



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**

**PSICOPATIA Y TRASTORNOS MENTALES DE ADOLESCENTES EN  
CONFLICTO CON LA LEY PENAL EN EL VALLE DE MÉXICO**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

**PRESENTA:**

**DR. JOSÉ EMMANUEL OSORIO ROSALES**

**ASESORAS METODOLOGICAS:**

**DRA. MARIA ELENA MÁRQUEZ CARAVEO**

**DRA. LILIA ALBORES GALLO**

**ASESOR TEÓRICO:**

**DR. MARCO AURELIO SANTIAGO AVILA**

**MÉXICO, D.F., JUNIO DE 2011**



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.

## **Contenido**

<b>Agradecimientos</b>	<b>2</b>
<b>Lista de tablas y gráficas</b>	<b>3</b>
<b>Abreviaturas</b>	<b>4</b>
<b>Resumen</b>	<b>5</b>
<b>Introducción</b>	<b>6</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>7</b>
<b>Justificación</b>	<b>14</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>14</b>
<b>Objetivo General</b>	<b>14</b>
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>14</b>
<b>Tipo de Estudio</b>	<b>14</b>
<b>Material y método</b>	<b>15</b>
<b>Análisis Estadístico</b>	<b>16</b>
<b>Consideraciones éticas</b>	<b>16</b>
<b>Resultados</b>	<b>18</b>
<b>Discusión</b>	<b>23</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>28</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>30</b>
<b>Anexos</b>	<b>35</b>

## **Agradecimientos**

***A ustedes por llevarme en sus oraciones y en su pensamiento desde antes de existir, por hacerme lo que soy, por soñar, por dejarme caer para poder aprender a levantarme, por mostrarme la senda y curar mis heridas con sus propias manos.***

***A ti que transformaste mi vida, que te tatuaste en mi piel, que tomaste mi mano en medio de la tempestad y nunca te irás. Iluminas mi vida.***

***A ustedes que son lo que me motiva a abrir los ojos cada mañana y a no desfallecer, por ser mi esperanza, mi paz, la parte de mi alma que estaba escondida y que a cada momento redescubro.***

***A ti que te convertiste en mi hermano, compañero de batalla, compañero de inspiración.***

***A ti que me enseñaste el significado de llamarte maestro. Que me mostraste que mi mayor fortaleza es mi falta de conocimiento y que creíste en mí antes que yo.***

***A todos ustedes que ocupan mi corazón, que aparecen en mi boca y viven en mi esencia. Los llevo conmigo.***

## **Lista de Tablas**

<b>Tabla 1. Características sociodemográficas en el total de la muestra.....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 2. Puntaje de la PCL-YV y reincidencia por sexo.....</b>	<b>19</b>
<b>Tabla 3. Tipo de delito por sexo en el total de la muestra.....</b>	<b>19</b>
<b>Tabla 4. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos obtenidos por el MINI KID para el total de la muestra.....</b>	<b>20</b>
<b>Tabla 5. Variables sociodemográficas y puntaje del MINI KID respecto a los adolescentes en conflicto con la ley: MP vs CA.....</b>	<b>21</b>
<b>Tabla 6. Resultados del estudio comparativo por puntaje de la PCL-YV, tipo de delito y reincidencia.....</b>	<b>22</b>

## **Abreviaturas**

CA. Comunidad para adolescentes

DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición, Texto Revisado.

MINI KID. Mini International Neuropsychiatric Interview Kid

MP. Ministerio Público.

PCL-YV. Psychopathy Checklist Youth Version

TDAH. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

CIDI. Composite International Interview

DISC. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la relación entre niveles de psicopatía, trastornos de la salud mental en adolescentes bajo proceso legal (infractores en Ministerio Público, MP) y en condiciones de reclusión (internamiento en Comunidad para Adolescentes, CA).

**Método:** Se evaluaron 170 adolescentes infractores con una media de edad de 16.8 (DE1.67). El 85% (n=145) fueron del sexo masculino. Para medir la psicopatía se utilizó la escala PCL-YV y para la psicopatología se usó la escala MINI KID.

**Resultados:** La conducta delictiva tuvo una edad de inicio más temprana en varones con respecto al sexo femenino (16.97 vs. 16.24,  $p<0.005$ ) respectivamente. La media de escolaridad para la muestra total fue 7 años menor a la media reportada por INEGI para el mismo grupo etario en la población general (3.79 vs. 10.3,  $p<0.02$ ) respectivamente. Los puntajes para psicopatía fueron más altos para varones comparado con las mujeres (21.01 vs. 15.76,  $p=0.03$ ). Los diagnósticos más frecuentes para el total de la muestra fueron Trastorno de Conducta, el TDAH y el riesgo de suicidio. El consumo de sustancias psicoactivas mostró una prevalencia en el 40% de la muestra total. El robo fue el delito más frecuente en ambos sexos, pero el asalto ocupa el segundo lugar entre los varones. Con respecto a la situación jurídica de los menores, el grupo de CA tuvo puntajes promedio mayores de edad y en calificaciones de la escala PCL-YV. Así mismo, el homicidio fue el segundo delito más frecuente en este grupo. Los menores de MP mostraron mayor nivel escolar, mayor tasa de reincidencia en conflicto con la ley y la comisión de más de un delito como segunda conducta ilegal más frecuente. **Conclusiones.** Los adolescentes varones en conflicto con la ley penal tienen un inicio de comportamiento delictivo a menor edad. Los trastornos externalizados son los más frecuentes en aquellos del sexo masculino. El riesgo de suicidio fue independiente a la depresión y se presentó en ambos grupos y en ambos géneros. El uso de sustancias psicoactivas mostró una frecuencia baja con relación a lo reportado por otros estudios mexicanos, esto es relevante dado que en nuestro trabajo se considera a esta condición como un diagnóstico psiquiátrico que debe cumplir criterios más rigurosos para ser considerado. Existe una relación entre ser varón, el abandono escolar temprano, una mayor edad y elementos de comportamiento predatorio para ingresar a la CA. Ante la circunstancia social en que se encuentra nuestro país actualmente, es de gran relevancia el estudio de las condiciones de salud mental y características de comportamiento de los menores infractores de la ley, aunado a la presencia de otras variables con el fin de establecer una intervención oportuna, con base en datos de investigación, que puede brindar alternativas de prevención de conducta delictiva actual y futura.

## Introducción.

El trastorno de conducta disocial es un diagnóstico psiquiátrico en tanto que las conductas delincuentes pertenecen al ámbito social y penal. Esto no significa que ambos conceptos sean mutuamente excluyentes. En español, el término psicopatía tiene una connotación más cercana a conductas delictivas que a lo que clínicamente, se reconoce como trastorno de conducta.

No es posible negar la intersección entre la justicia y la psiquiatría presente en los problemas de conducta de la infancia y la adolescencia. Si bien la primera intenta valorar la conducta en cuanto a la infracción de la ley, la psiquiatría aborda este concepto desde la perspectiva del desarrollo y sus anomalías es decir, se trata de la perspectiva clínica de un problema social y legal, tal y como se plantea por los anglosajones *¿se trata de mad boys o bad boys? (chicos enfermos o chicos malos)*.

Se ha identificado que la mayor parte de los menores infractores de la ley está constituida por varones y en los cuales los elementos de conducta disruptiva constituyen una constante.

Los trastornos de conducta externalizados (TE) han oscilado siempre entre la responsabilidad y la culpabilidad, entre ley y medicina, entre psiquiatría y criminología, en los cuales, por una parte, se enfatizan los aspectos psicológicos y por la otra, los aspectos morales y/o criminalidad derivada de los mismos, dando paso a que los tratamientos oscilen entre el castigo y los cuidados.

Ante esto se requiere de información más específica para determinar las características específicas de los menores con trastornos importantes de comportamiento para determinar si algunos de ellos presentan un problema psicopático, que por sí mismo confiera escasa respuesta al tratamiento, peor pronóstico y reincidencia en conducta delictiva.



## **Marco teórico**

### **Concepción del Constructo de Psicopatía**

La concepción moderna de la psicopatía es el resultado de varios cientos de años de investigación clínica y de especulación por parte de psiquiatras y psicólogos europeos y americanos (APA, 1994). Como afirman Millon y colaboradores (1998): “La psicopatía fue el primer trastorno de personalidad reconocido en psiquiatría. El concepto tiene una larga tradición histórica y clínica, y en la última década un volumen creciente de investigación ha apoyado su validez”. La psicopatía ha sido descrita, además, como el constructo clínico aislado más importante en el sistema de justicia penal y como “el que puede ser el concepto forense más importante a principios del siglo XXI” (Berrios, 1996).

