 1 y 3 tienen promedios estadísticamente iguales ($p > 0.05$), y ambos grupos tienen promedios significativamente menores al Clúster 2 (p 's < 0.05). Finalmente, para la escala Total se observa que el promedio del Clúster 2 es más grande que el de los otros dos grupos, mientras que el promedio del Clúster 1 es el más bajo de todos los grupos (p 's < 0.05).

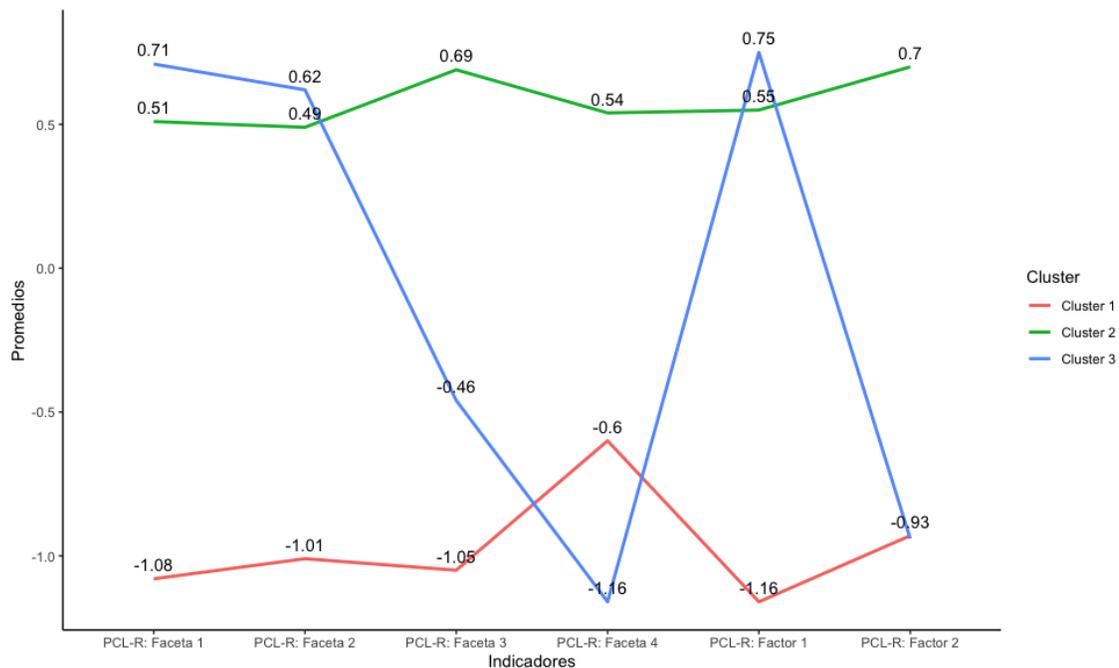


Figura 4. Perfiles estandarizados de los Clústers resultantes.

Tabla 18.

Comparación de promedios según el Clúster en el que son clasificados.

	Clúster 1		Clúster 2		Clúster 3		F
	M	DE	M	DE	M	DE	
PCL-R: Faceta 1	1.75 _a	1.32	5.29 _b	1.48	5.75 _b	1.76	40.24***
PCL-R: Faceta 2	2.29 _a	1.32	5.58 _b	1.63	5.88 _b	1.25	30.46***
PCL-R: Faceta 3	2.42 _a	1.51	7.10 _b	1.64	4.00 _a	0.91	14.00***
PCL-R: Faceta 4	3.00	2.41	6.31	2.26	1.38	1.25	0.90
PCL-R: Factor 1	4.14 _a	1.75	10.88 _b	2.42	11.63 _b	2.36	55.16***
PCL-R: Factor 2	5.43 _a	3.61	13.42 _b	2.64	5.38 _a	1.11	6.14*
PCL-R: Total	10.13 _a	4.82	25.61 _b	4.42	18.25 _c	3.70	22.77***

Nota: Los subfijos distintos marcan diferencias estadísticamente significativas con el contraste post-hoc de Bonferroni.

