

Título	Delincuencia y psicopatía: estudio correlacional de rasgos de personalidad en adolescentes infractores caldenses y la relación con el delito ¹ .
Nombre del autor	Erika Alexandra Marín Zapata
Título profesional	Especialista en Investigación criminal
Actividad	Psicóloga
Afiliación institucional	Universidad de Manizales
Ciudad	Manizales
País	Colombia
correo	eralmaza@hotmail.com
Nombre del autor	Jessica Valeria Sánchez López
Título profesional	Doctora Ciencias Sociales Niñez y Juventud
Actividad	Docente investigadora
Afiliación institucional	Universidad de Manizales
Ciudad	Manizales
País	Colombia
correo	jsanchez@umanizales.edu.co

Resumen

El presente artículo pone de manifiesto los resultados de una investigación realizada en la ciudad de Manizales con 29 adolescentes caldenses vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), que se encuentran institucionalizados por la presunta comisión de un delito. Se aplicó a estos adolescentes entre 14 y 18 años de edad la prueba de personalidad MMPI-A (versión computarizada) para identificar la presencia de rasgos psicopáticos. Se utilizó un diseño no experimental de corte cuantitativo que pretendió comparar subgrupos de individuos de acuerdo al tipo de delito por el cual fueron procesados. Grupo 1: Delitos contra la vida y la libertad personal, Grupo 2: Delitos contra la salud pública, Grupo 3: Delitos contra el patrimonio económico y Grupo 4: delitos contra la libertad, integridad y formación sexual, según la Ley 599 de 2000 Código Penal Colombiano. Los resultados no fueron concluyentes en cuanto a la relación entre delito y puntuación alta en la variable Desviación Psicopática (DP); no obstante, se identificó una correlación positiva entre la subescala Desviación Psicopática (DP) Paranoia (PA), Psicastenia (PT), Esquizofrenia (ES) Introversión Social (IS), Reconocimiento de Problemas con el Alcohol y Drogas (RPAD), Tendencia al Consumo de Alcohol, (TPAD), Inmadurez

¹ Artículo de investigación. Este es un artículo derivado del macroproyecto titulado “Análisis multidimensional de niños con manifestaciones afectivo – comportamentales”, inscrito en la dirección General de Investigaciones y Posgrados de la Universidad de Manizales.

(INM-A), Ansiedad (A-A), Obsesividad (OBS-A), Depresión (DEP-A), Enajenación (ENA-A), Cinismo (CIN-A), Problemas de Conducta (PCO-A), Baja Autoestima (BAE-A), Aspiraciones Limitadas (ASL-A), Problemas Familiares (FAM-A) y Rechazo al Tratamiento (RTR-A).

Palabras clave: Personalidad, delito, adolescencia, delincuencia juvenil, MMPI-A.

Introducción

Las ciencias sociales, jurídicas y de la salud se preguntan por un fenómeno que va en aumento conforme a estadísticas locales, nacionales e internacionales; la delincuencia juvenil, que se presenta como uno de los principales problemas a nivel social, siendo Caldas el séptimo departamento de Colombia que presenta más ingresos al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes. Se estima a nivel nacional reincidencia del 41% (Mojica, 2005, p. 39) de aquellos ingresos, lo que genera repercusiones sociales y de salud pública alarmantes, quedando en entredicho la eficiencia de los mecanismos de control del Estado para tales fines, que en Colombia se encuentra a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar desde el año 2009.

Es de aclarar que, la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 1, define “niño” como aquel individuo menor de 18 años, mientras la Ley 1098 de 2006 en su artículo 3 indica que la adolescencia transcurre entre los 12 y 18 años, siendo el límite inferior, los 14 años para declararse a un adolescente penalmente responsable.

La comprensión de la delincuencia juvenil no debe reducirse a un fenómeno social propio de la modernidad, ya que puede entenderse desde diferentes disciplinas y contextos como la interrelación de la biología y la sociedad en la estructuración de hábitos, actitudes e intereses individuales y colectivos que se conforman en un sujeto o grupos y son legitimados socialmente en meso contextos generalmente marginales.

Para Wiese (2008) la delincuencia juvenil “se encuentra comprendida desde el punto de vista psiquiátrico dentro del trastorno disocial, como un patrón repetitivo y persistente de comportamiento, que se inicia en la infancia; en que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes” (citada por Torres & Rojas, 2003, p. 120); no obstante es un fenómeno multicausal que se interviene con herramientas discutidas por su poca efectividad como el tratamiento farmacológico, internamiento y psicoterapia, aunque la cobertura de SRPA pretende intervenirlo mediante el anclaje del sistema educativo, jurídico y de salud, coincidiendo con el argumento de Foucault (1976) “el poder de castigar no es esencialmente diferente del de curar o el de educar” (p. 309); sin embargo, no todo aquel que comete un delito es un delincuente, disocial o marginado.

Se debe distinguir entre los delitos accidentales, el comportamiento delincual reincidente y los trastornos mentales asociados a la conducta delictiva; y es allí donde surge el interés de identificar rasgos psicopáticos en los adolescentes que ingresan al SPRA describiendo un posible perfil psicológico para conocer qué características son

comunes en estos sujetos y su relación con el tipo de delito por el cual son procesados dentro del mismo ya que esto podría diferenciar su abordaje jurídico y terapéutico; de igual forma es importante caracterizar las motivaciones al delito, preguntarse por las causas de reincidencia, los factores asociados a la conducta punible y la pertinencia de SRPA para todos los casos que ingresan al mismo.

Al día de hoy, no se ha demostrado que existan programas efectivos para la población juvenil infractora. Harris y Rice (2006) concluyen que, “la intervención puede tener un efecto iatrogénico” (citados por Halty & Prieto-Ursúa, 2015, p. 122). Sin embargo, es de resaltar que no todos los adolescentes institucionalizados en centros de menores presentan el mismo perfil epidemiológico, encontrando que el consumo de sustancias psicoactivas es un común denominador que detona conductas desadaptativas y posiblemente esta condición enmascare o explique conductas disociales. Pero ¿qué hace diferente a unos de otros? ¿Desde qué perspectiva leer esta problemática?

Comprender la naturaleza y abordaje de este fenómeno, implica trascender los propios sistemas clasificatorios actuales que definen clínicamente esta categoría mediante dos concepciones, rasgo-trastorno, centrándose el DSM-IV-TR y V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en los aspectos conductuales y la clasificación CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) en los rasgos de personalidad. Esta dicotomía tiene especial relevancia a la hora de evaluar la psicopatía, ya que autores como Blackburn (1998) (citado por Madsen & Carrión, 2014) proponen modelos en los que habría que diferenciar la conducta antisocial (entendida como comportamiento delincuente) de la psicopatía, englobando esta en un término más amplio, pues hasta hace apenas 11 años, se reintrodujo el término “Psychopathy” en el Tesoro, ya que fue previamente eliminado en 2000 y reemplazado por “Antisocial Personality Disorder” (Simón et al., 2015) ocasionando confusiones entre ambas categorías de estudio.

Precisamente, esta categoría no alcanza a ser abordada en su complejidad por los sistemas de clasificación vigentes y por ello en el presente artículo se tomará desde la definición de Hare (2000) como

un patrón interpersonal, afectivo, de estilo de vida y conductual caracterizado por: Encanto superficial, egocentrismo y grandiosidad, engaño, manipulación, falta de remordimientos o culpa, afectos superficiales, desapego, egoísmo, falta de empatía, renuencia a aceptar responsabilidades, forma de vida parasitaria, necesidad de excitación, falta de planificación vital realista y a largo plazo, falta de control de impulsos, irresponsabilidad, bajos controles conductuales y agresividad, tendencia a cometer actos delictivos en la infancia y adolescencia, que se hacen más versátiles en la adultez. (p. 196)

Es pertinente centrar el presente trabajo en la identificación de jóvenes con características psicopáticas, ya que en estudios neurobiológicos se ha encontrado presencia de anomalías hipocampales y neocorticales por lo cual se estima que sean incorregibles y reincidentes (Valencia, 2007). Es allí donde los sistemas jurídicos como la Ley 1098 de 2006 se quedan cortos en cuanto a los modelos de atención propuestos por ICBF, al suponer que las mismas técnicas conductuales, resocializadoras y terapéuticas modifican esquemas desadaptativos en un periodo de tiempo relativamente corto de institucionalización.

Al observar esta caracterización de diagnósticos, se invita a reconsiderar si el detonante de las conductas delictivas de los adolescentes ingresados es el consumo de sustancias psicoactivas, un trastorno de conducta de base o la estructuración de rasgos de personalidad realmente incorregibles.

Una revisión teórica realizada en España, concluye que la psicopatía debe entenderse como rasgo esencial de la personalidad estable y predecible con alta resistencia al condicionamiento y es necesario que se diferencie del rasgo antisocial de la personalidad o de los trastornos de conducta; además, el artículo establece que las comunidades terapéuticas son las formas menos efectivas de abordar esta condición (Jordá & Besteiro, 2013).

