

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,

PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TITULO:

"EVALUACION DE PSICOPATIA ENTRE MENORES INFRACTORES  
CON Y SIN TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E  
HIPERERACTIVIDAD "

ALUMNO:

DRA MARIA LILIANA TOLEDO PALACIOS

TUTOR METODOLOGICO

TUTOR TEORICO

DR. FERNANDO CORONA HDEZ. DR. MIGUEL VILLAVICENCIO C.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN  
PSIQUIATRIA

IMPRESION DE LA TESIS DE PSIQUIATRIA  
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
EN EL AÑO DE 2005

AÑO: ~~2004~~

2005

0351768



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD  
MENTAL

TUTORES

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Maria Liliara Toledo  
Palacios

FECHA: 20/Sept/2005

FIRMA: [Firma]

TEORICO

DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO  
MEDICO ADSCRITO AL HOSPITAL DE PSIQUIATRIASAN FERNANDO  
ISTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

METODOLOGICO

FERNANDO CORONA HERNANDEZ  
MEDICO ADSCRITO AL HOSPITAL DE PSIQUIATRIASAN FERNANDO  
ISTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,

PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TITULO:

"EVALUACION DE PSICOPATIA ENTRE MENORES INFRACADORES  
CON Y SIN TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E  
HIPERERACTIVIDAD "

ALUMNO:

DRA MARIA LILIANA TOLEDO PALACIOS

TUTOR METODOLOGICO

TUTOR TEORICO

DR. FERNANDO CORONA HDEZ. DR. MIGUEL VILLAVICENCIO C.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN  
PSIQUIATRIA

AÑO: 2001

INDICE

I. ANTECEDENTES .....1

II. OBJETIVOS .....11

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....12

IV. MATERIAL Y METODOS .....13

V. RESULTADOS .....22

VI. DISCUSION .....25

VII. BIBLIOGRAFIA .....29

VIII. ANEXOS .....X

## I. ANTECEDENTES

### MARCO TEORICO

Pinel acuñó el término de "insanidad moral" (1,2) que describía una "perversión mórbida de los impulsos naturales". Las descripciones recientes de insanidad moral de muchos Psiquiatras equivalen a psicopatía, Cleckley (1964) postuló que se relacionaba con una imitación de socialización humana sin involucramiento de los sentimientos (3) y Hare recientemente realizó cuidadosas revisiones sobre muchas experiencias de esta información (6,7,15,16,17,19).

Han sido varios los términos utilizados para describir al trastorno; moralidad insana, personalidad psicopática, psicopatía, sociopatía, personalidad antisocial, especialmente el término "sociopatía" ha sido utilizado como sinónimo de criminalidad o conducta antisocial, a pesar de ello hoy en día no está bien definida. La aproximación más aceptada se encuentra inscrita en el DSM IV (22,32,33), con la definición del trastorno de personalidad antisocial, que por tener un abordaje dimensional excluye la presencia de rasgo como entidad clínica. Vale la pena destacar que a los componentes interpersonales y afectivos de la psicopatía se les da poca importancia en dicho manual (11,15,16,17).

Actualmente sabemos que a pesar de que los individuos no cumplan con los criterios diagnósticos del DSM IV, pueden tener manifestaciones o rasgos clínicos que determinan su actuar y que no obligadamente los conduce a cometer delitos castigados por la ley, pero si incurren en violación sistemática de normas. Se considera en la actualidad al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, como un trastorno psiquiátrico infantil frecuente, en donde las características principales son inatención, impulsividad e hiperactividad. Esta triada ha sido modificada respecto a los criterios iniciales del DSM III, puesto que los del DSM IV agrupan a la hiperactividad y la impulsividad. En consecuencia existen tres subtipos: El combinado, con predominio de la inatención, y el hiperactivo impulsivo.

Es necesario destacar que aproximadamente un tercio de la mitad de los niños con trastorno por déficit de la atención e hiperactividad, continúan presentando alteraciones durante la adolescencia. La presencia asociada con un trastorno de conducta es un indicador de peor pronóstico, y parece ser el responsable, en gran parte de la mayor incidencia de conducta antisocial (9). Incluyendo la mayor prevalencia de abuso de sustancias en adolescentes con síntomas residuales.

Dentro de este mismo contexto , la literatura reporta como parte de la comorbilidad, diferentes trastornos psiquiátricos, su presentación clínica es variada y el trastorno oposicionista desafiante es el más comúnmente reportado, con un porcentaje de hasta el 65 % y el cual se caracteriza por conducta desafiante, renuencia a obedecer, rabietas y hostilidad verbal hacia otros. Los estudios de incidencia sugieren que del 54 al 67 % de los niños y adolescentes hiperactivos presentan dicho trastorno.

Por otro lado se postula se postula que un posible sustrato fisiopatológico para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, es una disfunción del hemisferio derecho, dada su especialización como mediador de los procesos de atención. Y se acepta que dicho trastorno refleja igualmente la incapacidad para filtrar estímulos, circunstancia que genera distractibilidad. Las lesiones del lóbulo frontal, pueden desencadenar una perseveración motora, con una repetición innecesaria de una respuesta emitida previamente, como la que se observa en la inquietud motora de los hiperactivos. Este complejo de alteraciones neuropsicológicas encuentra su correlato en los criterios diagnósticos básicos en el DSM IV (8).

En un estudio realizado a infractores con y sin trastorno por déficit de atención se reporto que las fallas viso espaciales y



motoras y el déficit de aprendizaje verbal incrementa el riesgo de comportamiento antisocial. Concluyendo que los predictores de conducta criminal son: Disfunciones Neuropsicológicas, comportamiento agresivo, circunstancias familiares adversas y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (7).

Por lo tanto se ha confirmado la relación entre el trastorno y la conducta criminal. Así mismo se ha reportado el seguimiento de la evolución a largo plazo en pacientes portadores del trastorno con tratamiento a base de estimulantes evidenciando que los que recibieron tratamiento evolucionaron mejor que los no tratados, con disminución de los accidentes, conducción de la infancia de manera mas positiva, disminución de las conductas criminales, como el robo y alcanzaron mejores habilidades sociales(2).