Los resultados de los análisis de los ítems específicos del PCL-R dicotomizados frente al Clúster donde fueron clasificados los sujetos se observan en la Tabla 19. Para el ítem 3 (Tendencia al aburrimiento/Necesidad de excitación) se observan diferencias en la distribución

entre los tres grupos ($X^2 = 9.62$, $gl= 2$, $p = 0.01$), la presencia de este ítem se encuentra presente en un 100% ($N = 24$) de los sujetos del Clúster 2, y en el 75.00% ($N = 3$) de los sujetos del Clúster 3; mientras que, solo estuvo presente en el 64.29% ($N = 9$) de los sujetos del Clúster 1. Del mismo modo, se pudieron observar diferencias significativas en el ítem 10 (Mal control conductual) ($X^2 = 10.05$, $gl= 2$, $p = 0.01$) donde el 95.83% ($N = 23$) de los sujetos del Clúster 2 presentaron esta característica, mientras que el 57.14% ($N = 8$) y el 50.00% ($N = 2$) de los sujetos del Clúster 1 y del Clúster 3, respectivamente, presentaron esta característica. Para el ítem 14 también se observaron diferencias significativas en la distribución de los datos ($X^2 = 7.48$, $gl= 2$, $p = 0.02$), donde el 91.67% ($N = 22$) de los sujetos del Clúster 2 presentan la característica, mientras que el 57.14% ($N = 8$) y el 50.00% ($N = 2$) de los sujetos del Clúster 1 y del Clúster 3, respectivamente, presentaron esta característica. Finalmente, también se observaron diferencias en la distribución de los datos para el Ítem 20 ($X^2 = 9.69$, $gl= 2$, $p = 0.01$), en este caso se observa que el 91.67% ($N = 22$) de los sujetos del Clúster 2 presentan esta característica, del mismo modo el 71.42% ($N = 10$) de los sujetos del Clúster 1 la presentan; mientras que, el 25.00% ($N = 1$) de los sujetos del Clúster 3 presentan esta característica. No se observaron diferencias significativas en ninguno de los otros ítems (5: Control/Manipulación; 6: Falta de culpa y Remordimiento; 7: Poca profundidad en los afectos; 8: Crueldad/Falta de empatía; 15: Irresponsabilidad).

Tabla 19.

Comparación de resultados de ítems del PCL-R con los grupos donde fueron clasificados

	Ausente		Presente		$\chi^2 (2)$	p
	f	%	f	%		
<i>Necesidad de Excitación/ Tendencia al aburrimiento</i>						
Clúster 1	5	35.71	9	64.29	9.62	0.01
Clúster 2	0	0.00	24	100.00		
Clúster 3	1	25.00	3	75.00		
<i>Controlador/ Manipulador</i>						
Clúster 1	2	14.29	12	85.71	0.62	0.73
Clúster 2	3	12.50	21	87.50		
Clúster 3	0	0.00	4	100.00		
<i>Ausencia de culpa y Remordimiento</i>						
Clúster 1	1	7.14	13	92.86	0.36	0.84
Clúster 2	2	8.33	22	91.67		
Clúster 3	0	0.00	4	100.00		
<i>Afecto superficial</i>						
Clúster 1	4	28.57	10	71.43	1.52	0.47
Clúster 2	5	20.83	19	79.17		
Clúster 3	0	0.00	4	100.00		
<i>Crueldad/ Falta de empatía</i>						
Clúster 1	5	35.71	9	64.29	0.53	0.77
Clúster 2	6	25.00	18	75.00		
Clúster 3	1	25.00	3	75.00		
<i>Mal control conductual</i>						
Clúster 1	6	42.86	8	57.14	10.05	0.01
Clúster 2	1	4.17	23	95.83		
Clúster 3	2	50.00	2	50.00		
<i>Impulsividad</i>						
Clúster 1	6	42.86	8	57.14	7.48	0.02
Clúster 2	2	8.33	22	91.67		
Clúster 3	2	50.00	2	50.00		
<i>Irresponsabilidad</i>						
Clúster 1	5	35.71	9	64.29	4.13	0.13
Clúster 2	3	12.50	21	87.50		
Clúster 3	0	0.00	4	100.00		
<i>Versatilidad criminal</i>						
Clúster 1	4	28.57	10	71.43	9.69	0.01

Clúster 2	2	8.33	22	91.67
Clúster 3	3	75.00	1	25.00

De acuerdo con los resultados que se observan en la Tabla 20, en ninguna de las escalas del OPD se observan diferencias estadísticamente significativas entre los Clústers (p 's > 0.05).

Tabla 20.

