

Original

RESP

# Trastornos de la personalidad, adicciones y psicopatía como predictores de la conducta delictiva en una muestra penitenciaria

Flórez G<sup>1,2</sup>, Ferrer V<sup>2</sup> †, García LS<sup>2</sup>, Crespo MR<sup>2</sup>, Pérez M<sup>2</sup>, Saiz PA<sup>1,3</sup><sup>1</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Oviedo. España.<sup>2</sup>Servicios Médicos del Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar. Ourense. España.<sup>3</sup>Departamento de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. España.

## RESUMEN

**Objetivo:** Las perturbaciones de la personalidad y las adicciones se asocian con un aumento del riesgo de cometer delitos y, con ello, de ingresar en prisión. En este estudio se analiza la relación entre estos factores con una muestra de internos en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar de Ourense.

**Material y método:** 204 internos participaron en este estudio transversal retrospectivo con un diseño ciego simple. Se analizaron las siguientes variables: trastornos de la personalidad y psicopatía, consumo de sustancias, historial delictivo y variables sociodemográficas.

**Resultados:** 101 (49,5%) internos recibieron un diagnóstico de trastorno de la personalidad. Los más frecuentes fueron: narcisista, 43 (21,08%); antisocial, 38 (18,63%); y paranoide, 29 (14,22%). La presencia de cualquier trastorno de la personalidad se asoció a un aumento en el riesgo de cometer delitos, especialmente delitos violentos y contra la propiedad. Los trastornos de la personalidad más frecuentes se asociaron a puntuaciones más elevadas en los instrumentos de valoración de la psicopatía. Puntuaciones elevadas en la escala de evaluación de psicopatía de Hare revisada (*Psychopathy Checklist Reviewed*, PCL-R) se correlacionaron con un mayor riesgo de cometer delitos violentos, contra la salud pública, contra la propiedad y de alteración del orden público. El consumo de sustancias adictivas se asoció a la comisión de delitos contra la propiedad. La metadona destacó por su papel protector frente a la comisión de delitos violentos.

**Discusión:** En esta muestra, se objetiva que los internos presentan una mayor prevalencia de trastornos de la personalidad, psicopatía y consumo de sustancias adictivas. Estas tres variables aumentaron de forma significativa el riesgo de cometer delitos.

**Palabras clave:** trastornos de la personalidad, trastornos relacionados con sustancias, prisiones, metadona.

## PERSONALITY DISORDERS, ADDICTIONS AND PSYCHOPATHY AS PREDICTORS OF CRIMINAL BEHAVIOUR IN A PRISON SAMPLE

### ABSTRACT

**Aims:** Disturbances in personality and addictions are associated with an increased risk of committing crimes and therefore of being imprisoned. In this study, the relationship between these factors is analyzed through a sample of inmates in the Prison of Pereiro de Aguiar, Ourense.

**Material and method:** 204 inmates participated in this transversal simple blind design study. The following variables were analyzed: presence of personality disorders and psychopathy, history of addictive psychoactive substance use, criminal history and socio-demographic variables.

**Results:** 101 (49.5%) inmates received a diagnosis of personality disorder, the most frequent being: narcissistic, 43 (21.08%); antisocial, 38 (18.63%); and paranoid, 29 (14.22%). The presence of any personality disorder was associated with an increase in the risk of committing crimes, especially violence and crimes against property. The most frequent personality disorders were associated with higher scores in the psychopathy assessment tools. Higher scores in the Psychopathy Checklist Reviewed (PCL-R) correlated with an increased risk of committing the following crimes: violent, against public health, against property

and disorderly conduct. The consumption of addictive psychoactive substances was associated with the commission of crimes against property. Methadone stood out for its protective role against the commission of violent crimes.

**Discussion:** This sample shows that inmates have a higher prevalence of personality disorders, psychopathy and consumption of addictive psychoactive substances. These three variables significantly increased the risk of committing crimes.

**Keywords:** personality disorders, substance related disorders, prisons, methadone.

Texto recibido: 04/03/2018

Texto aceptado: 08/11/2018

## INTRODUCCIÓN

Dentro de los trastornos psiquiátricos hay dos que destacan sobre los demás como factores de riesgo para presentar una conducta delictiva que lleve a una persona a ingresar en prisión: por un lado, los trastornos adictivos; por otro lado, los trastornos de la personalidad (TP), que multiplican por tres la incidencia de comisión de delitos frente a otras poblaciones<sup>1</sup>. Dentro de los TP, el trastorno antisocial de la personalidad (TAP), caracterizado por la presencia de un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás, cuyo inicio debe ser anterior a los 15 años de edad<sup>2</sup>, sería el que implica una mayor tasa de comisión de delitos y, por lo tanto, el de mayor riesgo para ingresar en prisión. Sin embargo, los estudios indican que, frente a otros TP, el TAP solo aumenta el riesgo de comisión de delitos violentos<sup>1</sup>.

Obviamente, una forma de confirmar estos hallazgos es estudiar la prevalencia de estos trastornos en la población penitenciaria. En los estudios de revisión realizados hasta la fecha, la relación entre los TP y las conductas delictivas parece probada. Frente a una prevalencia en la población penitenciaria del 4% para los trastornos psicóticos, un 12% para la depresión mayor, para el TAP es de un 21%<sup>3,4</sup>. Sin embargo, las tasas de prevalencia de TP y TAP son muy heterogéneas entre los distintos estudios<sup>3,4</sup>. La media en estudios de revisión en el ámbito internacional se sitúa en un 47%<sup>3</sup>, en claro contraste con la población general, donde se sitúa en un 9,1%<sup>5</sup>. En España, las tasas de prevalencia varían entre los distintos estudios, entre un 30 y un 76,7% para los TP en general, y entre un 11,9% y un 47,5% para el TAP<sup>6-9</sup>.

Los estudios internacionales indican una prevalencia en la población penitenciaria para las adicciones de entre 10-30% para los problemas relacionados con el alcohol, y entre un 10-60% para los problemas relacionados con sustancias ilegales<sup>10</sup>. En lo referente a la presencia de conductas adictivas en este medio, los

estudios indican una prevalencia de adicciones que va del 27 al 66% en la población penitenciaria<sup>7</sup>; en otro estudio, se apreció que, cuando ingresaron en prisión, un 78,40% de los encuestados decían consumir alcohol y tabaco, y un 27,6% decían consumir alguna droga ilegal<sup>11</sup>.

Pese a toda esta heterogeneidad, está claro que, en la población penitenciaria, la prevalencia de los TP en general, del TAP en particular, y de las adicciones, supera ampliamente a las cifras que se obtienen en la población general<sup>12</sup>. También se ha demostrado una relación clara entre los TP y las adicciones<sup>5</sup>.

Existe otro trastorno, no incluido en las clasificaciones internacionales de diagnóstico, que se relaciona con una mayor prevalencia de agresividad instrumental y de conductas delictivas y con una menor tasa de respuesta a las intervenciones psicosociales, y que, por lo tanto, implica un mayor riesgo de ingresar en prisión; se trata de la psicopatía o trastorno psicopático de la personalidad (TPP)<sup>13-15</sup>. La psicopatía se estructura en tres factores claramente diferenciados:

- Factor 1: Baja respuesta emocional y ausencia de empatía.
- Factor 2: Estilo interpersonal arrogante y grandioso.
- Factor 3: Una conducta errática e impulsiva<sup>16-22</sup>.

Se trataría de un trastorno poco prevalente en la población general, en torno al 0,5-1%, pero cuya prevalencia aumenta, como era de esperar, en muestras penitenciarias y forenses hasta, por lo menos, un 15%<sup>16,23</sup>. En España, los estudios realizados en muestras penitenciarias indican una prevalencia de la psicopatía algo superior al 20%<sup>24</sup>.

Los expertos en el campo de la psicopatía se dividen entre los que consideran las conductas antisociales y criminales como una dimensión necesaria en la psicopatía<sup>18,25-28</sup> y los que no las consideran así<sup>16,17,29-31</sup>.

Las conductas adictivas se relacionan de forma significativa con el factor conductual de irresponsabilidad social (factor 3), pero no con los factores emocionales

e interpersonales que definen la psicopatía<sup>32</sup>. Además, existe una relación entre los síntomas que definen el TAP, en particular, y otros TP, como el narcisista, y los distintos factores que definen la psicopatía<sup>19,33</sup>.

El solapamiento entre el TAP y la psicopatía es muy grande, ya que el primero entre los síntomas que lo definen es la ausencia de remordimientos (factor 1), la no valoración de la verdad (factor 2) o la impulsividad (factor 3). El sistema diagnóstico categorial por agrupación de síntomas permite que haya individuos psicopáticos con TAP, e internos con TAP pero sin psicopatía<sup>2</sup>, algo que ya se demuestra en estudios en edades infantiles<sup>23,34-37</sup>. Los métodos de evaluación de la psicopatía también permiten que pueda haber individuos psicopáticos que no cometen actos delictivos<sup>17,30</sup>.

En resumen, los TP, la psicopatía y las adicciones son factores de riesgo para la aparición y el mantenimiento de conductas delictivas que conllevan un ingreso en prisión. Estos tres factores de riesgo se relacionan entre sí, sin que todavía se haya estudiado a fondo la forma en que lo hacen.

El objetivo del presente estudio es analizar esa relación entre los TP, la psicopatía y las adicciones para determinar cómo influyen en los distintos delitos que implican el ingreso en prisión en una muestra representativa de internos que cumplen condena en un centro penitenciario del país.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense). Se valoró la participación de todos los internos penados entre abril de 2014 y abril de 2016. Los criterios de inclusión fueron: haber cumplido por lo menos seis meses de la condena en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: no hablar el español de forma fluida y padecer una enfermedad orgánica o psiquiátrica que impidiese al interno participar en el estudio.

De los 330 internos valorados para participar en el estudio, 126 internos (38,18%) no cumplían los criterios de inclusión y fueron excluidos: 10 (7,93%) rechazaron participar y no firmaron el consentimiento informado; 16 (12,69%) no hablaban el español de forma fluida; 32 (25,39%) padecían una enfermedad orgánica o psiquiátrica que les impedía participar en el estudio; y 68 (53,99%) no habían cumplido al menos seis meses de su condena en el centro. En total, 204 internos (61,82%) cumplían los criterios de inclusión y participaron en el estudio.

La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Vigo-Ourense-Pontevedra (2014/009). El estudio se realizó de acuerdo a la Declaración de Helsinki.