La falta de control emocional y destructividad puede constatarse en la población penitenciaria mexicana a través de pruebas psicológicas, como ocurre con casi todos los rasgos de personalidad y es muy conveniente buscarlos en mas de una prueba para estar seguros, porque estos dos rasgos implican una mala adaptación a todas las situaciones sociales que requieren sujetarse a reglas, normas o leyes que interfieren en la realización de conductas satisfactoras del principio del placer (21).

El Psiquiatra Canadiense Robert D. Hare, describe al niño psicopático que después madura como adulto psicópata quién en un principio aprende a lograr que otros niños sean castigados por las infracciones que el comete, es muy adquisitivo, con frecuentes rabietas y una completa tendencia a reincidir en sus faltas. En México se denominan menores infractores (12,21).

El diagnóstico del trastorno disocial de la personalidad ha generado polémica, en recientes fechas la Asociación Psiquiátrica Americana decidió distinguir entre el niño y las características del adulto, y esencialmente sustituyó criterios del comportamiento por los de personalidad. El DSM IV actual tiene un enfoque donde lo que no es sociopatía, psicopatía o trastorno disocial de la adolescencia es el trastorno antisocial de personalidad; Sin embargo hay superposición considerable, las posibilidades diagnósticas son interminables, la literatura reporta que por lo menos existen tres millones de variaciones posibles de síntomas sobre al menos 62 formas diferentes (18,22). Los rasgos de sociopatía se definen como una constelación de características inter personales de afecto y conducta las cuales se relacionan sustancialmente como factor de riesgo de conducta violenta y reincidencia (14,24,31).

En las instituciones carcelarias y otros centros de readaptación hay un índice elevado de psicopatía, considerándose en diferentes estudios realizados en Estados Unidos y Canadá, quienes reportan una prevalencia de hasta el 30 %, de los cuales se describen diferentes grados de psicopatía (23,35,40).

Los procedimientos utilizados para la realización del diagnóstico de psicopatía, incluyen la impresión clínica, prueba de personalidad, listado de comprobación o escalas de clasificación aplicadas por el personal. Estos dos últimos son probablemente los métodos mas prometedores para diagnosticar psicópatas (18,21). El Listado de comprobación de psicopatía de Hare (PCL-R) fue desarrollada en la Universidad Británica de Columbia por el Dr. Robert Hare, e introducida en 1985, desde entonces se han realizado mejoras al instrumento, incorporado en el procedimiento de su puntuación (9,10,23).

En la bibliografía médica se describen estudios de investigación clínica a este respecto. Entre ellos la valoración de 321 presos encarcelados por conductas violentas, quienes fueron valorados con el PCL-R de Hare y otras pruebas psicométricas que relacionan conducta criminal encontrando que 36 (11.2 %), fueron diagnosticados como psicópatas y 285 (88.8 %) designados como no psicópatas (8). Aunque no todos los psicópatas son delincuentes,

existe una proporción considerable de criminales que son psicópatas. La estimación oscila desde el 18 al 40 % de delincuentes, dependiendo del muestreo (16,17,26).

En el transcurso del tiempo se ha tratado de comparar los procedimientos disponibles para la valoración de psicopatía. De acuerdo a los criterios de la American Psychiatric Association's (1980) se ha utilizado el Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales, el inventario multifásico de la personalidad de la Universidad de Minnesota (MMPI) y la escala de socialización y el inventario psicológico de California. Estas pruebas son frecuentemente utilizadas inicialmente como criterios únicos de psicopatía (20,29).

Debido a lo anterior es importante contar con una escala que proporcione información relevante relacionada con la entidad descrita, así también que mida el grado de psicopatía y que permita estandarizar y objetivar las observaciones clínicas. Por este motivo Hare diseñó el inventario o listado de psicopatía: The Hare psychopathy Checklist (PCL), en un principio consto de 22 ítems que fueron elegidos por su correlación de entre 100 posibles, que incluyeron conductas, rasgos y en muchos de los casos requirieron del juicio clínico (26).

Después de varios estudios y con el propósito de utilizar la escala fuera del ámbito carcelario se eliminaron 2 Items, con lo que se denominó *The Hare Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R). Los Items eliminados fue el dos (diagnóstico previo de psicopatía) y el veintidós (abuso de Alcohol o drogas sin influencia en la conducta antisocial). También se modificó el ítem seis pasando de ser "conducta irresponsable como patrón" a "irresponsabilidad" en general. El PCL y el PCL-R tuvieron una correlación muy alta 0.88. El PCL-R se utiliza en poblaciones forenses como un instrumento de evaluación de psicopatía y contempla dos áreas, la primera referida como factor uno el cual refleja un núcleo de características interpersonales y afectivas; El factor dos consiste en ítems que reflejan un estilo de vida con rasgos sociopáticos (14,26).

### JUSTIFICACION.

El trastorno antisocial de la personalidad ha sido modificado a través de las clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana. En la versión del DSM IV se hace mayor énfasis en los rasgos de personalidad que en las conductas propiamente criminales. Todo ello ha sido gracias a estudios que se basan en la aplicación de un instrumento denominado el Listado de Psicopatía revisado de Hare (11,15). Este instrumento es una entrevista semiestructurada que evalúa el constructo de psicopatía basado en los criterios originales de Cleckley. Este instrumento ha demostrado ser el mejor predictor de crímenes violentos, de desempeño intra institucional y de reincidencia criminal. En diversos países, este instrumento forma parte de la evaluación de ingreso de la mayoría de los internos a instituciones de reclusión(6,7). Su uso en poblaciones de adolescentes infractores también ha sido confirmada.

Diversas investigaciones han corroborado la asociación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de conducta y psicopatía. Se asume que no todos los infractores cumplen criterios de estas entidades clínicas.

El propósito de este estudio, es caracterizar a grupos de menores infractores con y sin trastorno por déficit de atención y

psicopatía. La comparación de los historiales criminológicos y el desempeño institucional entre grupos fue el objetivo de esta investigación.

## II. OBJETIVOS

- 1.- Determinar la frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en una población de menores infractores.
- 2.- Determinar la presencia de psicopatía en la muestra bajo estudio.
- 3.- Comparar los niveles de sociopatía entre los portadores del trastorno por déficit de atención e hiperactividad bajo estudio y los que no lo tienen.
- 4.- Comparar las variables criminológicas e institucionales entre los dos grupos identificados.



### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en una población de menores infractores?

¿Existen diferencias de psicopatía entre los portadores de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los que no lo tienen?

¿Existen diferencias entre variables sociodemográficas y criminológicas entre los portadores de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los que no lo tienen?

#### IV. MATERIAL Y METODO

##### a) Diseño

Investigación tipo comparativo de observación transversal.

##### b) Universo y Muestra

Previa autorización, de la subdirección de Investigación Formación y Actualización de la Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores de la Secretaría de Seguridad Pública. Se obtuvo una muestra representativa de los infractores de tipo muestreo aleatorio estratificado, para obtener una muestra representativa de los menores infractores con faltas y comportamientos institucionales diferenciales. La muestra estuvo conformada por 70 sujetos del centro de tratamiento para varones, 35 con antecedente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y 35 sin este diagnóstico. Los sujetos fueron reclutados y evaluados en el área del servicio médico de dicha Institución. El universo blanco es fluctuante pero mantiene un promedio de 300 sujetos.

### c) Criterios de Selección

- \*Estar internado en el Centro de Tratamiento para Varones
- \*Cubrir antecedente de sospecha clínica de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- \*Aceptar participar

### d) Variables e Instrumentos:

Datos Demográficos y criminológicos: mediante una forma *ad hoc*.

(Anexo 1).

A todos los sujetos se les aplico el listado de psicopatía revisado de Hare (PCL-R, el cual consta de 20 ítems, los cuales son calificados del 0 al 2, correspondiendo al 0 a NO, 12 a probable y 2 si. El tiempo de aplicación es de aproximadamente de 90 a 120 minutos. Cada ítem tiene una descripción clínica a la cual el entrevistador tiene que ajustarse. El listado esta distribuido en dos factores. El primero incluye labia, encanto superficial, sentimientos de grandiosidad sobre la valía propia, mentira patológica, manipulación, tendencia a ejercer el mando, falta de culpa o remordimiento, afecto superficial, insensibilidad, falta de empatía y falla para aceptar la responsabilidad de sus actos. El factor dos incluye a la necesidad de estimulación y

tendencia al aburrimiento, estilo de vida parasitario, controles conductuales deficientes, problemas de conducta tempranos, carencia de metas realistas a largo plazo, irresponsabilidad, delincuencia juvenil y revocación de la libertad condicional. (ANEXO 2)

#### **e) Procedimiento de evaluación**

Una vez seleccionados los posibles sujetos, se les solicitó su participación en el proyecto y se procedió a la aplicación del PCL-R. El cual consiste en una entrevista y obtención de datos criminológicos y la evolución institucional. Fueron recabados del expediente jurídico, interno y de la entrevista directa de los sujetos.

#### **d) Descripción de la entrevista**

La entrevista tiene dos propósitos. Primero, es utilizada para obtener cierta información histórica, para así puntuar los ítems del PCL-R. Segundo, permite al entrevistador una oportunidad para observar el tipo de relaciones interpersonales del individuo.

Las entrevistas con el individuo deben cubrir los siguientes puntos, educación, ocupaciones, familia, matrimonio y la historia

criminal. Es una entrevista semiestructurada con la que se obtiene mucha de la información requerida para hacer los juicios necesarios para el **PCL-R**. El evaluador podría hacer algunas modificaciones a esta entrevista si cierta información ya fue obtenida de los archivos como pueden ser los expedientes jurídicos o entrevistas previas que se le han hecho al individuo. No se recomienda el uso de entrevistas que sean muy estructuradas. La validación de los puntajes del **PCL-R** puede hacerse en base a la información colateral si esta es suficiente y de muy buena calidad, se recomienda observar la conducta y una interacción informal con los sujetos, lo cual puede ser utilizada como complemento de la información colateral, según sea el caso.

#### **f) Revisión colateral**

Los propósitos de la revisión colateral son: **a)** ayuda a evaluar la credibilidad de la información obtenida durante la entrevista; **b)** ayudar a determinar si el estilo de interacción exhibido por el individuo durante la entrevista fue representativo de su conducta usual; y **c)** proveer de información de primera mano para puntuar algunos de los ítems. La revisión colateral usualmente toma alrededor de sesenta minutos. El tipo de información colateral tendrá que ser obtenida del expediente jurídico, reportes de valoración del consejo técnico interdisciplinario, reporte del

seguimiento por personal técnico. La información se concentrará en las formas incluidas en el listado y la hoja de datos sociodemográficos y criminalísticos.

#### **g) Conflictos entre las fuentes de información**

Sí es posible determinar que una fuente de información tiene mayor credibilidad que la otra, entonces debe dársele mayor peso a la información de la fuente mas confiable.

#### **h) Puntaje**

Los ítems en el **PCL-R** son puntuados en base al funcionamiento de vida de la persona que es sujeto a evaluación. Los ítems no deben ser puntuados basándose únicamente en el estado presente de la persona; ya que este estado puede ser atípico de su funcionamiento usual, debido a los factores extremos en los que se encuentra y un aumento en la psicopatología, y demás.

#### **i) Procedimiento de evaluación**

El procedimiento de evaluación del **PCL-R** consiste de una entrevista semiestructurada y una revisión de toda la información

colateral existente. Estos dos componentes son descritos a continuación.

#### j) Puntaje de los ítems

Cada uno de los ítems del **PCL-R** es puntuado usando una escala ordinal de tres puntos (0, 1 ó 2) basado en el grado en que la personalidad del preso o del paciente concuerde con la descripción del ítem en el manual. El puntaje de la mayoría de los ítems requiere de considerable inferencia y juicio clínico; sin embargo se dan arreglos y criterios específicos para los ítems 17, 18, 19 y 20. La escala de tres puntos es la siguiente:

2 El ítem se aplica al individuo; una igualdad razonablemente buena en la mayoría de los aspectos mas esenciales; la conducta es consistente de acuerdo a la intención del ítem.

1 El ítem se aplica a cierta parte pero no al grado requerido para un puntaje de 2; una igualdad en muchos aspectos pero con muchas excepciones o dudas para garantizar un puntaje de 2; incertidumbre acerca de si el ítem se aplica o no; conflictos entre la información de la entrevista y la de los expedientes que no puede resolverse a favor de un puntaje de 2 o 0.