Este estudio se encuentra en contraposición de los planteamientos de León y Zúñiga (2012) quienes establecen que algunas de las características psicopáticas no se integran hasta la adolescencia tardía enfocando su estudio en los factores de riesgo para el desarrollo de esta condición. Encontraron en la población infractora chilena que los adolescentes con psicopatía en su gran mayoría provenían de familias con antecedentes delictivos principalmente de narcotráfico y que el 58% de estos habían permanecido en algún momento de la infancia en hogares sustitutos designados por el gobierno; así mismo destacaron que el diagnóstico de esta condición mediante el DSM IV genera falsos positivos, indicando una prevalencia mundial del 13% para psicopatía frente a la prevalencia del Trastorno de Personalidad Antisocial de 67%.

Lo anterior hace referencia a una tradicional discrepancia entre la etiología de la psicopatía y la influencia del entorno social en el desarrollo de dicho fenómeno, pues los criterios de evaluación se adhieren a las tradiciones diagnósticas de distintos modelos explicativos que desembocan en los sistemas de clasificación DSM y CIE ya mencionados y darían paso a una nueva categoría que es importante mencionar: la sociopatía.

Birbaum (1914) (citado por Abalos & Esquivel, 2004) fue el pionero en introducir el término sociopatía; según sus postulados, pocas veces surgiría de “rasgos inmorales inherentes al carácter”, sino que más bien serían un reflejo de la actuación de las fuerzas sociales, las que dificultarían la adaptación y adquisición de formas de comportamiento aceptables.

La sociopatía o el Trastorno de Personalidad Antisocial indican una condición histórica. En cambio, la psicopatía podría hacer referencia a factores estructurales y/o constitucionales (León, 2004, citado por Abalos & Esquivel, 2004).

Desde finales del siglo XVIII con Durkheim y el siglo XIX con Pinel, Lombroso, Rush y Pritchard; la medicina y la sociología, ya evidenciaban el interés por comprender los tipos de personalidades o patrones de conductas que se oponen a las normas socialmente establecidas; acuñaron términos como “manía sin delirio”, “depravación moral innata”, “locura moral” y “delincuente de nacimiento”. Hasta el siglo XX con Kraepelin se propone el término “personalidad psicopática” el cual, actualmente se sigue utilizando.

Estos tipos de comportamientos son analizados bajo teorías que comprenden campos de actuación interdisciplinarios y aunque la preocupación y el objeto de estudio es el mismo, los alcances descriptivos de dichas teorías se dividen en vertientes epistemológicas que separan unos términos de otros. El desconocer la situación clínica de los individuos repercute en el impacto terapéutico y más aún cuando no se conoce si las causas obedecen a disfunciones: orgánicas, hormonales, de crianza o de contexto.

Los estudios neuropsicológicos realizados con psicópatas no apoyan la tradicional explicación de la psicopatía como daño cerebral, entendiendo este como daño frontal o inmadurez cortical (Madsen & Carrión, 2014).

El anterior referente bibliográfico frente a hipótesis que la psicopatía tiene correlación con disfuncionalidad orgánica, contradice los estudios con metodologías de neuroimagen y potenciales evocados, orientando la predisposición a la violencia como un producto de la deficiencia hormonal. Sin embargo, un reciente estudio comparativo realizado en España (Pera-Guardiola, Contreras-Rodríguez, Kosson & Menchón, 2016), confirma que existen diferencias significativas entre el procesamiento de las expresiones faciales de emociones básicas, entre un grupo de participantes debidamente diagnosticados con psicopatía y un grupo control, evidenciadas en imágenes funcionales de resonancia magnética. Se encuentra que existe un déficit más pronunciado en el reconocimiento de emociones “no amenazantes” como la tristeza, felicidad y miedo.

Estas emociones son menos adaptativas que la ira, la sorpresa y el disgusto, pues evolutivamente la ira es necesaria para la lucha y la comprensión del disgusto o desagrado es útil para identificar la pertenencia a un grupo o una posible amenaza. Es posible considerar que también el miedo es necesario para la supervivencia y de hecho una de las emociones más primitivas y funcionales, aunque parte de la descripción de las características de los sujetos que se presumen como psicópatas y sociópatas, es la aparente ausencia de miedo que se refleja en las conductas arriesgadas, irresponsables y ofensivas.

Algunas corrientes socio antropológicas contradicen la exclusividad de la emoción como constructo biológico o como evolución netamente cultural, pues la dicotomía entre el sustrato de una y otra, es irrelevante cuando se aborda desde la función declarativa del lenguaje, pues no hay que olvidar que el cuerpo (disposiciones fisiológicas) la mente (intención) y la acción, deben conjugarse para expresar una emoción que socialmente puede entrenarse. Sheer (2012) (citada por Moscoso, 2015) considera que concebir las emociones como práctica, significa entenderlas como disposiciones corporales condicionadas por un contexto cultural. Así que mencionar el

procesamiento de las emociones ya es un asunto que contiene dos complejos abordajes, por un lado, lo neurobiológico y por otro lo sociocultural, es posible considerar que la naturaleza de la psicopatía no es en sí un déficit orgánico o un déficit en la comprensión de normas sociales, pues no hay estudios concluyentes que expliquen todos los casos, sino más bien, una fallida intercomunicación entre la función de la socialización en la maduración de las estructuras funcionales intervinientes en las emociones de sujetos que en su mayoría provienen de estratos socioeconómicos bajos, formados con modelos ideales dentro de los parámetros latinoamericanos del sicariato y el narcotráfico.

Akers (2006) propone que el ejercicio de la delincuencia se aprende en la interacción social, mediante mecanismos de refuerzo diferencial; así mismo, la legitimación de acciones ilegales que deforman la capacidad crítica frente al orden social; sin embargo, no todos los psicópatas son disociales, declarativamente violentos o impulsivos, en cambio sí sucede con el típico delincuente juvenil (sociópata), rebelde y destructivo que además de su estructura social parasitaria, no presenta motivación para hacer lo correcto a pesar de la presión social normal; más la presión antagónica de la sociedad, que es la subcultura de los delincuentes mayormente consumidores, se refiere a individuos con tendencia al vandalismo, la asociación a barras bravas de equipos de fútbol, pandillismo, holgazanería y que en apariencia, impresionan con un nivel intelectual bajo, dadas las constantes deserciones del sistema escolar y aparentes dificultades de aprendizaje.

La prolongación de la pobreza y la falta de educación durante varias generaciones, es la expresión de cómo se perpetúan clases sociales que sostienen estas patologías. Se gesta una sociedad trastornada y saturada de sujetos "problema". De ahí que surja los interrogantes ¿podemos llamar enfermos a los delincuentes? O ¿Debemos castigarlos, educarlos o curarlos?

La discusión epistemológica que se gesta sobre la presunción del origen de estos fenómenos sociales, sugiere la existencia de un tangible círculo causal entre el enfermedad mental y la disfunción social, en tanto los productos de las sociedades marginales son los delincuentes y a su vez estos perpetúan su vileza en la criminalidad y la pobreza; sin embargo, el paradigma se encuentra cuando los denominados psicópatas se escapan de las estadísticas por su casi imperceptible identificación en la sociedad y su trágica aparición en entornos no marginales y no violentos por lo cual se le adjudica la responsabilidad de dicho engendro a la biología más que a la sociedad, como si existiese una suerte de fórmula paradójica para la creación de males sociales y naturales.

Lo anterior solo muestra la intención de diferenciar conceptos como psicopatía, sociopatía, trastorno disocial de conducta y conducta delictiva.

En Colombia, en los últimos diez años, los actos delictivos que más prevalecen cometidos por los adolescentes son el hurto, seguido del tráfico, fabricación o porte de estupefacientes. Sanabria & Uribe (2007) los cuales sugieren una intención frente a las formas ilícitas de obtención de dinero sin conocer realmente si se trate de un asunto de supervivencia o de mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas, lo cual

indicaría que el trasfondo de la conducta delictiva no está motivada por el daño, contraría a la intención del psicópata.

Lo anterior evidenciado en una proporción similar en el departamento de Caldas así, recopila cifras de hurto en un 40,6%, el tráfico, fabricación o porte de estupefacientes en un 29,3% y el homicidio en un 9,5% (Valencia, 2015).

Un estudio realizado en Manizales en 2013 (Aristizabal, Marín & Martínez, 2013) encontró que de acuerdo a una encuesta a funcionarios de CESP (Centro de Servicios Judiciales para Adolescentes) y adolescentes procesados en el SRPA (Sistema Responsabilidad Penal para Adolescentes), el 58% de los encuestados percibe que “la flexibilidad en las sanciones es la principal debilidad en el Sistema, es que si bien es un régimen especial sancionatorio para los adolescentes, éste no está cumpliendo con una verdadera labor de control social” (p. 34), aclarando que la privación de la libertad solo procederá como medida pedagógica en concordancia con el artículo 161 de la Ley 1098 de 2006, Así mismo, surge un interrogante frente a como mirar este fenómeno en adolescentes que además, saturan el servicio de salud mental en el departamento, ya que un importante porcentaje presenta trastornos de conducta asociados al consumo de sustancias psicoactivas y otras comorbilidades psiquiátricas, lo que implica un alto costo a nivel de salud y esfuerzos inútiles del SRPA y otras entidades.