Aunque la etiología, la dinámica y los límites conceptuales de este trastorno de la personalidad siguen siendo objeto de debate e investigación, existe una tradición clínica y empírica consistente respecto a sus atributos afectivos, interpersonales y conductuales. En el ámbito interpersonal, los psicópatas son grandiosos, arrogantes, crueles, dominantes, superficiales y manipuladores. Afectivamente, tienen mal genio, son incapaces de establecer lazos emocionales fuertes con los demás, y carecen de empatía, sentimiento de culpa o remordimiento. (Berrios, 1996)

Estos elementos interpersonales y afectivos se asocian con un estilo de vida socialmente pervertido (no necesariamente criminal) que incluye una conducta irresponsable e impulsiva y una tendencia a ignorar o violar las convenciones sociales y las buenas costumbres. La psicopatía no se puede comprender de modo aislado, o incluso primario, en términos de fuerzas e influencias sociales y ambientales. (Hare, 2005)

Es probable que los factores genéticos contribuyan de manera importante a la formación de los rasgos de la personalidad y el temperamento considerados esenciales para el trastorno (Babiak, Hare, 2006), aunque su expresión a lo largo de la vida es un producto de interacciones complejas entre disposiciones biológico/temperamentales y fuerzas sociales (Bolt, Hare, Vitale, 2004). Ciertamente, los rasgos y las conductas que definen la psicopatología del adulto empiezan a manifestarse por sí mismos pronto en la infancia (Bolt, 2001).

Blair (2005), ha realizado una extensa revisión de los modelos actuales de psicopatía basados en la neurociencia cognitiva/afectiva. Kiehl (2001), ha descrito un modelo en el que “la neuroanatomía funcional relevante de la psicopatía incluye las estructuras límbicas y paralímbicas (amígdala, cíngulo, cuerpo estriado), las cuales globalmente se denominan sistema paralímbico”.

Aunque no todos los psicópatas entran en contacto formal con el sistema de justicia penal, sus elementos definitorios les colocan claramente con un riesgo alto de crimen y violencia (Cornell, Warren y Hawk, 2005). Como Silver, Mulvey y Monahan (2000) afirman, “las características que definen, la psicopatía, como la impulsividad, la versatilidad criminal, la crueldad y la falta de empatía o remordimiento, hacen que el enlace entre la violencia y la psicopatía sea sencillo”. El problema es valorar la psicopatía lo más exactamente posible, especialmente en situaciones en las que esta valoración tiene implicaciones importantes tanto para los individuos como para la sociedad.

En la década de 1970, Hare y colaboradores comenzaron a trabajar sobre lo que se esperaba que fuera una herramienta de investigación fiable y válida para la valoración del constructo clínico tradicional de psicopatía. Estos esfuerzos dieron lugar a la Psychopathy Checklist, PCL (Edens y colaboradores, 2004, Hare y colaboradores, 2006).

El grupo de especialistas de la 12th Mental Measurements Yearbook describió la PCL como “el instrumento más novedoso y perfeccionado tanto clínicamente como para el uso de investigación” (Edens, 2006). Después de la publicación de la segunda edición de la PCL, el 16th Mental Measurements Yearbook se refirió a ella como “el estándar de oro para la valoración de la psicopatía” (Gretton y colaboradores, 2001).

La PCL fue diseñada para medir el constructo clínico de la psicopatía, no para valorar el riesgo de reincidencia o de violencia. Sin embargo, debido a su capacidad para predecir la reincidencia, la violencia y el resultado del tratamiento, la PCL se emplea como parte de una batería de variables y factores relevantes para la psicología y psiquiatría forenses (Guay 2004, Douglas 1997, Forth, 2003).

La PCL es una entrevista semiestructurada que contiene una escala con puntaje clínico que recoge información de la historia del caso. Tiene criterios de puntuación específica para calificar cada uno de los 20 reactivos con una escala de 3 puntos, 0,

1, 2. Las puntuaciones totales pueden variar entre 0 y 40 y reflejan el grado de ajuste del individuo con la psicopatía prototipo. Con fines de investigación y diagnóstico, se emplea un punto de corte de 30 puntos para la psicopatía. La investigación reciente sugiere que el constructo que subyace a la PCL-R es de naturaleza dimensional en lugar de taxonómica (Hare, 2005). Sin embargo, se necesita investigación adicional con otras variables y procedimientos relevantes para la psicopatía antes de poder determinar si la psicopatía se valora mejor como un constructo taxonómico o dimensional. Hasta que se aclare esta cuestión con la investigación empírica, la utilidad de los puntos de corte con fines clínicos y forenses dependerá el contexto en el que se emplea PCL (diagnóstico, valoración de riesgo u opciones de tratamiento).

Los grandes grupos de datos descritos en la segunda edición del manual de la PCL (Fulero 2005, Bolt 2004) indican que una puntuación de 30 representa en gran parte el mismo grado del rasgo latente de psicopatía en los delincuentes de ambos sexos. Es útil en población con pacientes psiquiátricos forenses y los delincuentes del sexo masculino valorados por revisiones de archivos. Una revisión con metanálisis diversos indican que la PCL funciona igual en delincuentes y pacientes afroamericanos y caucásicos (Hare, 1998 y 2003), De modo similar, las puntuaciones en el rango superior (alrededor de 30) parecen reflejar en gran parte el mismo grado de psicopatía en delincuentes hombres y pacientes psiquiátricos forenses europeos que en sus homólogos norteamericanos (Hare, 1999).

Existe una amplia literatura empírica que indica que en poblaciones forenses los reactivos de la PCL miden un constructo unitario (Guay, 2004, Fulero, 1995, Frick y Marsee, 2005, Hare y Clarck, 2005, Hare y Hart 1995). El análisis factorial inicial indica que los elementos se podrían organizar en dos grupos o factores amplios. El factor 1 refleja los componentes interpersonal y afectivo del trastorno, mientras que el factor 2 esta más estrechamente asociado con un estilo de vida socialmente desviado.

El análisis factorial confirmatorio reciente de grandes grupos de datos indica claramente que un modelo de cuatro factores (18 reactivos) es el más armónico: interpersonal (simpleza/encanto superficial, sentido grandioso de la autovalía, decepción patológica, camelo/manipulador); afectivo (falta de remordimiento o culpa, afecto superficial, cruel/falta de empatía, fallo para aceptar la responsabilidad por las acciones); estilo de vida (necesidad de estimulación/propensión al aburrimiento, estilo de vida parásito, falta de objetivos realistas a largo plazo, irresponsabilidad), y antisocial (escaso control conductual, problemas de conducta precoces, delincuencia

juvenil, revocación de la libertad condicional, versatilidad criminal) (Guay , 2004, Fulero, 1995, Frick y Marsee, 2005, Hare y Hart 1995). Hay otros dos reactivos (conducta de promiscuidad sexual y muchas relaciones a corto plazo) que no inciden en ningún factor, pero que contribuyen a la puntuación total de la PCL. El patrón de correlación entre los cuatro factores, además del análisis factorial confirmatorio, indica la presencia de dos factores amplios, uno idéntico al factor 1 original (interpersonal/afectivo) y otro igual al factor 2 original (estilo de vida/antisocial), pero con la adición de un elemento: versatilidad criminal (Guay y colaboradores, 2004, Giacono, 2000).

Aunque se desarrolló principalmente con datos de delincuentes y pacientes psiquiátricos hombres, las propiedades psicométricas y predictivas de la PCL están actualmente bien establecidas en otras poblaciones diversas de delincuentes y pacientes, incluyendo femeninos, consumidores de sustancias de abuso y agresores sexuales. La evidencia disponible indica que la PCL y sus derivados tienen una buena transferencia transcultural, aunque parece existir diferencias étnicas y culturales en el modo como se manifiestan algunos signos de la psicopatía (Hare et al, 2000).

No existen criterios de exclusión para su utilización, por lo que los delincuentes y los pacientes con diversos trastornos psiquiátricos pueden valorarse con la PCL. Esto significa que la psicopatía podría considerarse comórbida con otros trastornos, pero la naturaleza dimensional del constructo medido por la PCL y sus factores (Hare, Neumann, 2005) sugiere que la superposición de síntomas es común. La combinación de una historia de violencia, un trastorno del Eje I y una puntuación elevada de la PCL tienen un significado particular para la valoración del riesgo.

### **Psicopatía, Trastornos Mentales y Delincuencia**

En los últimos años, ha cambiado el papel percibido y real de la psicopatía en el sistema de justicia penal, ya que previamente la opinión común era que los diagnósticos clínicos como este, tenían poco valor para explicar y predecir las conductas criminales. Sin embargo, muchas de las características importantes para inhibir la conducta antisocial y violenta como la empatía, los lazos emocionales estrechos, el temor al castigo; no están presentes, faltan ó son gravemente deficientes en los psicópatas.

Además, su egocentrismo, grandiosidad, idea de tener derecho, impulsividad, falta general de inhibición de la conducta y necesidad de poder y control, constituyen lo que se podría describir como la predisposición perfecta de los actos asociales, antisociales y criminales (Guay, 2004). Esto ayudaría a explicar por qué los psicópatas encuentran fácil victimizar a los vulnerables y emplear la intimidación y la violencia como herramientas para conseguir poder y control sobre los demás (Silver, 1999). Se considera que los psicópatas suponen aproximadamente el 1% de la población general, pero asciende hasta una cuarta parte de la población penitenciaria en Estados Unidos.