Comparación de promedios de las escalas del OPD según el Clúster

	Clúster 1		Clúster 2		Clúster 3		F
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
OPD: Auto percepción	1.30	0.91	1.67	1.03	0.60	0.42	0.11
OPD: Percepción de objetos	1.52	0.61	1.86	0.81	1.19	0.82	0.01
OPD: Autoregulación	1.33	0.83	1.91	1.02	0.79	0.48	0.02
OPD: Regulación de objetos	1.31	0.78	2.13	0.83	1.25	0.74	1.58
OPD: Comunicación interna	1.43	0.61	1.45	0.68	0.91	0.20	0.93
OPD: Comunicación externa	1.65	0.43	1.83	0.55	1.39	0.73	0.01
OPD: Vínculo interno	0.88	0.45	0.11	0.50	0.75	0.46	0.12
OPD: Vínculo externo	1.91	0.49	2.08	0.45	1.78	0.57	0.02
OPD: Total	1.42	0.54	1.75	0.61	1.08	0.49	0.01

Nota: Los subfijos distintos marcan diferencias estadísticamente significativas con el contraste post-hoc de Bonferroni.

La caracterización de los delitos cometidos según Clúster donde fueron clasificados los sujetos se observa en la Tabla 21. Según estos resultados no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de ninguno de los delitos estudiados (p 's > 0.05).

Tabla 21.

Comparación de tipo de delito según el grupo de percentil

	No Cometido		Cometido		$\chi^2(2)$	p
	f	%	f	%		
<i>Robo</i>						
Clúster 1	8	57.14	6	42.86	2.7	0.26
Clúster 2	9	37.50	15	62.50		
Clúster 3	3	75.00	1	24.00		
<i>Trafico de drogas</i>						
Clúster 1	12	85.71	2	14.29	0.82	0.66
Clúster 2	22	91.67	2	8.33		
Clúster 3	4	100.00	0	0.00		
<i>Delito sexual</i>						
Clúster 1	8	57.14	6	42.86	3.26	0.20
Clúster 2	17	70.83	7	29.17		
Clúster 3	1	25.00	3	75.00		
<i>Porte ilegal</i>						
Clúster 1	13	92.86	1	7.14	0.39	0.82
Clúster 2	23	95.83	1	4.17		
Clúster 3	4	100.00	0	0.00		
<i>Homicidio</i>						
Clúster 1	14	100.00	0	0.00	2.42	0.30
Clúster 2	21	87.50	3	12.50		
Clúster 3	4	100.00	0	0.00		
<i>Delitos violentos</i>						
Clúster 1	8	57.14	6	42.86	1.36	0.50
Clúster 2	13	54.17	11	45.83		
Clúster 3	1	25.00	3	75.00		

En la Tabla 22 se pueden observar las distribuciones de sujetos en los diagnósticos según el Clúster donde fueron clasificados. No se observaron diferencias significativas en la distribución de los Clústers según el diagnóstico obtenido ($p's > 0.05$).

Tabla 22.

Comparación de las distribuciones de diagnósticos según el Clúster

	Sin Diagnóstico		Con Diagnóstico		x ² (2)	p
	f	%	f	%		
<i>Trastono de personalidad antisocial</i>						
Clúster 1	10	71.43	4	28.57	4.44	0.10
Clúster 2	12	50.00	12	50.00		
Clúster 3	4	100.00	0	0.00		
<i>Trastorno por angustia</i>						
Clúster 1	12	85.71	2	14.29	1.16	0.56
Clúster 2	19	79.17	5	20.83		
Clúster 3	4	100.00	0	0.00		
<i>Trastornos por consumo de sustancias</i>						
Clúster 1	4	28.57	10	71.43	1.57	0.46
Clúster 2	7	29.17	17	70.83		
Clúster 3	0	0.00	4	100.00		

En la Tabla 23 se puede observar la distribución de casos de consumo de drogas según el Clúster en el que fue clasificado cada sujeto. En esta tabla se observa que las distribuciones de consumo de drogas no alcanzan a ser estadísticamente distintas entre sí (p 's > 0.05).

Tabla 23.