Método

Para este estudio se contó con un universo de 90 adolescentes internados en una medida no privativa de la libertad, denominada Internado Restablecimiento en Administración de Justicia, de los cuales se seleccionaron adolescentes hombres mayores de 14 y menores de 18 años que hayan dado consentimiento para la investigación, con básica primaria aprobada, sin presencia de rasgos clínicos relevantes que impidieran la aplicación de la prueba, tales como: somnolencia, abstinencia, agresividad, psicosis, deficiencia cognitiva. De este universo se escogieron 37 participantes y tan solo 29 dieron su consentimiento y finalizaron la prueba con un índice de confiabilidad aceptable.

Se aplicó la prueba MMPI-A (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para adolescentes) versión computarizada y se compararon las subescalas entre sí entre subgrupos y de acuerdo a la clasificación de los delitos. Esta prueba mide 31 variables o rasgos de personalidad divididos en: 10 escalas clínicas, 21 escalas de contenido y 6 escalas suplementarias.

Para la aplicación de la prueba no se permitió auto aplicación, con el fin de dar mayor confiabilidad a los resultados. Previamente se les entregó el consentimiento informado y se corroboraron datos y antecedentes con las valoraciones psicológicas y médicas realizadas al ingreso al programa. Se compararon variables clínicas, sociodemográficas con las subescalas del MMPI-A y los grupos de clasificación de los delitos.

Grupo 1: Delitos contra la vida y la libertad personal Grupo 2: Delitos contra la salud pública Grupo 3: Delitos contra el patrimonio económico y Grupo 4: delitos contra la libertad, integridad y formación sexual según la Ley 599 de 2000 Código Penal Colombiano. Se utilizó un diseño no experimental con muestra intencional de subgrupos.

Resultados

Tabla 1.

Características generales de la muestra

Variable	Categorías	N	%
Edad	14 años	3	10%
	15 años	9	31%
	16 años	6	21%
	17 años	11	38%
Tipo de delito	Contra la vida y la libertad personal	4	14%
	Contra la salud pública	8	28%
	Contra el patrimonio económico	8	28%
	Contra la libertad, integridad y formación sexual	9	31%

Fuente: Elaboración propia

La muestra la conformaron 29 adolescentes (hombres) entre 14 y 17 años de edad ($M=15,86$; $DS=1,05$) bajo el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA). Según la tabla 1, los delitos cometidos son variables entre los jóvenes; no obstante, se identificó mayor frecuencia de los delitos contra la salud pública y contra el patrimonio económico lo cual concuerda con el supuesto de que las motivaciones para el delito son económicas y de sostenimiento del consumo. Pues dentro de la categoría “Delitos contra la salud Pública” solo estuvo presente el tipo “porte, tráfico y fabricación de estupefacientes” y en la clasificación “Delitos contra el patrimonio económico” solo se presentaron dos delitos: “hurto” en diferentes modalidades y “receptación”.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos intragrupo de las escalas del MMPIA

Clasificación	Escalas	N	Mínimo	Máximo	M	DS
Escalas básicas	Inconsistencia en las respuestas variables (INVAR)	29	35	100	59,00	13,41
	Inconsistencia en las respuestas verdaderas (INVER)	29	51	116	64,24	11,74
	Infrecuencia primera parte(F1)	29	48	97	63,59	12,25
	Infrecuencia segunda parte(F2)	29	43	85	56,59	9,89
	Infrecuencia (F)	29	44	94	60,79	11,27
	Mentira(L)	29	37	78	54,72	10,66
	Defensividad (K)	29	31	73	49,55	10,27
	Hipocondriasis(HS)	29	36	70	54,93	9,33
	Depresión (D)	29	33	67	51,45	9,28
	Histeria (HI)	29	36	77	54,62	10,45
	Desviación Psicopática (DP)	29	42	74	62,00	9,21
	Masculinidad/feminidad (MF)	29	32	77	52,28	11,27
	Paranoia (PA)	29	42	81	62,86	9,99
	Psicastenia (PT)	29	42	79	56,31	9,87
	Esquizofrenia (ES)	29	43	79	59,34	8,91
	Hipomanía (MA)	29	39	79	56,48	10,82
	Introversión socia (IS)	29	36	76	52,31	8,51
	Escalas suplementarias	Alcoholismo (MAC-A)	29	26	84	58,10
Reconocimiento problemas con alcohol y drogas (RPAD)		29	40	82	62,97	11,14
Tendencia al consumo de alcohol (TPAD)		29	31	80	58,17	10,61
Inmadurez (INM-A)		29	35	79	55,62	10,35
Ansiedad (A-A)		29	41	78	56,34	10,47
Represión (R-A)		29	31	68	45,86	8,35
Ansiedad (ANS-A)		29	38	76	53,55	9,29
Obsesividad (OBS-A)		29	42	77	55,93	10,56
Depresión (DEP-A)		29	39	76	56,93	9,87
Preocupación por la salud (SAU-A)		29	40	73	59,28	9,84
Escalas de contenido	Enajenación (ENA-A)	29	39	75	55,86	10,12
	Pensamiento delirante (DEL-A)	29	38	95	57,66	12,08
	Enojo (ENJ-A)	29	34	79	52,31	10,99
	Cinismo (CIN-A)	29	34	76	50,24	11,20
	Problemas de conducta (PCO-A)	29	39	83	56,86	11,56
	Baja autoestima(BAE-A)	29	37	79	50,72	12,16
	Aspiraciones limitadas (ASL-A)	29	36	75	54,00	10,45
	Incomodidad en situaciones	29	38	73	52,55	8,59

sociales (ISO-A)					
Problemas familiares (FAM-A)	29	43	77	57,66	9,86
Problemas Escolares (ESC-A)	29	39	77	56,55	11,28
Rechazo al tratamiento (RTR-A)	29	44	81	57,14	11,11

Nota: número (N), desviación estándar (SD), media (M). Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la tabla 2, se observa que las puntuaciones T de todas las escalas variaron entre medidas <65 y >65. Si bien las puntuaciones por encima de 60 y por debajo de 65 no carecen de importancia interpretativa, son aquellas iguales o superiores a 65 las que representan relevancia clínica para el diagnóstico de patologías de la personalidad. En términos generales, los promedios de todas las escalas estuvieron por debajo del punto de corte obligatorio (≥ 65) para identificar perfiles patológicos. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la *DS* con respecto a la *M*, permitió identificar cierto grado de heterogeneidad en el comportamiento de los datos; esto quiere decir que dentro de cada escala hubo puntuaciones diversas, aunque en unas más que otras. Con respecto a las escalas de validez, se identificaron valores por encima de lo esperado; sin embargo, analizados en detenimiento se consideraron perfiles válidos. (L=mentira, $M=54,72$; F=infrecuencia $M=60,79$; F1=infrecuencia de la primera parte, $M=63,59$; F2=infrecuencia de la segunda parte, $M=56,59$; K=defensividad, $M=49,55$).

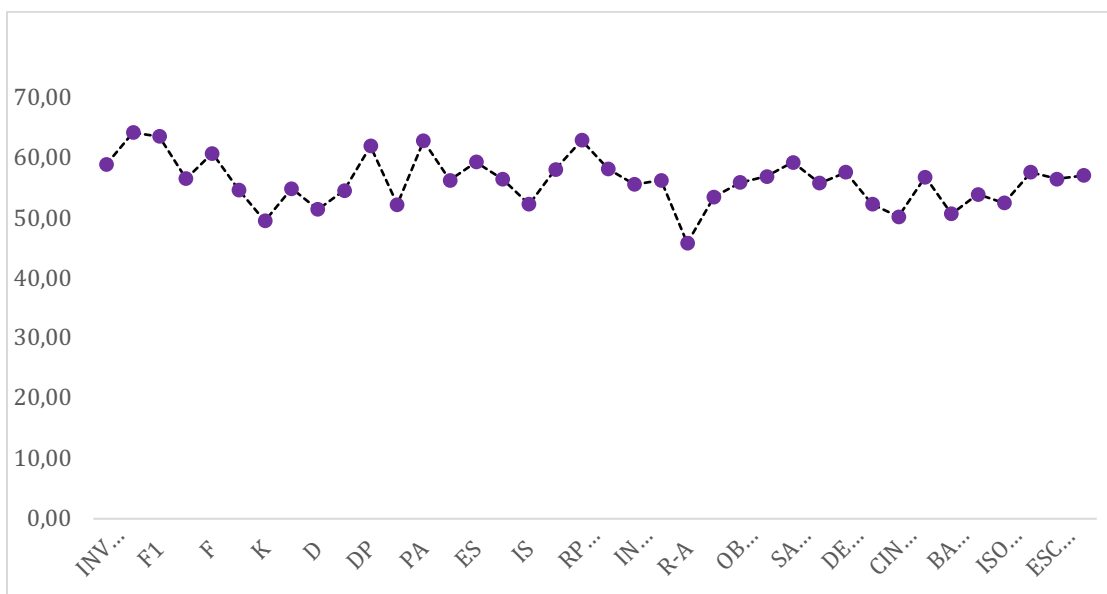


Figura 1. Perfil de personalidad intragrupo representado por promedios. Fuente: Elaboración propia.