0 El ítem no se aplica al individuo; no exhibe el trato o la conducta en cuestión, o exhibe características que son opuestas, o inconsistentes con la intención del ítem.

La descripción individual de los ítems en este manual debe ser leída cuidadosamente antes de hacer las evaluaciones (10,26).

#### **k) Omitiendo ítems**

Algunas veces no existe el suficiente material de información tanto directa como colateral para poder puntuar un ítem. En otras ocasiones la información de la entrevista y la información colateral son completamente incongruentes, y no es posible determinar cual es la fuente de información con mayor credibilidad. Cuando esto ocurra uno de los ítems puede ser omitido. Un ítem puede omitirse solamente cuando sea absolutamente necesario; no deben ser omitidos simplemente por que el que este evaluando no tiene la certeza acerca de un puntaje.

Hasta cinco ítems pueden ser omitidos antes de invalidar el puntaje total del PCL-R; hasta dos ítems pueden ser omitidos en cada factor del PCL-R sin invalidar el puntaje de factor. Si muchos de los ítems son omitidos el individuo debe ser revalorado cuando exista mayor información colateral (19,21).



La figura 2-1 (anexo 3), muestra la cuadrícula del puntaje total que corresponde a los valores que se puntúan después de la entrevista. La figura 2-2 (anexo 4) muestra la cuadrícula que concentra el puntaje total, la división entre los factores uno y dos y sus prorratesos, número de ítems faltantes y la suma ajustada de la tabla 1, 2 y 3 (ver anexos).

La figura 1 (anexo 5) muestra los rangos percentiles tanto del puntaje total como de los puntajes de factor del PCL-R que corresponden a las figuras 2-1 y 2-2. Utilizando las formas para prisioneros masculinos. El puntaje total corresponde a un rango percentil al igual que el puntaje del factor uno y dos.

#### m) análisis estadístico

Se procedió con las descripciones generales usuales. Como pruebas de hipótesis se utilizó ANOVA de una vía y T de Student según el caso y como de correlación el coeficiente de Pearson.

#### n) Recursos humanos, físicos y financieros.

La infraestructura requerida para la realización de esta investigación fue: una computadora, discos de 3 ½ de alta densidad,

impresora, formatos del listado de psicopatía revisado de Hare, y hojas de recolección de datos sociodemográficos. Se contó con los investigadores.

#### **o) Consideraciones éticas**

Esta investigación no implica riesgo alguno para la salud de los pacientes, por lo que no viola ningún precepto estipulado en la convención de Helsinki y Hawai para investigación en humanos. Al ser una investigación inocua, de acuerdo a la ley general de salud vigente, solo se requirió el consentimiento verbal del paciente.

## V. RESULTADOS

Se evaluaron 70 sujetos adolescentes internados en el Centro de tratamiento para Varones, dependiente de la Secretaría de Seguridad Pública, todos del sexo masculino. Sus edades fluctuaron entre los 14 y 22 años, con un promedio de 16.8. La mayoría de ellos solteros 49 (70 %), casados 4 (5.7%), y en unión libre 17 (24.3 %). 56 (80 %) de ellos estaban desempleados ó subempleados y tan solo 18.25 (25.7 %) tenían un empleo estable. 22 sujetos (31.4 %) habían cursado menos de 6 años de escolaridad, y 48 (68.6 %) mas De 6 años, con un promedio de escolaridad de 5.6 años. Al momento de la detención, solo 6 (8.6 %) estaban cursando algún grado escolar, y el resto 64 que equivale al 91.4 % habían abandonado la escuela. 49 (70 %) habían reprobado algún año y solo 21 (30 %) cursaron acreditando todos los ciclos. 33 (47.1 %) fueron expulsados.

En la **Tabla 4** se muestran las infracciones por las que se encuentran bajo medida de internación. Siendo la mas frecuente Robo calificado 34 (48.6 %), así como las infracciones previas sancionadas en donde también figuró el robo calificado con una frecuencia de 16 (22.9 %).

Del total de la muestra, 20 (28.6 %) habían tenido reclusiones previas, 22 (31.4 %) fueron primoinfractores, 35 (50 %) fueron reincidentes genéricos y 14 (20 %) reincidentes específicos. A 16 les revocaron la medida de tratamiento. De los 70 sujetos estudiados 23 (32.9 %) estaban tatuados. De los 35 sujetos con antecedente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad 15 (21.4 %) fueron clasificados como trastorno por déficit de atención e hiperactividad de tipo combinado. 2 (2.9 %) con trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio de déficit de atención, 10 (14.3 %) con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de predominio de tipo hiperactivo impulsivo. Y 8 (11.4) con el trastorno en remisión parcial.

Los sujetos diagnosticados con el trastorno del tipo combinado tuvieron puntuaciones altas en el listado de psicopatía revisado de Hare, con 43.08 con una  $p < 0.005$ .

Del total de los sujetos estudiados, el 47 (67.15 %) tuvo una puntuación total en el listado de psicopatía de Hare por arriba de 30.

## Correlaciones

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad correlacionó con el puntaje total del listado de psicopatía revisado de Hare, así como con el factor uno y dos  $r = 0.5$   $p < 0.001$ ,  $r = 0.48$   $p < 0.001$  y  $r = 0.43$   $p < 0.001$  respectivamente. Además el trastorno por déficit de atención e hiperactividad tuvo una correlación significativa inversa con reprobaciones y expulsiones, con una  $r = -0.35$ ,  $p < 0.001$  y  $r = -0.33$ ,  $p < 0.001$ . También correlaciono significativamente con el hecho de haber recibido tratamiento específico para el trastorno,  $r = 0.66$ ,  $p < 0.001$ , hubo una tendencia ala significancia con el abuso de sustancias. Por ultimo se correlaciono significativamente el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con el hecho de recibir tratamiento específico  $r = 0.66$ .  $p < 0.001$ .

## VI. DISCUSION

La evaluación de menores infractores quienes se encuentran bajo tratamiento internación arrojó una frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad equivalente a 35 (11.66 %) lo cual supera a lo reportado en la literatura, en relación a la población general, aunque no existen estudios en México que hayan evaluado esta entidad en población penitenciaria.