Woodworth y Porter (2002) investigaron la relación entre la psicopatía y la naturaleza de los homicidios cometidos por delincuentes canadienses, encontrando que los psicópatas participan en homicidios mucho más instrumentales “a sangre fría” que otros delincuentes. También describieron que la impulsividad en los psicópatas puede tener mayor relación con una toma de decisiones consciente, que con un acto impulsivo después de una consideración rápida de la gravedad de las consecuencias. Según Jiménez (2005), muchas de las actitudes y conductas de los psicópatas tienen una cualidad dañina para ellos mismos, situación que no es adecuadamente percibida por el sujeto.

Un estudio realizado por Lynne (2011) con un grupo de 2931 menores de la comunidad estadounidense, evaluó las asociaciones entre el uso de sustancias psicoactivas, la conducta agresiva y la delincuencia. En los resultados, se asentó que aquellos menores con patrones de conducta delictiva mostraban persistencia de uso de sustancias y comportamiento violento que el resto de los individuos. Así mismo, se identificó que aquellos con un inicio más temprano de consumo de sustancias manifestaban un comportamiento más violento a futuro. Estos datos muestran que un patrón previo de comportamiento disruptivo grave, que vulnera los derechos de terceros, es determinante para la reincidencia en patrones delictivos de conducta. Ante esto, es notable que los elementos psicopáticos en menores confieren un pronóstico desfavorable con respecto incluso, a otros menores con problemas de conducta.

## **Psicopatología y Delincuencia Juvenil**

Se ha identificado que por lo menos el 75% de los adolescentes con problemas legales y bajo internamiento tienen algún trastorno psiquiátrico (Widiger, Cadoret, Hare, et al 1996). Diversos estudios con instrumentos diagnósticos como el CIDI (Composite International Interview) el DISC (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) han detallado los padecimientos psiquiátricos con mayor frecuencia en estos jóvenes, encontrándose que los trastornos por abuso de sustancias y los TE tienen mayor frecuencia en población de adolescentes masculinos, encontrándose diferencias significativas en el caso de los femeninos donde se identifica un mayor porcentaje de psicopatología agregándose a estas trastornos internalizados, como la depresión.

En el estudio de validez y confiabilidad de la PCL-YV (Psychopathy Checklist Youth Version) en población adolescente mexicana (Santiago, 2010), se encontró una frecuencia de trastornos psiquiátricos del 80% de una muestra de 102 adolescentes en conflicto con la ley tanto del Distrito Federal como del Estado de México, en donde predominó el consumo de sustancias como el principal padecimiento así como los trastornos de conducta.

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry recomienda en sus "Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de Jóvenes en situación de detención y correccionales", que todos deben recibir una evaluación y detección exhaustiva de los padecimientos psiquiátricos más comunes y del consumo de sustancias a su ingreso y durante su estancia en la correccional (Hemphill, Hare, 2004).

## **Delincuencia Juvenil en México**

La delincuencia juvenil se ha incrementado considerablemente a partir de 1990 según datos Instituto Nacional de Estadística y Geografía. En los reportes del 2006, se muestra un incremento en menores procesados aproximadamente de 2% anual (INEGI, 2006), lo que se corrobora con estadísticas de Criminalidad de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Según Jiménez (2005) el incremento de casos penales en los que están involucrados jóvenes entre los 12 y 18 años ha llegado a cifras de más del doble en este período de tiempo. Las conductas delictivas más comunes son el robo, hurto, vandalismo y homicidio. Según estas encuestas, hasta un

10% de las asociaciones delictivas del Distrito Federal, podrían estar dirigidas e integradas en su totalidad por menores de edad.

En el año 2002, la Convención de los Derechos del Niño de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos hacen un llamado al gobierno de México, indicando claramente el retraso en materia de justicia para adolescentes (Vitacco, Neumann, Jackson 2005). Desde el punto de vista médico se requiere investigación en México que estudie a mayor profundidad la conducta disocial de la población adolescente, ya que no se cuenta con estudios realizados en México que describan las características de salud mental de los menores en conflicto con la ley ni las características específicas de su disruptividad, por lo que es necesario evaluar estos elementos imprescindibles para integrar medidas de prevención y manejo de dichos individuos.

## **Justificación**

Actualmente no existe información amplia y específica sobre las condiciones de salud mental de los menores infractores de la ley del Valle de México. El estudio de la psicopatía y los trastornos mentales en adolescentes en conflicto con la ley proporcionará información valiosa a nivel de factores sociodemográficos, salud mental y adaptabilidad social de la población adolescente en proceso jurídico. Además de que no existen estudios similares en nuestro país y de que este estudio proveerá de información de la cual se carece, la cual servirá de base para estudios futuros y para identificar vulnerabilidades y factores de riesgo en esta población.

## **Hipótesis**

Los menores infractores procesados mostrarán mayor frecuencia de psicopatología y calificaciones más altas en psicopatía en relación a menores en detención.

La población adolescente metropolitana en conflicto con la ley, mostrará psicopatología similar a las poblaciones en otros países, predominando TE y uso de sustancias en masculinos y trastornos internalizados en sujetos femeninos.

## **Objetivo General**

Evaluar la frecuencia de trastornos mentales y psicopatía en adolescentes en conflicto con la ley, y comparar los datos entre individuos en detención y aquellos en internamiento en comunidades para adolescentes infractores.

## **Objetivos Específicos**

- Describir y analizar las características sociodemográficas de la muestra.
- Evaluar la frecuencia de psicopatía y reincidencia en adolescentes en conflicto con la ley.
- Identificar las diferencias por delito cometido.
- Evaluar la frecuencia de trastornos mentales en adolescentes en conflicto con la ley.



- Comparar las variables mencionadas entre los individuos en detención y aquellos en internamiento en comunidades para adolescentes infractores.

### **Tipo de estudio**

Prospectivo, transversal, observacional y comparativo.

### **Material y método**

#### **Participantes**

Se evaluaron de forma aleatoria 171 individuos en total, 120 de las Comunidades de Adolescentes del Distrito Federal, de los que 17 son femeninos y 103 son masculinos; así como 51 individuos, 8 femeninos y 43 masculinos en situación de detención en las agencias del Ministerio Público especializado para adolescentes del Distrito Federal.

#### **Variables e Instrumentos**

- Para la medición de las variables sociodemográficas (variables independientes) se realizará un cuestionario que describa edad, sexo y escolaridad.
- Para la medición de la variable psicopatía (variable dependiente) se aplicará la PCL-YV ( Psychopathy Checklist Youth Version) en el idioma español validada en población adolescente mexicana. Es una entrevista heteroaplicable adaptada de su versión para adultos para identificar en menores las medidas de rasgos interpersonales, afectivos, antisociales y comportamentales proporcionando una puntuación dimensional que representa el número y gravedad de los rasgos psicopáticos que el joven manifiesta. El tiempo de aplicación de la entrevista es aproximadamente de una hora. Cada reactivo cuenta con cuatro posibles respuestas: No, A veces, Si u Omisión siendo entonces la puntuación parte de 0 hasta 40. La correlación intraclase supera 0.90 y la consistencia interna de la prueba es alta, coeficientes a .80+ y correlaciones promedio de .20 + (Hare, 2003 y Santiago, 2010).
- Para la medición de la variable psicopatología (variable independiente) se aplicará el MINI KID, con el fin de valorar la presencia de Trastornos Psiquiátricos. Es una entrevista diagnóstica estructurada realizada en base a

los criterios del DSM IV para aplicarse en niños de 6 años a 17 años 11 meses, que sigue la misma estructura y formato del MINI para adultos, por lo que se basa en preguntas clave que se ramifican a determinar la presencia o no de diagnóstico. El tiempo de aplicación de la entrevista es aproximadamente de una hora. Abarca 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos y añade el riesgo de suicidio como uno de estos. La confiabilidad interevaluador y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75 respectivamente, y la validez concurrente con entrevista clínica fue del 0.35 al 0.50 de acuerdo a lo reportado en un estudio del Instituto Nacional de Psiquiatría. (Palacios, De la Peña, Heinze, 2004).

Para la aplicación de los instrumentos se realizó una capacitación teórico-práctica durante 3 meses del personal de Psicología y Psiquiatría que realizará las evaluaciones con la supervisión del Dr. Marco Aurelio Santiago Ávila, quien ha validado la escala PCL-YV en México.

### **Tamaño y Tipo de muestra**

Se evaluaron sujetos masculinos y femeninos seleccionados de la población de adolescentes en internamiento en las CA del Distrito Federal y de cada unidad de adolescentes infractores así como menores en detención del Ministerio Público, la selección fue por muestreo aleatorio probabilístico.

#### *Criterios de Inclusión*

Individuos de 12 a 22 años que se encuentren en conflicto con la ley y que se encuentren en las instituciones mencionadas.

