



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
(DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA)

**INDICADORES DE PSICOPATÍA MEDIANTE EL
TEST DE RORSCHACH EN POBLACIÓN
DROGODEPENDIENTE**

Autora: Cristina Fernández Belinchón

Directora: Dra. Dña. Lucía Halty Barrutieta

Directora: Dra. Dña. María Prieto Ursúa

Madrid, Mayo 2016

A mis padres, por dar todo sin pedir nada. Os merecéis tanto...

A mi marido y mi hijo, por ser mi luz, ahora y siempre.

Índice

Capítulo 1: Introducción	1
Capítulo 2: La psicopatía	5
Antecedentes históricos	7
Hervey Cleckley	11
Robert Hare	15
PCL-R	17
Modelos Factoriales Posteriores	23
Propuesta de Cooke y Michie	23
Antisocialidad y psicopatía	27
Propuesta de Hare	37
Propuesta de Patrick	43
Acercamiento a la psicopatía desde el psicoanálisis	47
Capítulo 3: Drogodependencia	51
Criterios diagnósticos	53
Situación actual en España	59
Psicopatía y drogodependencia	62
Capítulo 4: El test de Rorschach	67
Definición y conceptualización	69
Test de Rorschach y psicopatía: recorrido histórico	77
Psicopatía y agresión	88
Agresión a través del test de Rorschach	90
Exner: Sistema Comprensivo	92
Gacono y Meloy: categorías de contenido agresivo	95

Capítulo 5: Justificación del estudio	105
Capítulo 6: Objetivos e hipótesis	113
Capítulo 7: Método y resultados	119
Método de investigación	121
Participantes	121
Instrumentos	128
Procedimiento	131
Análisis de datos	133
Resultados	135
Capítulo 8: Discusión	151
Limitaciones y fortalezas del estudio	167
Futuras líneas de investigación	169
Referencias bibliográficas	173
Anexos	197
Anexo I: Ítems PCL-R (Hare, 1991, 2003b)	199
Anexo II: Factores e ítems PCL-R (Hare, 1991)	200
Anexo III: Listado de 85 objetos con contenido agresivo (Meloy y Gacono, 1992b; Gacono y Meloy, 1994)	201
Anexo IV: Objetos potencialmente agresivos y adjetivos calificativos (DeLucas, 1997; como se citó en Baity et al., 2000)	202
Anexo V: Objetos neutrales tomados de protocolos de codificación de Exner (1994) para la Escala de Clasificación de Objetos (Baity et al., 2000)	203

Anexo VI: Listado de contenidos agresivos del Rorschach Assessment Performance System (Meyer et al., 2011)	204
Anexo VII: Fiabilidad interjueces de las variables Rorschach	205
Anexo VIII: Consentimiento informado de los participantes de la investigación	206

“La búsqueda del conocimiento de las personas siempre es difícil, pero la recompensa puede perdurar toda la vida” (John E. Exner, 1994).

Agradecimientos

A lo largo de estos años han sido numerosas las personas que me han acompañado en el proceso. Muchas, muchas, muchas gracias a todos.

Millones de gracias a Lucía Halty Barrutieta y María Prieto Ursúa, directoras de la presente tesis doctoral, quienes pacientemente han solucionado todas mis dudas y corregido todos mis errores. Gracias por haberme escuchado y apoyado en todos las etapas para realizar la investigación, he disfrutado de cada paso y aprendido de cada corrección.

A la Universidad Pontifica de Comillas, por haberme permitido realizar este estudio sobre el tema que es mi pasión, el test de Rorschach.

Gracias a Ática Servicios de Salud, por haber confiado en mí profesionalmente y haberme permitido trabajar y aprender en el CAID, así como por facilitarme el comienzo de esta tesis doctoral.

Las personas que han formado parte de la muestra son pacientes que desinteresadamente han querido aportar su granito de arena a la investigación científica, con el objetivo de poder ayudar a otros individuos que, como ellos, expresan a través de síntomas un intenso sufrimiento. Muchas gracias por vuestra participación y por todo lo que me habéis enseñado.

Mi eterno agradecimiento a Alicia Tamayo y Marisa Plumed, por haber creído siempre en mí, por empujarme y animarme en los momentos difíciles y por vuestras enseñanzas. Por ayudarme a comprender y amar el Rorschach, y formar parte de mi vida. Esta tesis doctoral no hubiese sido posible sin vosotras.

A las personas del CAID que entraron en mi vida y se convirtieron en amigos, conseguí hacer sencillo un trabajo complicado por la carga emocional que implica. Gracias por estar siempre a mi lado, tolerar mis ausencias y mostrarme siempre con humor una perspectiva diferente de las circunstancias.

A Laura, mi amiga y “hermana”, me has acompañado en cada uno de mis pasos y pese a la distancia siento tu calor y apoyo.

A mi familia, gracias a mis abuelas, mis tíos y mis primos por vuestra confianza en mí, por saber orientarme y guiarme, y por transmitirme optimismo en los momentos difíciles.

A mis padres, mi hermana, mi cuñado, Raúl, y mi enana, Sara. Sois mi apoyo incondicional y un puerto al que siempre puedo llegar. Habéis entendido y apoyado todas mis decisiones y siempre he contado con vuestro respaldo y cariño. Es imposible expresar con palabras lo que siento...

A mi marido, David, compañero de camino, por tu paciencia, comprensión, amor y generosidad. Eres mi soporte y tu implicación en este estudio me ha permitido realizarlo y finalizarlo. Gracias a ti puedo perseguir mis sueños y sonreír cada mañana. El infinito se hace pequeño...

A mi hijo, Hugo, motor y sentido de mi vida. Tu llegada ha llenado de felicidad nuestras vidas y tu presencia y sonrisa calma cualquier tempestad. Aún sin saberlo, escribí esta tesis gracias a ti...

A nuestros amados compañeros “peludetes”, Rita, Wiki y Rubi, que fiel e incondicionalmente han estado a mi lado en todas las horas pasadas frente al ordenador.

Y a tantas personas que de manera directa o indirecta han influido en el proyecto en el cual me embarqué hace años, a través de su presencia, sus palabras o sus silencios, enseñándome a disfrutar de la investigación.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

Introducción

La presente tesis doctoral partió del trabajo clínico y de la observación de distintos pacientes durante el tiempo transcurrido trabajando en un centro ambulatorio de drogodependencias de la Comunidad de Madrid. A través de la práctica diaria, observé una característica que no había experimentado en ningún otro recurso de la red de Salud Mental: la ausencia de culpa en determinadas personas. Además de ello, fui consciente de la manipulación y la serie de mentiras en la que se envolvían ciertos pacientes a través de un discurso fluido y superficial. Confiando en su motivación y capacidad de cambio y recuperación, me di cuenta de la frustración e impotencia que me generaban sus continuas recaídas y reincidencias en diversos delitos. Ello me llevó a profundizar y realizar revisiones bibliográficas acerca de los trastornos de personalidad y más concretamente, sobre la psicopatía y el comportamiento antisocial.

La persona con psicopatía, como pude informarme, no es únicamente aquel individuo que comete delitos que son penados por la justicia, o aquella persona que se encuentra en instituciones penitenciarias. Existen características, desconocidas por mí hasta entonces, del sujeto con altas puntuaciones en psicopatía que no experimenta culpa cuando de alguna manera genera sufrimiento en su igual, que no siente tristeza o remordimientos por sus errores, y que ejecuta cualquier conducta de manera instrumental, para conseguir su objetivo.

De ahí partió mi curiosidad por investigar la psicopatía, y su relación con la drogodependencia, ya que, como he comentado anteriormente, fue el único dispositivo en el que lo he observado con tanta frecuencia y que me ha impactado de manera tan clara.

Por otra parte, una de mis pasiones desde hace años es una prueba proyectiva en la que me formé y que he aplicado en mi práctica clínica: el test de Rorschach. Por ello, y debido a mi curiosidad profesional ya que nunca lo había aplicado a población drogodependiente, lo fui introduciendo como parte de la evaluación y diagnóstico de los pacientes, con dos objetivos: clínico y de investigación. En las búsquedas bibliográficas detecté la escasa información existente en España acerca de la fiabilidad con la que esta prueba podía detectar casos de psicopatía en consumidores de sustancias, lo que me sorprendió por las consecuencias que observaba tanto en el nivel social, como legal o sanitario, en la práctica clínica.

Cuando comencé a investigar, captaron mi atención tres referencias, una película y dos libros, que hacían alusión a la psicopatía y generaban un cuestionamiento de parte del género humano como depredador sin emociones y perjudicial en todos los niveles.

El primero fue el caso de Aileen Wuornos, la primera mujer condenada a muerte en 1992 en Estados Unidos por el asesinato de siete hombres entre 1989 y 1990, y ejecutada en Florida diez años después. Se ha considerado como la primera asesina en serie (Arrigo y Griffin, 2004), presentaba comorbilidad con el abuso de sustancias, en concreto de alcohol y marihuana, y el caso generó tanta atención por parte de los medios de comunicación que fue llevado a la gran pantalla, en la película “Monster” (2003). Su afirmación: “soy una persona que odio en serio la vida humana y mataría de nuevo”, me recorrió como un escalofrío, replanteándome la necesidad de investigar las características de este tipo de personalidades y sus conductas violentas en muchos de los casos.

Posteriormente, la lectura de “Sin conciencia” (Hare, 2003a) me hizo darme cuenta de que la psicopatía no siempre se relaciona con la delincuencia, que existen “psicópatas de cuello blanco” (Hare, 2003b). Se denominan así a aquellos empleados poco fiables, a los empresarios depredadores y sin escrúpulos, a los políticos corruptos o a los profesionales poco éticos e inmorales que emplean el poder para abusar de clientes o pacientes (Hare, 2010). Pero hasta la fecha, se conoce poco sobre la asociación entre las características psicopáticas y el estatus y desempeño profesional (Babiak, Neumann y Hare, 2010).

Y finalmente, leí “La canción del verdugo” (Mailer, 2008), en el que se narra la historia de Gary Gilmore, varón estadounidense que cometió dos asesinatos, numerosos hurtos y robos con armas, agresiones, estuvo implicado en varias peleas y era consumidor habitual de alcohol. Solicitó la pena de muerte en la Penitenciaría Estatal de Utah antes que esperar en el corredor de la muerte las apelaciones legales para su ejecución. Fue ejecutado en enero de 1977, con 37 años de edad.

En ninguna de estas personas se atisbaba culpa o remordimiento, emociones humanas básicas e imprescindibles para la socialización, que se adquieren en la infancia. De toda esta información surgió la presente tesis doctoral, como aportación al campo de la psicopatía, del test de Rorschach y de la drogodependencia.

CAPÍTULO 2: LA PSICOPATÍA

La Psicopatía

La psicopatía es un trastorno que, cada vez en mayor medida, afecta a nuestra sociedad debido a las consecuencias sociales, familiares, emocionales, sanitarias y legales que genera. Se ha estimado que su prevalencia en población carcelaria se encuentra entre el 20 y el 75% (Díez-Rubio, 2011), y en población general en el 1% (Neumann y Hare, 2008). Cuando la prevalencia se ha establecido según los géneros, los datos han apuntado al 3% en varones y el 1% en mujeres (Díez-Rubio, 2011).

Está considerada como una de las enfermedades psiquiátricas más devastadoras socialmente (Babiak et al., 2010; Hare y Neumann, 2009; Johansson, Andershed, Kerr y Levander, 2002; Patrick, Fowles y Krueger, 2009), tanto por la violencia que genera como por los recursos necesarios para hacerle frente (Halty y Prieto, 2015). Debido a los efectos que provoca, se ha estudiado la relación que la psicopatía tiene con los actos violentos y la delincuencia (Cunningham y Reidy, 1998), y se ha concluido que es un constructo de personalidad significativo en el estudio de ambas variables (McCann, 2002).

Pero no todo el mundo que comete delitos tiene un diagnóstico de psicopatía (Díez-Rubio, 2011; Muñoz, 2011). Por ello, es importante la clarificación conceptual de la patología para obtener una mayor profundización en sus características y estructura, así como para diferenciarlo de otros trastornos. Una correcta evaluación de la psicopatía llevaría a la elección de un adecuado tratamiento y la elaboración de un pronóstico.

En este capítulo, nos centraremos en exponer la evolución del concepto de psicopatía mediante las aportaciones de distintos autores, repasando las posturas teóricas vigentes acerca del trastorno en estos momentos y las propuestas actuales.

Antecedentes Históricos

Para conceptualizar la psicopatía, comenzaremos por realizar un recorrido histórico sobre el trastorno, a través de las diferentes definiciones que los autores han aportado y las características relevantes que han considerado tiene la personalidad psicopática.

El término psicopatía proviene del griego y significa etimológicamente dañado o enfermo mental (Blackburn, 2007). Históricamente, el concepto de psicopatía resultó de la confluencia de posturas teóricas de las tradiciones psiquiátricas francesa, alemana y

anglosajona (Herpertz y Sass, 2000; Warren y South, 2006). Así, los acercamientos al trastorno han sido múltiples y desde diferentes áreas.

La evolución del estudio de los trastornos de personalidad en general ha partido de la historia de la psicopatología y las clasificaciones de personalidad procedentes de la tipología médica desde al menos Hipócrates de Kíos (Pelechano, De Miguel y Hernández, 2009). En concreto, el trastorno psicopático fue el primer trastorno de personalidad reconocido en psiquiatría (Hare y Neumann, 2009; Millon, Simonsen, Birket-Smith y Davis, como se citó en Hare, Clark, Grann y Thornton, 2000) a partir del siglo XIX (Meloy, 2002a).

Se presentarán a continuación por orden cronológico las tradiciones francesa y británica, que realizaron aportaciones durante el siglo XIX. Posteriormente se expondrá la tradición alemana, con mayor influencia a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Y finalmente se repasará la tradición anglosajona, con una importante relevancia durante la segunda mitad del siglo XX y principios del siglo XXI.

Durante el siglo XIX, destacaron autores pertenecientes a las tradiciones francesa e inglesa. Ha existido consenso en establecer que Pinel, médico francés, fue la primera persona que identificó el trastorno en 1801 (Díez-Rubio, 2011; Lykken, 1996; Meloy, 2002b; Millon, 2006; Torry y Billick, 2011). Lo hizo a través de las observaciones de un grupo de pacientes que se caracterizaban por un comportamiento impulsivo y auto-destructivo, así como por conductas atípicas y agresivas (Soeiro y Goncalves, 2010) e inestabilidad emocional (Herpertz y Sass, 2000; Warren y South, 2006), sin tener evidencia de que estos pacientes padecieran trastornos en la capacidad de razonamiento ni sufrieran remordimientos tras sus actos. Pinel los clasificó como “manía sin delirio” (Meloy, 2002b, p.7), describiendo cómo un trastorno mental puede existir aunque el razonamiento se encuentre intacto. El autor acentuó así la implicación de las emociones de manera primaria en la psicopatía (Herpertz y Sass, 2000).

En 1835, un psiquiatra británico, Pritchard, empleó un término similar al acuñado por Pinel en 1801: “moral insanity” (“locura moral”) para referirse a sujetos cuya moralidad, emociones, impulsos o principios de conducta estaban fuertemente pervertidos e indicaban un comportamiento antisocial (Caparrós, 1978; Díez-Rubio, 2011; Hare y Neumann, 2006; Herpertz y Sass, 2000; Meloy, 2002b; Millon, 2006; Soeiro y Goncalves, 2010). Estos individuos, pese a no presentar síntomas psicóticos como los delirios ni problemas en el razonamiento, se consideraban patológicos. Pritchard aplicó el término moral en el sentido

psicológico o emocional, en contraposición con lo intelectual (Herpertz y Sass, 2000). Por tanto, enfatizaba, tal como hizo Pinel, la importancia de los afectos en el diagnóstico del trastorno.

Unos años más tarde, en 1838, un médico francés, Esquirol, estableció la monomanía, basado en la implicación parcial, primaria e independiente de las funciones intelectuales, emocionales y volitivas. Incluyó estados en los cuales una alteración conductual se convertía en el único criterio para el diagnóstico, como la cleptomanía o la piromanía (Herpertz y Sass, 2000). Como se puede ver, atribuyó mayor importancia a la conducta que a las emociones en la detección de la psicopatía, postura contraria a Pinel y Pritchard. Su aportación fue criticada pero tuvo influencia en el desarrollo futuro de la psicopatía y de los trastornos por descontrol de impulsos (Herpertz y Sass, 2000).

Y por último, dentro de este grupo de precursores de la conceptualización de la psicopatía, encontramos a Morel, médico francés con gran influencia en la psiquiatría de la época, que elaboró su teoría de la degeneración, bajo la suposición de que todos los trastornos mentales podían remontarse a un origen hereditario común (Herpertz y Sass, 2000). Desarrolló en 1857 el concepto a la que llamó “folie morale” (Warren y South, 2006, p. 3), término similar al de “locura moral” que empleó Pritchard, para definir a un individuo poco fiable, con características como la excentricidad, la inestabilidad emocional y la dispersión en las funciones cognitivas (Herpertz y Sass, 2000; Warren y South, 2006).

Durante los primeros años del siglo XX, la comunidad psiquiátrica alemana realizó grandes aportaciones a la definición y conceptualización de la psicopatía. En concreto, son cuatro los autores importantes, y todos ellos coincidieron en establecer que en la psicopatía tiene mayor peso lo biológico que un defecto moral (Blackburn, 2007). El primer autor fue Koch, quien en 1891 introdujo el término de “inferioridad psicopática” (Meloy, 2002b, p.7), basándose en juicios de valor sociales (Schneider, 1974) y entendiéndolo como una anomalía en el carácter, en gran parte debido a aspectos congénitos o derivados de enfermedades psíquicas (Caparrós, 1978). El segundo autor, Kraepelin, continuó las investigaciones de Koch, y en el año 1904 introdujo el término de “personalidad psicopática” (Soeiro y Goncalves, 2010, p. 228), desarrollando la teoría de la psicopatía a través de una etiología biogenética y una estructura moral degenerativa. Su postura fue predominantemente genética, defendió que son personalidades que se han alterado por influencias hereditarias desfavorables.

Birnbaum, tercer autor dentro de esta tradición alemana que desarrolló su trabajo en la primera mitad del siglo XX, definió las personalidades psicopáticas como personas de naturaleza anormalmente predispuestas con ligeras desviaciones, sobre todo en los sentimientos, la voluntad y los instintos (Schneider, 1974).

Y el cuarto autor, Schneider, realizó también importantes aportaciones a la psicopatía unos años más tarde, elaborando una definición del trastorno reconocida y que se mantuvo como esencial hasta las reformulaciones actuales. Definió a las personas con psicopatía en 1923 como “aquellas personalidades que sufren por su anormalidad o hacen sufrir, bajo ella, a la sociedad” (Schneider, 1974, p. 32). Entendió el trastorno como una desviación cuantitativa de la personalidad normal, encuadrándola como un tipo de “personalidad anormal” (p.33), que se comporta de diferente manera según las épocas y que tiene conflictos internos o externos. La anormalidad de la que hablaba Schneider hacía referencia a la desviación estadística de una media estimada (Blackburn, 2007; Herpertz y Sass, 2000), en este caso, de la curva normal. Situó el origen de la psicopatía, como otros autores alemanes, en una base genética o innata, descartando las causas externas como determinantes de la patología.

El autor sugirió además una clasificación diagnóstica de diferentes clases de personas con psicopatía, en concreto, estableció 10 tipos. Aclaró que sus personalidades psicopáticas hacían referencia a aquellas personas que se apartaban de la normalidad, extrañas. Calificó estos tipos como hipertímicos, depresivos, inseguros de sí mismos, fanáticos, necesitados de estimación, de estado de ánimo lábil, explosivos, desalmados, abúlicos y asténicos. El octavo tipo, los sujetos con psicopatía desalmados, se definía como aquellas personalidades carentes de vergüenza, compasión o arrepentimiento, sin conciencia moral y embotamiento afectivo precoz; cognitivamente, conocían las leyes sociales y morales, pero no las cumplían. Este tipo es lo más cercano al individuo con psicopatía actual en el cual se centra este trabajo.

El concepto alemán de psicopatía fue compartido por Henderson en 1939 desde la tradición británica, que lo consideraba como una condición de anormalidad constitucional. En contraste con la tradición alemana, entendía la constitución generada tanto por la herencia como por el ambiente. Definió tres tipos de estados psicopáticos: el predominantemente agresivo, el inadecuado y el creativo. Los dos primeros tipos se incluyeron en la tradición anglosajona de los trastornos de personalidad, caracterizados principalmente por rasgos antisociales (Herpertz y Sass, 2000).

Rush fue el primer psiquiatra angloamericano en estudiar individuos cuyas alteraciones estaban caracterizadas de manera primaria por irresponsabilidad, falta de escrúpulos y agresividad. Habló de la “alienación moral de la mente”, y lo entendió como una manifestación de enfermedad mental (Herpertz y Sass, 2000). Enfatizó la crueldad y la malicia, y creía que una “deprivación moral” se encontraba en el centro del trastorno (Patrick et al., 2009). En general, y tal como planteó este autor, los constructos norteamericanos de psicopatía son híbridos entre la locura moral y la tradición Schneideriana (Blackburn, 2007).

Todas estas categorizaciones fueron el antecedente de la descripción de los trastornos de personalidad actuales en las dos grandes categorías diagnósticas: la europea con la CIE-10 (OMS, 1992) y la norteamericana con el DSM-IV-TR (APA, 2003) y su revisión más reciente, el DSM-5 (APA, 2014a) (Warren y South, 2006).

Tras este recorrido histórico por el concepto de psicopatía llegamos a Hervey Cleckley, psiquiatra norteamericano pionero en el estudio del trastorno tal como lo entendemos en la actualidad, y en quien se han apoyado los autores que veremos durante este trabajo para proponer sus modelos. Rechazó el concepto de Schneider de personalidad psicopática (Blackburn, 2007), y definió el trastorno con una serie de características conductuales antisociales y de personalidad específicas que son en gran medida las que se mantienen en la actualidad.

Hervey Cleckley

Hervey Cleckley (1941), desde la tradición norteamericana e influenciado por la teoría psicoanalítica (Vitacco, Rogers, Neumann, Harrison y Vincent, 2005), fue uno de los pioneros en el estudio de las personalidades psicopáticas (Patrick et al., 2009), así como el primero que definió la psicopatía a través de distintas características, acercándose al concepto que tenemos en la actualidad del constructo. Por ello, su trabajo se convirtió en uno de los esfuerzos más influyentes en la conceptualización de la personalidad psicopática (Lynam y Widiger, 2007). Su obra ha tenido influencia en numerosos autores y continúa siendo un punto de referencia en la investigación contemporánea sobre el trastorno (Hare y Neumann, 2008; Patrick, 2006).

Partiendo de la psicopatía como una patología severa enmascarada por una apariencia exterior de salud mental (Patrick et al., 2009), es decir, como personalidades que no parecían lo que en realidad eran (Pozueco y Moreno, 2013), se planteó como objetivo describir un

grupo de pacientes psiquiátricos que resultaban ser inadecuados para el tratamiento de moda en su época, el psicoanálisis (Warren y South, 2006).

Para ello describió 15 casos clínicos y operativizó la psicopatía a través de la existencia de 16 características¹. Para Cleckley (1941, 1955), el individuo con psicopatía era una persona con afecto superficial y buena inteligencia, frío en sus reacciones afectivas y en la esfera sexual, mentirosa y poco fiable, egocéntrica e incapaz de amar. Raramente realizaba intentos autolíticos, y carecía de delirios, manifestaciones psiconeuróticas, culpa y remordimientos, así como de capacidad para generar insight. Además, mostraba dificultad para aprender de la experiencia y para seguir los planes programados, y tendía a manifestar conductas antisociales y un comportamiento poco atractivo bajo los efectos del alcohol y sin ellos. Como se puede ver, describió la personalidad psicopática a través de una constelación de atributos interpersonales, afectivos y conductuales (Hare y Neumann, 2006; Salekin, Neumann, Leistico y Zalot, 2004).

Estas características se han convertido en la base para los modelos teóricos sobre la psicopatía que se han ido generando. Sin embargo, no todos los autores han estado de acuerdo con las mismas. Kernberg cuestionó cuatro de los ítems planteados por Cleckley: ausencia de ansiedad o manifestaciones neuróticas, la conducta extravagante con bebida y a veces sin ella, el suicidio raramente cometido y el encanto superficial y la buena inteligencia (Díez-Rubio, 2011). Los motivos para ello fueron la presencia de estos síntomas en otro tipo de patologías, como las antisociales u otro tipo de personalidades narcisistas, y la ausencia de encanto superficial en muchas personas con psicopatía. Y para Hare y Neumann (2008), existían dudas sobre si la muestra empleada por Cleckley fue representativa de la población, ya que no informó sobre el procedimiento utilizado.

Cleckley (1941) planteó como hipótesis que la persona con psicopatía se diferenciaba del resto de patologías mentales en la persistente carencia de habilidad para ser consciente del significado que las experiencias vitales tienen para los otros. Es decir, nos estaba planteando una característica afectiva e interpersonal, la ausencia de empatía, como uno de los rasgos estructurales del trastorno. Estudió dos características en este tipo de personalidades que

¹ Afecto superficial y buena inteligencia; ausencia de delirios y otros signos de pensamiento irracional; ausencia de ansiedad u otras manifestaciones psiconeuróticas; poca fiabilidad; mentiras y falsedad; carencia de remordimientos o culpa; comportamiento antisocial sin causa; juicio pobre y dificultad para aprender de la experiencia; egocentrismo patológico e incapacidad de amar; pobreza general en las reacciones afectivas; pérdida de insight; irresponsabilidad en las relaciones interpersonales; comportamiento fantástico y poco atractivo bajo los efectos del alcohol y sin él; rara realización de intentos autolíticos; vida sexual impersonal, superficial y pobremente integrada; y fallo en la continuación de cualquier plan de vida.

desarrollaremos a continuación: por un lado, el trastorno semántico que podían experimentar, y por otro lado, la inteligencia que presentaban.

Respecto a la primera característica, atribuyó al individuo con personalidad psicopática una psicosis oculta, introduciendo un término alternativo, afasia semántica, para considerar la mentira patológica del mismo, definir la carencia de integración de la emoción con el significado del léxico, y delimitar el uso del término psicopatía. Dicha afasia fue definida por Henry Head en 1926 como una “carencia de reconocimiento del significado y la intención de las palabras y las oraciones, una pérdida de poder para apreciar o formular la conclusión general de una serie de pensamiento conectado” (como se citó en Cleckley, 1941, p.432). La persona con afasia semántica “puede entender una palabra o una frase y puede apreciar varios detalles de una pintura, pero se le escapa el significado del conjunto” (como se citó en Cleckley, 1941, p.432). Sin embargo, esta idea no se sostuvo (Meloy, 2002b). Ediciones posteriores de su libro (Cleckley, 1955, 1976) reflejaron una evolución del pensamiento sobre el sujeto con psicopatía más cercano al nivel de personalidad borderline que plantea Kernberg (1987). Concluyó en ese momento que existía un trastorno semántico profundamente arraigado en el cual los componentes de las palabras estaban disociados. Esta idea de disociación entre lo cognitivo y afectivo del lenguaje en la persona con psicopatía se ha mantenido y se continúa investigando.

En 1962, Johns y Quay recogieron esta idea afirmando que “el psicópata conoce las palabras pero no la música” (p. 217). Es decir, evitaban mostrar activación emocional ante determinado tipo de léxico, teniendo una escasa implicación afectiva con los términos que empleaban, esto es, siendo insensibles a las connotaciones emocionales del lenguaje (Louth, Williamson, Alpert, Pouget y Hare, 1998). De esta manera, podían presentar habilidad para engañar y manipular, mientras aparentaban ser amables y sinceros. Todo esto podía clarificar el fallo en el desarrollo de la empatía y la consciencia (Louth et al., 1998).

En 1991, Williamson, Harpur y Hare intentaron confirmar la afirmación anterior de Johns y Quay. Comprobaron que las personas con psicopatía respondían más lento a las palabras con emoción que a las neutras, a través de la observación de una menor reacción conductual y electrocortical ante palabras emocionales que ante palabras neutras. Su conclusión fue que en las personalidades psicopáticas existía un uso inadecuado de los componentes afectivos del lenguaje, ya que las palabras con contenido emocional no tenían el

mismo significado afectivo para ellos que para las personas sin psicopatía, posiblemente porque no extraían más información que de las palabras neutras.

Herpertz y Sass (2000) más adelante llegaron a conclusiones similares, sosteniendo que es un trastorno caracterizado por una demencia semántica, una incapacidad para experimentar determinados afectos, aunque sean capaces de verbalizarlos, y un déficit en el procesamiento de información emocional.

Por tanto, se concluye respecto a este punto, que las personas con altas puntuaciones en psicopatía presentan una comprensión exclusivamente intelectual, teniendo déficits en el plano emocional (Pozueco y Moreno, 2013).

La segunda característica estudiada fue el nivel de inteligencia de estas personas con psicopatía. Cleckley (1955) coincidía con Pinel y Pritchard respecto a la ausencia de un déficit cognitivo. Para él, una de las características que definía el trastorno era la buena inteligencia y razonamiento, “aparentemente, es sencillo conversar con él y parece que tiene intereses genuinos adecuados” (p. 382). Apuntó que en los test psicométricos de inteligencia tendían a obtener mayores puntuaciones que la media. Sin embargo, el autor empleó pacientes ambulatorios con buena adaptación al medio y un adecuado funcionamiento interpersonal, lo que pudo influir en sus conclusiones.

Sobre esta aportación también han existido divergencias en los distintos autores. Salekin et al. (2004) han defendido la postura de Cleckley (1941, 1955), afirmando que los componentes de la psicopatía requieren un cierto grado de inteligencia, especialmente las características interpersonales y afectivas.

Sin embargo, hay autores que han llegado a conclusiones contrarias. Johansson y Kerr (2005) afirmaron que la inteligencia podía tener un efecto preventivo contra la delincuencia, y que una puntuación alta en dicha variable parecía aumentar el potencial destructivo de la gente con rasgos de personalidad psicopáticos.

Por otro lado, Hare y Neumann (2008) y Díez-Rubio (2011) afirmaron que no había una razón concreta para relacionarlo con la inteligencia, puesto que el cuadro se encontraba en todos los niveles de la misma. Así, no se ha llegado a resultados concluyentes respecto a esta variable en la población con trastorno psicopático.

Tras las aportaciones de Cleckley, la definición y conceptualización de la psicopatía seguía sin establecerse con claridad, y no existía un instrumento para su medición. Surgieron tres enfoques teóricos y clínicos, cada uno de los cuales defendía como parte esencial del

trastorno diferentes características o componentes. Uno de ellos (Hare, 1991, 2003b) apoyaba la parte más conductual o antisocial de la psicopatía, otro (Cooke y Michie, 2001; Cooke, Michie, Hart y Clark, 2004) mantenía la estructura de personalidad subyacente con características interpersonales y afectivas como los atributos definatorios de la patología. Y el último de ellos, desarrollado por Patrick et al. (2009), sostenía una conceptualización triárquica del trastorno.

Robert Hare

Robert Hare es un psicólogo canadiense que comenzó a trabajar en instituciones penitenciarias. Allí observó cómo determinados individuos, aparentemente tranquilos, empáticos y con capacidad de autocrítica, empleaban la manipulación y las mentiras para conseguir sus objetivos (Hare, 2003a). Su interés por este tipo de personalidad y la preocupación por la ausencia de instrumentos de medida fiables, válidos y aceptados (Hare y Neumann, 2008) le llevó a la profundización en las aportaciones de Cleckley (1941, 1955) al campo de la psicopatía.

Partiendo de las 16 características descritas por Cleckley desarrolló su modelo teórico y la herramienta diagnóstica de manera paralela (Patrick, Hicks, Nichol y Krueger, 2007). Hasta ese momento, el diagnóstico de la psicopatía se basaba en observaciones clínicas, sin existir ningún instrumento para su medición (Lindner, 1943). Sin embargo, la muestra que empleó difería de la que usó Cleckley, ya que este último incluyó pacientes ambulatorios con buen funcionamiento, mientras que Hare se basó en población forense y penitenciaria (Hare, 1991; Hare y Neumann, 2010; Venables, Hall y Patrick, 2014). Este punto de partida marcó una diferencia en la descripción del trastorno entre ambos autores (Salekin, Worley y Grimes, 2010). Hare describió finalmente la psicopatía como un conjunto de características afectivas, interpersonales y conductuales que veremos a continuación y que demostraron tener buena potencia estadística. Su modelo bifactorial ha sido durante muchos años el modelo estructural dominante para el estudio de la psicopatía (Patrick et al., 2007).

Durante su trabajo en prisiones, su interés por la medición del trastorno psicopático le llevó en 1980 a desarrollar un procedimiento clínico global con una escala de 7 puntos que valoraba la consistencia de la personalidad y el comportamiento, incluyendo la impulsividad y los factores criminales (Salekin et al., 2004). El objetivo era la consecución de una valoración unitaria del constructo de psicopatía (Patrick et al., 2007) y de una herramienta diagnóstica

con información específica para diferenciar las personas delincuentes con psicopatía de los individuos delincuentes sin psicopatía. Él y su equipo elaboraron 100 ítems que podían medir dichos criterios, pero muchos de ellos fueron eliminados por resultar redundantes o difíciles de puntuar. Tras ello se llevaron a cabo análisis estadísticos para determinar los ítems con mejores propiedades psicométricas, quedándose con un total de 22. El modo de puntuar fue mediante una escala tipo likert de tres puntos, donde cero indicaba que la característica no estaba presente, uno señalaba ciertas dudas sobre la existencia del rasgo, y dos hacía referencia a la presencia certera de la característica. El rango total de puntuaciones se encontraba por tanto entre cero y 44. Fue así un intento de operativizar ciertos procedimientos de evaluación.

Surgió de este modo la Escala de Evaluación de Psicopatía (Psychopathy Checklist, PCL), consistente en la valoración del trastorno a través de una entrevista semiestructurada de 22 ítems que el evaluador puntuaba entre cero y dos tras haber mantenido entrevistas con el sujeto y haber revisado su historial clínico y legal. La puntuación total se encontraba entre cero y 44, e informaba acerca de características interpersonales, afectivas, de estilo de vida y antisociales de la persona. Para la validación de la Escala emplearon una muestra de 143 presos varones, cuyos ítems fueron puntuados por dos investigadores con experiencia. Hare (1980) confirmó que las propiedades psicométricas resultaron adecuadas: los 22 ítems resultaron fiables, con un coeficiente alfa de 0,88; la fiabilidad interjueces entre dos evaluadores era alta, de 0,93; y tenía capacidad para discriminar entre los presos con altas y bajas puntuaciones en psicopatía (Hare, 1980). Pero el autor reconocía que adolecía de subjetividad y era necesaria una gran cantidad de experiencia para llevarlo a cabo, por lo que se hacía difícil para otros examinadores su cuantificación. Así, se detectó la necesidad de construir otro instrumento con un procedimiento más objetivo (Hare, 1980).

En 1991, Hare publicó la primera edición de la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), empleando muestras penitenciarias de varones adultos y de pacientes varones psiquiátricos forenses. La revisión del PCL trajo consigo cambios en la herramienta. Los 22 ítems previos se redujeron a 20, eliminando dos por problemas con el significado y la fiabilidad, y porque aportaban escasa información útil (Hare y Neumann, 2006). Se mantuvo la puntuación de los ítems en una escala tipo likert de tres puntos, entre cero y dos, y se detallaron más las instrucciones en la puntuación de cada uno de ellos, incluyendo ejemplos. A continuación, se desarrollará la herramienta propuesta por Hare.

PCL-R.

El PCL-R quedó formado por una escala de 20 ítems que el evaluador puntuaba entre cero, uno ó dos, a través de la información recogida en una entrevista semiestructurada e informes previos del sujeto, obteniendo una puntuación máxima total de 40 puntos. En el Anexo I se recogen los 20 ítems del PCL-R (Hare, 1991). Hare (1991) estableció el punto de corte de 30 para la prueba, a partir del cual la persona podía ser considerada alta en psicopatía.

Se realizaron análisis estadísticos para conseguir un mejor estudio de su potencia. En concreto, se empleó el análisis factorial exploratorio, que reveló dos factores correlacionados en la prueba: el Factor I, llamado Interpersonal/Afectivo, y formado por los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 16; y el Factor II, de Desviación Social, compuesto por los ítems 3, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18 y 19. Los ítems 11², 17³ y 20⁴ no saturaron en ningún Factor, pero se mantuvieron ya que puntuaban en el total de la prueba. En el Anexo II se muestran todos los ítems, agrupados por factores. El autor contemplaba así la parte de personalidad (Factor I) y conductual (Factor II) de la psicopatía. El Factor I o Interpersonal/Afectivo abarcaba rasgos de personalidad como la superficialidad, el egocentrismo, la ausencia de culpa y de empatía, la frialdad emocional, o la manipulación y las mentiras. Y el Factor II, de Desviación Social, hacía referencia al estilo de vida y el componente antisocial de la patología, cuyos rasgos principales eran la impulsividad, el descontrol conductual, la irresponsabilidad, la conducta antisocial en el adulto o los problemas de conducta en la infancia. La estructura factorial del instrumento explicada se muestra en la Figura 1.

² Conducta sexual promiscua.

³ Frecuentes relaciones maritales de corta duración.

⁴ Versatilidad criminal.

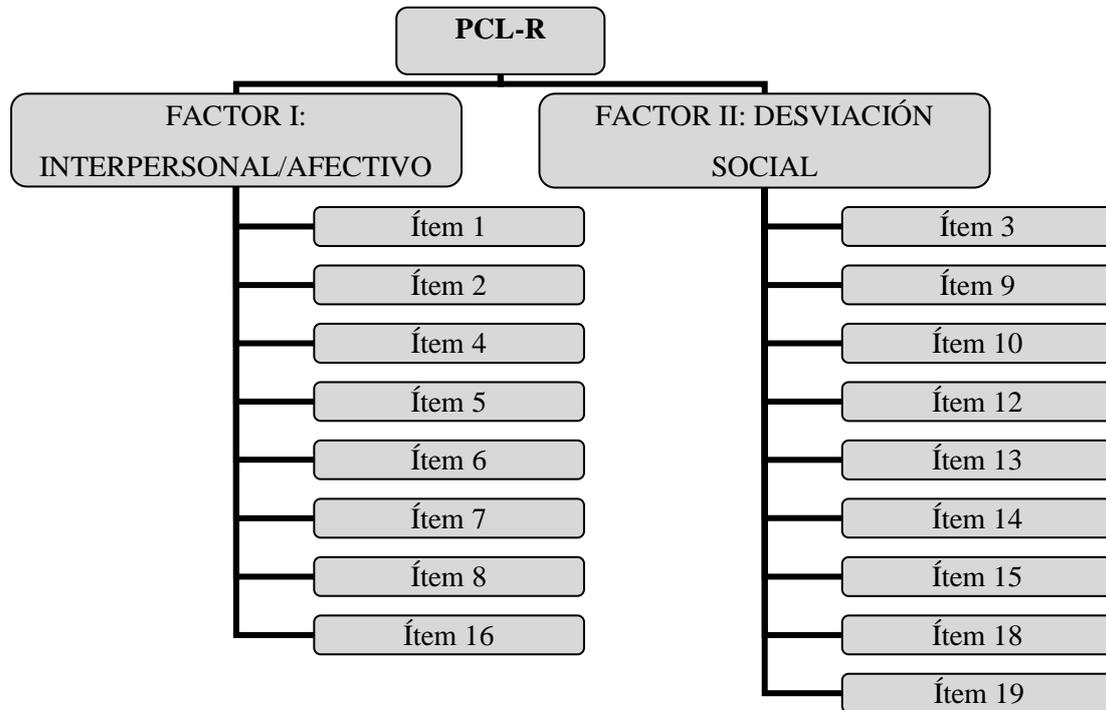


Figura 1. Estructura Factorial PCL-R (Hare, 1991).

A pesar de basarse en Cleckley para el desarrollo del PCL-R, Hare y Neumann (2008) explicaron posteriormente el motivo de no incluir cuatro de sus características como ítems del instrumento. Una de ellas, el afecto superficial y buena inteligencia, se puso en duda puesto que la muestra de pacientes de Cleckley poseían una buena educación y formación; los autores concluyeron como hemos visto que algunos individuos con psicopatía podían ser inteligentes y otros no. Otra característica no incluida fue la ausencia de delirios y otros signos de pensamiento irracional, ya que no coincidían con Cleckley en la visión de la psicopatía como una psicosis enmascarada. Para el tercer rasgo, la rara realización de intentos autolíticos, los autores se plantearon que no se expuso con qué patología se comparaba dicha afirmación. Y por último, excluyeron la ausencia de nerviosismo y otras manifestaciones psiconeuróticas, debido a la falta de claridad e inconsistencia en la definición de ansiedad.

Existe evidencia para concluir que el constructo de psicopatía medido a través del PCL-R ha demostrado tener una buena generalizabilidad transcultural (Cooke y Michie, 1999, 2001; Hare, 2003b; Hare y Neumann, 2008; Neumann, Schmitt, Carter, Embley y Hare, 2012), lo que permite evaluar la psicopatía en una amplia variedad de contextos y en grupos raciales, étnicos, culturales y socioeconómicos diferentes (Hare y Neumann, 2006). Cooke (1995) concluyó con una muestra de presos escoceses que el constructo medido tanto en

Norteamérica como en Escocia era similar. Cooke y Michie (1999) por su parte lo validaron con muestra de 307 prisioneros escoceses y muestras de prisioneros canadienses y estadounidenses, así como con parte de la muestra de Hare (1991), llegando a los mismos resultados que Cooke (1995). No obstante, Hare y Neumann (2005) hallaron que la presencia de un estilo de vida impulsivo y las características antisociales aportaban más información de la psicopatía en delincuentes varones ingleses que en delincuentes norteamericanos.

Las propiedades psicométricas, al igual que en el PCL, resultaron adecuadas (Grann, Langström, Tengström, y Stalenheim, 1998; Hare, 1991, 1999; Hare, Hart y Harpur, 1991; Hare y Neumann, 2005; Hart, Forth y Hare, 1991; Neumann, Hare y Newman, 2007; Patrick et al., 2007), existiendo correlación entre los dos Factores (Neumann et al., 2007).