La aplicación del listado de psicopatía revisado de Hare resultó ser un instrumento útil para determinar la presencia de psicopatía en nuestra población donde encontramos que 47 (67.15 %) del total de la muestra obtuvo una puntuación total en dicho instrumento superior a 30, lo que resulta superior a lo reportado por el autor del PCL-R, quien reportó que en una muestra con una proporción del 18 a 30 % de prisioneros adultos, hombres en relación a psicopatía realizado en los Estados Unidos. Esta situación podría atribuirse a las diferencias socioambientales entre un país y otro, lo que podría condicionar en la población mexicana a menores oportunidades en los servicios de atención social de la salud. En relación a este punto debemos también considerar que la población estudiada por el autor corresponde a adultos a diferencia de la nuestra y que existe información relevante en relación al curso de la conducta sociopática, la cual

se sabe tiende a disminuir en mayor proporción a partir de los 45 años de edad (23,26,41).

El robo fue la infracción con mayor frecuencia en la población estudiada, dentro de las medidas que ameritaron el tratamiento en internación e infracciones previas sancionadas, lo que concuerda con lo reportado por la literatura en donde se describe a esta conducta criminal como un patrón de repetición (31,34,36,42). En este mismo tenor, la reincidencia observada juega un papel importante en relación a la persistencia de las conductas delictivas en nuestra población estudiada.

Un hallazgo importante de este estudio es que de los 35 sujetos que puntuaron positivamente para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en nuestra población, el tipo combinado resultó ser el más frecuente y correlacionó significativamente con el puntaje total del listado de psicopatía revisado de Hare, así como con el Factor 1 y 2, los cuales se refieren a los componentes interpersonales y afectivos en el primero y a un estilo de vida sociopático en el segundo factor. A diferencia de lo que reporta la literatura, ubicándolo inversamente en la población general de Latinoamérica. En segundo lugar se ubico el tipo hiperactivo impulsivo el cual se reporta con una prevalencia del 8.5 % siendo puntero en cuanto a frecuencia en

dicha población (9). En este sentido la literatura ha reportado a la hiperactividad como un predictor de conducta antisocial (7). Resulta importante destacar que la correlación inversamente significativa entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con expulsiones y reprobaciones, debido a que la clínica dirige los síntomas a la triada caracterizada por inatención, hiperactividad e impulsividad, que por lógica condicionan deterioro en el funcionamiento escolar, aunado a las demostraciones científicas que comprometen al hemisferio izquierdo y derecho en la fisiopatología cognitiva, motora y afectiva (2,7,8,36) así como también se ha demostrado que los niveles de impulsividad en psicópatas están en relación inversa a el coeficiente intelectual que en consecuencia existe un riesgo mayor de presentar conductas violentas (30).

Es de relevante interés destacar que la relación entre el trastorno por déficit de atención y el tratamiento específico que una vez mas refuerza la importancia de la atención terapéutica multimodal, lo cual evidentemente ha demostrado que modifica el curso, el pronóstico y el impacto social.

Aunque diversos estudios han confirmado que existe una relación directa entre el abuso de sustancias y el factor dos asociado a un estilo de vida antisocial en el PCL-R, aun persisten



discrepancias entre los clínicos en relación a la asociación entre psicopatía y los trastornos por abuso de sustancias, ya que es una entidad que frecuentemente se presenta con el trastorno, sin que se haya podido definir si esto se trata de aspectos comorbidos o si es parte del constructo de psicopatía. Nuestro estudio arrojó una tendencia a la significancia entre estas entidades revisadas (38,39).

## VII. BIBLIOGRAFIA

- 1.-William Davies. Philip Feldman. THE DIAGNOSTIC OF PSYCHOPATHY BY FORENSIC SPECIALISTS. British Journal Psychiatry 1981; 138: 329-331
- 2.-McGee R., Williams Sheila and Silva P.A. FACTOR STRUCTURE AND CORRELATES OF RATINGS OF INATTENTION, HIPERACTIVITY, AND ANTISOCIAL BEHAVIOR IN A LARGE SAMPLE OF 9-YEAR-OLD CHILDREN FROM THE GENERAL POPULATION Journal of Consulting and Clinical psychology 1985; 53 : 480-490
- 3.-Prichard, J.C A TREATISE ON INSANITY. London Sherwood, Gilbert & Piper (1835)
- 4.-Cleckley, H THE MASK OF SANITY. St Louis, Missouri: C.V. Mosby (1964)
- 5.-Widiger T.A; Cadoret R; Hare R; Pincus L; Rutherford M et al. DSM-IV ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER: FIELD TRIAL. Journal of Abnormal Psychology 1996; Feb 105 : 2-16

6.- Hare RD; Hart SD; Harper TJ PSYCHOPATHY AND THE PROPOSED DSM IV CRITERIA FOR ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER. Journal of abnormal Psychology 1991; 100: 391-398

7.-Moffitt T.E., Silva P.A. SELF-REPORTED DELINQUENCY, NEUROPSYCHOLOGICAL DEFICIT, AND HISTORY OF ATTENTION DEFICIT DISORDER Journal of Abnormal Child Psychology 1988; 16: 553-569

8.-Gaviria V.M: Neuropsiquiatría Imágenes del Cerebro y Conducta Humana, Nuevo Milenio Editores Colombia. 1995: 342-357

9.-Van-Wwielink M.G: Déficit de Atención con Hiperactividad Impresora formal de México. México D.F. 2000: 91-142

10.-Hare, R. D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. PSYCHOPATHY AND THE PREDICTIVE VALIDITY OF THE PCL-R: AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE. Behavioral Sciences and the Law, 2000;18:623-645

11.-Parmelee D.X: Psiquiatría del Niño y el adolescente. Harcourt Bracer de España. Madrid, España. 1998: 69-82

12.-Tocaven R. Menores infractores Editorial Edicol. México D.F.