#### *Criterios de Exclusión*

Individuos que presenten comorbilidades como trastornos generalizados del desarrollo, retraso mental y/o algún trastorno psicótico primario o secundario a consumo de drogas, al momento de la entrevista.

#### *Criterios de Eliminación*

Aquel paciente que no concluyera por lo menos la valoración con la PCL-YV o el MINI KID, o decidan abandonar el protocolo.

Aquellos usuarios que no deseen participar en el estudio.

### **Análisis estadístico**

Los datos sociodemográficos, clínicos y jurídicos se describirán a través de medidas de tendencia central y de dispersión. Se agruparán a los evaluados por grupos y subgrupos de edad y motivo de su proceso legal o internamiento.

Inicialmente se someterá a los instrumentos a análisis con las pruebas *t* para las diferencias entre las medias y *chi* cuadrada para las variables categóricas.

Los resultados de la aplicación de los instrumentos descritos serán sometidos a análisis estadístico con el programa SPSS Statistics 17.0.

### **Consideraciones éticas**

El presente protocolo no representa un riesgo superior al mínimo según la Ley General de Salud, y se apega a los lineamientos descritos en dicha ley y en la norma de Helsinki; la información será tratada como confidencial. Se obtuvo autorización voluntaria y firma de la Carta de Consentimiento Informado por parte del evaluado para iniciar su participación en el protocolo. Cada Carta de Consentimiento Informado está firmada tanto por el adolescente evaluado, por el tutor legal o bien por quién fungiera como tal al momento de la entrevista (padre, familiar responsable, autoridad legal pertinente); además se solicitaron dos testigos por parte del adolescente evaluado en la firma de dicho consentimiento. El presente trabajo fue evaluado y aprobado por la Comisión de Investigación y el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, de la Secretaría de Salud.

## Resultados

La muestra incluyó 170 participantes infractores de los cuales 145 (85%) fueron masculinos en comparación con 25 (15%) de femeninos. El promedio de edad mostró una diferencia a nivel significativo, con respecto del sexo. Ver tabla 1.

**Tabla 1. Características sociodemográficas del total de la muestra.**

<u>Variables</u>	<i>Infractores</i> <i>N=170</i>			<u>Prueba</u>	<i>p</i>
	Masculinos 145 (n=85)	Femeninos 25 (n=15)	Total N=170		
Sexo n (%)					
Edad M (DE)	16.97 (1.74)	16.24(1.01)	16.8 (1.67)	t 2.94, gl 168	0.005*
Intervalo de edad	12 - 22	15 – 18	12 - 22		
Escolaridad M (DE)	3.82 (1.73)	3.60(1.65)	3.79 (1.71)	t 0.59, gl 168	0.55
Rango escolaridad	0-9	1-9	0 -9		
Asisten a la escuela n (%)	77 (53.1)	17(68)	94 (55.3)	t 1.38, gl 168	0.16

Nota: \* $p < 0.05$ . Todas las diferencias que fueron estadísticamente significativas para el contraste de las variables por sexo.

La escala PCL-YV tuvo un puntaje promedio para varones de 21.01 (DE=10.96) y para mujeres de 15.76 (DE=10.81), diferencias que fueron estadísticamente significativas  $p=0.03$ . Con respecto a las diferencias por sexo de cada uno de los factores de la PCL-YV se observó que únicamente el factor conductual mostró una diferencia significativa entre los grupos con un valor de  $p=0.03$ . El porcentaje de reincidencia fue mayor para los varones 48.3% frente a 28% del sexo femenino lo que fue significativo ( $p=0.046$ ). Tabla 2.

En cuanto al tipo de delito en el total de la muestra, se observó que entre los varones los delitos más frecuentes fueron el robo (33.1%), el asalto (17.9%) y diversos delitos (16.6%). En contraste, las mujeres cometieron en orden de frecuencia los siguientes delitos: el robo (24%), más de un delito (16%) y el asalto (12%). Sin embargo, las diferencias no se establecieron, estadísticamente, a un nivel significativo, ver tabla 3.

**Tabla 2. Puntaje de la PCL-YV y reincidencia por sexo**

<b>Variable</b>	<b><u>Masculino</u> n=(145)</b>	<b><u>Femenino</u> n=(25)</b>	<b><u>Total</u> N=(170)</b>	<b><u>prueba</u></b>	<b><u>p</u></b>
PCL total M (DE)	21.01 (10.96)	15.76(10.81)	20.24 (11.07)	t 2.21, gl 168	0.03*
<i>Factores de la PCL</i>					
Interpersonal M (DE)	3.97 (2.64)	3.16( 2.19)	3,85 (2.59)	t=1.45, gl 168	0.14
Afectivo M (DE)	4.06( 2.70)	3.04( 2.37)	3.91 (2.67)	t=1.76, gl 168	0.08
Conductual M (DE)	6.07( 2.85)	4.40( 3.47)	5.82 (3.10)	t=2.61, gl 168	0.03*
Antisocial M (DE)	4.92( 3.23)	3.64( 3.04)	4.73 (3.22)	t=1.84, gl 168	0.067
Reincidencia (si)(%)	70 (48.3)	7(28)	93 (54.7)	$\chi^2$ 3.53, gl1	0.046*

Nota \* $p < 0.05$ . Todas las diferencias que fueron estadísticamente significativas para el contraste de las variables por sexo.

**Tabla 3. Tipo de delito por sexo en el total de la muestra**

<b>Variabes</b>	<b><u>Masculino</u> n=(145)</b>	<b><u>Femenino</u> n=(25)</b>	<b><u>Total</u> n=(170)</b>	<b><u>prueba</u></b>	<b><u>p</u></b>
<i>Tipo de Delito</i>					
Asesinato n (%)	18(12.4)	3(12)	23 (13.5)	$\chi^2$ 0.003 gl 1	0.68
Asalto n (%)	26(17.9)	3(12)	29(17.1)	$\chi^2$ 0.53 gl1	0.34
Robo n (%)	48(33.1)	6(24)	54(31.8)	$\chi^2$ 0.85, gl1	0.24
Delito sexual n (%)	3(2.1)	0	3(1.8)	$\chi^2$ 0.52, gl1	0.61
Portación de armas n (%)	3(2.1)	1(4)	4(2.4)	$\chi^2$ 0.34, gl1	0.47
Hurto n (%)	14(9.7)	5(20)	19 (11.2)	$\chi^2$ 2.74, gl1	0.1
Incendiaro n (%)	2(1.4)	1(4)	2(1.2)	$\chi^2$ 0.84, gl1	0.38
Obstrucción de justicia n (%)	1(0.7)	0	1(0.6)	$\chi^2$ 0.17, gl1	0.85
Delitos contra la salud n (%)	2(1.4)	0	2(1.2)	$\chi^2$ 0.34, gl1	0.72
Secuestro n (%)	3(2.1)	0	2(1.2)	$\chi^2$ x0.52, gl1	0.61
Lesiones n (%)	3(2.1)	0	3(1.8)	$\chi^2$ 0.34, gl1	0.72
Más de un delito n (%)	24(16.6)	4(16)	28(16.5)	$\chi^2$ 0.005, gl1	0.6

Nota. Todas las diferencias que fueron estadísticamente significativas para el contraste de las variables por sexo. \* $p < 0.05$

La entrevista MNI KID mostró que en el total de la muestra los diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno de conducta (42.9%), el uso nocivo de drogas (40%), el TDAH (32.4%) y el riesgo de suicidio (30.6%), ver tabla 4. Con relación a las diferencias por sexo, se observó que en los varones los diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno de conducta (45.5%), el uso de drogas (42.8%) y el TDAH (31%).

**Tabla 4. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos obtenidos por el MINI KID para el total de la muestra**