La figura 1 muestra gráficamente el comportamiento de los promedios de las puntuaciones T, sintetizando el perfil de personalidad de los jóvenes infractores vinculados al estudio. Según el gráfico, los promedios más altos identificados corresponden a inconsistencia de las respuestas verdaderas (INVER), infrecuencia de la primera parte (F1), infrecuencia (F), desviación psicopática (DP), paranoia (PA) y reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas (RPAD); entretanto los promedios más bajos identificados pertenecen a defensividad (K), represión (RA), cinismo (CIN-A) y baja autoestima (BAE-A).

Este hallazgo se considera de especial importancia para la investigación dado que se esperaba encontrar rasgos psicopáticos en los adolescentes de la muestra (se comprueba la hipótesis); así mismo, la variable “reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas”; sin embargo, la variable “Paranoia” permite abrir una discusión frente a un posible síntoma presente en la población interna y es la presencia de preocupaciones excesivas por encontrarse en el lugar de internamiento a un enemigo o sensación de inseguridad por amenazas de muerte recibidas de enemigos externos.

Frente a las variables con baja puntuación, se identifica coherencia en tanto que la variable “Represión” mide culpabilidad y autocritica, rasgos poco usuales en esta población dado su desarrollo socio/moral, así mismo la variable “Baja autoestima”; no obstante las otras variables podrían sugerir situaciones relativas al contexto inmediato.

Por otra parte, se dividió la muestra en grupos de acuerdo al tipo de delito cometido; con la intención de contrastar los perfiles de personalidad entre los mismos.

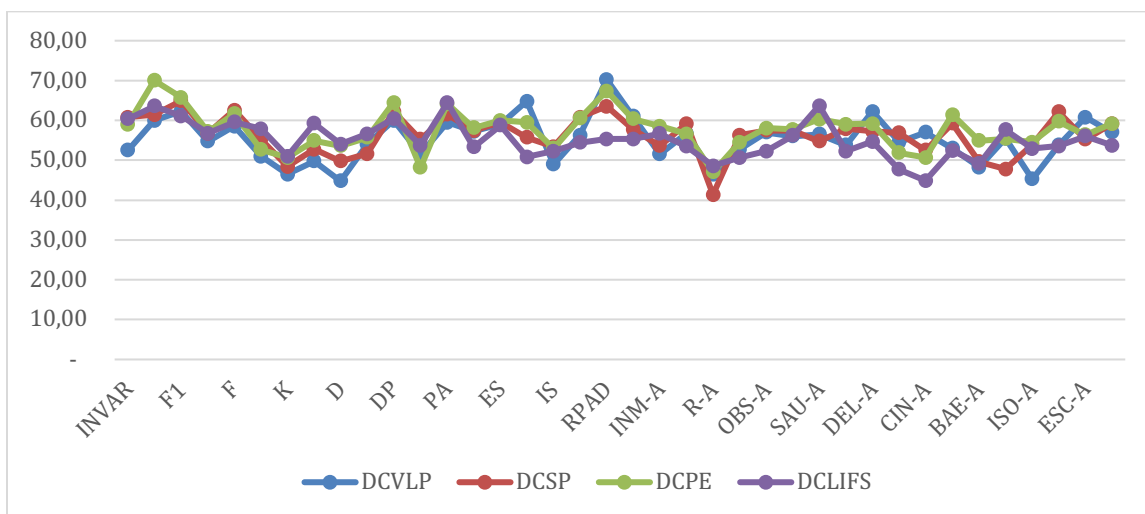


Figura 2. Contraste de los perfiles de personalidad de acuerdo al tipo de delito cometido aplicando MANOVA. Fuente: Elaboración propia.

**valor $p < 0,01$; *valor $p < 0,005$. DCVLP (delito Contra la vida y la libertad personal), DCSP (delito contra la salud pública, DCPE (delito contra el patrimonio económico), DCLIFS (delito contra la libertad, integridad y formación sexual).

De acuerdo con la figura 2, no se encontró diferencia significativa entre los grupos (valor $p < 0,05$; valor $p < 0,01$), por lo que no existe suficiente evidencia estadística para afirmar que el perfil de personalidad de los adolescentes infractores varió entre los grupos (DCVLP, DCSP, DCPE, DCLIFS). Para este caso, se acepta la hipótesis nula (no existe relación entre rasgos de personalidad psicopáticos y los delitos de los grupos 1 y 4 (DCVLP Y DCLIFS).

Tabla 3. Estadísticos de frecuencia intragrupo de adolescentes con y sin características psicopatológicas de la personalidad

Clasificación	Escalas	Sin significancia clínica (N)	%	Con significancia clínica (N)	%
Escalas básicas	INVAR	21	72%	8	28%
	INVER	13	45%	16	55%
	F1	18	62%	11	38%
	F2	23	79%	6	21%
	F	17	59%	12	41%
	L	23	79%	6	21%
	K	27	93%	2	7%
	HS	23	79%	6	21%
	D	25	86%	4	14%
	HI	23	79%	6	21%
	DP	13	45%	16	55%
	MF	25	86%	4	14%
	PA	17	59%	12	41%
	PT	22	76%	7	24%
	ES	21	72%	8	28%
	MA	19	66%	10	34%
	Escalas suplementarias	IS	27	93%	2
MAC-A		17	59%	12	41%
RPAD		16	55%	13	45%
TPAD		21	72%	8	28%
INM-A		25	86%	4	14%
A-A		22	76%	7	24%
Escalas de contenido	R-A	28	97%	1	3%
	ANS-A	25	86%	4	14%
	OBS-A	25	86%	4	14%
	DEP-A	23	79%	6	21%
	SAU-A	19	66%	10	34%

ENA-A	21	72%	8	28%
DEL-A	23	79%	6	21%
ENJ-A	25	86%	4	14%
CIN-A	26	90%	3	10%
PCO-A	23	79%	6	21%
BAE-A	25	86%	4	14%
ASL-A	24	83%	5	17%
ISO-A	26	90%	3	10%
FAM-A	23	79%	6	21%
ESC-A	23	79%	6	21%
RTR-A	22	76%	7	24%

Nota: número (N), desviación estándar (SD). En negrilla las frecuencias más altas para ambas categorías. Fuente: Elaboración propia

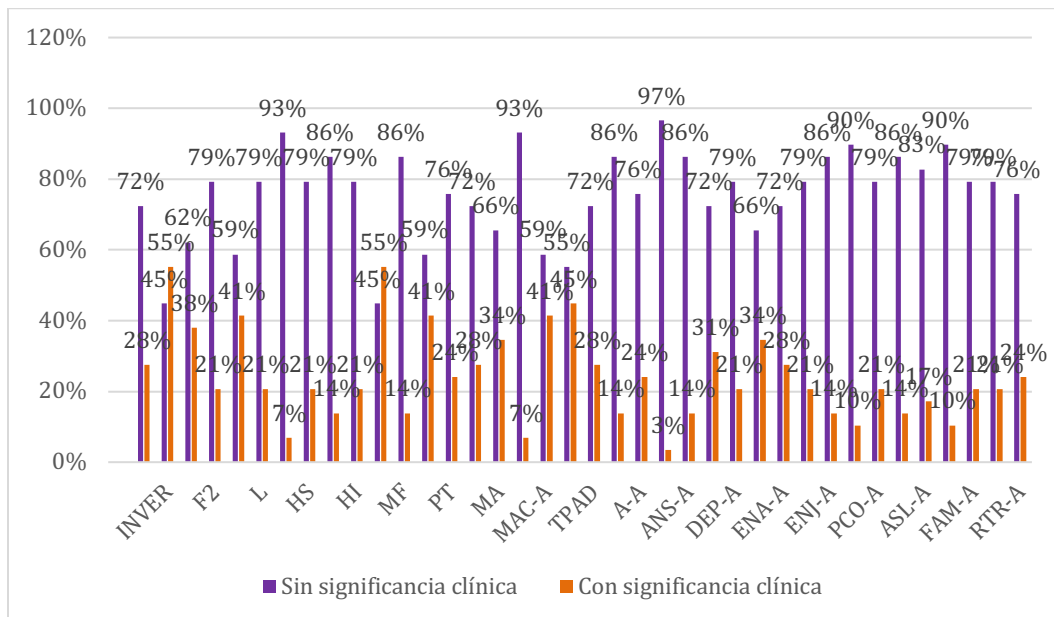


Figura 3. Frecuencia de escalas con y sin significancia clínica. Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 3 y figura 3, el 100% de los adolescentes presentó el menos un rasgo patológico de la personalidad, dado que para todas las escalas se presentó como mínimo un caso de significancia clínica, aunque para la mayoría de escalas, los adolescentes en general no puntuaron para tal categoría diagnóstica. Sin embargo, las escalas de inconsistencia de las respuestas verdaderas (INVER), infrecuencia (F), desviación psicopática (DP), paranoia (PA), alcoholismo (MAC-A), reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas (RPAD), y preocupación por la salud (SAU-A), fueron las que obtuvieron mayor frecuencia estadística en los adolescentes con significancia clínica de estos rasgos; mientras que

defensividad (K), introversión social (IS), represión (R-A), cinismo (CIN-A) e incomodidad en situaciones sociales (ISO-A), fueron las escalas que tuvieron mayor frecuencia en quienes no alcanzaron la significancia clínica.