13.-Kaplan H.I., Sadock B.J. SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA Editorial Médica Panamericana . 8ª edición México D.F.2000 1315

14.-Hare RD. A RESEARCH SCALE FOR THE ASSESSMENT OF PSYCHOPATHY IN CRIMINAL POPULATIONS Personality and Individual differences 1980; 1: 111-117

15.-Simourd,DJ., Bonta, J; Andrews, D.A and Hoge, R.D.META-ANALISYS. PAPER PRESENTES AT THE MEETING OF THE CANADIAN PSYCHOLOGICALASSOCIATION. Psychopathy and Criminal Behavior 1990; May Ottawa Canada

16.-Serin, R.C PSYCHOPATHY AND VIOLENCE IN CRIMINALS. Journal of interpersonal violence 1991; 6: 423-431

17.-Serin, R.C, Peters, R.D., and Barbaree, H.E. PREDICTORS OF PSYCHOPATHY AND RELEASE OUTCOME IN A CRIMINAL POPULATION Psychological Assessment a Journal of Consulting and Clinical Psychology 1990; 2: 419-422

18.-Serin, R.C. and Amos, N.L. THE ROL OF PSYCHOPATHY IN THE ASSESSMENT OF DANGEROUSNESS International Journal of Law and Psychiatry 1995; 18: 231-238

19.-COLECCION PENAL editorial Delma 4ª. Edición. México D.F. 2000  
p. 247-278.

20.-Grant Dalstrom, George Schlager Welch y Leona E. Dalstrom AND  
MMPI HANDBOOK VOL II 1975 Universidad de Minnesota.

21.-Marín Hernández G. MANUAL DE APLICACIÓN CRIMINOLOGICA DE LAS  
PRUEBAS PSICOLOGICAS DE PERSONALIDAD Mexico D.F. 1995

22.-Hare R.D., Hart S.D. and Harpur T.J. PSYCHOPATHY AND DSM IV  
CRITERIA FOR ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER Journal of Abnormal  
Psychology 1991; 100 : 391-398

23.-Hare R.D., Hart S.D., Forth A.E., PERFORMANCE OF CRIMINAL  
PSYCHOPATHS ON SELECTED NEUROPSYCHOLOGICAL TEST Journal of Abnormal  
Psychology 1990; 99 : 374-379

24.-Hare R.D. COMPARISON OF PROCEDURES FOR THE ASSESSMENT OF  
PSYCHOPATHY Journal of Consulting and Clinical Psychology 1985; 53:  
7-16

25.-Hare R.D. PERFORMANCE OF PSYCHOPATHS ON COGNITIVE TASKS RELATED  
TO FRONTAL LOBE FUNCTION Journal of Abnormal Psychology 1984;  
93:133-140

- 26.-Hare R.D. THE HARE PSYCHOPATHY CHECK LIST REVISED University of British Columbia 1991
- 27.-Heilbrun A.B. COGNITIVE MODELS OF CRIMINAL VIOLENCE BASED UPON INTELLIGENCE AND PSYCHOPATHY LEVELS Journal of Consulting and Clinical Psychology 1982; 50 : 546-557
- 28.-Dolan M., Dyle M. PREDICTION OF RISK OF THE VIOLENCE BEHAVIOR: THE ACTUARIAL LIST OF MEASURE OF PSYCHOPATHY British Journal of Psychiatry 2000; 177: 303-311
- 29.-Mohanan J., Steadman H.J., Appelbaun S.D., Robbins P.C., Mulvey E.P., Plata E.R. et al DEVELOPMENT ACTUARIAL INVENTORY TO ASSESSMENT THE VIOLENCE RISK British Journal of Psychiatry 2000; 176: 312-319
- 30.-Heilbrun A.B. PSYCHOPATHY AND VIOLENT CRIME Journal of Consulting and Clinical Psychology 1979; 47 : 509-516
- 31.-Johnson J.G., Cohen P., Smailes E., Kasen S., Oldham J. M., Skodol et al ADOLESCENT PERSONALITY DISORDERS ASSOCIATED WITH VIOLENCE AND CRIMINAL BEHAVIORAL DURING ADOLESCENCE AND EARLY ADULTHOOD American Journal Psychiatry 2000; 157 : 1406-1412

32.-Pincus H.A., Davies W.W., First M.B TOWARD AN EMPIRICAL CLASSIFICATION FOR THE DSM-IV Journal of abnormal psychology 1991; 100 : 280-288

33.-Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM VI. Versión Española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa. MASSON, S.A. 1995

34.-Harpur T.J., Hakstian A.R., & Hare R FACTOR ESTROCTURE OF THE PSYCHOPATHY CHECKLIST Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988; 56: 741-747

35.- Hare R.D MALE PSYCHOPATHS AND THE CRIMINAL CAREERS Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988; 56: 710-714

36.-Hare R, D. PSYCHOPATHY AND CEREBRAL ASYMMETRY IN SEMANTING PROCESSING. PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES 1986; 9:329-337

37.- Green, C. THE PSYCHOPATHY CHECKLIST Journal Of Personality Disorders 1988; 2 :137-139

38.-Grande, T ASSOCIATIONS AMONG ALCOHOLISM, DRUG ABUSER, AND ANTISOCIAL PERSONALITY; A REVIEW OF THE LITERATURE Psychological Reports 1984; 55: 455-474

39.-Gerstley L,J., Alterman A,I., McLellan A,Th. and Woody G,E ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER IN SUBSTANCE ABUSERS: A PROBLEMATIC DIAGNOSIS? American Journal of Psychiatry 1990; 147:173-178

40.-Forth A. ASSESSEMENT OF PSICHOPATHY IN MALE YOUNG OFFENDERS PSICHOLOGICAL ASSESSEMENT Journal of consulting and Clinical Psychology 1990;2: 342-344

41.-Curtis J. CONSIDERATIONS IN DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF VIOLENT BEHAVIOR Psychological Reports 1985; 3 : 815-823

42.-Albert R THE PSYCHOPATHIC PERSONALITY: A CONTENT ANALYSIS OF CONCEPT Journal of General Psychology 1959; 60: 17-28



## ANEXOS

- ANEXO 1** Hoja de datos sociodemográficos y criminalísticos.
- ANEXO 2** Fig. 2-0 Hoja de recolección de datos para el listado de psicopatía revisado de Hare.
- ANEXO 3** Fig. 2-1 Hoja de concentrado de datos de Hare.(PCL-R).
- ANEXO 4** Fig. 2-2 Listado de psicopatía revisado de Hare PCL-R / Rejilla de calificación.
- ANEXO 5** Fig. 1 Rangos percentiles para el total y Factores del PCL-R.
- Tabla 1** Sumas ajustadas del puntaje total.
- Tabla 2** PCL-R prorrateo de calificación de Factor 1 y Factor 2
- Tabla 3** Frecuencia de variables criminalísticas en menores.
- Tabla 4** Lista de infracciones.