<b>Trastorno Psiquiátrico</b>	<b>Masculinos N=145</b>	<b>Femeninos N=25</b>	<b>Total N=170</b>	<b>prueba</b>	<b>p</b>
Sin diagnostico n (%)	13(9)	1(4)	14 (8.2)	$\chi^2=0.69$ , gl 1	0.35
Episodio depresivo n (%)	17(11.7)	12(48)	29(17.1)	$\chi^2=19.83$ , gl 1	0.0001*
Riesgo de suicidio n (%)	36(24.8)	16(64)	52(30.6)	$\chi^2=15.41$ , gl 1	0.0001*
Distimia n (%)	8(5.5)	4(16)	12(7.1)	$\chi^2=3.57$ , gl 1	0.07
Episodio hipomaniaco n (%)	30(20.7)	10(40)	40(23.5)	$\chi^2=4.41$ , gl 1	0.037**
Trastorno de angustia n (%)	10(6.9)	8(32)	18(10.6)	$\chi^2=14.19$ , gl 1	0.01**
Agorafobia n (%)	20(13.8)	8(32)	28(16.5)	$\chi^2=5.13$ , gl 1	0.03**
Ansiedad de separación n (%)	29(20)	12(48)	41(24.1)	$\chi^2=9.13$ , gl 1	0.004**
Fobia social n (%)	14(9.7)	4(16)	18(10.6)	$\chi^2=0.90$ , gl 1	0.26
Fobia específica n (%)	12(8.3)	6(24)	18(10.6)	$\chi^2=5.56$ , gl 1	0.03**
Obsesivo compulsivo n (%)	9(6.2)	6(24)	15(8.8)	$\chi^2=8.39$ , gl 1	0.011**
Estrés postraumático n (%)	11(7.6)	5(20)	16(9.4)	$\chi^2=3.85$ , gl 1	0.06
Alcohol n (%)	31(21.4)	5(29)	36(21.2)	$\chi^2=.02$ , gl 1	0.55
Drogas n (%)	62(42.8)	6(24)	68(40)	$\chi^2=3.12$ , gl 1	0.058
Tics n (%)	6(4.1)	1(4)	7(4.1)	$\chi^2=0.97$ , gl 1	0.72
TDAH n (%)	45(31)	10(40)	55(32.4)	$\chi^2=.78$ , gl 1	0.25
Trastorno de conducta n (%)	66(45.5)	7(28)	73(42.9)	$\chi^2=2.67$ , gl 1	0.077
Negativista desafiante n (%)	43(29.7)	8(32)	51(30)	$\chi^2=0.05$ , gl 1	0.49
Trastorno de pánico n (%)	8(5.5)	3(12)	11(6.5)	$\chi^2=1.48$ , gl 1	0.2
Anorexia n (%)	3(2.1)	2(8)	5(2.9)	$\chi^2=2.62$ , gl 1	0.15
Bulimia n (%)	0	0	0	0	0
Ansiedad generalizada n (%)	10(6.9)	2(8)	12(7.1)	$\chi^2=.04$ , gl 1	0.84
Trastornos adaptativos n (%)	3(2.1)	2(8)	5(2.9)	$\chi^2=2.62$ , gl 1	0.15

Nota. \* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.05$ . Todas las diferencias fueron que estadísticamente significativas para el contraste de las variables por sexo.

En contraste, en el caso de las mujeres predominaron los trastornos internalizados tales como el riesgo de suicidio (64%), el episodio depresivo mayor (48%) y la ansiedad de separación (48%). Solo los diagnósticos de episodio depresivo mayor y riesgo de suicidio mostraron una diferencia significativa a nivel  $p < 0.001$ . El episodio hipomaniaco, el trastorno de angustia, la agorafobia, la ansiedad por separación, la fobia específica y el trastorno obsesivo compulsivo mostraron diferencias significativas entre los grupos a razón de  $p < 0.05$ . Tabla 4.

Al evaluar las diferencias según el estatus jurídico, la muestra se dividió en: un grupo de Ministerio Público (MP) y otro de Comunidad para Adolescentes (CA). Se identificó que el grupo CA (n=119) fue mayor que el de MP (n=51).

**Tabla 5. Variables sociodemográficas y puntaje del MINI KID respecto a los adolescentes en conflicto con la ley MP vs CA**

<b>Variable</b>	<b>MP n=51</b>	<b>CA n=119</b>	<b>prueba</b>	<b>p</b>
Edad M(DE)	16 (1.1)	17.21 (1.74)	t 4.98, gl168	0.0001**
Escolaridad M (DE)	3.82(1.7)	3.77( 1.7)	t=- 0.17	0.86
<b>MINI KID</b>				
Sin Diagnóstico n (%)	5 (4.2)	9(17.6)	x <sup>2</sup> 8.540, gl1	0.003*
Episodio depresivo mayor n (%)	9 (17.6)	20(16.8)	x <sup>2</sup> 0.18, gl1	0.894
Riesgo de suicidio n (%)	20(39.2)	32(26.9)	x <sup>2</sup> 2.55, gl1	0.11
Distimia n (%)	4(7,8)	8(6.7)	x <sup>2</sup> 0.68, gl1	0.794
Episodio hipomaniaco n (%)	18(35.3)	22(18.5)	x <sup>2</sup> 5.604, gl1	0.18
Trastorno de angustia n (%)	2(3.9)	16(13.4)	x <sup>2</sup> 2.488,gl1	0.115
Agorafobia n (%)	11(21.6)	17(14.3)	x <sup>2</sup> 1.37, gl1	0.241
Ansiedad de separación n (%)	14(27.5)	27(22.7)	x <sup>2</sup> 0.442, gl1	0.506
Fobia social n (%)	6(11.8)	12(10)	x <sup>2</sup> 0.107, gl1	0.744
Fobia especifica n (%)	5(9.8)	13(10.9)	x <sup>2</sup> 0.047, gl1	0.828
Obsesivo compulsivo n (%)	4(7.8)	11(9.2)	x <sup>2</sup> 0.87, gl1	0.768
Estrés postraumático n (%)	4(7.8)	12(10.1)	x <sup>2</sup> 0.210,gl1	0.647
Alcohol n (%)	12(23.5)	24(20.2)	x <sup>2</sup> 0.242, gl1	0.623
Drogas n (%)	23(45.1)	45(37.8)	x <sup>2</sup> 0.789, gl1	0.374
Tics n (%)	4(7.8)	3(2.5)	x <sup>2</sup> 2.56, gl1	0.11
TDAH n (%)	11(21.6)	44(37)	x <sup>2</sup> 3.872,gl1	0.049
Trastorno de conducta n (%)	18(35.3)	55(46.2)	x <sup>2</sup> 1.739, gl1	0.187
Negativista desafiante n (%)	11(21.6)	40(33.6)	x <sup>2</sup> 2.46, gl1	0.116
Trastorno de pánico n (%)	4(7.8)	7(5.9)	x <sup>2</sup> 0.227, gl1	0.634
Anorexia n (%)	1(2)	4(3.4)	x <sup>2</sup> 2.45, gl1	0.62
Bulimia n (%)	0	0	0	0
Ansiedad generalizada n (%)	4(7.8)	8(6.7)	x <sup>2</sup> 0.068, gl1	0.794
Trastornos adaptativos n (%)	1(2)	4(3.4)	x <sup>2</sup> 0.245, gl1	0.62

Nota. Todas las diferencias que fueron estadísticamente significativas para el contraste de las variables por grupo. MP. Ministerio Público. CA. Comunidad para adolescentes. \*\*p < 0.001 \*p< 0.05

Por edad, los usuarios de MP tuvieron una edad promedio de 16 (DE=1.1) y los de CA 17.21 (DE=1.74) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.0001$ ). La escolaridad mostró una media de 10.3 años para MP y 4 años para CA con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.02$ ). Con respecto a los resultados de la escala MINI KID en este comparativo se identificó que en el grupo MP los diagnósticos

más frecuentes fueron uso de drogas (45.1%), riesgo suicida (39.2%) seguidos de trastorno de conducta (35.3%). Para los menores en CA los diagnósticos más frecuentes fueron trastorno de conducta (46.2%), uso de drogas (37.8%) y TDAH (37%). Estos datos no mostraron una diferencia estadísticamente significativa a excepción de aquellos sin diagnóstico psiquiátrico ( $p=0.003$ ) y los portadores del diagnóstico de TDAH ( $p=0.049$ ). Tabla 5.

En cuanto al análisis comparativo entre MP y CA, la calificación total de PCL-YV mostró una media de 15.16 (DE=8.91) y 22.41 (DE=11.2) respectivamente haciéndose notar una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ( $p=0.0001$ ). Con respecto a la reincidencia se identificó que el 52.1% de los menores infractores en MP han reincidido en dicha instancia comparado con el 29.4% de aquellos en CA lo que resultó estadísticamente significativo ( $p=0.005$ ). Con respecto al tipo de delito cometido, el más frecuente para aquellos en MP fue robo (31.4%) seguido de la comisión de más de un delito (22.7%), mostrando este dato una diferencia significativa entre los grupos ( $p=0.0001$ ). En los integrantes de la CA el delito más frecuente fue robo (23.4%) seguido de asesinato (23.4%) siendo este último dato significativo estadísticamente ( $p=0.0001$ ). Tabla 6.