Todos los internos completaron el siguiente protocolo de evaluación:

- *International Personality Disorder Examination (IPDE) DSM version*: entrevista semiestructurada destinada a realizar diagnósticos de TP categoriales siguiendo el modelo del DSM<sup>38</sup>.
- *Psychopathy Checklist Reviewed (PCL-R)*: desarrollada por Hare<sup>39-40</sup> es la herramienta *gold standar* en el campo de la evaluación de la psicopatía. La capacidad psicométrica y predictiva del PCL-R está bien establecida<sup>25,28</sup>. El autor del PCL-R defiende un modelo estructural de la prueba organizada en dos factores y cuatro facetas: factor 1 interpersonal (faceta 1) y afectivo (faceta 2); y factor 2 de desviación social: estilo de vida (faceta 3) y antisocial (faceta 4)<sup>18,28</sup>. Previamente, otros autores habían presentado un modelo de tres factores: estilo personal arrogante y falso, experiencia afectiva deficiente y conducta impulsiva e irresponsable<sup>17</sup>.
- *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP)*: entrevista semiestructurada desarrollada por Cooke, *et al.*<sup>31</sup>. El CAPP se estructura en seis dimensiones: apego, conductual, cognitivo, dominancia, emocional y sí mismo (*self*). Estudios previos han demostrado su validez psicométrica<sup>41-44</sup>.
- *Variables sociodemográficas y penitenciarias recogidas*: género, edad, nacionalidad, años de educación completados, estado civil, estancia total en prisión en meses, tipo y número de delitos cometidos, tipo, edad de inicio y número de sustancias adictivas distintas de la nicotina consumidas, separando el consumo de alcohol del abuso de alcohol. En la Tabla 1 se presentan la distribución de estas variables y la prevalencia de los TP según el IPDE en la muestra.

Uno de los investigadores, Flórez, evaluó a todos los internos usando el IPDE, el PCL-R y el CAPP, permaneciendo ciego a los resultados de las variables sociodemográficas y penitenciarias.

## Análisis estadístico

La descripción de las variables del presente estudio se realizó a través de su media y la desviación estándar en el caso de las variables continuas, y por su número de ocurrencias y porcentaje en las categóricas. En el caso de las variables continuas, las comparaciones entre dos grupos, como estas no presentaban normalidad, se hicieron aplicando el test de Mann-Whitney.

Tabla 1. Variables sociodemográficas y penitenciarias de la muestra, junto a la prevalencia de trastornos de la personalidad según el IPDE\*

Variabes	N.º de internos (%)	Variabes	N.º de internos (%)
Género		Drogas/alcohol, edad de inicio	
Hombre	176 (86,27%)	Alcohol	15,62%
Mujeres	28 (13,73%)	Abuso de alcohol	20,81%
Edad (mediana, DS†)	40,93 (11,18%)	Heroína	19,51%
Nacionalidad		Metadona	26,31%
Española	179 (87,75%)	Otros opiáceos	25,80%
Otras	25 (12,25%)	Benzodiacepinas	21,29%
Educación años completados (mediana, DS)		Cocaína	18,62%
Básica	8,84 (1,95%)	Anfetaminas	17,29%
Superior	0,24 (0,88%)	Cannabis	15,81%
Estado civil		Alucinógenos	17,90%
Casado	49 (24,01%)	Inhalantes	16,14%
Separado /divorciado	61 (29,9%)	Tipo de delitos	
Viudo	1 (0,51%)	Contra la salud pública	79 (38,73%)
Soltero	93 (45,58%)	Contra la propiedad	116 (56,86%)
Meses totales en prisión (mediana, DS)	75,08 (83,56%)	Violentos	91 (44,61%)
Uso de alcohol y drogas		Otros	54 (26,47%)
Alcohol	165 (80,88%)	Alteración del orden	32 (15,69%)
Abuso de alcohol	78 (38,24%)	Conducción bajo los efectos del alcohol	42 (20,59%)
Heroína	90 (44,12%)	Otras alteraciones del tráfico	60 (29,41%)
Metadona	70 (34,31%)	Dos o más	149 (73,04%)
Otros opiáceos	15 (7,35%)	Tres o más	81 (39,71%)
Benzodiacepinas	38 (18,63%)	Cuatro o más	26 (12,75%)
Cocaína	125 (61,27%)	Diagnósticos IPDE	
Anfetaminas	28 (13,73%)	Paranoide	29 (14,22%)
Cannabis	117 (57,35%)	Esquizoide	0 (0%)
Alucinógenos	30 (14,71%)	Esquizotípico	1 (0,49%)
Inhalantes	7 (3,43%)	Antisocial	38 (18,63%)
Dos o más	142 (60,61%)	Borderline	15 (7,35%)
Tres o más	112 (54,90%)	Histriónico	13 (6,37%)
Cuatro o más	92 (45,10%)	Narcisista	43 (21,08%)
Dos o más (sin alcohol ni metadona)	114 (55,88%)	Evitativo	17 (8,33%)
Tres o más (sin alcohol ni metadona)	86 (42,16%)	Dependiente	2 (0,98%)
Cuatro o más (sin alcohol ni metadona)	49 (24,02%)	Obsesivo	2 (0,98%)
		Más de uno	103 (11,76%)

Nota. †DS: Desviación estándar; \*IPDE: examen internacional de los trastornos de la personalidad (*International Personality Disorder Examination*).

Para las variables categóricas, las comparaciones se hicieron por medio del test de chi-cuadrado, o bien del test exacto de Fisher en aquellos casos en los que las frecuencias teóricas eran inferiores a 5. Se usó el coeficiente de correlación de Pearson como método para medir la fuerza de asociación lineal entre las variables continuas y los modelos de regresión lineal múltiple y logística, con el fin de determinar las posibles relaciones multivariantes existentes. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

En el primer análisis se comparó a aquellos internos que no presentaban ningún TP (101, el 49,5%) con los siguientes grupos de internos: los que presentaban algún TP (103, el 50,5%), los que presentaban dos o más TP (49, el 24,01%), y los que padecían los TP más frecuentes (narcisista, antisocial, paranoide, evitativo, *borderline* e histriónico). La comparación se realizó para las variables de inicio y consumo de tóxicos (Tabla 1), para los delitos cometidos (Tabla 1) y para las puntuaciones del PCL-R (el total y sus factores y facetas) y del CAPP (el total y sus dimensiones). En la Tabla 2 se presentan los resultados significativos.

Posteriormente, se compararon entre ellos los TP más prevalentes, incluyendo los casos mixtos más prevalentes. Los resultados se presentan en la Tabla 3.

A continuación, se valoró la relación entre el consumo de tóxicos y el tipo de delito cometido. Por un lado, se tomaron las edades medias de inicio de consumo, observándose las siguientes relaciones significativas: abuso de alcohol y alteraciones del orden público, 17 frente a 19 ( $p = 0,049$ ); metadona y alteración del orden público, 20 frente a 28 ( $p < 0,0001$ ); benzodiazepinas y otras alteraciones del tráfico, 16 frente a 20 ( $p = 0,027$ ); cocaína y alteración del orden público, 15 frente a 18 ( $p = 0,006$ ). El inicio más precoz del consumo se asociaba a una mayor prevalencia del delito.

También se realizó un análisis de correlación entre las edades medias de inicio de consumo y las puntuaciones del PCL-R, obteniendo solo resultados significativos para la metadona: PCL-R total de 0,265 ( $p = 0,026$ ); factor 2 0,317 ( $p = 0,007$ ); faceta 3 0,27 ( $p = 0,024$ ); y faceta 4 0,333 ( $p = 0,005$ ).

El mismo análisis se realizó con el CAPP, con resultados significativos para la cocaína: CAPP total -0,202 ( $p = 0,004$ ), apego -0,153 ( $p = 0,029$ ), conducta -0,14 ( $p = 0,046$ ), cognitivo -0,156 ( $p = 0,0026$ ), dominancia -0,204 ( $p = 0,003$ ), emocional -0,231 ( $p = 0,001$ ), y *self* -0,17 ( $p = 0,015$ ); y para el cannabis: apego -0,155 ( $p = 0,027$ ), y emocional -0,144 ( $p = 0,04$ ).

También se realizó el mismo análisis para la prevalencia de consumo de cada sustancia (Tabla 4). En general, el consumo de sustancias se asocia a más delitos y a puntuaciones más elevadas en el PCL-R y el CAPP.

El análisis univariante concluyó con una correlación entre las puntuaciones del PCL-R y el CAPP con el tipo de delito cometido. Se obtuvieron las siguientes correlaciones significativas:

- Delitos contra la salud pública: factor 1 0,295 ( $p < 0,0001$ ), faceta 1 0,294 ( $p = 0,001$ ) y faceta 2 0,232 ( $p < 0,0001$ ); cognitivo -0,142 ( $p = 0,042$ ).
- Delitos contra la propiedad: factor 1 0,193 ( $p = 0,012$ ), factor 2 0,516 ( $p < 0,0001$ ), faceta 1 0,179 ( $p = 0,021$ ), faceta 2 0,165 ( $p = 0,018$ ), faceta 3 0,486 ( $p < 0,0001$ ), y faceta 4 0,447 ( $p < 0,0001$ ).
- Delitos violentos: factor 1 0,11 (0,032), factor 2 0,206 ( $p < 0,0001$ ), faceta 2 0,131 ( $p = 0,019$ ), y faceta 4 0,196 ( $p < 0,0001$ ).
- Alteración del orden público: factor 2 0,185 ( $p = 0,008$ ), faceta 3 0,156 ( $p = 0,009$ ), y faceta 4 0,184 ( $p < 0,0001$ ).
- Conducción bajo los efectos del alcohol: factor 1 -0,327 ( $p < 0,0001$ ), factor 2 -0,172 ( $p = 0,007$ ), faceta 1 -0,277 ( $p = 0,023$ ), faceta 2 -0,307 ( $p < 0,0001$ ), faceta 3 -0,138 ( $p = 0,012$ ), y faceta 4 -0,181 ( $p = 0,006$ ).

Por último, se analizaron los modelos de regresión usando todas las variables empleadas en el estudio monovariante, además de las variables sociodemográficas presentes en la Tabla 1. En la Tabla 5 se presentan los resultados para los meses totales en prisión; en este caso se realizó una regresión lineal múltiple. En la Tabla 6 se presentan los modelos de regresión logística para los tipos de delito y para la comisión de dos o más delitos.