HOJA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y CRIMINALISTICAS

ESTUDIO DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL PCL-R

REGISTRO \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) UL ( )

Ocupación previa a la detención: \_\_\_\_\_ Tiempo  
Trabajando: \_\_\_\_\_

Estudiaba previo a la detención: si ( ) no ( ) Grado máximo  
alcanzado: \_\_\_\_\_

Ha reprobado años: si ( ) no ( ) Cuales \_\_\_\_\_

Expulsiones escolares: si ( ) no ( )

Infracción por el que se encuentra detenido: 1.- \_\_\_\_\_  
2.- \_\_\_\_\_  
3.- \_\_\_\_\_

Infracciones previos (sancionados por la ley): 1.- \_\_\_\_\_  
2.- \_\_\_\_\_

Reporte de delitos no sancionados por la ley: 1.- \_\_\_\_\_  
2.- \_\_\_\_\_

Tiempo de reclusión: \_\_\_\_\_ Reclusiones Previas: \_\_\_\_\_  
Edad a la primera detención: \_\_\_\_\_

Primo infractor ( ) Reincidente genérico ( ) Reincidente específico ( )

Trastorno por déficit de atención: Si ( ) No ( )

Ha recibido tratamiento específico: si ( ) no ( ) Cual: \_\_\_\_\_

**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS PARA LISTADO DE PSICOPATIA  
REVISADO DE HARE (PCL-R)**

Evaluador \_\_\_\_\_

Reactivo	Calificación
1.- Labia / Encanto superficial	
2.- Sentimiento de grandiosidad de la valía propia	
3.- Necesidad de estimulación / tendencia al aburrimiento	
4.- Mentira patológica	
5.- Manipulación/ tendencia a ejercer el mando	
6.- Falta de culpa o remordimiento	
7.- Afecto superficial	
8.- Insensibilidad / Falta de empatía	
9.- Estilo de vida parasitario	
10.- Controles conductuales deficientes	
11.- Conducta sexual promiscua	
12.- Problemas de conducta tempranos	
13.- Carencia de metas realistas a largo plazo	
14.- Impulsividad	
15.- Irresponsabilidad	
16.- Falla para aceptar la responsabilidad por los actos propios	
17.- Relaciones maritales de corta duración y múltiples	
18.- Delincuencia juvenil	
19.- Revocación de la libertad condicional ( preliberación)	
20.- Versatilidad criminal	

Calificación: 0=no

1= quizás

2= Si

X = Se omite.

Figura 2-1

PCI-R DE HARE  
Robert D. Hare, Ph.D.

EVALUADOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

EVALUACION POSIBLE

EVALUACION DE ITEM

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

1.- Labia/Encanto superficial.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

2.- Sentimiento de grandiosidad sobre la valía propia.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

3.- Necesidad de estimulación/ Tendencia al aburrimiento.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

4.- Mentira patológica.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

5.- Manipulación/ Tendencia a ejercer el mando.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

6.- Falta de culpa o remordimiento.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

7.- Afecto superficial.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

8.- Insensibilidad/ Falta de empatía.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

9.- Estilo de vida parasitaria.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

10.- Controles conductuales deficientes.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

11.- Conducta sexual promiscua.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

12.- Problemas de conducta tempranos.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

13.- Carencia de metas realistas a largo plazo.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

14.- Impulsividad.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

15.- Irresponsabilidad.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

16.- Falla para aceptar la responsabilidad de los actos propios.

Verano de 30 años (1=si, 2=no, X=omitir)

17.- Relaciones maritales de corta duración y múltiples.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

18.- Delincuencia juvenil.

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

19.- Revocación de la libertad condicional (preliberación)

0=no; 1=tal vez; 2=si; X=omitir

20.- Versatilidad criminal.

LISTADO DE PSICOPATÍA REVISADO DE HARE (PCL-R)  
REJILLA DE CALIFICACIÓN

EVALUADOR \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

	CALIFICACIÓN	
FACTOR 1	FACTOR 2	TOTAL
<input type="text"/>		<input type="text"/> 1.- Labia/Encanto superficial.
<input type="text"/>		<input type="text"/> 2.- Sentimiento de grandiosidad sobre la valia propia.
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 3.- Necesidad de estimulación/ Tendencia al aburrimiento.
<input type="text"/>		<input type="text"/> 4.- Mentira patológica.
<input type="text"/>		<input type="text"/> 5.- Manipulación/ Tendencia a ejercer el mando.
<input type="text"/>		<input type="text"/> 6.- Falta de culpa o remordimiento.
<input type="text"/>		<input type="text"/> 7.- Afecto superficial.
<input type="text"/>		<input type="text"/> 8.- Insensibilidad/ Falta de empatía.
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 9.- Estilo de vida parasitario.
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 10.- Controles conductuales deficientes.
		<input type="text"/> 11.- Conducta sexual promiscua.
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 12.- Problemas de conducta tempranos.
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 13.- Carencia de metas realistas a largo plazo.
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 14.- Impulsividad.
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 15.- Irresponsabilidad.
<input type="text"/>		<input type="text"/> 16.- Falla para aceptar la responsabilidad de los actos propios.
		<input type="text"/> 17.- Relaciones maritales de corta duración y múltiples.
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 18.- Delincuencia juvenil.
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 19.- Revocación de la libertad condicional (preliberación)
		<input type="text"/> 20.- Versatilidad criminal.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PUNTAJE TOTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NÚMERO DE ITEMS FALTANTES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SUMA AJUSTADA (DE TABLA 1.2, Y 3)
FACTOR 1	FACTOR 2	CALIFICACIÓN TOTAL	