**Tabla 6. Resultados del estudio comparativo por puntaje de la PCL-YV, tipo de delito y reincidencia**

<b>Variables</b>	<b>MP (n=51)</b>	<b>CA (n=119)</b>	<b>prueba</b>	<b>p</b>
PCL-YV M(DE)	15.16 ( 8.91)	22.41 ( 11.2)	t 4.09, gl168	0.0001**
Reincidencia n (%)	62(52.1)	15(29.4)	$p=7.41$ , gl1	0.005**
<b>Tipo de Delito</b>				
Asesinato n (%)	9(7.6)	12(23.4)	$p=840$ . gl1	0.005**
Asalto n (%)	20(16.8)	9(17.6)	$p=0.01$ , gl1	0.52
Robo n (%)	37(31.4)	17(33.3)	$p=0.06$ , gl1	0.46
Delito sexual n (%)	2(1.7)	1 (2)	$p=0.01$ , gl1	0.66
Portación armas n (%)	3(2.5)	1(2)	$p=0.04$ , gl1	0.82
Hurto n (%)	12(10.1)	6(11.8)	$p=0.10$ , gl1	0.46
Incendiaro n (%)	0	3(5.9)	$p=7.12$ , gl1	0.02
Obstrucción justicia n (%)	0	1(2)	$p=2.34$ , gl1	0.3
Delitos contra salud n (%)	2(1.7)	0	$p=0.86$ , gl1	0.35
Secuestro n (%)	3(2.5)	0	$p=1.30$ , gl1	0.34
Lesiones n (%)	2(1.7)	0	$p=0.86$ , gl1	0.35
Más de un delito n (%)	27(22.7)	1(2)	$p=11.14$ , gl1	0.0001**

*Nota.* Todas las diferencias que fueron estadísticamente significativas para el contraste de las variables por grupo. MP. Ministerio Público. CA. Comunidad para adolescentes. \*\*  $p < 0.001$



## Discusión

Este es el primer estudio en nuestro país en el que se analiza la relación entre psicopatía y trastorno mental en población menor de edad en conflicto con la ley tomando en cuenta el sexo, la edad, la escolaridad. Además también se estudiaron las diferencias en la psicopatología y el tipo de delito al dividir la muestra en dos grupos según el estatus jurídico.

Con respecto a las características sociodemográficas de este estudio se observó que, el mayor porcentaje de infractores menores de edad y adultos jóvenes fueron del sexo masculino, este dato coincide con la literatura internacional. No obstante, el 15% de los participantes fueron del sexo femenino. Respecto a este dato, es importante señalar que la participación de las mujeres en la actividad delictiva es creciente, como lo reportan Jiménez (2005) y Garrido (2006).

En relación a la edad de los menores evaluados cabe señalar que existe una diferencia entre hombres y mujeres con un promedio de edad discretamente menor en los hombres. Esto se explica por el rango de edad ya que fue mucho más amplio en éstos. Es decir, los hombres presentan más precozmente problemas de tipo legal que las mujeres. Esta variable fue la única que, dentro de las características sociodemográficas mostró una diferencia estadísticamente significativa. Esto no ha sido reportado previamente en la literatura internacional dado que los grupos evaluados, por ejemplo por Gretton (2001) y Lynne (2010), se estudiaron con muestras homogéneas en edad sin incluir participantes en prisión.

La escolaridad también mostró un comportamiento altamente relevante para México: mientras que la media de escolaridad para los menores de 18 años en el D.F. es de 10 años (INEGI, 2010), los adolescentes de este estudio tuvieron un promedio de educación 7 años menor, incluso con casos de analfabetismo. Respecto al estatus de estudiante, se observó que para ambos sexos, la deserción escolar es una problemática que alcanzó al 47% de los adolescentes del sexo masculino, con un porcentaje mayor de adolescentes mujeres que acudían a la escuela (68%). Este dato es muy importante ya que la liga entre educación y delincuencia juvenil ha sido descrita ampliamente en la literatura (Jiménez, 2005, Vitaco, 2005, Lynne-Landsmann, 2011).

La evaluación de la psicopatía a través de la escala PCL-YV mostró mayor puntaje para los adolescentes del sexo masculino en contraste con los del sexo femenino ( $X=21$  vs  $15$ ). Este resultado fue estadísticamente significativo, lo que coincide con lo identificado por Hare (2006) y Santiago (2010), quienes han descrito que en población penitenciaria juvenil, las calificaciones globales de la escala PCL-YV son notablemente más elevadas en adolescentes del sexo masculino.

Respecto a las dimensiones evaluadas, se puede observar que los valores más altos se encontraron en el factor conductual en ambos sexos. La dimensión antisocial se encontró con promedios mayores a los factores (dimensiones) afectivo e interpersonal; este comportamiento fue similar en el total de la muestra evaluada. A este respecto Hare (1997, 2004, 2006) describe que de acuerdo con el factor que se identifique como predominante en el grupo estudiado, podemos conocer cualidades precisas respecto a su comportamiento psicopático. Los resultados respecto a estas variables permiten considerar que el grupo motivo de este estudio exhibió mayores calificaciones en la dimensión conductual, lo que sugiere que es portador de elementos del comportamiento más notablemente de tipo disruptivo (vandalismo, destrucción de propiedad ajena, agresión heterodirigida, etc.) a diferencia de patrones puramente antisociales (conducta predatoria), interpersonales (manipulación) o afectivos (cosificación de los individuos) correspondientes de la psicopatía. (Hemphill y Hare, 2004).

Finalmente, el porcentaje de reincidencia fue mayor en el caso de los varones en contraste a las mujeres. Esta diferencia se expresa a un nivel significativo. Cabe mencionar que no existen datos en nuestro país con respecto a las diferencias en la reincidencia por sexo; no obstante, es posible considerar que existe una relación entre las calificaciones más altas para la psicopatía, la reincidencia delictiva y el ser varón.

En cuanto al tipo de delito cometido por los menores estudiados, se identificó que el robo constituye el acto delictivo más frecuente para ambos sexos. Este dato coincide con lo reportado en la literatura internacional y nacional (Skeem, Edens, Camp, 2004, INSP, 2008). Sin embargo, llama la atención que a diferencia de los datos de la literatura en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), el segundo delito más común no es el homicidio sino el asalto en el caso de los masculinos y el hurto en el caso de las adolescentes del sexo femenino. Lo anterior podría relacionarse con la mayor disponibilidad de armas en aquel país y eventualmente, con la presencia de conductas

predatorias de mayor violencia en contraste a conductas que, sin dejar de ser predatorias (asalto), no culminan con la muerte de la víctima.

Como se ha mencionado previamente, en el caso de las adolescentes se observó un delito no predatorio (hurto), como el segundo tipo de delito más frecuente. Este dato coincide nuevamente con la literatura de investigación ya que el comportamiento altamente hostil y predatorio se describe típicamente en los adultos del sexo masculino en prisión. (Woodworth, 2002).

Respecto a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los menores en conflicto con la ley, se observó que los diagnósticos más prevalentes para el total de la muestra fueron: el trastorno de conducta, el TDAH y el riesgo de suicidio. Estos datos son similares a los reportados por otros autores (Jiménez, 2005, Frick y Marsee, 2006, Hare, 2006), con excepción del riesgo de suicidio, lo que constituye un dato altamente relevante para la intervención en los adolescentes en conflicto con la ley. Para el caso de México esta información constituye un resultado de salud para el que resulta indispensable conocer las trayectorias previas por las que los adolescentes desembocan en él.

Respecto al trastorno de conducta cabe señalar que en este estudio fue el diagnóstico más frecuente y no el consumo de drogas como en EUA (Widiger, 2006). Esto puede relacionarse con el hecho de que la prevalencia nacional de uso de drogas en México es más baja que en otros países americanos. (INSP, 2008, INEGI, 2010, WHO, 2010). Otro punto importante a considerar a este respecto es que en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2008 se reportó una alta frecuencia de adolescentes del sexo masculino en CA consumidores de sustancias (96%).

Esta diferencia puede estar relacionada con la circunstancia de que en nuestro estudio se tomaron en cuenta criterios de mayor exigencia clínica respecto al consumo de drogas ya que se consideró a éste como un diagnóstico psiquiátrico, es decir, un consumo de drogas que implica afectación del funcionamiento, abuso, dependencia, etc. En contraste en la ENA se identificó al uso de sustancias psicoactivas simplemente como “consume o no consume”, independientemente de su impacto. Estos resultados representan una información de importancia, particularmente en lo relativo con la intervención, ya que los programas de atención a la salud mental, con énfasis en el uso de sustancias psicoactivas, podrían considerar los datos de este estudio como estrategias de abordaje en este tipo de población (INSP, 2008)

Desde un punto de vista dimensional, los resultados con respecto al sexo corresponden a lo reportado en la literatura internacional (Jiménez, 2005, Hare, 2006, Santiago, 2010) predominando los trastornos externalizados en masculinos e internalizados en femeninos. Un dato muy relevante es que el riesgo de suicidio no ha sido reportado en otros estudios como diagnóstico sino como parte del espectro depresivo, según Widiger (2006). En nuestra muestra, se ha identificado que esta condición supera en frecuencia a la depresión, por lo que urge el desarrollo de programas específicos de atención a esta problemática.

Una de las contribuciones de este trabajo es la comparación de los menores que se encuentran en conflicto con la ley en MP y aquellos en CA, ya que no hay reportes previos. Es de gran importancia identificar que en este estudio, la mayor parte de menores pertenecen a CA, ya que siendo una población cautiva representó mayor facilidad para su evaluación. Estudios futuros podrían proponerse evaluaciones de longitudinales, interdisciplinarias o multi-informantes, con los adolescentes en conflicto con la ley que no se encuentran en reclusión. Esto es particularmente relevante ya que podría incluir programas de tipo investigación-prevención.