## DISCUSIÓN

En este estudio, al igual que en otros nacionales e internacionales<sup>1,3,4,6-10</sup>, queda clara la elevada prevalencia de TP y el consumo de sustancias entre los internos evaluados en comparación con la población general. En esta muestra, la presencia de un TP, o más de uno, implica un inicio más precoz y una mayor prevalencia del consumo de tóxicos, con la excepción del alcohol, puntuaciones más elevadas en el PCL-R y el CAPP, que indican un mayor riesgo de psicopatía y una psicopatología de la personalidad más marcada. Todo esto aumenta el riesgo de cometer delitos violentos, algo ya indicado en revisiones internacionales<sup>1</sup>. Por otro lado, se puede observar que el consumo

Tabla 2. Comparación entre los internos que no presentan ningún trastorno de la personalidad (TP) con los que presentan un TP, más de uno o uno específico, con respecto a la edad de inicio, y la prevalencia de consumo de tóxicos, la comisión de delitos, y las puntuaciones en el *Psychopathy Checklist Reviewed* y el *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality*

Variable	Algún TP	Más de un TP	TP narcisista	TP antisocial	TP paranoide	TP evitativo	TP borderline	TP histriónico
Edad de inicio del consumo								
Alcohol	15 vs.* 16 (p = 0,004)	n.s.†	n.s.	14 vs. 16 (p = 0,004)	14 vs. 16 (p = 0,04)	n.s.	n.s.	n.s.
Abuso de alcohol	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Heroína	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	15 vs. 18 (p = 0,029)	n.s.	n.s.
Metadona	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Otros opiáceos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
BZD‡	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Cocaína	16 vs. 18 (p = 0,004)	15 vs. 18 (p = 0,006)	16 vs. 18 (p = 0,039)	16 vs. 18 (p = 0,007)	15 vs. 18 (p = 0,01)	15,5 vs. 18 (p = 0,039)	n.s.	n.s.
Anfetaminas	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Cannabis	14 vs. 16 (p = 0,001)	13 vs. 16 (p = 0,001)	14 vs. 16 (p = 0,01)	13 vs. 16 (p < 0,0001)	n.s.	13 vs. 16 (p = 0,01)	n.s.	n.s.
Alucinógenos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Inhalantes	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Prevalencia de consumo								
Alcohol	87,12% vs. 73,78% (p = 0,015)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	58,82% vs. 87,12% (p = 0,009)	n.s.	n.s.
Abuso de alcohol	45,54% vs. 31,06% (p = 0,033)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	11,76% vs. 45,54% (p = 0,005)	n.s.	n.s.
Heroína	58,25% vs. 29,7% (p < 0,0001)	59,18% vs. 29,7% (p = 0,001)	60,46% vs. 29,7% (p = 0,001)	76,31% vs. 29,7% (p < 0,0001)	n.s.	n.s.	33,33% vs. 29,7% (p = 0,006)	n.s.
Metadona	48,54% vs. 19,8% (p < 0,0001)	44,89% vs. 19,8% (p = 0,002)	41,86% vs. 19,8% (p = 0,007)	57,89% vs. 19,8% (p < 0,0001)	n.s.	47,05% vs. 19,8% (p = 0,022)	60% vs. 19,8% (p = 0,002)	53,84% vs. 19,8% (p = 0,012)
Otros opiáceos	11,88% vs. 2,97% (p = 0,014)	6,32% vs. 2,97% (p = 0,045)	n.s.	28,94% vs. 2,97% (p < 0,0001)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
BZD	27,18% vs. 9,9% (p = 0,001)	32,65% vs. 9,9% (p = 0,001)	25,58% vs. 9,9% (p = 0,019)	42,1% vs. 9,9% (p < 0,0001)	27,58% vs. 9,9% (p = 0,023)	n.s.	n.s.	30,76% vs. 9,9% (p = 0,045)
Cocaína	68,93% vs. 52,47% (p = 0,016)	n.s.	n.s.	81,57% vs. 52,47% (p = 0,001)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Anfetaminas	n.s.	24,48% vs. 8,91% (p = 0,01)	n.s.	34,21% vs. 8,91% (p = 0,001)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Cannabis	67,96% vs. 45,54% (p = 0,001)	n.s.	n.s.	92,1% vs. 45,54% (p < 0,0001)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alucinógenos	20,38% vs. 8,08% (p = 0,01)	22,44% vs. 7,92% (p = 0,015)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	26,66% vs. 7,92% (p = 0,05)	30,76% vs. 7,92% (p = 0,029)
Inhalantes	n.s.	10,2% vs. 0,99% (p = 0,009)	9,3% vs. 1% (p = 0,018)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

(continúa)

Tabla 2. Comparación entre los internos que no presentan ningún trastorno de la personalidad (TP) con los que presentan un TP, más de uno o uno específico, con respecto a la edad de inicio, y la prevalencia de consumo de tóxicos, la comisión de delitos, y las puntuaciones en el *Psychopathy Checklist Reviewed* y el *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality* (continuación)

Variable	Algún TP	Más de un TP	TP narcisista	TP antisocial	TP paranoide	TP evitativo	TP borderline	TP histriónico
<b>Delitos</b>								
Contra la salud pública	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	5,88% vs. 40,59% (p = 0,002)	n.s.	n.s.
Contra la propiedad	n.s.	n.s.	n.s.	78,94% vs. 51,48% (p = 0,003)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Violentos	51,45% vs. 37,62% (p = 0,047)	57,14% vs. 37,62% (p = 0,024)	n.s.	n.s.	41,37% vs. 37,62% (p = 0,045)	70,58% vs. 37,62% (p = 0,011)	n.s.	n.s.
Otros	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alteración del orden público	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	46,15% vs. 13,86% (p = 0,001)
Conducción bajo los efectos del alcohol	12,62% vs. 28,71% (p = 0,004)	6,12% vs. 28,71% (p = 0,001)	n.s.	11,76% vs. 28,71% (p = 0,017)	6,89% vs. 28,71% (p = 0,007)	5,88% vs. 28,71% (p = 0,024)	n.s.	n.s.
Otras alteraciones del tráfico	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	13,79% vs. 33,66% (p = 0,029)	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Psychopathy Checklist Reviewed</b>								
Total	25 vs. 14 (p < 0,0001)	27 vs. 14 (p < 0,0001)	27 vs. 14 (p < 0,0001)	26 vs. 14 (p < 0,0001)	25 vs. 14 (p < 0,0001)	n.s.	22 vs. 14 (p = 0,003)	n.s.
Factor 1	11 vs. 6 (p < 0,0001)	12 vs. 6 (p < 0,0001)	14 vs. 6 (p < 0,0001)	12 vs. 6 (p < 0,0001)	14 vs. 6 (p < 0,0001)	n.s.	n.s.	n.s.
Faceta 1	5 vs. 2 (p < 0,0001)	6 vs. 2 (p < 0,0001)	7 vs. 2 (p < 0,0001)	5,5 vs. 2 (p < 0,0001)	4 vs. 2 (p < 0,0001)	n.s.	n.s.	n.s.
Faceta 2	6 vs. 4 (p < 0,0001)	6 vs. 4 (p < 0,0001)	6 vs. 4 (p < 0,0001)	6 vs. 4 (p < 0,0001)	7 vs. 4 (p < 0,0001)	n.s.	n.s.	7,5 vs. 4,5 (p = 0,007)
Factor 2	13 vs. 8 (p < 0,0001)	14 vs. 8 (p < 0,0001)	13 vs. 8 (p < 0,0001)	16 vs. 8 (p < 0,0001)	10 vs. 8 (p < 0,0001)	n.s.	14 vs. 8 (p < 0,0001)	n.s.
Faceta 3	9 vs. 6 (p < 0,0001)	9 vs. 6 (p < 0,0001)	9 vs. 6 (p < 0,0001)	10 vs. 6 (p < 0,0001)	2 vs. 6 (p < 0,0001)	n.s.	10 vs. 6 (p = 0,001)	n.s.
Faceta 4	4 vs. 2 (p < 0,0001)	4 vs. 2 (p < 0,0001)	4 vs. 2 (p < 0,0001)	6 vs. 2 (p < 0,0001)	4 vs. 2 (p < 0,0001)	3 vs. 2 (p = 0,033)	6 vs. 2 (p < 0,0001)	n.s.
<b>Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality</b>								
Total	101 vs. 44 (p < 0,0001)	110 vs. 44 (p < 0,0001)	112 vs. 44 (p < 0,0001)	102 vs. 44 (p < 0,0001)	112 vs. 44 (p < 0,0001)	77 vs. 44 (p = 0,001)	101 vs. 44 (p < 0,0001)	94 vs. 44 (p < 0,0001)
Apego	13 vs. 6 (p < 0,0001)	15 vs. 6 (p < 0,0001)	15 vs. 6 (p < 0,0001)	12,5 vs. 6 (p < 0,0001)	17 vs. 6 (p < 0,0001)	9 vs. 6 (p = 0,007)	17 vs. 14 (p = 0,001)	17 vs. 10 (p < 0,0001)
Conductual	17 vs. 6 (p < 0,0001)	19 vs. 6 (p < 0,0001)	17 vs. 6 (p < 0,0001)	20 vs. 6 (p < 0,0001)	18 vs. 6 (p < 0,0001)	14 vs. 6 (p = 0,041)	21 vs. 6 (p < 0,0001)	n.s.
Cognitivo	14 vs. 6 (p < 0,0001)	15 vs. 6 (p < 0,0001)	14 vs. 6 (p < 0,0001)	16 vs. 6 (p < 0,0001)	15 vs. 6 (p < 0,0001)	12 vs. 6 (p < 0,0001)	16 vs. 6 (p < 0,0001)	n.s.
Dominancia	18 vs. 8 (p < 0,0001)	20 vs. 8 (p < 0,0001)	21 vs. 8 (p < 0,0001)	19 vs. 8 (p < 0,0001)	20 vs. 8 (p < 0,0001)	n.s.	14 vs. 8 (p = 0,001)	n.s.
Emocional	15 vs. 7 (p < 0,0001)	16 vs. 7 (p < 0,0001)	16 vs. 7 (p < 0,0001)	16 vs. 7 (p < 0,0001)	17 vs. 7 (p < 0,0001)	13 vs. 7 (p = 0,001)	15 vs. 7 (p < 0,0001)	17,5 vs. 13,5 (p = 0,007)
Self	22 vs. 9 (p < 0,0001)	26 vs. 9 (p < 0,0001)	28 vs. 9 (p < 0,0001)	20,5 vs. 9 (p < 0,0001)	23 vs. 9 (p < 0,0001)	17 vs. 9 (p < 0,0001)	20 vs. 9 (p < 0,0001)	n.s.

**Nota.** \*vs.: frente a (versus); † n.s.: no significativo; ‡BZD: benzodiazepinas. Texto en cursiva: la puntuación indica una significancia favorable para los internos sin trastorno de la personalidad.

Tabla 3. Comparación entre los distintos trastornos de la personalidad (TP) más prevalentes, de forma individual y mixta (solo las combinaciones más frecuentes), con respecto a la edad de inicio, y la prevalencia de consumo de tóxicos, la comisión de delitos, y las puntuaciones en el PCL-R\* y el CAPP†

Variable	Categorías
Paranoide <sup>21</sup> vs.‡ antisocial <sup>30</sup>	Inicio más precoz en el consumo de cannabis en los antisociales 13 vs. 14,5 (p = 0,03), consumo más prevalente de las siguientes sustancias en los antisociales: heroína 83,33% vs. 38,09 (p = 0,001), metadona 66,66% vs. 33,33% (p = 0,018), otros opiáceos 30% vs. 0% (p = 0,001), cocaína 86,66% vs. 57,14% (p = 0,017), anfetaminas 33,33% vs. 9,52% (p = 0,039), cannabis 96,66% vs. 47,61% (p < 0,0001). Mayor prevalencia de delitos contra la propiedad en los internos antisociales 80% vs. 47,61% (p = 0,016). Los paranoides presentan puntuaciones más elevadas en CAPP apego 17 vs. 12 (p < 0,0001). Los internos antisociales presentan puntuaciones más elevadas en PCL-R factor 2 16 vs. 10 (p < 0,0001), PCL-R faceta 3 10 vs. 6 (p = 0,002) y PCL-R faceta 4 6,5 vs. 4 (p < 0,0001) y en el PCL-R total 29 vs. 21 (p = 0,008).
Paranoide <sup>21</sup> vs. <i>borderline</i> <sup>15</sup>	Mayor puntuación en los paranoides en CAPP apego 17 vs. 12 (p = 0,001), y también en PCL-R factor 1 12 vs. 8 (p = 0,003) y PCL-R faceta 2 7 vs. 4 (p = 0,002).
Paranoide <sup>21</sup> vs. narcisista <sup>31</sup>	Inicio del abuso de alcohol más precoz en narcisistas 18 vs. 14 (p = 0,028). Los internos narcisistas cometen con más frecuencia otros delitos relacionados con alteraciones del tráfico 38,7% vs. 11,76 (p = 0,039). Los paranoides obtienen puntuaciones más elevadas en CAPP apego 16 vs. 13 (p = 0,035) y los narcisistas en CAPP self 28 vs. 19 (p < 0,0001), y en el PCL-R factor 1 14 vs. 10 (p = 0,007) y PCL-R faceta 1 7 vs. 4 (p < 0,0001), y en el PCL-R total 28 vs. 25 (p = 0,036).
Paranoide <sup>21</sup> vs. evitativo <sup>14</sup>	Inicio de consumo de heroína más precoz en los paranoides 16,5 vs. 19,5 (p = 0,006), consumo de alcohol más frecuente en los paranoides 84,61% vs. 50% (p = 0,021), y de abuso de alcohol 46,15% vs. 7,14% (p = 0,007). Los internos paranoides cometen con más frecuencia delitos contra la salud pública 46,15 vs. 7,14% (p = 0,007). Los internos paranoides presentan puntuaciones más elevadas en: CAPP total 112,7 vs. 73,5 (p < 0,0001), CAPP apego 16,5 vs. 8,5 (p < 0,0001), CAPP conductual 18 vs. 11,5 (p = 0,018), CAPP cognitivo 15 vs. 11 (p = 0,006), CAPP dominancia 20 vs. 12 (p < 0,0001), CAPP emocional 17,5 vs. 12,5 (p = 0,003) y CAPP self 23 vs. 17,5 (p = 0,011), y en PCL-R factor 1 12 vs. 9 (p = 0,004), PCL-R faceta 1 5,5 vs. 3 (p = 0,021) y PCL-R faceta 2 7,5 vs. 4,5 (p = 0,004), y en el PCL-R total 23 vs. 15,5 (p = 0,018)
Paranoide <sup>21</sup> vs. histriónico <sup>12</sup>	Los internos histriónicos cometen con más frecuencia delitos de alteración del orden público 50% vs. 10,71% (p = 0,008). Los internos paranoides presentan puntuaciones más elevadas en CAPP apego 17 vs. 10 (p < 0,0001), en CAPP emocional 17,5 vs. 13,5 (p = 0,007), y en la faceta 2 del PCL-R 7,5 vs. 4,5 (p = 0,007).
Antisocial <sup>34</sup> vs. <i>borderline</i> <sup>15</sup>	Los internos antisociales consumen con más frecuencia benzodiazepinas 44,11% vs. 9% (p = 0,022) y cannabis 91,17% vs. 45,45% (p = 0,002). Los internos antisociales cometen con más frecuencia delitos contra la propiedad 79,41% vs. 45,45% (p = 0,037); también presentan una puntuación superior en CAPP dominancia 19 vs. 14 (p = 0,024); y en PCL-R total 28 vs. 21 (p = 0,0011), PCL-R factor 1 12 vs. 8 (p = 0,005), PCL-R faceta 1 6 vs. 3 (p = 0,028), PCL-R faceta 2 6 vs. 4 (p = 0,006), PCL-R factor 2 16 vs. 12 (p = 0,018) y PCL-R faceta 4 6 vs. 4 (p = 0,006), y PCL-R total 28 vs. 21 (p = 0,011).
Antisocial <sup>25</sup> vs. narcisista <sup>30</sup>	Los internos antisociales presentan un inicio en el abuso de alcohol más precoz 13 vs. 19 (p = 0,007), de heroína 17 vs. 20,5 (p = 0,013), también su frecuencia de consumo de heroína 32% vs. 0% (p < 0,0001), de benzodiazepinas 36% vs. 13,33% (p = 0,048), de anfetaminas 36% vs. 6,66% (p = 0,006), de cannabis 92% vs. 43,33% (p < 0,0001) y de alucinógenos 32% vs. 10% (p = 0,041) es superior; los internos antisociales cometen con más frecuencia delitos contra la propiedad 76% vs. 46,66% (p = 0,025). Los internos antisociales presentan puntuaciones más elevadas en: CAPP conductual 18 vs. 16 (p = 0,036), pero menor que los narcisistas en dominancia 17 vs. 21,5 (p = 0,012) y CAPP self 18 vs. 29 (p < 0,0001). Con respecto al PCL-R, los internos antisociales presentan puntuaciones más bajas en el factor 1 11 vs. 14 (p = 0,007) y en la faceta 1 4 vs. 7 (p = 0,001), pero más elevada en el factor 2 16 vs. 10 (p < 0,0001), y en las facetas 3 10 vs. 7 (p = 0,035) y 4 6 vs. 3,5 (p < 0,0001).
Antisocial <sup>37</sup> vs. evitativo <sup>16</sup>	Los internos antisociales consumen con más frecuencia benzodiazepinas 44,11% vs. 9% (p = 0,022) y cannabis 91,17% vs. 45,45% (p = 0,002). Los internos antisociales cometen con más frecuencia delitos contra la propiedad 79,41% vs. 45,45% (p = 0,037); también presentan una puntuación superior en CAPP dominancia 19 vs. 14 (p = 0,024); y en PCL-R total 28 vs. 21 (p = 0,0011), PCL-R factor 1 12 vs. 8 (p = 0,005), PCL-R faceta 1 6 vs. 3 (p = 0,028), PCL-R faceta 2 6 vs. 4 (p = 0,006), PCL-R factor 2 16 vs. 12 (p = 0,018) y PCL-R faceta 4 6 vs. 4 (p = 0,006), y PCL-R total 28 vs. 21 (p = 0,011).

(continúa)



Tabla 3. Comparación entre los distintos trastornos de la personalidad (TP) más prevalentes, de forma individual y mixta (solo las combinaciones más frecuentes), con respecto a la edad de inicio, y la prevalencia de consumo de tóxicos, la comisión de delitos, y las puntuaciones en el PCL-R\* y el CAPP† (continuación)

Variable	Categorías
Antisocial <sup>36</sup> vs. histriónico <sup>11</sup>	Los internos antisociales presentan un inicio más precoz en el consumo de alcohol 14 vs. 15,5 (p = 0,032), y presentan un consumo más frecuente de cannabis 91,66% vs. 45,45% (p = 0,001). Los internos histriónicos son más propensos a cometer delitos contra el orden público 45,45% vs. 13,88% (p = 0,034). Los internos antisociales presentan una puntuación más elevada en los siguientes dominios del CAPP: apego 12,5 vs. 9 (p = 0,031) y emocional 16 vs. 13 (p = 0,036). Con respecto al PCL-R, los internos antisociales presentan puntuaciones más elevadas en el PCL-R total 28 vs. 22 (p = 0,045), en el factor 2 16 vs. 14 (p = 0,022), y en la faceta 4 6 vs. 4 (p = 0,001).
Borderline <sup>13</sup> vs. narcisista <sup>39</sup>	Los internos narcisistas presentan puntuaciones más elevadas en CAPP dominancia 21 vs. 14 (p = 0,001) y CAPP self 28 vs. 20 (p < 0,0001). Las puntuaciones de los internos narcisistas también son más elevadas en el PCL-R factor 1 14 vs. 8 (p < 0,0001), y en las facetas 1 7 vs. 2 (p < 0,0001) y 2 7 vs. 4 (p = 0,004).
Borderline <sup>14</sup> vs. evitativo <sup>16</sup>	Los internos con TP <i>borderline</i> presentan puntuaciones más elevadas en las siguientes dimensiones del CAPP: conductual 21 vs. 14 (p = 0,007), y en la puntuación total 104 vs. 77,5 (p = 0,024); y en factor 2 del PCL-R 14 vs. 10 (p = 0,03).
Borderline <sup>13</sup> vs. histriónico <sup>11</sup>	Los internos histriónicos presentaban puntuaciones más elevadas en la faceta 1 del PCL-R 6 vs. 2 (p = 0,015).
Narcisista <sup>40</sup> vs. evitativo <sup>14</sup>	Los internos evitativos presentan un inicio más precoz en el consumo de heroína 16 vs. 18 (p = 0,042). Los internos narcisistas cometen con más frecuencia delitos contra la salud pública 50% vs. 7,14% (p = 0,002); también presentan puntuaciones más elevadas en las siguientes dimensiones del CAPP: apego 15 vs. 9 (p = 0,033), dominancia 22 vs. 13 (p < 0,0001), emocional 16 vs. 13,5 (p = 0,026) y self 28 vs. 16,5 (p < 0,0001), y en la puntuación total 112 vs. 77,5 (p < 0,0001); al igual que en el factor 1 del PCL-R 14 vs. 9 (p < 0,0001), y en las facetas 1 7 vs. 3 (p < 0,0001) y 2 6,5 vs. 5 (p = 0,01), y también en la puntuación total 27,5 vs. 15,5 (p < 0,0001).
Narcisista <sup>38</sup> vs. histriónico <sup>8</sup>	Los internos narcisistas presentan puntuaciones más elevadas en: CAPP total 111 vs. 77 (p = 0,004), CAPP apego 15,5 vs. 9 (p = 0,009), CAPP dominancia 21 vs. 13,5 (p = 0,006), CAPP emocional 16 vs. 12,5 (p = 0,009), CAPP self 28 vs. 17,5 (p < 0,0001), PCL-R factor 1 14 vs. 9,5 (p = 0,011) y sus facetas, la 1 7 vs. 4 (p = 0,023) y la 2 7 vs. 4 (p = 0,008).
Histriónico <sup>11</sup> vs. evitativo <sup>15</sup>	Los internos histriónicos presentan con más frecuencia un problema de abuso de alcohol 54,54% vs. 13,33% (p = 0,023); también presentan puntuaciones más elevadas en el PCL-R total 27 vs. 17 (p = 0,043), y en las facetas del PCL-R 1 6 vs. 3 (p = 0,009) y 3 10 vs. 6 (p = 0,032).
Antisocial + narcisista <sup>13</sup> vs. antisocial <sup>25</sup>	La combinación presentaba puntuaciones más elevadas en CAPP dominancia 21 vs. 17 (p = 0,001), CAPP self 28 vs. 18 (p < 0,0001), CAPP total 112 vs. 95 (p = 0,009), PCL-R total 31 vs. 27 (p = 0,008), PCL-R factor 1 13 vs. 11 (p = 0,014) y PCL-R faceta 1 7 vs. 4 (p = 0,003).
Antisocial + narcisista <sup>13</sup> vs. narcisista <sup>30</sup>	La combinación presentaba un consumo más frecuente de heroína 92,3% vs. 46,66% (p = 0,002), de cocaína 92,3% vs. 53,33% (p = 0,008), anfetaminas 30,76% vs. 6,66% (p = 0,045), cannabis 92,3% vs. 43,33% (p = 0,001). Los internos que presentaban la combinación cometían más delitos contra la propiedad 84,61% vs. 46,66% (p = 0,016). También presentaban puntuaciones más elevadas en las siguientes variables: CAPP conductual 22 vs. 16 (p = 0,003), PCL-R total 31 vs. 25 (p = 0,002), PCL-R factor 2 17 vs. 10 (p < 0,0001), PCL-R faceta 3 10 vs. 7 (p = 0,029) y PCL-R faceta 4 7 vs. 3,5 (p < 0,0001).
Paranoide + narcisista <sup>12</sup> vs. paranoide <sup>17</sup>	Los internos que presentaban la combinación obtenían puntuaciones más elevadas en CAPP dominancia 22 vs. 17 (p = 0,011), CAPP self 28 vs. 19 (p < 0,0001) y PCL-R faceta 1 6 vs. 4 (p = 0,008).
Paranoide + narcisista <sup>12</sup> vs. narcisista <sup>31</sup>	Los internos que presentaban la combinación presentaban un inicio más tardío en el consumo de benzodiazepinas (BZD) 27 vs. 18 (p = 0,026); y presentaban puntuaciones más elevadas en: CAPP apego 17 vs. 13 (p = 0,04), CAPP cognitivo 15 vs. 12 (p = 0,047).

Nota. \*PCL-R: *Psychopathy Checklist Reviewed*; †CAPP: *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality*; ‡vs.: frente a (versus).

Tabla 4. Comparación entre los internos que no han consumido sustancias con los que sí las han consumido con respecto a la comisión de delitos, y a las puntuaciones en el PCL-R\* y el CAPP†

Variable	Alcohol	Abuso de alcohol	Heroína	Metadona	Otros opiáceos	BZD‡
<b>Delitos</b>						
Contra la salud pública	n.s.§	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Contra la propiedad	85,34% vs.    73,86% (p = 0,042)	n.s.	64,65% vs. 17,04% (p < 0,0001)	52,58% vs. 10,22% (p < 0,0001)	12,93% vs. 0% (p < 0,0001)	27,58% vs. 6,81% (p < 0,0001)
Violentos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Otros	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alteración del orden público	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Conducción bajo los efectos del alcohol	100% vs. 75,92% (p < 0,0001)	57,14% vs. 33,33% (p = 0,005)	n.s.	37,65% vs. 21,24% (p = 0,042)	n.s.	21,60% vs. 7,14% (p = 0,019)
Otras alteraciones del tráfico	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	9,72% vs. 1,66% (p = 0,023)	22,22% vs. 10% (p = 0,032)
<b>PCL-R</b>						
Total	n.s.	n.s.	25 vs. 14 (p < 0,0001)	25,50 vs. 15 (p < 0,0001)	26 vs. 19 (p = 0,005)	25,50 vs. 18 (p < 0,0001)
Factor 1	n.s.	n.s.	10,50 vs. 7 (p < 0,0001)	10 vs. 7,50 (p = 0,01)	n.s.	11 vs. 8 (p = 0,045)
Faceta 1	n.s.	n.s.	5 vs. 2 (p < 0,0001)	4 vs. 3 (p = 0,007)	n.s.	n.s.
Faceta 2	n.s.	n.s.	6 vs. 4 (p = 0,005)	5,50 vs. 4 (p = 0,044)	n.s.	n.s.
Factor 2	n.s.	n.s.	13 vs. 8 (p < 0,0001)	13,50 vs. 8 (p < 0,0001)	13 vs. 10 (p = 0,001)	13 vs. 10 (p < 0,0001)
Faceta 3	n.s.	n.s.	10 vs. 5 (p < 0,0001)	10 vs. 6 (p < 0,0001)	10 vs. 6 (p = 0,011)	9,50 vs. 6 (p = 0,001)
Faceta 4	n.s.	n.s.	4 vs. 2 (p < 0,0001)	4 vs. 2 (p < 0,0001)	5 vs. 3 (p = 0,002)	4,50 vs. 2 (p < 0,0001)
<b>CAPP</b>						
Total	n.s.	n.s.	93,50 vs. 55 (p < 0,0001)	93,50 vs. 53,50 (p < 0,0001)	102 vs. 72 (p = 0,011)	91,50 vs. 68 (p < 0,0001)
Apego	n.s.	n.s.	11 vs. 8 (p = 0,002)	11 vs. 8 (p = 0,008)	n.s.	12 vs. 8 (p = 0,001)
Conductual	n.s.	n.s.	18 vs. 8 (p < 0,0001)	18 vs. 9 (p < 0,0001)	20 vs. 12 (p = 0,001)	18 vs. 11 (p < 0,0001)
Cognitivo	n.s.	n.s.	14 vs. 7 (p < 0,0001)	14 vs. 8 (p < 0,0001)	15 vs. 10 (p = 0,008)	14 vs. 9 (p < 0,0001)
Dominancia	n.s.	n.s.	15 vs. 10,50 (p = 0,001)	15 vs. 12 (p = 0,002)	n.s.	15 vs. 12,50 (p = 0,03)
Emocional	n.s.	n.s.	14 vs. 10 (p < 0,0001)	14 vs. 10 (p < 0,0001)	14 vs. 12 (p = 0,044)	14,50 vs. 11 (p < 0,0001)
Self	n.s.	n.s.	18 vs. 13,50 (p < 0,0001)	17,50 vs. 14 (p = 0,001)	n.s.	16,50 vs. 15 (p = 0,007)

(continúa)

Tabla 4. Comparación entre los internos que no han consumido sustancias con los que sí las han consumido con respecto a la comisión de delitos, y a las puntuaciones en el PCL-R\* y el CAPP† (continuación)

Variable	Cocaína	Anfetaminas	Cannabis	Alucinógenos	Inhalantes
<b>Delitos</b>					
Contra la salud pública	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Contra la propiedad	77,58% vs. 38,63% (p < 0,0001)	19,82% vs. 4,54% (p = 0,001)	73,27% vs. 35,22% (p < 0,0001)	21,55% vs. 4,54% (p < 0,0001)	n.s.
Violentos	n.s.	n.s.	64,83% vs. 50,44% (p = 0,038)	n.s.	n.s.
Otros	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alteración del orden público	n.s.	n.s.	n.s.	28,12% vs. 11,62% (p = 0,023)	n.s.
Conducción bajo los efectos del alcohol	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Otras alteraciones del tráfico	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>PCL-R</b>					
Total	23,50 vs. 14 (p < 0,0001)	25 vs. 9 (p = 0,006)	25 vs. 14 (p < 0,0001)	26 vs. 18 (p = 0,001)	27 vs. 19 (p = 0,043)
Factor 1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Faceta 1	n.s.	n.s.	4 vs. 2,50 (p = 0,047)	n.s.	n.s.
Faceta 2	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Factor 2	12 vs. 7,50 (p < 0,0001)	13 vs. 10 (p = 0,001)	12 vs. 6 (p < 0,0001)	14 vs. 10 (p < 0,0001)	n.s.
Faceta 3	8,50 vs. 4 (p < 0,0001)	9 vs. 6 (p = 0,002)	8 vs. 4 (p < 0,0001)	10 vs. 6 (p < 0,0001)	10 vs. 7 (p = 0,003)
Faceta 4	4 vs. 2 (p < 0,0001)	4 vs. 2 (p = 0,002)	4 vs. 2 (p < 0,0001)	4 vs. 2 (p < 0,0001)	5 vs. 3 (p = 0,046)
<b>CAPP</b>					
Total	84 vs. 62,50 (p = 0,011)	90 vs. 72 (p = 0,023)	87,50 vs. 58,50 (p < 0,0001)	total 95 vs. 71 (p = 0,007)	122 vs. 72 (p = 0,007)
Apego	n.s.	n.s.	10,50 vs. 7,50 (p = 0,002)	13 vs. 8 (p = 0,015)	n.s.
Conductual	15 vs. 8 (p < 0,0001)	18 vs. 11 (p < 0,0001)	16 vs. 6 (p < 0,0001)	18 vs. 11 (p < 0,0001)	22 vs. 12 (p = 0,001)
Cognitivo	11 vs. 8 (p = 0,005)	15 vs. 10 (p = 0,007)	12 vs. 7 (p < 0,0001)	14 vs. 10 (p = 0,002)	17 vs. 10 (p = 0,004)
Dominancia	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Emocional	13 vs. 10 (p = 0,031)	n.s.	13 vs. 10 (p < 0,0001)	15 vs. 12 (p = 0,019)	15 vs. 12 (p = 0,031)
Self	n.s.	n.s.	16,50 vs. 13,50 (p = 0,025)	n.s.	27 vs. 16 (p = 0,026)

**Nota.** \*PCL-R: *Psychopathy Checklist Reviewed*; †CAPP: *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality*; ‡BZD: benzodiazepinas; §n.s.: no significativo; ||vs.: frente a (versus). Texto en cursiva: la puntuación indica una significancia favorable para los internos sin trastorno de la personalidad.

de alcohol y su abuso se distribuyen de forma homogénea por toda la muestra, y que la conducción bajo los efectos del alcohol es un delito que no se relaciona con la patología de la personalidad ni con el consumo de tóxicos.

Los internos diagnosticados con TP narcisista, el más frecuente en la muestra, destacaban, al compararlos con los internos sin diagnóstico de TP, sobre todo por puntuaciones claramente más elevadas en el PCL-R y el CAPP. Cuando se compara a estos internos con los que presentan otros TP, se observa que el TP narcisista implica la presencia de una actitud dominante (CAPP dominancia) y un ego hipertrofiado (CAPP *self*) (Tabla 3). Esto concuerda con que, en el PCL-R, las puntuaciones más significativas se produzcan en el factor 1, a expensas principalmente de la faceta 1, la interpersonal. Queda demostrado que CAPP dominancia y *self* y PCL-R factor 1 y faceta 1 son los marcadores del TP narcisista cuando se observa que son las puntuaciones de estas variables las que se elevan de forma significativa y diferencian a los internos con TP antisocial o paranoide frente a los internos que, en su mayoría, presentan también un TP narcisista.

Los análisis comparativos realizados en los internos con un diagnóstico de TAP indican una clara relación de este TP con el consumo de sustancias, especialmente con el cannabis. Dado que para este estudio se atendió escrupulosamente el criterio diagnóstico que señala que los síntomas del TP antisocial tienen que estar presentes antes de los 15 años, si a esto le añadimos las edades medias de inicio de con-

sumo de las sustancias (Tabla 1), los resultados de este estudio apuntarían, al igual que otros muchos estudios, a que el TAP es un factor de riesgo para el consumo de sustancias<sup>45</sup>. Este TP también se relaciona de forma evidente con puntuaciones más elevadas en todas las variables del CAPP y el PCL-R. Cuando se compara con otros TP, se observa cómo la antisocialidad se relaciona claramente con el PCL-R factor 2 y sus facetas 3 (estilo de vida) y 4 (conducta antisocial) (Tabla 3). Esta elevación en el PCL-R es la que se observa en los internos que presentan un TP narcisista y antisocial frente a los que solo presentan un TP narcisista. Ya en el análisis univariante, el TP antisocial se relaciona con los delitos contra la propiedad, una forma de financiar un estilo de vida irresponsable y antisocial donde el consumo de tóxicos está muy presente. A través de la faceta 4 del PCL-R se asocia de forma indirecta a los delitos violentos y a la alteración del orden público, tal y como se objetiva en el análisis univariante. Los modelos de regresión relacionan este TP de forma directa con el tiempo de estancia en prisión (Tabla 5), y de forma indirecta con otras alteraciones del tráfico y con la comisión de dos o más delitos a través de la faceta 3 del PCL-R. También parece estar menos relacionado con la conducción bajo los efectos del alcohol.

El TP paranoide se relaciona de forma general con puntuaciones más elevadas en todas las variables del CAPP y el PCL-R. Cuando se compara con los otros TP, se observa que este trastorno tiene una clara relación con las puntuaciones del CAPP de apego y la faceta 2 del PCL-R (emocional) (Tabla 3). Esto

Tabla 5. Modelos de regresión lineal múltiple para meses totales de estancia en prisión, con y sin delitos

VARIABLES	Error estándar	T	95% IC*	odds ratio†	P
<b>Sin delitos</b>					
Edad	0,03370	0,00656	0,0208 a 0,0466	5,13	0,00000068
Faceta 4 PCL-R‡	0,15113	0,03393	0,0842 a 0,2180	4,45	0,00001413
IPDE§ antisocial	0,49070	0,19888	0,0985 a 0,8829	2,47	0,0145
Consumo de metadona	-1,30461	0,59785	-2,4837 a -0,1256	-2,18	0,0303
Edad de consumo de metadona	0,04162	0,01485	0,0123 a 0,070	2,80	0,0056
<b>Con delitos</b>					
Faceta 4 PCL-R	8,5654	2,5497	3,5373 a 13,5935	3,359	0,000937
Edad	3,4469	0,4351	2,5889 a 4,3048	7,923	1,64e-13
Delitos contra la propiedad	35,8035	10,4590	15,178 a 56,428	3,423	0,000752
IPDE antisocial	45,6506	14,4470	17,160 a 74,140	3,160	0,001826
Delitos contra la salud pública	26,9670	9,4946	8,2435 a 45,6906	2,840	0,004979

**Nota.** \*IC: intervalo de confianza; †Odds ratio: razón de posibilidades; ‡PCL-R: *Psychopathy Checklist Reviewed*; §IPDE: examen internacional de los trastornos de la personalidad (*International Personality Disorder Examination*).

indicaría que dichos internos presentan poca empatía y una gran distancia emocional de los demás, lo que facilita que se vean involucrados en delitos violentos y contra la salud pública, tal y como indica el análisis univariante directo e indirecto a través de la faceta 2, que también se relaciona con los delitos contra la propiedad. De nuevo, y de forma indirecta a través de la faceta 2 del PCL-R, se observa una menor relación entre este TP y la conducción bajo los efectos del alcohol.

El TP evitativo se asocia de forma general a los delitos violentos, y le sucede lo contrario con respecto a los delitos contra la salud pública. Se asocia más a la psicopatología de la personalidad medida con el CAPP que a la desviación social medida con el PCL-R. Todos estos hallazgos apuntan a que bajo dicho diagnóstico se agrupan individuos que han resuelto de forma violenta sus problemas de interacción social. Este TP también presenta una menor relación con la conducción bajo los efectos del alcohol.

Tabla 6. Modelo de regresión logística para tipos de delitos

VARIABLES	Error estándar	Z	95% IC*	odds ratio†	P
<b>Contra la salud pública</b>					
CAPP‡ conductual	-0,06646	0,02509	-0,1178 a 0,1889	-2,649	0,008075
Faceta 1 PCL-R§	0,26273	0,07937	0,1117 a 0,4244	3,31	0,000932
<b>Contra la propiedad</b>					
Educación básica	-0,17976	0,04195	-0,2678837 a -0,1023757	-4,285	1,83e-05
Consumo de metadona	1,84272	0,52036	0,8764944 a 2,9459336	3,541	0,000398
PCL-R faceta 4	0,45574	0,11238	0,2496144 a 0,6929413	4,055	5,01e-05
IPDE   borderline	-1,99814	0,81148	-3,6584255 a 0,4365369	-2,462	0,013804
<b>Violentos</b>					
Casado	-1,21518	0,40578	-0,128 a -0,6378	-2,995	-2,995
Consumo de metadona	-0,88567	0,38543	-0,190 a -0,8667	-2,298	0,02157
CAPP emocional	0,04715	0,01809	1,0127 a 1,0876	2,607	0,00914
<b>Alteración del orden público</b>					
Sexo femenino	-1,46471	0,41481	-2,3345 a 0,6932	-3,531	0,0004
CAPP dominancia	-0,15893	0,05792	-0,2806 a -0,0510	-2,744	0,0061
CAPP self	-0,10670	0,04575	-0,02 a -0,2019	-2,332	0,0197
IPDE histriónico	2,72203	0,80901	1,1465 a 4,3778	3,365	0,0008
<b>Conducción bajo los efectos del alcohol</b>					
PCL-R faceta 4	-0,19324	0,09674	-0,673 a -0,9871	-1,998	0,0458
<b>Otras alteraciones del tráfico</b>					
Consumo de heroína	-2,3802	0,9252	-4,4849 a -0,7379	-2,573	0,0101
Consumo de metadona	-2,1840	0,9193	-0,5477 a -4,2739	2,376	0,0175
CAPP self	-0,2315	0,0460	-0,3303 a -0,1490	-5,037	4,72e-07
PCL-R faceta 3	0,3179	0,0850	0,1614 a 0,4967	3,742	0,0002
IPDE narcisista	-3,1443	0,8670	-1,5178 a -4,9437	-3,627	0,0003
<b>Dos o más delitos</b>					
Consumo de cannabis	1,47051	0,49375	0,5337 a 2,4852	2,978	0,002899
CAPP dominancia	-0,16764	0,04691	-0,2667 a -0,0817	-3,574	0,000352
PCL-R faceta 1	0,37032	0,14206	0,1050 a 0,6666	2,607	0,009140
PCL-R faceta 3	0,19784	0,07257	0,0596 a 0,3462	2,726	0,006409

**Nota.** \*IC: intervalo de confianza; †Odds ratio: razón de posibilidades; ‡CAPP: *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality*; §PCL-R: *Psychopathy Checklist Revised*; ||IPDE: examen internacional de los trastornos de la personalidad (*International Personality Disorder Examination*).

Tanto el TP *borderline* como el evitativo se asocia, de forma general, más a la psicopatología de la personalidad medida con el CAPP que a la desviación social medida con el PCL-R. La regresión logística (Tabla 6) indica que estos internos cometen menos delitos contra la propiedad.

El TP histriónico, al igual que los anteriores TP evitativo y *borderline*, también presenta menos psicopatología medida con el CAPP y el PCL-R que los internos con diagnóstico de TP narcisista o antisocial o paranoide. Se relaciona claramente, de forma univariante y multivariante (Tabla 6), con las alteraciones del orden público.