PCL-R HARE  
RANGOS PRECENTILES PARA EL TOTAL Y FACTORES DEL PCL-R

PRESTONEROS MASCULINOS (N=1192)				PACIENTES MASCULINOS FORENSES (N=47)			
CALIFICACION	TOTAL	FACTOR 1	FACTOR 2	TOTAL	FACTOR 1	FACTOR 2	CALIFICACION
40	100			100			40
39	99.9			100			39
38	99.7			99.5			38
37	99			99.3			37
36	98.1			99.1			36
35	96			98			35
34	94.4			97.5			34
33	90.9			95.9			33
32	86.7			94.8			32
31	82			91.8			31
30	77.1			89.3			30
29	77.6			86.4			29
28	67.3			83			28
27	63.5			80.9			27
26	59.3			77.3			26
25	55			72.3			25
24	51.1			67.5			24
23	46.3			61.8			23
22	41.7			56.8			22
21	37.1			52.7			21
20	31.8			48.4			20
19	28.2			42			19
18	25.3		100	39.3		100	18
17	22.2		97.7	32.7		96.8	17
16	19.1	100	91.4	28.9	100	93.9	16
15	16.2	97.6	82.6	25.5	97.7	90	15
14	13.5	92.5	71.1	21.4	96.1	81.8	14
13	10.9	85.8	60.8	18.4	90.5	70	13
12	9	76	51.1	16.6	85.7	61.4	12
11	7.6	68	41.5	14.5	78.9	49.8	11
10	6.5	60.5	33.6	12.7	62.2	41.1	10
9	5.7	53.3	26.3	10.2	64.1	32.5	9
8	4.9	45.3	20.1	8	55	27.3	8
7	3.6	36.5	15	5.7	44.1	20.5	7
6	2.5	29	11.2	3.6	38	17.3	6
5	1.9	22	8.6	2.5	25.7	12	5
4	1.3	13.7	4.4	2.3	18.4	9.1	4
3	0.9	8.3	3.4	1.4	12.7	6.1	3
2	0.7	5.4	1.9	0.5	9.3	4.3	2
1	0.3	3	1.1	0.2	6.4	2.5	1
0	0.1	1	0.4	0	3.3	1.3	0

TABLA 1

<i>SUMAS AJUSTADAS DEL PUNTAJE TOTAL</i>					
<i>CALIFICACIÓN TOTAL</i>	<i>PRORRATEO DE LA CALIFICACIÓN TOTAL DEL PCL-R SI X ITEM ES OMITIDO</i>				
	<i>X=1</i>	<i>X=2</i>	<i>X=3</i>	<i>X=4</i>	<i>X=5</i>
38	40.0				
37	38.9				
36	37.9	40.0			
35	36.8	38.9			
34	35.8	37.8	40.0		
33	34.7	36.7	38.8		
32	33.7	35.6	37.6	40.0	
31	32.6	34.4	36.5	38.8	
30	31.6	33.3	35.3	37.5	40.0
29	30.5	32.2	34.1	36.3	38.7
28	29.5	31.1	32.9	35.0	37.3
27	28.4	30.0	31.8	33.8	36.0
26	27.4	28.9	30.6	32.5	34.7
25	26.3	27.8	29.4	31.3	33.3
24	25.3	26.7	28.2	30.0	32.0
23	24.2	25.6	27.1	28.8	30.7
22	23.2	24.4	25.9	27.5	29.3
21	22.1	23.3	24.7	26.3	28.0
20	21.1	22.2	23.5	25.0	26.7
19	20.0	21.1	22.4	23.8	25.3
18	18.9	20.0	21.2	22.5	24.0
17	17.9	18.9	20.0	21.3	22.7
16	16.8	17.8	18.8	20.0	21.3
15	15.8	16.7	17.6	18.8	20.0
14	14.7	15.6	16.5	17.5	18.7
13	13.7	14.4	15.3	16.3	17.3
12	12.6	13.3	14.1	15.0	16.0
11	11.6	12.2	12.9	13.8	14.7
10	10.5	11.1	11.8	12.5	13.3
9	9.5	10.0	10.6	11.3	12.0
8	8.4	8.9	9.4	10.0	10.7
7	7.4	7.8	8.2	8.8	9.3
6	6.3	6.7	7.1	7.5	8.0
5	5.3	5.6	5.9	6.3	6.7
4	4.2	4.5	4.7	5.0	5.3
3	3.2	3.4	3.5	3.8	4.0
2	2.1	2.2	2.4	2.5	2.7
1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.3
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

TABLA 2

PCL-R PRORRATEO DE CALIFICACIÓN FACTOR 1		
CALIFICACIÓN FINAL	PRORRATEO DE LA CALIFICACIÓN FINAL SI X ITEM ES OMITIDO)	
	X=1	X=2
14	16.0	
13	14.9	
12	13.7	16.0
11	12.6	14.7
10	11.4	13.3
9	10.3	12.0
8	9.1	10.7
7	8.0	9.3
6	6.9	8.0
5	5.7	6.7
4	4.6	5.3
3	3.4	4.0
2	2.3	2.7
1	1.1	1.3
0	0.0	0.0

TABLA 3

PCL-R PRORRATEO DE CALIFICACIÓN FACTOR 2		
CALIFICACIÓN FINAL	PRORRATEO DE LA CALIFICACIÓN FINAL SI X ITEM ES OMITIDO)	
	X=1	X=2
16	18.0	
15	16.9	
14	15.8	18.0
13	14.6	16.7
12	13.5	15.4
11	12.4	14.1
10	11.3	12.9
9	10.1	11.6
8	9.0	10.3
7	7.9	9.0
6	6.8	7.7
5	5.7	6.4
4	4.5	5.1
3	3.4	3.9
2	2.3	2.6
1	1.1	1.1
0	0.0	0.0



INFRACCIÓN EN TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Robo simple	5	7.1
Robo agravado	22	31.4
Robo calificado	34	48.6
Lesiones	1	1.4
Daños a la salud	1	1.4
Homicidio	1	1.4
Usurpación de funciones + daños contra la salud	1	1.4
Violación + robo agravado	1	1.4
Robo calificado + lesiones	1	1.4
Homicidio + violación	2	2.9
Daños a la salud +homicidio	1	1.4
Total	70	100
<b>INFRACCIONES PREVIAS SANCIONADAS</b>		
Sin infracción	21	30
Robo simple	12	17.1
Robo agravado	13	18.6
Robo agravado diversos	1	1.4
Robo calificado	16	22.9
Daños en propiedad ajena	2	2.9
Lesiones	1	1.4
Portación de arma prohibida	1	1.4
Daños a la salud	1	1.4
Violación + robo agravado	1	1.4
Robo calificado + secuestro +daños a la salud	1	1.4
TOTAL	70	100