Finalmente, se ejecutaron estadísticos correlacionales entre las escalas básicas (clínicas), escalas básicas y suplementarias, y escalas básicas y de contenido del MMPIA con el objetivo de identificar relaciones entre las mismas.

Tabla 4.

Estadísticos correlacionales entre las escalas clínicas del MMPIA

		HS	D	HI	DP	MF	PA	PT	ES	MA	IS
HS	Rho	1,000	,464*	,727**	,323	,055	,379*	,014	,304	-,335	,450*
	Valor <i>p</i>		,011	,000	,088	,776	,043	,943	,109	,076	,014
D	Rho		1,000	,424*	,589**	,393*	,412*	,250	,317	-,227	,350
	Valor <i>p</i>			,022	,001	,035	,026	,191	,093	,237	,063
HI	Rho			1,000	,257	,032	,040	-,213	-,020	-,178	,025
	Valor <i>p</i>				,178	,871	,836	,268	,917	,356	,897
DP	Rho				1,000	,303	,688**	,550**	,555**	,308	,521**
	Valor <i>p</i>					,110	,000	,002	,002	,104	,004
MF	Rho					1,000	,184	,177	,119	-,052	,006
	Valor <i>p</i>						,340	,358	,538	,787	,974
PA	Rho						1,000	,578**	,673**	,160	,585**
	Valor <i>p</i>							,001	,000	,406	,001
PT	Rho							1,000	,836**	,333	,431*
	Valor <i>p</i>								,000	,078	,020
ES	Rho								1,000	,282	,631**
	Valor <i>p</i>									,139	,000
MA	Rho									1,000	,001
	Valor <i>p</i>										,997
IS	Rho										1,000
	Valor <i>p</i>										

Fuente: Elaboración propia.

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Según la tabla 4, todas las correlaciones fueron positivas, lo cual indica que en la medida que la puntuación T de una escala aumentó, las puntuaciones de las escalas relacionadas también lo hicieron. Así que, hipocondría (HS) se correlacionó con depresión (D), histeria (HI), paranoia (PA) e introversión social (IS). Depresión (D) se

correlacionó con histeria (HI), desviación psicopática (DP), masculinidad/feminidad (MF) y paranoia (PA). Desviación psicopática (DP) se correlacionó con paranoia (PA), psicastenia (PT), esquizofrenia (ES) e introversión social (IS). Paranoia (PA) se correlacionó con psicastenia (PT), esquizofrenia (ES) e introversión social (IS). Psicastenia (PT) se correlacionó con esquizofrenia (ES) e introversión social. Y, finalmente, esquizofrenia (ES) se correlacionó con introversión social (IS).

Tabla 5.

Estadísticos correlacionales entre escalas clínicas y escalas suplementarias del MMPIA

		MAC-A	RPAD	TPAD	INM-A	A-A	R-A
HS	Rho	-,301	,183	,262	,462*	,109	,328
	Valor <i>p</i>	,113	,343	,170	,012	,572	,083
D	Rho	-,250	,157	,213	,339	,193	,376*
	Valor <i>p</i>	,190	,417	,268	,072	,316	,044
HI	Rho	-,307	,151	,039	,150	-,229	,636**
	Valor <i>p</i>	,105	,434	,842	,437	,232	,000
DP	Rho	,050	,485**	,529**	,610**	,527**	-,028
	Valor <i>p</i>	,796	,008	,003	,000	,003	,886
MF	Rho	-,225	,074	-,065	-,162	,263	-,031
	Valor <i>p</i>	,240	,703	,737	,402	,168	,873
PA	Rho	,041	,230	,494**	,723**	,595**	-,179
	Valor <i>p</i>	,832	,231	,006	,000	,001	,354
PT	Rho	,181	,369*	,521**	,426*	,906**	-,407*
	Valor <i>p</i>	,348	,049	,004	,021	,000	,029
ES	Rho	,067	,233	,483**	,602**	,843**	-,258
	Valor <i>p</i>	,730	,224	,008	,001	,000	,177
MA	Rho	,409*	,397*	,325	,232	,318	-,357
	Valor <i>p</i>	,028	,033	,085	,225	,093	,057
IS	Rho	-,235	,233	,272	,642**	,527**	,032
	Valor <i>p</i>	,220	,224	,154	,000	,003	,867

Fuente: Elaboración propia.

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede observar en la tabla 5, hipocondría (HS) se correlacionó positivamente con inmadurez (INM-A). Depresión (D) se correlacionó positivamente con represión (R-A). Histeria (HI) se correlacionó positivamente también con represión (R-A). Desviación psicopática (DP) se correlacionó positivamente con reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas (RPAD), tendencia al consumo de alcohol, (TPAD),

inmadurez (INM-A) y ansiedad (A-A). Paranoia (PA) se correlacionó positivamente con tendencia al consumo de alcohol (TPAD), inmadurez (INM-A) y ansiedad (A-A). Psicastenia (PT) se correlacionó positivamente con reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas (RPAD), tendencia al consumo de alcohol (TPAD), inmadurez (INM-A), ansiedad (A-A) y negativamente con represión (R-A). Esquizofrenia (ES) se correlacionó positivamente con tendencia al consumo de alcohol (TPAD), inmadurez (INM-A) y ansiedad (A-A). Hipomanía (MA) se correlacionó positivamente con alcoholismo (MAC-A) y reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas (RPAD). Y, finalmente, introversión social (IS) se correlacionó positivamente con inmadurez (INM-A) y ansiedad (A-A).

Lo anterior muestra un breve perfil de la personalidad de los adolescentes infractores caldenses evidenciado en las correlaciones positivas entre una variable y otras afines que logran insinuar coherencia entre factores comportamentales y emocionales; tal es el caso de la correlación positiva entre variables del constructo neurótico distantes de otras que sugieren problemas conductuales, consumo de drogas y psicopatía. Ninguna variable a excepción de Depresión (D) del conjunto de las personalidades neuróticas se correlacionó positivamente con Desviación psicopática, lo cual podría interpretarse a nivel general que los síntomas propios de las estructuras moralmente funcionales (Hipocondriasis, psicastenia, etc) no están tan presentes en la estructuración de personalidades que soportan rasgos psicopáticos. Es aquí donde particularmente toma sentido la discusión frente a indicadores de personalidad en población infantojuvenil, pues aunque clínicamente se discute que se pueda hablar de personalidad en los adolescentes, existen indicadores que marcan pautas relacionales, afectivas y comportamentales en edades tempranas que alertan, ya que elementos centrados en el desarrollo moral como empatía, culpa, vergüenza advertirían el éxito de una posible intervención conductual o factor protector frente a la reincidencia en población infractora, elementos de los cuales los psicópatas carecen.

Tabla 6. Estadísticos correlacionales entre escalas clínicas y escalas de contenido del MMPIA

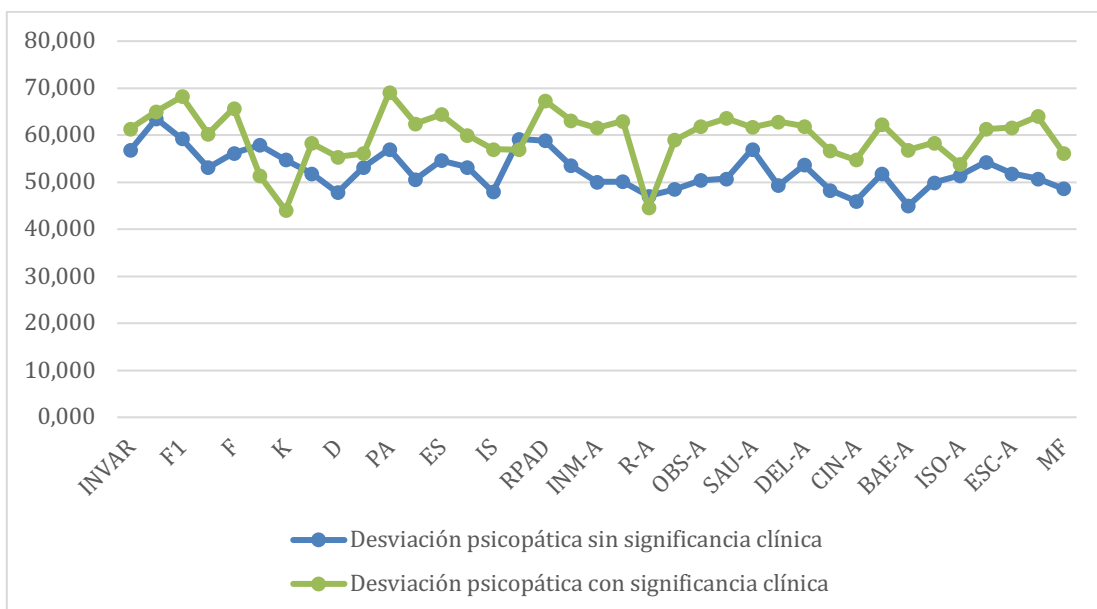
		ANS-A	OBS-A	DEP-A	SAU-A	ENA-A	DEL-A	ENJ-A	CIN-A	PCO-A	BAE-A	ASL-A	ISO-A	FAM-A	ESC-A	RTR-A
HS	Rho	,167	-,068	,226	,839**	-,022	,115	-,076	-,291	,078	,192	,392*	,067	,225	,217	,297
	Valor <i>p</i>	,387	,725	,239	,000	,909	,552	,694	,125	,686	,319	,035	,730	,241	,258	,118
D	Rho	,253	,012	,560**	,449*	,298	,102	-,087	-,006	,015	,215	,409*	,038	,282	,005	,104
	Valor <i>p</i>	,185	,951	,002	,015	,117	,599	,655	,974	,937	,262	,027	,847	,138	,980	,590
HI	Rho	-,108	-,322	,103	,568**	-,169	-,046	-,435*	-,293	-,226	,099	,219	-,325	-,153	,077	,024
	Valor <i>p</i>	,576	,088	,593	,001	,380	,812	,018	,123	,238	,610	,254	,085	,429	,693	,901
DP	Rho	,539**	,383*	,743**	,274	,672**	,281	,314	,387*	,448*	,443*	,374*	,135	,470*	,408*	,503**
	Valor <i>p</i>	,003	,040	,000	,150	,000	,140	,097	,038	,015	,016	,046	,484	,010	,028	,005
MF	Rho	,270	,225	,344	,049	,134	,291	-,133	,276	-,068	,109	-,198	-,256	,149	-,235	,011
	Valor <i>p</i>	,157	,241	,067	,799	,489	,125	,490	,147	,725	,575	,303	,180	,440	,220	,955
PA	Rho	,475**	,472**	,628**	,482**	,590**	,509**	,431*	,246	,449*	,358	,388*	,189	,527**	,455*	,514**
	Valor <i>p</i>	,009	,010	,000	,008	,001	,005	,020	,199	,014	,057	,038	,325	,003	,013	,004
PT	Rho	,820**	,821**	,797**	,172	,835**	,602**	,689**	,643**	,610**	,570**	,211	,153	,627**	,449*	,660**
	Valor <i>p</i>	,000	,000	,000	,371	,000	,001	,000	,000	,000	,001	,271	,428	,000	,015	,000
ES	Rho	,737**	,715**	,781**	,467*	,769**	,668**	,619**	,517**	,597**	,590**	,289	,251	,754**	,381*	,780**
	Valor <i>p</i>	,000	,000	,000	,011	,000	,000	,000	,004	,001	,001	,128	,189	,000	,041	,000
MA	Rho	,339	,413*	,197	-,209	,472**	,335	,388*	,591**	,453*	,416*	,102	-,144	,162	,343	,364
	Valor <i>p</i>	,072	,026	,306	,277	,010	,076	,037	,001	,014	,025	,597	,455	,402	,068	,052
IS	Rho	,364	,417*	,454*	,505**	,554**	,262	,450*	,203	,307	,343	,392*	,649**	,507**	,244	,584**
	Valor <i>p</i>	,052	,024	,013	,005	,002	,169	,014	,292	,105	,069	,036	,000	,005	,202	,001

Fuente: Elaboración propia.

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 6 muestra que todas las correlaciones encontradas fueron positivas. De acuerdo a ello, hipocondría (HS) se correlacionó con preocupación por la salud (SAU-A) y aspiraciones limitadas (ASL-A). Depresión (D) de la escala clínica se correlacionó con depresión (DEP-A) de la escala de contenido, también con preocupación por la salud (SAU-A) y aspiraciones limitadas (ASL-A). Histeria (HI) se correlacionó con preocupación por la salud (SAU-A) y enojo (ENJ-A). Desviación psicopática (DP) se correlacionó con ansiedad (ANS-A), obsesividad (OBS-A), depresión (DEP-A), enajenación (ENA-A), cinismo (CIN-A), problemas de conducta (PCO-A), baja autoestima (BAE-A), aspiraciones limitadas (ASL-A), problemas familiares (FAM-A) y rechazo al tratamiento (RTR-A). Paranoia (PA) se correlacionó con todas las escalas de contenido, excepto con cinismo (CIN-A), baja autoestima (BAE-A) e incomodidad en situaciones sociales (ISO-A). Psicastenia (PT) también se correlacionó con todas las escalas, excepto con preocupación por la salud (SAU-A), aspiraciones limitadas (ASL-A) e incomodidad en situaciones sociales (ISO-A). Esquizofrenia (ES), al igual que las últimas dos escalas, también se correlacionó con todas las escalas de contenido, exceptuando a aspiraciones limitadas (ASL-A) e inconformidad en situaciones sociales (ISO-A). Hipomanía (MA) se correlacionó con obsesividad (OBS-A), enajenación (ENA-A), cinismo (CIN-A), problemas de conducta (PCO-A) y baja autoestima (BAE-A). Y, finalmente, introversión social (IS) se correlacionó con obsesividad (OBS-A), depresión (DEP-A), preocupación por la salud (SAU-A), enajenación (ENA-A), enojo (ENJ-A), aspiraciones limitadas (ASL-A), incomodidad en situaciones sociales (ISO-A), problemas familiares (FAM-A) y rechazo al tratamiento (RTR-A).



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los estadísticos de la prueba aplicada, las siguientes variables obtuvieron mayor puntuación promedio en aquellos jóvenes que alcanzaron a cumplir con el criterio de significancia clínica para desviación psicopática, empezando por F1 (valor $p=0,047$), seguido de F (valor $p=0,020$), D (valor $p=0,025$), PA (valor $p=0,000$), PT (valor $p=0,000$), ES (valor $p=0,002$), IS (valor $p=0,002$), RPAD (valor $p=0,038$), TPAD (valor $p=0,012$), INM-A (valor $p=0,001$), A-A (valor $p=0,000$), ANS-A (valor $p=0,001$), OBS-A (valor $p=0,002$), DEP-A (valor $p=0,000$), ENA-A (valor $p=0,000$), ENJ-A (valor $p=0,038$), CIN-A (valor $p=0,006$), PCO-A (valor $p=0,012$), BAE-A (valor $p=0,006$), ASL-A (valor $p=0,027$), ESC-A (valor $p=0,016$) y RTR-A (valor $p=0,000$). La única variable que se halló con mayor puntuación promedio en los jóvenes sin significancia clínica para desviación psicopática, fue K (valor $p=0,003$).

El anterior hallazgo muestra diferencias interesantes en cuanto al perfil de personalidad de los adolescentes con y sin puntuación clínicamente significativa en Desviación Psicopática. Se encuentra que aquellos con puntuación alta en dicha variable, en promedio tendieron a puntuar más alto en las otras subescalas y se mantuvo la tendencia de relación entre la variable de interés con las variables correlacionadas significativamente con puntuación ≥ 65 .

Discusión

Al analizar el porcentaje de adolescentes con puntuación $T \geq 65$ en Desviación psicopática (DP) de acuerdo a los grupos de clasificación de delitos se encontró la siguiente relación: Delitos Contra la Vida y Libertad Personal 25%, Delitos Contra la Salud Pública 62,5%, Delitos Contra el Patrimonio Económico 50% y Delitos Contra la Libertad, Integridad y Formación Sexual 44,4%. Estos datos no fueron consistentes, debido al tamaño de la muestra y no se encontró una relación estadísticamente significativa entre sí; sin embargo, estos datos generan una discusión entre la relación de la variable de interés y la motivación al delito. Es interesante que la participación más alta se diera en los delitos contra la salud pública (Porte, tráfico y fabricación de estupefacientes) y que la participación más baja se diera en delitos contra la vida y la libertad personal (homicidio, lesiones personales). Pareciera contradictorio que la gravedad de delito fuera inversamente proporcional a la puntuación alta en la variable de interés.

Este hallazgo no permite arrojar evidencia suficiente frente a lo que motiva al adolescente a cometer estos delitos, pues se consideró en las primeras etapas de la investigación que la subescala DP no estaría presente en delitos menos relevantes ya que el porte, tráfico y fabricación de estupefacientes hace alusión a una pauta de consumo abusiva que se sostiene mediante la actividad ilícita como fuente de financiación al igual que el hurto; sin embargo, se debe considerar el nivel de consumo de aquellos adolescentes con puntuación significativa en DP y establecer la relación entre grado de adicción y desarrollo de psicopatía. Es importante frente a lo anterior referir que, si bien DP se correlacionó reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas (RPAD), tendencia al

consumo de alcohol, (TPAD), no sucedió al contrario, es decir, no se evidenció correlación bidireccional ni causalidad entre el consumo y psicopatía, más sí entre psicopatía y consumo.

Si bien la relación entre rasgos de personalidad y tipo de delitos no fue concluyente, es importante considerar que el 31% de los adolescentes de la muestra fueron procesados por delitos Contra la Libertad, Integridad y Formación sexual. Cabrera, Gallardo, González & Navarrete (2014) concluyen que los ofensores sexuales y delincuentes comunes reincidentes presentan niveles mayores de psicopatía que aquellos delincuentes condenados por delitos no violentos, lo cual sugiere una relación directamente proporcional entre violencia y psicopatía. Así mismo, la investigación de Vess, Murphy & Arkowitz, (2004) encontró que los violadores presentaban puntajes mucho más altos de psicopatía que los abusadores sexuales.

Cabe indicar que la legislación colombiana, considera que todo acto sexual con menores de 14 años es un delito, por tanto se tendrá particular cuidado frente a esta problemática, ya que los adolescentes evaluados se encuentran iniciando su vida sexual de acuerdo a su ciclo evolutivo y es lógico que sus primeras experiencias sexuales se den con contemporáneos y menores de 14 años cercanos a ellos, incluyendo familiares.

En estos casos particulares los adolescentes reportaron búsqueda de sensaciones eróticas con hermanas, sobrinas y conocidas menores, cercanas a la familia, al igual que manifestaron cierta idealización de la víctima (en todos los casos la víctima fue de sexo femenino); sin embargo, en solo 2 casos se evidenció reincidencia en esta conducta de manera violenta y compulsiva contra niñas pequeñas entre los 2 y 6 años. En otro caso, el ofensor se habría enamorado de su hermana 2 años menor y la habría embarazado, siendo correspondido en tales afectos.

Según estudios colombianos, el incesto entre hermanos es la forma más común de incesto, puesto que las primeras experiencias sexuales se dan entre miembros de la misma generación en el contexto de una relación amorosa (Guzmán et al., 2014).

El resto de los adolescentes procesados por delitos sexuales se encontraban ejerciendo sus primeras experiencias sexuales y 4 de los 9 adolescentes obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 65 en la ejecución del MMPI-A en la variable Desviación psicopática (DP).

No se encontraron diferencias significativas entre estas puntuaciones y los antecedentes clínicos y/o delictivos; sin embargo, este grupo presentó menor puntuación general en las todas las subescalas, mostrando un patrón de personalidad aparentemente menos patológico. Como hallazgo interesante se encontró que ninguno de estos adolescentes presentaba consumo problemático de sustancias psicoactivas, 3 de ellos nunca habían consumido y los otros 4 apenas iniciaban una etapa exploratoria de consumo. Esto tiene especial consideración cuando se encuentra la coincidencia que del universo total de 90

adolescentes, solo 3 no presentaban antecedentes de consumo en concordancia con Seto y Lalumiere (2010).

Es relevante continuar estudios frente a esta conducta en la adolescencia, ya que se ha estimado que el 20% de las violaciones y entre el 30% y el 50% de los abusos sexuales a niños son cometidos por menores de edad (Barbaree & Marshall, 2006).

Frente a la variable Desviación psicopática (DP) se encontró que el 48,3% presentó puntuación $T \geq 65$ y este factor obtuvo un promedio de puntuación de 62, lo cual es un indicador considerable frente a las expectativas iniciales de encontrarlo en un porcentaje más reducido. La puntuación alta en esta categoría sugiere un patrón sintomatológico asociado a problemas conductuales, ilegalidad, mentiras, fraude, explosiones temperamentales y agresividad. El coeficiente de correlación de Spearman comprobó que la variable Desviación psicopática (DP) se correlacionó con paranoia (PA), psicastenia (PT), esquizofrenia (ES) introversión social (IS), reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas (RPAD), tendencia al consumo de alcohol, (TPAD), inmadurez (INM-A), ansiedad (A-A), obsesividad (OBS-A), depresión (DEP-A), enajenación (ENA-A), cinismo (CIN-A), problemas de conducta (PCO-A), baja autoestima (BAE-A), aspiraciones limitadas (ASL-A), problemas familiares (FAM-A) y rechazo al tratamiento (RTR-A).

Son numerosas las subescalas que se correlacionaron significativamente con la variable Desviación psicopática (DP), sorprendiendo que variables como Depresión (DEP-A), Psicastenia (PT) e Introversión social (IS) estén presentes en dicha correlación, pues parecerían rasgos asociados a perfiles de personalidad normativo; sin embargo, cuando se analiza el contexto de internamiento, se puede inferir que estos datos sean expresiones de circunstancialidad en la que están inmersos estos adolescentes, entre tanto las restantes variables parecen apoyar la definición de psicopatía propuesta por Hare (2000).

Los adolescentes de la muestra que puntuaron $T \geq 65$ en la subescala rechazo al tratamiento (RTR-A) correspondieron al 24% del total de la muestra, el 100% de estos adolescentes también obtuvieron una puntuación $T \geq 65$ en la variable Desviación psicopática (DP) de los cuales el 50% puntuaron $T \geq 65$ en la subescala rechazo al tratamiento (RTR-A) indicando una relación estrecha entre ambas subescalas. Lo anterior estaría apoyado en las consideraciones de Jordá y Besteiro (2013) frente a que la psicopatía es resistente al condicionamiento; no obstante, el otro 50% de los adolescentes con puntuación $T \geq 65$ Desviación psicopática (DP) no puede ignorarse, e invita a reflexionar si este perfil es incipiente y modificable por la edad de los participantes u otras condiciones que no se estén considerando. Es allí en este punto de debate, en donde es necesario analizar los orígenes de esta patología y la flexibilidad de la estructuración de la personalidad en los adolescentes.

Una de las diferencias que deben encontrarse entre psicopatía y sociopatía es la vinculación afectiva. Para los antisociales, existen códigos de lealtad y afiliación de acuerdo al desarrollo moral que deviene de los entornos violentos (Echavarría & Vasco, 2006); existe una suerte de subcultura con un orden social

paralelo al convencional, defienden a sus seres queridos y son contundentes frente a sus exigencias, concretos e imprudentes a diferencia de la estructura moral del psicópata enmascarada y conveniente.

Frente a lo anterior, solo se puede establecer que la misma limitación diagnóstica de los sistemas de clasificación de enfermedades y enfermedades mentales CIE-10 y DSM V no permite diferenciar un problema de conducta de la estructuración de psicopatía, ya que no todos los psicópatas comparten las características conductuales de este diagnóstico; así mismo, lleva a considerar si la conducción a estos centros de Restablecimiento contempla este criterio diagnóstico como un diferenciador de tratamiento, pues la identificación de las características asociadas a los rasgos psicopáticos debe permitir ajustar las intervenciones a sus particularidades conductuales, cognitivas y psicosociales (Romero, Kapralos & Fragua, 2016) hasta el punto de evaluar si la convivencia entre adolescentes con DP clínicamente significativa pueda vulnerar aún más a los adolescentes que no presentan esta característica.

Conclusiones

De acuerdo a la revisión teórica que enmarca el presente estudio, se concluye que la psicopatía puede estar presente en la adolescencia como una categoría que no es evaluable con los sistemas de clasificación de enfermedades mentales, ya que no obedece a los criterios de conducta antisocial exclusivamente, pues debe tenerse en consideración frente a la psicopatía, que es un trastorno que no indica necesariamente antisocialidad, más si una pauta de indiferencia por las necesidades emocionales del otro, pobre empatía y encanto superficial. Es importante mencionar que no todos los psicópatas son delincuentes y viceversa; sin embargo, pueden ser incluso más peligrosos que el resto de los infractores pues son responsables de “una escandalosa y desproporcionada cuantía de delitos, especialmente los más graves y crueles, lo cual también es aplicable a jóvenes” (Hare, 1993, citado por Jordá & Besteiro, 2013), aunque la prevalencia de este diagnóstico es del 13% de la población mundial y el 25% de la población penal (Abalos & Esquivel, 2004).

Si bien, queda clara la anterior consideración, la prueba MMPI-A no logra distinguir entre las posibles subclasificaciones de la psicopatía, pues no es la intención del instrumento; sin embargo, muestra un perfil delictivo/clínico que podría ser de utilidad para tomar decisiones frente a la ubicación de los adolescentes infractores en medidas y sanciones de acuerdo a su perfil de personalidad.

No se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los 4 grupos de delitos en los que se clasificaron las conductas punibles de los participantes de la muestra. Se considera que debido al tamaño de la misma, no es posible establecer un resultado concluyente, ya que en cada grupo se encontró una participación de al menos 25% de la población con puntajes clínicamente

significativos en la variable Desviación psicopática (DP), además se encontró que algunos de los adolescentes habían sido procesados por varios delitos en diferentes momentos dentro del SRPA. Así mismo, se encontraron evidencias de que algunos de los adolescentes habían sido ingresados al SRPA sin haber existido una conducta punible al momento de la captura (aunque ya contaban con antecedentes delictivos), ya que las reincidencias en las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas conocidas por la autoridad competente (defensores de familia o comisarios de familia) fueron criterios de ubicación en la modalidad Internado Restablecimiento en Administración de Justicia como medida de Restablecimiento de Derechos, lo cual no es coherente con los lineamientos de ICBF.

Los puntajes más altos obtenidos con significancia clínica se presentaron en las subescalas Desviación psicopática (DP), paranoia (PA) y reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas (RPAD). A diferencia de lo que se esperaba, se encontró una tendencia alta para la subescala DP, lo que permite pensar que tanto se intensifica esta con la ingesta de sustancias psicoactivas o que tanto se expresa en esta etapa del ciclo vital marcada por transgresiones a la norma y oposiciones a la autoridad, por lo que sería importante ampliar este estudio en un análisis comparativo entre adolescentes infractores y no infractores y utilizar un instrumento propio para la detección de psicopatía además de una herramienta como el MMPI-A que permita un análisis más amplio sobre la personalidad.

Es interesante encontrar que los promedios más bajos identificados en la ejecución de la prueba pertenecían a defensividad (K), Represión (RA), Cinismo (CIN-A) y Baja autoestima (BAE-A).

La baja puntuación en K indica validez interna de la prueba y se entiende como tendencia a contestar respuestas de manera no fiable. Por otro lado, la subescala Cinismo con un promedio de baja puntuación no coincide con el perfil esperado de los adolescentes infractores, pues esta mide tendencia a mentir descaradamente y a adoptar actitudes misántropas. Una posible respuesta frente a este hallazgo es que tal vez el condicionamiento en la institución haya podido modificar dichas actitudes; sin embargo, se encontró correlación estadísticamente significativa para DP y CIN-A; así mismo, la puntuación baja en BAE-A podría confirmar esta hipótesis en la medida que los adolescentes evaluados muestran aprecio por sí mismos y conductas de autocuidado posiblemente instauradas en el tratamiento.

En el análisis comparativo, se encontró una tendencia de puntuación superior en los adolescentes identificados con DP sobre aquellos con puntuación $DP \leq 65$ lo cual indicaría una posible sintomatología más marcada de otros rasgos de personalidad; sin embargo, solo hubo algunas subescalas con puntuación clínicamente significativa asociadas a la DP mencionadas en el primer análisis correlacional de variables.

Se sugiere entonces generar reflexión en cuanto a la operatividad del Sistema de Responsabilidad Penal para adolescentes e identificar predictores de personalidad que permitan diferenciar el tratamiento que reciben los menores

infractores en los Centros de Restablecimiento; así mismo, recuperar la categoría Psicopatía como un patrón de personalidad que no es sinónimo del Trastorno Antisocial de la Personalidad y continuar en la búsqueda de estrategias de intervención adecuadas para esta población, aunque el panorama teórico es desesperanzador ya habría un primer paso en considerar que la psicopatía se estructura en edades tempranas y es evaluable; el reto consistiría en integrar funcionalmente aquellos elementos antisociales y conductuales a estructura de personalidad de estos adolescentes identificados con DP y diferenciar el tratamiento entre este grupo, los diagnosticados con Trastorno Antisocial/disocial de la Personalidad y los delincuentes accidentales.

Referencias

- Abalos, C., & Esquivel, N. G. (2004). *Adaptación de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL.R) de Robert Hare en población reclusa del Centro de Detención Preventiva de San Miguel*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Akers, R. (2006). Aplicaciones de los principios del aprendizaje social. Algunos programas de prevención y tratamiento de la delincuencia En J.L Guzmán Dalbora y A. Serrano Mailló (Eds) *Derecho Penal y criminología como fundamento de la política criminal*. 1117-1138. Madrid: Dykinson.
- Aristizabal, L. D., Marín, G., & Martínez, N. (20 de noviembre de 2013). *El sistema de responsabilidad penal y la reincidencia de adolescentes en conductas delictivas durante el año 2012 en la ciudad de Manizales*. Manizales, Colombia.
- Barbaree, H. E & Marshall, William L (2006). *The juvenile sex offender* (2nd ed). Guilford, New York; London.
- Cabrera S., J., Gallardo V., R., González M., F. R. & Navarrete C., R. (2014). Psicopatía y delincuencia: comparaciones y diferencias entre ofensores sexuales y delincuentes comunes en una cárcel chilena. *Revista Criminalidad*, 56 (2): 229-245.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar : Nacimiento de la prisión*. 1 ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Guzmán, P. P. (2014). *El incesto desde la perspectiva psicojurídica. una mirada holística del delito para un tratamiento penitenciario eficaz*. 1 ed. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar. ISBN: 978-958-8715-54-4.
- Halty, L., & Prieto-Ursúa, M. (2015). Psicopatía Infanto-Juvenil: Evaluación Y Tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 36(2), 117-124.

- Hare, R. (2000). *La naturaleza del psicópata: Algunas observaciones para entender la violencia depredadora humana*. Barcelona: A. Raine y J. Sanmartín Esplugues.
- Harris, G. Y. (2006). *Treatment of Psychopathy: A Review of Empirical Findings*. Nueva York, NY: Guildford Press.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2016). Informe 2017. 245.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (diciembre de 2016). *Intranet ICBF*. Recuperado de http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/bienestar/proteccion/responsabilidadpenal/Estad%C3%ADsticas%20Nacionales%20SRPA_Corte%20Abril.pdf
- Jordá, S., & Besteiro, Y. (2013). La psicopatía en menores infractores: retos para su investigación e intervención. *Revista Criminalidad*, 55, 265-278.
- León, & Zúñiga. (2012). Características psicopáticas en la adolescencia: sistematización teórica. *Un i v e r s i t a s P s y c h o l o g i c a*, 41, 1197-1207.
- Madsen, B., & Carrión, R. (2014). *La psicopatía como trastorno de personalidad. planteamientos*. Madrid: 15º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2014.
- Molinuevo, B. (2014). Trastorno Disocial y DSM 5: Cambios y nuevos retos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 53.
- Moscoso, J. (2015). La historia de las emociones, ¿de qué es historia? *Vínculos de la historia*, 16.
- Pera-Guardiola, V., Contreras-Rodríguez, O. B., Kosson, D., & Menchón, J. (2016). *Brain Structural Correlates of Emotion Recognition in Psychopaths*. Italy: Cosimo Urgesi, University of Udine.
- Romero, E., Kapralos, P., & Fragua, X. (2016). Rasgos psicopáticos infanto-juveniles: evaluación e implicaciones en un estudio prospectivo. *Anuario de Psicología Jurídica* 26 (2016), 51-59.
- Sanabria, A., & Uribe, A. (2007). Prevalencia de la delincuencia juvenil en Santiago de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3 (9), 111.
- Seto, M. C., y Lalumière, M. L. (2010). ¿Qué tiene de especial la delincuencia sexual masculina adolescente? Una revisión y prueba de explicaciones a través del metanálisis. *Psychological Bulletin*, 136 (4), 526-575.
- Simon, B., et al. (2015). La psicopatía: Una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67 (2), 105-121.
- Torres Vásquez, H. & Rojas Ángel, J. (2013, Jul. – Dic.). Tratamiento a la delincuencia juvenil en Colombia en el sistema de responsabilidad de adolescentes. *Verba Iuris*, 30, 115-133.

- Valencia Arias, J. (2015). La resocialización y la reincidencia de adolescentes en conductas delictivas en el departamento de Caldas Colombia. *Summa Luris* 3(2), 377-390.
- Valencia, O. L. (2007). Asimetrías cerebrales en la psicopatía. *Nómadas*, 19, 275-286 .
- Vess, J., Murphy, C. & Arkowitz. (2004). Clinical and demographic differences between sexually violent predators and other commitment types in a state forensic hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15 (4), 669-681.