El consumo de sustancias es muy prevalente en la muestra, solo 20 internos (9,8%) refieren no consumir ninguna sustancia, y 38 (18,62%) refirieron haber consumido exclusivamente alcohol sin abusar. Este es un hallazgo ya detectado en otras muestras penitenciarias españolas<sup>46</sup> e internacionales<sup>47</sup>. El inicio más precoz del consumo de sustancias se asocia con la presencia de TP, especialmente del TP antisocial.

El inicio precoz del consumo de alcohol se asocia con la presencia del TAP. Sin embargo, la prevalencia del consumo de alcohol y su abuso es más significativa en los internos sin diagnóstico de TP, y por ello no se relaciona con las puntuaciones ni del CAPP ni del PCL-R. La desinhibición e impulsividad propias de la intoxicación alcohólica relacionan a este tóxico con la alteración del orden público. Otra relación obvia es conducir bajo los efectos del alcohol.

El consumo de heroína y otros opiáceos que trae consigo el tratamiento con metadona y buprenorfina (englobada en otros opiáceos) se asocia de forma intensa con los TP, especialmente con el TAP, y por ello se asocia de forma significativa con las puntuaciones del CAPP y el PCL-R. Un mayor uso de derivados mórficos se asocia con los siguientes delitos: alteración del orden público y delitos contra la propiedad. Por el contrario, un menor uso de los derivados mórficos se asocia con conducir bajo los efectos del alcohol y otros delitos relacionados con el tráfico, relación confirmada en la regresión logística (Tabla 6). En los análisis de regresión realizados (Tablas 5 y 6), se observa que la relación del uso de metadona para el tratamiento de internos con adicción a la heroína y otros derivados mórficos con la comisión de delitos es compleja. Por un lado, la metadona se asocia a un menor tiempo de estancia en prisión (Tabla 5) y, por lo tanto, parece reducir de forma global la comisión y gravedad de los delitos, tal y como indican, con algunas diferencias, los estudios previos<sup>48-51</sup>. Sin embargo, en el mismo análisis, se observa que, asociada a la edad (que como es lógico es la variable que

se asocia con mayor potencia al tiempo de estancia en prisión), su relación con los meses de estancia en prisión se invierte (Tabla 5). Dado que este fenómeno no sucede con la heroína, lo que indicaría es que los internos que abusan de la heroína y otros derivados mórficos, cuanto más edad tienen, mayores probabilidades hay de que sean tratados con metadona. Esta protección contra la comisión de delitos no es uniforme (Tabla 6). Se produce frente a delitos violentos, pero no frente a delitos contra la propiedad. Este es un hallazgo importante, ya que parece indicar que aunque la cobertura de tratamiento sustitutivo con metadona para internos del centro penitenciario es buena, por lo menos alcanza un 77,77%, es probable que la adherencia de dichos internos al tratamiento, fuera del centro, no alcance los niveles deseables para prevenir la comisión de delitos contra la propiedad, aunque sí para prevenir la comisión de delitos violentos<sup>52</sup>, bien por falta de dosificación o de constancia. Estas diferencias podrían explicar por qué, en estudios previos, los resultados no son uniformes<sup>48-51,53</sup>. Con respecto a otros delitos relacionados con el tráfico, la metadona no tiene una función protectora, ya que el consumo de heroína también es menor entre estos internos.

El inicio más precoz del consumo de cocaína y su mayor consumo se asocia de forma clara con la presencia de TP en general, asociación ya presente en la población no penitenciaria<sup>54</sup>. Por ello, el consumo de esta sustancia se asocia a puntuaciones más elevadas en el CAPP y en el PCL-R, y el inicio más precoz de su uso con puntuaciones más elevadas en el CAPP. El consumo de cocaína se asocia a delitos de alteración del orden público y a delitos contra la propiedad. Por lo tanto, se trata de un tóxico claramente asociado a las conductas delictivas.

El inicio más precoz en el consumo de cannabis y su consumo más prevalente se asocia con la presencia de TP, especialmente con el TAP. También esta asociación está presente en la población no penitenciaria<sup>54,55</sup>. Por ello, el consumo de esta sustancia se asocia a puntuaciones más elevadas en el CAPP y en el PCL-R, y el inicio más precoz de su uso con puntuaciones más elevadas en el CAPP. Esta relación con el TAP hace que el consumo de cannabis se asocie a los delitos contra la propiedad y a los delitos violentos, y a la comisión de dos o más delitos (Tabla 6)<sup>56-58</sup>.

El consumo de benzodiazepinas se asocia con el diagnóstico de TP, especialmente con el TAP. Por ello, esta sustancia se asocia a puntuaciones más elevadas en el CAPP y en el PCL-R. Se asocia con otros delitos contra el tráfico, en cuanto a la edad de inicio, y con los delitos contra la propiedad. Su consumo también se asocia de forma negativa con conducir bajo los efectos del alcohol.

El consumo de anfetaminas se asocia con el TAP. Esto determina que su consumo se asocie con los delitos contra la propiedad y con puntuaciones más elevadas en el CAPP y en el PCL-R.

El consumo de alucinógenos se asocia al diagnóstico de TP en general. A través de esta asociación se relaciona con los delitos contra la propiedad y con puntuaciones más elevadas en el CAPP y en el PCL-R. El consumo de inhalantes es demasiado anecdótico en la muestra para extraer conclusiones.

En conjunto, se observa que la relación del consumo de sustancias con los delitos viene mediada por la presencia de un mayor consumo de todas las sustancias entre los internos con un diagnóstico de TP y, especialmente, con el TAP. Aunque también es destacable la relación directa entre el consumo de tóxicos y los delitos contra la propiedad (Tabla 4), sin duda, es la forma más frecuente en esta muestra de financiar el consumo, y no lo es tanto la implicación en su venta ilegal. Este hallazgo también se observa en otros estudios internacionales<sup>58</sup>. Por lo tanto, aunque el consumo de tóxicos está despenalizado, la financiación de dicho consumo llevaría a los pacientes adictos a prisión de una forma indirecta.

A lo largo de todo el estudio, se observa una elevada correlación entre las puntuaciones del PCL-R y el CAPP y la presencia de TP y el consumo de tóxicos. Esta correlación sugiere una capacidad similar para ambos instrumentos a la hora de medir la psicopatía<sup>14,59</sup>, aunque hay que destacar que la dimensión del CAPP dominancia y la faceta 2 del PCL-R parecen reducir la frecuencia de consumo de sustancias. Por otro lado, el consumo de sustancias se asocia con más intensidad, al igual que en otros estudios previos y, como era de esperar<sup>32,60</sup>, al factor 2 del PCL-R y a sus facetas 3 y 4. Sin embargo, existe una diferencia clara: el CAPP no se relaciona con la comisión de delitos, con la excepción de la obvia relación entre la frialdad emocional (CAPP emocional, Tabla 6) y la comisión de delitos violentos.

Por su parte, el PCL-R se relaciona de forma rotunda con la comisión de delitos, tal y como se ha demostrado en estudios previos<sup>25,27,61</sup>. De especial importancia es la relación entre los delitos contra la salud pública y la actitud manipuladora (faceta 1, Tabla 6) y sin empatía (faceta 2) del vendedor de tóxicos hacia los consumidores de los que se beneficia, sin preocuparle el deterioro social y físico que les está causando. Curiosamente, los delitos contra la propiedad son los que más se asocian con el PCL-R a través de todas sus facetas. Parece lógica la relación con el estilo de vida irresponsable (faceta 3) y antisocial (faceta 4) que se financiaría a través de estos delitos, incluido el con-

sumo de tóxicos; pero también el estilo interpersonal manipulador (faceta 1) y la ausencia de empatía (faceta 2) favorecen la comisión de este tipo de delitos. Es más fácil delinquir cuando no se tienen en cuenta las consecuencias que el delito va a tener para otras personas. La antisocialidad (faceta 4) generaría un estilo de vida de riesgo en el que aparecerían las situaciones de riesgo para que aquellos sujetos con menos empatía (faceta 1) cometiesen delitos violentos. La irresponsabilidad (faceta 3, Tabla 6) favorecería la comisión de delitos de alteración del orden público y de otros delitos relacionados con el tráfico, favoreciendo la tendencia antisocial (faceta 4), la alteración del orden público ante la escasa tendencia a la cohesión social que presentan estos internos. De nuevo, la conducción bajo los efectos del alcohol se comporta de forma inversa al resto de los delitos y presenta una asociación negativa con las variables del PCL-R (Tabla 6).

En resumen, el CAPP parece ser un instrumento fiable para valorar la psicopatía sin incluir la criminalidad ni la antisocialidad y, por lo tanto, cumpliría el objetivo principal para el que fue diseñado<sup>30,31</sup>. Es necesario recordar que la conducta resultante de la psicopatía es un patrón agresivo, pero que no tiene por qué ser necesariamente delictivo<sup>33</sup>. En el PCL-R destaca la faceta 4 como un factor de riesgo de primer rango a la hora de permanecer durante largos periodos en prisión (Tabla 5), aunque sus otras facetas y factores también se relacionan con la comisión de delitos como, por ejemplo, la 1 y la 3 en la comisión de dos o más delitos (Tabla 6).

### Limitaciones

Hay que tener en cuenta el carácter retrospectivo de este estudio que no permite confirmar relaciones de causalidad. Por otro lado, el origen de los datos usados en el análisis no es uniforme.

### CONCLUSIONES

Pese a las limitaciones descritas, este estudio aporta importantes hallazgos de utilidad para la práctica clínica y forense diaria. Por un lado, la valoración de la psicopatía a través de herramientas como el PCL-R y el CAPP es un proceso laborioso y los profesionales sanitarios y forenses no siempre disponen del tiempo necesario. Ahora bien, si cuando valoran a un paciente detectan la presencia de un TP narcisista, antisocial o paranoide, o un cuadro mixto de estos trastornos, unido al consumo de sustancias como la heroína, la cocaína y el cannabis, ya deben considerar que el riesgo de psicopatía será elevado; y también

será elevado el riesgo de que estos internos cometan delitos contra la salud pública, contra la propiedad y delitos violentos.

El tratamiento de mantenimiento sustitutivo de metadona es útil para prevenir la comisión de delitos, sobre todo si se garantiza una buena adherencia. Los cambios en el código penal referentes al delito de conducción bajo los efectos del alcohol han llevado al ingreso en prisión a un tipo de penado con escasa patología de la personalidad y un consumo menor de tóxicos, con la excepción del alcohol.