Respecto a la fiabilidad del instrumento, Hart et al. (1991) hallaron en su estudio con 119 presos de una cárcel canadiense una fiabilidad interjueces total medida a través del Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC) de 0,87, unos resultados para el Factor I de 0,75, y para el Factor II de 0,92. Por su parte, Grann et al. (1998), con una muestra forense de 40 protocolos de varones adultos suecos que habían cometido algún delito, hallaron un ICC de 0,88, con mayor puntuación en el Factor II (0,89) que en el Factor I (0,69). Explicaron el resultado desde las inferencias y juicios que pudo haber sobre la personalidad para el Factor I, mientras que el Factor II se basaba en mayor medida en los datos extraídos de los historiales, que contaron con mayor objetividad.

La consistencia interna total del PCL-R medida a través del coeficiente alfa de Cronbach osciló entre 0,80 y 0,86 en los distintos estudios (Hare et al., 2000; Hart et al., 1991). Para el Factor I, el alfa resultó ser de 0,76, y para el Factor II, de 0,75 (Hart et al., 1991).

El propio autor y sus colaboradores comprobaron la validez convergente de la prueba al comparar el trastorno medido a través del PCL-R con la teoría de tres factores de Eysenck. Los resultados señalaron que la psicopatía estaba asociada positivamente con una faceta del Neuroticismo, la irritabilidad, pero negativamente relacionada con otras facetas, como la ansiedad o la depresión (Hart y Hare, 1994). Sin embargo, Skeem y Cooke (2010) han señalado que no se han realizado cambios significativos en el PCL-R en dos décadas, lo que puede afectar a su validez en la actualidad.

La adaptación española de la prueba fue realizada por un grupo de investigación dirigido por Moltó, Poy y Torrubia (2000), previa autorización de Robert Hare. Primero se

tradujeron y adaptaron la entrevista semiestructurada, los ítems y su descripción, teniendo en cuenta las diferencias culturales y lingüísticas entre Canadá (país en el que se desarrolló la versión original) y España, así como las diferencias entre los códigos penales de ambos países. Posteriormente se volvió a traducir la primera versión española del PCL-R a la lengua inglesa por parte de un traductor, corrigiendo errores detectados y elaborando una segunda versión de dicha traducción. Finalmente, el autor aprobó la versión definitiva de la entrevista, los ítems y su descripción. Se empleó una muestra de 117 varones internados en dos prisiones, una de Castellón de la Plana y otra de Barcelona, con edades comprendidas entre los 19 y los 44 años. Los evaluadores habían sido previamente entrenados en el uso de la prueba. Replicaron la solución bifactorial de Hare y obtuvieron unos niveles adecuados de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,85 para la puntuación total de la prueba, y una correlación media inter-ítems de 0,22. El instrumento reveló también a través de la fiabilidad interjueces unos niveles de objetividad notables y una buena validez de constructo. Por tanto, la adaptación española del PCL-R mostró que el instrumento evaluaba un constructo homogéneo y coherente.

Chico y Tous (2003), también en España, hallaron una consistencia interna total a través del alfa de Cronbach de 0,86, de 0,80 para el Factor I y de 0,95 para el Factor II; y una correlación media inter-ítems de 0,24. Con esta información y los datos aportados por Moltó et al., (2000), concluyeron que las características psicométricas de la versión española del PCL-R eran similares a la versión original de Hare (1991). Y que las propiedades psicométricas bien establecidas en distintos países apoyaban la consideración del PCL-R como una escala homogénea que mide un constructo coherente, siendo un instrumento fiable y válido para determinar los niveles de psicopatía en poblaciones criminales (Chico y Tous, 2003).

La conclusión general de este apoyo estadístico es que el PCL-R es una escala homogénea que mide un constructo coherente dimensional (Cunningham y Reidy, 1998; Hare, 2003b; Hare y Neumann, 2005, 2008, 2009; Neumann, Hare y Johansson, 2013), lo que fue uno de los objetivos de Hare al comenzar sus investigaciones en 1980.

Los planteamientos de Hare y su equipo han recibido críticas por varios motivos; el que más controversia ha generado ha sido la sobrevaloración que supone de la conducta antisocial en el diagnóstico de la psicopatía (Cooke y Michie, 1999, 2001, 2010). Esto marcaba una diferencia frente a conceptualizaciones clásicas del trastorno, como Cleckley (1941) o

Schneider (1974), quienes excluyeron la conducta antisocial como síntoma central de la psicopatía (Blackburn, 2007) e incluyeron las características interpersonales y afectivas como componentes centrales del trastorno (Cooke et al., 2004).

Otra crítica la realizaron Patrick et al. (2007), debido a que el instrumento no recogía los indicadores de ajuste positivo al medio descritos por Cleckley (1941) y reflejaba de forma más uniforme la desviación y el mal ajuste de los criterios diagnósticos originales de este autor.

En el nivel estadístico, se ha criticado que el modelo bifactorial no aportaba una descripción adecuada de la psicopatía (Cooke y Michie, 2001) y que no encajaba en el conjunto de datos o muestras norteamericanas o canadienses (Cooke y Michie, 2001; Cooke et al., 2004; Lynam y Widiger, 2007). Pocos estudios en relación a este modelo de dos factores han empleado el análisis factorial confirmatorio (Vitacco et al., 2005). Como recordaremos, Hare (1991) empleó únicamente el análisis factorial exploratorio para determinar la estructura factorial del PCL-R. Según Patrick et al. (2007) la debilidad del modelo de dos factores es que no encontró apoyo en un marco analítico confirmatorio. Este análisis tiene ventajas sobre el análisis factorial exploratorio empleado en el modelo bifactorial. Por un lado, permite probar estadísticamente el ajuste de un modelo específico. Y por otro lado, se puede comparar estadísticamente el ajuste con otros modelos teóricos.

El primer intento de emplear otro tipo de análisis estadístico, en concreto la Teoría de Respuesta al Ítem, del PCL-R fue por parte de Cooke y Michie (1997), quienes evaluaron la herramienta con muestras forenses, de presos y de pacientes psiquiátricos. Concluyeron que era una buena herramienta para la evaluación de la personalidad psicopática, ya que todos los ítems contribuían a estimar el rasgo. Sin embargo, hallaron que los ítems del Factor I aportaban más información y precisión que aquellos del Factor II en la medida de la psicopatía. Cunningham y Reidy (1998) llegaron al mismo resultado, afirmando que la dimensión Interpersonal y Afectiva o Factor I del PCL-R era la más cercana a la comprensión clásica tradicional de la personalidad psicopática y la más discriminativa de la psicopatía. Y Hare y Neumann (2005, 2006) realizaron análisis factoriales y sus resultados fueron que los ítems del Factor I eran más precisos y discriminativos de la psicopatía que aquellos del Factor II. Hare y Neumann (2006) explicaron este resultado por los altos niveles de trastorno requeridos para la manifestación de los rasgos y conductas de dicho Factor I, en comparación con el Factor II.

Respecto a los ítems del PCL-R, Cooke, Michie y Hart (2006) detectaron que no eran suficientemente independientes entre ellos y que todos poseían el mismo peso en la puntuación total de la prueba, lo que dificultaba la definición del concepto de psicopatía. Posteriormente, Neumann et al. (2007) han mostrado la uniformidad de los ítems en su habilidad para discriminar individuos en las dimensiones latentes de la psicopatía (Neumann et al., 2007).

Por último, Cooke y Michie (2001) sostuvieron que no existía claridad sobre el modelo estructural que subyace a las puntuaciones del PCL-R, y varios autores han advertido contra el riesgo de convertir la medida de la psicopatía, en este caso el PCL-R, en el constructo mismo (Cooke et al., 2004; Johansson et al., 2002; Skeem y Cooke, 2010). Sin embargo, Neumann et al. (2007) consideraron que el análisis de los instrumentos que miden la psicopatía podía aportar una mayor comprensión del trastorno. Una evidencia de esto fue que pese a que el PCL-R era la herramienta dominante en la medición de la psicopatía, ello no ha impedido la creación y validación de otros instrumentos (Hare y Neumann, 2008, 2010). Por otro lado, había que considerar que la unidimensionalidad de la medida (PCL-R) no necesariamente implicaba unidimensionalidad del constructo que se evaluaba, la psicopatía (Neumann et al., 2013).

A pesar de las críticas, el PCL-R se ha convertido en el instrumento más importante, fiable y válido para la medición de la psicopatía (Cooke y Michie, 1999; Gacono, Loving y Bodholdt, 2001; Hare y Neumann, 2005, 2006, 2008, 2009; Harris y Rice, 2006; Lynam y Gudonis, 2005; Neumann et al., 2007; Patrick et al., 2007), así como el más empleado (Cooke y Michie, 2001; McCann, 2002; Hare y Neumann, 2008), esencialmente en contextos clínicos, forenses y de investigación (Cooke y Michie, 2010; Hare y Neumann, 2006; Lynam y Widiger, 2007; Venables et al, 2014; Vitacco, Neumann, Caldwell, Leistico y Van Rybroek, 2006).

Modelos Factoriales Posteriores

Presentaremos a continuación la propuestas de Cooke y Michie (2001) y la publicación de la nueva edición del PCL-R de Robert Hare (2003b) respecto a la psicopatía, explicando entre ambas el Trastorno Antisocial de la Personalidad, por ser una característica que ha generado conflicto en el diagnóstico del trastorno.

Propuesta de Cooke y Michie.

Cooke y Michie (2001), tras haber investigado ampliamente la herramienta y planteado sus dudas acerca de la importancia que el componente antisocial juega en el diagnóstico de la psicopatía, propusieron un nuevo modelo de tres factores. Este modelo se centraba más en los rasgos subyacentes de personalidad que existían en el trastorno, y no tanto en la antisocialidad de los individuos. Lo más importante de esta reformulación fue la propuesta de eliminación del componente antisocial de la psicopatía, es decir, la parte conductual del trastorno. Para los autores, los ítems del PCL-R relacionados con la conducta social desviada y antisocial aportaban poca información para hallar el rasgo latente en la psicopatía (Cooke et al., 2004).

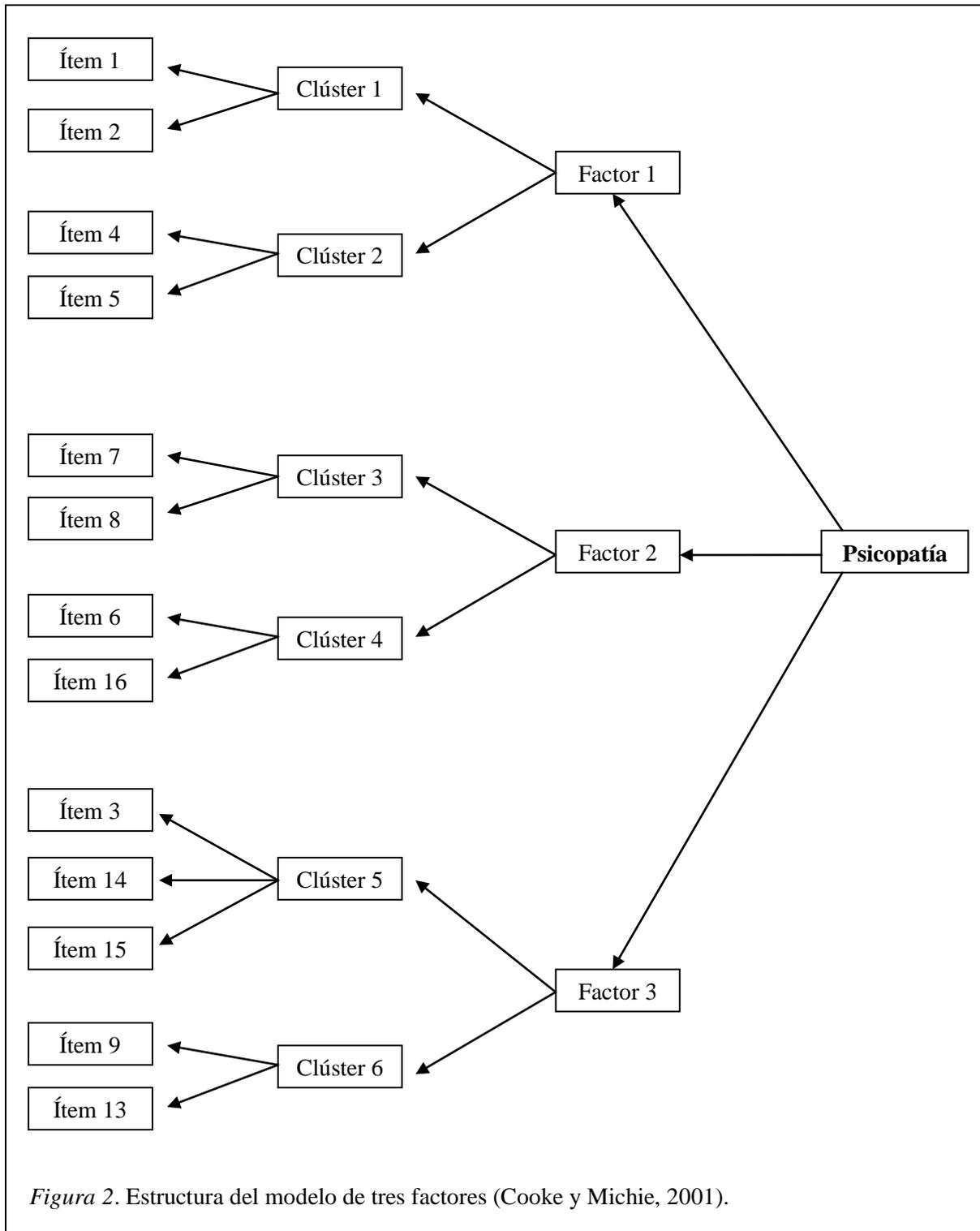
Cooke y Michie (2001) estudiaron la estructura factorial del PCL-R a través de la Teoría de la Respuesta al Ítem (TRI) y del análisis factorial exploratorio y confirmatorio, empleando muestras forenses y penitenciarias norteamericanas y canadienses. Concluyeron que el modelo bifactorial no aportaba un modelo estructural adecuado para la psicopatía, pese a que lo consideraban una herramienta adecuada para guiar la investigación en esta área. Ellos propusieron en un primer momento un modelo de 10 ítems del PCL-R (Hare, 1991) con un adecuado ajuste, pero incluyeron otros tres ítems que consideraron aportaban información importante tras los análisis de la TRI: facilidad de palabra/encanto superficial, mentiras patológicas y estafas/manipulaciones. De esta manera, su modelo quedaba compuesto por 13 ítems⁵, distintos conceptualmente y no redundantes en el nivel psicométrico. Estudiaron la estructura del modelo, que consideraron jerárquica y compuesta por tres factores de primer orden, separados en clústeres, que contribuían a definir el factor de orden superior: la psicopatía, que era un constructo coherente. Los denominaron, respectivamente, “Estilo

⁵ Facilidad de palabra/encanto superficial; sentido desmesurado de autovalía; necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento; mentiras patológicas; estafas y manipulaciones; ausencia de remordimientos o culpa; afecto superficial; insensibilidad afectiva/ausencia de empatía; estilo de vida parasitario; ausencia de metas realistas a largo plazo; impulsividad; irresponsabilidad; e incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.

Interpersonal Arrogante y Engañoso, Experiencia Afectiva Deficiente, y Estilo de Comportamiento Impulsivo e Irresponsable” (Cooke y Michie, 2001, p. 176; Cooke et al., 2006, p. 94).

El primer Factor era el Estilo Interpersonal Arrogante y Mentiroso, compuesto por cuatro de los ítems del PCL-R, separados en dos clústeres: el primero se componía de los ítems facilidad de palabra y encanto superficial (ítem 1) y sentido desmesurado de autovalía (ítem 2), y el segundo de mentiras patológicas (ítem 4) y estafas y/o manipulaciones (ítem 5). El segundo Factor, llamado Experiencia Afectiva Deficiente, estaba formado por otros dos clústeres, formados por cuatro ítems: el primero por el afecto superficial (ítem 7), y la ausencia de empatía (ítem 8), y el segundo por la ausencia de remordimientos o culpa (ítem 6) y la insensibilidad afectiva o incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones (ítem 16). Y el tercer Factor, denominado Estilo Impulsivo y Conducta Irresponsable lo formaban de nuevo dos clúster y cinco de los ítems del PCL-R: en el primer clúster se incluyó la necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento (ítem 3), la impulsividad (ítem 14) y la irresponsabilidad (ítem 15), y en el segundo el estilo de vida parasitario (ítem 9) y la ausencia de metas realistas a largo plazo (ítem 13). La estructura del modelo se puede observar en la Figura 2.

Como se puede ver, eliminaron de su modelo los siete ítems del PCL-R relacionados con la parte conductual antisocial y de desviación social del trastorno (Cooke y Michie, 2001): pobre autocontrol de la conducta (ítem 10), conducta sexual promiscua (ítem 11), problemas de conducta en la infancia (ítem 12), frecuentes relaciones maritales de corta duración (ítem 17), delincuencia juvenil (ítem 18), revocación de la libertad condicional (ítem 19) y versatilidad criminal (ítem 20). Para los autores, estos comportamientos reflejaban cantidad y cualidad de las acciones pero no los rasgos centrales del individuo. De esta manera, el énfasis estaba puesto en los rasgos de personalidad y no en la parte conductual del trastorno.



Respecto a la conducta antisocial, Cooke y Michie (2001) afirmaron finalmente que los factores que lo miden y por tanto las expresiones de la psicopatía deberían ser vistos como consecuencias del trastorno, no como síntomas del mismo (Cooke et al., 2004; Cooke et al., 2006). Apoyaron la separación entre la personalidad y la desviación social, por la facilidad que puede suponer para la investigación y en la toma de decisiones clínicas y forenses. Según su opinión, las medidas puras de la psicopatía no deberían incluir ítems que reflejaran conductas específicas que incluyesen la violación de las normas sociales explícitas. Concluyeron además que la conducta antisocial era una consecuencia de la personalidad psicopática y no un rasgo característico de ésta (Cooke y Michie, 2001; Cooke et al., 2004).

El modelo de tres factores, al igual que ocurrió con el modelo bifactorial, se ha estudiado en diferentes culturas. Cooke y Michie (2001) lo validaron en población norteamericana y escocesa, llegando a resultados estadísticos adecuados. Su conclusión fue que existía un grado razonable de generalizabilidad transcultural del modelo, y que se podía generalizar también a un método diferente pero relacionado de medición de la psicopatía como es la versión breve del PCL-R, la Psychopathy Checklist- Screening Version (PCL-SV; Hart, Cox y Hare, 1995).

Se ha encontrado un adecuado ajuste psicométrico de este modelo. Vitacco et al. (2005) con una muestra de 96 presos varones norteamericanos, encontraron una consistencia interna de 0,84 para el total, de 0,67 para el Factor Estilo Interpersonal Arrogante y Mentiroso, de 0,85 para la Experiencia Afectiva Deficiente, y de 0,68 para el Estilo Impulsivo y Conducta Irresponsable. Para estos autores, todos los clústeres eran indicadores potentes de la psicopatía, apoyando un factor superior del trastorno.

El modelo de Cooke y Michie (2001) ha sido criticado por tres motivos principales. El primero de ellos fue el procedimiento de selección de los ítems, realizado según varios autores de manera subjetiva y arbitraria, y con errores psicométricos (Hare y Neumann, 2005, 2006; Neumann, Vitacco, Hare y Wupperman, 2005).

La segunda crítica importante ha sido la exclusión del comportamiento antisocial y el haberlo situado como consecuencia de la psicopatía, ya que la ecuación estructural no podía emplearse para inferir causalidad en el nivel estadístico (Hare y Neumann, 2006) y no había evidencia empírica para tal afirmación (Neumann et al., 2005).

Por su parte, Hare y Neumann (2010), Neumann et al. (2007) y Neumann, Kosson, Forth y Hare (2006) realizaron otra crítica, al considerar que el modelo de tres factores tenía demasiados clústeres (seis) y factores (tres) para explicar únicamente 13 ítems del PCL-R.

Realizando una síntesis del modelo de tres factores se ha concluido que para Cooke y Michie (2001) la psicopatía se definía como un conjunto de características interpersonales (personas dominantes, vigorosas, arrogantes y engañosas), afectivas (carencia de respuestas emocionales adecuadas) y conductuales (impulsividad y ausencia de consecución de los planes trazados) (Cooke et al., 2006).

Antisocialidad y psicopatía.

El comportamiento antisocial como hemos visto hasta ahora es la característica que mayor controversia ha generado en la definición de la psicopatía. Por ello haremos un breve repaso a los estudios que han estudiado dicho componente conductual del trastorno. Comenzaremos por definir el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), por la confusión que ha existido entre el mismo y la psicopatía, habiendo sido considerado en la literatura clínica y de investigación como sinónimos, sin serlo (Blackburn, 2007; Caparrós, 1978; Cooke et al., 2004; Gacono y Meloy, 1997; Hare y Neumann, 2009; Warren y South, 2006). Por ello, consideramos importante describir brevemente los criterios diagnósticos del TAP propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2003, 2014a), así como su diferenciación del concepto de psicopatía.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) publicó su primera clasificación diagnóstica categorial en 1952: DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Empleó en ese momento el término Personalidad Sociopática para hacer referencia a uno de los tres trastornos de personalidad que presentaban alteraciones en el patrón y los rasgos de personalidad. La personalidad sociopática se componía entonces de cuatro categorías: reacción antisocial, reacción disocial, desviación sexual y el individuo adicto (Cunliffe et al., 2012; Warren y South, 2006).

En 1968, con la publicación del DSM-II, el término sociopatía se sustituyó por el de Trastorno de Personalidad Tipo Antisocial (Warren y South, 2006). En ambas publicaciones, el énfasis se puso en los rasgos de personalidad (Cooke y Michie, 1997). Pero no fue hasta la tercera revisión del manual, en 1980, fecha de publicación del DSM-III, que la APA reconoció el Trastorno de Personalidad Antisocial (TAP) como un tipo de trastorno de

personalidad con entidad propia y criterios diagnósticos para su evaluación. En la revisión posterior, el DSM-III-R, se volvió más central la valoración de la agresión en la infancia, y se añadió la falta de remordimientos en adultos (Warren y South, 2006). Tanto en esta tercera edición como en la posterior, el DSM-IV, el foco para el diagnóstico se cambió hacia las características antisociales (Cooke y Michie, 1997).

El DSM-IV, publicado en 1994, redujo los síntomas adultos para el TAP de cuatro a tres, y no hubo modificaciones en el trastorno con el DSM-IV-TR que se publicó en el año 2000.

En general, la APA (2003, 2014a) ha entendido los Trastornos de Personalidad como patrones de experiencia interna y comportamiento persistente, estable e inflexible de alteración de la personalidad, manifestados en tres o más áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de impulsos. Dicho patrón provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas. Para Cunnigham y Reidy (1998), los trastornos de personalidad reflejaban síntomas no adaptativos generalizados y continuos que interferían con el funcionamiento o causaban una importante angustia subjetiva. Es importante tener en cuenta que el diagnóstico de un trastorno de personalidad debe hacerse sólo cuando los rasgos sean típicos del funcionamiento del individuo a largo plazo y no se limiten a episodios concretos de una enfermedad (Pelechano et al., 2009).

Su prevalencia ha variado según los estudios. Sadock y Sadock (2008) lo estimaron entre el 10 y el 20% de la población general, mientras que para Mirapeix (2009) se encontraba en población general entre el 4,4% y el 22,3%, con una prevalencia media en torno al 11,3%. Y para Torry y Billick (2011) era del 3% en población general y del 70% en instituciones penitenciarias.

Los trastornos de personalidad se han clasificado en tres grupos según la APA (2005): Grupo A, Grupo B y Grupo C. El Trastorno Antisocial de la Personalidad se incluyó dentro del segundo, caracterizado por una inclinación al dramatismo, inestabilidad emocional, impulsividad, y deficiencia en la capacidad empática, una alta emotividad y una conducta errática (APA, 2005; Mirapeix, 2009; Sadock y Sadock, 2008).

A continuación se muestran los criterios diagnósticos específicos del Trastorno Antisocial de la Personalidad del DSM-IV-TR (2003, 2005) (véase Tabla 1). Esta publicación de la APA será el manual diagnóstico de referencia en nuestra investigación, por haber sido el empleado durante el período en el que se recogió la muestra y se evaluó a los sujetos.

Tabla 1.

Criterios Diagnósticos Trastorno Personalidad Antisocial DSM-IV-TR (2003, 2005).

<p>A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros. <p>B. El sujeto tiene al menos 18 años.</p> <p>C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.</p> <p>D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.</p>
--

La APA publicó el DSM-5 en mayo de 2013 (2014b). Los criterios diagnósticos del Trastorno Antisocial de la Personalidad de esta nueva edición se muestran en la Tabla 2. Como se puede ver, no han existido modificaciones respecto a las características esenciales del TAP, se han repetido tanto los 7 criterios generales como la edad de inicio de la patología en ambas clasificaciones.

Unido a estos criterios, la APA estableció una serie de características asociadas que apoyaban al diagnóstico. Entre ellas, se encontraban la carencia de empatía y la tendencia a la crueldad y el cinismo, así como la arrogancia, la excesiva seguridad en sí mismo o el encanto superficial. Señalaba además que “la falta de empatía, la concepción de sí mismo elevada y el encanto superficial son características que han sido frecuentemente incluidas en la definición tradicional de la psicopatía” (APA, 2014a, p. 660).

Tabla 2.

Criterios Diagnósticos Trastorno Personalidad Antisocial DSM-5 (2014b).

<p>A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivos de detención.2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien. <p>B. El individuo tiene como mínimo 18 años.</p> <p>C. Existen evidencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.</p> <p>D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.</p>

En esta última publicación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2014c), se propuso un modelo alternativo para los Trastornos de Personalidad, en el cual se describían nuevos criterios diagnósticos no válidos en la actualidad pero que serán sometidos a estudio con el objetivo de poder incluirlos en su próxima publicación. Desde este modelo, se ha entendido que dichas patologías estaban caracterizadas por dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la existencia de rasgos patológicos. En la Tabla 3 se muestran los criterios del modelo alternativo propuestos para el Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Tabla 3.

Criterios Modelo Alternativo Trastorno Personalidad Antisocial DSM-5 (2014c).

<p>A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identidad: el egocentrismo; la autoestima derivada de la ganancia personal, del poder o placer.2. Autodirección: el establecimiento de objetivos sobre la base de la satisfacción personal, ausencia de normas internas prosociales asociadas a una falta de conformidad con el comportamiento legal o ético normalizado culturalmente.3. Empatía: la falta de preocupación por los sentimientos, las necesidades o el sufrimiento de los demás, la falta de remordimientos después de herir o maltratar a otra persona.4. Intimididad: incapacidad para relaciones íntimas mutuamente, por lo que la explotación es el modo fundamental de relacionarse con los demás, incluso mediante el engaño y la coacción, el abuso de una posición dominante o la intimidación para controlar a los demás. <p>B. Seis o más de los siete rasgos de personalidad patológicos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Manipulación (un aspecto del antagonismo): el uso frecuente de subterfugios para influir o controlar a otros, emplear la seducción, el encanto, la labia o congraciarse con los demás para conseguir sus fines.2. Insensibilidad (un aspecto del antagonismo): la falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás, la falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás; la agresión; el sadismo.3. El engaño (un aspecto del antagonismo): la falta de honradez y fraudulencia; representación errónea de sí mismo; embellecimiento o distorsión al relatar acontecimientos.4. Hostilidad (un aspecto del antagonismo): sentimientos de enfado persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a los desaires e insultos menores; comportamiento cruel, desagradable o vengativo.5. Asunción de riesgos (un aspecto de la desinhibición): involucrarse en actividades peligrosas, de riesgo y potencialmente dañinas, innecesariamente y sin tener en cuenta las consecuencias; propensión al aburrimento e iniciación irreflexiva de actividades para vencer el aburrimento; falta de preocupación por las limitaciones y la negación de la realidad del peligro personal para uno.
--

Tabla 3 (cont.).

Criterios Modelo Alternativo Trastorno Personalidad Antisocial DSM-5 (2014c).

<p>6. Impulsividad (un aspecto de la desinhibición): dejarse llevar por el fragor del momento en respuesta estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias; dificultad para trazar y seguir planes.</p> <p>7. Irresponsabilidad (un aspecto de la desinhibición): desinterés y falta de cumplimiento con las obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo; falta de respeto y de cumplimiento de acuerdos y promesas.</p> <p>Nota: el individuo debe tener, al menos, 18 años de edad.</p> <p><i>Especificar si: con características psicopáticas.</i></p>

La APA (2014c) ha especificado además en este modelo alternativo varias características de la psicopatía como apoyo al diagnóstico: la falta considerable de ansiedad o miedo, un estilo interpersonal que puede enmascarar comportamientos desadaptativos, unos niveles bajos de ansiedad y de distanciamiento o desapego emocional, y altos niveles de búsqueda de atención.

Este modelo alternativo del DSM-5 parece que presenta más relación con la psicopatía que los criterios diagnóstico del DSM-IV-TR (Anderson, Sellbom, Wygant, Salekin y Krueger, 2014). Sin embargo, en mi opinión estos criterios pueden generar confusión y diagnósticos erróneos ya que no clarifica todas las características que muestran las personalidades psicopáticas. Otra dificultad es que, tal como ocurre con el resto de trastornos descritos en el DSM-5, no especifica el instrumento de medición del trastorno, lo que puede permitir que la subjetividad del examinador infra o sobrevalore su diagnóstico.

La prevalencia del Trastorno Antisocial de la Personalidad establecida por la APA en 2005 para población general fue de aproximadamente el 3% en hombres y el 1% en mujeres, y para población clínica variaba entre el 3% y el 30%. Los datos para el DSM-5 oscilaron entre el 0,2% y el 3,3%, señalando que la prevalencia más alta, superior al 70%, se encontraba en muestras de varones con problemas de consumo de sustancias, en centros penitenciarios o en el ámbito forense (APA, 2014b). Mirapeix (2009) estableció una prevalencia media en sociedades occidentales del 2% al 3%, siendo de cuatro a cinco veces más frecuente en hombres que en mujeres. Se espera un curso crónico del trastorno, pero podría remitir con la edad, en torno a la cuarta década de la vida.

Las distintas clasificaciones de los Trastornos de Personalidad según el DSM-IV-TR han tenido críticas, una de las más importantes su conceptualización difusa de dichos trastornos, con criterios categoriales y solapados entre distintos diagnósticos (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008). En concreto, los criterios establecidos por la APA para el Trastorno Antisocial de Personalidad han generado controversia por diversos motivos.

Uno de ellos ha sido la discordancia de los criterios diagnósticos con la tradición histórica y clínica, ya que se ha restringido a la descripción del comportamiento criminal, incluyendo ítems específicos para ello (Herpertz y Sass, 2000) y olvidando los síntomas afectivos e interpersonales (Cunningham y Reidy, 1998; Garrido, 2002; Hare et al., 1991; Venables et al., 2014), así como la dinámica de la personalidad (Gacono, Meloy y Berg, 1992). Esto ha generado confusión al poder considerar al TAP sinónimo de criminalidad, sin serlo (Sadock y Sadock, 2008).

Otra crítica realizada respecto a los criterios del TAP es que sugerían inestabilidad temporal, una falta de atención a cuestiones de los síntomas que están presentes de manera estable, y coincidencia con algún síntoma del diagnóstico de los trastornos por abuso de sustancias (Cunningham y Reidy, 1998). Sin embargo, para Hare y Neumann (2006) no existiría confusión en el diagnóstico ya que la antisocialidad es una característica que diferenciaría a la psicopatía de otros síndromes psiquiátricos como el Trastorno de Personalidad Histriónico o Esquizoide, la hiperactividad y el abuso de sustancias.

Además, se ha señalado que el DSM no se diseñó para poder emplearlo en psiquiatría forense, lo que ha dado lugar a un sobrediagnóstico de TAP en prisión y en población forense (Herpertz y Sass, 2000).

Y por último, ha recibido también críticas por parte de distintos profesionales, que lo han visto como un intento por medicalizar el comportamiento malo o inmoral y por describir el trastorno en un nivel superficial (Warren y South, 2006).

Durante la última década se ha discutido, como se ha expuesto anteriormente, si la conducta antisocial es una manifestación o síntoma secundario de la psicopatía o si por el contrario es una consecuencia del trastorno (Cooke et al., 2004; Muñoz, 2011). Algunos autores como Hare (1991, 2003b) establecieron un peso importante de dicho comportamiento para el diagnóstico, mientras que otros como Cooke y Michie (2001) señalaron que su importancia era secundaria, enfatizando otras características afectivas e interpersonales como esenciales.

Si comparamos la psicopatía tal como lo describió Hare (1991) con el Trastorno Antisocial de la Personalidad, parece que la primera era más maligna, severa y violenta interpersonalmente que el TAP, ya que incluía características interpersonales y afectivas que podían causar consecuencias más notables (Warren y South, 2006), mientras que la antisocialidad se limitaba exclusivamente a criterios conductuales (Gacono et al., 2001; Loving y Russell, 2000).

El dato que parece claro es la relación asimétrica entre ambos trastornos: la mayoría de sujetos diagnosticados de Trastorno Antisocial de la Personalidad no puntuaban alto en psicopatía, mientras que la mayor parte de esos sujetos con psicopatía sí cumplían criterios diagnósticos de TAP (Hare y Neumann, 2009; Torry y Billick, 2011). Las personas con altas puntuaciones en psicopatía formaban un grupo más pequeño y homogéneo que aquellas con diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad (Franks, Sreenivasan, Spray y Kirkish, 2009; Gacono et al., 2001; Garrido, 2002).

Por tanto, se puede afirmar que aunque pueda existir asociación entre la psicopatía y el Trastorno de Personalidad Antisocial en población penitenciaria (Cunningham y Reidy, 1998), la conducta antisocial no es sinónimo de psicopatía (Gacono y Meloy, 1997), sino que es una característica que forma parte de la misma.

Los defensores de la antisocialidad como característica central de la psicopatía han definido el trastorno como una estrategia de vida adaptativa y heredable en la cual un rasgo central era la emergencia temprana del comportamiento antisocial (Harris y Rice, 2006). Distintas investigaciones han reforzado este comportamiento antisocial como parte esencial en la psicopatía (Gacono, 1990; Hare y Neumann, 2006; Vitacco et al., 2006), siendo dicha conducta esencial en el momento de la identificación y diagnóstico del trastorno psicopático. A continuación mostraremos las más relevantes.

Meloy (2002b) es uno de los autores que defendió la postura de Hare y su equipo, afirmando que las características interpersonales, en especial las mentiras, y afectivas, forman el narcisismo agresivo o corazón de la personalidad en la persona con psicopatía. Él situó este narcisismo y un comportamiento antisocial crónico como base para el trastorno.

Para Neumann et al. (2005), la conducta antisocial era una dimensión teórica importante en la psicopatía que no obstaculizaba el diagnóstico psiquiátrico, y según los autores los ítems del PCL-R que reflejaban pobre control de impulsos y tendencias antisociales han recibido apoyo empírico y teórico. Con una muestra de delincuentes varones norteamericanos

mostraron que el PCL-R era una medida adecuada de la psicopatía y era posible emplearlo en investigaciones longitudinales para estudiar las relaciones entre las tendencias antisociales tempranas y el desarrollo de otras características psicopáticas, ya que dichas tendencias estaban asociadas con frialdad emocional, entre otros rasgos.

A conclusiones similares llegaron Neumann et al. (2007) con muestras grandes, de 4865 varones y 1099 mujeres delincuentes, así como 965 pacientes forenses psiquiátricos, lo que añadió mayor apoyo al modelo bifactorial y la inclusión de la antisocialidad en el mismo. Excluirla reduciría el alcance y la integridad conceptual de la psicopatía. Añadieron que el PCL-R se situaba en línea con los orígenes históricos del constructo de psicopatía.

Más recientemente, Zukauskiene, Laurinavicius y Cesniene (2010) reafirmaron la inclusión del Factor Antisocial como parte importante en la explicación de las variables relacionadas con la criminalidad. Eliminar los ítems relacionados con dicho Factor conllevaría una reducción de la validez y su utilidad en el sistema de justicia.

Otro apoyo para la inclusión de la conducta antisocial en la definición de la psicopatía ha sido, como hemos visto, la ayuda que presta dicho comportamiento en la diferenciación de la psicopatía frente a otros síndromes psiquiátricos. Además, según la clasificación diagnóstica de la APA (2005), la puntuación total del PCL-R correlacionaba significativamente con el Trastorno de Personalidad Antisocial (Hart et al, 1991; Patrick et al., 2007), en concreto, con el Factor II (Blackburn, 2007). Lynam y Derefinko (2006) encontraron una correlación del PCL-R con el TAP de 0,58, mientras las correlaciones eran moderadas, entre el 0,25 y el 0,36, con los Trastornos Paranoides, Límites, Histriónicos y Narcisistas de la Personalidad. Apuntaron que el Factor I correlacionaba más con Trastornos Narcisistas e Histriónicos, y el Factor II con el Trastorno Antisocial.

En apoyo del modelo bifactorial y la importancia que ha dado al componente antisocial, Patrick et al. (2007) hallaron con una muestra penitenciaria que los ítems que más saturaban en el factor general de psicopatía eran los indicadores de antisocialidad y conducta social desviada, lo que pudo influir en los resultados. Así, la conclusión sería que el PCL-R como conjunto está saturado con la desviación social.

Por su parte, Babiak et al. (2010) apoyaron también la antisocialidad como una parte integral del constructo de psicopatía. Para los autores, la mayoría de las características de la psicopatía, de manera explícita o latente, contenían aspectos fundamentales de antisocialidad (por ejemplo: mentiras, impulsividad, frialdad afectiva o problemas tempranos de conducta).

Con una muestra de 203 profesionales directores y ejecutivos de ambos géneros, de siete compañías estadounidenses, encontraron una fuerte asociación entre el Factor Antisocial y los otros tres Factores: Interpersonal, Afectivo y Estilo de Vida.

Por otro lado, las posturas que han defendido las características afectivas e interpersonales como centrales en la definición de la psicopatía han señalado que tienen su origen en las conceptualizaciones clásicas del trastorno. Cleckley como hemos visto dio más peso a dichas características que a las conductuales en la descripción del sujeto con psicopatía. Sólo uno de sus atributos hacía referencia a la conducta activa antisocial: el comportamiento antisocial sin causa (Blackburn, 2007). Para este autor, la conducta antisocial era un síntoma de la extravagancia del individuo con psicopatía (Patrick, 2006). Sin embargo, Hare y Neumann (2008) consideraron que Cleckley sí incluyó la antisocialidad en su descripción indirectamente a través de otros ítems, como el consumo de alcohol.

Cooke y Michie (2001) concluyeron que los ítems que propuso la APA (2003) para valorar el Trastorno Antisocial de la Personalidad no representaban adecuadamente su tercer Factor, Estilo Impulsivo y Conducta Irresponsable. Excluyeron de esta manera los rasgos antisociales de su propuesta de evaluación de la psicopatía, así como su inclusión como característica esencial del trastorno.

Johansson et al. (2002) sostuvieron que hay sujetos con altas puntuaciones en psicopatía que no incumplían las leyes y funcionaban relativamente bien con el medio. Defendieron el modelo de tres Factores como un modo de facilitar una definición limpia de psicopatía que ayudaría en la investigación en ámbitos no forenses. Para los autores, el Factor Afectivo era la característica crítica que todas las personalidades psicopáticas tenían en común; y separando dicho Factor del Interpersonal se podría establecer la importancia relativa de cada uno para el constructo psicopatía. Con una muestra de 293 presos suecos vieron que analizando mediante análisis factorial exploratorio los 17 ítems del PCL-R (Hare, 1991) que saturaban en algún Factor, saturaban en el Factor esperado, excepto la “frialdad emocional”. Y con el modelo de tres Factores, los 13 ítems saturaban también en lo esperable. Posteriormente, el análisis factorial confirmatorio mostró que el modelo de tres Factores tenía mejor ajuste de datos que el bifactorial. Valoraron por tanto el modelo de Cooke y Michie (2001) como un paso claro para una definición de la psicopatía basada en la personalidad, lo que podría llevar a la comprensión de las causas del trastorno.

Para Cooke et al. (2004), una historia de conducta antisocial y desviación social era cualitativamente diferente de otros síntomas de la psicopatía, en la medida en que reflejaba actos específicos, en lugar de rasgos generales de personalidad. Por ello no lo incluyeron dentro de su modelo de tres Factores.

Skeem y Cooke (2010) afirmaron que el PCL-R era imperfecto por haberse desarrollado con población penitenciaria y empleado el concepto de conducta criminal como central en la psicopatía. Hare y Neumann (2010) respondieron a las críticas insistiendo en que ellos incluyeron la antisocialidad como característica del trastorno, no la criminalidad, y que dicha afirmación estaba “sacada de contexto” (p. 446). Reconocieron que el PCL-R se diseñó para discriminar individuos delincuentes con psicopatía de otros delincuentes, pero ello no significaba que la criminalidad fuese esencial en el constructo. Acusaron a Skeem y Cooke (2010) de haber obviado el factor de Estilo Impulsivo e Irresponsable de Cooke y Michie (2001). Respecto a los orígenes de la psicopatía, afirmaron que la muestra de Cleckley no era representativa de todos los pacientes, y sus puntos de vista sobre la psicopatía estaban influenciados por el estado de la psiquiatría en la primera parte del siglo XX.

Propuesta de Hare.

Robert Hare ha intentado acercar ambas posturas: según Blackburn (2007), el autor no discutió el argumento de Cooke respecto a que las conductas antisociales como características adaptativas podían diferenciarse de los rasgos de personalidad, sino que insistió en que ambos son necesarios. Si el foco se situase únicamente sobre las conductas antisociales, nos llevaría a un sobrediagnóstico de la psicopatía en población criminal y un infra diagnóstico en no criminales (Hare, 1999). Por ello eran necesarias las características interpersonales y afectivas también.