Con respecto a las variables sociodemográficas en estos grupos se identifica que en cuanto a la edad, el grupo de CA muestra una media de 17.21 años a diferencia del grupo de MP con una media de 16 años, lo cual representa una diferencia estadísticamente significativa. Esto puede estar relacionado con el hecho de que el intervalo de edad de los menores en CA es mayor. Al observar la escolaridad, se identificó que en aquellos que pertenecen al grupo evaluado en MP, esta variable se comportó de acuerdo a lo reportado por INEGI (2010), pero en el grupo de CA, la diferencia es notablemente inferior. Esto mostró una diferencia estadísticamente significativa.

Los resultados de la PCL-YV en el comparativo de los grupos de MP y CA mostraron diferencias muy significativas a nivel estadístico, con puntaje mucho mayor para aquellos menores en proceso de internamiento en CA. Esto ha sido reportado por otros autores en el pasado reciente (Hare, 2006, Santiago, 2010) enfatizando el papel que juegan los elementos psicopáticos en la conducta delictiva en menores de edad. Con respecto a la reincidencia, es importante denotar que los adolescentes en Ministerio Público, reinciden de manera mucho más persistente que aquellos en proceso de internamiento. Esto incluso es demostrable en nuestro estudio arrojando

una diferencia estadísticamente significativa a nivel  $p=0.005$ . En nuestro país hay reportes sobre reincidencia delictiva en menores (INEGI, 2006) pero no a nivel comparativo entre los grupos que hemos estudiado.

En cuanto a los delitos cometidos por los menores estudiados, se observó que para ambos grupos, el robo, continúa siendo el delito más frecuente lo que coincide con lo reportado por otros autores (Jiménez, 2005, Lynne-Landsman, 2011), pero el homicidio es el segundo delito más recurrente en menores procesados. Este resultado no ha sido reportado en nuestro medio y cabe señalar que puede ser un valioso indicador del perfil conductual de aquellos que se integran a las CA.

Por otra parte, la comisión de más de un delito constituyó la segunda conducta ilegal más frecuente en el grupo de MP, lo cual puede estar relacionado a que estos menores se encuentran en proceso de averiguación. Este dato mostró una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.0001$ ) y no ha sido reportado previamente por otros estudios.

Con respecto a las debilidades de este estudio, consideramos importante señalar que la muestra es heterogénea con respecto a la edad; esto a razón de que en nuestro país, los infractores menores de edad que cumplen un proceso en CA pueden permanecer en dicha instancia hasta que se determina la resolución del mismo a pesar de tener más de 18 años. Así mismo, la muestra de adolescentes del sexo femenino constituyó una menor cantidad de individuos. Esto puede estar en relación a que existe una población penitenciaria adolescente femenina mucho menor que masculina.

## Conclusiones

A lo largo de la historia y a la par de la evolución de las sociedades, los problemas de comportamiento y la disruptividad han sido un fenómeno constante. El costo social y económico de las secuelas del comportamiento patológico tiende a ir en aumento a nivel mundial, siendo los adolescentes y adultos jóvenes los más implicados. A pesar de lo que se sabe hasta ahora de la conducta psicopática, continúa la necesidad de identificarla y prevenirla tempranamente, encaminando los esfuerzos a reducir el número de factores de riesgo e incrementar los factores protectores, a través de medidas de impacto en la población en general, medidas selectivas a poblaciones de riesgo y medidas de rehabilitación de delincuentes.

El presente trabajo brinda el conocimiento de los aspectos diferenciales de la psicopatía y la salud mental en los adolescentes que infringen la ley (MP vs CA) y sus diferencias por género. Se sabe que los programas más efectivos de prevención y tratamiento son aquellos que se basan en los datos de investigación, de ahí la relevancia de la presente investigación en que se evalúa la psicopatía como un patrón conductual, afectivo e interpersonal, altamente específico de la conducta disocial.

Es indudable además el valor predictivo que en otras partes del mundo se ha documentado para la PCL-YV, por lo que es importante que no sólo para la investigación sino para las políticas en materia jurídica, de salud, etc., se inste a los involucrados en la toma de decisiones de la atención a la problemática de la delincuencia juvenil en México, a través el apoyo en instrumentos de medición de la conducta disocial y la salud mental de este grupo de adolescentes.

Una contribución de este trabajo es que nos permite conocer que en la población penitenciaria juvenil de nuestro medio, los adolescentes varones tienen un inicio de comportamiento delictivo a menor edad y que los trastornos externalizados son los más frecuentes en aquellos del sexo masculino. Esto brinda la perspectiva de que al menos en este rubro, los masculinos en conflicto con la ley en el Valle de México se comportan de manera similar a otras poblaciones estudiadas.

De manera interesante el riesgo de suicidio fue independiente a la depresión y se presentó en ambos grupos y en ambos géneros. Es importante entonces proponer estrategias para su identificación y abordaje tanto preventivo como terapéutico.

El uso de sustancias psicoactivas mostró una frecuencia baja con relación a lo reportado por otros estudios mexicanos, esto es relevante dado que en nuestro trabajo se considera a esta condición como un diagnóstico psiquiátrico que debe cumplir criterios más rigurosos para ser considerado. Resulta altamente preocupante el dato de nuestro estudio que corrobora el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes en condiciones de reclusión, lo que también encuestas nacionales han identificado. Es necesario establecer medidas de control y manejo de esta condición en los adolescentes de CA puesto que al sostener este consumo se perpetúa su trastorno psiquiátrico por uso de sustancias y a su vez su conducta disruptiva.

Ante estos elementos podemos concretar que en cuanto a los menores infractores en nuestro medio existe una relación entre ser masculino, el abandono escolar temprano, una mayor edad y elementos de comportamiento predatorio para ingresar a CA.

Futuras investigaciones deben realizarse para continuar profundizando en las características de estos individuos y abrir la posibilidad de subdividirlos con respecto a su proclividad nociva y su capacidad de rehabilitación.

Ante la circunstancia social en que se encuentra nuestro país actualmente es de gran relevancia el estudio de las condiciones de salud mental y características de comportamiento de los menores infractores de la ley, aunado a la presencia de otras variables con el fin de establecer una intervención oportuna, con base en datos de investigación, que puede brindar alternativas de prevención de conducta delictiva actual y futura.

El estudio de la conducta delictiva en adolescentes y adultos jóvenes obliga al psiquiatra infantil y de la adolescencia y a todo profesional de la salud mental a sumar esfuerzos con otros clínicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores e inclusive legisladores y sociedad civil en general para comprender y enfrentar el desafío de este complejo fenómeno.

## **Bibliografía**

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: Procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.

Berrios GE. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

Babiak P, Hare RD. Snakes in suits: when psychopaths go to work. New York: Harper/Collins;2006.

Bolt D, Hare RD, Vitale J, et al. Multigroup IRT analyses of the Hare Psychopathy Checklist—Revised (PCL-R). *Psychol Assess* 2004;16:155–68.

Bolt DM. Analyzing the Psychopathy Checklist—Revised (PCL-R) using item response theory and factor analysis: overview and recent advances. In: Herve´ H, Yuille J, editors. *The psychopath: theory, research, and practice*. Mahwah (NJ): Erlbaum, 2001.

Cooke DJ, Michie C. An item response theory analysis of the Hare Psychopathy Checklist—Revised. *Psychol Assess* 1997;9:3–14.

Cooke DJ, Michie C, Hart SD, et al. Evaluation of the screening version of the Hare Psychopathy Checklist—Revised (PCL: SV): an item response theory analysis. *Psychol Assess* 1999;11:3–13.

Cooke DJ, Michie C, Hart SD, et al. Searching for the pan-cultural core of psychopathic personality disorder. *Pers Individ Dif* 2005;39:283–95.

Cornell DG, Warren J, Hawk G, et al. Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:783–90.



Douglas KS, Ogloff JRP, Nicholls TL. Personality disorders and violence in civil psychiatric patients. Paper presented at the 5th International Congress on the Disorders of Personality. Vancouver, British Columbia, June 24–27, 1997.

Edens JF, Skeem JL, Douglas KS. Incremental validity analyses of the Violence Risk Appraisal Guide and the Psychopathy Checklist Screening Version in a civil psychiatric sample. *Assessment* 2006;13:1–7.

Gretton HM, McBride M, O’Shaughnessy R, et al. Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. *Crim Justice Behav* 2001; 28:427–49.

Guay JP, Ruscio J, Hare RD, et al. The latent structure of psychopathy: when more is simply more. St. Louis: Society for Research in Psychopathology; 2004.

Forth AE, Kosson D, Hare RD. The Hare psychopathy checklist: youth version. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 2003.

Fulero S. Review of the Hare Psychopathy Checklist—Revised. In: Conoley JC, Impara JC, editors. Twelfth mental measurements yearbook. Lincoln (NE): Buros Institute of Mental Measurements; 1995. p. 453–4.

Frick PJ, Marsee MA. Psychopathy and developmental pathways to antisocial behavior in youth. In: Patrick CJ, editor. *Handbook of psychopathy*. New York: Guilford Press; 2006.p. 353–74.