### Financiación

Este trabajo ha recibido el apoyo del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

### CORRESPONDENCIA

Gerardo Flórez  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).  
Avenida de Roma, s/n. 33011 Oviedo.  
E-mail: gerardof@mundo-r.com

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yu R, Geddes JR, Fazel S. Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *J Pers Disord.* 2012;26:775-92.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5TM. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
3. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet.* 2002;359:545-50.
4. Coolidge FL, Marle PD, Van Horn SA, Segal DL. Clinical syndromes, personality disorders, and neurocognitive differences in male and female inmates. *Behav Sci Law.* 2011;29:741-51.
5. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord.* 2010;24:412-26.
6. Arroyo JM, Ortega E. Personality disorders amongst inmates as a distorting factor in the prison social climate. *Rev Esp Sanid Penit.* 2009;11:11-5.
7. Arroyo JM, Ortega E. A quality improvement program for mental health care in prison: An evaluation of the results (2000-2005). *Rev Esp Sanid Penit.* 2007;9:15-28.
8. Lopez M, Saavedra FJ, Lopez A, Laviana M. Prevalence of Mental Health problems in sentenced men in prisons from Andalucía (Spain). *Rev Esp Sanid Penit.* 2016;18:76-84.
9. Lopez-Barrachina R, Lafuente O, Garcia-Latas JL. From the myth of narcissus to personality disorders in aragonese prisons: an introductory profile of personality disorders amongst people deprived of their liberty. *Rev Esp Sanid Penit.* 2007;9:53-63.
10. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet.* 2011;377:956-65.
11. Rincon-Moreno S, Vera-Remartinez E, Garcia-Guerrero J, Planelles-Ramos MV. Drug use when entering prison: comparison between the spanish and foreign prison inmate population. *Rev Esp Sanid Penit.* 2008;10:41-7.
12. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:361-8.
13. Olver ME, Wong SC. Short -and long- term recidivism prediction of the PCL-R and the effects of age: a 24-year follow-up. *Personal Disord.* 2015;6:97-105.
14. Pedersen L, Kunz C, Rasmussen K, Elsass P. Psychopathy as a Risk Factor for Violent Recidivism: Investigating the Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV) and the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) in a Forensic Psychiatric Setting. *International Journal of Forensic Mental Health.* 2010;9:308-15.
15. D'Silva K, Duggan C, McCarthy L. Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *J Pers Disord.* 2004;18:163-77.
16. Cooke DJ, Logan C. Capturing clinical complexity: Towards a personality-oriented measure of psychopathy. *Journal of Criminal Justice.* 2015;43:262-73.
17. Cooke DJ, Michie C. Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychol Assess.* 2001;13:171-88.
18. Hare RD, Neumann CS. Structural models of psychopathy. *Curr Psychiatry Rep.* 2005;7:57-64.



19. Pereira N, Huband N, Duggan C. Psychopathy and personality. An investigation of the relationship between the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) and the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in a hospitalized sample of male offenders with personality disorder. *Crim Behav Ment Health*. 2008;18:216-23.
20. Vitacco MJ, Kosson DS. Understanding psychopathy through an evaluation of interpersonal behavior: testing the factor structure of the interpersonal measure of psychopathy in a large sample of jail detainees. *Psychol Assess*. 2010;22:638-49.
21. Wright EM. The measurement of psychopathy: dimensional and taxometric approaches. *International journal of offender therapy and comparative criminology*. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2009;53:464-81.
22. Wygant DB, Sellbom M. Viewing psychopathy from the perspective of the Personality Psychopathology Five model: implications for DSM-5. *J Pers Disord*. 2012;26:717-26.
23. Viding E, McCrory EJ. Genetic and neurocognitive contributions to the development of psychopathy. *Dev Psychopathol*. 2012;24:969-83.
24. Pérez B, Herrero J, Velasco J, Rodríguez-Díaz FJ. A contrastive analysis of the factorial structure of the PCL-R: Which model fits best the data? *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. 2015;7:23-30.
25. Hare RD, Clark D, Grann M, Thornton D. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behav Sci Law*. 2000;18:623-45.
26. Hare RD, Neumann CS. The role of antisociality in the psychopathy construct: comment on Skeem and Cooke (2010). *Psychol Assess*. 2010;22:446-54.
27. Neumann CS, Hare RD. Psychopathic traits in a large community sample: links to violence, alcohol use, and intelligence. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76:893-9.
28. Neumann CS, Hare RD, Pardini DA. Antisociality and the Construct of Psychopathy: Data From Across the Globe. *J Pers*. 2015;83:678-92.
29. Cooke DJ, Michie C, Skeem J. Understanding the structure of the psychopathy checklist - revised: an exploration of methodological confusion. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007;49:s39-50.
30. Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark DA. Reconstructing psychopathy: clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *J Pers Disord*. 2004;18:337-57.
31. Cooke DJ, Hart SD, Logan C, Michie C. Explicating the Construct of Psychopathy: Development and Validation of a Conceptual Model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*. 2012;11:242-52.
32. Hemphill JF, Hart SD, D. Hare R. Psychopathy and Substance Use. *J Pers Disord*. 1994;8:169-80.
33. Blackburn R. Personality disorder and antisocial deviance: comments on the debate on the structure of the psychopathy checklist-revised. *J Pers Disord*. 2007;21:142-59.
34. Hawes SW, Byrd AL, Waller R, Lynam DR, Pardini DA. Late childhood interpersonal callousness and conduct problem trajectories interact to predict adult psychopathy. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58:55-63.
35. Herpers PC, Rommelse NN, Bons DM, Buitelaar JK, Scheepers FE. Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:2045-64.
36. Herpers PC, Scheepers FE, Bons DM, Buitelaar JK, Rommelse NN. The cognitive and neural correlates of psychopathy and especially callous-unemotional traits in youths: a systematic review of the evidence. *Dev Psychopathol*. 2014;26:245-73.
37. Lynam DR, Vachon DD. Antisocial personality disorder in DSM-5: missteps and missed opportunities. *Personal Disord*. 2012;3:483-95.
38. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, *et al*. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:215-24.
39. Hare R. *Manual for the psychopathy checklist-revised*. Toronto: Multi-Health Systems; 1991.
40. Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. 2nd ed. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
41. Florez G, Casas A, Kreis MK, Forti L, Martinez J, Fernandez J, *et al*. A Prototypicality Validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) Model Spanish Version. *Journal of personality disorders*. 2015;29:707-18.
42. Hoff HA, Rypdal K, Hart SD, Cooke DJ, Mykletun A. Domains of psychopathy: evaluating the structure of a lexical model of psychopathic personality disorder. *Personal Disord*. 2015;6:117-28.
43. Hoff HA, Rypdal K, Mykletun A, Cooke DJ. A prototypicality validation of the Comprehensive

- Assessment of Psychopathic Personality model (CAPP). *J Pers Disord.* 2012;26:414-27.
44. Kreis MK, Cooke DJ, Michie C, Hoff HA, Logan C. The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): content validation using prototypical analysis. *J Pers Disord.* 2012;26:402-13.
  45. Florez G. Psychopathy, Addictions, Interpersonal Violence and Antisocial Behavior, a mixed relationship. *Adicciones.* 2016;28:65-70.
  46. Casares-Lopez MJ, Gonzalez-Menendez A, Bobes-Bascaran MT, Secades R, Martinez-Cordero A, Bobes J. Need for the assessment of dual diagnosis in prisons. *Adicciones.* 2011;23:37-44.
  47. Boys A, Farrell M, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Jenkins R, *et al.* Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction.* 2002;97:1551-60.
  48. Russolillo A, Moniruzzaman A, McCandless LC, Patterson M, Somers JM. Associations between Methadone Maintenance Treatment and Crime: A 17-year Longitudinal Cohort study of Canadian Provincial Offenders. *Addiction.* 2018;113:656-67.
  49. Schwartz RP, Kelly SM, Mitchell SG, Gryczynski J, O'Grady KE, Jaffe JH. When does methadone treatment reduce arrest and severity of arrest charges? An analysis of arrest records. *Drug Alcohol Depend.* 2017;180:385-90.
  50. Teoh Bing Fei J, Yee A, Habil MH, Danaee M. Effectiveness of Methadone Maintenance Therapy and Improvement in Quality of Life Following a Decade of Implementation. *J Subst Abuse Treat.* 2016;69:50-6.
  51. Stallwitz A, Stover H. The impact of substitution treatment in prisons--a literature review. *Int J Drug Policy.* 2007;18:464-74.
  52. Torrens M, Fonseca F, Castillo C, Domingo-Salvany A. Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach. *Bull World Health Organ.* 2013;91:136-41.
  53. Larney S, Toson B, Burns L, Dolan K. Effect of prison-based opioid substitution treatment and post-release retention in treatment on risk of re-incarceration. *Addiction.* 2012;107:372-80.
  54. Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthoj C. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51:129-40.
  55. Hasin D, Fenton MC, Skodol A, Krueger R, Keyes K, Geier T, *et al.* Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68:1158-67.
  56. Cerda M, Moffitt TE, Meier MH, Harrington H, Houts R, Ramrakha S, *et al.* Persistent cannabis dependence and alcohol dependence represent risks for midlife economic and social problems: A longitudinal cohort study. *Clin Psychol Sci.* 2016;4:1028-46.
  57. Schoeler T, Theobald D, Pingault JB, Farrington DP, Jennings WG, Piquero AR, *et al.* Continuity of cannabis use and violent offending over the life course. *Psychol Med.* 2016;46:1663-77.
  58. Guimaraes RA, Mesquita NS, Lopes RS, Lucchese R, Felipe RL, Vera I, *et al.* Prevalence and Factors Associated With Criminal Behavior Among Illicit Drug Users: A Cross-Sectional Study. *Subst Use Misuse.* 2017;52:1393-9.
  59. Sandvik AM, Hansen AL, Kristensen MV, Johnsen BH, Logan C, Thornton D. Assessment of Psychopathy: Inter-correlations between Psychopathy Checklist Revised, Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale, and Self-Report of Psychopathy Scale–III. *International Journal of Forensic Mental Health.* 2012;11:280-8.
  60. Schulz N, Murphy B, Verona E. Gender differences in psychopathy links to drug use. *Law Hum Behav.* 2016;40:159-68.
  61. Skeem JL, Cooke DJ. Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychol Assess.* 2010;22:433-45.