Así, en respuesta al modelo de tres Factores de Cooke y Michie (2001) y al debate generado en torno a la antisocialidad, Hare (2003b) revisó la conceptualización de la psicopatía y propuso una nueva reformulación, siempre incluyendo la parte conductual y antisocial del trastorno tanto en su definición como en la medición a través del PCL-R. Publicó la segunda edición del PCL-R sin introducir ítems nuevos (véase Anexo I), y el criterio de puntuación se mantuvo igual que en la primera edición: la valoración del sujeto se realizaba a través de una escala tipo likert con puntuaciones de cero, uno y dos, obteniendo un rango total de puntuación entre cero y 40 puntos. El punto de corte se mantuvo en 30,

indicando que las personas con esa puntuación o mayor podían ser consideradas altas en psicopatía. Las mayores novedades fueron la inclusión de nuevos datos y la mejora de las características psicométricas de fiabilidad, validez y generalizabilidad, así como la modificación de la estructura de los factores. El autor incluyó también mayor apoyo bibliográfico en esta nueva edición.

Respecto a la inclusión de nuevos datos, se describieron y validaron éstos con delincuentes de ambos sexos, con drogodependientes, con delincuentes sexuales, con delincuentes afroamericanos y con pacientes psiquiátricos forenses, así como con delincuentes de otros países.

El análisis de los datos ayudó a Hare (2003b) a apoyar la estructura jerárquica de dos Factores, a través de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, y del empleo de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) para estimar la capacidad discriminativa de cada ítem en relación con el rasgo subyacente de la psicopatía. Se mantuvieron por tanto los dos Factores de la edición anterior, y se incluyó una división de cada uno de ellos en dos componentes o Facetas correlacionadas. El Factor I (Interpersonal/Afectivo) lo formaban las Facetas Interpersonal y Afectiva, y el Factor II (Desviación Social) estaba compuesto por las Facetas Estilo de Vida y Antisocial. Una modificación respecto a la edición anterior fue la inclusión del ítem 20⁶ en el Factor II, en concreto en la Faceta Antisocial. Los ítems 11 y 17 continuaban puntuando en el total de la prueba, pero no se incluyeron en ningún Factor. En la Figura 3 se muestra cómo quedó la estructura factorial del PCL-R.

Hare (2003b) publicó en esta segunda edición del PCL-R dos modelos de segundo orden que puso a prueba a través del análisis factorial confirmatorio: el primero de ellos sugirió que las cuatro Facetas del PCL-R saturaban en un único factor de psicopatía, quedando un modelo de cuatro Factores (Interpersonal, Afectivo, Estilo de Vida y Antisocial), mientras que el modelo dos Factores se basaba en la saturación de las Facetas Interpersonal y Afectiva en el Factor I, y de las Facetas Estilo de Vida y Antisocial en el Factor II (véase Figura 3). Comprobó que el modelo bifactorial ofrecía un ajuste a los datos significativamente mejor, pero no descartó el modelo de cuatro factores. En su manual, afirmó además que el modelo de cuatro Factores ofrecía un ajuste a los datos significativamente mejor que un modelo en el cual los 18 ítems saturasen en un único Factor, la psicopatía, y que el modelo bifactorial de la primera edición de su test. Comparó también el modelo jerárquico de cuatro

⁶ Versatilidad Criminal.

Factores con el de tres Factores planteado por Cooke y Michie (2001), concluyendo la superioridad del primero.

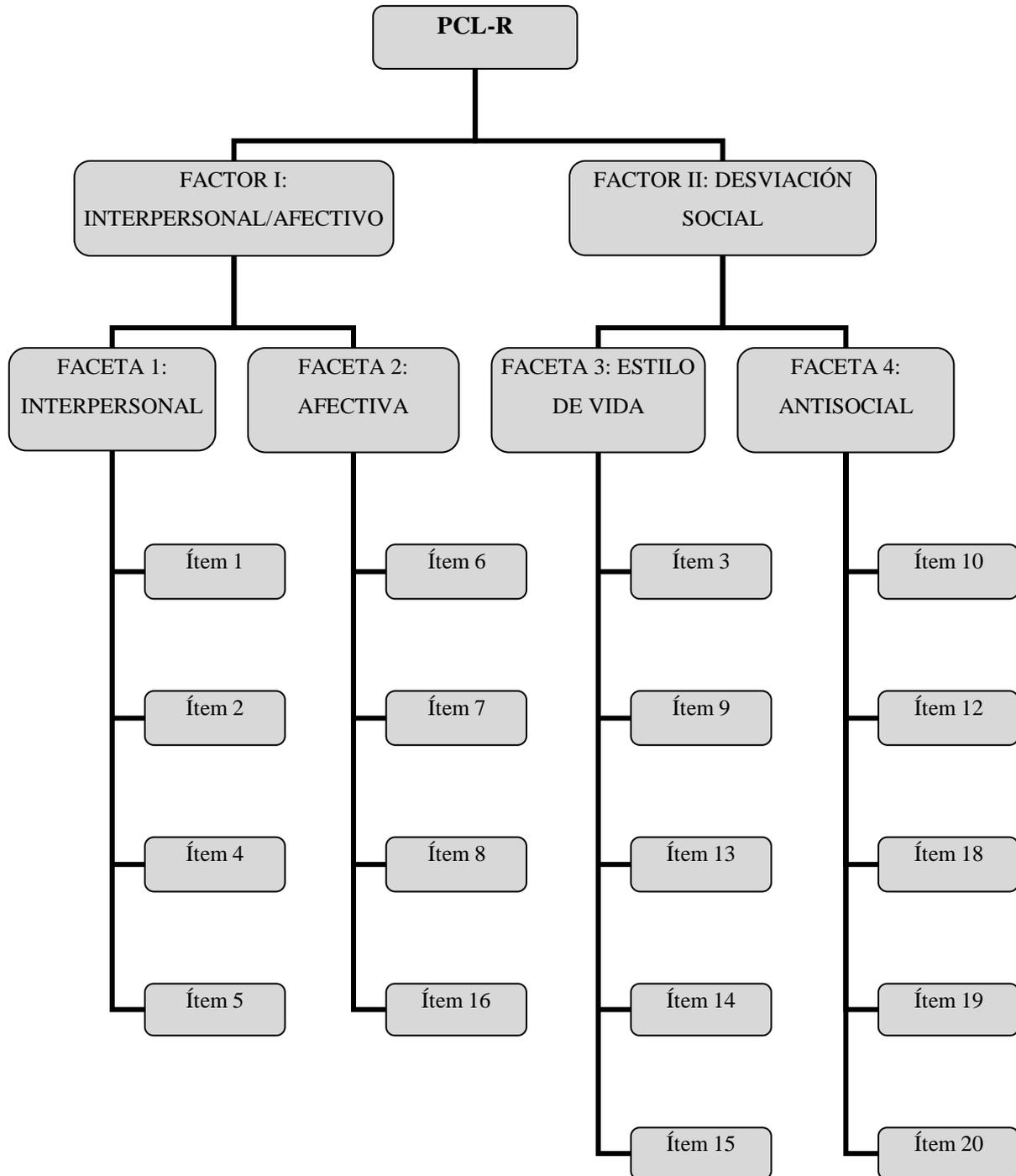
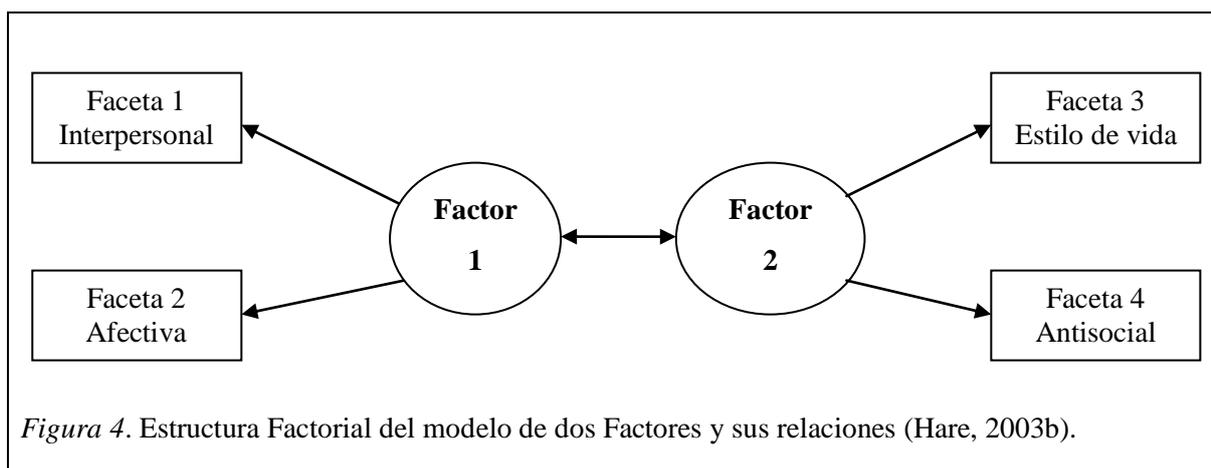


Figura 3. Estructura factorial PCL-R (Hare, 2003b).

Esta propuesta se ha entendido como una alternativa por parte de Hare para conceptualizar la psicopatía a través de cuatro Factores, aunque mantenga el modelo previo de dos Factores (Lynam y Derefinko, 2006). De hecho, con posterioridad el mismo autor se ha referido a su modelo como el de cuatro Factores, el cual se puede convertir fácilmente en una forma de modelo de dos Factores (Hare y Neumann, 2008). Para ellos, ambos modelos presentaban un adecuado ajuste, pero no sería ventajoso emplear el modelo de dos Factores en algunos casos. En la Figura 4 se exponen las relaciones entre los Factores y las Facetas del PCL-R según el modelo de dos factores (Hare, 2003b; Hare y Neumann, 2008).



Como se puede ver en las Figuras 3 y 4, el PCL-R es un instrumento que realiza una valoración de la persona basándose en un amplio rango de sintomatología psicopática: las características afectivas, interpersonales, de estilo de vida y antisociales.

Las propiedades psicométricas de esta nueva edición del PCL-R han resultado adecuadas tal como ocurrió anteriormente. Hare (2003b) expuso los resultados para la muestra combinada de delincuentes varones, delincuentes mujeres y pacientes psiquiátricos forenses varones. La fiabilidad total resultó elevada, con una consistencia interna, medida a través del alfa de Cronbach, de 0,84. Respecto a la correlación media inter-ítems, el resultado fue de 0,22 para dicha muestra combinada. Y la fiabilidad interjueces, valorada a través del Coeficiente de Correlación Intraclass (ICC) resultó ser de 0,87 al emplear un solo evaluador y de 0,93 para la media de dos evaluadores independientes. El error típico de medida se estimó en 3,0 para los casos evaluados mediante el procedimiento estándar para una única evaluación, y de 2,0 para la media de dos evaluaciones.

Estudios posteriores han confirmado estos resultados (Hare y Neumann, 2005, 2009; Ruiz, 2006; Patrick et al., 2007; Vitacco et al., 2005). Vitacco et al. (2005), en un estudio con 96 presos varones norteamericanos, encontraron una consistencia interna, a través del alfa de Cronbach, de 0,86 para el total, de 0,85 para el Factor I y de 0,79 para el Factor II. En Colombia, Ruiz (2006) empleó una muestra de 72 presos varones y halló un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 y una fiabilidad interjueces para todos los ítems a través de la correlación de Pearson entre 0,41 y 0,96. Finalmente, Patrick et al. (2007), en un estudio con 593 presos de dos cárceles norteamericanas encontraron un ICC para una única evaluación entre 0,75 y 0,91, y para dos evaluaciones entre 0,86 y 0,95.

En España, Moltó, Poy y Torrubia (2010) hallaron en dos muestras penitencias de varones una media de las correlaciones ítem-total, de 0,45, unos coeficientes alfa de Cronbach de la puntuación total, de cada Factor y cada Faceta superiores a 0,70, resaltando una puntuación de 0,79 para el Factor I y de 0,87 para el Factor II. Se empleó el Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC) para hallar la fiabilidad interjueces, obteniéndose resultados en la puntuación total entre 0,88 y 0,98, entre 0,81 y 0,94 para el Factor I, y entre 0,90 y 0,99 para el Factor II. Finalmente, el error típico de medida en la muestra combinada fue de 3,03, similar al encontrado por Hare.

Respecto a la validez del PCL-R, Hare (2003b) encontró una elevada correlación entre éste y los criterios diagnósticos del TAP del DSM-IV en poblaciones forenses. Halló una adecuada validez convergente, con correlaciones entre la puntuación total del instrumento y diversas medidas de autoinforme (MMPI, MCMI-II, PAI o MPQ), resultando la correlación mayor con el Factor II que con el Factor I. En relación con las pruebas psicodinámicas, en concreto el test de Rorschach, las investigaciones de Gacono (1990), Gacono y Meloy (1992) o Gacono, Meloy y Heaven (1990) encontraron que los resultados de sus análisis eran consistentes con la visión de la persona con psicopatía como narcisista, egocéntrica, límite, no ansiosa y emocionalmente despegada de otros.

En nuestro país, los resultados mostraron una buena validez concurrente entre el PCL-R y su versión abreviada, el Psychopathy Checklist: Screening Version o PCL:SV (Hart et al., 1995), con correlaciones totales para las dos escalas de 0,90, de 0,76 para el Factor I y de 0,89 para el Factor II (Moltó et al., 2010). Si se correlacionase el PCL-R con las escalas de Desviación Psicopática (Pd) e Hipomanía (Ma) del MMPI, y con la Escala de Trastorno Antisocial de la Personalidad (ETAPA), la validez concurrente sería adecuada, mostrándose

asociadas de forma robusta con el Factor II del PCL-R y sus Facetas, y compartiendo poca varianza con el Factor I y sus Facetas (Moltó et al., 2010). Por tanto, los resultados obtenidos con el PCL:SV y las escalas de autoinformes de personalidad psicopática y antisocial aportaron información relevante sobre la validez concurrente de la adaptación española del PCL-R (Moltó et al., 2010).

Se ha investigado ampliamente el modelo de cuatro Factores, encontrando numerosos apoyos para el mismo. Así, en 2005 y 2006, Hare y Neumann, a través de análisis factorial confirmatorio, apoyaron la existencia de los cuatro Factores correlacionados entre ellos, y que podían ser explicados por un factor superior: la psicopatía. Encontraron una buena saturación con los datos de los 18 ítems planteados por Hare (2003b). Unido a ello, situaron la potencia del modelo frente a otros en su capacidad para emplearlo en investigaciones longitudinales en el estudio de las relaciones entre la emergencia de tendencias antisociales tempranas y el desarrollo de otras características de personalidad psicopáticas (Hare y Neumann, 2005).

Otros apoyos para el modelo de cuatro Factores en diferentes muestras los encontramos en los estudios de Vitacco et al. (2005) con delincuentes con patología psiquiátrica, de Neumann et al. (2006) con dos muestras de adolescentes reclusos en prisión, de Neumann et al., (2007) con delincuentes adultos, de Neumann y Hare (2008) con una muestra de 514 adultos no pacientes empleando análisis factorial confirmatorio y utilizando como herramienta el PCL-SV, o de Babiak et al. (2010) con muestras de profesionales no pacientes. Recientemente, Neumann et al. (2012) han encontrado también evidencias a favor del modelo de cuatro Factores del PCL-R del constructo de psicopatía en una muestra de 34118 participantes de ambos géneros. Los ítems relacionados con los Factores Interpersonales y Antisociales son los que mejor identificaban rasgos psicopáticos en población general. Y Neumann et al. (2013) exploraron y apoyaron el modelo con una muestra de 1031 delincuentes suizos, concluyendo que sus datos se ajustaban a los cuatro Factores.

Finalmente, otra evidencia a favor del modelo de cuatro Factores es la investigación que se ha generado en relación con otros modelos teóricos de personalidad. Los estudios se han basado en una conceptualización de la psicopatía como una variación de las dimensiones normales de personalidad. En la primera edición del instrumento, Hart y Hare (1994) lo relacionaron con la teoría de Eysenck, como hemos visto anteriormente. Se ha estudiado además la validez convergente del PCL-R con el Modelo de Cinco Factores de personalidad de Costa y McCrae de 1992 (FFM), con resultados a favor de dicha convergencia entre

ambos. Miller y Lynam (2003) lo confirmaron con una muestra de universitarios de ambos géneros y el NEO-PI, instrumento que valora las dimensiones del FFM. Lynam y Derefinko (2006), en un metaanálisis, hallaron que Amabilidad y Responsabilidad son dimensiones altamente relacionadas de manera inversa con la psicopatía. Propusieron entender el PCL-R a través de los modelos de personalidad, en este caso el FFM. Lynam y Widiger (2007) relacionaron también ambos modelos, en un intento de estudiar la psicopatía en el marco de un modelo de personalidad general bien validado y comprehensivo. Intentaron reflejar las cuatro dimensiones del PCL-R y consideraron que el modelo representaba los rasgos presentes en el trastorno. Para los autores, los componentes principales de la psicopatía eran el antagonismo interpersonal o baja amabilidad, la impulsividad, la ausencia de afecto negativo autodirigido, la presencia de hostilidad y enfado, y la autoafirmación interpersonal.

Como un intento de unificar los modelos de Hare (2003b) y Cooke y Michie (2001) encontramos la propuesta de Vitacco et al. (2005), quienes sugirieron un modelo compuesto de los tres Factores de Cooke y Michie (2001) más el Factor Antisocial, consistente con el modelo de cuatro Factores de Hare (2003b). En total eran cuatro escalas que se incluían en dos Factores de segundo orden: la dimensión de personalidad, compuesto por los Factores Estilo Interpersonal Arrogante y Engañoso y Experiencia Afectiva Deficiente, y la dimensión de conducta antisocial, formada por los Factores de Estilo de Comportamiento Impulsivo e Irresponsable y Antisocialidad. Los autores encontraron apoyo estadístico para su modelo, afirmando que jugaba un papel importante al tener la capacidad para vincular los problemas de conducta tempranos con la conducta antisocial posterior. Skeem y Cooke (2010) apoyaron esta idea de Vitacco et al. (2005) de que el modelo de cuatro Factores se compone de los tres Factores del modelo de Cooke y Michie (2001) más la Faceta Antisocial.

Propuesta de Patrick.

Tras el debate generado acerca de la definición de la psicopatía, Christopher Patrick y sus colaboradores han continuado investigando la psicopatía y el papel de la antisocialidad en la misma, realizando acercamientos al constructo desde un punto de vista diferente. Han tratado de reconceptualizar la psicopatía y solucionar el problema del PCL-R respecto a la población a la que va destinada su aplicación: forense y penitenciaria.

El autor apoyó la existencia de la conducta antisocial como parte del trastorno, pero elaboró su propio modelo. Patrick et al. (2009) propusieron una conceptualización triárquica

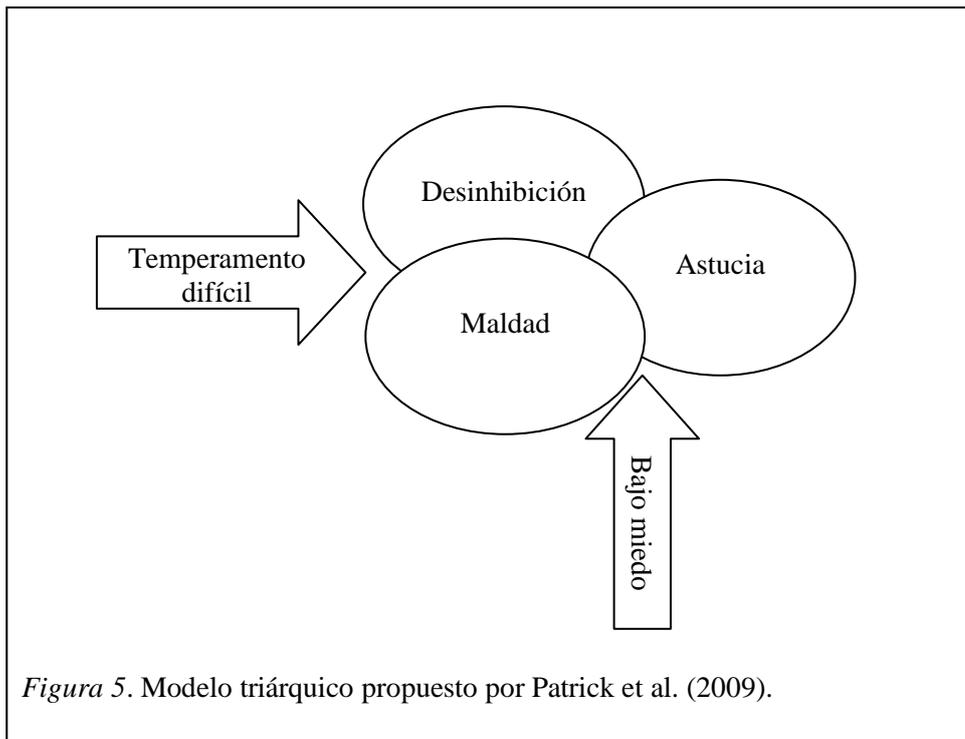
de la psicopatía, considerando al trastorno como un síndrome patológico que incluía una marcada desviación conductual en la presencia de distintas características emocionales e interpersonales. Los tres componentes eran la Desinhibición, la Astucia y la Maldad. El modelo se ha considerado un intento de reconciliar aproximaciones para la descripción del trastorno (Drislane, Patrick y Arsal, 2014; Venables et al., 2014).

El primer componente, Desinhibición (*Desinhibition*), se describió como un problema con el control de los impulsos y una ausencia de previsión y planificación, unido a un deterioro del afecto y los impulsos, una búsqueda de gratificación inmediata y un control conductual deficiente. Sus manifestaciones comportamentales más características eran la irresponsabilidad, la impaciencia, la conducta impulsiva unida a consecuencias negativas, la alienación y desconfianza, los *acting-out* agresivos, la propensión a consumir sustancias y la involucración en actividades ilícitas.

El segundo componente, denominado Astucia (*Boldness*), fue definido por los autores como la capacidad para mantener la calma y centrarse en las situaciones que implicaban presión o amenaza, una habilidad para recuperarse pronto de los eventos estresantes, una alta autoconfianza y eficacia social, una tolerancia ante el peligro y la falta de familiaridad. Eran conductualmente imperturbables, asertivos y persuasivos, valientes y aventurero, y poseían aplomo social. Se ha considerado como la dimensión más adaptativa de la psicopatía (Drislane et al., 2014).

Y el tercer componente del modelo, la Maldad (*Meanness*), hacía referencia a una empatía deficiente, rebeldía, búsqueda de emociones, explotación, un desdén por los demás y una ausencia de vínculos cercanos con otros, y una apropiación cruel de aquello que desean. En el nivel de conducta, presentaban arrogancia, burla, desobediencia a la autoridad, competitividad agresiva, crueldad física hacia la gente y los animales, agresión depredadora, explotación de otros y búsqueda de excitación a través de la destrucción, así como ausencia de empatía. Para Anderson et al. (2014), esta dimensión reflejaba características de personalidad como la frialdad afectiva, similar al rasgo de insensibilidad del modelo alternativo del DSM-5.

Las dimensiones de Desinhibición y Maldad estaban moderadamente interrelacionadas, y tenían en común un temperamento complicado de base. Mientras que la Astucia y la Maldad compartían los bajos niveles de temor o miedo. En la Figura 5 se muestra la propuesta de estos autores.



Patrick elaboró en 2010 la Medida Triárquica de la Psicopatía (TriPM), un intento de operacionalizar su modelo triárquico a través de diferentes escalas. Es una medida de autoinforme, que consta de 58 ítems que puntúan en las subescalas de Desinhibición (20 ítems), Maldad (19 ítems) y Astucia (19 ítems), consiguiendo una puntuación total de psicopatía. Se describió una correlación moderada entre la dimensión de Desinhibición y Maldad, dado que ambas escalas provienen del mismo modelo de medida. La herramienta tenía una alta convergencia con otros instrumentos que medían psicopatía, como el Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ; Brislin, Drislane, Smith, Edens y Patrick., 2015) o el PCL-R (Hare, 2003b).

Con una muestra de 618 estudiantes universitarios de psicología, Drislane et al. (2014) comprobaron la utilidad de la Medida Triárquica de la Psicopatía y el valor del modelo triárquico para reconciliar diferentes posturas sobre la psicopatía. Los autores compararon la TriPM con nueve instrumentos que miden psicopatía y rasgos de personalidad, no incluyendo el PCL-R. Apuntaron que los componentes de Desinhibición y Maldad contribuyeron de manera similar a la predicción de las puntuaciones totales de la psicopatía en las herramientas

empleadas, pero la Astucia no quedaba representada en todas ellas. Drislane et al. (2014) valoraron la utilidad del modelo en su capacidad de aplicación a muestras no forenses.

Venables et al. (2014) apoyaron el modelo triárquico. Consideraron que la Desinhibición era la dimensión más claramente asociada con las características de la psicopatía, reflejando un estilo de vida impulsivo y poco fiable, siendo mejor predictora de síntomas del Trastorno Antisocial de Personalidad que la Maldad en adultos. Encontraron una correlación positiva entre la Desinhibición y la puntuación total del PCL-R y el Factor II, siendo predictiva de puntuaciones en la faceta de Estilo Conductual Impulsivo del Factor II. Hallaron la Maldad como una dimensión predictiva del total del PCL-R y del TAP en niños y adultos, y como punto de intersección entre la psicopatología externalizadora y las características afectivo-interpersonales de la psicopatía. Defendieron que el DSM-5 (2014b, 2014c) incluyó una representación mejorada de la Maldad en TAP. Finalmente, encontraron que la Astucia tenía una correlación positiva con la puntuación total del PCL-R, sobre todo por su asociación con la faceta Interpersonal del Factor I. Para ellos, existía evidencia de la validez convergente y discriminativa de la Astucia en relación con distintos componentes del PCL-R, y era útil en la distinción entre la psicopatía y el TAP, puesto que consideraron que las características interpersonales diferenciaban ambos trastornos.

El modelo triárquico se encuentra en estudio, sin embargo, representa un acercamiento a la psicopatía de una manera diferente, en un intento de reconciliar posturas teóricas enfrentadas respecto a su conceptualización.

Parece que todos los autores, de una manera u otra, coinciden en señalar que la psicopatía está compuesta por características o rasgos interpersonales, afectivos y conductuales (Brislin et al., 2015; Neumann et al., 2007; Vitacco et al., 2005). Drislane et al. (2014) señalaron la importancia de valorar la psicopatía como una constructo con varias facetas, con el objetivo de capturar las relaciones predictivas únicas para sus distintos componentes sintomáticos.

Tras el repaso realizado a la definición, medición y características de la psicopatía, en la presente investigación emplearé el modelo bifactorial desarrollado por Hare sobre el trastorno, así como su herramienta diagnóstica, el PCL-R. Los motivos de esta decisión son varios. Por un lado, el apoyo empírico y teórico que ha recibido el instrumento y la estructura con dos Factores y cuatro Facetas de la psicopatía. Por otro lado, la entrevista semiestructurada desarrollada por Hare para completar el PCL-R me parece completa,

adecuada y que recoge fielmente los ítems de la prueba, así como las principales características del trastorno. Y por último, comparto la definición que realiza Hare de la psicopatía: un trastorno de personalidad caracterizado por un conjunto de rasgos y comportamientos interpersonales, afectivos, de estilo de vida y antisociales como la manipulación, el egocentrismo, la grandiosidad, la ausencia de remordimientos y culpa, la irresponsabilidad, las mentiras, la frialdad emocional, el afecto superficial, la irresponsabilidad o la tendencia a violar las normas sociales (Hare, 2003b; Hare y Neumann, 2009).

Acercamiento a la Psicopatía desde el Psicoanálisis

Tras la conceptualización que se ha realizado de la psicopatía a través de los principales autores, a continuación se repasarán los acercamientos a la psicopatía desde el psicoanálisis. El motivo de profundizar en este marco teórico, es la influencia que ha tenido en distintos autores importantes dentro del campo del trastorno, así como en aquellos que investigan acerca de los indicadores de la psicopatía en el test de Rorschach y en los cuales se basará en gran medida este estudio: Gacono y Meloy. Como se explicará más adelante, ambos tienen una base psicoanalítica con importantes influencias de Otto Kernberg.

El fundador del psicoanálisis, Sigmund Freud, no profundizó en la psicopatía, ya que no fue objeto de estudio ni de interés (Blackburn, 2006; Meloy, 2002a). Se centró en el estudio de la neurosis y la psicosis, sin estudiar la tercera gran clasificación psicoanalítica de la psicopatología: los trastornos límites o borderline, dentro de los cuales se encuadraría la psicopatía. El concepto de psicopatía para Freud podría rastrearse en las perversiones (Caparrós, 1981). Sin embargo, en 1916 sí escribió acerca de la delincuencia, afirmando que el individuo sufría de sentimiento de culpabilidad de origen desconocido, siendo el delito una manera de aliviar dicho sufrimiento psíquico. De esta manera, la culpa quedaba por tanto adherida a algo tangible: el delito. A estos individuos los denominó “delincuentes por sentimiento de culpabilidad” (Freud, 1916/1987a, p. 2427). El origen de la delincuencia lo situaba en el complejo de Edipo, como reacción a dos intenciones criminales: por un lado, el deseo de matar al padre, y por otro, el de gozar de la madre. Comparados con estos delitos, el resto de crímenes supondrían un alivio para el sujeto atormentado.

El individuo con altas puntuaciones en psicopatía que conocemos en la actualidad sería la excepción que describe Freud a la mayoría de los criminales, ya que no experimentan

sentimiento de culpabilidad y no han desarrollado inhibiciones morales, o creen justificada su conducta por su lucha contra la sociedad. Freud los describió de la siguiente manera: “de los delincuentes adultos hemos de restar, desde luego, todos aquellos que cometen delitos sin sentimiento de culpabilidad, aquellos que no han desarrollado inhibiciones morales o creen justificada su conducta por su lucha contra la sociedad” (Freud, 1916/1987a, p. 2427).

Posteriormente, desde el psicoanálisis se han realizado acercamientos al trastorno. En la actualidad, son dos grandes psicoanalistas contemporáneos quienes han centrado sus estudios en las patologías fronterizas o límites, en concreto en los trastornos narcisistas de la personalidad, dentro de los cuales se incluiría la psicopatía: Heinz Kohut y Otto Kernberg. Dichas patologías han sido entendidas desde este marco teórico como los trastornos que se encuentran entre la neurosis y la psicosis, no como el Trastorno de Personalidad Límite propuesto por la APA (2014b). Ambos autores han situado la escisión como el mecanismo de defensa fundamental en las personalidades límites (García de la Hoz, 2004; Kernberg, 1976, 1979). La escisión fue un mecanismo de defensa descrito por Freud para designar la coexistencia, dentro del yo, de dos actitudes psíquicas respecto a una realidad exterior que contrariaba una exigencia pulsional: una de ellas tenía en cuenta la realidad, la otra la renegaba y sustituía por una producción del deseo. Ambas actitudes coexistían sin influirse entre ellas (Laplanche y Pontalis, 1996), permitiendo que el individuo con psicopatía tuviese representaciones del sí mismo sobrevaloradas y negativas al mismo tiempo (Franks et al., 2009). El Yo se protegía de esta manera de la ansiedad vinculada con los tempranos conflictos intrapsíquicos (Kernberg, 1976).

Para Kohut (1977, 1980), lo que definía las personalidades límites era un narcisismo patológico. Estableció el origen en una falla básica de cohesión interna del self, lo que en su opinión les hacía poco accesibles para el tratamiento psicoanalítico (García de la Hoz, 2004).

Otto Kernberg, autor psicoanalista que desarrolla su trabajo en Nueva York, estudió también los trastornos fronterizos de la personalidad, en concreto la patología grave del narcisismo (Díez-Rubio, 2011; García de la Hoz, 2004). Coincidió con Freud en que una parte de los pacientes con conductas antisociales expresaban culpas inconscientes que hay que trabajar durante la psicoterapia (Kernberg, 1987). Encuadró la psicopatía como un trastorno límite de la personalidad, siendo el trastorno una variedad grave del trastorno narcisista (Dörr y Viani, 2006; Meloy, 2002a). Ello significaba que las representaciones internas no estaban completas, ni eran reales y con significado (Meloy, 20002b), percibiendo al ser humano de

manera parcial y carente de sentido. Con Kohut coincidió en la característica principal del trastorno: el narcisismo patológico. Dicho narcisismo se manifestaba de diferentes maneras: con un sí mismo grandioso o ausencia de empatía, falta de control de impulsos y reacciones de rabia, carencia de sentimientos de culpa o vergüenza, relaciones de objeto borderline (Kernberg, 1987), mentiras patológicas, explotación y manipulación de los demás (Kernberg, 2005). Recogió características que en estos momentos se consideran esenciales en la psicopatía.

Los individuos con psicopatía presentaban una patología extrema del Superyó, es decir, no habían interiorizado la normativa social durante sus primeros años de vida, por lo que tendían a su incumplimiento. Dividió estas patologías en aquellos con una orientación conductual agresiva y sádica, y los que manifestaban un comportamiento pasivo, explotador y parasitario (Kernberg, 2005).

Kernberg describió por tanto la psicopatía como una forma de narcisismo maligno caracterizado por una combinación de personalidad narcisista, conducta antisocial, agresión egosintónica o sadismo, y orientación paranoide (Hare y Neumann, 2006). Consideró la personalidad psicopática predispuesta a impulsos agresivos excesivos, en respuesta a experiencias traumáticas en el apego temprano; la rabia y la envidia eran los afectos principales, y el individuo se defendía de un mundo peligroso a través de la grandiosidad y la devaluación del otro (Blackburn, 2006).

CAPÍTULO 3: DROGODEPENDENCIA

Drogodependencia

Este capítulo se centrará en la exposición de los criterios diagnósticos de la dependencia de sustancias según la APA (2003, 2005), en la descripción de la situación actual del trastorno en nuestro país, y en la presentación de la relación que la drogodependencia mantiene con la psicopatía.

Criterios Diagnósticos

En la muestra de la actual investigación hemos empleado población con diagnóstico de dependencia de sustancias porque nos interesa la relación que dicho trastorno mantiene con la psicopatía. Por ello, resulta importante contextualizar la drogodependencia, indicar sus criterios diagnósticos y analizar la situación actual en España de los trastornos por consumo de sustancias.

Por droga entendemos lo que hace milenios pensaban Hipócrates y Galeno, “una sustancia que en vez de ser vencida por el cuerpo es capaz de vencerle, provocando cambios orgánicos, anímicos o de ambos tipos” (Escotado, 1996, p. 9). O dicho de otra manera, es “toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso, sea prescrita o no, que modifica la conducta de quien la consume” (Roncero, Barral y Casas, 2009, p.465). El trastorno por consumo de sustancias se aplica a:

Todas las sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y padece síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (Becoña, 2009, p. 376).

El fenómeno del consumo de sustancias para alterar los estados de conciencia va unido a la historia del hombre (Becoña, 2009; Escotado, 1996). Produce cambios cognitivos, conductuales y psicopatológicos (Roncero et al., 2009). Sin embargo, ha sido en las últimas décadas cuando se ha prestado mayor atención a su diagnóstico y tratamiento por las consecuencias que tiene en el nivel personal, familiar, social, sanitario y legal (Becoña, 2009; Tahir, 2009). Se puede afirmar que es un problema de salud pública que genera gastos personales y económicos en recursos de rehabilitación para la población drogodependiente, así como sufrimiento en familiares y amigos de dicha población. Dos de sus consecuencias

más graves son la muerte por sobredosis y aquellas producidas indirectamente por el consumo: enfermedades como el VIH, accidentes, actos violentos o suicidios (EMCDDA; Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, 2014). Respecto a esto último, hay que señalar que el consumo de sustancias se ha valorado como uno de los factores precipitantes del suicidio (Sadock y Sadock, 2008). En España, ha aumentado el consumo de sustancias paralelamente a la percepción de disminución del riesgo, sobre todo con el alcohol, el cannabis y los hipnosedantes, y el incremento de la disponibilidad percibida (Roncero et al., 2009).

Comenzaré contextualizando el concepto de abuso y dependencia de sustancias, según el DSM-IV-TR (APA, 2003, 2005), que, como se señaló anteriormente, será el manual diagnóstico de referencia en la actual investigación, empleándose sus criterios diagnósticos de dependencia de sustancias en la valoración de la drogodependencia de los pacientes. Las sustancias valoradas por la APA como susceptibles de generar abuso o dependencia en esa cuarta edición son las siguientes: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Se han empleado dos conceptos para definir los aspectos de la dependencia. Por un lado, la dependencia conductual, entendida como las actividades que se realizan para la búsqueda de la sustancia y la evidencia relacionada con los patrones patológicos de consumo.

Y por otro lado, la dependencia física, que hace referencia a los efectos fisiológicos de múltiples episodios de consumo de la sustancia (Sadock y Sadock, 2008).

En las Tablas 4 y 5 se pueden ver los criterios establecidos por la APA (2003, 2005) para el diagnóstico de los trastornos por consumo de sustancias.

Tabla 4.

Criterios Diagnósticos Dependencia de Sustancias DSM-IV-TR (2003, 2005).

- A.** Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
- 1.** Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
 - 2.** Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - b) Se toma la misma sustancia (o muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 - 3.** La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 - 4.** Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 - 5.** Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancias (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), con el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
 - 6.** Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
 - 7.** Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1o 2).

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

Tabla 4 (cont.).

Criterios Diagnósticos Dependencia de Sustancias DSM-IV-TR (2003, 2005).

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

- 0 Remisión total temprana**
- 0 Remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida**
- 0 Remisión parcial sostenida**
- 2 En terapéutica con agonistas**
- 1 En entorno controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

Tabla 5.

Criterios Diagnósticos Abuso de Sustancias DSM-IV-TR (2003, 2005).

- A.** Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
- 1.** Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p.ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
 - 2.** Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
 - 3.** Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
 - 4.** Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
- B.** Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Tabla 6.

Criterios Diagnósticos Consumo de sustancias DSM-5 (2014b).

<p>A. Patrón problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativos, y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado.2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.6. Consumo continuado de la sustancia pese a sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes y recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.9. Se continúa el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:<ol style="list-style-type: none">a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:<ol style="list-style-type: none">a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.b. Se consume la sustancia o alguna similar para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
--

Tabla 6 (cont.).

Criterios Diagnósticos Consumo de sustancias DSM-5 (2014b).

Especificar si:

En remisión inicial: después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de la sustancia, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de tres meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el criterio A4, “ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de la sustancia, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el criterio A4, “ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: este especificador adicional se utiliza si el individuo está en un entorno con acceso restringido a la sustancia.

Especificar si:

En terapia de mantenimiento: este especificador adicional se utiliza si el individuo está tomando algún medicamento sustitutivo de la sustancia, como agonista con receta en el caso de los opiáceos (metadona o buprenorfina), y no cumple ninguno de los criterios de un trastorno por consumo de la sustancia de esa clase de medicamentos (excepto tolerancia o abstinencia del agonista).

Especificar la gravedad actual:

Leve: presencia de dos-tres síntomas.

Moderado: presencia de cuatro-cinco síntomas.

Grave: presencia de seis o más síntomas.

La APA modificó la clasificación DSM-IV-TR en su reciente publicación, el DSM-5 (2014a, 2014b, 2014c). En primer lugar, se han unificado los diagnósticos de abuso y dependencia de sustancias, empleando únicamente el “trastorno por consumo de sustancias”, acompañado de criterios para la intoxicación, la abstinencia, los trastornos inducidos por sustancias y los relacionados con sustancias no especificados. En segundo lugar, se ha suprimido el criterio empleado de problemas legales repetidos en el abuso de sustancias del DSM-IV-TR (APA, 2003, 2005), y se ha añadido un nuevo criterio: deseo intenso o urgencia de consumo de la sustancia. En tercer lugar, se ha establecido la necesidad de presentar dos o más criterios para el diagnóstico, en contraste con el único criterio empleado anteriormente

para el abuso y de tres o más criterios para la dependencia. En cuarto lugar, se ha señalado la necesidad de ampliar el trastorno por consumo de cafeína. En quinto lugar, se ha añadido la abstinencia del cannabis y la abstinencia de la cafeína como nuevos trastornos. Y en sexto lugar, se ha incluido el juego patológico dentro de los trastornos relacionados con sustancias. En la Tabla 6 se muestran los criterios diagnósticos para el Trastorno por Consumo de Sustancias del DSM-5 (APA, 2014b).

A continuación, pasaremos a contextualizar el consumo de sustancias en nuestro país, mostrando las prevalencias más recientes y la situación de la drogodependencia en estos momentos.

Situación Actual en España

Para el estudio e investigación de la drogodependencia, se creó en 1993 el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA), con publicaciones anuales de datos de 30 países europeos en relación con el consumo de sustancias.

El EMCDDA (2013) publicó los datos correspondientes a España del año 2012, en población adulta, de 15 a 65 años. Indicó que las sustancias más consumidas durante ese año fueron el alcohol, el tabaco y el cánnabis, seguidos por la cocaína, la heroína y las anfetaminas. Las prevalencias correspondientes fueron del 76,6% para el alcohol, un 40,2% el tabaco y un 9,6% de consumo de cannabis; les siguieron las sustancias menos consumidas: la cocaína con un 2,3% de prevalencia, la heroína con un 1% y las anfetaminas con un 0,6%. Se exploraron los consumos esporádicos realizados alguna vez en la vida de las sustancias ilegales, concluyendo que la más probada había sido el cannabis, seguido por la cocaína, las anfetaminas y la heroína (EMCDDA, 2013).

En España, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND) publica cada dos años, desde 1995, los resultados de una encuesta a población general entre 15 y 64 años (EDADES) sobre el consumo de drogas en nuestro país, considerándose los datos representativos en el nivel nacional.

Los últimos datos disponibles corresponden a los años 2013-2014 (DGPND, 2015), e indicaron que las sustancias más consumidas y con un ligero aumento desde el año 2011 fueron aquellas legales: el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes. Les seguían dos sustancias

ilegales: el cannabis y la cocaína, con una disminución en el consumo de ambas en población general.

Las drogas de inicio más temprano se mantuvieron desde la última encuesta, y fueron el tabaco, el alcohol y el cannabis, con una edad media de inicio entre los 16 y los 18 años. La cocaína y la heroína mostraron una edad superior de inicio, en torno a los 21 años. Además, se estableció que el consumo de sustancias era mayor en los hombres que en las mujeres, excepto en los hipnosedantes, donde la proporción de mujeres consumidoras duplicaban a los varones (DGPND, 2015).