Comparación del consumo de drogas según el Clúster

	No consume		Consume		$\chi^2(2)$	p
	f	%	f	%		
<i>Marihuana</i>						
Clúster 1	5	35.71	9	64.29	0.27	0.87
Clúster 2	9	37.50	15	62.50		
Clúster 3	2	50.00	2	50.00		
<i>Alcohol</i>						
Clúster 1	11	78.57	3	21.43	1.02	0.60
Clúster 2	20	83.33	4	16.67		
Clúster 3	4	100.00	0	0.00		
<i>Anfeta</i>						
Clúster 1	12	85.71	2	14.29	1.58	0.56
Clúster 2	19	79.17	5	20.83		
Clúster 3	4	100.00	0	0.00		
<i>Cocaína</i>						
Clúster 1	11	78.57	3	21.43	1.76	0.41
Clúster 2	14	58.33	10	42.67		
Clúster 3	3	75.00	1	25.00		
<i>Feni</i>						
Clúster 1	10	71.43	4	28.57	2.36	0.30
Clúster 2	20	83.33	4	16.67		
Clúster 3	2	50.00	2	50.00		
<i>Opiaceos</i>						
Clúster 1	11	78.57	3	21.43	3.20	0.20
Clúster 2	21	87.50	3	12.50		
Clúster 3	2	50.00	2	50.00		
<i>Pasta</i>						
Clúster 1	10	71.43	4	28.57	1.52	0.47
Clúster 2	19	79.17	5	20.83		
Clúster 3	4	100.00	0	0.00		



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre Investigador Responsable: Catalina Undurraga

Núcleo Milenio NS100018

Usted ha sido invitado a participar en el estudio “Funcionamiento Estructural, Mentalización, Experiencia Depresiva y Conducta Criminal- Antisocial: Una perspectiva de múltiples niveles” a cargo del investigador Catalina Undurraga, tesista doctoral de la Pontificia Universidad Católica. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

La investigación en la que usted ha sido invitado a participar, tiene por finalidad comprender el funcionamiento psicológico de personas que han cometido diferentes tipos de delitos. El propósito de este estudio tiene que ver principalmente con crear ciertos perfiles que permitan una mayor comprensión del funcionamiento psicológico, de manera tal de poder realizar diagnósticos, intervenciones, crear criterios para la indicación de psicoterapia y el otorgamiento de beneficios.

¿En qué consiste su participación?

Esta investigación se está realizando en Chile y en Alemania.

La muestra total que se espera tener entre ambos países es de 150 personas.

A usted se le está invitando a participar como parte de la muestra chilena.

En su caso, el procedimiento consistirá en dos fases:

Fase I:

Se realizarán dos entrevistas de 60 minutos cada una, donde se le solicitará realizar 6 cuestionarios relacionados con su forma de ser, su historia de vida y sobre síntomas depresivos.

Fase II:

Se realizará una entrevista videada para poder conocerlo mejor. Para ello, se le harán preguntas en torno a su forma de ser, su manera de relacionarse, su estilo e historia de vida. Esta entrevista durará entre 60 y 120 minutos.

Para poder tener una mayor comprensión, se obtendrá también información de su ficha penitenciaria.

¿Qué riesgos corre al participar?

No existen riesgos daño o malestar físico o psíquico. Sin embargo, un posible riesgo podría ser no tener la claridad de los objetivos de la investigación. En este sentido, es de gran relevancia mencionar que el participar del presente estudio no obtendrá ningún beneficio penitenciario.

¿Qué beneficios puede tener su participación?

Usted no se beneficiará por participar en esta investigación. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca del funcionamiento psicológico de personas que cometen delitos y eventualmente podría beneficiar a otras personas con esta condición.

¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?

Toda la información obtenida será utilizada para los propósitos de este estudio. Estudios posteriores que se ciñan estrictamente al objetivo de este estudio.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias medicas, sin embargo, su nombre no será conocido. Los datos obtenidos serán almacenados y conocidos solo por el investigador principal y los co-investigadores, con el fin de cuidar la confidencialidad de la información. El nombre y otros datos personales de los sujetos serán descartados.

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Usted NO está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, usted tiene el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento, sin dar explicaciones ni que ello signifique algún perjuicio para usted. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que ya haya obtenido en el recinto penitenciario y no se verá afectado en ningún aspecto de sus condiciones contextuales.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a Catalina Undurraga Tschischow, Pontificia Universidad Católica de Chile. Su teléfono es el +5622 354 4639 y su email es mcundurraga@uc.cl. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile al siguiente email: comite.etica.psicologia@uc.cl

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO
DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

Firma de la Participante

Fecha

Nombre de la Participante

Firma de la Investigadora

Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador)