



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA TRASTORNO ANTISOCIAL
DEL MCMI-III EN RECLUSOS ADULTOS**

Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, con mención en Psicología Clínica
que presenta el Bachiller:

ISAAC HERRERA KALINCAUSKY

MG. HUGO MORALES

Asesor

LIMA, 2014

AGRADECIMIENTOS

A Hugo Morales, quién más allá de desempeñar una estupenda labor como asesor, me acompañó de forma sincera y comprometida en cada parte de este proceso. Te agradezco enormemente por el soporte y la paciencia, además de la dedicación y esmero que pusiste en cada aporte a esta investigación.

A Doris Argumedo y Patricia Martínez, quienes con sus sugerencias permitieron enfocar y potenciar este humilde trabajo.

A Natalie Meza y Raúl Valdez, quienes mostraron entera disposición para mejorar y consolidar esta investigación.

A mis padres, mi hermana y mi bobo, quienes son el motor de mis aspiraciones. Les agradezco infinitamente el apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida, especialmente, el brindado durante mi carrera y la preparación de esta tesis.

A Marlon Fiorentini, Efraín Flores, y a todo el equipo de psicólogos del Penal Modelo Ancón II por darme todas las facilidades necesarias para realizar este proyecto.

A los internos pertenecientes al programa C.R.E.O quienes participaron voluntariamente en esta investigación. Sin ustedes no hubiese sido posible la realización de esta tesis.

Finalmente, agradezco a cada persona que estuvo cerca de mí en los momentos más difíciles. Siempre fueron un soporte importante para llegar al siguiente tramo del camino.

RESUMEN

La violencia y la criminalidad son fenómenos preocupantes dentro de la realidad peruana. Ésto se evidencia en el creciente número de delitos, y el aumento de la población penitenciaria. En este contexto, es necesario contar con instrumentos confiables capaces de medir patologías de la personalidad relacionadas con la conducta antisocial. El presente estudio instrumental tiene como objetivo analizar las propiedades psicométricas de Validez Interna y Confiabilidad de la escala de Trastorno Antisocial de la Personalidad del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)*. La muestra final estuvo compuesta por 66 jóvenes adultos varones ($M=25.44$; $DE=3.51$) reclusos en un establecimiento penitenciario de la ciudad de Lima. El análisis de confiabilidad a través del método de covariación conjunta Alpha de Cronbach arrojó un coeficiente de .729 para la escala de Trastorno Antisocial, mostrando un nivel de fiabilidad adecuado. Del mismo modo, se realizó el análisis de Validez Interna a través del método de correlaciones ítem-test (Pearson) el cual mostró índices de correlación que oscilaron entre .096 y .499 para el total de la escala (17 ítems). Asimismo, se llevó a cabo un análisis de discriminación de ítems con la finalidad de neutralizar aquellas variables con correlaciones inferiores a 0.3, para mejorar el índice de confiabilidad de la escala. La escala resultante estuvo compuesta por 10 ítems, cuyas correlaciones ítem-test oscilaron entre .352 y .527, elevando el coeficiente de confiabilidad a .775. Además, se estimó la prevalencia de sintomatología antisocial en la población, presentándose en el 27.3% de los casos. Estos hallazgos permitieron discutir los alcances y limitaciones de la escala en lo que respecta a la medición del constructo.

Palabras Claves: *MCMI-III, Trastorno Antisocial de la Personalidad, Conducta Antisocial, Reclusos.*

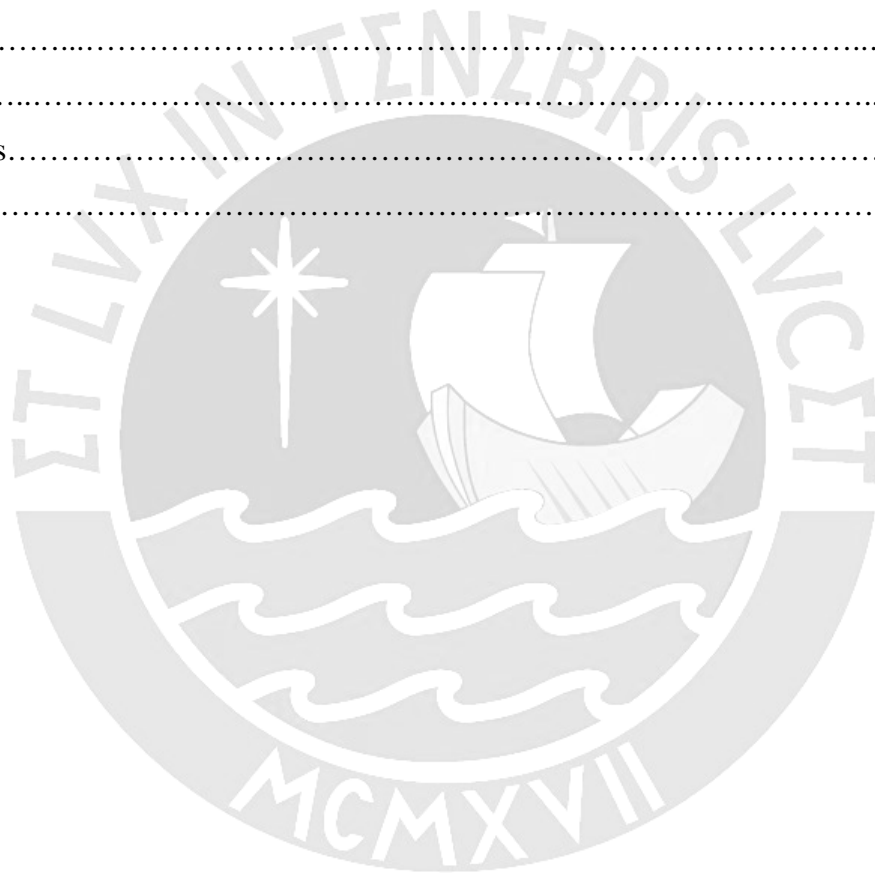
ABSTRACT

Two of the major problems within the Peruvian reality are violence and crime. The evidence is the increasing number of felonies and the rising of the prison population. In this context, it is necessary to have reliable tools to measure the personality pathology related to antisocial behavior. This instrumental study aims to analyze the psychometric properties of Internal Validity and Reliability of the Scale of Antisocial Personality Disorder in the *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)*. The final sample was taken from 66 young adult male inmates ($M=25.44$; $DE=3.51$) from a prison in the city of Lima. Reliability analysis through the joint covariance method yielded a Cronbach's Alpha coefficient of .729 for Antisocial Disorder Scale, showing an appropriate level of reliability. In turn, analysis of internal validity through correlations item-tests (Pearson) showed correlation coefficients ranging between .096 and .499 for the scale of 17 items. In addition, a removing items process is conducted to promote the reliability of the scale. The Resulting scale consisted of 10 items, whose item-test correlations ranged between .352 and .527, raising the reliability coefficient of .775. Further more, the prevalence of antisocial symptoms in the population, appearing in 27.3% of cases was estimated. These results let on to discuss the scope and limitations of the Scale of Antisocial Personality Disorder of the *MCMI-III* with regard to the measurement of the antisocial construct.

Keywords: *MCMI-III, Antisocial Personality Disorder, Antisocial Behavior, Inmates.*

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	1
Método.....	13
Participantes.....	13
Medición.....	14
Procedimiento.....	15
Resultados.....	19
Discusión.....	27
Referencias.....	39
Apéndice.....	45



INTRODUCCIÓN

La criminalidad en el Perú es uno de los fenómenos que más preocupa a los ciudadanos y a las autoridades. Según los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2013), hasta enero de 2013, el 38,9% de las personas de 15 años de edad o más, han sido víctimas de algún hecho delictivo, siendo solamente el 12,3% aquellas que pudieron denunciar los casos. Además, entre el 2010 y el 2012, se registraron más de 640,000 denuncias por comisión de delitos en todo el Perú (INEI, 2013). Por otro lado, los datos del Instituto Nacional Penitenciario del Perú (INPE) de diciembre de 2012 a diciembre de 2013, también muestran cifras significativas. En un año, hubo un crecimiento del 3% en lo que respecta a la población del sistema penitenciario, pasando de 82,611 a 84,115 personas, y con un aumento del 10% en la población privada de libertad (INPE, 2013).

A su vez, el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, en su Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana (2002), muestra cifras vinculadas a este fenómeno. En lo que respecta a las conductas de violencia, muestra que más del 30% de la población limeña se ha visto involucrada en al menos un caso de este tipo. Considerando a la conducta antisocial como patrones de comportamiento estables en el tiempo y de tipo delictivo (manifestación de robos, mentiras sistemáticas, y violencia), este estudio señala que el nivel de prevalencia de esta tendencia de comportamiento abarca al 15,4% de la población de Lima Metropolitana (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2002).

Asimismo, es importante señalar que la evidencia empírica sustenta un gran nivel de comorbilidad entre los trastornos de la personalidad, la violencia y la conducta delictiva. Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) estudiaron la prevalencia de los trastornos de personalidad y psicopatía en un grupo de 76 infractores por delitos graves de violencia contra la mujer. Utilizaron el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II* (MCMI-II) y la *Escala de Evaluación de Psicopatía Revisada de Hare* (PCL-R) para la evaluación. Los resultados del MCMI-II arrojaron que el 86,8% de la muestra padecía, por lo menos, un trastorno de la personalidad. En cuanto a la psicopatía, los resultados

del PCL- R mostraron que el 14.40% de la población cumplía con los criterios de tendencias psicopáticas.

Álvaro-Brun y Vegue-González (2008) realizaron un estudio que buscaba la validación del *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad* (IPDE) en una población penitenciaria. Trabajaron con una muestra de 100 prisioneros de dos cárceles distintas de Madrid. Los resultados obtenidos mostraron que el 60% de los participantes presentaron al menos un trastorno de la personalidad.

Por su parte, Folino (2003) estudió la prevalencia del trastorno antisocial en una población de 75 prisioneros varones de diferentes cárceles de la provincia de La Plata. Se realizaron entrevistas para la recolección de datos que luego serían contrastados con los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* DSM-IV-TR y los criterios del diagnóstico de psicopatía de Hare. Los resultados arrojaron que el 53% de los sujetos presentaban trastorno antisocial de la personalidad según los criterios del DSM-IV-TR, mientras solo 15% según los criterios de Hare.

Asimismo, no solo es notorio el alto nivel de prevalencia de los trastornos de la personalidad en delincuentes y personas violentas, sino, que específicamente, uno de los de mayor presencia es el trastorno de personalidad antisocial (Hare, 2003). Considerando que el presente estudio abordará la conducta antisocial recurrente como fenómeno de la estructura de personalidad patológica, se tratará de explicar el constructo de personalidad, para luego hacer una aproximación más específica al complejo del Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Si bien el estudio de la personalidad ha sido abordado en la psicología desde diferentes escuelas teóricas, puede decirse que existen características nucleares que definen al constructo. Autores como Millon (1994), Barlow y Durand (2001), López-Barrachina, Lafuente, y García-Latas (2007), colocan a la personalidad y la personalidad patológica dentro de un mismo continuo, y rescatan la unicidad y singularidad del individuo, constituido por características consistentes a través del tiempo. Éstas se determinan de manera integrada, considerando los aspectos biológicos y temperamentales innatos del individuo, en la relación con el ambiente, las relaciones sociales, y los patrones de aprendizaje impuestos.

Una de las propuestas teóricas más sólidas y aceptadas por el ámbito científico internacional con respecto al constructo de personalidad, es la de Theodore Millon y Roger Davis (1998). Ésta es considerada una teoría integradora y comprehensiva, ya que engloba los aspectos estructurales y funcionales de la personalidad desde las distintas dimensiones que la comprenden (fenomenológica, biológica, intra-psíquica, y comportamental) (Cardenal, Sánchez, & Ortiz-Tallo, 2007).

Para Theodore Millon (Millon & Davis, 1998) tanto la personalidad saludable como la patológica están ubicadas en un mismo continuo. En ese sentido, la normalidad y la patología no son categorías discretas ni determinantes. Ambas están compuestas por los mismos principios y formas de desarrollo, y por ende, por los mismos rasgos. Lo fundamentalmente distinto radica en que las personalidades “no-patológicas” son más flexibles en cuanto a su conducta y mecanismos de adaptación al entorno, a diferencia de las personalidades “patológicas” que presentan conductas rígidas y repetitivas que no permiten una adecuada adaptación. En ese sentido, los trastornos de la personalidad se entienden como estilos de funcionamiento inadaptados debido a deficiencias de la persona en su capacidad para relacionarse con el ambiente (Cardenal, Sánchez, & Ortiz-Tallo, 2007).

En lo que respecta a los aspectos explicativos de la teoría de Millon cabe destacar que se basan en la teoría darwiniana de la evolución, en tanto las estructuras y dinámicas de la personalidad cumplen una función adaptativa y de sobrevivencia (Millon & Grossman, 2005; Cardenal, Sánchez, & Ortiz-Tallo, 2007). De ahí que los trastornos de la personalidad sean constructos derivados de los principios evolutivos propios de la especie. A continuación definiremos brevemente estos principios (Sánchez, 2003):

- La existencia (sobrevivir): reto evolutivo que implica un continuo cuyas polaridades representativas son el placer y el dolor. Ésta se vincula con la conducta y sus motivaciones, en función a la búsqueda de experiencias que mejoren la calidad de vida, y a la evitación del peligro o situaciones que puedan empeorarla.
- La adaptación: se basa en la polaridad pasivo-activo, y tiene que ver con el modo de adaptación del individuo al ambiente. En ese sentido, se habla de una

tendencia a acomodarse al entorno, o querer modificarlo para que éste se adapte a uno.

- La replicación: tiene que ver con la polaridad Otros-Yo (sí mismo) y se relaciona con la preservación de la especie. Las estrategias que se manifiestan en esta polaridad se relacionan con acciones centradas en el individualismo, o por el contrario, acciones más íntimas y de cuidado de los otros.
- Finalmente, la abstracción: de ésta se derivan diferentes polaridades que pueden ser agrupadas en dos grupos. En el primero se encuentran aquellas que se relacionan con las fuentes que brindan información a la cognición. En el segundo se encuentran aquellas que relacionan la cognición con los procesos lógicos del pensamiento, o emocionales.

Precisamente, las diferencias individuales en lo que respecta a los rasgos de personalidad dependerán del equilibrio que exista entre los polos de cada continuo, y de qué tanto la persona puede oscilar para conseguir la adaptación (Millon & Grossman, 2005; Cardenal, Sánchez, & Ortiz-Tallo, 2007). En ese sentido, la teoría de las polaridades permite a Millon ubicar los distintos trastornos de la personalidad según algunas características comunes y crear grupos prototípicos según los estilos de personalidad (Millon & Davis, 1998; Millon & Grossman, 2005). Los grupos que se describen partir de esta teoría son los siguientes:

- Personalidades con dificultades para experimentar placer: esquizoide, evitativa, y depresiva.
- Personalidades con problemas interpersonales: dependiente, histriónica, antisocial, y narcisista.
- Personalidades con problemas intra-psíquicos: personalidades sádicas, compulsivas, negativistas y masoquistas.
- Personalidades con problemas estructurales: esquizotípica, límite, y paranoide (Sánchez, 2003).

En función a esta clasificación, el autor propone que los síntomas clínicos (Eje I, DSM-IV TR) derivan de un estilo de personalidad propio de cada sujeto. Es decir, cuando se desestabiliza la personalidad, emerge el malestar patológico. Es en la

búsqueda orgánica y psíquica de reconstituir el equilibrio de esta estructura junto a las experiencias de aprendizaje del sujeto que se forma la sintomatología (Millon & Davis, 1998).

Con relación a la evaluación de los trastornos de la personalidad, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Revisado* (DSM-IV TR) se basa en un modelo sintomatológico descriptivo-categorial (Gabbard, 2002). En éste, los trastornos de personalidad se entienden como un conjunto de comportamientos observables, rasgos, y experiencias internas inflexibles que se diferencian de manera notoria de las expectativas del ambiente y la cultura (DSM-IV TR, 2002). Éstos se inician a principios de la adultez, y se mantienen fijos a lo largo del tiempo (APA, 2002).

Precisamente, Millon y Davis (1997) diseñaron un instrumento para evaluar la personalidad patológica en función a su modelo teórico y los criterios diagnósticos del DSM-III: *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI)*. Esta prueba ha tenido una larga evolución a lo largo del tiempo existiendo tres versiones de la misma: MCMI-I de 1983, el MCMI-II de 1987, y el MCMI-III, de 1997 (Cardenal & Sánchez, 2007). Esta última versión está actualizada para evaluar la personalidad patológica congruentemente con los criterios diagnósticos del DSM-IV TR.

El proceso de validación de cada escala del MCMI tuvo tres pasos: en primer lugar, se empleó un criterio teórico para crear los ítems de medición de cada trastorno, en función a los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)*, según la versión de la época. Luego, los ítems se sometieron a un análisis estructural, donde se evaluó la consistencia interna de los mismos para luego reducirlos o corregirlos. Por último, se utilizó el criterio de validez externa para medir la capacidad de discriminación de los ítems, en función a los distintos grupos clínicos (Cardenal & Sánchez, 2007).

En Europa y Latinoamérica, esta prueba es una de las más empleadas, y se ha utilizado en el estudio de diferentes temáticas y variadas poblaciones: estudios sobre consumo de tabaco, drogas y alcohol (Perea-Baena, Oña-Compan, & Ortiz-Tallo, 2009; Markhamid, Mendes, Rodrigues, Carvalho & Alchieri, 2011) mujeres víctimas de maltrato y abuso físico y psicológico (Ballesteros & Ventura, 2010); diferencias

descriptivas entre maltratadores en caso de violencia doméstica y no maltratadores (Ferrer, Bosch, García, Manassero, & Gili, 2006), hombres condenados por violencia grave contra la pareja (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 2008).

No obstante, son escasos los estudios realizados con respecto a la validación de las diversas escalas de esta prueba. Entre éstos está la adaptación y validación para el contexto español, (Cardenal & Sánchez, 2007), la realidad brasilera (Rodrigues, Soares, Carlos & Barreto, 2009), y la adaptación preliminar argentina (Richaud, Oros & Lemos, 2006). Asimismo, el estudio realizado por Souci y Vinet (2013) exploró las propiedades psicométricas del MCMI-III en una muestra de infractores adultos chilenos obteniendo coeficientes de confiabilidad para todas las escalas que oscilaron entre .40 y .78. Por su parte, Otiniano (2012) realizó un estudio con el objetivo de determinar la validez de constructo y la eficacia diagnóstica de las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del MCMI-III con una muestra de pacientes ambulatorios. Los resultados obtenidos mostraron que los coeficientes de confiabilidad Alpha de Cronbach para las escalas de Depresión (.86) y de Trastorno de Ansiedad (.85) eran confiables.

Por otro lado, la conducta antisocial persistente ha sido uno de los patrones de comportamiento más difíciles de comprender y definir a lo largo del tiempo. Ésto se debe a que su desarrollo nosológico está determinado por múltiples variables culturales, intra-psíquicas, y conductuales.

En lo que respecta a la influencia cultural, las manifestaciones de conductas agresivas están fuertemente ligadas al sistema de creencias y valores que estructuran la subjetividad de las personas de una sociedad determinada (Anderson & Bushman, 2002). Diferentes estudios evidencian que la expresión de la violencia puede manifestarse de forma particular según el contexto cultural. Crijnen, Achenbach y Verhulst (1999) señalan que las diferencias socioculturales explican el 5% de la varianza de las conductas agresivas de niños y adolescentes. A su vez, Ramírez (1993) afirma que existen diferencias culturales con relación a las actividades agresivas aceptadas y las circunstancias en las que se justifican. Asimismo, el estudio de Fujihara, Kohyama, Andreu y Ramírez (1999) revela que las conductas agresivas aceptadas entre sujetos de distintas culturas (españoles, estadounidenses y japoneses) difieren tanto en

las tendencias para justificar la agresión verbal directa e indirecta, como en las formas específicas de manifestarse (agresión física y agresión verbal) (Ramírez, 2001).

Asimismo, cabe destacar la investigación realizada por Luengo, Otero, Romero, Gómez-Fraguela, y Tavares-Filho (1999). Ellos analizaron los ítems del Cuestionario de Conducta Antisocial (CCA) en una muestra de 393 sujetos pertenecientes a contextos culturales distintos (Manaos, Brasil; Galicia, España). El estudio evidenció la presencia de variables que cuentan con validez transcultural relacionadas con la Agresión, Vandalismo, Robo, Consumo de Drogas, y Conducta contra las Normas. No obstante, cabe resaltar que los ítems relacionados con prácticas vandálicas mostraron menores niveles de discriminación. El estudio concluye que las conductas de vandalismo, aparentemente, son las que varían más según los contextos, siendo éstas más sensible a las diferentes realidades socioculturales. Estos hallazgos evidencian la importante influencia que tiene la cultura en la expresión de la violencia y la agresividad, así también como de su comprensión social y tolerancia.

Por otro lado, con relación a los aspectos intra-psíquicos y conductuales, algunos autores (Blair, 2003; Hare, 2003; Patrick, 2000; Stalenhein, 2001), mencionan que es determinante contemplar este fenómeno de la personalidad teniendo en cuenta dos perspectivas: una centrada en los aspectos de la psique misma y la personalidad, y otra centrada en los síntomas propios de la conducta. Precisamente, Hare (2003) comprende el fenómeno antisocial a partir de estos dos factores. El primer factor está relacionado con lo interpersonal/afectivo (Hare, 2003) caracterizado por el desapego emocional. Éste se evidencia en el afecto superficial, la manipulación, falta de remordimiento, falta de empatía, gran sentimiento de auto valía, y encanto superficial (Hare, 2003; Patrick, 2000). El segundo factor es el de Desviación Social, relacionado con los patrones conductuales. Se evidencia en la impulsividad, irresponsabilidad, delincuencia juvenil, escaso autocontrol, modo de vida parasitario, precocidad en mala conducta, y en déficits en la socialización del individuo (Hare, 2003; Stalenhein, 2001).

De este enfoque se han derivado dos términos que es necesario diferenciar: trastorno antisocial de la personalidad y psicopatía. La psicopatía sería aquella cuyos factores de personalidad y desviación social son acentuados, es decir, que hay correspondencia entre los déficits afectivos psíquicos y la conducta antisocial (Hare, 2003). Por otro lado, el trastorno antisocial de la personalidad sería aquel donde existen

patrones conductuales delictivos y violentos manifiestos, pero con presencia de sentimientos de culpa y ansiedad, así como de la capacidad para poder establecer relaciones afectivas (Hare, 2003; Stalenheim, 2001).

Por su parte, Millon y Grossman (2005), basados en el modelo antes presentado, plantean que el trastorno antisocial de la personalidad es un patrón activo-independiente de carácter crónico, caracterizado por la agresividad dentro de un continuo donde pueden aparecer conductas menos o más violentas.

Dentro de las polaridades que se muestran en este modelo, el trastorno de personalidad antisocial se ubica en el grupo de personalidades con problemas interpersonales (Sánchez, 2003; Choca, 1999). La personalidad antisocial se relaciona con las debilidades y fortalezas que aparecen en los continuos Placer-Dolor, Pasivo-Activo, y Yo-Otros (Sánchez, 2003; Choca, 1999). En el primero de los polos se evidencia la dificultad para tolerar las experiencias de dolor y angustia y experimentar placer, así como para realizar conductas que mejoren la calidad de vida (debilidad en el polo de Dolor). En el segundo, vemos deficiencias para adaptarse al ambiente social que lo rodea (debilidad en el polo Pasivo), que se compensa con vehementes intentos de ajustar el entorno a sus expectativas y deseos (fortaleza en el polo Activo). Finalmente, se ven claras dificultades en lo que respecta a la filiación y cuidado de las otras personas (debilidad en el polo Otros) (Sánchez, 2003; Choca, 1999). En ese sentido, tienden a contrarrestar las experiencias de dolor implicándose en conductas ilegales que explotan el ambiente a favor de su propio beneficio.

Asimismo, la adaptación del MCMI-III, cuya construcción de ítems está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV TR, evidencia la cercanía entre la propuesta de evaluación de Millon y el enfoque categorial diagnóstico. En correspondencia con lo señalado previamente, cabe resaltar que el DSM-IV TR (2002) define al trastorno antisocial como “un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta” (APA, 2002, p. 784). Para poder realizar el diagnóstico deben cumplirse 3 de los siguientes criterios: fracaso para adaptarse a las normas sociales, deshonestidad repetitiva, impulsividad, irritabilidad y agresividad, despreocupación imprudente, irresponsabilidad persistente, y falta de remordimientos indicada por la indiferencia. A

su vez, el sujeto debe ser mayor de 18 años, haber pruebas de la presencia de patrones conductuales antisociales antes de los 15 años, y que éste no aparezca en el curso de otras psicopatologías como una esquizofrenia o una manía.

No obstante, la reciente incorporación de *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V* como referente oficial de la comunidad científica internacional, ha traído cambios en la comprensión de los trastornos de la personalidad (APA, 2013). Precisamente, se ha establecido un cambio de paradigma optando por un modelo de evaluación dimensional-categorial (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2013). El enfoque dimensional pretende entender los distintos síndromes a partir de la historicidad, desarrollo, frecuencia, e intensidad de los síntomas. Este análisis parte de identificar dimensiones de la personalidad propias de la especie humana y describirlas a través de rasgos emocionales y conductuales específicos (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2013). Por ello, el modelo de evaluación actuarial a través de entrevistas estructuradas ha adquirido mayor relevancia para la comunidad científica internacional.

Con relación al Trastorno Antisocial, cabe destacar que los criterios descriptivos del DSM-IV TR han sido criticados ya que hacen énfasis en la conducta criminal manifiesta, dejando de lado aquellos rasgos vinculados con el mundo psíquico del sujeto, y la historicidad y desarrollo de los síntomas. De la misma forma, el MCMI-III ha sido criticado en tanto se ciñe a un enfoque categorial.

No obstante, diversas investigaciones podrían revelar la importancia de la medición de la dimensión conductual del fenómeno antisocial. La investigación realizada por Nguyen, Abrach-Lucioni, y Andrés-Pueyo (2011), muestra que la presencia de conductas relacionadas a la impulsividad, irresponsabilidad, y hostilidad, aumentan 3.7 veces el riesgo de reincidencia de conductas violentas. A su vez, Redondo, Pérez y Martínez (2007) y Redondo, Luque, Navarro y Martínez (2005) en un estudio sobre reincidencia en el delito demuestran que si bien los indicadores estáticos (aspectos del pasado del delincuente que no pueden ser modificados) son predictores fiables de reincidencia delictiva, factores dinámicos como hábitos delictivos, consumo de drogas, y cogniciones basadas en un pobre desarrollo moral, también aparecen como variables importantes a ser consideradas en la evaluación de reincidencia criminológica.

En ese sentido, el enfoque categorial, con relación a la medición de conductas y síntomas correspondientes al espectro de personalidad antisocial ha permitido el desarrollo de pruebas psicométricas con niveles de fiabilidad elevados, teniendo un significativo impacto en la práctica clínica y forense (Stalenhein, 2001).

Con relación a la prevalencia del trastorno antisocial de la personalidad, se ha evidenciado en el estudio de diversas poblaciones: prisioneros, infractores, y delincuentes (Arroyo & Ortega, 2009; Álvaro-Brun & Vegue-Gonzalez, 2008; Echeburúa & Montalvo, 2008; Folino, 2003.), consumidores adictos a las drogas y al alcohol (Echeburúa, Bravo de Medina. & Aizpiri, 2007; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Landa, Zazuela, & Lorea, 2004, 2002), y agresores sexuales (Gonçalves & Vieira, 2005).

No obstante, los estudios de prevalencia sobre los trastornos de la personalidad, y particularmente, del Trastorno Antisocial son escasos en nuestro medio. Entre éstos se destaca el estudio realizado por Minobe, Perales, Sogi, Warthon, Llanos, y Sato (1990). Ellos midieron la prevalencia de vida de trastornos mentales en el distrito de Independencia utilizando el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). La muestra fue de 816 adultos mayores de 18 años de edad. Los resultados obtenidos ubicaron al trastorno de personalidad antisocial como uno de los de mayor prevalencia, presentándose en el 7.10% de la población.

Asimismo, dentro de los estudios realizados con el propósito de examinar el Trastorno Antisocial de personalidad se destaca la validación del *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI) realizada por Iza (2002), el estudio de Morales (2013) sobre Riesgo de Reincidencia Delictiva en un grupo de infractores peruanos empleando el MACI, y la baremación del *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL-90-R) en poblaciones de internos de establecimientos penitenciarios de Lima y Callao realizada por Esteban, Reyes, y Charcape (2007). Lamentablemente, los instrumentos confiables para medir el fenómeno antisocial son escasos en nuestro contexto.

Teniendo en cuenta la problemática con respecto a la creciente violencia y la delincuencia en el Perú expuesta al inicio de la presente sección, se considera necesario contar con instrumentos que permitan medir la personalidad antisocial, con el fin de tener una aproximación más precisa a las características psicológicas que constituyen este fenómeno. Siendo el trastorno antisocial uno de los que más se relaciona con la

violencia y la conducta agresiva (Hare & Neumann, 2010), este estudio propone analizar las características psicométricas de un instrumento que permita la medición de los problemas de conducta antisocial previamente descritos, en una población de internos de un establecimiento penitenciario de Lima. En ese sentido, este estudio instrumental se propone analizar la validez interna y confiabilidad de la escala de Trastorno Antisocial del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon* MCMI-III, y luego brindar una discusión acerca del comportamiento de los ítems que no presentaron suficiente capacidad discriminativa. Este análisis discutirá los aspectos culturales que podrían estar afectando la capacidad discriminativa de los ítems. Por otro lado, pretende discutir los alcances y limitaciones que presenta la escala en la medición del constructo en cuestión. Finalmente, se realizará un breve análisis de la prevalencia de trastorno antisocial de la personalidad con relación a las variables jurídicas consideradas en la presente investigación.

Esta primera aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de Trastorno Antisocial del MCMI-III podrá contribuir potencialmente a la evaluación de las características psíquicas y patrones conductuales relacionados con la personalidad antisocial en el ámbito forense. Ésta aportará información relevante para el entendimiento de los diferentes casos de delincuencia procesados, y en la evaluación de sanciones y sentencias. Además, servirá de indicador para diferenciar a aquellos internos que necesitan desarrollar habilidades sociales específicas relacionadas a los déficits psíquicos y conductuales que implica este trastorno de personalidad.



MÉTODO

Participantes

La muestra del presente trabajo estuvo compuesta por 66 reclusos jóvenes adultos varones, internos en el establecimiento penitenciario Modelo Ancón II de la ciudad de Lima. Los participantes forman parte del programa de tratamiento “Construyendo Rutas de Esperanza y Oportunidad C.R.E.O”, cuyo objetivo es desarrollar y fortalecer las distintas habilidades psicológicas y sociales de adultos jóvenes delincuentes (en su mayoría primarios), con el fin de lograr su rehabilitación y reinserción en la sociedad.

Si bien, los criterios de validación de las pruebas psicológicas (Nunnally & Bernstein, 1995) establece un mínimo de 5 sujetos por ítem a evaluar, es imprescindible señalar que existieron una serie de dificultades que impidieron obtener un mayor tamaño de muestra. Tomando en cuenta esto último, se consideró que la muestra cumpla con los siguientes criterios de inclusión: ser varones peruanos, tener una edad entre los 18 y 40 años, haber culminado la educación primaria, ser reclusos sentenciados o procesados, y pertenecer al programa C.R.E.O (lo que implica haber pasado por el proceso de selección de integrantes con el que cuenta el programa). A su vez, los criterios de exclusión fueron: no escolaridad, personas mayores a 40 años de edad, y ser reclusos psiquiátricos diagnosticados.

Con relación a las variables sociodemográficas, las edades de los participantes oscilaron entre los 20 y 39 años edad. La media de la edad fue $M=25.44$ con una desviación estándar de $DE=3.51$. El 87.70% de los participantes nacieron en la provincia de Lima, mientras el 12.30% provenían de provincia. En lo que refiere al grado de instrucción, el 7.60% de los participantes contaban con estudios técnicos o superiores, el 25.80% con instrucción secundaria completa, el 54.40% con instrucción superior incompleta, y el 12.1% con estudios primarios completos. A su vez, el 25.80% de los participantes mencionaron tener pareja, mientras el 60.60% mencionó tener al menos un hijo.

En lo que respecta a los datos judiciales, el tiempo promedio de reclusión fue de $M=46.80$ meses con una desviación típica de $DS=16.04$. A su vez, el porcentaje de

sentenciados fue de 92.40% mientras que los procesados fueron el 7.60%. Por otro lado, casi la totalidad de la muestra estaba compuesta por delincuentes primarios (98.50%), presentándose solo un caso de reincidencia (1.50%). Asimismo, el 25.80% de los participantes mencionaron haber estado en un centro de reinserción juvenil durante su adolescencia. Finalmente, el 72.70% de los participantes fueron detenidos por delitos de robo agravado, el 10.60% por homicidios culposos, el 9.10% por tráfico ilícito de drogas, el 3% por tenencia ilegal de armas, y el 4.30% por otro tipo de delitos (Apéndice D).

Medición

El instrumento que se empleó para la recolección de datos y la medición del constructo Trastorno Antisocial de la Personalidad fue la escala de Trastorno Antisocial del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-III* (Millon & Davis, 1997). La prueba está constituida por 175 ítems, cuyas respuestas son dicotómicas (verdadero y falso). A su vez, estos ítems componen 24 escalas destinadas a medir diferentes dimensiones de la personalidad, así como la veracidad del protocolo. En ese sentido, la escala de Trastorno Antisocial de Personalidad está compuesta por 17 ítems dirigidos a medir los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV TR para identificar la presencia del diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad.

En lo que respecta a la validez de los protocolos, es importante señalar que el MCMI-III cuenta con 5 criterios para confirmar su veracidad. Se considera cuestionable un protocolo cuando (Cardenal & Sánchez, 2007):

- A) han sido omitidas más de 12 respuestas
- B) los puntajes obtenidos en la escala de Validez son mayores a 1
- C) los puntajes obtenidos en la escala de Sinceridad son menores a 34 o mayores a 178
- D) los puntajes de la escala de Devaluación y Deseabilidad Social son mayores a 75
- E) todas las puntuaciones de Prevalencia (PREV) son menores a 59

Por otra parte, las escalas dirigidas a medir diferentes dimensiones de la personalidad están divididas en 4 áreas: patrones clínicos de personalidad, personalidad patológica, síndromes clínicos, y síndromes clínicos graves. En lo que respecta a las

escalas clínicas, se puede decir que existe prevalencia de un conjunto de síntomas significativos relacionados con el trastorno cuando las puntuaciones de Prevalencia (PREV) son mayores a 75. A su vez, puede inferirse la presencia del trastorno de personalidad grave desde una puntuación de 85 (Millon & Grossman, 2007).

En la presente investigación se empleó la adaptación española del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-III* (Cardenal & Sánchez, 2007). La adaptación de la prueba mostró propiedades psicométricas adecuadas. Para su validación se utilizó una muestra de 964 pacientes clínicos, hombres y mujeres (478 y 486, respectivamente), con edades que oscilaban entre los 18 y 76 años. Los índices de consistencia interna obtenidos para cada escala por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach oscilaron entre .65 y .88. A su vez, la confiabilidad test-retest para las puntuaciones dimensionales tuvo coeficientes que oscilaban entre .85 y .93. En lo que respecta a la validez convergente, los puntajes obtenidos en el MCMI-III fueron correlacionados con los puntajes obtenidos en el *Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota*. Las correlaciones obtenidas puntuaban por encima del .50, pero sin llegar a valores más elevados.

Procedimiento

Luego de conseguir la autorización para recolectar los datos en la institución penitenciaria, se administró el inventario de forma colectiva en los ambientes asignados como áreas comunes del Centro de Reclusión Penitenciario Modelo Ancón II. Estos espacios contaban con ventilación natural y adecuada iluminación para favorecer a la concentración de los evaluados a lo largo de la aplicación del instrumento. A su vez, podían albergar a más de 15 sujetos por sesión, y contaban con carpetas para poder realizar la tarea asignada.

La aplicación se llevó a cabo en tres días, por turnos de mañana y tarde. El primer día fue utilizado para realizar un estudio piloto. En éste, se aplicó el cuestionario a modo de entrevista a grupos de 3 personas, para tener un conocimiento más detallado con relación a las dificultades lingüísticas que puede presentar la prueba. Luego de recoger las complicaciones expresadas por los participantes, se procedió a revisarlas junto a un experto. No obstante, no se presentaron dificultades con relación a los ítems que corresponden a la escala Antisocial (6A), por ende, no se realizó ningún cambio en

el protocolo. De igual modo, se consideró lo expresado por los participantes y se utilizó la pizarra para ofrecer sinónimos a las palabras que les resultaba difíciles de comprender (ej: a menudo– casi siempre, inhibido –tímido, etc.).

Los otros 2 días se emplearon para realizar la aplicación. Por motivos de seguridad y de organización, las pruebas se administraron a grupos variables que oscilaron entre 5 y 15 personas de manera indeterminada. Cada día se tuvo un promedio de 5 grupos de reclusos todos provenientes del Módulo II pertenecientes al programa C.R.E.O. Si bien se llegaron a convocar a 78 reclusos, 4 abandonaron la aplicación haciendo valer su derecho de participación voluntaria expresado en el consentimiento informado. En ese sentido, se evaluaron a 74 internos.

Durante la aplicación se les entregó un documento en el que estaban anexados un consentimiento informado (Apéndice B), una ficha de datos demográficos y judiciales (Apéndice C), y una hoja de respuestas para contestar a las preguntas del MCMI-III. El consentimiento informado fue leído en voz alta por el evaluador y releído por los participantes en voz baja para garantizar su comprensión. Luego de aceptar participar voluntariamente, se procedió a llenar la ficha de datos demográficos. Finalmente, se entregaron los cuestionarios impartiendo las instrucciones tal cual figuran en el mismo.

Una vez recopilados los cuestionarios, se procedió a revisar los datos demográficos. Se descartaron aquellas pruebas que no cumplieron con los criterios de exclusión e inclusión previamente descritos. Asimismo, se rechazaron los protocolos que no cumplían con los criterios de validez de protocolo empleados por Millon en la validación del MCMI-III (Millon & Davis, 1997). Estos criterios son:

- A) Presentar más de 12 respuestas omitidas
- B) Obtener puntajes mayores a 1 en la escala de Validez
- C) Obtener puntajes en la escala de Sinceridad menores a 34 o mayores a 178
- D) Que todas las puntuaciones de Prevalencia (PREV) sean menores a 59

Se descartaron 8 protocolos, quedando 66 casos válidos. Con éstos, se procedió a crear una base de datos con la información recogida en todas las escalas utilizando el programa estadístico para las Ciencias Sociales SPSS 20.0. Luego, se trabajó particularmente con la información obtenida para la escala de Trastorno Antisocial de la

Personalidad (A6). Con relación a esto, se determinaron las siguientes propiedades psicométricas: Confiabilidad y Validez Interna de la escala de Trastorno Antisocial de la Personalidad. Para lo primero se empleó el método de consistencia interna a través del coeficiente de covariación conjunta Alpha de Cronbach. De acuerdo con los criterios internacionales se aceptó como un índice de confiabilidad suficiente un valor con magnitud mayor o igual .60 (George & Maller, 2003). Para el análisis de Validez Interna se utilizó el método de correlación ítem-test (producto momento de Pearson), estableciendo un punto de corte en correlaciones mayores o iguales a .30, según el criterio de Cohen.

Con relación a la validez de constructo, el diseño original de la prueba presenta restricciones en su elaboración que impiden el uso del método de análisis factorial. Precisamente, Millon (Millon & Davis, 1997) menciona que la elaboración del MCMI-III parte de un enfoque deductivo, en el que los constructos a medir están fundados en la teoría e investigación. En ese sentido, rechaza el modelo factorial ya que éste se basa en un enfoque inductivo, en el que a través de un análisis factorial se agrupan variables para crear diferentes factores que deben ser luego sustentados como constructos. Teniendo en cuenta que la construcción de las escalas parte de una base teórica y no empírica, una de las características particulares de la prueba es que las diferentes escalas que la integran comparten ítems de forma recíproca. De ahí que no existan ítems exclusivos para cada una de las escalas y por ende el análisis factorial sería irrelevante.

Asimismo, por cuestiones vinculadas a la extensión del cuestionario y las características del tipo de muestra (restricciones para tener contacto con fines de investigación), resultó improcedente aplicar una segunda prueba de Trastorno Antisocial de la Personalidad. En virtud de esto, realizar una correlación entre los puntajes de ambas, y probar la validez de constructo por medio del método de puntajes convergentes, resultó inviable. A su vez, no existen pruebas válidas y confiables en nuestro medio que permitan medir el constructo en cuestión, de forma alternativa al MCMI-III. De la misma manera, no existen protocolos psiquiátricos incorporados en las evaluaciones de salud mental que se realicen en el sistema penitenciario con los cuales recurrir a evidencias de validez de criterio concurrente. Cabe recalcar que los resultados de un criterio externo podrían confirmar la validez de los resultados arrojados por la escala de Trastorno Antisocial de la Personalidad.

No obstante, se asumirá la pertinencia de la muestra seleccionada como criterio de utilidad práctica para examinar las propiedades psicométricas de la escala en cuestión, en función a la correspondencia teórica entre las características esperables que comporta el tipo de población (reclusos delincuentes varones), y la naturaleza del constructo Trastorno Antisocial, medido por la escala específica del MCMII-III.



RESULTADOS

Confiabilidad y validez interna de la escala de Trastorno Antisocial del MCMI-III

Con el objetivo de establecer el índice de confiabilidad de la escala de Trastorno Antisocial se recurrió al método de consistencia interna a través del estadístico Alpha de Cronbach. El coeficiente obtenido para dicha escala fue de $\alpha = .72$, lo que indica que el 72% de la varianza captada con 17 ítems corresponde al puntaje verdadero.

Con relación a la validez interna, se procedió al cálculo de la correlación ítem-test para la escala de Trastorno Antisocial. Las correlaciones corregidas obtenidas fueron superiores a $r = .34$ excepto para los ítems 113, 172, 21, 41, 13, 17, y 38 que mostraron un coeficiente de correlación de $r = .09$, $r = .09$, $r = .10$, $r = .13$, $r = .18$, $r = .22$ y $r = .29$, respectivamente. A continuación se presenta la tabla de correlaciones ítem-test corregida:

Tabla 1

Cuadro de correlaciones ítem-test corregida para la escala Antisocial

Ítems	Correlación ítem-test corregida
MCMI7	.49
MCMI13	.18
MCMI14	.40
MCMI17	.22
MCMI21	.10
MCMI38	.29
MCMI41	.13
MCMI52	.35
MCMI53	.49
MCMI93	.41
MCMI101	.46
MCMI113	.09
MCMI122	.34

MCMII136	.38
MCMII139	.44
MCMII166	.35
MCMII172	.09

N = 66; $r \geq .3$

Proceso de neutralización de ítems y aumento de la confiabilidad de la escala Antisocial

A su vez, se realizó el proceso de neutralización de ítems para mejorar el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de la escala. El primer ítem neutralizado fue el 113 con un coeficiente de correlación de $r = .09$, lo que llevó a aumentar la confiabilidad de la escala a $\alpha = .73$. El segundo ítem neutralizado fue el 21 cuyo coeficiente de correlación, dentro de la nueva configuración de la escala, fue $r = .09$, elevando la fiabilidad a $\alpha = .74$. Enseguida se neutralizó el ítem 172 con una correlación de $r = .10$ permitiendo el aumento de la confiabilidad a $\alpha = .75$. A continuación se prescindió del ítem 41 que mostró una correlación de $r = .08$ elevando la consistencia interna a un coeficiente de $\alpha = .76$. El siguiente ítem neutralizado fue el 17 cuya correlación ítem-test fue de $r = .16$. Ésto permitió aumentar el coeficiente Alpha de Cronbach hasta $\alpha = .77$. Luego se procedió a neutralizar el ítem 13 con una correlación ítem-test de $r = .22$ lo que aumentó la confiabilidad hasta $\alpha = .77$. Finalmente, se prescindió del ítem 122 que presentaba un nivel de correlación de $r = .28$. El índice de confiabilidad Alpha de Cronbach obtenido luego de este proceso fue de $\alpha = .77$ para la escala total. A continuación se muestra una tabla con los resultados ítem-test (tabla de ítems neutralizado):

Tabla 2

Neutralización de ítems y aumento de la fiabilidad de la escala Antisocial

Ítem Neutralizado	Correlación ítem-test	Alpha de Cronbach	Número de ítems
-	-	0.72	17
MCMII113	.09	0.73	16
MCMII21	.09	0.74	15

MCMII72	.10	0.75	14
MCMII41	.08	0.76	13
MCMII17	.16	0.77	12
MCMII13	.22	0.77	11
MCMII22	.28	0.77	10

$N = 66; r \geq .3; \alpha \geq .6$

La escala de Trastorno Antisocial de la Personalidad resultante quedó compuesta por 10 ítems cuyas correlaciones ítem-test oscilaban entre $r=.35$ y $r=.52$ (el proceso de eliminación de ítems y los ítems que componen la escala de Trastorno Antisocial resultante pueden verse en el Apéndice A).

Prevalencia de sintomatología Antisocial en la población

En la presente sección se presentan las prevalencias de sintomatología antisocial en la población considerando dos escalas. Por un lado, se utilizará la escala de Trastorno Antisocial de Personalidad íntegra, compuesta por los 17 ítems originales del MCMII-III, y se emplearán los criterios oficiales de Puntuación de la adaptación española (Sánchez y Corral, 2003). Por otro lado, se realizará el análisis considerando los puntajes obtenidos a través de los 10 ítems de la escala de Trastorno Antisocial de Personalidad Resultante.

Cabe advertir que si bien Millon (Millon y Davis, 1997) y Cardenal y Sánchez (2007) trabajan con Puntuaciones de Prevalencia (PREV), la reducción de ítems implica un cambio en la suma total de Puntajes Directos (PD). Ésto conlleva cambios en la relación proporcional entre los puntos de corte de los PD y los puntajes PREV. Por este motivo y para mantener la homogeneidad en el análisis, se utilizará solo los Puntajes Directos (PD) como puntajes de referencia.

Salvaguardando ésto, se presenta la siguiente tabla donde se muestran los estadísticos descriptivos obtenidos en el análisis de datos de la escala de Trastorno Antisocial de Personalidad íntegra.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos para las escalas de Trastorno Antisocial íntegra (17 ítems)

<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Med</i>	Min	Max	Rango	Percentil		
						<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
11.50	4.94	10.50	3	24	21	8	10.50	16

N=66

La media de los puntajes obtenidos para la escala de Trastorno Antisocial de Personalidad íntegra es de $M=11.50$ con una desviación estándar de $DS=4.94$, y una mediana de $Med=10.50$. Ésto podría indicar que el trastorno no se estaría presentando en la mayoría de los casos. A su vez, la diferencia entre el puntaje máximo (24) y el puntaje mínimo (3) forma un rango de 21 puntos. A partir de éste, se asignan los puntos de corte para los rangos percentiles. Precisamente, el percentil 75 muestra una Puntuación Directa (PD) de 16 como punto de corte para ubicar a aquellos participantes que puntuaron más alto. Ésto coincide con los criterios de Millon (Millon & Davis, 1997) y Cardenal y Sánchez (2007) que establecen un puntaje directo mínimo de 16 para determinar la presencia significativa de rasgos de personalidad antisocial. En la siguiente tabla se muestra la prevalencia del Trastorno Antisocial de la Personalidad en la muestra, considerando la escala íntegra con 17 ítems:

Tabla 4

Prevalencia de Trastorno Antisocial considerando la escala íntegra del MCMI-III

	N	%	$20 > PD \geq 16$	$PD \geq 20$
Presencia de Trastorno Antisocial	18	27.30	13	5
Ausencia de Trastorno Antisocial	48	72.70		

N=66

Como se puede apreciar, 18 participantes presentan Puntajes Directos iguales o mayores a 16, indicando la presencia de sintomatología Antisocial en el 27.30% de los

casos. De éstos, 13 sujetos presentan el trastorno de forma moderada, mientras que 5 lo presentan de forma grave.

Con relación a la escala de Trastorno Antisocial de Personalidad resultante, se presenta la siguiente tabla donde figuran los estadísticos descriptivos tras el análisis de los datos obtenidos:

Tabla 5

Estadísticos descriptivos para la escala de Trastorno Antisocial resultante (10 ítems)

<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Med</i>	Min	Max	Rango	Percentil		
						<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
5.17	4.18	4	0	15	15	1.75	4	8

N=66

Como se puede observar, la media de los puntajes obtenidos para la escala de Trastorno Antisocial resultante es de $M=5.17$ con una desviación estándar de $DS=4.12$ y una mediana de 4. En ese sentido, el trastorno se estaría presentando de forma reducida en la población. A su vez, la diferencia de puntajes máximos (15) y mínimos (0) establecen un rango de 15 puntos. En función a esto, se establece en el percentil 75 una Puntuación Directa (PD) de 8 como punto de corte para identificar a aquellos sujetos que presentan puntuaciones altas con relación a la medición del constructo Antisocial.

Considerando una Puntuación Directa de $PD=8$ como punto de corte para establecer la presencia de rasgos antisociales de personalidad significativos, se presenta la siguiente tabla mostrando la prevalencia del Trastorno Antisocial de Personalidad en la población según el análisis de la escala resultante:

Tabla 6

Prevalencia de Trastorno Antisocial considerando la escala resultante del MCMI-III

	N	%
Presencia de Trastorno Antisocial (PD \geq 8)	21	31.80
Ausencia de Trastorno Antisocial	45	68.20

Punto de corte PD \geq 8; N=66

Como se puede apreciar, al medir el Trastorno Antisocial de la Personalidad considerando únicamente los ítems que ofrecen capacidad discriminativa suficiente, la prevalencia del trastorno aumenta. Precisamente, el 31.80% (N=21) de la población total presenta rasgos antisociales.

Trastorno Antisocial de la personalidad en función a las variables jurídicas

Además de los estadísticos previamente expuestos, se realizó la descripción de los valores obtenidos para la escalas de Trastorno Antisocial de Personalidad íntegra y para la escala de Trastorno Antisocial de Personalidad resultante, en relación con las variables jurídicas. Se consideró el ingreso previo a un centro de readaptación juvenil, el tipo de delito, y el número de ingresos a la prisión. A continuación, se presenta una tabla comparativa entre los resultados obtenidos para ambas escalas:

Tabla 7

Trastorno Antisocial de la Personalidad con relación a los datos jurídicos

		Escala íntegra*		Escala resultante**	
		<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Delito	Robo agravado	13	72.20	15	71.50
	Homicidio culposo	4	22.20	4	19
	Tráfico ilícito de drogas	1	5.60	2	9.50
Internamiento	Si	8	44.40	8	38.10

en centro juvenil	No	10	55.60	13	61.90
Ingreso	Primario	17	94.40	20	95.20
	Reincidente	1	5.60	1	4.80

*N=18, **N=21

En lo que respecta a los datos jurídicos con relación a la escala íntegra, el 94.40% de la población son primarios en el delito. Con relación al tipo de delito, los resultados obtenidos muestran que el 72.20% de personas que presentan sintomatología antisocial cometieron el delito de Robo Agravado. Por otro lado, el 22.20% cometieron Homicidio Culposo, mientras que el 5.60% incidió en tráfico ilícito de drogas. Finalmente, el 44.40% de la población manifestó haber estado en un centro de reinserción juvenil. Por otro lado, la información judicial vinculada a la escala resultante mostró que el 95.20% de la muestra son primarios delinquiriendo. A su vez, se evidenció que el 71.50% de la población cometió el delito de robo agravado, el 19% homicidio culposo, y el 9.50% tráfico ilícito de drogas. Por último, el 38.10% mencionó haber ingresado a un centro de readaptación infantil.



DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue explorar las propiedades psicométricas de la escala de Trastorno Antisocial del MCM-III. En el apartado anterior se pudo apreciar que el índice de confiabilidad para la escala es aceptable ($\alpha = .72$) (George & Mallery, 2003). A su vez, el nivel de las correlaciones ítem-test también es el adecuado para la mayoría de ítems que componen la escala. En ese sentido, se podrían aceptar como válidos y confiables los ítems resultantes tras el análisis psicométrico realizado (George & Mallery, 2003).

No obstante, es importante recalcar que el análisis de validez interna, a través de los coeficientes de correlación ítem-test corregidos, evidenció la presencia de elementos que carecen de capacidad discriminativa. Es decir, aquellos indicadores de sintomatología antisocial representados en dichos elementos no son capaces de discriminar el nivel de presencia del trastorno en cada uno de los sujetos en función al aspecto específico consultado a través del ítem.

Con relación a esto, Ferrando y Demestre (2008) mencionan que uno de los aspectos fundamentales para determinar el carácter discriminativo de un ítem son las *características de superficie*. Éstas refieren al contenido lingüístico formal y se ocupan, principalmente, de la longitud del ítem y de la complejidad del enunciado. Esta complejidad es relativa al desarrollo lingüístico de los evaluados, así también, como a las características del lenguaje propio de la cultura y contexto social.

En ese sentido, cabe advertir que la versión del MCMI-III utilizada en la presente investigación es una adaptación realizada en el contexto español, y por tanto, las palabras y frases empleadas presentan terminologías propias de su contexto. Durante la aplicación de las pruebas, fueron pocas las dudas de este tipo referidas a los ítems de la escala de Trastorno Antisocial de la Personalidad. El único caso acusado se dio frente al ítem 13 (*En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo*), en donde el término “*a menudo*” generó inquietud en muchos de los participantes. Se optó, como solución práctica por escribir en la pizarra el término “*casi siempre*” y ofrecerlo como sinónimo para mejorar la comprensión del enunciado. No obstante, fueron más frecuentes las dificultades lingüísticas frente a estímulos correspondientes a otras escalas de la prueba. Por ejemplo, en el ítem 10 (*Raramente*

exteriorizo las pocas emociones que suelo tener) la palabra “exteriorizo” mostró dificultades en su comprensión. Los mismos problemas aparecieron con las palabras “inhibida” en el ítem 49 (*Creo que soy una persona miedosa e inhibida*) y “oscilar” en el ítem 98 (*Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio*). A su vez, el ítem 34 (*Últimamente he perdido los nervios*) resultó complejo en su comprensión ya que el término “perdido los nervios” no se utiliza en el contexto peruano y los participantes no entendían a qué se refería.

Por lo tanto, se coincide con la propuesta de Otiniano (2012), quien sugiere una adaptación lingüística del MCMI-III empleando terminología propia del contexto peruano. Una adaptación de este tipo podría facilitar la comprensión de los ítems para garantizar un recojo de información más fehaciente.

Otra de las limitaciones de esta investigación fue el tamaño de la muestra. Si bien Nunnally y Bernstein (1995) establecen un mínimo de 5 participantes por ítem a ser evaluado, la presente investigación no contó con la participación de un número de sujetos suficiente. Al ser 17 elementos los que constituyen la escala en cuestión, se esperaba conseguir un mínimo de 85 protocolos válidos. Sin embargo, los impases propios del sistema penal, así como las pocas fechas que fueron asignadas para la aplicación del instrumento solo permitieron la evaluación de 74 participantes. Luego, el proceso de selección de protocolos válidos terminó reduciendo la muestra a 66 casos. Al tratarse de una muestra reducida, los resultados obtenidos pudieron verse afectados por la poca variabilidad de casos que se presentaron.

No obstante, es pertinente realizar una comparativa con el estudio de Souci y Vinet (2013) que contó con una población de 123 reclusos privados de libertad en cárceles chilenas. Las edades de los participantes oscilaron entre los 18 y 52 años, con una media de $M=28.54$ y una desviación estándar de $DS=7.07$. A su vez, la media de los puntajes obtenidos para la escala de Trastorno Antisocial fue de $M=13.88$ con una desviación estándar de $DS=4.98$, a diferencia de los datos recogidos en la presente investigación, donde se obtuvo una media de $M=11.50$ con una desviación estándar de $DS=4.94$. Cabe destacar que el índice de confiabilidad obtenido a través del estadístico Alpha de Cronbach en el estudio chileno ($\alpha=.72$) es similar al obtenido en el presente trabajo ($\alpha=.72$). En ese sentido, una muestra de mayor tamaño podría brindar una aproximación más certera al fenómeno antisocial en tanto aportaría más variabilidad de

casos. No obstante, parece que la consistencia interna de los ítems de la escala de Trastorno Antisocial de la Personalidad, permite una medición adecuada del fenómeno en cuestión dentro de los marcos del MCMI-III en el contexto latinoamericano.

Expuestas estas limitaciones, se puede proceder a discutir la insuficiente capacidad discriminativa de los ítems que no obtuvieron un índice de correlación $r \geq .30$. Cabe destacar lo mencionado por Ferrando y Demestre (2008) que agregan dos aspectos fundamentales relacionados con la capacidad discriminativa de un ítem: *la ambigüedad-vaguedad del ítem*, y *la indicatividad*. La primera está vinculada a la incertidumbre del significado que queda sujeto a interpretaciones múltiples debido a su poca precisión para describir el rasgo. La segunda tiene como objeto medir la relación ítem-rasgo, es decir, el grado de vinculación entre la conducta que describe el elemento y la dimensión de la personalidad en cuestión.

El primero de los ítems neutralizados fue el 113 (*Me he metido en problemas con la ley un par de veces*) que se relaciona con el fracaso para adaptarse y respetar las normas sociales y legales. Aparentemente, la dificultad que presenta este ítem para medir la conducta antisocial se relaciona con el tipo de muestra que fue evaluada. Al tratarse de reclusos penitenciarios es evidente que han vivenciado algún tipo de problema con la autoridad que los ha llevado a asumir su condición actual. Por ende, la indicatividad del ítem pierde valor en el contexto penal. No obstante, es necesario recalcar que el MCMI-III es un inventario clínico creado para los diferentes contextos donde se presuponga la presencia de personalidades patológicas. En ese sentido, el ítem 113 puede ser muy útil para discriminar la presencia del trastorno en otros contextos.

El segundo ítem que presentó déficits en la medición del trastorno fue el 21 (*Me gusta coquetear con las personas del otro sexo*). Si bien no existe un criterio correlativo a la conducta sexual en el DSM-IV para diagnosticar el Trastorno Antisocial de Personalidad, Millon (Millon & Davis, 1997) considera la conducta sexual como manifestación de bajo control de la impulsividad y bajo umbral de descarga erótica.

Con relación a esto, otro de los ítems neutralizados posteriormente fue el 41 (*He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme muchos problemas*). Ambas variables tienen correspondencia con la extensa bibliografía que considera la impulsividad como una de las características con más prevalencia dentro de

la población delictiva (Sobral, Luengo, Gómez-Fraguela, & Romero, 2000; Ortiz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal, & Sánchez, 2006; Hare, 2003; Luengo, Carrillo, Otero, & Romero, 1994.). El estudio de Loyola (2011), que trabajó la validez y confiabilidad de la escala de Impulsividad de Barratt Versión 11 con mujeres privadas de libertad, ratifican estos hallazgos en el medio limeño. En ese sentido, considerar la impulsividad como categoría discriminante en el contexto penal limeño no resulta un indicador trascendente, en tanto su indicatividad es baja.

El cuarto ítem que mostró dificultades para discriminar a los sujetos antisociales fue el 172 (*La gente me dice que soy una persona muy formal y moral*). En el ítem, las palabras “*Moral*” y “*Formal*” remiten a conceptos muy abstractos. Muchos autores (Zerpa, Henríquez y Ramírez, 2006; Zerpa & Ramírez, 2004; Barba, 2001) a través de investigaciones con instrumentos como el *Cuestionario de Problemas Sociomorales (DIT)*, afirman que el juicio moral está fuertemente relacionado con el nivel de desarrollo del sujeto, donde variables como la edad, las experiencias de vida, el contexto social, y la educación, son determinantes para elaborar su concepción. Ahora bien, el ítem no ofrece ningún representante específico de lo que es una conducta moralmente adecuada y por tanto podría estar midiendo el juicio subjetivo del participante con relación a lo que se entiende por “*Moral*” y “*Formal*”. En ese sentido, el ítem puede resultar ambiguo en tanto queda sujeto a la interpretación particular del participante según su nivel de desarrollo moral y experiencias de vida.

El quinto ítem neutralizado fue el 17 (*Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio*). Para Millon, este ítem está destinado a explorar la historicidad nosológica y sintomática del trastorno. Sin embargo, los alcances obtenidos a través de evaluaciones actuariales evidencian que explorar el trastorno a través de hechos concretos sin revisarlos de forma extensa no favorece a una adecuada comprensión de los mismos (Pueyo, 2008; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2006; Pueyo & Echeburúa, 2010; Echeburúa, Muñoz, & Loinas, 2011). A su vez, el ítem no permite realizar una exploración acerca de aquello que es considerado como “*muchos problemas*”. Ésto podría explicar que casi el 75% de los participantes (46 casos) hayan marcado “V”, en tanto la interpretación subjetiva del ítem es muy abierta y no da cuenta de la real magnitud y dimensión de los hechos antisociales desde una perspectiva de historia de vida.

A continuación fue necesario neutralizar el elemento 13 (*En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo*). La explicación para la poca capacidad discriminativa de este ítem se podría verificar en la extensa bibliografía que relaciona a la población carcelaria con el consumo de drogas (López-Barrachina, Lafuente, & García-Latas, 2007; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008; Álvaro-Brun & Vegue-González, 2008). Además, en nuestro contexto, la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas de Jóvenes Infractores del Poder Judicial* (2013) da luces con respecto a la prevalencia de consumo de drogas en el contexto penal. En ese sentido, el consumo de drogas en las poblaciones penitenciarias podría dar una explicación razonable a la deficiente capacidad discriminativa del ítem; en tanto que la mayoría lo auto-informa de manera sistemática (44 casos), el ítem pierde su capacidad discriminativa para posicionar a los sujetos dentro del trastorno que se pretende medir.

Finalmente, el ítem 122 (*Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino*) también fue eliminado para favorecer la confiabilidad de la escala. Aparentemente, este ítem no representa ninguna característica intrapsíquica o conductual ligada a los rasgos de personalidad antisocial descritos en la teoría de Millon ni el DSM-IV TR. En ese sentido, se podría especular que la poca capacidad discriminativa de este ítem responde a un nivel bajo de indicatividad. A su vez, el ítem en cuestión presenta ambigüedad en su formulación. Precisamente, el enunciado “buenas oportunidades” puede significarse a través de la experiencia carcelaria. Probablemente, la mayoría de reclusos hayan marcado Verdadero a este ítem, considerando que su estancia en la cárcel es una consecuencia de no haber optado por una mejor decisión de vida. En ese sentido, el ítem refleja vaguedad, ya que cualquier evento en su vida puede ser considerado como una “buena oportunidad” desperdiciada en contraste con estar preso.

A pesar del análisis anteriormente presentado, el proceso de neutralización de ítems trae consigo el cuestionamiento por la integridad teórica de las variables neutralizadas. Sin embargo, el MCMI-III ha sido utilizado en diversas investigaciones con poblaciones clínicas y forenses a nivel mundial, brindando datos confiables en la medición de sus constructos (Souci & Vinet, 2013; Rodrigues, Soares, Carlos & Barreto, 2009; Richaud, Oros & Lemos, 2006; Cardenal & Sánchez, 2007). Si bien no se han encontrado estudios orientados a destacar la capacidad discriminativa de los

ítems de la escala Antisocial de Personalidad del MCMI-III, la confiabilidad global de la escala se mantiene en diferentes contextos.

No obstante, las investigaciones previamente mencionadas (Ramírez, 2001; Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1999; Fujihara, Kohyama, Andreu & Ramírez, 1999; Ramírez, 1993; Luengo, Otero, Romero, Gómez-Fraguela, & Tavares-Filho, 1999), evidencian que las manifestaciones de agresividad son muy sensibles al contexto cultural. De ahí que sea posible inferir que la capacidad discriminativa de los ítems que componen una escala destinada a medir la conducta antisocial deba ser relativa al contexto sociocultural en el que se lleva a cabo la evaluación.

Esto podría explicar cómo algunos de los ítems neutralizados en la presente investigación no llegaron a discriminar de forma eficiente. Considerando que la mayoría de reclusos provienen de sectores marginales donde la violencia y el vandalismo imperan es esperable que ítems como el 17, 41, y el 113 puedan suscitar distintos hechos de la vida de los evaluados relacionados con este tipo de conductas. Estas interpretaciones no deben responder necesariamente a los patrones conductuales que son evaluados dentro del marco teórico de Millon para dar con el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad. Sino, por el contrario, pueden evocar diferentes circunstancias no generalizables al constructo, determinadas por el ambiente sociocultural específico y la evaluación moral que se hace sobre los mismos en este contexto. A las luces de estos hallazgos, tanto la indicatividad como la vaguedad de los ítems podrían resultar bajas.

Más allá de las hipótesis que podrían explicar la baja capacidad discriminativa de cada ítem, los resultados obtenidos en la presente investigación podrían permitir observar características propias de la realidad penitenciaria de Lima. Precisamente, estarían mostrando cierto nivel de homogeneidad en algunas conductas específicas del trastorno antisocial como el consumo de drogas y el alto nivel de impulsividad.

La OMS (2004) distingue la disponibilidad de drogas, la pobreza, y las normas y actitudes culturales, como factores de riesgo ambiental que propician la emergencia de patrones conductuales delictivos. A su vez, menciona como factores de riesgo individuales variables como el maltrato infantil, problemas familiares, y la presencia de trastornos de personalidad. Uno de los estudio más elocuentes al respecto es el realizado

por Sobral, Romero, Luengo, y Marzoa (2000) quienes encontraron correlaciones inversas con coeficientes de $-.07$ entre déficits relacionados con variables familiares (bajo apoyo parental, y escaso apego con los padres) y niveles elevados de impulsividad y conductas antisociales.

En ese sentido, el abandono y descuido parental, la violencia en la crianza y la poca estimulación afectiva para favorecer al desarrollo de habilidades psíquicas de autorregulación, así también, como el fácil acceso a las drogas por su bajo costo y gran distribución, son factores de riesgo para el desarrollo de sujetos que presentan conductas antisociales (Jaffee, Caspi, Moffitt, & Taylor, 2004; Fernández-Montalvo & Echebúrua, 2005; Martínez, Pérez & López, 2008; Pueyo, 2005). Es en los sectores marginales de escasos recursos y de nivel socioeconómico bajo donde estos fenómenos aparecen con más frecuencia, ya que la violencia doméstica, la ilegalidad, y el bajo nivel educativo, imperan. Considerando que la mayoría de delincuentes que componen el grueso de la población penitenciaria emergen de estos contextos, es esperable que la impulsividad y el consumo de drogas aparezcan como características comunes en la gran mayoría.

Sin embargo, la presencia de estas variables pueden ser fundamentales para posicionar a los sujetos dentro del umbral antisocial en otros contextos delictivos. En lugares donde el acceso a las drogas es restringido debido al alto control gubernamental y a su compleja y costosa comercialización, el consumo de sustancias ilícitas podría ser un indicador de sintomatología antisocial relevante. A su vez, en contextos donde el nivel educativo es más alto, y las prácticas sociales y culturales relacionadas con la crianza y el desarrollo de las personas están alejadas de la violencia y el maltrato, es esperable que la impulsividad aparezca como una característica antisocial de modo particular. En ese sentido, puede esperarse que un mejor nivel de calidad de vida haga más heterogéneas las conductas antisociales dentro de la población penitenciaria. Teniendo en cuenta que el desarrollo del Inventario Clínico Multiaxial de Millon se ha realizado en el contexto norteamericano, podría asumirse que la presencia de todos los ítems de la escala de Trastorno Antisocial de la Personalidad son pertinentes, en tanto pretenden abarcar toda la variabilidad de casos posibles. Precisamente, Craig (2003) afirma que el MCMI-III no tiene la capacidad de establecer un perfil específico del delincuente, sino que éste varía según cada población.

En este contexto, existe un amplio debate con relación a la naturaleza del

trastorno antisocial, los fenómenos sintomáticos que lo evidencian, y su medición como constructo psicológico. Precisamente, estudios comparativos entre diferentes versiones del MCMI, los criterios diagnósticos del DSM-IV TR, y el PCL-R han demostrado la baja correlación entre la medición del Factor 1 (interpersonal/afectivo) y la escala de Trastorno Antisocial del Millon. Por el contrario, han sugerido correlaciones más fuertes entre el Factor 2 de Hare (desviación social) y la escala en cuestión (Torres, Lemos-Giráldez, & Herrero, 2013; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008, Hart, Forth, & Hare, 1991).

Precisamente, no llama la atención que los últimos aportes a la prueba realizados por Grossman y del Rio (2005) traten de establecer ciertas dimensiones y facetas de la personalidad correspondientes a cada trastorno que se pretende medir. De esa forma, pretenden no encasillar a los sujetos dentro de un determinado diagnóstico, por el contrario, buscan agrupar rasgos característicos de cada patología para darle un sentido dimensional al síndrome particular del sujeto (Grossman & del Rio, 2005).

Si bien la creación de facetas de la personalidad de Grossman sigue siendo un intento por ajustar el MCMI-III a un enfoque dimensional, la prueba sigue manteniendo la misma estructura y lógica de aplicación. Es decir, mide las facetas según la presencia de ciertas conductas específicas reportadas por el evaluado a través de un cuestionario de respuestas dicotómico. Ésto podría ser insuficiente para cumplir con las exigencias de una evaluación dimensional, ya que no permiten medir la intensidad, historicidad, y desarrollo del síndrome. En alusión a ésto, se podría especular que a pesar de estos aportes, el MCMI-III sigue sin ofrecer una ponderación total de la gravedad y especificidad de los síntomas, sino que se limita solo a la medición de la conducta antisocial.

No obstante, como se mencionó en la primera sección, existen estudios que podrían revelar la importancia de la medición de la dimensión conductual del fenómeno antisocial. Las investigaciones de Nguyen, Abrach-Lucioni, y Andrés-Pueyo (2011), Luengo, Otero, Romero, Gómez-Fraguela, y Tavares-Filho (1999), Redondo, Pérez y Martínez (2007), Redondo, Luque, Navarro y Martínez (2005), Hare y Neumann (2010), muestran que la presencia de sintomatología antisocial a nivel conductual es un potente factor de riesgo para la reincidencia de actos violentos, así también como para la presencia de trastornos de personalidad. A su vez, recogen evidencia empírica con

relación a ciertas conductas específicas que pueden ser medidas a través de ítems con la potencialidad de posicionar a un sujeto dentro del espectro antisocial. En ese sentido, podría destacarse la capacidad del MCMI-III para medir este tipo de variables conductuales, en tanto podría aportar información confiable y pertinente dentro de diversos procesos de evaluación clínica o forense.

En función a esto, la prevalencia del trastorno en la población fue medida a partir de la escala *íntegra* de Trastorno Antisocial de la Personalidad y la escala *resultante* de Trastorno Antisocial de la Personalidad. Los resultados obtenidos mostraron que la medición del trastorno en cuestión utilizando la escala resultante captó 3 casos más de Trastorno Antisocial que los encontrados por la escala *íntegra*. Si bien la diferencia de casos captados entre las escalas es baja, podría esperarse que en un estudio con una población de reclusos más amplia, se muestren diferencias significativas, en tanto se aportaría más variabilidad a los casos.

Ahora bien, resulta pertinente destacar que el comportamiento de ambas escalas es similar en la relación que existe entre las tendencias centrales representadas en las medias y los puntajes máximos en cada escala. En ambos casos, la distancia entre el puntaje promedio y el puntaje máximo es mayor al doble de la desviación estándar (DS). Si bien la distancia que existe entre la media y el puntaje mínimo es mayor en la escala *íntegra* que en la escala *resultante*, la diferencia sigue siendo menor en comparación a la diferencia entre las medias y los puntajes máximos. En ese sentido, en tanto la distribución de los puntajes es no-paramétrica, los resultados muestran que la mayoría de participantes no presentan el Trastorno Antisocial. Es por este motivo que 8 parece ser una puntuación adecuada para establecer un punto de corte, ya que mantiene la misma tendencia en ambas escalas.

Con relación al análisis del tipo de delito con la presencia del Trastorno Antisocial, se puede apreciar que los resultados obtenidos para ambas escalas es similar. Cabe recalcar que la muestra total estuvo conformada por 48 reclusos detenido por Robo Agravado, en comparación con solo 7 reclusos por Homicidio Culposo, 6 por TID, y 5 por otros delitos. Probablemente, el delito por Robo Agravado sea el más frecuente entre los reclusos antisociales de esta investigación en tanto su número fue mayor en la muestra. No obstante, se puede hipotetizar que la manifestación del Robo

Agravado, contrariamente al homicidio culposo, podría implicar una intencionalidad acusada y violenta de infringir la ley.

Por otro lado, considerando que los participantes pertenecían al programa C.R.E.O solo se encontró un caso de reincidencia entre todos los participantes. No obstante, este mismo sujeto obtuvo el puntaje suficiente para ser diagnosticado con trastorno antisocial dentro del marco de la prueba. Es importante señalar que estudios como el de Nguyen, Abrach-Lucioni, y Andrés-Pueyo (2011) y Luque, Ferrer, y Capdevila (2005) muestran que sujetos con pronunciados rasgos de personalidad antisocial tienen 2.8 más veces de probabilidad de reincidir en el delito. En ese sentido, podría esperarse que en una investigación que capte a un mayor número de reincidentes, sean éstos últimos un porcentaje considerable dentro de los sujetos que presenten sintomatología antisocial.

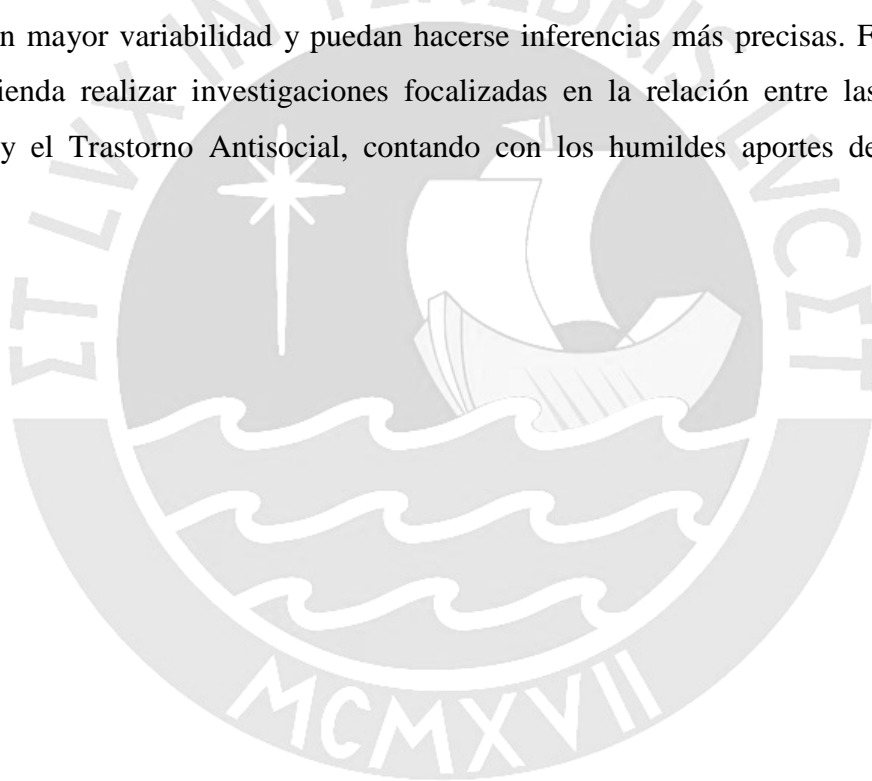
Finalmente, se puede observar que más del 35% de los sujetos que presentan sintomatología antisocial acusada han estado internados en un centro juvenil de readaptación social. Ésto coincide con lo encontrado en diversos estudios que han empleado entrevistas estructuradas como el PCL-R, en donde los problemas de conducta tempranos están fuertemente relacionados con el Trastorno Antisocial (Hare, 2003; Nguyen, Abrach-Lucioni, Andrés-Pueyo, 2011; Lonaiz, Irureta, & Doménech, 2011).

En suma, la presente investigación ha contribuido en la exploración de las propiedades psicométricas de la escala de Trastorno Antisocial del Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Los hallazgos obtenidos a través del análisis de Covariación Conjunta Alpha de Cronbach para determinar la fiabilidad de un instrumento psicométrico ha demostrado que la escala en cuestión brinda datos confiables en la medición del constructo antisocial. No obstante, el análisis de validez interna a través de los coeficientes de correlación Pearson ítem-test mostró la inconsistencia de algunos de los ítems para discriminar la presencia de sintomatología antisocial.

A su vez, el contraste de estos resultados con otras investigaciones ha permitido realizar una aproximación a los alcances y limitaciones teóricos y prácticos del MCMI-III con relación a la medición del Trastorno Antisocial. En ese sentido, se concluye que si bien la escala podría aportar datos confiables, éstos se limitan al espectro conductual

antisocial sin abarcar los aspectos estructurales, afectivos/interpersonales, y funcionales que comprende el fenómeno. En ese sentido, el MCMI-III no debe considerarse un instrumento que determina la presencia del Trastorno Antisocial de la Personalidad, ya que, probablemente, explique más la conducta antisocial que la personalidad antisocial.

Finalmente, se propone una línea de investigación orientada a indagar las propiedades psicométricas de otras escalas del MCMI-III, para garantizar su uso como instrumento de evaluación clínica y forense. A su vez, se recomienda el estudio del fenómeno antisocial a partir de entrevistas estructuradas y evaluaciones actuariales, así como instrumentos psicométricos orientados a medir rasgos de personalidad. Además, es necesario el trabajo con muestras de mayor tamaño para que la información recogida cuente con mayor variabilidad y puedan hacerse inferencias más precisas. Finalmente, se recomienda realizar investigaciones focalizadas en la relación entre las variables jurídicas y el Trastorno Antisocial, contando con los humildes aportes del presente estudio.





REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders, IV-Tr* (DSM-IV Tr). Washington, D.C., American Psychiatric Association (APA).
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC: Author.
- Anderson, C.A. y Bushman, B.J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Alvaro-Brun, E., & M, Vegue-González. (2008). Validez del Cuestionario Internacional Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Revista Esp Sanid Penit*, 10(1), 35-40.
- Aluja, A. (1991). Evaluación Clínica y Psicométrica del Trastorno Antisocial de la Personalidad. *Revista de Psiquiatría de la Facultad Médica (Universitat de Barcelona)*, (18) 2, 59-70.
- Arroyo, J., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de la personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Esp Sanid Penit*, 11(1), 11-15.
- Barba B, 2001. Razonamiento moral de principios en estudiantes de secundaria y de Bachillerato. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, Vol. 6, No. 13, pp. 501-523, Septiembre-Diciembre.
- Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicopatología*. Madrid: Paraninfo
- Ballester, A. & Ventura, M. (2010). Evaluación mediante el Inventario MCMI-III de mujeres víctimas de maltrato psicológico por parte de su anterior pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36 (2), 68-76.
- Ben Portha, J., & Tellegen (2009). MMPI-2-RF Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado, (Ed) TEA, España.
- Blair, R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 182 (1), 5-7.
- Cardenal, V., & Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: Una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18, 305-324.
- Choca, J. Evolution of Millon's Personality Prototypes (1999). *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 353-364.
- Crijnen, A.A.M., Achenbach, T.M. y Verhulst, F.C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist syndrome constructs. *The American Journal of Psychiatry*, 156(4), 569-574.

- Dyer, F.J. (1997). Application of the Millon inventories in forensic psychology. In T. Millon (Ed.) *The Millon inventories: Clinical and personality assessment*. 124–139
- Echeburúa, J., Bravo de Medina, R., y Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: a comparative study. *Alcohol and Alcoholism*, 42, 618-622.
- Echeburúa, E., Muñoz, J., y Lonaiz, J. (2011) La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 11(1) 141-159
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2013) Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica.
- Farías, M., y Gaxiola, J. (2008) Consecuencias de la Violencia Familiar experimentada directa e indirectamente en niños: ansiedad, conducta antisocial, y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología* 25 (2) 237-248.
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20 (2), 193-198.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J.J., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2002). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 217-225.
- Ferrando, P.J., Demestre, J. (2008). Características de forma y contenido que predicen la capacidad discriminativa en ítems de personalidad: un análisis basado en la Teoría de Respuesta a los Ítems. *Psicothema*, 20 (4), 851-856.
- Ferrer, V. Bosch, E. García, E. Manassero, M. y Gili, M. (2006). Maltratadores (en casos de violencia doméstica) vs. no maltratadores: un análisis descriptivo de los estudios comparativos para el período 1988-1998. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 11(26), 71-98.
- Folino, J. (2003). Trastorno antisocial de la personalidad en prisioneros. *Revista de la facultad de las ciencias médicas (Universidad de la Plata)*, 1 (1), 7-13.
- Gabbard, G. (2002) *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- George, D. y Mallery, P. (2003). *spss for Windows step by step: A Simple Guide and Reference*. 11.0 Update (4.ª ed.). Boston: Allyn & Bacon
- Gonçalves, R., & Vieira, S. (2005). Agresores Sexuales y Peligrosidad: La contribución de la Psicopatía. *Revista del Proyecto FCT – POCTI 37535/PSI/2001*, “Crimes sexuais: Das vítimas aos ofensores”. (Universidade do Minho) Braga, 167-176
- Grossman, S.D. and Del Rio, C. (2005). The MCMI-III facet subscales. In R.J. Craig (Ed.), *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*
- Hare, R.D. (2001). Psychopaths and their nature. En A. Raine y J. Sanmartín (Eds.): *Violence and psychopathy*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 5-34.

- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2nd ed.)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports*, 7, 57–64.
- Hare, R., Neumann, C. (2010) The Role of Antisociality in the Psychopathy Construct: Comment on Skeem and Cooke. *Psychological Assessment American Psychological Association*. 22, (2), 446 -454
- Holtzworth-Munroe, A., Rehman, U. y Herron, K. (2000). General and spouse-specific anger and hostility in subtypes of maritally violent men and nonviolent men. *Behavior Therapy*, 31, 603-63
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2013). *Estadísticas de Seguridad Ciudadana: Informe Técnico N° 03-2013*.
- Instituto Nacional Penitenciario (INPE) (2013). *Informe Estadístico Penitenciario Diciembre 2013*. Lima, Perú.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002: Informe General*. *Anales de Salud Mental*, XVIII, 1-2
- Iza, M. (2002). *Personalidad, adolescencia y delito. Un estudio en adolescentes institucionalizados de Lima-Perú*. Memoria para obtener el grado de Magíster en Evaluación psicológica clínica y forense. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Taylor, A. (2004). “Physical maltreatment victim to antisocial child: Evidence of an environmentally mediated process”. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 44–55.
- Johnson, R., Gilchrist, E., Beech, A., Weston, S., Takriti, R. y Freeman, R. (2006). A Psychometric Typology of U.K. Domestic Violence Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1270-1285.
- López-Barrachina R., Lafuente, O., & Garcia-Latas, J. (2007). Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Rev. esp. sanid. penit.* (9) 2, 28-40.
- López, MJ., y Nuñez, G. (2009) Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica*. 7, 1-17
- Luengo, M.A., Carrillo, M.T., Otero, J.M. y Romero, E. (1994). A short-term longitudinal study of impulsivity and antisocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 542-548.
- Makhamid, Y., Mendes, B., Rodrigues, H., Carvalho, H. & Alchieri, J. (2011). Trastornos de la personalidad borderline como escala secundaria en usuarios de alcohol o drogas especificadas por el MCMI-III. XII Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2011. Extraído de http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/50199/

- Millon, T. (1994). *Millon index of personality styles*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Millon, T. & Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (2nd Ed.)*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. & Grossman, S.D. (2005). Personology: A Theory based on evolutionary concepts. En M. F. Lenzenweger y J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (págs. 332-390). Nueva York: Guilford Press.
- Millon, T. & Grossman, S. (2007). *Resolving Difficult Clinical Syndromes: A Personalized Psychotherapy Approach*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Millon, T., Millon, C. Davis, R. & Grossman, S. (2009). *MCMI-III Manual* (Fourth ed.). Minneapolis, MN: Pearson Education, Inc.
- Minobe, K., Perales, A., Sogi, C., Warthon, D., Llanos, R., & Sato T. (1990). Prevalencia de Vida de Transtornos en Independencia. *Anales de Salud Mental*, 9(2), 9-20.
- Morales, H. (2013) *Comportamiento antisocial persistente y limitado a la adolescencia entre factores institucionalizados*. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Muller, R. (1997) Trastorno de la Personalidad Antisocial: recomendaciones para el tratamiento farmacológico. *Revista de Toxicomanías*. (Universidad de Christchurch) (12), 22-28.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. J. (1995). *Teoría Psicométrica* (3^a ed). México, D.F.: McGraw-Hill Latinamericana.
- Nyugen, T. Arbach-Lucioni, K., Andrés-Pueyo. A. (2011) Factores de Riesgo de la Reincidencia Violenta en Población Penitenciaria. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3 (6) 273-294
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2004) *Neurociencias del Consumo y Sustancias Psicoactivas*.
- Ortiz-Tallo, M., Fierro, A., Blanca, M. J., Cardenal, V. y Sánchez, L. M. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema* 18(3), 459-464
- Otiniano, F. (2012) *Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas de Depresión Mayor y Trastornos de Ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)*. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Patrick, C. (2000). Emociones y psicopatía. En A. Raine y J. Sanmartín, *Violencia y psicopatía*, Barcelona, Ariel., 89-118.

- Perea-Banea, J. Oña-Compan, S. Ortiz-Tallo, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo. *Revista: Psicothema*, 21(1), 39-44
- Pueyo, A. A. y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173
- Raga, J. y Cervera, G. (2002). Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. *Trastornos Adictivos*, 4 (4), 216-222.
- Ramírez, J.M. (1993). Acceptability of aggression in four Spanish regions and a comparison with other European countries. *Aggressive Behavior*, 19(3), 185-197.
- Ramírez, J.M., Andreu, J.M. y Fujihara, T. (2001). Cultural and sex differences in aggression: A comparison between Japanese and Spanish students using two different inventories. *Aggressive Behavior*, 27(4), 313-322.
- Richaud, M., Oros, L. & Lemos, V. (2006). Una adaptación preliminar a la Argentina del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15 (1), 55-62.
- Rodrigues, H., Soares, A., Carlos, J. & Barreto, A. (2009). Traducción y validación del Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III): Adaptación del instrumento para la realidad brasileña. X Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2009. Extraído de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/diagnostico/39494
- Torres, A. Lemos-Giráldez, S. y Herrera, J. (2013) Violencia hacia la mujer: características psicológicas y de personalidad de los hombres que maltratan a su pareja. *Anales de Psicología* 29, 9-18
- Sánchez, R. (2003). Theodor Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Revista Pisco-Usf. (Universidad de São Francisco)*, 8 (2), 163-173.
- Sobral, J., Gómez-Fraguela, J. A., Romero, E., & Luengo, M. A. (2000). Impulsividad, género y contextos, su interacción en la conducta antisocial. *Anuario de Psicología Jurídica* 10 79-91.
- Souci, M. & Vinet, E. (2013). Examen psicométrico exploratorio del Millon Clinical Multiaxial Inventory (III) en población penitenciaria chilena. *Salud & Sociedad* 4 (2), 164-184.
- Spitzer, R. Williams, J. & Gibbon, M. (1987). Structured Clinical Interview For Dsm-III-R, Version NP-V. New York. Biometrics Research Department.
- Stalenheim, E.G. (2001). Personality traits and psychopathy in a forensic psychiatry population. *European Journal of Psychiatry*, 12 (2), 83-91.
- White, R. y Gondolf, E. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 467-488.
- Widakowich, C. (2012) El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(4) 365 a 374.
- Zerpa, C. & Ramírez, J. (2004). Un instrumento de medición del desarrollo moral para

estudiantes universitarios: Defining Issues Test (DIT). Revista de pedagogía, 74(25), 427-449.

Zerpa, C. Henríquez, G. & Ramírez, J. (2006) Estimación del desarrollo moral en una muestra de personas beneficiarias de formulas alternativas al cumplimiento de pena en una prisión del oriente de Venezuela Univ. Psychol. 5 (2): 285-293



APÉNDICES

Apéndice A

*Proceso de Neutralización del ítem
MCMII13*

Ítems	Correlación	Alpha de Cronbach
MCMII7	.499	.697
MCMII13	.186	.729
MCMII14	.407	.707
MCMII17	.220	.726
MCMII21	.103	.734
MCMII38	.295	.719
MCMII41	.131	.732
MCMII52	.353	.714
MCMII53	.496	.697
MCMII93	.418	.707
MCMII101	.464	.701
MCMII113	.096	.735
MCMII122	.341	.714
MCMII136	.381	.710
MCMII139	.447	.703
MCMII166	.357	.712
MCMII172	.097	.737

N=66

*Proceso de Neutralización del ítem
MCMII5*

Ítems	Correlación	Alpha de Cronbach
MCMII7	.515	.703
MCMII13	.179	.737
MCMII14	.416	.713
MCMII17	.191	.737
MCMII21	.090	.742
MCMII38	.316	.725
MCMII41	.110	.741
MCMII52	.378	.719
MCMII53	.493	.705
MCMII93	.432	.713

MCMII01	.471	.707
MCMII22	.336	.722
MCMII36	.383	.717
MCMII39	.457	.709
MCMII66	.365	.719
MCMII72	.096	.745

N=66

*Proceso de Neutralización del ítem
MCMII72*

Ítems	Correlación	Alpha de Cronbach
MCMII7	.508	.711
MCMII13	.183	.745
MCMII14	.414	.721
MCMII17	.180	.746
MCMII38	.312	.732
MCMII41	.116	.748
MCMII52	.383	.726
MCMII53	.502	.711
MCMII93	.467	.717
MCMII101	.469	.715
MCMII22	.327	.731
MCMII36	.395	.723
MCMII39	.449	.717
MCMII66	.350	.728
MCMII72	.107	.752

N=66

*Proceso de Neutralización del ítem
MCMII41*

Ítems	Correlación	Alpha de Cronbach
MCMII7	.489	.724
MCMII13	.243	.750
MCMII14	.386	.735
MCMII17	.185	.757
MCMII38	.338	.741
MCMII41	.083	.762
MCMII52	.369	.738
MCMII53	.519	.720

MCMII93	.467	.728
MCMII101	.462	.727
MCMII122	.321	.743
MCMII136	.408	.733
MCMII139	.464	.726
MCMII166	.349	.739

N=66

*Proceso de Neutralización del ítem
MCMII17*

Ítems	Correlación	Alpha de Cronbach
MCMII7	.501	.734
MCMII13	.252	.761
MCMII14	.368	.749
MCMII17	.166	.770
MCMII38	.349	.751
MCMII52	.357	.750
MCMII53	.489	.735
MCMII93	.489	.737
MCMII101	.466	.738
MCMII122	.327	.754
MCMII136	.441	.741
MCMII139	.474	.737
MCMII166	.352	.750

N=66

*Proceso de Neutralización n del ítem
MCMII13*

Ítems	Correlación	Alpha de Cronbach
MCMII7	.494	.744
MCMII13	.220	.774
MCMII14	.359	.760
MCMII38	.357	.760
MCMII52	.365	.759
MCMII53	.468	.747
MCMII93	.511	.744
MCMII101	.481	.746
MCMII122	.311	.765
MCMII136	.444	.750

MCMII39	.500	.743
MCMII66	.389	.756
<hr/>		
N=66		

*Proceso de Neutralización del ítem
MCMII22*

Ítems	Correlación	Alpha de Cronbach
MCMII7	.493	.749
MCMII14	.354	.766
MCMII38	.377	.763
MCMII52	.385	.762
MCMII53	.492	.749
MCMII93	.507	.749
MCMII101	.492	.749
MCMII22	.280	.775
MCMII36	.388	.762
MCMII39	.513	.746
MCMII66	.420	.758
<hr/>		
N=66		

*Escala de Trastorno Antisocial
resultante*

Ítems	Correlación	Alpha de Cronbach
MCMII7	.471	.752
MCMII14	.352	.769
MCMII38	.385	.764
MCMII52	.391	.763
MCMII53	.509	.747
MCMII93	.512	.748
MCMII101	.467	.753
MCMII36	.373	.766
MCMII39	.527	.744
MCMII66	.440	.757
<hr/>		
N=66		

Apéndice B

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **Isaac Herrera**, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Esta investigación responde exclusivamente al curso de Seminario de Tesis II a cargo del **Mg. Hugo Morales**. La meta del presente estudio es explorar las propiedades psicométricas de una prueba psicológica.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar la siguiente encuesta, anexada a este documento. Ésta tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, **serán anónimas**.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Isaac Herrera

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **Isaac Herrera**, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es explorar las propiedades psicométricas de una prueba psicológica. Esta investigación responde exclusivamente al curso de Seminario de Tesis II a cargo del **Mg. Hugo Morales**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo

decida, sin que ésto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Isaac Herrera.

Firma del Participante

Fecha:



Apéndice C

Ficha de datos Demográficos:

1. Datos de filiación:

Edad:

Fecha y lugar de nacimiento:

Grado de Instrucción:

Estado Civil:

Cantidad de Hijos:

Ocupación previa al ingreso:

2. Datos Jurídicos:

Fecha de ingreso al Penal:

Tiempo de Reclusión (en meses):

Número de ingresos a Prisión (incluyendo el actual):

Internamiento en Centro de Readaptación Juvenil: SI / NO

Programa de reinserción social al que pertenece:

Situación Jurídica: sentenciado / procesado

En caso de haber sido sentenciado, responda:

¿Por qué delito fue sentenciado?

¿Cuál es su sentencia?

En caso de haber sido procesado, responda:

¿Por qué delito está siendo procesado?



Apéndice D

Datos Demográficos y jurídicos de la muestra

	M	DS	Med	Min	Max
Edad	25.44	3.451	25.5	19	39
Tiempo de Reclusión (meses)	46.79	16.041	48	15	84

Datos Demográficos y Jurídicos de la muestra

		N	%
Procedencia	Lima	58	87.7
	Provincias	8	12.3
Grado de Instrucción	Primaria	8	12.1
	Secundaria Incompleta	36	54.5
	Secundaria Completa	17	25.8
	Superior Técnica/Universitaria	5	7.6
Estado Civil	Casado	17	25.8
	Sin Pareja	49	74.2
Padres	Si	40	60.6
	No	26	39.4
Delito	Robo agravado	48	72
	Homicidio culposo	7	10.6
	Trafico ilícito de drogas	6	0.1
	Tenencia ilegal de armas	2	3
	Otros	3	4.5
Internamiento en centro juvenil	Si	17	25.8
	No	49	74.2

Ingreso	Primario	65	98.50%
	Reincidente	1	1.50%