En el Centro de Atención Integral al Drogodependiente de donde se ha extraído la muestra las sustancias más atendidas y demandadas eran la heroína, la cocaína, el cannabis y el alcohol. Por ello expondremos en la Tabla 7 los datos de prevalencias de consumo durante el último año de los años 2005, 2009 y 2013 para estas cuatro sustancias según la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Se han empleado estos años para observar las diferencias y evolución que han existido en el consumo de las mismas.

Tabla 7.

Comparación de prevalencias de consumo en 2005, 2009 y 2013 (DGPND, 2015).

	2005	2009	2013
Heroína	0,1%	0,1%	0,1%
Cocaína	3%	2,6%	2,1%
Cannabis	11,2%	10,6%	9,2%
Alcohol	76,7%	78,7%	78,3%

Como se puede observar en la Tabla 7, el consumo de heroína se ha mantenido estable desde el año 2005, mientras que el de cocaína y cannabis ha descendido, y el de alcohol ha aumentado. La causa probable de este fenómeno ha sido la legalidad de esta última sustancia y la accesibilidad para conseguirla, mientras que ha continuado la tendencia iniciada en 2009 respecto a la disminución de la disponibilidad percibida para todas las drogas (DGPND, 2015).

Unido a ello, se ha observado una preocupante situación de policonsumo en muchos individuos: el 42,1% de la población consumidora empleaba dos o más sustancias, estando

presente el alcohol en un 90% de ellos y el cannabis en otro 90% de los policonsumos de sustancias ilegales (DGPND, 2015).

Como conclusión, parece que ha disminuido el riesgo percibido por el consumo de sustancias, percibiéndolo más las mujeres que los hombres, y que ha persistido la consideración del tabaco como sustancia con consecuencias más peligrosas y dañinas que el consumo de cannabis (DGPND, 2015).

Todos estos datos han ayudado a detectar dos problemas principales asociados al consumo de sustancias: por un lado, las consecuencias sanitarias que generan, y por otro, las consecuencias legales.

Respecto al impacto sanitario, en España hubo un total de 361 fallecimientos debidos a sobredosis en el año 2013 (EMCDDA, 2014), lo que señaló las consecuencias que para la salud tiene el consumo de sustancias. Por otro lado, existen repercusiones indirectas del consumo, siendo las infecciones por VIH las más numerosas, representando en los últimos 20 años uno de los mayores problemas asociados al abuso de sustancias en nuestro país. Sin embargo, desde finales de la década de los 90, el contagio por vía parenteral ha disminuido, debido a los tratamientos con metadona o buprenorfina, y el descenso del uso de esta vía para consumir heroína. En la actualidad, hay que tener también presentes las infecciones por hepatitis B y C (EMCDDA, 2013).

Si nos centramos en las consecuencias legales que genera, encontramos el estudio de Sánchez, Guisa, Cedillo y Pascual (2002), quienes detectaron en una muestra de 80 drogodependientes un perfil de comorbilidad con el Trastorno Antisocial de la Personalidad, así como un escaso control de impulsos. Estas características tenían relación con inconformidad y oposición a las normas sociales, lo que con frecuencia les generaba problemas legales y numerosas detenciones. A pesar de no existir un perfil patognomónico del drogodependiente (González, González, Sáiz y Bobes, 1999), se encontró que las personas con dependencia de sustancias eran más inestables emocionalmente, toleraban menos la frustración y el estrés, tenían dificultades en el control de impulsos, establecían relaciones interpersonales pobres, y tendían con más frecuencia a evadir todo tipo de responsabilidades (González et al., 1999; Sánchez y Berjano, 1996; Tahir, 2009), lo que de nuevo podía conllevar problemática legal asociada.

En España, el número de delitos conocidos por tráfico de drogas ha continuado con la tendencia al alza desde el año 2005, representando un porcentaje en torno al 1,3% de las

infracciones conocidas (EMCDDA, 2013). Así, los cuerpos de policía españoles ejercen una fuerte presión contra la delincuencia dedicada al tráfico de drogas, con el gasto económico que ello implica. No obstante, reconocen que el porcentaje de delitos es bajo en comparación con la alarma social que provocan y la atención que acaparan en los medios de comunicación.

Tal como se ha visto, tanto la persona con psicopatía como la que presenta problemas de drogadicción, pueden tener problemas legales y por tanto buscar beneficios secundarios para comenzar una terapia. A continuación, mostraremos la relación que la psicopatía presenta con el consumo de sustancias.

Psicopatía y Drogodependencia

Al drogodependiente, como a la persona con psicopatía, le cuesta reconocer que tiene problemas, no tiene conciencia de enfermedad o es parcial, y el beneficio a la hora de hacer una demanda de tratamiento en muchas ocasiones persigue otro objetivo y no la abstinencia: evitar el ingreso en prisión, o cobrar subsidios por enfermedad o desempleo (Roldán, 1996).

La interrelación entre un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias va más allá del simple diagnóstico, ya que la descompensación de uno de ellos determina la desestabilización del otro. Posiblemente por ello, las recaídas sean constantes en pacientes con patología dual, quienes mantienen peor adherencia y respuesta al tratamiento. Estos pacientes presentan psicopatologías concretas, por lo que habría que hacer una valoración de sus rasgos y posibles trastornos de personalidad (Tavares et al., 2008). Además, la elevada prevalencia de casos de patología dual ha adquirido importancia en los últimos años (Ávila y Villa, 2007), y nos demuestra su relevancia sanitaria, puesto que necesitan un abordaje terapéutico de manera conjunta (Martínez, 2010; Pando, García, Melero, García y Montoya, 2010).

La patología dual en el caso del presente estudio es la comorbilidad entre la psicopatía y el consumo de sustancias. Es importante la detección de ambos trastornos, ya que por ejemplo la prevalencia de los Trastornos de Personalidad con el alcoholismo se ha situado entre un 30% y un 80% (Fernández-Montalvo y Landa, 2003).

Cleckley no incluyó entre sus criterios directamente el abuso de drogas, pero sí el comportamiento fantástico y poco atractivo bajo los efectos del alcohol y sin él. Por su parte, Hare (1991, 2003b) eliminó del PCL-R el ítem que existía en el PCL correspondiente al abuso

de alcohol y drogas no directamente causado por el comportamiento antisocial, debido a la falta de fiabilidad y a la escasa información que aportaba, pero reconoció que el abuso de sustancias en población psicopática es frecuente (Hare, 2003b). La Asociación Psiquiátrica Americana tampoco hizo referencia al consumo de alcohol u otras sustancias dentro de sus criterios del Trastorno Antisocial de la Personalidad en sus últimas clasificaciones diagnósticas (2005, 2014b). Dentro de las teorías posteriores a Hare (1991), ninguna ha incluido la drogodependencia como un criterio diagnóstico de la psicopatía, aunque tienen en cuenta la comorbilidad existente entre ambos trastornos.

Dicha comorbilidad entre la población con criterios de abuso de sustancias y la psicopatía ha quedado confirmada a través de diferentes estudios con muestras de adultos drogodependientes en distintos países, como España (Sánchez et al., 2002), Estados Unidos (Derefinko y Lynam, 2007; Meloy y Gacono, 1993) o Canadá (Hemphill, Hart y Hare, 1994), así como con adolescentes en Suecia (Hemphälä y Tengström, 2010).

En la actualidad, la relación entre el trastorno psicopático o uno de sus componentes, la conducta antisocial, y el consumo de sustancias está ampliamente estudiada y establecida (Derefinko y Lynam, 2007; Díez-Rubio, 2011; Gacono et al., 2001; Gudonis, Derefinko y Giancola, 2009; Krueger, Markon, Patrick, Benning y Kramer, 2007; Miller y Lynam, 2003; Millon, 2006; Neumann et al., 2012; Patrick et al., 2007; Patrick et al., 2009; Ruiz, Pincus y Schinka, 2008; Taylor y Lang, 2006; Walsh, Allen y Kosson, 2007; Wilson, Miller, Zeichner, Lynam y Widiger, 2011).

Se han observado dos características que comparten ambos trastornos. Una de ellas es la impulsividad, que puede implicar la realización de conductas de riesgo, irresponsables y antisociales, así como consumo de sustancias (Cunningham y Reidy, 1998; Derefinko y Lynam, 2007; Hemphill et al., 1994; Patrick et al., 2007; Ruiz et al., 2008). Hopley y Brunelle (2012) encontraron por ejemplo que la impulsividad era un mediador indirecto en la relación entre la psicopatía y la dependencia de estimulantes, mientras que Walsh et al. (2007) señalaron que el consumo de drogas reflejaba la impulsividad e irresponsabilidad común de aquellos con comportamientos antisociales. Esta conducta les podía llevar a realizar actividades ilícitas y a un estilo de vida parasitario (Muñoz, 2011). González et al. (1999), con una muestra española de 107 heroinómanos y un grupo control de 87 personas sin dependencia de sustancias, encontraron en los consumidores una ausencia de modulación

adecuada de intercambios y descargas afectivas, con fuerte riesgo de *acting-out*. Tahir (2009) llegó a las mismas conclusiones con 25 drogodependientes en Pakistán.

La segunda característica que mantiene en común la psicopatía y la drogodependencia es el narcisismo: Tomé (1999) estableció que las conductas que realizaban individuos con ambas patologías se encontraban cargadas de intensos revestimientos narcisistas.

Millon (2006) aportó información acerca de las vías de refuerzo que puede llevar a las personalidades antisociales a consumir sustancias. La primera de ellas fue la carencia de escrúpulos morales y la escasa preocupación por el futuro. La segunda razón sería la fácil accesibilidad a las sustancias, en tercer lugar estaría la distracción que supone el efecto de las drogas respecto a afectos negativos como la ansiedad, la depresión o la culpabilidad. Y finalmente, el consumo podía constituir una forma de automedicación cuando el individuo presentaba otro trastorno.

Con una muestra de 45 presos de una cárcel en California, todos con altas puntuaciones en psicopatía, Franks et al. (2009) detectaron que el 79,5% de la muestra presentaba abuso de alcohol, el 81,8% de marihuana, y el 50% admitió el consumo de anfetamina, cocaína y fenciclidina.

Por su parte, Walsh et al. (2007) identificaron una alta comorbilidad entre el consumo de sustancias y los trastornos mentales en los cuales la característica central era el comportamiento antisocial, como la psicopatía y el TAP. Y Craig et al., (2009) descubrieron que siete de las nueve personas con altas puntuaciones en psicopatía de su muestra presentaban abuso o dependencia previa de sustancias.

En muchos de los estudios realizados, se han empleado el PCL y el PCL-R como instrumentos de medida de la psicopatía. Las puntuaciones totales del instrumento han apuntado a correlaciones positivas significativas del trastorno con medidas de problemas con el alcohol y otras sustancias (Hart y Hare, 1989; Patrick et al., 2007; Reardon, Lang y Patrick, 2002; Smith y Newman, 1990; Walsh et al., 2007). Los resultados de todos ellos muestran acuerdo en señalar al Factor II como el que mayor relación tiene con la drogodependencia (Hare, 2003b; Hart y Hare, 1989; Hemphill et al., 1994; Reardon et al., 2002; Smith y Newman, 1990).

Hart y Hare (1989) examinaron 80 pacientes varones en un instituto psiquiátrico forense en Canadá. Llegaron a la conclusión de que las personas con psicopatía presentaban una mayor tendencia a tener un trastorno de drogodependencia que aquellas que no tenían

psicopatía. Y encontraron una relación significativa entre el Factor II del PCL-R y el uso de sustancias.

Por su parte, Smith y Newman (1990) afirmaron que el uso de sustancias estaba más asociado con un estilo de vida antisocial e inestable que con las características interpersonales y afectivas de la psicopatía. Emplearon una muestra de 360 presos varones en Wisconsin para demostrarlo, encontrando diferencias significativas para el abuso de sustancias en los sujetos con altas puntuaciones en psicopatía, con una mayor influencia del Factor II.

Hart et al. (1991) concluyeron, con una muestra de 119 presos varones, una correlación entre la puntuación total del PCL-R y la escala T, referida a la dependencia de sustancias, del MCMI-II de Millon (1987), así como entre el Factor II y la escala B, referida al abuso de alcohol, superior a la que se encontró con las puntuaciones del Factor I.

Hemphill et al. (1994) mostraron que la puntuación total del PCL-R correlacionó con diagnósticos de dependencia y abuso de sustancias, con mayor relación de estos diagnósticos con el Factor II que con el Factor I. Señalaron en el drogodependiente características como la impulsividad, la irresponsabilidad o el pobre control de impulsos. Y concluyeron a través de un metaanálisis entre su estudio y las investigaciones de Hart et al. (1991), Hart y Hare (1989) y Smith y Newman (1990), anteriormente explicadas, una relación moderada y consistente entre la psicopatía y la dependencia y/o el abuso de sustancias. Por ello, insistieron en la importancia de valorar la existencia de un abuso o dependencia de sustancias en personalidades donde es significativa la presencia el Factor II.

Ruherford, Alterman, Cacciola y McKay (1997) emplearon el PCL-R con una muestra de 251 varones consumidores de heroína en programa de mantenimiento con metadona. Llegaron a la conclusión de que la puntuación total del PCL-R y el Factor II de Desviación Social estaban más relacionados con el consumo de sustancias que el Factor I. En concreto, encontraron que ambos Factores se asociaban con la duración del abuso de sustancias, pero solo el Factor II lo hacía con el grado de abuso. Un año más tarde (1998), los mismos autores estudiaron, con 397 varones y 121 mujeres consumidores de alcohol, cocaína y heroína, si existían diferencias de género en la correlación entre el TAP y el PCL-R. Los resultados no confirmaron dicha hipótesis, revelando más similitudes que diferencias en estas correlaciones entre hombres y mujeres. Hallaron únicamente una correlación más fuerte entre la conducta antisocial y el Factor I y la puntuación total del PCL-R en mujeres que en hombres, e insistieron en que dicha diferencia no era generalizable a otras muestras.

Por último, Walsh et al. (2007) concluyeron una relación positiva moderada entre la puntuación total del PCL y el Factor II y el consumo de sustancias, con un peso similar del estilo de vida impulsivo e irresponsable y de la conducta antisocial. Y encontraron una asociación más limitada con el Factor I, en concreto una relación positiva directa con el estilo interpersonal insensible o frío y una relación inversa con la experiencia afectiva deficiente.

En este capítulo hemos visto la relación que la drogodependencia mantiene con la psicopatía, concluyendo que la patología dual entre ambos trastornos se ha relacionado con un peor pronóstico, una mayor aparición de recaídas y un mayor número de hospitalizaciones (Roncero et al., 2009). Anteriormente se mostró que el PCL-R (Hare, 2003b) es en la actualidad la herramienta más valorada para la evaluación de la psicopatía. En el próximo capítulo expondremos el test de Rorschach, prueba proyectiva que ayuda en la valoración de dicho trastorno y complementa al PCL-R, a través de determinadas variables que se han mostrado tener relación con dicha patología.

CAPÍTULO 4: EL TEST DE RORSCHACH

El Test de Rorschach

En este capítulo nos centraremos en el test de Rorschach, realizando en primer lugar un recorrido por su creación y desarrollo. Posteriormente explicaremos determinadas variables de la prueba, que mantienen relación con el trastorno psicopático. Finalmente expondremos la relación que dicho trastorno mantiene con la agresión y los indicadores Rorschach que se han estudiado respecto a la agresividad.

Definición y Conceptualización

Existe consenso para afirmar que el PCL-R (Hare, 2003b) es en estos momentos la principal herramienta diagnóstica de la psicopatía, así como la más empleada (Cooke y Michie, 1999, 2001, 2010; Hare y Neumann, 2005, 2006, 2009; Harris y Rice, 2006; Lynam y Gudonis, 2005; Lynam y Widiger, 2007; McCann, 2002; Neumann et al., 2007; Patrick et al., 2007; Torry y Billick, 2011; Venables et al., 2014; Vitacco et al., 2006).

Las personas con altas puntuaciones en psicopatía muestran determinadas características como el afecto superficial, las mentiras, la ausencia de empatía, las manipulaciones, la carencia de culpa, la impulsividad o la sensación exagerada de autovalía (Cleckley, 1955; Hare, 1991, 2003a, 2003b; Hare y Neumann, 2008). Por tanto, son pacientes que pueden confundir al entrevistador con sus mentiras y manipulaciones (Díez-Rubio, 2011; Hart y Hare, 1994). Grieve (2012) comprobó que los individuos no siempre responden con honestidad a la evaluación psicológica, y mostró con una muestra de 232 sujetos, que los altos niveles de psicopatía están relacionados significativamente con intenciones de falsear en los tests psicológicos.

Por ello es importante ayudar al proceso de evaluación a través de la descripción de información no referida ni reconocida por el paciente, explorando aspectos subyacentes al discurso manifiesto. Las pruebas proyectivas permiten hallar dichos aspectos, ya que cuanto menos estructurada sean las propiedades del estímulo de una técnica, habrá menos propensión a la distorsión por parte del sujeto (Exner, 1994; Murstein y Wheeler, 1959; Sendín, 2007), y se podrán detectar necesidades y motivaciones implícitas (Huprich, Gacono, Schneider y Bridges, 2004), así como aspectos latentes o inconscientes de la personalidad (Campos, 2011).

En concreto, el test de Rorschach contribuye al proceso. Sendín (2000) afirmó que en la práctica clínica y en la investigación es una de las pruebas más empleadas, siendo importante su utilización puesto que identifica las fortalezas y debilidades del individuo, lo que tiene consecuencias para la planificación del tratamiento (Weiner, 2000).

Además, para Baity, McDaniel y Hilsenroth (2000) es una medida diagnóstica sensible, mientras que para Gacono y Meloy (1994) es un instrumento válido y fiable, como complemento del PCL-R, para valorar psicopatía, pero no para su diagnóstico. Es una prueba que complementa la información obtenida por las entrevistas clínicas y los cuestionarios de autoinforme (Kostogianni, 2010). Se ha demostrado que dicho test es útil en la valoración del funcionamiento de la personalidad de pacientes forenses, con diagnóstico de trastorno de personalidad, antisociales o con psicopatía, frente a las pruebas de autoinforme, por la tendencia en este tipo de población a presentar una imagen falsa de ellos mismos en estas últimas, con mentiras y manipulaciones (Hart y Hare, 1994; Weizmann-Henelius, Ilonen, Viemerö y Eronen, 2006).

Durante la segunda mitad del siglo XIX se realizaron los primeros trabajos con manchas de tinta, de la mano de Kerner, Binet, Whipple, Bartlett o Parsons, de manera no sistemática y orientados al estudio de la imaginación visual, el proceso de asociación, los intereses o las diferencias individuales (Klopfer y Davidson, 1979). Pero no es hasta principios del siglo XX cuando se comienzan a sistematizar las investigaciones.

Hermann Rorschach (1884-1922), psiquiatra suizo con influencia psicoanalítica, inició sus investigaciones en el área de las alucinaciones reflejas, en concreto sobre la percepción. Su primer objetivo al comenzar a estudiar los resultados que los pacientes manifestaban a las manchas de tinta fue la elaboración de un diagnóstico para diferenciar la esquizofrenia de otras patologías (Exner, 1994). Como muchos de los psiquiatras de su época, pensó que las manchas de tinta podrían ser un estímulo para estudiar la imaginación visual.

Ya en su infancia jugaba al popular juego “Kecksographie” (*Blotto*) o juego de las manchas, incluso fue apodado “Klex” (mancha, borrón), posiblemente por su afición a dicho juego infantil (Signer, 2011).

Comenzó su especialización en psiquiatría en 1909, trabajando de manera poco sistemática un corto período en 1911 con Konrad Gehring, creando y descartando manchas a través de la comparación de las respuestas al *Blotto* de sus pacientes con las de alumnos

adolescentes de Gehring (Exner, 1994). Ese mismo año Eugen Bleuler, director de su tesis doctoral, acuñó el término de “esquizofrenia” (Signer, 2011; Schwarz, 1996).

En 1913 acabó su especialidad, y tras pasar siete meses en Moscú trabajando en una clínica privada, volvió a Suiza, donde en 1915 es nombrado director adjunto de un hospital psiquiátrico en Herisau. Es allí donde entre finales de 1917 y principios de 1918 comenzó a estudiar el juego de las manchas de manera más sistemática que en 1911, interesado en clasificar las características destacadas de las respuestas. Para ello empleó 40 manchas, administrando 15 de ellas más frecuentemente que el resto, llegando a recoger datos de 405 sujetos, 117 de ellos no pacientes. A partir de ahí elaboró tres tipos de códigos: los primeros representaban la zona de la mancha donde se había dado la respuesta, los segundos versaban acerca de las características principales de la mancha que determinaban la imagen percibida (forma, color, movimiento, etc.) y los terceros clasificaban los contenidos (humano, animal, etc.) (Exner, 1994).

A principios de 1920 el autor se dio cuenta de la utilidad diagnóstica de sus investigaciones, identificando aspectos de la persona como rasgos o estilos de personalidad. Por ello, elaboró su primer manuscrito basándose en las 15 láminas más empleadas, pero fue rechazado por varias editoriales, llegando a solicitarle una de ellas la reducción a seis láminas, que rechazó. Volvió a redactar la obra, y Walter Morgenthaler, su agente, consiguió que la editorial Bricher accediera a su publicación, si reducía las láminas a 10.

Así, Hermann Rorschach pudo publicar su obra en septiembre de 1921 bajo el nombre de “Psychodiagnostik” (“Psicodiagnóstico”). En la reproducción, se alteraron el tamaño y algunos colores, introduciendo un sombreado que no existía; el autor reaccionó con entusiasmo a estos efectos de sombreado, reconociendo el potencial de dicho efecto en el proceso de respuesta (Kleiger, 1997), y continuando sus investigaciones acerca de ello. Señaló además las limitaciones de sus datos y la necesidad de seguir investigando (Exner, 1994; Signer, 2011). La intención de Rorschach fue crear un procedimiento que captar las diferencias interindividuales en el procesamiento de la información a través de la recopilación de conductas perceptivas, así como el análisis de otras características de la personalidad (Sendín, 2000). La potencia que Rorschach identificó en el test radicaba en su capacidad para describir las características psicológicas del sujeto, lo que ayudaba a establecer un diagnóstico, un tratamiento y realizar un pronóstico.

Sin embargo, Hermann Rorschach falleció el 1 de abril de 1922, solamente 8 meses después de la publicación de su monografía “Psicodiagnóstico”, decepcionado por la indiferencia con que fue acogido el trabajo y el desastre financiero que supuso para la editorial. Su obra y las 10 láminas las adquirió otra editorial, Verlag Hans Huber, que en la actualidad continúa gestionándolo (Exner, 1994; Signer, 2011).

Tras el fallecimiento prematuro de Hermann Rorschach en 1922, se continuó estudiando su prueba, generándose nuevos sistemas de corrección e interpretación de la misma. En concreto, se crearon cinco métodos en Norteamérica entre los años 1932 y 1957, de la mano de Beck, Klopfer, Hertz, Piotrowski y Rapaport (como se citó en Exner, 1994). La prueba no contaba en esos momentos con una codificación que pudiera ser entendida y puntuada por distintos entrevistadores, interpretándose casi exclusivamente desde una perspectiva psicoanalítica (Sendín, 2000), lo que generaba distintas interpretaciones en función del autor.

John E. Exner detectó la necesidad de unificar los cinco sistemas principales, por lo que profundizó en la obra de cada uno de los anteriores autores; basándose en éstos, en la literatura científica existente y en la práctica clínica (Mihura, Meyer, Dumitrascu y Bombel, 2013), creó y publicó por primera vez el Sistema Comprensivo en 1974. Sin embargo, quedaban muchas cuestiones por resolver, y los cambios generados por las investigaciones realizadas llevaron a una segunda edición del Sistema en 1986. En 1993 publicó la tercera edición del manual, tras llevar a cabo estudios empíricos, culminando así el trabajo de dos décadas. Exner fue introduciendo modificaciones hasta el año 2003, momento en que publica la cuarta edición del Sistema Comprensivo, que es el empleado en estos momentos. El autor denominó Comprensivo al sistema porque conservaba los aspectos más consistentes y empíricamente demostrables, de acuerdo a los criterios de fiabilidad y validez, de los cinco sistemas en los que se basó y la investigación que habían generado (Campos, 2011).

El Sistema Comprensivo no ha experimentado modificaciones tras el fallecimiento de Exner en 2006, surgiendo discrepancias entre sus seguidores y detractores. En 2011 se publicó un nuevo sistema denominado Rorschach-Performance Assessment System (R-PAS; Meyer, Viglione, Mihura, Erard y Erdberg), que ha supuesto cambios respecto a la administración, codificación e interpretación del test. En concreto, se explicarán en posteriores apartados las modificaciones realizadas en las variables que implican agresión, ya que es uno de los puntos en los que se centra la actual investigación.

En la actualidad, el test de Rorschach se puede interpretar de manera cualitativa o cuantitativa. La interpretación cualitativa es aquella que analiza el contenido de las verbalizaciones expresadas por el sujeto, pudiendo el entrevistador interpretar la proyección y las defensas (Weiner, 2003). Representantes de esta postura son Lindner (1943), Rapaport, Gill y Shafer (1946), y Shafer (1954). Sin embargo, hasta la fecha no se ha conseguido crear un sistema de análisis con el mismo nivel de definición que el elaborado para interpretar la información cuantitativa (Sendín, 2007), que expondré a continuación.

La valoración estructural o cuantitativa se realiza a través de la codificación establecida por el Sistema Comprensivo (Exner, 1994, 1996, 2001, 2003) y la corrección e interpretación a través de las tablas normativas publicadas en distintas naciones, entre las que se encuentra España.

La prueba consta de 10 láminas con diferentes manchas que se caracterizan por su ambigüedad y falta de estructuración. Los estímulos son poco estructurados, no familiares y vagos, representando una invasión al inconsciente (Waiswol, 1995), lo que dificulta el falseamiento de los resultados al no conocer el sujeto el objetivo de la prueba. Cinco de ellas están compuestas por tonalidades negras y grises (I, IV, V, VI, y VII), dos láminas añaden a dichos tonos el color rojo (II y III), mientras que las tres últimas están formadas por distintos colores (VIII, IX y X). Las láminas obligan al sujeto a realizar un proceso de atención, percepción, memoria, toma de decisiones y análisis lógico (Weiner, 2003). Su administración consta de dos fases: la primera, de asociación libre, consiste en la libre expresión del individuo de las respuestas de aquello que ve bajo la consigna: “¿qué podría ser esto?” (Exner, 1994, p. 67). En la segunda fase, de encuesta, el examinador explora en qué parte de la mancha lo ha observado y qué le ha hecho parecer eso, obteniendo información para la posterior codificación. El objetivo del procedimiento es evitar la subjetividad del propio examinador, limitándose a codificar lo que el sujeto ha manifestado haber visto. Las respuestas del individuo son codificadas según el Sistema Comprensivo y posteriormente interpretadas con base en unos valores normativos elaborados por Exner (1994, 1996, 2001, 2003 y 2005) y Exner y Erdberg (2005). En realidad, se trata de traducir los datos presentes en un protocolo a dimensiones y parámetros de la personalidad (Sendín, 2007).

Los estudios transculturales realizados en diferentes países han mostrado que las diferencias estadísticamente significativas entre sus poblaciones sólo afectan a un pequeño número de variables debido, probablemente, a la escasa influencia de aspectos socioculturales

en la tarea (Sendín, 2000). En España, Campo y Vilar (2007) elaboraron datos normativos con población general española, en una muestra de 517 adultos no pacientes. Dichas tablas son las que emplearé en mi estudio, ya que me centraré en los datos cuantitativos del test y el Sistema Comprensivo.

El test se divide en secciones, cada una de las cuales aporta información acerca de un área concreta. Por un lado encontramos la sección principal, en la que se analiza el estilo principal de funcionamiento con el medio por parte del sujeto, así como los recursos que posee en la actualidad, y el sufrimiento y estrés que está experimentado. La sección afectiva hace referencia al manejo de las emociones, mientras que en la sección de la tríada cognitiva (procesamiento, mediación e ideación cognitiva) se analiza el funcionamiento cognitivo. Dentro de esta sección, el procesamiento de la información valora la complejidad y sofisticación de las operaciones mentales al adquirir información del ambiente; la mediación cognitiva se encarga de la evaluación de la convencionalidad de la percepción, detectando la existencia de problemas con la prueba de realidad, mientras que la ideación nos muestra la calidad, organización y coherencia del pensamiento. La sección de la percepción interpersonal nos informa acerca de la representación que el sujeto tiene de los otros, de sus habilidades para relacionarse con su ambiente y del nivel de aislamiento que pudiera presentar. Y por último, la sección de la autopercepción señala el concepto que la persona tiene sobre sí misma y la emoción asociada al mismo, esto es, la autoestima. Como veremos, las variables referentes a la psicopatía estudiadas hasta la fecha no forman parte únicamente de una sección, sino que pertenecen a la sección principal y a las áreas afectiva, de autopercepción y de percepción interpersonal.

Para una correcta interpretación de la personalidad, el estilo de funcionamiento, la posible sintomatología o el sufrimiento del sujeto, hay que tener en cuenta todo el protocolo y las secciones explicadas, ya que considerar únicamente un aspecto del Rorschach puede llevar a malas interpretaciones (Baity y Hilsenroth, 1999; Holtzman, 1950; Sendín, 2007). La realización de un uso competente y ético de la prueba requiere una formación adecuada y continua en su administración, codificación e interpretación (Exner, 2005; Society for Personality Assessment, SPA, 2005).

Una de las críticas principales que se han hecho al test de Rorschach ha sido la ausencia de estudios de sus propiedades psicométricas, por lo que su estudio se vuelve imprescindible (Exner, Armbruster y Viglione, 1978; Meyer et al., 2002; Viglione, 1997). Sin embargo, la

realidad ha confirmado que la prueba presenta una fuente fiable y válida de la información psicológica de los individuos (Meloy, Hansen y Weiner, 1997; SPA, 2005) y unas propiedades psicométricas aceptables (Aschieri, 2013; Campo y Vilar, 2007; Mattlar, 2004; Meyer et al., 2002; Meyer, Hsiao, Viglione, Mihura y Abraham, 2013; Meyer, Mihura y Smith, 2005; Sahly, Shaffer, Erdberg y O'Toole, 2011; Viglione y Hilsenroth, 2001; Viglione y Taylor, 2003; Weiner, 2003).

Respecto a la fiabilidad, Weiner (2003) aportó unos datos de fiabilidad test-retest de 0,75. La mayor literatura existente hacía referencia a la fiabilidad interjueces. Meyer et al. (2002) emplearon ocho muestras norteamericanas, cinco de ellas procedentes de protocolos clínicos de 438 pacientes ambulatorios y hospitalizados de ambos géneros, y tres muestras compuestas por 57 protocolos manipulados experimentalmente. Estudiaron la fiabilidad interjueces a través del Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC), cuyos resultados para todas las muestras varió entre 0,82 y 0,97, en 133 de las 143 variables estadísticamente estables. Estudios posteriores han confirmado estos resultados y aportado datos superiores.

Viglione y Taylor (2003) usaron 84 protocolos Rorschach norteamericanos provenientes de áreas clínicas y de investigación, compuesta por niños y adultos no pacientes, mujeres maltratadas, y adolescentes y adultos pacientes. Estudiaron 70 variables, hallando una fiabilidad interjueces excelente, con ICC mayores de 0,80 para 62 de ellas. El dato apoyó la administración del Rorschach acorde al Sistema Comprensivo como fiable. Por su parte, Mattlar (2004) encontró datos que oscilaban entre 0,85 y 0,94. Y Meyer et al. (2005) analizaron 55 protocolos de pacientes psiquiátricos, encontrando un alto acuerdo interjueces, a pesar de que unos clínicos producían inferencias más fiables y generalizables que otros.

En los últimos años se ha generado también investigación en torno a este tema, en distintos países. Sahly et al. (2011) emplearon 489 protocolos de diferentes países: Israel, España, Estados Unidos, Italia, Argentina, Bélgica, Japón, Portugal y Perú, que fueron codificados por dos o tres evaluadores. La fiabilidad interjueces medida a través del coeficiente Iota, similar al coeficiente kappa, varió desde 0,31 a 1,00. Dos variables, textura forma (TF) y verbalización desviada de nivel dos (DV2), mostraron un pobre rango de acuerdo (menor de 0,40); cuatro de ellas, calidad evolutiva vaga de síntesis ($DQ_{v/+}$) con calidad formal menos (FQ.), verbalización desviada de nivel 1 (DV) nivel uno, proyección del color (CP), e índice de esquizofrenia (SCZI), un rango ajustado (entre 0,40 y 0,59); 25

indicadores tuvieron un buen acuerdo (entre 0,60 y 0,74); y finalmente 116 tenía una fiabilidad excelente (entre 0,75 y 1,00).

En Italia, Aschieri (2013) demostró la fiabilidad interjueces en grupos de pacientes y no pacientes. De las 23 variables codificadas, 20 demostraron una excelente fiabilidad (con un ICC mayor de 0,74), y tres una fiabilidad moderada (con un ICC entre 0,60 y 0,74).

Con población española, Campo y Vilar (2007) seleccionaron 20 protocolos de una muestra de 517 adultos no pacientes españoles, los cuales codificaron ambas autoras de manera independiente. Encontraron una fiabilidad interjueces medida a través del coeficiente kappa entre 0,83 y 0,98 para las diferentes variables, y un porcentaje de acuerdo entre el 90% y el 99%. Todo ello indicó un acuerdo interjueces excelente.

La conclusión de estos resultados es que el test posee buena fiabilidad en diferentes países y culturas, pero que es un sistema complejo que requiere formación y práctica para una adecuada codificación (Meyer et al., 2002; Meyer et al., 2005).

Respecto a la validez del instrumento, Viglione (1997) afirmó que la investigación se ha dirigido a la validez convergente, en términos de asociación entre la puntuación de la prueba y un grupo diagnóstico o característica de personalidad. Mattlar (2004) defendió que la herramienta poseía una alta validez. Y Meyer et al. (2013) exploraron con 246 psicólogos clínicos de 26 países diferentes la validez de constructo percibida del Rorschach en su práctica diaria, matizando que los resultados y la posible generalización no eran iguales que si se hubiesen empleado coeficientes de validez estadísticos. Los clínicos confirmaron la percepción de validez en el test, detectando algunas variables como más válidas que otras, por ejemplo Lambda (L), contenido mórbido (MOR), respuesta humana completa (H), recursos accesibles (EA), respuestas personalizadas (PER) o C pura.

Por tanto, en la actualidad, se puede afirmar que el test de Rorschach es una herramienta fiable y válida, y que los datos de diferentes países apoyan al instrumento como un método multicultural (Sahly et al., 2011).

La prueba se ha relacionado con distintas patologías (Sendín, 2007). Entre ellas se encuentra la psicopatía, entendida desde el marco psicoanalítico que vimos anteriormente como la categoría que encuadra a los trastornos borderline, situados entre la neurosis y la psicosis. Rorschach presentó 405 casos con una amplia variedad de diagnósticos, entre los cuales se encontraban 20 personas con diagnóstico de psicopatía (Rorschach, 1977), sin resultados concluyentes. Recordemos la influencia freudiana que tuvo Rorschach, así como la

ausencia de interés del psicoanálisis en las primeras décadas del siglo XX por la psicopatía. En ese contexto, la psicopatía era el cajón de sastre para psiquiatras y psicólogos clínicos (Lindner, 1943), ya que no existían herramientas diagnósticas para el trastorno, ni se habían estudiado aún sus características. Por ejemplo, Beck se refirió a la psicopatía como una categoría variada que incluía numerosos trastornos, no llegando a clarificar el tipo de personalidad que era (Lindner, 1943). Autores posteriores estudiaron los protocolos Rorschach de numerosos psicópatas, como Boss, Dubitscher y Beck (como se citó en Lindner, 1943).

El objetivo del presente estudio es valorar la psicopatía a través del test de Rorschach en población drogodependiente. Por ello, pasaremos a continuación a revisar las principales variables del test de Rorschach que informan sobre características psicopáticas que pueden ser detectadas en los protocolos de este tipo de personalidades, según la literatura científica escrita hasta la fecha.

Test de Rorschach y Psicopatía: Recorrido Histórico

Linder (1943), que como hemos visto, se centró en una interpretación más cualitativa del test, fue uno de los primeros autores en estudiar la psicopatía a través del test de Rorschach. Este autor entendía el trastorno como hacía el modelo psicoanalítico: la categoría que agrupaba las patologías que no eran consideradas ni neurosis ni psicosis. Afirmó que en el análisis cuantitativo de los protocolos no se observaban diferencias entre las personas con psicopatía y sin ella. Para el autor, la personalidad psicopática podía ser diagnosticada con la ayuda del Rorschach a través de aspectos cualitativos, siendo los protocolos reconocibles y en cierta manera inequívocos. Empleó una muestra de 80 reclusos, 40 diagnosticados de psicopatía (según un listado de ítems que recogió de la literatura acerca del trastorno) y 40 de ellos sin dicho diagnóstico. La investigación le llevó a concluir y exponer cinco características que indicarían estar frente a una persona con una estructura psicopática: la superficialidad, que se encontraba omnipresente, presentando una imagen falsa y engañosa al investigador, y era una manera de sobrecompensar la inseguridad sentida, puesto que en realidad experimentaban dudas y temores. La segunda característica era la evitación, cuyo síntoma principal era la falta de *insight*, como medio para escapar de sus carencias, limitaciones y motivaciones. El carácter explosivo sería el tercer indicador, que expresado a través del test

servía como una señal de agresión y un mecanismo de descarga de tensiones. El cuarto aspecto eran las respuestas incompletas, las cuales habían sido construidas de manera precipitada, y constituían un importante material analítico. Y la quinta y última característica fue el egocentrismo, manifestado a través de autorreferencias, autoimplicación y referencias simbólicas en el contenido de las respuestas. Para el autor, estas cinco características fueron constantes en los protocolos obtenidos de sujetos con psicopatía, reflejando a través del Rorschach la esencia del trastorno.

Centrándonos en lo estructural o cuantitativo, Exner (1994) realizó estudios empíricos en distintas poblaciones, y una de las muestras que empleó fue de 180 pacientes externos con trastornos caracteriales, entendidos como trastorno de personalidad; sin embargo, no empleó muestras específicas de delincuentes o sujetos con psicopatía (Exner, 1994). El autor advirtió además que los datos de este grupo no habían de ser tomados como normativos, sino como comparación con la muestra de no pacientes, debida a la excesiva heterogeneidad de los mismos y la falta de estratificación de la muestra.

La psicopatía es un trastorno por tanto que no ha sido objeto de atención por parte de clínicos e investigadores en el test de Rorschach, hasta finales del siglo XX. Así, después de Exner, han sido dos los autores que más han profundizado en la patología psicopática a través de la prueba: Carl B. Gacono (1990, 1992, 1994, 1997, 2000, 2001 y 2005) y J. Reid Meloy (1992, 1993, 1994, 1997, 2002 y 2005). Ambos autores comenzaron a investigar la patología en 1984 (Gacono y Meloy, 1997), teniendo como referencia teórica el modelo de Kernberg (1987) respecto a la organización límite o borderline de funcionamiento de los pacientes con personalidad psicopática y antisocial, siendo su principal característica el narcisismo patológico. El mundo interno de estas personalidades estaría regulado por su self grandioso y la carencia de objetos humanos internalizados. Gacono (1990) coincidió con Cleckley (1941) en la apariencia del individuo con psicopatía como más compensado psicológicamente de lo que en realidad está. Y Meloy (1997) situó como aspectos principales en la psicopatía la desvalorización de los otros, ya que eran agresivamente narcisistas; el desapego emocional crónico, intentando controlar a los otros para estimular su grandiosidad, lo que disminuye la probabilidad de empatizar y de inhibir sus impulsos agresivos; y las mentiras, por las que luego no sentían culpa.

Ambos autores mostraron una constelación de variables Rorschach que han resultado ser significativas en los protocolos de estas personalidades en sus múltiples investigaciones.

Tenían grandes influencias de Hare, por lo que tanto ellos como sus colaboradores han empleado en sus estudios el PCL-R como herramienta diagnóstica de la psicopatía, a la que han complementado con el test de Rorschach (Franks et al., 2009; Gacono et al., 1990; Gacono y Meloy, 1992; Loving y Russell, 2000). Propusieron indicadores que señalaban la presencia de una personalidad psicopática en la prueba, y sus conclusiones se han aceptado y considerado válidas, tanto en Norteamérica como en Europa. Estas variables se desarrollarán a continuación, me centraré en aquellas que más acuerdo han generado entre los distintos autores, y serán las que tendré en cuenta y se analizarán en la presente investigación. Las cinco primeras están consideradas como las principales y más significativas, y han sido las más estudiadas por Gacono y Meloy: la respuesta de reflejo, el índice de egocentrismo, las respuestas personalizadas, las respuestas de sombreado difuso y las de textura. El resto de variables se han ido confirmando a lo largo del tiempo (Cunliffe et al., 2012; Franks et al., 2009; Gacono et al., 1990; Gacono et al., 1992; Gacono et al., 2001; Gacono y Meloy, 1992, 1997; Gacono, Meloy y Bridges, 2000; Meloy y Gacono, 1993): las respuestas con contenido humano completo, la proporción afectiva y las respuestas de movimiento agresivo.

El primer indicador es la respuesta de reflejo (Fr+rF), una de las categorías del Sistema Comprensivo que no pertenecía a ningún otro sistema y no había sido empleado por ningún sistematizador. La respuesta se codifica cuando el sujeto manifiesta ver un objeto reflejado en la mancha como consecuencia de su simetría, de manera directa o indirecta (Exner, 1994, 2001). Es una variable estable y no fácilmente modificable que muestra la exagerada preocupación por uno mismo y la sensación hipertrofiada de sobreestimación de la valía personal, representando los rasgos narcisistas dominantes que tiene la persona en relación a sí misma (Exner, 1994, 2005; Exner y Sendín, 1998). Esta característica puede entorpecer el desarrollo de un equilibrio maduro entre la preocupación hacia la integridad de los demás y hacia sí mismo, así como el establecimiento de relaciones interpersonales profundas y significativas (Exner, 1994). Lo esperable es que no aparezca ningún reflejo en los protocolos.

Exner (1969, 1994) encontró dentro de su grupo de pacientes con trastornos caracteriales un aumento de dicha variable, esto es, mayor de cero. Investigaciones posteriores han confirmado este dato con muestras de personas adultas con psicopatía diagnosticadas a través el PCL-R, interpretándolo como un aumento del autocentramiento, la autoestima (Cunliffe et al., 2012; Gacono et al., 1990; Gacono et al., 2000; Gacono et al., 2001; Gacono y Meloy, 1992, 1994, 1997; Loving y Russell, 2000; Meloy y Gacono, 1993) y el narcisismo

(Dörr y Viani, 2006; Exner, 1969, 2005; Exner y Sendín, 1998; Gacono et al., 2001; Loving y Russell, 2000; Meloy y Gacono, 1993; Meloy, Gacono y Kenney, 1994; Mihura et al., 2013). También se ha encontrado este resultado con adolescentes con psicopatía, en concreto con una muestra de 66 delincuentes varones juveniles entre 14 y 17 años, empleando para el diagnóstico una versión del PCL-R para adolescentes de 12 a 18 años que desarrollaron Forth, Kosson y Hare (2003), la Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV; Loving y Russell, 2000).

Gacono et al. (1990) encontraron diferencias estadísticamente significativas en este indicador entre 21 sujetos delincuentes presos con altas puntuaciones en psicopatía y 21 con bajas puntuaciones en el trastorno, interpretando el aumento de esta respuesta como la representación de una forma más regresiva de narcisismo. Gacono y Meloy (1992) encontraron de nuevo este aumento en una muestra de 60 presos con diagnóstico de psicopatía, lo que para ellos era consistente con un narcisismo y una omnipotencia patológicos.

Mihura et al. (2013), en un metaanálisis, comprobaron que esta variable contaba con una adecuada validez y apoyo empírico, siendo una de las que más relación tenían con la psicopatía.

Por tanto, a través de la respuesta de reflejo se podía valorar el narcisismo, superioridad y grandiosidad que sienten los individuos con psicopatía, características que se mantenían a través de la devaluación de los otros en la vida real, no solo en la fantasía, como sería el caso del trastorno narcisista de la personalidad (Meloy, 2002b). La valoración de esta variable era importante ya que los individuos con altos niveles de narcisismo podían responder violentamente cuando percibían que eran insultados o tratados de manera irrespetuosa (Vitacco et al., 2006).

En segundo lugar, el índice de egocentrismo [$3r+(2)/R$] se calcula empleando las respuestas de reflejo ($Fr+rF$) y de pares (2); esta última variable se codifica cuando los rasgos de simetría de la mancha inducen la verbalización de que son dos los objetos percibidos (Exner, 1994, 2001). Como las respuestas de reflejo, es un índice estable. Representa la preocupación del sujeto por sí mismo y su autoestima, constituyendo una medida de la atención dirigida a sí mismo (Exner, 1994, 2005) y una inusual preocupación por el propio self (Exner y Sendín, 1998). Si se encuentra por encima del intervalo medio, es decir, es

mayor de 0,45, significa que el sujeto se centra en sí mismo mucho más que en los demás y se asigna una excesiva valía (Exner, 1994; Exner y Sendín, 1998).

Se ha mostrado que en los protocolos de personalidades psicopáticas existe un aumento de esta variable (Gacono et al., 1990; Gacono et al., 1992; Gacono et al., 2001; Gacono y Meloy, 1997; Meloy y Gacono, 1993). Y si a este incremento se unen una o más respuestas de reflejo, señala la impregnación narcisista de la personalidad del individuo (Exner y Sendín, 1998). En la actualidad es este índice, junto con los reflejos, el elemento más estudiado y validado como parte de los protocolos Rorschach de las personas con altas puntuaciones en psicopatía. Juntos muestran el perfil del sujeto con psicopatía que presenta narcisismo, superioridad y grandiosidad, autocentramiento, egocentrismo (Cooke y Michie, 1999; Hare, 1991, 2003b; Díez-Rubio, 2011) y una alta autoestima (Pozueco y Moreno, 2013). Este autocentramiento ha sido un aspecto prominente en los trastornos de conducta como la psicopatía (Gacono et al., 2001). La visión egocéntrica del mundo se ha plasmado en la búsqueda activa de su propia satisfacción y el desprecio y desconsideración por las motivaciones ajenas (Muñoz, 2011).

Gacono et al. (1990) encontraron diferencias significativas en este indicador entre 21 presos con psicopatía y 21 sin psicopatía, superando al grupo de no pacientes adultos y de pacientes ambulatorios con trastornos de personalidad de Exner. Gacono et al. (1992) hallaron también diferencias en el índice de egocentrismo en una muestra de 43 sujetos con Trastorno Antisocial de la Personalidad, 22 con diagnóstico de psicopatía y 21 sin dicho diagnóstico. En concreto, el primer grupo obtuvo una puntuación significativamente mayor en la variable que en el segundo grupo.

No obstante y pese a los resultados, hace unos años Gacono et al. (1990) instaron a tomar este dato con precaución, ya que consideraron que era necesario realizar más análisis con muestras mayores. Wood et al. (2010), en un metaanálisis, encontraron que la variable tenía una relación pequeña pero significativa con la psicopatía. Por tanto, era necesaria una mayor investigación que incluyese este indicador con personalidades psicopáticas.

Las respuestas personalizadas (PER) son la tercera variable. Son aquellas en las que el individuo hace referencia a sus conocimientos o experiencias personales dentro de la justificación de la respuesta (Exner, 1994). No aparecieron en la primera edición del Sistema Comprensivo en 1974, sino que se fueron desarrollando con posterioridad con base en los resultados de las distintas investigaciones. Reflejan una modalidad de defensa de la actividad

psicológica (Exner, 1994) o una justificación defensiva de su autoimagen (Exner y Sendín, 1998), y son esperables de cero a dos respuestas de este tipo.

Se ha comprobado que los individuos con altas puntuaciones en psicopatía muestran dos o más PER en sus protocolos, lo cual indica la grandiosidad, la omnipotencia (Cunliffe et al., 2012; Gacono et al., 1990; Gacono et al., 1992; Gacono y Meloy, 1992, 1997; Meloy et al., 1994; Meloy y Gacono, 1992a, 1992b; Mihura et al., 2013) y el narcisismo (Gacono et al., 2001) de este tipo de personalidades. Exner (1994) encontró en su muestra que más de un 70% de los trastornos caracteriales dan tres o más PER en sus protocolos, e interpretó el dato como un autoritarismo defensivo ante las situaciones interpersonales, por la inseguridad sentida en situaciones vividas como amenazantes, como puede ser la prueba del Rorschach (Exner, 2005; Exner y Sendín, 1998). Estos individuos mostraban la sensación grandiosa de autovalía, con metas ilimitadas de éxito y demanda de admiración irreal por parte de otros, junto con una sensación de omnipotencia (Muñoz, 2011).

Gacono et al. (1990) encontraron diferencias significativas en este indicador entre una muestra de delincuentes ingresado en prisión con psicopatía y aquellos sin dicha patología. Pensaron que era una variable discriminativa importante en muestras de sujetos con personalidades antisociales, y lo interpretaron como una maniobra de los sujetos para proteger su autoimagen (coincidiendo con Exner) o como medio para rechazar posibles desafíos del examinador. A los mismos resultados llegaron Meloy y Gacono (1992b), encontrando un aumento de las respuestas personalizadas en una muestra de 60 presos con altas puntuaciones en psicopatía, lo que entendieron era consistente con un narcisismo y una omnipotencia patológicos. Finalmente, Wood et al. (2010) alcanzaron conclusiones más moderadas en su metaanálisis en el cual revisaron 22 investigaciones de diferentes tipos, encontrando que las repuestas PER tenían una relación pequeña pero significativa con la psicopatía.

En cuarto lugar, se ha establecido el sombreado difuso (Y) como otro de los indicadores importantes del trastorno psicopático: se aplica a aquellas respuestas en las que se emplea el sombreado de manera inespecífica y general, sin que supongan impresión táctil o profundidad en la mancha (Exner, 1994). Ni este tipo de respuestas ni las que veremos a continuación, las de textura, fueron incluidas en el artículo original de Hermann Rorschach, aunque posteriormente, tras la impresión de las láminas, las relacionó con el ajuste emocional del sujeto (Iwasa y Ogawa, 2010). Exner (1994) empleó los símbolos utilizados por Beck, aunque los conceptos partieron de profesionales como Binder, Hertz, Klopfer, Rapaport y el mismo

Beck. Es una de las variables más inestables del test de Rorschach, y se relaciona con reacciones del sujeto a situaciones externas que le crean tensión y malestar (Exner y Sendín, 1998), a la ansiedad y la angustia que pueda experimentar, sin ser un indicador directo de la misma (Exner, 1994; Mihura et al., 2013), y al desvalimiento o la incapacidad de hacer frente a una situación, lo que puede generar malestar, manifestándose a través de aprehensión, ansiedad o tristeza (Exner, 2005). El valor normativo es la aparición de una o dos respuestas de sombreado difuso.

Su ausencia se ha encontrado en protocolos de personas con altas puntuaciones en psicopatía (Dörr y Viani, 2006; Gacono et al., 1992; Gacono y Meloy, 1994, 1997; Meloy y Gacono, 1993), y ha sido interpretado como un indicador de un menor o carente nivel de ansiedad, o de una sensación de indefensión (Franks et al., 2009; Kleiger, 1997; Meloy y Gacono, 1993), siendo un medio para proteger su estructura grandiosa de las amenazas externas e internas. Esto puede tener como consecuencia las dificultades en la vinculación emocional (Franks et al., 2009).

Esta ausencia de ansiedad y de respuesta emocional en personalidades psicopáticas ha sido confirmada por diversos autores (Cleckley, 1955; Hare y Neumann, 2009; Hart y Hare, 1994; Johns y Quay, 1962; Lykken, 1957, 1996; Lynam y Widiger, 2007; McCord y McCord, como se citó en Patrick et al., 2009; Neumann et al., 2013). En concreto, Hicks y Patrick (2006) encontraron que el Factor I o Interpersonal / Afectivo del PCL-R estaba negativamente asociado con medidas de ansiedad rasgo. Es decir, a mayores puntuaciones del PCL-R en dicho factor, menores respuestas de ansiedad se encontraban en el sujeto.

Por último, las respuestas de textura (T) se codifican cuando se han empleado los componentes de sombreado de la mancha para justificar la respuesta. Son aquellas que conllevan, de manera explícita o implícita, alusión a las características táctiles del objeto, que es visto como blando, suave, duro, áspero, sedoso, granuloso, peludo, frío, caliente, pegajoso o grasiento; en ocasiones los sujetos frotan la lámina, sin llegar a verbalizar este tipo de respuestas (Exner, 1994). Como la respuesta anterior de sombreado difuso, no fue una variable propuesta inicialmente por Rorschach, sino que fue Klopfer el primero en codificarla e interpretarla como el deseo del contacto y la cercanía interpersonal (Cassella y Viglione, 2009; Marsh y Viglione, 1992). Exner (1994), Kleiger (1997), y Mihura et al. (2013) la han interpretado también como una medida de las necesidades y deseos de cercanía emocional, pudiendo hacer referencia a los sentimientos de privación afectiva o a pérdidas emocionales

recientes. La situación óptima es la presencia de una respuesta de textura en cada protocolo (Exner, 1994). Tanto su aumento como su disminución es inusual en muestras de no pacientes (Vanem, Krog y Haertmann, 2008), expresando dificultades de los individuos en el terreno emocional, especialmente en las relaciones (Daderman y Jonson, 2008).

Las personas con protocolos que carecen de textura tendían a estar preocupadas por mantener su espacio personal y eran cautelosas a la hora de entablar o mantener lazos emocionales (Exner, 2005; Marsh y Viglione, 1992), manteniéndose distantes en el terreno interpersonal (Exner y Sendín, 1998; Iwasa y Ogawa, 2010). Esta ausencia de T asociada con la dificultad para establecer relaciones íntimas y con desconfianza con otras personas, era particularmente común entre pacientes con trastorno paranoide y antisocial (Gacono y Meloy, 1994; Weiner, 2003), al igual que se ha encontrado en protocolos de estructuras psicopáticas de adultos (Cunliffe et al., 2012; Franks et al., 2009; Gacono et al., 1992; Gacono et al., 2000; Gacono y Meloy, 1997; Meloy et al., 1994; Meloy y Gacono, 1993) y adolescentes (Loving y Russell, 2000; Talkington, Hughes y Gacono, 2013), siendo interpretado como un distanciamiento o desapego emocional crónico (Gacono et al., 1992; Meloy et al., 1994; Meloy y Gacono, 1993) y una incapacidad para establecer relaciones interpersonales cercanas y genuinas (Loving y Russel, 2000).

Vanem et al. (2008) confirmaron estas conclusiones con una muestra de 60 personas drogodependientes en Oslo. Huprich et al. (2004) concluyeron, ante la ausencia de T en personalidades psicopáticas, que los individuos con el trastorno establecían menos relaciones interpersonales y experimentaban poca necesidad de otros, excepto para aumentar su narcisismo. En la cultura japonesa, Iwasa y Ogawa (2010) interpretaron la ausencia de T como la evitación para establecer relaciones interpersonales cercanas debido a la ansiedad por el abandono. En el metaanálisis mencionado anteriormente de Wood et al. (2010), se encontró también que la respuesta de textura tenía una relación pequeña pero significativa con la psicopatía.

Ha sido una variable muy estudiada por la relación que presenta con el apego, siendo una de sus medidas. Bowlby mostró que las interacciones tempranas con otros son internalizadas en forma de apego aprendiendo modelos de funcionamiento sobre uno mismo y los demás (Iwasa y Ogawa, 2010). Este modelo provee de un marco teórico para la relación entre el determinante de la respuesta de textura y sus interpretaciones de contacto y cercanía (Cassella y Viglione, 2009). Para Cassella y Viglione (2009), empleando una muestra de 79

individuos no pacientes de ambos géneros, la ausencia de la variable indicaría un estilo de apego más evitativo con actitudes negativas hacia los otros, prudencia a la hora de crear y mantener vínculos emocionales, distancia en los contactos interpersonales, y una mayor preocupación con el espacio personal, pudiendo reflejar una representación negativa de los otros.

La respuesta de textura en el test de Rorschach confirma lo hallado en otras investigaciones respecto a la falta de interés de las personas con psicopatía por otras personas y el desapego emocional que presentan, siendo poco probable que experimenten necesidades afectivas (Díez-Rubio, 2011; Gacono et al., 2000; Herpertz y Sass, 2000; Huprich et al., 2004; Meloy, 2002b; Patrick et al., 2009; Salekin et al., 2010). Esta característica les puede llevar por un lado a la instrumentalización del otro, ya que el extremo de la frialdad emocional es el sadismo, el placer en la dominación y control de los demás (Meloy, 2002b). Y por otro a la violencia depredadora, por su incapacidad para empatizar, lo que puede producir una gratificación sádica por sus actos violentos (Arrigo y Griffin, 2004; Meloy, 2002a). Todo esto les hace esperar relaciones cargadas de conflicto y agresión (Gacono et al., 2000).

A continuación presentaremos las tres variables que se han estudiado con posterioridad a las anteriores, consideradas principales, y que se han relacionado con las personalidades psicopáticas. Una de ellas son las respuestas humanas completas (H). Es un indicador que Rorschach contempló en su obra, manteniéndose en el Sistema Comprehensivo (Exner, 1994), e implica la percepción de una figura humana completa. Se interpreta como la percepción del otro como individuos totales, reales y con significado (Exner, 1994; Mihura et al., 2013).

Las personas con psicopatía presentan problemas en el plano interpersonal (Pozueco y Moreno, 2013) y ausencia de empatía (Muñoz, 2011), lo que se puede valorar en cierta medida a través de esta variable. Exner (1994) encontró una disminución de la variable en su muestra de trastornos caracteriales, resultado que se ha confirmado posteriormente en los protocolos de personalidades psicopáticas, señalando un reducido interés de estas personalidades en los otros como seres humanos totales, reales y con significado (Dörr y Viani, 2006; Franks et al., 2009; Gacono et al., 2000; Gacono y Meloy, 1992, 1997; Meloy y Gacono, 1992b; Talkington et al., 2013), y un interés disminuido en las relaciones humanas (Gacono y Meloy, 1992). Eran individuos con dificultades en las interacciones y con rasgos de aislamiento, sin un adecuado manejo de la empatía, por no identificarse con los valores sociales al uso o por una ausencia de interés en el ser humano (Exner y Sendín, 1998).

Gacono et al. (2000) analizaron de forma conjunta la disminución de T y de H. Para los autores, el resultado indicaría estar ante protocolos de individuos cuya capacidad de apego ha sido tan trastornada que cualquier capacidad para establecer vínculos y empatía ha sido eliminada.

Además de muestras de personas con psicopatía, se ha estudiado la variable H con muestras de drogodependientes. Vanem et al. (2008) emplearon una muestra de 60 adictos en Noruega, a los que compararon con estudiantes, y hallaron que los primeros mostraban habilidades sociales deficientes y pobres relaciones interpersonales, así como dificultades para invertir a las relaciones de significado, madurez y empatía. En Pakistán, Tahir (2009) llegó a las mismas conclusiones con 25 drogodependientes: halló que sus relaciones interpersonales eran pobres y escasas.

Por otro lado, se ha estudiado la proporción de color (FC:CF+C), que mide la modulación de las descargas o expresiones emocionales deliberadamente iniciadas (Exner, 1994, 2005; Exner y Sendín, 1998). Los símbolos empleados en la codificación son los mismos que utilizó Rorschach, y sus criterios son similares a los establecidos por él (Exner, 1994). Se codifica la variable cuando el sujeto justifica su respuesta por los rasgos cromáticos o los colores de la mancha, bien de manera primaria (color-forma: CF), secundaria (forma-color: FC) o exclusiva (color puro: C). Los determinantes de color representan la emoción humana, desde la expresión inmadura a la madura, desde el control racional hasta la impulsividad afectiva (Overton, 2000). El determinante FC correlaciona con un mejor control o regulación de las emociones, mientras que las respuestas CF se relacionan con modalidades menos contenidas de descarga afectiva y la variable C con la expresión más descontrolada de sentimientos (Exner, 1994, 2005; Exner y Sendín, 1998).

Si la parte izquierda de la proporción (FC) es menor que la derecha (CF+C) puede estar indicando problemas en la modulación del afecto, e incluso impulsividad si la C se encuentra elevada (Exner, 1994; Exner, 2005). Este afecto inmodulado ($FC < CF+C$) se ha encontrado en los protocolos de las personas con altas puntuaciones en psicopatía (Franks et al., 2009; Gacono y Meloy, 1992, 1997; Meloy y Gacono, 1992a, 1992b, 1993), describiendo el descontrol de impulsos que caracteriza al trastorno y en la que se han basado numerosos autores (Cooke y Michie, 1999; Díez-Rubio, 2011; Hare, 1991, 2003b; Muñoz, 2011; Pozueco y Moreno, 2013; Ricón, 1992; Vitacco et al., 2006).

Y por último, la respuesta de movimiento agresivo (AG), que se codifica cuando en cualquier movimiento existe una acción agresiva que se está realizando, como luchar, romper, desgarrar, aterrorizar, explotar, disputar, mirar de forma amenazante, etc. (Exner, 1994). La variable la desarrollaremos más adelante en el apartado relacionado con la agresión, junto con el resto de indicadores Rorschach relacionados con ella.

El test de Rorschach se puede usar por tanto en un proceso diagnóstico multimétodo (Baity y Hilsenroth, 1999), para la valoración de ciertos rasgos de la personalidad y el carácter patológico, contribuyendo a un mejor entendimiento conceptual de la agresión. La prueba describe las manifestaciones clínicas de la psicopatía (Franks et al., 2009) y posee variables que discriminan entre individuos antisociales con psicopatía y sin psicopatía (Gacono et al., 2001), pese a que no fue diseñado específicamente para establecer un diagnóstico del trastorno (Gacono et al., 1990; Gacono et al., 1992; Gacono et al., 2001; Gacono y Meloy, 1997; Cunliffe et al., 2012). Su validez para detectar la psicopatía se ha mostrado tanto en delincuentes adultos (Gacono et al., 2001) como en adolescentes (Loving y Russell, 2000).

Recordemos que la prueba no es un test diagnóstico, si por diagnóstico se entiende la clasificación DSM, sino un instrumento diseñado para evaluar la personalidad y medir aspectos de la estructura y dinámica de la misma (Weiner, 2000). En esta línea, Cunliffe et al. (2012) afirmaron que el PCL-R y el DSM-IV-TR eran herramientas diagnósticas, mientras que el test de Rorschach era una herramienta de evaluación, que contribuía al proceso de valoración del sujeto (Gacono et al., 2001). Así, Meloy (2005) demandó precaución en la interpretación de los indicadores Rorschach cuando se valoraba psicopatía, y Gacono et al. (2001) sugirieron el empleo de las puntuaciones del PCL-R como una variable categorial e independiente que distinga personas con psicopatía de personas sin psicopatía, manteniendo el punto de corte en 30 que estableció Hare (1991, 2003b) para establecer ambos grupos (Cunliffe et al., 2012).

De todo lo anterior se concluye la importancia de establecer un buen diagnóstico de la personalidad psicopática a través del PCL-R, así como conocer sus características y funcionamiento. Con la información obtenida en el proceso de evaluación se puede formular un adecuado plan de tratamiento y pronóstico. Dicho tratamiento está basado en la evaluación clínica, en la que hay que incluir una valoración cuidadosa de la estructura caracterial subyacente y el nivel de psicopatía (Gacono et al., 2000). Por todo ello y las características descritas anteriormente de esta población, una prueba proyectiva como el test de Rorschach es

útil ya que al sujeto le resulta complicado evaluar aquello que se está midiendo y por tanto se hace difícil mantener un control sobre la tarea.

Psicopatía y Agresión

El desarrollo normal y anormal se basa en gran medida en la capacidad del Yo para tolerar y canalizar los impulsos agresivos (Freud, 1936/1967), por lo que es una variable básica en la evolución del ser humano. La APA (2003, 2005) estableció como dos de sus criterios diagnósticos para el Trastorno Antisocial de Personalidad la irritabilidad y agresividad, que se podía establecer por peleas físicas repetidas o agresiones, así como el incumplimiento de la normativa social y las detenciones constantes. Numerosos autores han incluido la antisocialidad como parte de la psicopatía (Hare, 1991, 2003b; Hare y Neumann, 2006; Harris y Rice, 2006; Neumann et al., 2005; Neumann et al., 2007), por lo que es previsible que el trastorno también presente características como la agresión.

Si nos remontamos a los autores clásicos, observamos que para Pinel, Schneider (1974) o Cleckley (1941) la conducta violenta no era una característica central de la psicopatía. Sin embargo, estudios posteriores han establecido un alto riesgo en las personas con psicopatía para cometer delitos violentos (Hare, 1999; Hare y Neumann, 2009; Mokros et al., 2015; Neumann y Hare, 2008; Reid y Gacono, 2000; Vitacco et al., 2006), sin sentimiento de malestar ante las expresiones de agresividad (Franks et al., 2009). Así, la psicopatía es característica de un grupo de criminales que son más agresivos y violentos, frecuentemente antisociales y con alto riesgo para las reincidencias criminales (Cooke et al., 2004; Hare, 2003b; Hare y Neumann, 2005, 2008, 2009; Johansson et al., 2002; Vitacco et al., 2005; Warren y South, 2006). Reid y Gacono (2000) detectaron que estos individuos son peligrosos para sus familias, por la tendencia a mostrar violencia, interferir en las relaciones familiares normales, enseñar un modelo patológico a sus hijos, explotar a los miembros de la familia más vulnerables y llevar drogas o armas a casa.

Respecto a la relación entre la psicopatía y la agresividad, se ha demostrado la validez predictiva del PCL-R en esta última variable. El instrumento ha sido capaz de identificar un conjunto de delincuentes que tenían un gran riesgo para la agresión en general y para cometer y reincidir en conductas criminales violentas en particular (Cooke y Michie, 2010; Cunnigham y Reidy, 1998; Garrido, 2002; Hare, 1999; Hare et al., 2000; Hare y Neumann, 2009; Hemphill y Hare, 1996; Hemphill, Hare y Wong, 1998; Warren y South, 2006). En

relación con el mayor riesgo de reincidencia delictiva, ésta se ha asociado a delitos más graves y a un mayor riesgo de quebrantamiento de condena (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008). Por otro lado, la psicopatía es un predictor de las recidivas en delitos sexuales (Hare, 1999; Meloy, 2002a), al no experimentar emociones como la culpa, el remordimiento, la gratitud o el amor, que se adquieren durante la socialización, y que inhiben los impulsos de una agresión sexual. Existe de esta manera una “perversidad polimorfa”, en términos de Freud (1905/1987b, p. 1205), en estos individuos, que buscan múltiples parejas sexuales (Meloy, 2002b). De hecho, la promiscuidad sexual es uno de los ítems del PCL-R.

En concreto, se ha encontrado que la correlación entre cualquier reincidencia y el Factor II de Desviación Social era más fuerte que con el Factor I (Blackburn, 2007; Garrido, 2002; Hemphill y Hare, 1996; Hemphill et al., 1998). Pese a los resultados, Cooke y Michie (2010) demandaron prudencia en este punto, ya que no se podía conseguir con total certeza una predicción de la delincuencia futura.

Por todo ello, Hemphill y Hare (1996) reconocieron la importancia del PCL-R para guiar las decisiones clínicas, y Hemphill et al. (1998) consideraron que tendría que ser el instrumento principal para predecir el riesgo de reincidencias criminales, violentas y peligrosas. El instrumento parece ser una medida de la psicopatía más acertada que el Trastorno Antisocial de Personalidad, ya que éste incluye conductas antisociales, que son criterios valorados por el Factor II, pero fracasa a la hora de detectar los rasgos de personalidad del psicópata, valorados por el Factor I (Garrido, 2002).

Respecto a la asociación de la psicopatía con la criminalidad, ésta no se ha considerado central para el diagnóstico del trastorno (Hare y Neumann, 2010; Muñoz, 2011), y no todas las personas con altas puntuaciones en el trastorno han entrado en contacto con el sistema de justicia (Hare et al., 2000; Lykken, 2000), al igual que no todos los individuos que han cometido delitos han sido clasificados como antisociales o con psicopatía (Meloy y Gacono, 1994). Sin embargo, se observó que la personalidad psicopática tenía una alta probabilidad de vulnerar la normativa social (Hare y Neumann, 2009). Su carrera criminal duraba más tiempo, comenzaba a una edad temprana y continuaba toda la vida; algunos reducían su actividad criminal en torno a los 35 o 40 años (Hare, 1999). Con población penitenciaria española, Moltó, Carmona, Poy, Ávila y Torrubia (como se citó en Cunningham y Reidy, 1998) concluyeron que los individuos con altas puntuaciones en psicopatía mostraban un mayor número de violaciones de las normas de la prisión durante el año.

Así como la relación de la psicopatía con la tendencia a cometer más actos violentos ha sido mostrada por distintas investigaciones (Cooke et al., 2004; Hare, 1999, 2003b; Hare y Neumann, 2005, 2008, 2009; Mokros et al., 2015; Neumann y Hare, 2008; Reid y Gacono, 2000; Vitacco et al., 2005, 2006; Warren y South, 2006), también se ha mostrado que la población drogodependiente puntúa en mayor medida que la población no drogodependiente en trastorno antisocial de la personalidad y psicopatía (Derefinko y Lynam, 2007; Hare, 2003b; Hemphälä y Tengstrom, 2010; Hemphill et al., 1994; Meloy y Gacono, 1993; Sánchez et al., 2002; Smith y Newman, 1990; Walsh et al., 2007).

Por tanto, es importante la valoración de la agresión para la detección de la psicopatía y una de sus características asociadas, la antisocialidad, aunque el papel que juega cada una de las variables no está clara (Patrick, 2006). Ello puede facilitar el descubrimiento de rasgos de personalidad y la posibilidad de establecer diagnósticos adecuados en los individuos (Baity y Hilsenroth, 1999). Para dicha valoración proponemos como una de las herramientas el test de Rorschach, que ha mostrado tener variables relacionadas con la agresión.

Agresión a través del Test de Rorschach

El test de Rorschach se ha valorado por los distintos autores como un medio para descubrir los impulsos agresivos de los individuos. Katko, Meyer, Mihura y Bombel (2009) sostuvieron que la herramienta proporcionaba un método único para entender la agresión como un constructo de personalidad. Por su parte, Gacono y Meloy (1994) afirmaron que “la distinción entre egosintónico y egodistónico sugiere que cuando los impulsos agresivos producen tensión intrapsíquica, en lugar de eliminarlo a través de una descarga motora, es más probable que sea articulada en el Rorschach” (p. 270). El test posee además ambigüedad en sus estímulos, lo que dificulta su falseamiento y el control del lenguaje y las respuestas a lo largo de toda la prueba. Para Kernberg (1987), determinadas personalidades fronterizas se encuadraban dentro de la psicopatía, presentando conductas antisociales y agresivas de manera egosintónicas. Con el autor han coincidido autores como Franks et al. (2009) o Gacono y Meloy (1997).

Así, diferentes autores han sostenido que las medidas de agresión a través del Rorschach y sus correlaciones con el comportamiento han sido objeto de interés para los investigadores desde los años 40 (Baity y Hilsenroth, 1999; Kivisto y Swan, 2013; Liebman, Porcerelli y Abell, 2005; Meloy y Gacono, 1992b). En esa fecha se comenzaron a establecer

determinadas variables Rorschach para la predicción de la agresión y la hostilidad. Con el tiempo, se ha comprobado cómo los indicadores que valoran la agresividad de los sujetos son útiles para hallar información clínica sobre representaciones internas, relaciones interpersonales y funcionamiento no adaptativo (Baity y Hilsenroth, 1999).

A continuación se expondrán las distintas variables propuestas en relación a la agresión en el Rorschach, demandando precaución en su interpretación. Es importante señalar que una alta puntuación en cualquiera de las categorías agresivas no garantiza estar delante de un individuo con trastorno de personalidad antisocial o con psicopatía. Siempre deben interpretarse las respuestas obtenidas en el contexto del protocolo completo y no en aislamiento de otros datos estructurales y de contenido (Baity y Hilsenroth, 1999; Holtzman, 1950; Sendín, 2007), para garantizar una correcta evaluación del individuo.

Elizur (como se citó en Katko et al., 2009) fue la primera persona que desarrolló una Escala de Hostilidad en el test de Rorschach, compuesta de tres niveles y obteniendo una puntuación total de dicha variable en cada sujeto. Su interés era la medición de la agresión y sus correlaciones con el comportamiento. La codificación de la escala fue de la siguiente manera: las respuestas que expresaban directamente hostilidad se valoraban con dos puntos, como por ejemplo, “dos animales luchando” o “una mariposa con un ala arracada” (p. 358). Con un punto se asignaban aquellas respuestas con menor hostilidad, como “monstruo”, “tijeras” o “máscara de guerra” (p. 358). Y las contestaciones neutrales o ambiguas no se puntuaban; ejemplo de ello son “sitio peligroso” o “una hoja muerta” (p. 358). La Escala de Hostilidad de Elizur fue la más empleada para medir la ideación hostil o agresiva (Katko, Meyer, Mihura y Bombel, 2010) durante los primeros años de su creación y hasta el surgimiento de otras investigaciones e indicadores.

Su descendiente directo fue la Técnica de Holtzman (como se citó en Fehr, 1976), compuesta por 23 variables y que tenía una escala de hostilidad (Hs). La Escala y los sistemas de codificación de ella derivados han aportado una adecuada fiabilidad interjueces, con un coeficiente kappa de 0,89, según el metaanálisis realizado por Katko et al. (2009) empleando artículos científicos y tesis doctorales. Sin embargo, no se emplean en la actualidad, y diversos autores han continuado estudiando, a través de distintos índices, la hostilidad y la agresión a través del test de Rorschach.

Holt fue el primero en clasificar, en 1977, diferentes manifestaciones de la agresión empleando un marco teórico psicodinámico (Baity y Hilsenroth, 1999). Desarrolló un sistema

de codificación de las respuestas Rorschach a través de determinadas dimensiones, dominios, y niveles de organización mental (Liebman et al., 2005). Dentro de estos niveles de organización mental, estableció las variables de agresión en torno a los conceptos de proceso primario y secundario.

El proceso primario de agresión (A1) se definía como una respuesta de agresión directa, intensa, cruel o sadomasoquista; por ejemplo, “lo que queda en el estómago tras un impacto de bala, toda la sangre y los intestinos salpicados por ahí” (Baity y Hilsenroth, 1999, p. 94). Para Katko et al. (2009), A1 evidencia los impulsos primarios agresivos, sobre todo las manifestaciones peligrosas y sadomasoquistas de la agresión.

El proceso secundario de agresión (A2) hacía referencia a la hostilidad o agresividad más tolerada socialmente o no letal, con expresiones más moduladas de los impulsos: “una espada” o “dos osos peleando” (Baity y Hilsenroth, 1999, p.94). Reflejaba los procesos agresivos secundarios, y contenían formas de agresión o de hostilidad no letales expresadas a través de vías sociales tolerables (Katko et al., 2009).

Se han estudiado las propiedades psicométricas de ambas variables de agresión, concluyendo una buena fiabilidad interjueces. (Baity y Hilsenroth, 1999; Liebman et al., 2005; Katko et al., 2009, 2010).

El sistema de codificación de Holt poseía importancia por ser uno de los primeros, junto con Elizur, en puntuar la agresividad a través de las respuestas al test de Rorschach. Sin embargo, ninguno de los autores o sistematizadores lo ha sido incluido hasta la fecha en los sistemas existentes.

Tras estos autores presentados, repasaremos las aportaciones al tema de Exner, Gacono y Meloy, considerados los principales investigadores en la valoración de la agresión mediante el Rorschach. Cada uno propuso unos indicadores para ello, que representaban aspectos únicos de los impulsos agresivos (Mihura, Nathan-Montano y Alperin, 2003).

Exner: Sistema Comprehensivo.

Las variables más empleadas hasta la fecha para evaluar la agresión han sido desarrolladas por Exner, el mayor sistematizador hasta la fecha del test de Rorschach, e incluidas en su Sistema Comprehensivo (1994, 2003). Son el Movimiento Agresivo (AG) y el Contenido Mórbido (MOR).

La primera de ellas, el Movimiento Agresivo, se define como cualquier respuesta de movimiento que contiene una acción claramente agresiva que se está realizando (Exner, 1994, 2003). No se codifica AG en respuestas en las que determinados objetos han sido sometidos a agresión. Ejemplos de este tipo de respuestas son “una bala reventando algo de parte a parte” o “dos personas discutiendo” (Exner, 2001, p. 101). Es esperable una AG en todos los protocolos Rorschach (Exner, 2005). La presencia de tres o más respuestas de este tipo “suele identificar a sujetos que inundan a los demás de agresividad, pudiendo llegar en ciertos casos a presentar rasgos asociales o antisociales” (Exner, 1994, p.458), e indicaba una mayor probabilidad de respuestas agresivas reales, tanto verbales como no verbales, así como actitudes hacia los demás negativas u hostiles (Exner, 1994; Exner y Sendín, 1998). Exner (1994) señaló que estos sujetos habían acabado convirtiendo la agresividad en un rasgo de su personalidad y por tanto de su conducta.

En sus resultados iniciales, Exner (1994) encontró más AG entre presos antisociales juzgados por crímenes de violencia, pero también en población no paciente y sin psicopatología, por lo que demandó prudencia en torno a su interpretación, ya que habría que considerar otras variables antes de formular una hipótesis. Hay datos contradictorios en esta área: por un lado, existen datos apoyan la relación de AG con la conducta real agresiva, mientras que por otro lado hay estudios en los cuales no aparece tal relación, concluyendo la existencia de menos respuestas de este tipo en personalidades agresivas u hostiles.

Entre las investigaciones que han sostenido la relación entre la variable y la agresión u hostilidad real se encuentran Exner (1993) y Exner y Sendín (1998), quienes mantuvieron que el Movimiento Agresivo manifestaba una dificultad del sujeto para manejar los componentes hostiles, existiendo un riesgo potencial para expresar comportamientos agresivos verbales y físicos. A la misma conclusión llegó Exner en 2005, afirmando que la AG contenía elementos proyectivos que el individuo añadía, y sugirió que la persona que expresaba dicha respuesta suponía que los intercambios interpersonales estaban determinados por cierta forma de agresividad, rivalidad o competitividad. Así, el aumento de esta variable se asociaba con una mayor probabilidad de manifestar conductas agresivas. Mihura et al. (2003) coincidieron con Exner (2005) al afirman que el Movimiento Agresivo indicaba un cierto umbral de tensión agresiva para la cual otras variables intrapsíquicas y situacionales podían inclinar más fácilmente la escala hacia un descontrol agresivo. Es decir, expresaba determinada vulnerabilidad para expresar agresión cuando se combina con otras características (Mihura y

Nathan-Montano, 2001), pero no tenía que estar necesariamente asociada a manifestaciones agresivas (Kivisto y Swan, 2013). Finalmente, Mihura et al. (2013) indicaron que la variable valoraba la agresión y el enfado, tanto expresados como experimentados.

Pero se han encontrado también datos que contradicen estas conclusiones. Se presentaron protocolos de individuos con psicopatía con menores respuestas de agresión (Franks et al., 2009; Gacono y Meloy, 1992, 1997; Talkington et al., 2013), lo que sugirió que las inferencias de una relación entre AG y la conducta en el mundo real no estaba justificada en las muestras de personalidad antisociales y psicopáticas (Gacono y Meloy, 1992), y se interpretó como una vivencia de la agresividad de manera egosintónica, no conflictiva y con una pobre inhibición (Franks et al., 2009; Gacono y Meloy, 1997).

Meloy y Gacono (1992b) interpretaron los resultados encontrados por Exner respecto al hallazgo de menores respuestas de este tipo en sujetos con psicopatía frente a población normal. Para los autores, la naturaleza egosintónica de la agresión y la violencia en el grupo de personas con altas puntuaciones en psicopatía les hacía reconocer lo inadecuado de expresar este tipo de respuestas, censurándolas. Pero el hecho de que un sujeto pueda censurar una respuesta en el test de Rorschach no significa que lo censure (Gacono et al., 2005), por lo que habrá que analizar de manera idiosincrásica cada protocolo. Por tanto, la agresión representada por la respuesta de movimiento agresivo se ha considerado un indicador de la tensión agresiva egodistónica o ansiedad debido a los impulsos agresivos inaceptables (Meloy y Gacono, 1992b). Gacono y Meloy (1994) y Gacono et al. (2005) se reafirmaron posteriormente, concluyendo que la agresión simbólica representada por AG indicaba una tensión agresiva egodistónica, lo que estimulaba la producción de dicha respuesta. La variable no era útil por tanto con población cuya agresión era egosintónica y potencialmente más fácil de enmascarar para no ser detectada (Baity y Hilsenroth, 2002; Franks et al., 2009), ya que AG era de naturaleza egodistónica (Gacono y Meloy, 1997; Mihura et al., 2003; Mihura y Nathan-Montano, 2001). Por tanto, no se halló relación entre las respuestas de Movimiento Agresivo y las agresiones físicas y verbales reales como afirmó Exner. En las personas con un diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad o psicopatía la expresión de la agresión fue egosintónica (Weizmann-Henelius et al., 2006), experimentaban placer ante ello, por lo que se ha hipotetizado que en sus protocolos no se encontrarían este tipo de respuestas, ya que expresarlas significaría sentir molestia ante sus propias manifestaciones de

agresividad. Será esta interpretación, por ser la más actual y la seguida por Gacono y Meloy, en la que se basará la actual investigación.

Las investigaciones han aportado una adecuada fiabilidad interjueces para el Movimiento Agresivo, medido a través del coeficiente kappa, con resultados entre 0,64 y 0,89 (Baity y Hilsenroth, 1999, 2002, 2009; Katko et al., 2010; Kivisto y Swan, 2013; Liebman et al., 2005; Mihura et al., 2003).

La segunda variable, el Contenido Mórbido, ha sido definida de dos maneras: por un lado, como la percepción de un objeto como muerto, destruido, deteriorado, dañado, herido o roto. Por ejemplo, “una hoja pudriéndose” o “una cara sangrando” (Exner, 2001, p. 101). Esta definición contiene el resultado de una agresión (Baity y Hilsenroth, 1999). Por otra parte, se codifica también como la atribución de una característica disfórica a un determinado objeto (Exner, 1994). Ejemplos de ellos son un “árbol triste” o “alguien llorando” (p. 179). MOR se interpreta como un daño en la autoimagen del individuo, siendo necesario el análisis de otras variables que aportan información sobre la autopercepción, así como del material proyectivo existente en el discurso (Exner y Sendín, 1998). Se relaciona con una identificación de un objeto dañado o disfórico, y en este caso la agresión se vuelve hacia uno mismo y el sujeto se identifica con un rol de víctima (Baity y Hilsenroth, 1999).

Respecto a su relación con la psicopatología, en concreto con los trastornos de personalidad, el Contenido Mórbido se ha vinculado posteriormente con el Trastorno Límite de la Personalidad (Baity y Hilsenroth, 1999). Y se ha encontrado una relación negativa entre la variable y los criterios DSM-IV del Trastorno Antisocial de la Personalidad (Blais, Hilsenroth, Cstlebury, Fowler y Baity, 2001).

La fiabilidad interjueces de esta variable también es buena, con resultados en el coeficiente kappa entre 0,79 y 0,81 (Baity y Hilsenroth, 1999, 2002; Katko et al., 2010).

Gacono y Meloy: categorías de contenido agresivo.

En el Sistema Comprehensivo no hay indicadores de agresión como objetos peligrosos o potencialmente dañinos (Baity et al., 2000).

Carl B. Gacono presentó en 1988 su tesis doctoral acerca de las relaciones objetales y la estructura defensiva en relación al narcisismo y la psicopatía en un grupo de delincuentes antisociales, comenzando a investigar las distintas categorías de agresión (como se citó en Meloy y Gacono, 1992b). Dos años después publicó un artículo comparando dos grupos de

presos varones diagnosticados de Trastorno Antisocial de la Personalidad que con puntuaciones altas y bajas en psicopatía (Gacono, 1990). Los resultados le llevaron a proponer de manera experimental seis categorías relacionadas con la agresividad, de las cuales se mantendrían cinco, que se expondrán a continuación. La sexta, que no continuó investigando, fue la Respuesta Impresionista (IMP). Hacía referencia a las asociaciones en la mancha estimuladas por el color, y contenían estados afectivos u otros conceptos o eventos abstractos, o temperatura. Debían incluir color cromático o acromático e ir acompañadas de un código de abstracción (AB en el Sistema Comprensivo). Este tipo de respuestas reflejarían la variabilidad de los procesos disociativos, en los cuales se escindiría el afecto en una simbolización difusa y rápida, comunes en la psicopatía (Gacono et al., 1992). Ejemplos de este tipo de respuestas son: “el rojo me hace pensar en Navidades” (lámina II) ó “veo risas y alegría. Los colores” (lámina X) (Gacono, 1990, p. 600).

En 1992b, Meloy y Gacono presentaron por primera vez sus categorías agresivas con el objetivo de conseguir un conocimiento más profundo de los impulsos agresivos intrapsíquicos, de la violencia interpersonal y del apego hacia el objeto. Los autores, centrados en el estudio del Trastorno Antisocial de la Personalidad y la psicopatía, perseguían ampliar la respuesta agresiva (AG) generada por Exner en el Sistema Comprensivo. Incluyeron esta variable como parte de los indicadores de agresión a través del test de Rorschach y mantuvieron su definición, aunque modificando su interpretación como se ha explicado en el apartado anterior. Ellos no la interpretaron como una variable predictora de agresividad física y verbal, sino como la expresión de malestar ante la agresión, dada su naturaleza egodistónica.

En 1994, Gacono y Meloy publicaron un manual donde recogieron los resultados de una década de investigación con personalidades agresivas y psicopáticas, estableciendo definitivamente las conclusiones de sus categorías de agresión. Se basaron en los trabajos de Rapaport, Shafer y Holt (como se citó en Gacono y Meloy, 1994). Partieron de la naturaleza egosintónica que la agresión tiene para las personalidades psicopáticas y antisociales, cuyos impulsos agresivos son canalizados a través de defensas primitivas apoyadas por esquemas cognitivos específicos. Este placer experimentado al agredir en este tipo de individuos podía ser usado para intimidar y controlar a los otros de manera deliberada o parcialmente consciente.

A continuación se expondrán las cinco categorías, enfatizando que todas ellas deben ser vistas en el contexto del protocolo completo (Liebman et al., 2005), al igual que el resto de variables que se han mostrado anteriormente. De las cinco, una de ellas, las respuestas de Vulnerabilidad Agresiva (AgV), fue nombrada por los autores pero no se estudió posteriormente.

La primera categoría se refiere a la respuesta de contenido agresivo (AgC), definida como cualquier contenido percibido popularmente como depredador, peligroso, malicioso, perjudicial o dañino. Ejemplos de ello son “garras” en la lámina IX o “un arma” en la lámina VI (Gacono y Meloy, 1994, p. 263). No se codifica AgC en una respuesta popular (por ejemplo, oso en D1 en la lámina II o león en D1 en la lámina VIII) a no ser que la respuesta incluya un contenido o una imagen que podría ser codificada como AgC por sí misma: una araña en D1 en la lámina X no se codifica, pero una araña con colmillos sí (Gacono y Meloy, 1994; Baity et al., 2000; Gacono et al., 2005; Kivisto y Swan, 2013).

Gacono y Meloy (1992, 1994) elaboran un listado con los 85 contenidos agresivos (AgC) que mostraron fiabilidad interjueces y validez de contenido. Para ello emplearon un total de 280 objetos iniciales extraídos del libro de trabajo para el Sistema Comprensivo de Exner (como se citó en Baity y Hilsenroth, 1999) que fueron identificados por los autores en los protocolos de personas con altas puntuaciones en psicopatía acorde a su propia definición de contenido agresivo. Los objetos fueron codificados posteriormente por parte de dos grupos: uno de estudiantes y otro de profesionales de la salud mental. Tomaron como criterio de inclusión en el listado final el que la mayoría de los sujetos encuestados de al menos uno de los grupos de trabajo considerase al objeto como depredador, peligroso, malicioso, perjudicial o dañino. Finalmente, llegaron a establecer 85 objetos como contenidos agresivos, que no se han incluido hasta la fecha en el Sistema Comprensivo. En el Anexo III se puede ver el listado completo de dichos objetos.

A continuación se expondrán los autores que con posterioridad han replicado dicho listado.

Los primeros autores fueron Baity et al. en el año 2000. En ese momento publicaron el primer estudio en el cual se replicaba el listado de contenidos agresivos propuestos por Gacono y Meloy (1994). Emplearon una muestra de 276 estudiantes universitarios, y crearon una Escala de Calificaciones de Objetos (ORS) tipo likert, con un rango entre cero y seis, en la que incluyeron 126 objetos, tomados de tres fuentes diferentes. La primera de ella fue la

lista de los 85 contenidos agresivos de Gacono y Meloy (1994). La segunda fuente fue la propuesta de DeLucas en 1997 (como se citó en Baity et al., 2000), quien empleó muestras de no pacientes, militares y delincuentes sexuales para elaborar un listado con 19 objetos y adjetivos calificativos potencialmente agresivos. Y la tercera fuente fueron 22 palabras neutrales, tomados de protocolos de codificación de Exner (1994). En los Anexos IV y V se muestran los últimos dos listados.

La ORS se usó para determinar el nivel de agresividad asignada a los 126 objetos y agruparlos en cinco categorías: armas, animales o parte de animales, peligro ambiental, criaturas de ficción y otras categorías. Los participantes asignaban una puntuación de cero a seis a cada uno de los objetos, y posteriormente identificaban cada palabra a la que habían evaluado con cuatro o más puntos y la clasificaban en una de las cinco categorías. Todos los individuos repetían la prueba al mes.

Para 122 de los 126 objetos, coincidieron en ambos ensayos tanto la clasificación numérica como la categoría asignada, con una fiabilidad test-retest total para los 126 objetos de 0,99. Concluyeron por tanto que era posible replicar adecuadamente la lista de objetos con contenido agresivo generada por Gacono y Meloy (1994) y generalizarla. Sugirieron la ampliación de la categoría a adjetivos que implican agresividad, como “espeluznante, aterrador, malvado, enfadado o mezquino” (p. 236). Sin embargo, hasta la fecha ningún autor ha vuelto a replicar el estudio para hallar otro listado de objetos con contenido agresivo.

Por otro lado, adoptando las sugerencias de Gacono y Meloy a lo largo de sus años de investigación, y basándose en los estudios realizados que confirman las adecuadas propiedades psicométricas de AgC, se ha incluido la variable en un nuevo sistema de Rorschach: el R-PAS (Meyer et al., 2011). No se desarrollará este nuevo sistema en nuestro estudio puesto que nos basamos en el Sistema Comprensivo (Exner, 2004, 2003), pero sí que se expondrá la concepción de los autores de la categoría de contenido agresivo.

Meyer et al. (2011) han mantenido la misma definición que establecieron Gacono y Meloy en 1994 respecto al contenido agresivo o AGC en el nuevo sistema. Agruparon un listado de 72 contenidos agresivos en cinco categorías: armas, animales peligrosos para el ser humano, partes de animal asociadas a poder, amenaza o daño potencial, fuerzas medioambientales poderosas y peligrosas, y objetos y criaturas poderosas, amenazadoras o depredadoras. E introdujeron dos cambios en su codificación: el primero de ellos es la inclusión de las respuestas populares de contenido agresivo como AGC, a diferencia de

Gacono y Meloy (1994), argumentando que el sujeto ha elegido esa respuesta entre otras posibles. Por ejemplo: “un tigre” en D1 de la lámina VIII (p. 138). La segunda modificación se refirió al listado estudiado por Baity et al. (2000): Meyer et al. (2011) no codificaron sangre como AGC a no ser que se añada a una percepción que haga parecer al objeto más peligroso: “uñas sangrientas viniendo hacia ese animal” (p. 138). El listado completo que elaboran Meyer et al. (2011) se presenta en el Anexo VI.

Interpretaron la categoría de contenido agresivo como un reflejo de una identificación positiva con el poder, el peligro y la amenaza. Y diferenciaron su AGC del movimiento agresivo del Sistema Comprensivo: la primera categoría hacía referencia a una característica del objeto, mientras que en la segunda variable la agresión estaba en la naturaleza de la acción o movimiento del objeto.

AgC es la categoría que más atención clínica y empírica ha recibido desde que Gacono y Meloy lo propusieron en 1992 (Baity y Hilsenroth, 2002). Su relación con la identificación, ideación o preocupación con objetos agresivos o violentos en general ha sido apoyada (Gacono, Bannatyne-Gacono, Meloy y Baity, 2005; Meloy y Gacono, 1992a; Mihura et al., 2003), tanto en muestras forenses como en estudiantes universitarios. Ello puede llevar al individuo a ver el medio externo como potencialmente hostil, y sentir que necesita ejercer control sobre ese medio; una personalidad antisocial lo hace a través de la manipulación insensible de los otros, siendo la agresión el medio más coercitivo para hacerlo; a grandes niveles, puede indicar una premeditación patológica (Baity y Hilsenroth, 1999).

Se ha comparado esta variable con el Movimiento Agresivo de Exner (1994, 2003). Una diferencia entre ambas es que AgC puede indicar una preocupación o identificación con las imágenes agresivas como objetos peligrosos o dañinos (Baity y Hilsenroth, 1999; Gacono y Meloy, 1994). Baity y Hilsenroth (2002) concluyeron en su estudio que un aumento de esta variable estaba más relacionado con comportamientos de pobre control de impulsos agresivos que las variables AG y MOR del Sistema Comprensivo. A la misma conclusión llegaron Liebman et al. (2005), afirmando que era una buena predictora del comportamiento agresivo o violento. Esto no significa que una ideación hostil se traducirá necesariamente en comportamiento agresivo, pero sí indica cierta tendencia a que ello ocurra.

Unido a ello, la investigación ha mostrado que AgC se asociaba a las medidas de comportamiento agresivo (Baity y Hilsenroth, 2002; Kivisto y Swan, 2013), siendo un predictor más potente de la antisocialidad (Baity y Hilsenroth, 1999; Baity et al., 2000;

Gacono y Meloy, 1994; Meloy y Gacono, 1992b) y de la psicopatía (Baity y Hilsenroth, 1999; Blais et al., 2001) que AG.

Dentro de las propiedades psicométricas de la categoría de contenido agresivo, se ha considerado una medida de agresión fiable y válida, con una excelente fiabilidad interjueces. El coeficiente kappa ha variado entre 0,72 y 0,97 (Baity y Hilsenroth, 1999, 2002; Baity, et al., 2000; Huprich et al., 2004; Katko et al., 2010; Kivisto y Swan, 2013; Liebman et al., 2005; Mihura et al., 2003; Meloy y Gacono, 1992b). Kivisto y Swan (2013) apoyaron en su estudio la validez de criterio de AgC, ya que proveía información única en la predicción de la agresión en vivo.

La segunda categoría propuesta por Gacono y Meloy (1994) fue la respuesta de potencial agresivo (AgPot), que se corresponde con cualquier respuesta en la cual una conducta agresiva está a punto de ocurrir. Normalmente, la acción es inminente: “ellos no saben que esos cangrejos van a cortarles sus cabezas” (Baity y Hilsenroth, 1999, p. 96). Esta categoría puede implicar características sádicas del sujeto (Meloy y Gacono, 1992b), e indicar que el impulso agresivo no está en gran medida mediado por el ego (Mihura et al., 2003). También puede estar relacionado con problemas en la modulación de los propios impulsos agresivos, lo que indica un potencial para actuarlos (Gacono et al., 2005). O con la percepción de las situaciones ambiguas con consecuencias violentas, como más recientemente han propuesto Wood et al. (2010).

Se han estudiado sus propiedades psicométricas, con una buena fiabilidad interjueces medido a través del coeficiente kappa, que oscilaba entre 0,88 y 1,00 (Baity y Hilsenroth, 1999; Huprich et al., 2004; Kivisto y Swan, 2013; Meloy y Gacono, 1992; Mihura et al., 2003).

Entre los apoyos que ha recibido se encuentran una investigación de Mihura y Nathan-Montano (2001) con estudiantes universitarios, así como de un metaanálisis realizado por Wood et al. (2010), quienes lo relacionaron de manera significativa con la psicopatía. La escasa investigación de la variable limita su utilidad (Baity y Hilsenroth, 1999) y requiere de mayor investigación (Mihura y Nathan-Montano, 2001).

La tercera categoría es la respuesta de agresión pasada (AgPast), siendo aquella respuesta en la cual un comportamiento agresivo ha ocurrido o el objeto ha sido blanco de agresión. Por ejemplo, “un bicho aquí, alguien usó un taladro sobre él, sangre aquí” (Meloy y Gacono, 1992b; p.107). La categoría puede implicar características masoquistas (Meloy y

Gacono, 1993), y se suele acompañar de la codificación como contenido mórbido (MOR) según el Sistema Comprensivo (Meloy y Gacono, 1992b). Por ello, Baity y Hilsenroth (2002) y Gacono et al. (2005) afirmaron que AgPast estaba absorbida bajo MOR; sin embargo, no siempre que se codifica MOR se codifica AgPast: ante un objeto que presenta características disfóricas, como una persona triste, únicamente se codificaría MOR.

Indica una identificación agresiva donde la agresión es vuelta contra uno mismo, es posible que una representación de objeto victimizada haya sido internalizada en una historia en la cual el individuo ha sido agredido por otros (Mihura et al., 2003), acompañado de resentimiento, sumisión y enfado (Gacono et al., 2005). La identificación del self como dañado puede partir de una historia de ambiente inestable que resulta en una victimización (Baity y Hilsenroth, 1999).

Kamphuis, Kugeares y Finn (2000) relacionaron esta variable con el abuso sexual, concluyendo que no había diferencias significativas entre un grupo de hombres y mujeres que habían sufrido abusos y otro grupo que no lo había sufrido, aunque sí existía una correlación positiva entre el número de AgPast y la intensidad de la violencia o sadismo asociado con el abuso sexual. Concluyeron que se observaba en mayor número en aquellos individuos que se identificaban con el rol de víctima, quizá como resultado de un trauma pasado. Apoyaron la hipótesis de Gacono y Meloy (1992b) respecto a su interpretación como indicador de un posible derrotismo o características masoquistas.

Sus características psicométricas, como ocurre con el resto de categorías, han sido adecuadas. La fiabilidad interjueces medida a través del coeficiente kappa se ha encontrado en un rango entre 0,76 y 0,99 (Baity y Hilsenroth, 1999; Huprich et al., 2004; Kivisto y Swan, 2013; Liebman et al., 2005; Meloy y Gacono, 1992b; Mihura et al., 2003).

Gacono y Meloy (1994) elaboraron la cuarta categoría, denominada la respuesta sadomasoquista (SM), que es cualquier respuesta en la cual un contenido devaluado, agresivo o mórbido es acompañado de un afecto placentero expresado por el sujeto. Esta emoción se suele expresar a través de una sonrisa o carcajada, y puede ser inhibida debido a la deseabilidad social. Si eso no ocurriese y se observase una marcada falta de inhibición, puede señalar la naturaleza egosintónica del impulso sadomasoquista; habría que observar si el sujeto se identifica con la víctima o con el agresor para detectar si la orientación hacia los objetos es sádica o masoquista (Meloy y Gacono, 1992b). Según Gacono et al. (2005), la variable mantenía un vínculo con la psicopatía.

La gran crítica a esta categoría fue que sólo puede ser codificada al mismo tiempo que se administra el test de Rorschach (Baity y Hilsenroth, 2002). Ha sido una categoría de agresión muy poco investigada, por lo que no existen datos acerca de sus propiedades psicométricas o su utilidad clínica. Se ha encontrado únicamente un estudio, de Huprich et al. (2004), quienes hallaron una fiabilidad interjueces medida a través del coeficiente kappa de 0,99.

Y la quinta y última categoría, de Vulnerabilidad Agresiva (AgV), es definida como toda respuesta en la cual el sujeto identifica un objeto como vulnerable de atacar o explotar, o indica que el objeto ha tomado medidas para protegerse de la depredación. Por ejemplo, “una mariposa y aquí es donde necesita cubrirse para que los depredadores no puedan atacarla” (Gacono y Meloy, 1994, p. 277). La categoría sugiere, como AgPast, una relación pasiva o masoquista hacia los impulsos agresivos, e implica sensibilidad o preocupación con vulnerabilidad para ser explotado, dañado o victimizado. No se ha publicado ninguna investigación sobre esta variable desde su introducción, es mencionada y definida de nuevo únicamente por Gacono et al., en el año 2005.

Respecto a la relación entre las categorías de agresión y la psicopatología, Gacono y Meloy (1994) encontraron que delincuentes con altas y bajas puntuaciones en psicopatía que además presentaban un Trastorno Antisocial de la Personalidad producían más AgC, AgPast y AgPot que una muestra no clínica de individuos con diagnóstico de trastornos de la personalidad límite y narcisista.

Los estudios se han realizado frecuentemente con individuos que estaban cumpliendo condena en prisión. La tendencia fue que en estos casos había mayores frecuencias de respuestas agresivas en los grupos de sujetos con psicopatía cuando se comparaban con personas sin psicopatía. Cuando se comparaba este grupo con población no paciente, había mayor frecuencia de AgC, AgPast y AgPot (Baity y Hilsenroth, 1999).

Para Mihura et al. (2003), las categorías de agresión de Gacono y Meloy (1994) representaban una relación más egosintónica con la agresividad que el movimiento agresivo de Exner. La ausencia de AG en población con trastorno de conducta, trastorno antisocial y psicopatía así lo ha demostrado, indicando la naturaleza egosintónica de la agresión para estos individuos (Gacono y Meloy, 1994; Gacono et al., 2005).

Baity y Hilsenroth (1999) encontraron que de todas las categorías de agresión (A1, A2, AG, MOR, AgPast, AgC y AgPot), el contenido agresivo o AgC de Gacono y Meloy (1994)

era el predictor más potente de un Trastorno Antisocial de la Personalidad. Propusieron su inclusión en la lista de categorías de contenidos del Sistema Comprensivo, entre otros motivos, por su excelente fiabilidad interjueces y la adecuada validez de constructo establecida entre AgC y el Trastorno Antisocial de la Personalidad del DSM-IV.

De todas las variables presentadas, será la categoría de contenido agresivo (AgC) de Gacono y Meloy (1994) la que emplearé en mi investigación. Es la categoría más investigada de todas y la que mayor relación ha demostrado tener con la psicopatía y el Trastorno Antisocial de la Personalidad en muestras penitenciarias (Baity y Hilsenroth, 1999; Gacono y Meloy, 1994). Cuenta además con un listado elaborado por Gacono y Meloy (1994) para su codificación, lo que aporta objetividad al estudio y a los protocolos Rorschach.

CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN DEL PRESENTE

ESTUDIO

Justificación del Presente Estudio

La revisión bibliográfica realizada nos llevó a identificar la necesidad de investigar en España sobre la psicopatía en población drogodependiente y sus mecanismos subyacentes, empleando como herramienta diagnóstica el PCL-R (Hare, 2003b), y complementada con el test de Rorschach (Exner, 1994, 2003). La psicopatía es un trastorno con consecuencias en todas las áreas, con altas tasas de violencia y delincuencia, tal como se ha mostrado anteriormente, por lo que una correcta evaluación ayudaría a su detección y permitiría una adecuada intervención previa al comportamiento antisocial. Pensamos que ello ayudaría a reducir los problemas legales y sociales que el trastorno está generando, así como a una adecuada prevención o planificación del tratamiento.

A continuación, repasaremos las razones principales que han motivado la presente tesis doctoral, relacionadas con la psicopatía, la drogodependencia y el test de Rorschach.

Uno de los motivos ha sido el tipo de muestras con la que se han realizado la gran mayoría de los estudios sobre psicopatía. Las investigaciones empleando el PCL-R se han reducido a población penitenciaria, existiendo escasos estudios con población no delincuente, y pese a que se encuentran investigaciones con muestras de drogodependientes, muchos de ellos pacientes externos, la gran mayoría han tenido contacto con el sistema judicial penal (Hare, 2003b). Hare (2003b) reconoció la relación entre la psicopatía y la dependencia de sustancias, y esta comorbilidad en la actualidad se ha confirmado en distintos estudios y países. Por ello, nos parece interesante aportar nuevos datos sobre la relación entre ambos trastornos mediante el empleo de una muestra de sujetos drogodependientes. Es importante además poder estudiar la psicopatía en personalidades con dependencia de sustancias tanto que hayan cometido delitos como que no hayan realizado conductas criminales. Así, en el presente estudio se empleará una muestra de drogodependientes para el análisis de la psicopatía, tal como se han utilizado dichas muestras en otras investigaciones para establecer la existencia de comorbilidad con el trastorno y estudiar sus características (Derefinko y Lynam, 2007; Hemphälä y Tengström, 2010; Sánchez et al., 2002). Nuestra aportación es el empleo conjunto del PCL-R y el test de Rorschach para la valoración de la psicopatía y sus características.

Otra razón que ha motivado la investigación, ha sido la necesidad de encontrar herramientas adecuadas en la evaluación y diagnóstico de la psicopatía, así como en la

exploración de sus características. Tanto los criterios del DSM-IV-TR como los del reciente DSM-5 para el TAP, han empleado para su valoración del trastorno características similares al PCL-R de Hare (2003b) correspondientes al Factor II o de Desviación Social: impulsividad, irresponsabilidad, mentiras, etc. Sin embargo, estas categorías diagnósticas norteamericanas no han planteado una medición completa para el trastorno, y se han centrado en las conductas antisociales del mismo y no en sus características afectivas e interpersonales, es decir, no han valorado el Factor I o Interpersonal / Afectivo del instrumento.

La entrevista clínica semiestructurada necesaria para completar el PCL-R depende de la cooperación del sujeto y por tanto es susceptible de errores derivados de los estilos de respuesta como las defensas y los engaños. En nuestra muestra en particular, confiar en estas medidas supone un conflicto por dos razones. Por un lado, por la tendencia de las personas con drogodependencia a manipular y mentir, lo que reduce la validez de los datos de autoinformes (Vanem et al., 2008). Y por otro, por el falseamiento frecuente del discurso de los sujetos con psicopatía, añadiendo mayor dificultad a su uso. Además, si las personas con este último trastorno han cometido delitos e ingresado en instituciones penitenciarias, el obstáculo es mayor dado que las puntuaciones a los tests pueden tener consecuencias reales, y las personas presas tendrían motivaciones para emplear respuestas socialmente aceptadas y deseables (Hart et al., 1991). El ambiente penitenciario, así como el estrés de los juicios criminales pendientes, pueden afectar a las respuestas y los resultados y hacer que éstos tengan una reducida utilidad a largo plazo (Cunningham y Reidy, 1998).

Por ello se ha decidido emplear, además del PCL-R, el test de Rorschach. Sus puntuaciones proveen información única del individuo que no puede ser obtenida a través de otros instrumentos o entrevistas clínicas (SPA, 2005). Es una prueba que presenta además cierta ventaja frente a las pruebas psicométricas, porque el patrón de respuestas no es obvio y el entrevistado no conoce su vínculo con la psicopatía, evitando así un desempeño que genere una impresión positiva y una posible distorsión (Cunningham y Reidy, 1998). Su ambigüedad estimular facilita en estos pacientes la manifestación de sus características y percepciones hostiles, siendo sus variables un criterio que discrimina patologías de manera eficaz (Dörr y Viani, 2006; Murstein y Wheeler, 1959; Nieberding et al., 2003).

Así, se ha establecido la importancia del test de Rorschach como una herramienta de evaluación psicológica, complemento de otros métodos empleados en la práctica clínica (Mihura et al., 2013; Nieberding et al., 2003), y se ha reconocido su importancia en

poblaciones como las psicopáticas, cuyo limitado *insight* y tendencia a mentir puede comprometer la validez de los cuestionarios de autoinforme (Loving y Russell, 2000).

Unido a ello, y por la necesidad de explorar los rasgos particulares de la psicopatía y no únicamente su diagnóstico, se empleará el test de Rorschach porque provee información de la dinámica y estructura de la personalidad (Bridges, Wilson y Gacono, 1998; Wood et al., 2010), detectando las características de personalidad subyacentes (Cunningham y Reidy, 1998; Tahir, 2009). Añade una valoración de la parte más inconsciente del sujeto, aquella que no puede controlar, lo que es importante tanto en población psicopática como drogodependiente, por la tendencia a la manipulación de ambas para conseguir beneficios.

Respecto a la relación concreta entre las variables del test de Rorschach y la psicopatía, se han encontrado indicadores que manifiestan sus características, como se ha mostrado anteriormente a partir de las investigaciones de Gacono y Meloy. Estudios posteriores han mostrado que algunas variables Rorschach son válidas para detectar ciertas características de la psicopatía, en lugar del trastorno evaluado como una variable global (Wood et al., 2010). En el área criminológica por ejemplo, se ha encontrado que el psicodiagnóstico del Rorschach es un valioso instrumento para establecer, estadísticamente, características comunes a los homicidas (Karsvnie, Lazcano de Anta, Rigazzino y Saade de Alonso, 2000).

Conseguir una exploración y detección de la psicopatía a través del empleo de manera complementaria de las dos herramientas planteadas: del PCL-R y el test de Rorschach, es un reto y supondría un avance en la evaluación de la patología. La importancia radicaría principal y particularmente en la escasa literatura existente con población española que relacione la psicopatía con el test de Rorschach. Se hace necesario el incremento de la investigación dentro de nuestras fronteras, así como la detección de los rasgos característicos en muestras españolas. Esto es lo que pretendemos con este estudio, una ampliación en el conocimiento de esta área. Es importante también comprobar si en población española se encuentran los mismos indicadores de psicopatía en el test de Rorschach presentados, correspondientes a población norteamericana, puesto que al pertenecer a diferentes culturas, una posibilidad es la variación de los datos y las conclusiones.

Además, se ha detectado que en España las investigaciones que emplean el test de Rorschach para valorar población drogodependiente son insuficientes (Charro, 1994; González, 1996; González et al, 1999), siendo la dependencia de sustancias un área en la cual se centran otras corrientes de la psicología, en su gran mayoría cognitivo conductuales. Con

nuestra investigación, se introduciría una corriente más proyectiva o psicoanalítica en el trabajo con esta población, aumentando los conocimientos de las características y rasgos de personalidad subyacentes a su comportamiento adictivo. Dentro de esta motivación, hemos encontrado que en ninguna de las escasas investigaciones donde se emplea el test de Rorschach en población drogodependiente con psicopatía, ninguna de ellas en España, se han estudiado los protocolos completos, analizando el perfil final de Rorschach que caracterizaría a esta población, sino que se han limitado a la valoración de determinadas variables, con el objetivo de mostrar determinados aspectos del individuo (cognición, recursos personales, capacidad de control, área interpersonal, autopercepción, esfera afectiva o trastornos psicopatológicos). El presente estudio se centrará en los indicadores de psicopatía antes mencionados, pero explorará además todas las variables Rorschach de aquellas personas drogodependientes con altas puntuaciones en el trastorno, lo que permitirá valorar los protocolos en su conjunto y explorar variables no investigadas hasta la fecha en dicha población en España. Ello dota de un importante valor científico a la tesis doctoral, debido a lo innovador del objetivo.

Otra razón importante ha sido la necesidad de ampliar el estudio de las categorías de agresión planteadas por Gacono y Meloy (1994), poco desarrolladas e investigadas en general, no existiendo prácticamente en España este tipo de estudios. La categoría con mayor aceptación ha sido la de contenido agresivo (AgC), siendo incluida en el nuevo sistema de codificación y corrección del test de Rorschach, R-PAS (Meyer et al., 2011). Como vimos, Gacono y Meloy (1994) elaboraron un listado que únicamente ha sido replicado por Baity et al. (2000) y Meyer et al. (2011). Por el respaldo teórico que posee la categoría de contenido agresivo y por sus adecuadas propiedades psicométricas, será la empleada en el estudio actual. De esta manera, confirmaríamos si los resultados presentados por Gacono y Meloy son replicables en España, con una muestra de personas con dependencia de sustancias, y con altas puntuaciones en psicopatía, valorando así la agresividad de esta población.

Por último, y centrándonos en el nivel clínico, el estudio permitiría una mayor profundización en las tres variables en su conjunto: la psicopatía con población drogodependiente a través de las variables Rorschach, en España, explorando las características estructurales del trastorno, así como los rasgos particulares que presenta la muestra. Siendo consciente de las características como la manipulación y el engaño que caracterizan al sujeto con psicopatía, la prueba posee una ambigüedad estimular que dificulta

el poder hacerlo. El área clínica, como se mostró en la introducción, fue uno de los puntos de partida de la investigación, por lo que la aplicación de los resultados a dicho ámbito se hace imprescindible en sus conclusiones.

Por tanto, la tesis doctoral posee valor científico al estudiar una población y un trastorno que han generado escaso interés en población española y de las cuales no poseemos resultados concluyentes, a lo que se añade una prueba, el test de Rorschach, que ofrece el estudio de las características de personalidad y la sintomatología o psicopatología existente de manera amplia y es difícilmente manipulable de manera global por parte de los sujetos. En la investigación se profundizará en las características de la psicopatía a través del Rorschach para ampliar los conocimientos que se poseen hasta la fecha. Consideramos así relevantes e importantes los objetivos e hipótesis que se plantearán a continuación, y que se desarrollarán a lo largo del presente estudio.

CAPÍTULO 6: OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivos e Hipótesis

La presente tesis doctoral se divide en cinco objetivos, que se estudiarán empleando por un lado un análisis de los datos cuantitativos, tanto para la muestra total como para los dos grupos de drogodependientes: personas con psicopatía y personas sin psicopatía. Y por otro lado, se realizará un análisis del perfil de los protocolos Rorschach de los pacientes drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía, a través de las variables que hayan resultado estadísticamente significativas.

El primer objetivo será conocer si hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de personas drogodependientes con psicopatía y el de drogodependientes sin psicopatía en determinadas variables del test del Rorschach. Para ello se divide este objetivo en dos partes.

La primera parte será la comparación de ambos grupos de drogodependientes en los cinco indicadores del test del Rorschach señalados por Gacono y Meloy (1994) como característicos de la psicopatía: las variables de la respuesta de reflejo ($Fr+rF$), el índice de egocentrismo [$3r+(2)/R$], las respuestas personalizadas (PER), el sombreado difuso (Y) y las respuestas de textura (T).

La hipótesis que se establece para esta primera parte del primer objetivo es que existirán diferencias estadísticamente significativas en los valores de las cinco variables anteriormente explicadas entre el grupo de drogodependientes con psicopatía, con una puntuación en el PCL-R igual o mayor de 30, y el grupo de drogodependientes sin psicopatía, con puntuaciones en el PCL-R menores de 30. En concreto, y basándonos en las puntuaciones que establecieron Gacono y Meloy previamente, se prevé que las personas con psicopatía tengan un número significativamente mayor de respuestas de reflejo que aquellas sin psicopatía. Respecto al índice de egocentrismo, la hipótesis que se establece es que los pacientes con altas puntuaciones en el trastorno puntuarán significativamente más que aquellos sin psicopatía. En las respuestas personalizadas, se anticipa que los sujetos con psicopatía puntúen significativamente más que aquellos sin el trastorno. Las hipótesis respecto al sombreado difuso (Y) y la textura (T) coinciden, ya que se predice que los pacientes con altas puntuaciones en psicopatía obtendrán significativamente menos que los pacientes sin psicopatía en ambas variables.

La segunda parte del primer objetivo será el estudio de las dos variables que la literatura indica, como se ha mostrado anteriormente, que podrían también estar relacionadas con la psicopatía, y que están siendo estudiadas en la actualidad: las respuestas humanas completas (H) y las respuestas de agresión (AG). Se ha prescindido de analizar cuantitativamente la modulación del color (FC:CF+C), debido a que no existe una referencia normativa poblacional que haga referencia a la proporción en sí, sino que existen valores de cada una de las tres variables que la componen por separado.

Respecto a las respuestas humanas completas (H), se hipotetiza que los pacientes drogodependientes con psicopatía puntuarán significativamente menos que aquellos sin psicopatía. Y se establece que las personas con psicopatía puntuarán significativamente menos que aquellas sin psicopatía en la respuesta de movimiento agresivo o AG.

Los estudios en España acerca de la psicopatía y el test de Rorschach en población drogodependiente son escasos. Por ello nos planteamos como segundo objetivo comprobar si en nuestro país los cinco indicadores de psicopatía del test de Rorschach mostrados por Gacono y Meloy (1994), y las dos variables que señalan otras investigaciones, se encuentran en el grupo de drogodependientes con psicopatía en el sentido esperado encontrado por otros autores en otros países con población penitenciaria con altas puntuaciones en el trastorno.

Las hipótesis referidas a este segundo objetivo establecen que, como ha sucedido en los estudios realizados en otros países por otros investigadores, los participantes que presenten psicopatía, manifestarán los siete indicadores siguientes del test de Rorschach: la respuesta de reflejo, que se prevé que sea igual o mayor de uno; el índice de egocentrismo, cuya hipótesis es que sea mayor de 0,45; las respuestas personalizadas, siendo la hipótesis que sean mayores de dos; las respuestas de sombreado difuso y de textura, que se establece serán menores de uno; las respuestas humanas completas, que se hipotetiza serán menores de dos; y las respuestas de movimiento agresivo, que se piensa serán menores de uno.

El tercer objetivo será la comparación de las puntuaciones en las principales variables relacionadas con la psicopatía del test de Rorschach, establecidas por Gacono y Meloy (1994), entre el grupo de personas con psicopatía drogodependientes de nuestra investigación y los valores normativos poblacionales que Campo y Vilar (2007) establecieron para población española no paciente. Con ello, se intenta acercar los resultados a nuestra cultura y la muestra de referencia de España, puesto que los resultados anteriores se han estudiado, principalmente, en población norteamericana y canadiense. Se anticipa que la muestra de

drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía del presente estudio tenga una puntuación significativamente mayor que los valores normativos españoles en las variables de reflejo, el índice de egocentrismo y las respuestas personalizadas. Y que la puntuación será significativamente menor en los indicadores de sombreado difuso y de textura.

El cuarto objetivo será estudiar la presencia o ausencia de la categoría de agresión que proponen Gacono y Meloy (1994) en el grupo de drogodependientes con psicopatía: contenido agresivo (AgC). Para ello se emplearán los 85 contenidos agresivos identificados y estudiados por los autores por ser percibidos como depredadores, peligrosos, malévolos, dañinos o perjudiciales. Se ha decidido prescindir del resto de indicadores de agresión de estos autores (AgPot, AgPast y SM) por la subjetividad que implican y la ausencia de estudios que demuestren su fiabilidad y validez.

La hipótesis asociada a este cuarto objetivo, es que el grupo drogodependientes con psicopatía presentarán la categoría de agresión que investigaron Gacono y Meloy (1994): contenido agresivo (AgC), en mayor medida que el grupo de drogodependientes sin psicopatía.

Finalmente, el quinto objetivo lo consideramos de mayor importancia y relevancia por la ausencia de bibliografía hasta la fecha al respecto en España y los escasos estudios fuera de nuestro país. Compararemos el grupo de drogodependientes con psicopatía y el grupo de drogodependientes sin psicopatía en el resto de variables del test de Rorschach no empleadas en anteriores objetivos, en concreto 114. El objetivo perseguido con ello es analizar de manera exploratoria todos los indicadores para valorar si en la muestra actual existe alguna diferencia que no hayan mostrado otras investigaciones entre ambos grupos en alguna variable, interpretándolo si así fuera y pudiendo establecer nuevas hipótesis. Tras ello, se comprobarán que variables tendrán más importancia en la detección de casos de psicopatía a través del test de Rorschach mediante los indicadores que resulten estadísticamente significativos.

Comprobaremos así si existe un perfil de Rorschach de aquellas personas con problemas de drogodependencia y psicopatía, e interpretaremos ese posible perfil común desde dicho test, ejemplificando el mismo con los discursos de los pacientes durante la prueba. De esta manera, se ampliará la información disponible hasta el momento y dotará de un mayor conocimiento de la personalidad subyacente en dicha población, ayudando así a la práctica clínica y a futuras investigaciones.

CAPÍTULO 7: MÉTODO Y RESULTADOS

Método y Resultados

En este capítulo expondremos en primer lugar el método de investigación seguido en el presente estudio, donde incluiremos la descripción de los participantes, de los instrumentos, del procedimiento y de los análisis de datos empleados. Y en segundo lugar mostraremos los resultados encontrados tras la aplicación de diferentes pruebas estadísticas.

Método de Investigación

A continuación desarrollaremos la descripción de las características de la muestra empleada, de los instrumentos, en este caso del PCL-R y del test de Rorschach, del procedimiento seguido durante el estudio, y finalmente mostraremos los resultados hallados en función de los objetivos planteados en la investigación.

Participantes.

La muestra empleada fue de 92 participantes, 68 varones (73,9%) y 24 mujeres (26,1%), que se encontraban en tratamiento ambulatorio en un centro de drogodependencia de la zona sur de la Comunidad de Madrid.

Como criterios de inclusión, se establecieron los siguientes: que los participantes cumpliesen criterios de dependencia a una o varias sustancias según el DSM-IV-TR (APA, 2003), que se encontrasen en tratamiento ambulatorio en el centro y asistiesen a citas con su psicólogo de referencia, así como la aceptación voluntaria de participación en la investigación. Hay que señalar que se han empleado como criterios diagnósticos los del DSM-IV-TR (2003, 2005) y no los del actual DSM-5 (2014b), puesto que en el momento de iniciar y finalizar la recogida de datos este último manual no había sido publicado, por lo que los diagnósticos existentes se basaron en los anteriores criterios.

Los criterios de exclusión fueron, por un lado, la existencia de un protocolo Rorschach no válido, esto es, con menos de 14 respuestas (Cunliffe et al., 2012; Exner, 1994; Exner, 2001; Mihura et al., 2013), puesto que los protocolos cortos suelen ser de una utilidad cuestionable y su interpretación puede ser engañosa, por lo que debe evitarse su interpretación (Exner y Sendín, 1998). Por otro lado, se emplearon como criterios de exclusión la presencia de analfabetización que impedía la comprensión de la consigna y realización del test de Rorschach, la existencia de un nivel de inteligencia límite o bajo, confirmado a través de la

exploración clínica y los informes previos, el diagnóstico de un trastorno psicótico, y la intoxicación por cualquier tipo de sustancias en el momento de realizar la prueba.

Según estos criterios, se descartaron ocho participantes, una mujer y siete varones, de la muestra inicial de 92 pacientes, por lo que la muestra final quedó compuesta por 84 sujetos. La primera de las participantes excluidas, mujer, tenía un diagnóstico previo de trastorno psicótico sin especificar. En el grupo de varones, dos de ellos presentaban un trastorno psicótico, un participante un trastorno disociativo con antecedentes de trastorno psicótico, otro de ellos tenía un diagnóstico previo de esquizofrenia paranoide con sintomatología residual en el momento de la realización de la prueba, otro presentaba una inteligencia límite según informes previos, y dos varones fueron descartados por realizar un test de Rorschach con menos de 14 respuestas, en concreto ambos dieron 12 respuestas a la prueba.

Por tanto, la muestra final fue de 84 participantes, 61 hombres (72,6%) y 23 mujeres (27,4%), con un rango de edades comprendidas entre los 17 y los 54 años ($M=34,71$ y $DT=9,61$).

En la Tabla 8 se muestran todas las variables sociodemográficas con sus correspondientes valores.

Tabla 8.

Variables sociodemográficas en la muestra de drogodependientes.

Variables Sociodemográficas	Valores	Número sujetos	Porcentaje participantes
Sexo	Hombre	61	72,6%
	Mujer	23	27,4%
Estado civil	Solteros	56	66,7%
	Casados	13	15,5%
	Divorciados	10	11,9%
	Separados	3	3,6%
	Viudos	1	1,2%
	Pareja estable	1	1,2%
Pareja	Sí	42	50%
	No	42	50%
Nivel de estudios	Primaria sin finalizar	29	34,5%
	Educación Primaria	35	41,7%
	Educación Secundaria / Bachillerato	10	11,9%
	Formación Profesional	7	8,3%
	Estudios Universitarios	3	3,6%
	Doctorado y/o Máster	0	0%
País de origen	España	67	79,8%
	Ecuador	5	6,0%
	Colombia	3	3,6%
	Perú	2	2,4%
	Venezuela	2	2,4%
	Bulgaria	2	2,4%
	República Dominicana	1	1,2%
	Uruguay	1	1,2%
Bolivia	1	1,2%	

Como se puede ver en la Tabla 8, el 76,2% de la muestra de nuestra investigación tenía un nivel educativo básico, lo que no impidió la comprensión de la consigna para la realización de la prueba, mientras que el 20,2% restante había conseguido finalizar la Educación Secundaria o Formación Profesional, y únicamente el 3,6% tenía estudios superiores.

De todos los participantes, y respecto al estado civil, encontramos más participantes solteros o sin pareja estable (en total el 83,4% de la muestra) que casados o con pareja estable con las que convivían (únicamente el 16,7% de los participantes). Sin embargo, el 50% de la muestra afirmó tener pareja. La explicación para ello es la siguiente: pese a que solo el 16,7% de la muestra estaban casados o con pareja estable, otro 33,3% consideraba tener pareja, entendida como una relación no estable y en muchas ocasiones instrumental por ambas partes, con el objetivo de costearse y/o facilitarse el consumo de sustancias.

Para finalizar con los datos sociodemográficos, se detalla también el país de origen de los miembros de la muestra, señalando que existe heterogeneidad al respecto, siendo en su mayoría oriundos de España y Latinoamérica (el 97,8% de la muestra). Se han formado dos grupos: uno con aquellas personas nacidas en nuestro país y otro con sujetos nacidos fuera de España. Se compararon todas las variables Rorschach, en concreto 121, entre ambos grupos, no hallando diferencias estadísticamente significativas en 113 de ellas. Se ha considerado adecuado incluir en nuestra muestra todos los participantes sin tener en cuenta el país de origen puesto que los resultados analizados en nuestra investigación en el test de Rorschach no varían en función del mismo.

Respecto al historial de consumo de los participantes, un 36,9% presentaba un diagnóstico de dependencia de una única sustancia, mientras que el 63,1% de ellos consumía habitualmente dos o más sustancias. En la Tabla 9 se detallan los datos principales de las sustancias consumidas, así como el tiempo de tratamiento de los participantes en recursos, tanto ambulatorios como residenciales.

Tabla 9.

Patrón de consumo y tiempo de tratamientos en la muestra de drogodependientes.

Consumo y Tratamientos		Número sujetos	Porcentaje participantes
Droga principal	Heroína	25	29,8%
	Cocaína	27	32,1%
	Cannabis	18	21,4%
	Alcohol	14	16,7%
Evolución del consumo	Más de 20 años	29	34,5%
	Entre 15 y 20 años	15	17,9%
	Entre 10 y 15 años	14	16,7%
	Entre 5 y 10 años	16	19,0%
	Menos de 5 años	10	11,9%
Tiempo tratamiento	Más de 10 años	6	7,1%
	Entre 5 y 10 años	13	15,5%
	Entre 2 y 5 años	19	22,6%
	Entre 1 y 2 años	13	15,5%
	Menos de un año	33	39,3%

Como se puede ver en la Tabla 9, la droga principal consumida por los participantes, establecido según los criterios de dependencia del DSM-IV-TR, fue la cocaína, seguida por la heroína, el cannabis, y por último el alcohol. Conviene señalar en este punto que aquellos pacientes con un diagnóstico de dependencia únicamente a alcohol eran derivados a Atención Primaria, por lo que se redujo el porcentaje de la muestra que se encontraban diagnosticados de dependencia de alcohol como sustancia problema principal. Además, un gran porcentaje de la muestra eran consumidores de larga evolución, en concreto, el 69,1% reconoció un consumo superior a 10 años.

Respecto al tiempo de tratamiento, los pacientes habían estado una media de 2,99 años (D.T. = 3,58) en tratamiento hasta el momento de realización de la investigación, tanto en este recurso ambulatorio como en otro tipo de centros, de manera ambulatoria o residencial.

Por tanto, es reseñable que pese a ser consumidores de larga evolución como se observa en la Tabla 9, gran parte de los participantes no habían acudido a solicitar ayuda profesional o no habían mantenido continuidad en los mismos. Esto se puede explicar basándonos en la experiencia clínica por dos motivos: la ausencia de conciencia de problema que mantenían muchos consumidores, por lo que no solicitaban ayuda profesional, y la escasa adherencia al

tratamiento que un gran número de ellos mostraba, acudiendo a las primeras citas de evaluación pero sin continuar un proceso de rehabilitación, o siendo expulsados de los recursos por incumplimiento de normativa.

Centrándonos en los datos legales, el 39,3% de la muestra había cumplido condena en instituciones penitenciarias en algún momento de su vida, 26 de los participantes en prisión y 11 en un centro de menores, mientras que el 60,7% de ellos nunca había ingresado en las mismas.

Se valoró también la existencia de una patología dual, incluyendo como tal los distintos trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV-TR (APA, 2003, 2005) y otros trastornos mentales del Eje I de la misma clasificación diagnóstica, descartando otro tipo de patologías como se ha mostrado anteriormente. Los diagnósticos de dichos trastornos podían ser previos, y estar confirmados por sus terapeutas de referencia en el centro, o haberse establecido durante el tratamiento del paciente en el recurso. Los resultados se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10.

Patología dual de los participantes.

Estado civil	Número sujetos	Porcentaje participantes
Sin patología dual	51	60,7%
Trastorno Antisocial de la Personalidad	12	14,3%
Trastorno de la Personalidad sin especificar	10	11,9%
Trastorno Límite de la Personalidad	5	6,0%
Trastorno Distímico	2	2,4%
Trastorno Narcisista de la Personalidad	1	1,2%
Trastorno Histriónico de la Personalidad	1	1,2%
Cleptomanía	1	1,2%
Trastorno del control de impulsos	1	1,2%

Como se puede observar, el 39,4% de la muestra poseía otro diagnóstico además de dependencia de sustancias. La mayor parte de dichos diagnósticos correspondían con Trastornos de Personalidad (34,6%), siendo la patología antisocial la que mayor frecuencia presentaba. Recordemos que, como antes se ha expuesto, el 39,3% de los participantes había tenido algún ingreso en instituciones penitenciarias en algún momento de su vida, lo que se ha

relacionado con el Trastorno Antisocial de la Personalidad y es uno de los datos que se evalúa en el PCL-R, herramienta que empleamos en nuestra investigación. Nuestros datos confirman esta relación entre el TAP y los ingresos en prisión, ya que 11 de los 12 sujetos con diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad habían estado en instituciones penitenciarias.

En relación con el PCL-R, que valora la psicopatía, de la muestra de 84 participantes, 32 puntuaron entre cero y 19 (el 38,1%), 37 de ellos sumaron entre 20 y 29 puntos (el 44%), y 15 sujetos obtuvieron 30 o más puntos en la prueba (el 17,9% de la muestra), por lo que se contó con un total de 15 personas con psicopatía. Y también respecto al total de la muestra, se analizaron las medias de los dos Factores que componen el test, resultando una media de 9,31 (D.T. = 4,23) en el Factor I, llamado Interpersonal/Afectivo, y de 10,65 (D.T. = 4,00) en el Factor II, de Desviación social.

En la Tabla 11 se muestran de manera descriptiva los resultados de nuestros participantes en el PCL-R: por un lado las medias de los dos Factores y las cuatro Facetas que componen la prueba, para el grupo de drogodependientes con psicopatía, y por otro lado los mismos datos para el grupo de drogodependientes sin psicopatía.

Tabla 11.

Medias Facetas y Factores PCL-R grupo de drogodependientes con psicopatía y sin psicopatía.

Factores y Facetas	Participantes con psicopatía				Participantes sin psicopatía			
	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT
Factor I: Interpersonal/Afectivo	11	16	13,40	1,60	0	15	8,42	4,14
Factor II: Desviación social	13	18	15,93	1,53	2	18	9,51	3,40
Faceta 1: Comportamiento interpersonal	3	8	6,33	1,35	0	8	4,03	2,00
Faceta 2: Comportamiento afectivo	5	8	7,07	1,10	0	8	4,39	2,42
Faceta 3: Estilo de vida	7	10	9,00	1,13	2	10	7,19	2,26
Faceta 4: Rasgos y conductas antisociales	4	9	6,93	1,53	0	12	2,46	2,10

Instrumentos.

Se emplearon tres instrumentos de recogida de información: las entrevistas clínicas, el PCL-R y el test de Rorschach. Con el primero de ellos, las entrevistas, se estableció un primer contacto con la persona para explorar el motivo de consulta (Pont, 2012), siendo el instrumento básico de diagnóstico en cualquier proceso de evaluación psíquica (Pont, 1998). Las entrevistas clínicas formaban parte del protocolo de acogida en el centro de atención al drogodependiente en todos los casos en los que una persona solicitaba atención. En ellas se recogían los datos personales, clínicos, sociales y legales de los pacientes, que en nuestro caso se emplearon con un doble objetivo: clínico y de investigación. Dentro de los datos personales, se recogió la información sociodemográfica: el género, la fecha de nacimiento y el país de origen. Los datos sociales fueron el estado civil, el nivel de estudios, la composición familiar (a través de genogramas y entrevistas familiares), la situación laboral y los ingresos económicos tanto del paciente como de su núcleo de convivencia. En el nivel legal, se preguntó acerca de antecedentes penales o causas judiciales pendientes, así como estancias en centros de menores o en prisión (dicha información se contrastó con informes previos si existían). Y finalmente, la información clínica se centró en patologías previas y psicopatología actual, en las sustancias problema, los años de consumo y los tratamientos previos tanto en el área de drogodependencia como en otros recursos de salud mental. Esta información se confirmó a través de informes previos y/o coordinaciones, si se consideró necesario, con diferentes recursos de la red de Salud Mental.

La información de las distintas áreas fue evaluada y recogida por distintos profesionales del centro ambulatorio: médico, psicóloga clínica, trabajador social y educador social, que posteriormente se coordinaron para la realización de un perfil general del paciente y una planificación del tratamiento.

El segundo instrumento, el PCL-R, se compone de una entrevista semiestructurada de 20 ítems que el evaluador puntúa entre cero, uno ó dos, hallando dos Factores: Interpersonal/Afectivo y Desviación social, y cuatro Facetas: Comportamiento Interpersonal, Afectivo, Estilo de vida, y Conductas Antisociales. Para mostrar a qué hace referencia cada Faceta pondremos un ejemplo de ítem de cada una de ellas. En el Comportamiento Interpersonal encontramos el ítem “manipulaciones”, en la Faceta Afectiva “ausencia de remordimientos y culpa”, en la Faceta de Estilo de Vida “impulsividad”, y por último un ejemplo de Conducta Antisocial es “versatilidad criminal”.

En las muestras empleadas en los distintos estudios, tal como se ha señalado, las propiedades psicométricas del PCL-R (Hare, 2003b) resultaron adecuadas. La fiabilidad interjueces medida con el Coeficiente de Correlación Intraclase oscilaba entre 0,75 y 0,98 (Grann et al., 1998; Hare, 2003b; Hart et al., 1991; Moltó et al., 2010; Patrick, 2007), mientras que el coeficiente alfa de Cronbach para el total de la prueba se encontraba entre 0,80 y 0,87 en todos los estudios (Chico y Tous, 2003; Hare, 2003b; Hare et al., 2000; Hart et al., 1991; Moltó et al., 2000; Patrick et al., 2007; Ruiz, 2006; Vitacco et al., 2005). La validez también fue adecuada, se hallaron correlaciones entre el PCL-R y otras pruebas como el PCL:SV o diversas medidas de autoinforme (Hare, 2003b; Moltó et al., 2010; Ruiz, 2006).

En nuestro estudio, se calculó la consistencia interna de los 20 ítems del PCL-R para la muestra mediante el alfa de Cronbach, obteniendo un resultado de 0,88. Por tanto, la fiabilidad de la prueba en la presente investigación es buena y coincide con los datos de los estudios expuestos anteriormente.

El tercer instrumento, el test de Rorschach, explora distintas variables de personalidad del sujeto, como ya hemos explicado. Se ha seguido para la presente investigación la administración, codificación, corrección e interpretación del Método Comprensivo de Exner (1994, 2003, 2005). La prueba consta de 10 láminas con manchas, en tonalidades negras, grises y de distintos colores, que se caracterizan por su ambigüedad y falta de estructuración. Ello obliga al sujeto a realizar un proceso de atención, percepción, memoria, toma de decisiones y análisis lógico (Weiner, 2003). Consta de dos fases: de asociación libre y de encuesta, mediante las cuales el individuo expresa libremente lo que ve, y el examinador explora en qué parte de la mancha lo ha observado y qué le ha hecho parecer eso. El objetivo es evitar la subjetividad del propio examinador, codificando lo que la persona ha manifestado haber visto. El test se divide en secciones, cada una de las cuales aporta información acerca de un área concreta: la sección principal, los afectos, la tríada cognitiva (procesamiento, mediación e ideación cognitiva), la percepción interpersonal y la autopercepción. Las variables que se han mostrado que hacen referencia a la psicopatía pertenecen a la sección principal y a las áreas afectiva, de autopercepción y de percepción interpersonal.

Como hemos mostrado anteriormente, las propiedades psicométricas del test de Rorschach eran adecuadas, siendo una prueba que aporta información fiable y válida de los individuos (Aschieri, 2013; Campo y Vilar, 2007; Mattlar, 2004; Meyer et al., 2002; Meyer et al., 2013; Meyer et al., 2005; Sahly et al., 2011; Viglione y Taylor, 2003; Weiner, 2003).

Weiner aportó un dato de 0,75 respecto a la fiabilidad test-retest. Las investigaciones han concluido que la fiabilidad interjueces variaba en función de las distintas variables, con resultados entre 0,31 y 1,00 (Aschieri, 2013; Campo y Vilar, 2007; Mattlar, 2004; Meyer et al., 2002; Sahly et al., 2011; Viglione y Taylor, 2003). Y la validez de constructo y convergente también ha demostrado ser adecuada (Mattlar, 2004; Meyer et al., 2013; Viglione, 1997).

En nuestra investigación, se ha calculado la fiabilidad interjueces de todas las variables Rorschach. Para ello se seleccionaron al azar 15 protocolos mediante el programa estadístico IBM SPSS, que fueron codificados por dos evaluadoras externas con amplia experiencia en el test, de manera conjunta. Se empleó el Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC) para obtener la fiabilidad en las variables cuantitativas, y el índice kappa de Cohen para aquellas cualitativas. Los resultados hallados arrojaron datos adecuados de fiabilidad interjueces y coincidieron con los encontrados en otros estudios. Para el total de las variables, el ICC fue de 0,91 y el índice kappa de 0,67. En las siete variables empleadas y en la cuales se centra el estudio actual, los acuerdos entre los jueces fueron buenos, con resultados de 0,77 para la variable de reflejo, 0,78 para el índice de egocentrismo, 0,91 en las respuestas personalizadas, 0,74 en el indicador de sombreado difuso, 1,00 en el de textura, 0,92 en las respuestas humanas completas, y 0,65 en aquellas de movimiento agresivo.

Respecto al resto de las variables Rorschach, 26 han mostrado un pobre acuerdo, con una puntuación menor de 0,40, en un rango entre 0,40 y 0,60 se han situado 17 de los indicadores, para 30 variables el acuerdo ha sido bueno, con un rango entre 0,60 y 0,80, y finalmente 43 de ellas han mostrado una excelente fiabilidad interjueces, en concreto entre 0,80 y 1,00. El programa estadístico no ha hallado la fiabilidad para las cinco variables restantes, debido a tener la escala varianza cero en el caso de las variables cuantitativas o ser una constante las puntuaciones de la examinadora y las evaluadoras externas en aquellas cualitativas. En el Anexo VII se muestra el rango en el que se han situado cada una de las 121 variables.

Procedimiento.

La selección de sujetos se llevó a cabo con un procedimiento de muestreo no probabilístico, en concreto de conveniencia, para realizar un estudio preliminar, una aproximación y una exploración del objetivo.

Los pacientes acudieron al centro ambulatorio de tratamiento entre los años 2009 y 2013, y fueron evaluados y seguidos longitudinalmente por la propia investigadora. La motivación para iniciar tratamiento pudo ser voluntaria o por cumplimiento de una medida judicial alternativa al ingreso en prisión o un centro de menores.

Al comenzar el estudio, se redactó un breve proyecto de investigación y se solicitó el permiso correspondiente tanto a la empresa que gestiona el recurso ambulatorio como a la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Se insistió en la necesidad de protección de datos de carácter personal de los pacientes, por lo que la confidencialidad de los mismos se garantizó de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999. Para ello, se recogieron únicamente los datos personales necesarios para la investigación, y en ningún momento se extrajo la historia clínica del centro ambulatorio de tratamiento. A cada participante se le asignó un código, con el objetivo de mantener el anonimato y evitar posibles sesgos de la investigadora en la corrección e interpretación de las pruebas. El listado con dichos códigos fue guardado por la propia investigadora durante el estudio, no accediendo al mismo durante dicho período. La confidencialidad de los datos fue absoluta, comprometiéndose la investigadora con los participantes y la dirección del centro ambulatorio de donde se recogió la muestra a no revelar ningún dato de los participantes a personas externas a la investigación. Se elaboró el correspondiente consentimiento informado para realizar el estudio (véase Anexo VIII), que fue supervisado y aprobado por la dirección del centro de drogodependencias.

La segunda fase del procedimiento consistió en la valoración de la inclusión de los pacientes en la investigación, que pudo ser de dos maneras. La primera de ellas fue la inclusión de pacientes que acudían por primera vez al centro de drogodependencia o que realizaban un reingreso en el mismo. En este caso, se realizaron entrevistas clínicas iniciales con el objetivo de definir la pauta de tratamiento ambulatorio que se llevaría a cabo, y recoger información biográfica e informes existentes para completar el PCL-R. Se exploró detalladamente la historia clínica, contrastándola con el paciente, sus familiares y su equipo terapéutico, compuesto por médico, psicóloga clínica, trabajador social, educador social y

personal de enfermería. La segunda vía de entrada al estudio fue la inclusión de pacientes que ya se encontraban en tratamiento en el recurso, en seguimiento por la propia investigadora como su psicóloga de referencia. Los datos sociodemográficos, legales y clínicos ya se poseían, así como la evolución del paciente, por lo que se continuó con la tercera fase del procedimiento, que coincidió para todos los participantes.

En la tercera fase se explicó a los participantes seleccionados el objetivo de la investigación que se estaba llevando a cabo. Excepto una mujer, todos los pacientes a quienes se les planteó el estudio estuvieron de acuerdo en participar, firmando el correspondiente consentimiento informado redactado para el mismo (véase Anexo VIII) antes de realizar las pruebas, con un doble objetivo: de investigación por un lado y de evaluación y práctica clínica por otro.

Posteriormente se aplicó la cuarta fase del procedimiento: en todos los casos, la investigadora administró el test de Rorschach, con una duración aproximada de una hora. Tras ello completó el PCL-R con la información recogida por el equipo terapéutico del paciente y el personal de enfermería, por su contacto diario y/o semanal con el paciente debido a la dispensación de medicación y la realización de urinocontroles. Se emplearon también informes previos judiciales y de tratamiento con otros profesionales y en otros recursos.

Como hemos explicado previamente, el test de Rorschach consta de dos fases: de asociación libre, en la que la persona expresa libremente aquello que ve bajo la consigna “¿qué podría ser esto?” (Exner, 1994, pág. 67), dotando de estructura a la ambigüedad estimular, y de encuesta, donde se obtiene información para la clarificación de las respuestas dadas en la fase de asociación libre y su correcta codificación. Para ello se explora la localización del objeto, su contenido y los determinantes del mismo.

La corrección posterior de los protocolos la realizó la investigadora, teniendo de referencia tanto la guía de codificación de la calidad formal elaborada por Exner (1996) como las tablas normativas que han desarrollado Campo y Vilar (2007) con población general española en una muestra de 517 adultos no pacientes.

Ninguno de los participantes recibió remuneración económica, se les realizó una devolución de la información hallada en las pruebas para poder emplearla en el diseño del plan de intervención.

Análisis de datos.

La variable independiente fue la psicopatía, evaluada a partir del PCL-R, con el punto de corte de 30, estableciendo de este modo dos grupos en la muestra: drogodependientes con psicopatía, al cual pertenecía 15 participantes, y drogodependientes sin psicopatía, en el que se incluyeron 69 individuos.

Las variables dependientes son, por un lado, los cinco indicadores principales Rorschach para psicopatía descubiertos y estudiados por Gacono y Meloy (1994), y expuestos anteriormente: la respuesta de reflejo, el índice de egocentrismo, las respuestas personales, las respuestas de sombreado difuso y de textura. Por otro lado, las dos variables propuestas por investigaciones posteriores que se han decidido incluir en el estudio actual: la respuesta humana completa y la respuesta de movimiento agresivo. Y por último, se empleó también como variable dependiente la categoría de contenido agresivo (AgC) propuesta por Gacono y Meloy (1994).

Todas las variables son cuantitativas, en concreto son todas discretas excepto el índice de egocentrismo que es continuo, y las puntuaciones de los sujetos son independientes entre los dos grupos.

Las variables Rorschach se elaboraron, estudiaron y analizaron estadísticamente; algunas de ellas se aproximan a la curva normal, pero muchas se alejan de esa normalidad, aumentando la posibilidad de que las medias y desviaciones típicas dejen de ser representativas de las distribuciones (Exner, 1994, 2001). Por este motivo de no proximidad a la curva normal, y como se ha comentado previamente, en aquellos estudios en los cuales se incluyen variables del test de Rorschach se recomienda el empleo de pruebas estadísticas no paramétricas (Cunliffe et al., 2012; Exner y Erdberg, 2005; Viglione, 1997, 2010), para conseguir una mayor potencia y adecuación estadística.

No obstante, para cada una de las siete variables Rorschach que se explorarán en la muestra empleada de 84 drogodependientes se calcularon los supuestos de normalidad y homocedasticidad. Respecto a la normalidad, se empleó la prueba de Shapiro-Wilk, con un resultado de normalidad en ambos grupos únicamente en una de las variables, el índice de egocentrismo, cuyo resultado fue de 0,97 ($p=0,784$) para el grupo de drogodependientes con psicopatía, y 0,98 ($p=0,389$) para el grupo de drogodependientes sin psicopatía; y la variable de respuesta humana completa en el grupo de drogodependientes con psicopatía, con un resultado de 0,89 ($p=0,072$). La homocedasticidad se comprobó con la prueba de Levene,

existiendo igualdad de varianzas para todas las variables estudiadas excepto para el sombreado difuso (Y) y la textura (T).

Unido al no cumplimiento de los requisitos de normalidad y homocedasticidad en nuestra muestra de drogodependientes en los indicadores Rorschach estudiados, existía desigualdad en el tamaño del grupo de sujetos con psicopatía (15) y sin psicopatía (69), y el número de sujetos del primer grupo era escaso. Estos motivos, junto con la recomendación de distintos autores (Cunliffe et al., 2012; Exner y Erdberg, 2005; Viglione, 1997, 2010) sobre el empleo de pruebas no paramétricas cuando se utiliza dicha prueba, ya que no se ha demostrado el cumplimiento de los supuestos de normalidad en muchas de sus variables, han provocado la elección del uso de pruebas no paramétricas en todos los análisis estadísticos.

Para el análisis de datos, se empleó el paquete estadístico IBM SPSS versión 20. Las pruebas no paramétricas usadas fueron la U de Mann-Whitney y la de Wilcoxon. En concreto, se empleó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación del grupo de drogodependientes con psicopatía con el grupo de drogodependientes sin psicopatía en los cinco indicadores Rorschach principales y en las otras dos variables propuestas posteriormente, así como en la categoría de contenido agresivo (AgC). También se utilizó en el análisis de las 114 variables Rorschach restantes al comparar ambos grupos; con los resultados de esta prueba, se realizó posteriormente una regresión logística para hallar qué variables de las que resultaron significativas son las que más peso tenían en la interpretación de un protocolo Rorschach en nuestra muestra de drogodependientes con psicopatía.

Otra prueba no paramétrica, de Wilcoxon, se usó para estudiar la comparación entre el grupo de 15 drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía frente a los resultados de las tablas normativas españolas de Campo y Vilar (2007).

Resultados

Para comprobar el primer objetivo, de comparación del grupo de 15 drogodependientes con psicopatía frente al de 69 drogodependientes sin psicopatía en las variables Rorschach seleccionadas, se realizó una prueba no paramétrica, en concreto una U de Mann Whitney para muestras independientes.

El programa estadístico IBM SPSS muestra por defecto resultados de un contraste bilateral, pero las hipótesis planteadas en nuestra investigación se referían a contrastes unilaterales, es decir, se esperaba una dirección en las diferencias de cada uno de los indicadores Rorschach. Por ello, se ha dividido la probabilidad que muestra el IBM SPSS para una significación bilateral entre dos.

Se ha comenzado analizando la primera parte de este primer objetivo: la comparación entre los dos grupos de drogodependientes en los cinco indicadores Rorschach propuestos por Gacono y Meloy en sus investigaciones. Se esperaba encontrar diferencias estadísticamente significativas en todas ellas: mayores puntuaciones en el grupo de drogodependientes con psicopatía en las variables de respuesta de reflejo, índice de egocentrismo y respuesta personalizada, y menores puntuaciones en dicho grupo en las respuestas de sombreado difuso y de textura. Los resultados se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12.

Diferencias en las variables Rorschach mostradas por Gacono y Meloy (1994) entre drogodependientes con psicopatía y sin psicopatía de nuestra muestra.

	Sujetos con psicopatía(N=15) Media (DT*)	Sujetos sin psicopatía (N=69) Media (DT*)	U	Z	Sig. Bilateral	Sig. Unilateral
Fr+rF: respuesta de reflejo	0,20 (0,56)	0,17 (0,48)	515,00	-0,048	0,962	0,481
3r+(2)/R: índice de egocentrismo	0,40 (0,12)	0,36 (0,14)	417,00	-1,175	0,240	0,120
PER: respuesta personalizada	1,13 (1,36)	1,25 (1,42)	501,00	-0,202	0,840	0,420
Y: sombreado difuso	0,33 (0,72)	0,80 (0,99)	377,00	-1,835	0,066	0,033
T: textura	0,00 (0,00)	0,25 (0,50)	405,00	-1,976	0,048	0,024

*Desviación Típica

Como se puede observar en la Tabla 12, no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de drogodependientes con psicopatía y sin psicopatía en tres de las cinco variables analizadas. Sí se han observado diferencias estadísticamente significativas en la variable textura (T), siendo inferior en el grupo de drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía (con una media de 0 en este grupo y de 0,25 en el grupo de sujetos sin psicopatía). Esto indica que entre los drogodependientes con psicopatía y sin psicopatía existen diferencias en el apego. Por tanto, en el grupo de participantes con altas puntuaciones en psicopatía se observa un desapego emocional crónico o un distanciamiento de los afectos, estando preocupados por mantener su espacio personal y siendo cautelosos a la hora de entablar relaciones interpersonales. Se cumple por tanto la hipótesis planteada.

También ha aparecido un resultado estadísticamente significativo para la variable de sombreado difuso (Y), siendo significativamente menor en el grupo de drogodependientes con psicopatía (con una media de 0,33, frente al de sujetos sin psicopatía, de 0,80), confirmándose nuestra hipótesis. Ello indica que en el grupo de drogodependientes con psicopatía existía, además de las dificultades de apego antes señaladas, una ausencia de ansiedad y de sensación de indefensión. Todo ello muestra de nuevo la dificultad de los participantes drogodependientes con psicopatía de nuestra muestra para vincularse emocionalmente con las personas y para experimentar y expresar afectos.

Sin embargo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el narcisismo, el autocentramiento o el egocentrismo (respuestas de reflejo, índice de egocentrismo y respuestas personalizadas) hallados en otras muestras de sujetos con personalidad psicopática, frente a muestras de personas sin psicopatía. Estos resultados van en contra de las hipótesis elaboradas, ya que sí se esperaba encontrar diferencias significativas entre ambos grupos en dichas características.

Para comprobar la segunda parte de este primer objetivo, la comparación entre los dos grupos de drogodependientes en las variables Rorschach de respuesta humana completa o H y respuesta de movimiento agresivo o AG, también relacionadas con la psicopatía, se realizó a continuación otra U de Mann Whitney. Se plantearon como hipótesis que ambos indicadores serían menores en el grupo de personas con psicopatía que en el grupo de personas sin psicopatía. Los resultados se muestran en la Tabla 13.

Tabla 13.

Diferencias en H y AG entre drogodependientes con psicopatía y sin psicopatía

	Sujetos con psicopatía (N=15)	Sujetos sin psicopatía (N=69)	U	Z	Sig. Bilateral	Sig. Unilateral
	Media (DT*)	Media (DT*)				
H: respuesta humana completa	2,40 (1,12)	1,74 (1,38)	363,00	-1,853	0,064	0,032
AG: movimiento agresivo	0,47 (0,64)	0,43 (0,61)	504,50	-0,178	0,859	0,430

*Desviación típica

La Tabla 13 indica que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes drogodependientes con psicopatía y sin psicopatía en la variable de respuesta humana completa (H). La dirección de las diferencias no ha apoyado la hipótesis planteada, ya que en el grupo de drogodependientes con psicopatía han existido más respuestas de este tipo que en el de drogodependientes sin psicopatía (con una media de 2,40 en el primer grupo frente a una media de 1,74 en el segundo), siendo esperable que fuera a la inversa. Esto indica que las personas con psicopatía de la muestra muestran mayor interés por otras personas como seres humanos totales, reales y con significado, que aquellos sujetos sin altas puntuaciones en el trastorno.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la variable de movimiento agresivo, lo que va en contra de la hipótesis planteada e indica que todos los pacientes de la muestra viven de igual modo la agresión, no experimentándolo los participantes con psicopatía de manera más egosintónica que el resto de la muestra.

Posteriormente, se pasó a comprobar el segundo objetivo, la comparación de los indicadores del test de Rorschach entre nuestro grupo de 15 drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía y los resultados que investigaciones previas sugieren. Para ello, se generó una base de datos con los resultados de los 15 participantes que puntuaron igual o mayor de 30 en el PCL-R. En la Tabla 14 se exponen los valores esperados para cada una de las siete variables y se señala de manera descriptiva quienes de los 15 sujetos con psicopatía los han cumplido, así como las puntuaciones totales y en cada uno de los Factores del PCL-R en dichos participantes (Hare, 2003b).

Tabla 14.

Descripción de parámetros principales de drogodependientes con psicopatía según los resultados de Gacono y Meloy (1994) y estudios posteriores, y puntuaciones en el PCL-R.

Suj.	Resultados Rorschach investigaciones previas sujetos con psicopatía							Total Variables Rorschach	PCL-R		
	Fr+rF ≥1	3r+(2)/R >0,45	PER>2	Y<1	T<1	H<2	AG<1		FI	FII	Total
1	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ		5	12	16	30
2					SÍ		SÍ	2	11	15	30
3	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	6	14	18	36
4					SÍ			1	16	15	34
5		SÍ		SÍ	SÍ			3	14	16	33
6				SÍ	SÍ		SÍ	3	15	15	31
7				SÍ	SÍ		SÍ	3	14	17	33
8				SÍ	SÍ		SÍ	3	15	15	32
9			SÍ	SÍ	SÍ			3	11	18	31
10				SÍ	SÍ		SÍ	3	11	15	30
11				SÍ	SÍ		SÍ	3	13	13	30
12					SÍ			1	13	14	31
13		SÍ		SÍ	SÍ			3	15	17	32
14				SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	4	13	18	32
15				SÍ	SÍ		SÍ	3	14	17	32

Como se puede observar en la Tabla 14, las variables que hacen referencia al narcisismo, el autocentramiento y el egocentrismo de los individuos, han sido escasamente manifestadas por los sujetos con psicopatía de nuestra muestra. Dos sujetos han expresado respuestas de reflejo (Fr+rF), uno de ellos más de dos respuestas personalizadas (PER) y cuatro han obtenido un índice de egocentrismo [3r+(2)/R] superior a 0,45. Estos resultados son inferiores a lo esperado. Por tanto, la actual muestra de drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía no presenta como características el narcisismo y egocentrismo hallado en anteriores estudios.

Las variables de textura (T) y de sombreado difuso (Y) son las que más han apoyado nuestras hipótesis y mayor número de sujetos lo ha cumplido: 13 de los 15 participantes no han expresado respuestas que hayan podido ser codificadas como Y, y ninguno de ellos ha aportado una respuesta de T. Este hallazgo coincide con los resultados encontrados más

arriba: el grupo con altas puntuaciones en psicopatía muestra dificultades en la vinculación emocional y la capacidad para experimentar ansiedad o indefensión.

Respecto a la respuesta humana completa (H), únicamente 3 individuos han obtenido menos de dos respuestas con este contenido, lo que apoya el resultado que se mostraba en el objetivo anterior: las personas con psicopatía de la muestra manifiestan interés por otras personas como seres humanos totales, reales y con significado.

Finalmente, 9 participantes han manifestado menos de una respuesta de movimiento agresivo (AG) y seis una respuesta o más de este tipo. Ello indica que seis de ellos experimentan agresión de manera egodistónica, lo que es contrario a lo esperable en población psicopática, mientras que 9 sujetos no sienten malestar al manifestar una conducta agresiva.

Ningún sujeto ha obtenido todos los resultados esperados según las distintas investigaciones en las siete variables. Como se puede ver, solamente uno de ellos ha manifestado seis indicadores y otro participante cinco.

En la Tabla 14 se muestran además las puntuaciones totales en psicopatía y en cada uno de los Factores del PCL-R de cada participante. La máxima puntuación posible en el Factor I es de 16 y en el Factor II de 20. Como se puede observar, un sujeto que obtuvo 16 puntos en el Factor I presentó únicamente un indicador Rorschach, y tres participantes con 15 puntos en este Factor mostraron tres de las variables estudiadas. Este dato es contrario a lo esperable, esto es, una elevación de las puntuaciones en los indicadores Rorschach en aquellos individuos con mayores puntuaciones en el Factor I, especialmente en la respuesta de reflejo, el índice de egocentrismo y las respuestas personalizadas, ya que dichas variables hacen referencia a rasgos semejantes. En el Factor II tres individuos recibieron 18 puntos, uno de ellos mostró seis de las siete variables Rorschach, otro cuatro de ellas y el último tres indicadores.

Se planteó como tercer objetivo la comparación de los cinco indicadores Rorschach principales establecidos por Gacono y Meloy (1994) entre el grupo de 15 drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía y los valores hallados en población no paciente española (Campo y Vilar, 2007), ya que la muestra está recogida en nuestro país.

El método estadístico empleado fue la prueba de Wilcoxon para una sola muestra. Tal como ha ocurrido anteriormente, se ha dividido la significación bilateral entre dos puesto que en nuestras hipótesis existe una dirección para cada contraste. En concreto, se esperaba hallar

resultados estadísticamente superiores en nuestra muestra de drogodependientes con psicopatía en las variables de respuesta de reflejo, índice de egocentrismo y respuesta personalizada; y resultados estadísticamente inferiores en las variables de sombreado difuso y de textura. Los resultados aparecen en la Tabla 15.

Tabla 15.

Comparación entre el grupo de drogodependientes con psicopatía y las tablas normativas de Campo y Vilar (2007).

	Media nuestro estudio (DT*)	Media Campo y Vilar (2007) (DT*)	Z	Sig. Bilateral	Sig. Unilateral
Fr+rF: respuesta de reflejo	0,20 (0,56)	0,44 (0,91)	-1,906	0,057	0,029
3r+(2)/R: índice de egocentrismo	0,40 (0,12)	0,40 (0,15)	-0,063	0,950	0,475
PER: respuesta personalizada	1,13 (1,36)	0,63 (1,02)	-0,862	0,389	0,195
Y: sombreado difuso	0,33 (0,72)	1,51 (1,66)	-3,443	0,001	0,001
T: textura	0,00 (0,00)	0,56 (0,88)	-3,873	0,000	0,000

*Desviación típica

Según la Tabla 15, se han hallado diferencias estadísticamente significativas en las variables de reflejo, sombreado difuso y textura. En las variables textura (T) y sombreado difuso (Y), el resultado del grupo de drogodependientes con psicopatía es significativamente menor que en las tablas normativas, lo que indica que los primeros experimentan menos indefensión, desvalimiento, ansiedad y necesidad de vinculación emocional que la población no paciente. Este resultado coincide con la hipótesis planteada anteriormente.

Sin embargo, para la respuesta de reflejo (Fr+rF), la media de nuestros participantes es significativamente inferior a lo establecido por las autoras, lo que indica que la muestra de población no paciente manifiesta un mayor narcisismo y sobreestimación de la valía personal que el grupo de drogodependientes con psicopatía. Este resultado es contrario a lo esperado.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables de índice de egocentrismo y de respuesta personalizada, lo que indica que no hay diferencias en el autocentramiento o el egocentrismo en la muestra de drogodependientes con psicopatía frente a la población no paciente española. Estos resultados van en contra de lo esperado.

Para examinar el cuarto objetivo, referido al análisis de la categoría de los 85 contenidos agresivos (AgC) propuesta por Gacono y Meloy (1994), se comparó el grupo de drogodependientes con psicopatía y el grupo de drogodependientes sin psicopatía en dicho contenido. Los autores han mantenido en sus estudios que existían más contenidos agresivos en población psicopática que en otro tipo de muestras o trastornos. Así, nuestra hipótesis relacionada con este cuarto objetivo es que se encontrarían los contenidos agresivos en mayor medida en el grupo de drogodependientes con psicopatía que sin psicopatía.

Para ello se empleó una prueba no paramétrica, en concreto la U de Mann Whitney, para comparar el grupo de drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía con el de drogodependientes sin psicopatía en la variable AgC. La media de dicha variable en toda la muestra fue de 2,05, con una desviación típica de 1,81. En concreto, para el grupo de drogodependientes con psicopatía la media fue de 1,80 (D.T. = 1,15), y para el de drogodependientes sin el trastorno fue de 2,10 (D.T. = 1,93). Los resultados muestran una $Z = -0,60$ (sig. bilateral=0,952; sig. unilateral=0,476). Es decir, no es significativa la diferencia entre participantes con psicopatía y sin psicopatía respecto a los contenidos agresivos que expresan en el test de Rorschach. No se cumple por tanto nuestra hipótesis, ya que el grupo de drogodependientes con psicopatía no ha expresado más contenidos agresivos que el grupo sin psicopatía.

En el quinto y último objetivo se planteó analizar de manera exploratoria las 114 variables restantes que se hallaron en los 84 protocolos del test de Rorschach, comparando las mismas entre el grupo de drogodependientes con psicopatía y el de drogodependientes sin psicopatía. El objetivo perseguido con ello fue valorar si en la muestra actual existía alguna diferencia que no hayan mostrado otras investigaciones entre ambos grupos en alguna variable, interpretándolo si así fuera y pudiendo establecer hipótesis.

Se realizaron una U de Mann Whitney para analizar las variables cuantitativas y un Chi cuadrado para aquellas cualitativas del test de Rorschach, para comprobar si existían diferencias significativas en alguna de las variables. En este caso, hemos empleado el resultado hallado en el contraste bilateral puesto que no esperamos encontrar una dirección en las diferencias. Los resultados estadísticamente significativos de ambas pruebas aparecen en la Tabla 16.

Tabla 16.

Resultados significativos protocolos Rorschach muestra drogodependientes.

	Sujetos con psicopatía (N=15)	Sujetos sin psicopatía (N=69)	U	Z	Sig. Bilateral
	Media (DT*)	Media (DT*)			
DQ _v ^a	2,47 (1,85)	1,48 (1,40)	353,50	-1,965	0,049
FQ _{sin} ^b	1,27 (1,22)	0,51 (1,01)	428,00	-2,569	0,010
M _{sin} ^c	1,33 (0,35)	0,01 (0,12)	456,00	-2,234	0,025
C ^d	1,07 (1,10)	0,38 (0,62)	329,50	-2,588	0,001
SumSH ^e	1,60 (1,68)	3,00 (2,40)	341,00	-2,086	0,037
EA ^f	6,90 (2,99)	5,25 (2,76)	345,50	-2,013	0,044
D ^g	0,33 (1,23)	-0,32 (0,81)	319,50	-2,680	0,007
D _{ajd} ^h	0,40 (1,30)	-0,12 (0,76)	357,50	-2,167	0,030
BI ⁱ	1,00 (1,13)	0,35 (0,59)	333,00	-2,570	0,010
Ge ^j	0,00 (0,00)	0,30 (0,67)	405,00	-1,973	0,049

Nota: a: calidad evolutiva vaga; b: calidad formal sin forma; c: movimiento humano sin forma; d: color puro; e: suma respuestas sombreado; f: recursos accesibles; g: tolerancia al estrés; h: tolerancia al estrés ajustada; i: contenido sangre; j: contenido geografía.

*Desviación Típica

Como se puede ver, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de drogodependientes con psicopatía y sin psicopatía en 10 variables. La fiabilidad interjueces de estas 10 variables ha sido buena, con un Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC) en siete de las variables superior a 0,70. En concreto, DQ_v ha obtenido un ICC de 0,46, para FQ_{sin} el resultado ha sido de 0,85, para M_{sin} de 0,00, la puntuación para C fue 0,67, para SumSH de 0,88, el resultado de EA ha sido de 0,75, para D se ha obtenido un 0,85, para D_{ajd} un 0,79, el ICC de BI ha sido de 1,00 y finalmente se ha obtenido una puntuación de 0,90 para el contenido Ge (véase Anexo VII).

La primera de las variables, la calidad evolutiva o DQ, se refiere al análisis del campo estimular, definiendo contornos y estableciendo relaciones significativas entre los distintos objetos identificados en la mancha; en concreto, la DQ vaga expresa una forma de actividad cognitiva primitiva, infantil e inmadura. La segunda de ellas, la calidad formal o FQ, informa acerca de la mediación cognitiva, esto es, de la identificación y traducción de estímulos o

imágenes a códigos cognitivos hallados en la memoria. Así, las respuestas FQ sin forma indican dificultades de control en estos procesos, pudiendo haber fallas en el ajuste perceptivo. Por su parte, el movimiento humano o M, como todos los movimientos, son los únicos determinantes que no existen en las láminas, teniendo que realizar el individuo un proceso de proyección para expresar dichas respuestas, atribuyendo características al campo estimular. Las respuestas M sin forma en concreto hacen referencia a respuestas abstractas o simbólicas, que pueden indicar un aumento de la intelectualización o un distanciamiento del campo estimular, así como una actividad ideacional que escapa al control del sujeto, siendo infrecuentes. En las tres variables, las puntuaciones de los sujetos con altas puntuaciones en psicopatía son mayores que aquellas obtenidas en el grupo de personas sin el trastorno, lo que indica que los primeros presentan dificultades en la percepción del ambiente y un distanciamiento del campo estimular, así como una actividad cognitiva inmadura.

También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable de color puro o C pura, con mayor puntuación en el grupo de drogodependientes con personalidad psicopática, lo que indica más descontrol afectivo y descargas emocionales bruscas en ellos. La suma total de sombreado (SumSH) informa del sufrimiento psíquico del individuo, que actúa fuera de su control voluntario, y se compone de variables más estables y otras más inestables. Se observan menos respuestas en los participantes con psicopatía, señalando el menor malestar emocional en estos que en los individuos sin el trastorno. Los recursos accesibles o EA es indicadora de los recursos afectivos y cognitivos disponibles y accesibles para el sujeto, de su potencial para tomar decisiones y llevarlas a cabo. En nuestra muestra, poseen más recursos para hacer frente a las demandas del medio los drogodependientes con psicopatía.