Gacono CB, editor. *The clinical and forensic assessment of psychopathy: a practitioner’s guide*. Mahwah (NJ): Erlbaum; 2000.

Garrido, V., López, E., Silva, T. *La predicción e intervención en delincuencia juvenil*. Valencia: Tirant lo Blanch. 2006.

Hare RD, Neumann CS. Structural models of psychopathy. *Curr Psychiatry Rep* 2005;7:57–64.

Hare RD. *The Hare psychopathy checklist—revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems;1991.

Hare RD. The Hare psychopathy checklist—revised. 2nd edition. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 2003.

Hare RD. Without conscience: the disturbing world of the psychopaths among us. New York: Guilford Press; 1998.

Hare RD, Cooke DJ, Hart SD. Psychopathy and sadistic personality disorder. In: Millon T, Blaney P, Davis R, editors. Oxford textbook of psychopathology. Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 555–84.

Hare RD, Clark D, Grann M, et al. Psychopathy and the predictive validity of the PCL: an international perspective. Behav Sci Law 2000;18:623–45.

Hare RD, Hart SD. A commentary on the antisocial personality disorder field trial. In: Livesley WJ, editor. The DSM-IV personality disorders. New York: Guilford Press; 1995. p. 127–34.

Hare RD. Proceedings of the NATO Advanced Study Institute on Psychopathy, Alvor, Portugal, 1995. J Personal Disord 1997; 11:301–3.

Hare RD. Forty years aren't enough: recollections, prognostications, and random musings. In: Herve´ H, Yuille J, editors. The psychopath: theory, research, and practice. Mahwah (NJ): Erlbaum, in press.

Hare RD, Schalling D, editors. Psychopathic behavior: approaches to research. Chichester, England: Wiley; 1978.

Hare RD, Neumann CS. The PCL assessment of psychopathy: development, structural properties, and new directions. In: Patrick CJ, editor. Handbook of psychopathy. New York: Guilford Press; 2006. p. 58–88.

Hemphill JF, Hare RD. Some misconceptions about the Hare PCL and risk assessment: a reply to Gendreau, Goggin, and Smith. Crim Justice Behav 2004;31:203–43.

INEGI. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio19&s=est&c=22643>

INEGI.[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuesta-nacional-salud/hogares/dise%F1o\\_ena2002.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuesta-nacional-salud/hogares/dise%F1o_ena2002.pdf)

INEGI.<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/asistencia.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Salud Pública. (INSP).<http://www.insp.mx/iamges/stories/INSP/EncNavAdi/Docs/df.pdf>

Jiménez O, La Delincuencia Juvenil: Fenómeno de la Sociedad Actual. Papeles de Población 2005; 216-261.

Kiehl KA. A cognitive neuroscience perspective on psychopathy: evidence for paralimbic system dysfunction. Psychiatry Res, in press.

Lecrubier Y, Sheehan DV et al. The Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to de CIDI. Eur Psychiatry 1997; 12: 224-231.

Lynne-Landsman SD, Graber JA, Nichols TR, Botvin GJ. Trajectories of aggression, delinquency, and substance use across middle school among urban, minority adolescents 2011 Mar-Apr;37(2):161-76. J.H. B. School of Public Health, 2011

Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, et al. Psychopathy: antisocial, criminal, and violent behaviors. New York: Guilford Press; 1998.

Palacios L, De la Peña F, Heinze G. Validez y confiabilidad del MINI KID. Presentado en poster en el Congreso de Academia Americana de Psiquiatría Infantil Washington 2004.

P.G.R.<http://www.pgr.gob.mx/temas%20relevantes/estadistica/estadisticas.asp>

Santiago A, et al. Estudio de Validez y Confiabilidad de la Psychopathy Checklist Youth Version en población adolescente mexicana. Pendiente de Publicación. 2010

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. J Clin Psychiatry 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

Silver E, Mulvey EP, Monahan J. Assessing violence risk among discharged psychiatric patients: toward an ecological approach. *Law Hum Behav* 1999; 23:237–55.

Skeem JL, Edens JF, Camp J, et al. Are there ethnic differences in levels of psychopathy? A meta-analysis. *Law Hum Behav* 2004; 28:505–27.

Vitacco MJ, Neumann CS, Jackson RL. Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73:466–76.

Widiger TA. Psychopathy and DSM-IV psychopathology. In: Patrick CJ, editor. *Handbook of psychopathy*. New York: Guilford Press; 2006. p. 156–71.

Wiener J, Dulcan M. Clasificación de los trastornos mentales. En: *Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson; 2005. P. 48-50.

World Health Organization (WHO). *International classification of diseases and related health problems*. 10th edition. Geneva, Switzerland: WHO; 1990.

WHO.[http://www.scribd.com/doc/8531272/Resumen-Informe-Mundial-Sobre Drogas-Tendencias-Mundiales-de-Trafico-Drogas-ONU](http://www.scribd.com/doc/8531272/Resumen-Informe-Mundial-Sobre-Drogas-Tendencias-Mundiales-de-Trafico-Drogas-ONU); 2010

Woodworth M, Porter S. In cold blood: characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *J Abnorm Psychol* 2002; 111:436–45.

## Anexos

### Entrevista PCL-YV

Hare PCL:YV				
Adelle E. Forth, Ph.D., Davis S. Kosson, Ph D., & D. Robert D. Hare, Ph. D.				
Nombre: _____		Edad: _____		Sexo: M F
Evaluador: _____		Fecha: _____ / _____ / _____		
	dd	mm	aa	
No	A veces	Si	Omisión	
0	1	2	X	1. Imagen Personal falsa
0	1	2	X	2. Grandioso sentido de valía personal
0	1	2	X	3. Búsqueda de estimulación
0	1	2	X	4. Mentira patológica
0	1	2	X	5. Manipulación para obtener una ganancia personal
0	1	2	X	6. Falta de remordimientos
0	1	2	X	7. Afecto superficial
0	1	2	X	8. Insensibilidad y falta de empatía
0	1	2	X	9. Orientación parásita
0	1	2	X	10. Pobre control de la ira
0	1	2	X	11. Conducta sexual impersonal
0	1	2	X	12. Problemas tempranos de conducta
0	1	2	X	13. Falta de metas
0	1	2	X	14. Impulsividad
0	1	2	X	15. Irresponsabilidad
0	1	2	X	16. Fracaso para aceptar la responsabilidad
0	1	2	X	17. Relaciones interpersonales inestables
0	1	2	X	18. Conducta delictiva graves
0	1	2	X	19. Violación grave de la libertad condicional
0	1	2	X	20. Versatilidad delictiva

Se anexa únicamente la hoja de respuesta de la entrevista dado que la misma cuenta con derechos de autor para su reproducción.

Entrevista M.I.N.I KID

# M.I.N.I. KID

## MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

### Versión en Español

USA: **D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo**

University of South Florida - Tampa

FRANCE: **Y. Lecrubier, T Hergueta.**

Hôpital de la Salpêtrière - Paris

### Versión en Español:

USA: **M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto**

University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

Únicamente se adjunta el título de la entrevista dado que la misma cuenta con derechos de autor para su reproducción.

## Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

### PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA FRECUENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y PSICOPATÍA DE ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL DEL VALLE DE MÉXICO

Yo, \_\_\_\_\_, expreso que mi participación en esta investigación es voluntaria y que el propósito del estudio es valorar las características conductuales y afectivas del adolescente en conflicto con la ley penal.

Sé que mi participación en el estudio tendrá beneficios de carácter científico para el entendimiento y comprensión de los adolescentes en conflicto con la ley penal y que en ningún momento la información obtenida, afecta o se relaciona con mi proceso legal, no será utilizada en mi perjuicio ni está sujeta a ninguna influencia por parte de alguna autoridad.

Estoy consciente de que si se me encontrará algún padecimiento emocional, afectivo o conductual, seré notificado debidamente con el fin de que reciba la atención clínica conducente o en su defecto, la derivación a la institución idónea, según determine en su momento la autoridad competente y sin que esto interfiera en mi proceso legal.

Autorizo al Dr. Marco Aurelio Santiago Ávila (médico responsable) y a su equipo de investigación (médicos y psicólogas) a que me evalúen y entrevisten con:

- La Escala para Psicopatía de Hare Versión Juvenil,
- La entrevista semi-estructurada Mini-KID,

Se me ha explicado que la participación en este estudio no representa ningún riesgo para mi salud e integridad ya que solo se aplican entrevistas y cuestionarios clínicos, además de que los resultados obtenidos serán manejados con confidencialidad y privacidad.

Estoy informado de que puedo abandonar el estudio en cualquier momento del mismo, sin que esto afecte mi proceso legal o repercuta en mi atención.

#### FIRMAS

Dr. Marco Aurelio Santiago Ávila  
Dr. José Emmanuel Osorio Rosales

\_\_\_\_\_  
EVALUADO

\_\_\_\_\_  
MÉDICOS RESPONSABLES

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
PSICÓLOGO(A) EVALUADOR(A)

\_\_\_\_\_  
FECHA