Tanto la variable D como la D ajustada se relacionan con aspectos de control y tolerancia al estrés. En concreto, la primera, D, informa acerca de la capacidad actual o presente de control, mientras que la D ajustada explora el grado habitual para dirigir las conductas, esto es, el control y tolerancia al estrés que el sujeto muestra en la mayor parte de sus comportamientos, habiendo eliminado los factores de sobrecarga situacional. Así que los datos señalan una mayor capacidad de control en los sujetos con psicopatía ya que estos han obtenido puntuaciones mayores.

Las últimas dos variables hacen referencia a contenidos. Sangre o Bl es el contenido que se codifica al manifestar el individuo que observa sangre en la mancha, tanto humana como

animal, teniendo importancia en la interpretación del protocolo, por su relación por un lado con la agresividad, y por otro con las desvalorizaciones del individuo hacia sí mismo. En este caso, el grupo de drogodependientes con psicopatía ha manifestado más respuestas con este contenido. El contenido Geografía o Ge es codificado al percibir un mapa específico o sin especificar. Esta última variable es incluida en el cálculo del índice de aislamiento, que informa sobre el aislamiento social que pueda estar experimentando el individuo. A pesar que el grupo de participantes con psicopatía han expresado menos respuestas con este contenido, su interpretación relacionada con el aislamiento en este grupo debe ser tomada con precaución ya que, como se ha expuesto, forma parte de un índice formado por más variables que no han resultado estadísticamente significativas.

Tras estos resultados, se realizó una ecuación de regresión logística con el objetivo de establecer qué variables, de las 10 que han resultado estadísticamente significativas en total, son las que más peso tienen en la interpretación de un protocolo Rorschach en nuestra muestra de drogodependientes con psicopatía. En primer lugar comprobamos que se cumplía el supuesto de no colinealidad entre las variables, apreciándose que la tolerancia tenía valores próximos a uno. A continuación calculamos la regresión logística, siguiendo cuatro pasos. Resultaron estadísticamente significativos en la ecuación cuatro de los indicadores: movimiento humano sin forma, suma total de sombreado, recursos accesibles y contenido de sangre. Posteriormente se estableció qué peso tenía cada una de estas variables, cuyo resultado se muestra en la Tabla 17.

Tabla 17.

Variables significativas principales de los protocolos Rorschach en la muestra de drogodependientes

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
M _{sin} ^a	4,148	1,801	5,306	1	0,021	63,297	1,856	2158,519
SumSH ^b	-0,891	0,295	9,125	1	0,003	0,410	0,230	0,731
EA ^c	0,339	0,153	4,931	1	0,026	1,404	1,041	1,893
BI ^d	1,292	0,551	5,502	1	0,019	3,641	1,237	10,717
Constante	-2,681	0,838	10,229	1	0,001	0,069		

Nota: a: movimiento humano sin forma; b: suma respuestas sombreado; c: recursos accesibles; d: contenido sangre.

Como se puede ver, la variable que más peso ha tenido en la ecuación de regresión ha sido el movimiento humano sin forma o M_{sin} , seguida del contenido de sangre o Bl, después vendrían los recursos accesibles o EA, y por último la suma total de sombreado o SumSH.

Respecto al primer indicador, M_{sin} , los resultados indican que las personas drogodependientes con psicopatía tienen más probabilidad de manifestar la variable que aquellas sin el trastorno. La variable SumSH ha resultado negativa, lo que indica que a mayor puntuación en psicopatía, menor probabilidad existe de mostrar este indicador. En este sentido, recordemos que la media de drogodependientes con psicopatía era inferior a la media obtenida por los drogodependientes sin psicopatía, lo que ya indicaba una mayor posibilidad de puntuar más bajo en el malestar emocional. Los recursos accesibles (EA) aumentan cuanto mayor es la psicopatía, y para Bl el resultado indica que existe mayor probabilidad de hallarse en personalidades psicopáticas.

Los resultados señalan que en esta muestra de drogodependientes con psicopatía, lo que más influencia tiene para la puntuación en el trastorno es el aumento de la racionalización y distanciamiento de campo estimular (M_{sin}), la presencia de ciertas desvalorizaciones y la relación con un componente agresivo (Bl), el aumento de los recursos que poseen para afrontar las demandas del medio (EA), y una disminución general del sufrimiento psicológico (SumSH).

La última parte de los resultados de esta tesis doctoral es la exposición de un perfil de drogodependiente con psicopatía, hallado a través de los 15 protocolos de participantes con altas puntuaciones en el último trastorno. Para ello, empleamos las 12 variables Rorschach que en apartados anteriores han resultado estadísticamente significativas en la dirección esperada en dichos protocolos al comparar el grupo de drogodependientes con psicopatía de aquellos sin psicopatía: sombreado difuso (Y), textura (T), calidad evolutiva vaga (DQ_v), calidad formal sin forma (FQ_{sin}), movimiento humano sin forma (M_{sin}), color puro (C), suma total de sombreado (SumSH), recursos accesibles (EA), D, D ajustada (D_{ajd}), contenido de sangre (Bl) y contenido de geografía (Ge). Recordemos que la respuesta humana completa (H) también fue significativa pero en el sentido opuesto al esperado, lo que se incluirá también en este análisis. Previo a comenzar, hay que señalar que en esta descripción, no se manifiestan características centrales descritas para la persona con psicopatía como el narcisismo, el egocentrismo o el autocentramiento, ya que en los análisis realizados las

diferencias en las variables que lo representan no han resultado estadísticamente significativas.

Se expondrán las interpretaciones de las variables, así como ejemplos de respuestas reales dadas por aquellos pacientes con altas puntuaciones en psicopatía, con el objetivo de que el lector pueda entender las codificaciones realizadas.

Como perfil general, se puede afirmar que a pesar de que el participante drogodependiente con psicopatía tiene interés en las otras personas como seres humanos completos (H), muestra en el nivel interpersonal dificultades crónicas para establecer vínculos y apegos (T), con un marcado distanciamiento de los afectos, estando preocupado por mantener su espacio personal y siendo cauteloso a la hora de entablar relaciones interpersonales. Parece que están menos aislados socialmente (Ge forma parte del índice de aislamiento). Sin embargo, este último dato habría que tomarlo con precaución puesto que en dicho índice influyen más variables que no han resultado estadísticamente significativas. De todas las variables significativas, tanto T como Ge han puntuado cero, lo que ha resultado importante a la hora de la interpretación.

En el nivel afectivo, se observa un descontrol de impulsos y de emociones (C), que dificulta la interacción con los demás, así como una ausencia de ansiedad, de sensación de indefensión o desvalimiento (Y), indicadores manifestados en frases como “la belleza, por el color, los difuminados están bien hechos” (lámina IX). También existe un menor sufrimiento y experimentación de emociones negativas (SumSH) como tristeza o culpa que el grupo de drogodependientes sin psicopatía. Respuestas como “unos pulmones grises de alguien que fuma” dada en la lámina X, “un murciélago negro” en la lámina V o “humo negro” en la VII, son ejemplos de ello.

En el nivel perceptivo, existen fallas en el ajuste. Los individuos no realizan un análisis detallado del campo estimular y presentan dificultades para establecer relaciones entre los objetos, pudiendo existir distorsión en la información que los individuos perciben y posteriormente interpretan, mostrando un pensamiento más inmaduro y primitivo de lo esperable (DQ_v). Esta alteración de lo percibido externamente y el posterior análisis erróneo de la realidad, los acontecimientos y las personas, puede tener como consecuencia una mala adaptación al ambiente y unas limitadas y deterioradas relaciones interpersonales. Cognitivamente, y relacionado con los errores en el ajuste perceptivo, existen dificultades en el control de la identificación y traducción de estímulos a códigos previamente memorizados

y socialmente estipulados (FQ_{sin}). Los sujetos con psicopatía de la muestra tienden a distanciarse del campo estimular, en este caso de la tarea requerida en el test, mediante respuestas abstractas o simbólicas, mostrando una actividad ideacional que escapa a su control (M_{sin}). En respuestas como “la diversión, la variedad de colores que te da la vida” (lámina X) podemos observar esta última variable: la distancia del estímulo favorece el mayor control sobre la conducta, ya que la implicación emocional se ve reducida.

Hallamos ejemplos de respuestas codificadas como DQ_v en “dos bichos” y “colores, me llaman la atención”, dadas en la lámina X, o “humo” y “nubes”, de la lámina VII. Verbalizaciones que se valoran como calidad formal sin forma o FQ_{sin} serían “colores: salmón, verde” de la lámina IX o “mucho color”, dada en la lámina X. Ambas codificaciones coinciden en muchas ocasiones, como en el caso de “sangre, porque es rojo”, en la lámina II o “colores, por la variedad” y “colorines, nada más” en la lámina X. Estas últimas respuestas refuerzan el déficit que presentan en el nivel perceptivo y cognitivo estos sujetos.

Pese a los déficits cognitivos y afectivos que presentan, tienen mayores recursos personales (EA) para hacer frente a las demandas del medio, así como una mayor capacidad de control tanto en el momento de realizar las pruebas para la presente investigación (D) como en el nivel habitual o cotidiano (D_{ajd}), que aquellos participantes que no puntúan alto en psicopatía. Esto les permite un mejor manejo de las situaciones y de las personas, y una mayor habilidad para controlar y tolerar el estrés, no permitiendo una sobrecarga emocional.

Todos estos datos nos muestran un perfil de individuos impulsivos, que no se implican emocionalmente con otras personas y no experimentan malestar afectivo al ejecutar determinadas conductas, que distorsionan lo que perciben y presentan déficits en el procesamiento cognitivo, pero que cuentan con los suficientes recursos personales y una adecuada capacidad de manejo y control para hacer frente a cualquier situación. Estas características unidas describen a personas con una frialdad emocional y una ausencia de vínculos afectivos que les puede llevar a la manipulación, el engaño, la violencia o la instrumentalización del otro, rasgos que posee la persona con psicopatía.

Hasta aquí se ha expuesto el perfil general hallado en la muestra de 15 drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía. Pero se mostró anteriormente que las características que más peso tienen, además de la ausencia de ansiedad y de apego con otros sujetos, hacían referencia a la parte afectiva: movimiento humano sin forma (M_{sin}), recursos

accesibles (EA), suma total de sombreado (SumSH), y contenido de sangre (Bl). Por lo que merece la pena analizar de qué rasgos son representativas para poder finalizar la descripción.

De las cuatro variables, llaman la atención en el análisis del discurso de los pacientes con psicopatía de la muestra, las múltiples respuestas en las que manifestaban el contenido de sangre (Bl), que dejan claro que el matiz que adquieren están vinculadas con la agresividad. Ejemplos de ello los encontramos en verbalizaciones como “dos osos con la cabeza cortada, las manchas de sangre”, “dos perritos tirados y muertos, de lado, como cachorros de lobo o perrito, y la sangre, están muertos”, “una persona, sangrando por arriba, sangrando por abajo, es dolor”, todas ellas dadas a la lámina II. Una respuesta codificada con el contenido Bl que me llamó la atención fue “un chocho regloso” (lámina II), ya que se observó además la impulsividad y desinhibición en la expresión del individuo, quien aportó respuestas durante el protocolo no aceptadas socialmente, ya que repite este tipo de verbalizaciones por ejemplo en la lámina IV: “un tiparraco enorme, con una polla enorme”.

Junto a este dato, encontramos un distanciamiento de las situaciones (M_{sin}) y una disminución del malestar emocional (SumSH) en el sujeto drogodependiente con psicopatía de nuestra muestra. Esto puede ser interpretado como un estilo de afrontamiento centrado en las soluciones no incluyendo las emociones en el mismo. El aumento de los recursos personales (EA) unido a la exclusión de la parte afectiva en las relaciones interpersonales, la ausencia de emociones como ansiedad, tristeza o remordimientos, y las connotaciones agresivas mostradas, nos describe a un individuo resolutivo y con capacidad para afrontar las demandas, pero frío, superficial e indiferente emocionalmente.

Finalmente, consideramos importante apuntar que a pesar de los recursos que poseen, se observó y plasmó en el test de Rorschach la baja tolerancia a la frustración que experimentan este tipo de personalidades por sentir que no poseen el control al sentirse evaluadas, y sus dificultades para continuar y finalizar una tarea demandada. La manifestación de este malestar lo expresaron en oraciones como: “¿cuándo acabamos?”, “me lo estás poniendo difícil ya”, “¡madre mía que complicado!”, “¡joder, el que hizo los dibujos estos se quedó...!” o “¿todavía nos quedan más?”. Posiblemente, parte de esa sensación tuvo que ver con la incapacidad de los pacientes para detectar las respuestas “correctas” a la prueba y su objetivo, tal como ellos verbalizaron a la examinadora, pese a habérselo explicado antes de comenzar la evaluación.

Tras la exposición de los resultados encontrados a través de los análisis estadísticos realizados, pasaremos a continuación al último capítulo de la tesis doctoral, la discusión, en la cual se valorarán dichos resultados en función de la bibliografía hallada. Se expondrán las limitaciones de la investigación y el valor de la misma por los hallazgos encontrados, en una muestra de drogodependientes con altas y bajas puntuaciones en psicopatía en España. Y finalizaremos planteándonos futuras líneas de investigación.

CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN

Discusión

En la presente investigación se ha estudiado la psicopatía en una muestra de 84 sujetos drogodependientes de ambos géneros.

En el estudio se plantearon cinco objetivos. El primero fue explorar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de personas drogodependientes con psicopatía y aquellos individuos sin psicopatía en las distintas variables del test de Rorschach. En concreto, se estudiaron siete variables que la literatura ha mostrado que tienen relación con el trastorno psicopático (Cunliffe et al., 2012; Dörr y Viani, 2006; Exner, 2005; Franks et al., 2009; Gacono y Meloy, 1992, 1994, 1997; Gacono et al., 1990; Gacono et al., 1992; Gacono et al., 2000; Gacono et al., 2001; Meloy y Gacono, 1992b, 1993; Meloy et al., 1994; Mihura et al., 2013; Talkington et al., 2013): la respuesta de reflejo (rF+Fr), el índice de egocentrismo [$3r+(2)/R$], las respuestas personalizadas (PER), la respuesta de sombreado difuso (Y), la respuesta de textura (T), las respuestas humanas completas (H) y las respuestas de movimiento agresivo (AG).

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables de sombreado difuso y de textura en el sentido esperado, y en la variable de respuesta humana completa en sentido inverso a lo hipotetizado.

Los resultados encontrados en la respuesta de sombreado difuso (Y) y la respuesta de textura (T) han coincidido con nuestros planteamientos iniciales. Los valores en el grupo de drogodependientes con psicopatía han sido inferiores a los hallados en el grupo sin psicopatía. El sombreado difuso es una variable que se relaciona con la ansiedad. Nuestros resultados coinciden con los planteados por Gacono, Meloy y otros investigadores en distintos estudios (Dörr y Viani, 2006; Franks et al., 2009; Gacono y Meloy, 1994, 1997; Gacono et al., 1992; Kleiger, 1997; Meloy y Gacono, 1993), quienes afirmaron que habría ausencia de Y en los protocolos de personas con psicopatía, y que al compararlo con grupos de sujetos sin psicopatía, los valores de los primeros serían significativamente inferiores. Esta ausencia se ha interpretado como un indicador de un menor o carente nivel de ansiedad, o de una sensación de indefensión (Franks et al., 2009; Kleiger, 1997; Meloy y Gacono, 1993), lo que puede conllevar dificultades en la vinculación emocional (Franks et al., 2009). La variable textura hace referencia a las necesidades y deseos de cercanía emocional, la vinculación afectiva y la capacidad de apego. El resultado encontrado en nuestra muestra es la ausencia de

la variable, y los valores significativamente inferiores en el grupo de drogodependientes con psicopatía al ser comparados con personas sin psicopatía, coinciden con las hipótesis planteadas y lo señalado por distintos autores (Cunliffe et al., 2012; Daderman y Jonson, 2008; Franks et al., 2009; Gacono et al., 1992; Gacono et al., 2000; Gacono y Meloy, 1997; Meloy et al., 1994; Meloy y Gacono, 1993). Esto se ha interpretado como una ausencia de vinculación, un desapego emocional crónico y una incapacidad para establecer relaciones interpersonales cercanas (Gacono et al., 1992; Loving y Russel, 2000; Meloy et al., 1994; Meloy y Gacono, 1993).

Los datos obtenidos en esta investigación apoyan los resultados alcanzados en anteriores estudios acerca de las dificultades de las personas con psicopatía para establecer relaciones interpersonales estables, lo que se explica desde la carencia de empatía, el afecto superficial, la frialdad emocional, y la ausencia de remordimientos y culpa que manifiestan estas personalidades, y que han sido señaladas por otros autores como importantes en la valoración del trastorno (Cleckley, 1941; Cooke y Michie, 2001; Hare, 1991, 2003b; Hare y Neumann, 2009; López, 2013; Neumann et al., 2007). A estas dificultades en la vinculación se añade la ausencia de ansiedad, indefensión o disforia, lo que puede suponer un riesgo en población psicopática para la expresión de conductas agresivas (Meloy, 1997; Meloy y Gacono, 1993), ya que no experimentarían ante su realización esas emociones negativas como la ansiedad.

No se han cumplido las hipótesis en el sentido esperado respecto a las otras cinco variables: respuesta de reflejo ($Fr+rF$), índice de egocentrismo [$3r+(2)/R$], respuestas personalizadas (PER), respuestas humanas completas (H) y movimiento agresivo (AG). En la presente muestra de drogodependientes con psicopatía no aparecen características como el narcisismo, el autocentramiento, la sobrevaloración de uno mismo, la grandiosidad, el egocentrismo y la omnipotencia, rasgos que distintos autores han señalado como importantes en el trastorno. No aparece tampoco un reducido interés hacia las personas y la agresión es vivida con malestar emocional. Explicaremos a continuación cada una de las variables.

La respuesta de reflejo se refiere al grado de sobreestimación de la valía personal y a la existencia de rasgos narcisistas en la persona. Las hipótesis establecidas fueron que habría mayor número de reflejos en el grupo de drogodependientes con psicopatía frente al grupo sin el trastorno, pero no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de drogodependientes. La conclusión de los resultados es que nuestros 15 sujetos con

altas puntuaciones en psicopatía no experimentan la grandiosidad y el narcisismo esperable en esta población, tal como se ha hallado en otras investigaciones (Cunliffe et al., 2012; Dörr y Viani, 2006; Exner, 2005; Gacono et al., 1990; Gacono et al., 2000; Gacono et al., 2001; Gacono y Meloy, 1992b, 1994, 1997; Loving y Russell, 2000; Meloy y Gacono, 1993). Sin embargo, hay estudios que apoyan nuestros resultados. Gacono et al. (1992) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de 22 presos con diagnóstico de Trastorno Personalidad Antisocial con psicopatía y otro de 21 presos con TAP sin psicopatía en dicha variable. Franks et al. (2009) no encontraron una elevación de los reflejos en 45 personas ingresadas en prisión diagnosticados de psicopatía, concluyendo que para su muestra los datos del Rorschach no sugirieron altos niveles de narcisismo. Wood et al. (2010) realizaron un metaanálisis empleando 108 estudios y no detectaron relaciones estadísticamente significativas entre la elevación en la respuesta de reflejo y las altas puntuaciones en psicopatía.

El índice de egocentrismo valora el autocentramiento y, junto con las respuestas de reflejo, informa del narcisismo, superioridad y egocentrismo de los sujetos. No se han cumplido las hipótesis propuestas en este indicador: se planteó que la puntuación en la variable sería mayor en el grupo de drogodependientes con psicopatía que en el grupo sin el trastorno. Esto indica que nuestro grupo de drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía no están centrados en sí mismos ni experimentan una preocupación excesiva por el propio self, y es un resultado opuesto a lo mostrado en otras investigaciones (Gacono et al., 1990; Gacono et al., 1992; Gacono et al., 2001; Gacono y Meloy, 1997; Meloy y Gacono, 1993). En la interpretación de esta variable, Gacono et al. (1990) demandaron prudencia por los resultados opuestos encontrados en otras muestras entre este índice y el narcisismo en personalidades antisociales. Loving y Russell (2000) no hallaron diferencias significativas en el índice de egocentrismo entre adolescentes delincuentes con altos, moderados y bajos niveles de psicopatía. Lo explicaron comparando la variable con las respuestas de reflejo, concluyendo que la primera era menos eficaz que estas últimas para discriminar individuos narcisistas. Franks et al. (2009) no encontraron mayores niveles de esta variable en población penitenciaria con altas puntuaciones en psicopatía. Wood et al. (2010) en un metaanálisis concluyeron que la variable tenía una relación pequeña pero significativa con la psicopatía, reafirmando la advertencia de prudencia expresada por Gacono et al. (1990). Finalmente, Mihura et al. (2013) afirmaron a través de un metaanálisis que este índice no se relacionaba

con el egocentrismo o el narcisismo, y concluyeron que existía mayor apoyo empírico a la validez de la respuesta de reflejo que al índice de egocentrismo. La hipótesis con la que intentamos explicar los resultados de estas dos variables se mostrará más adelante tras revisar la respuesta personalizada, también relacionada con los rasgos mencionados.

La respuesta personalizada (PER) mantiene relación con la autoimagen. Planteamos como hipótesis que hallaríamos mayores respuestas personalizadas en los protocolos de drogodependientes con psicopatía que en aquellos sin psicopatía. No se ha cumplido dicha hipótesis, ya que las diferencias no son estadísticamente significativas entre ambos grupos. Nuestros resultados no apoyan investigaciones previas que han mostrado la elevación de esta variable en población psicopática y antisocial, haciendo referencia al aumento de la grandiosidad, omnipotencia o autocentramiento en dicha población (Cunliffe et al., 2012; Gacono et al., 1990; Gacono et al., 1992; Gacono y Meloy, 1992, 1997; Meloy y Gacono, 1992b; Meloy et al., 1994; Mihura et al., 2013). Hay menos estudios que en las anteriores variables que confirmen nuestros datos, como el de Meloy y Gacono (1993), quienes no encontraron un aumento de PER en el estudio de un caso clínico de un varón de 21 años con personalidad psicopática que cometió varios delitos.

El dato presentado es coherente con los resultados encontrados en las dos variables anteriores: respuesta de reflejo e índice de egocentrismo. Los hallazgos en los tres indicadores van en contra de la grandiosidad, autocentramiento, sensación de autovalía, omnipotencia y narcisismo que han hallado otras investigaciones con muestras de personas con altas puntuaciones en psicopatía (Cunliffe et al., 2012; Gacono et al., 1990; Gacono et al., 1992; Gacono et al., 2001; Gacono y Meloy, 1992, 1997; Meloy y Gacono, 1992b; Meloy et al., 1994; Mihura et al., 2013).

Vamos a presentar a continuación la explicación que nos hemos planteado para encontrar estos resultados en las tres variables. Consideramos que los rasgos de personalidad y la sintomatología que presenta la población drogodependiente han influido en el no cumplimiento de las hipótesis. Se ha observado en el trabajo clínico una autoestima inferior respecto a la población no consumidora, por lo que el narcisismo entendido en el nivel general, puede ser también menor que en otras muestras de sujetos con altas puntuaciones en psicopatía no adictos. Esta menor autoestima ha sido confirmada por los estudios y se ha relacionado con las pérdidas asociadas al consumo, como el empleo, las relaciones interpersonales o los vínculos familiares (Tahir, 2009; Trucco, Smith, Griffin y Greenfield,

2007). Existen otros rasgos en esta población drogodependiente, como un bajo nivel anímico y depresión (Sánchez y Berjano, 1996; Sánchez et al., 2002; Senbajo, Wolff, Marshall y Strang, 2009; Tavares et al., 2008), un mayor riesgo de suicidio (Sadock y Sadock, 2008; Sánchez et al., 2002), una mayor sensación de pérdida de control (González et al., 1999), y mayores niveles de aislamiento y dificultad para expresar emociones y establecer relaciones cercanas (Sánchez et al., 2002). Las investigaciones que emplean el test de Rorschach en población drogodependiente para estudiar estas tres variables son escasas. Bergman, Haver, Bergman, Dahlgren y Nielsen (1998) hallaron en el 46% de su muestra de 60 mujeres con dependencia de alcohol una baja autoestima, con índices de egocentrismo menores a 0,33. Kostogianni (2010) halló en su estudio con dos pacientes con dependencia de alcohol que una de ellas mostraba una baja autoestima, confirmada a través de unos resultados para las respuestas personalizadas y de reflejo de cero, y un índice de egocentrismo de 0,22. En España, Charro (1994) empleó una muestra de 64 sujetos drogodependientes, hallando una media para las respuestas de reflejo de 0,36 (DT=0,82), para el índice de egocentrismo de 0,39 (DT=0,14) y para las respuestas personalizadas de 1,04 (DT=1,38). En la comparación entre estos individuos y las puntuaciones del grupo de sujetos normales publicado por Exner, encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las respuestas de reflejo, con mayores puntuaciones en dicha variable en población drogodependiente, pero no halló diferencias entre los dos grupos en el índice de egocentrismo y en las respuestas personalizadas. Interpretó el mayor autocentramiento de los sujetos consumidores en un análisis más detallado de otras variables como una compensación por su falta de autoestima. Pensamos que todas estas características han afectado a los resultados, mostrando un perfil de drogodependientes con psicopatía sin rasgos característicos del trastorno como el narcisismo o la omnipotencia, debido a las consecuencias del consumo en el nivel afectivo. Sería interesante plantear en el futuro un diseño con un grupo de control de población no consumidora para poder confirmar esta hipótesis.

Las respuestas humanas completas (H) se han interpretado como un índice que valora la percepción de los otros como personas totales, reales y con significado. La hipótesis planteada fue que habría menos H en el grupo de drogodependientes con psicopatía respecto a los drogodependientes sin psicopatía. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre ambos grupos de drogodependientes, pero en el sentido opuesto al esperado (mayor número de estas respuestas en el grupo de drogodependientes con

altas puntuaciones en psicopatía), lo que implica que en la muestra empleada, los sujetos con personalidad psicopática experimentan mayor interés por otras personas como seres humanos totales, reales y con significado que aquellas con bajas puntuaciones en el trastorno. En otras investigaciones se halló en población psicopática un escaso interés por las personas (Dörr y Viani, 2006; Franks et al., 2009; Gacono y Meloy, 1992b, 1997; Gacono et al., 2000; Meloy y Gacono, 1992a, 1992b; Talkington et al., 2013). Sin embargo, también hay estudios que encuentran lo mismo que en la presente investigación. En uno de ellos, presentado por Gacono (1990), no se cumplió que un grupo de presos con psicopatía tuvieran menos respuestas humanas completas que otro grupo de presos sin psicopatía. Loving y Russell (2000) no hallaron diferencias en las respuestas humanas completas entre individuos con psicopatía y sin psicopatía: estos últimos dieron menos respuestas H, lo que interpretaron como una incapacidad para percibir a los otros como completos y con significado, siendo un problema importante entre los participantes. Wood et al. (2010) encontraron en un metaanálisis anteriormente mencionado que no existían relaciones entre la respuesta humana completa y la psicopatía. Para Gacono (1990) la persona con psicopatía mostraba una carencia de objetos humanos internalizados. Nuestra explicación del resultado es que la variable por sí misma no valora el tipo de relación que se establece entre las personas, es decir, puede ser un vínculo basado en la manipulación o mentiras, sin que se detecte a través del índice de manera aislada. Baity y Hilsenroth (1999) y Sendín (2007) insistieron en la importancia de valorar las variables de manera conjunta, debido a que un indicador de manera aislada puede generar una interpretación errónea del protocolo. Uniendo los resultados de la variable H con lo anteriormente expuesto respecto a la respuesta de textura, se concluye que el grupo de drogodependientes con psicopatía presenta dificultades para vincularse emocionalmente, pese a mostrar interés por otras personas. Encontramos la explicación a este dato desde las características que muestra una persona con altas puntuaciones en el trastorno: manipulación, engaños, o ausencia de culpa y empatía (Hare, 1991, 2003a, 2003b), lo que conduce a expresar interés por el otro como objetos que pueden ser manipulados para sus propios intereses.

La última de las variables es la respuesta de movimiento agresivo (AG), la cual tiene relación con la agresión experimentada por el sujeto. Se planteó como hipótesis que habría significativamente menos respuestas en el grupo de drogodependientes con psicopatía que en el de drogodependientes sin psicopatía. No existen diferencias estadísticamente significativas

entre ambos grupos, lo que va en contra de nuestra hipótesis y de lo planteado por autores como Franks et al. (2009), Gacono y Meloy (1992, 1997), Meloy y Gacono (1993), Talkington et al. (2013) y Weizmann-Henelius (2006), quienes sostuvieron que la población con altas puntuaciones en psicopatía no experimentaban malestar ante las expresiones de agresión, verbalizando menos respuestas AG en el test de Rorschach. Esta variable mantiene relación con la propuesta por Gacono y Meloy (1994) de contenido agresivo (AgC), debido a que ambas informan sobre la agresividad de los sujetos. Por ello, explicaremos nuestras hipótesis explicativas de este resultado junto al indicador AgC en el cuarto objetivo.

Por tanto, de las siete variables que se han analizado y que las investigaciones han mostrado que existían diferencias entre la población psicopática y no psicopática, únicamente en dos de ellas se han cumplido las hipótesis planteadas. Aparte de las explicaciones mencionadas en cada una de las variables, otra posibilidad es que haya influido el número de participantes en ambos grupos, ya que en la muestra hay 15 drogodependientes con psicopatía frente a 69 sin el trastorno. No son grupos proporcionados, lo que ha podido afectar a los resultados, así como el escaso número de personas que componen el primer grupo.

El segundo objetivo consistió en comprobar si los siete indicadores mencionados de psicopatía del test de Rorschach y descritos por diferentes estudios se encontraban en el grupo de drogodependientes con altas puntuaciones en el trastorno en el sentido esperado.

Los resultados de este análisis han apoyado las conclusiones del objetivo anterior. Por un lado, los resultados en las variables de textura (T) y de sombreado difuso (Y) apoyan nuestras hipótesis y los hallazgos del primer objetivo. Se esperaba encontrar resultados menores de uno en estos indicadores Rorschach. El 86,7% de los participantes drogodependientes con psicopatía no han expresado respuestas Y, y ninguno de ellos ha aportado una respuesta de T. Estos datos confirman que el grupo con altas puntuaciones en psicopatía muestra dificultades en la vinculación emocional y la capacidad para experimentar ansiedad o indefensión.

Por otro lado, los sujetos drogodependientes con psicopatía de nuestra muestra no presentan aquellas variables relacionadas con elevados niveles de narcisismo y egocentrismo, es decir, las respuestas de reflejo ($Fr+rF$) no son mayores o iguales que uno, el índice de egocentrismo [$3r+(2)/R$] no es superior a 0,45 y las respuestas personalizadas (PER) no son mayores de dos. Los 15 sujetos no manifiestan por tanto rasgos psicopáticos como el narcisismo, la superioridad y grandiosidad, el autocentramiento, el egocentrismo y la alta

autoestima según los estudios (Cooke y Michie, 1999; Gacono y Meloy, 1994; Hare, 1991, 2003b; Díez-Rubio, 2011; Pozueco y Moreno, 2013).

Nuestra primera explicación a este resultado coincide con el anterior, el bajo nivel de autoestima y de estado de ánimo de los participantes drogodependientes. La segunda hipótesis que encontramos está basada en la elevación de las puntuaciones del Factor II del PCL-R en nuestra muestra de drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía. Este Factor no se relaciona con el narcisismo sino con la desviación social, y 8 de los 15 sujetos con psicopatía de nuestra muestra obtuvieron puntuaciones totales de 16 o más puntos de los 20 posibles que se puede tener en el mismo. Era difícil obtener la máxima puntuación en este Factor ya que nuestra muestra no es penitenciaria y tres de los ítems que lo componen⁷ implicaban un grado elevado de delincuencia. Consideramos que se han obtenido puntuaciones altas puesto que si restamos a los 20 puntos posibles los seis de estos tres ítems, la puntuación se quedaría en 14, y el 93,3% de los sujetos drogodependientes con psicopatía han obtenido ese resultado o superior. Por otro lado, se ha observado un aumento en el grupo de drogodependientes con psicopatía de las puntuaciones en el Factor I, ya que 8 de los 15 participantes con psicopatía obtuvieron 14 o más puntos de los 16 posibles. Con este resultado, lo esperable hubiese sido que se cumpliesen más condiciones en las variables del test del Rorschach estudiadas y relacionadas con el Factor I. Sería interesante aumentar el tamaño de la muestra para comprobar si coincidiría este dato con otros sujetos drogodependientes con psicopatía.

No se han encontrado tampoco menos de dos respuestas de respuesta humana completa (H), por lo que dichos individuos con psicopatía muestran interés por otras personas como individuos totales, reales y con significado. La hipótesis explicativa para ello es la misma que en el primer objetivo, la dificultad de la valoración de la variable por sí sola de la calidad de las relaciones interpersonales establecidas.

Finalmente, establecimos como hipótesis que el valor de la respuesta de movimiento agresivo (AG) sería inferior a uno en el grupo de drogodependientes con psicopatía, y hemos hallado que el 60% de los sujetos de dicho grupo han obtenido el resultado esperado. Esto puede ser interpretado como una vivencia egosintónica de la agresividad, es decir, sin malestar. Esta variable la analizaremos como hemos señalado anteriormente cuando exponamos los resultados y conclusiones de la variable AgC, en el cuarto objetivo.

⁷ Delincuencia juvenil, revocación de la libertad condicional y versatilidad criminal.

El tercer objetivo planteado fue la comparación entre los valores normativos españoles y los valores obtenidos en nuestra muestra de drogodependientes con personalidad psicopática en las cinco variables Rorschach principales mostradas anteriormente, respuesta de reflejo, índice de egocentrismo, respuestas personalizadas, y respuestas de sombreado difuso y de textura, por ser aquellas expuestas por Gacono y Meloy (1994) y que mayor relación han mostrado tener con el trastorno.

Se han cumplido nuestras hipótesis en las respuestas de sombreado difuso y de textura: en ambas variables, los valores en el grupo de drogodependientes con psicopatía son significativamente inferiores a los hallados en una muestra poblacional española de no pacientes. En población no paciente, lo esperable es encontrar mayor nivel de ansiedad y estrés que en personalidades psicopáticas, así como unas adecuadas capacidades para establecer lazos emocionales (Exner, 1994; Campo y Vilar, 2007). Este dato coincide con nuestros resultados. Concluimos así que nuestra muestra de drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía experimenta menor ansiedad y manifiestan mayores dificultades en la vinculación emocional que la muestra empleada por Campo y Vilar (2007).

En tres de los indicadores no se han cumplido las hipótesis establecidas: que en el grupo de drogodependientes con psicopatía el número de respuestas de reflejo, el índice de egocentrismo y las respuestas personalizadas serían mayores que en la muestra española de no pacientes. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la respuesta de reflejo entre ambos grupos, pero en el sentido opuesto a lo esperado: la población no paciente muestra un mayor narcisismo que nuestra muestra de sujetos con psicopatía. Pensamos que este resultado puede tener relación con las diferentes muestras empleadas: de drogodependientes y de población no paciente. Esta última muestra puede presentar características narcisistas que no impidan una normalización de su vida y que por tanto no hayan acudido a tratamiento psicológico o psicoterapéutico.

El cuarto objetivo de la investigación fue el estudio de la categoría de contenido agresivo o AgC del test de Rorschach propuesto y desarrollado por Gacono y Meloy (1994). La variable se ha relacionado con medidas de comportamiento agresivo y un pobre autocontrol en este área, con la identificación con las imágenes agresivas como peligrosas o dañinas y con la preocupación por los objetos agresivos (Baity y Hilsenroth, 1999, 2002; Gacono y Meloy, 1994; Gacono et al., 2005; Kivisto y Swan, 2013; Liebman et al., 2005; Meloy y Gacono, 1992b; Mihura et al., 2003), siendo un buen predictor de la psicopatía

(Baity y Hilsenroth, 1999; Blais et al., 2001). La psicopatía se ha relacionado con un aumento de las conductas agresivas (Cooke et al., 2004; Hare, 1999, 2003b; Hare y Neumann, 2005, 2008, 2009; Johansson et al., 2002; Mokros et al., 2015; Neumann y Hare, 2008; Reid y Gacono, 2000; Vitacco et al., 2005; Vitacco et al., 2006; Warren y South, 2006), por lo que establecimos como hipótesis que nuestros sujetos drogodependientes con psicopatía puntuarían significativamente más en esta variable que los individuos sin psicopatía. Los resultados no han mostrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de personas drogodependientes con psicopatía y sin psicopatía en esta variable. No se ha cumplido la hipótesis planteada y no coincide con los resultados de investigadores anteriores. Como se ha señalado, este indicador tiene relación con la variable de movimiento agresivo o AG, en la cual tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, por lo que expondremos las hipótesis que nos hemos planteado respecto a la agresividad en los sujetos de nuestra muestra.

Hemos encontrado varias explicaciones a este resultado. Pensamos que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dos variables entre los dos grupos porque los pacientes drogodependientes sin psicopatía de nuestra muestra también han cometido delitos y han manifestado conductas agresivas. En concreto, 14 personas con psicopatía y 19 personas sin psicopatía de la muestra han tenido algún ingreso en prisión en algún momento de sus vidas, y estos últimos no han obtenido altas puntuaciones en el PCL-R, lo cual no significa que no tengan comportamientos agresivos. Este dato ha podido producir la ausencia de diferencias y de manifestación de contenidos y movimiento agresivo en las respuestas.

Nos planteamos otra hipótesis, referida a que es la primera vez que se estudia la categoría de contenido agresivo en este tipo de población en España. En investigaciones previas se habían empleado muestras de hombres encarcelados con psicopatía moderada y severa (Meloy y Gacono, 1992b), de varones con trastorno antisocial de la personalidad divididos en dos grupos, con psicopatía severa y moderada (Gacono, 1990), de estudiantes universitarios también varones (Katko et al., 2010; Kivisto y Swan, 2013), de estudiantes universitarios de ambos géneros (Baity et al., 2000; Mihura et al., 2003), de pacientes ambulatorios hombres y mujeres (Baity y Hilsenroth, 1999), de adolescentes de los dos sexos juzgados por algún delito (Liebman et al., 2005), y de protocolos tomados de grupos de referencia de ambos géneros de pacientes ambulatorios y hospitalizados de Exner (1993)

(Baity y Hilsenroth, 2002). En España no existen estudios que hayan empleado el AgC con población drogodependiente, por lo que tampoco tenemos datos normativos poblacionales con los que poder comparar este resultado.

El indicador de contenido agresivo ha recibido menor apoyo empírico que otras variables del test de Rorschach, no coincidiendo los diferentes estudios en sus conclusiones. En nuestra muestra, se ha encontrado una media de 2,05 (DT=1,81) de contenidos agresivos según el listado de Gacono y Meloy (1994). Este dato es inferior a otras muestras, como la de Blais et al. (2001), quienes hallaron una media de AgC de 2,75 (DT=1,81) en una muestra de 217 pacientes ambulatorios con diagnósticos de trastornos de personalidad del clúster B. Es menor también que la media de Kivisto y Swan (2013) de 4,69 (DT=2,60) con estudiantes universitarios, la de Huprich et al. (2004) empleando población encarcelada con altas puntuaciones en psicopatía (M=2,65; DT=1,92) o del estudio de Mihura et al. (2003) con una muestra de estudiantes universitarios (M=3,87 y DT=2,89). Ninguna de ellas se ha realizado con población drogodependiente, lo que consideramos ha afectado a los resultados en el sentido de no tener grupos de comparación con estas características.

Sin embargo, Gacono (1990) empleando población carcelaria con psicopatía severa y con psicopatía moderada obtuvo una media para el primer grupo de de 1,64 y para el segundo grupo de 1,00, lo que se acerca más a nuestros resultados. Gacono y Meloy (1992) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable en una muestra de varones encarcelados entre un grupo de personas con psicopatía y sin psicopatía. Y Weizmann-Henelius et al. (2006) tampoco encontraron diferencias estadísticamente significativas en el indicador en una muestra finlandesa entre un grupo de 45 delincuentes violentos y 30 no delincuentes. Lo explicaron desde la heterogeneidad de la muestra y la necesidad de examinar de nuevo en muestras forenses el listado propuesto por Gacono y Meloy (1994) y Baity et al. (2000), debido a las diferencias culturales.

Otra posible explicación está basada en las características de nuestra muestra, en concreto se centra en los rasgos de las personalidades drogodependientes. Como vimos, pueden acudir a un centro de tratamiento para obtener algún beneficio (Roldán, 1996), por lo que tratarán de inhibir aquellas respuestas relacionadas con la agresividad. Muchos de los pacientes de la muestra acudieron al centro para cumplir una pena alternativa por algún delito o por la necesidad de recibir informes favorables por parte de su equipo terapéutico para obtener prestaciones económicas. Exner (1994) señaló que las personas con trastornos

caracteriales, dentro de los cuales se encontraría la psicopatía, podían reconocer situaciones sociales o clínicas en las cuales la respuesta agresiva no debería ser verbalizada, censurándola. Mihura et al. (2003) demandaron precaución a la hora de interpretar resultados respecto a la agresividad en situaciones donde los encuestados tienen una alta motivación para suprimir las respuestas de agresión, como es el caso de nuestra muestra. Y Liebman et al. (2005) coincidieron con esto, ya que encontraron también una media de AgC inferior a otros estudios, en concreto de 1,51 (DT=1,26) en una muestra de adolescentes que habían cometido algún delito. Estos autores explicaron el resultado desde una postura defensiva en los sujetos por las consecuencias que pueden tener los resultados del test, ya que pueden verse como socialmente inaceptables o influir negativamente en su evaluación. Por tanto, a pesar de que es complicado manipular de manera global los resultados del Rorschach, la deseabilidad social o el falseamiento pueden haber influido en la censura de esta respuesta concreta de contenidos agresivos. No obstante, es necesario continuar investigando esta variable en otros centros de drogodependencias y otras poblaciones para confirmar que esto es así.

Es posible plantear otra hipótesis sobre los hallazgos: el listado empleado para valorar la categoría de contenido agresivo (AgC), elaborado por Gacono y Meloy en 1994, es antiguo y no se ha replicado con población española. En 1999, Baity y Hilsenroth prevenían de la ausencia de investigación en la valoración de la agresión a través del test de Rorschach y respecto a esta lista de sustantivos, por no estar adecuadamente replicada. Únicamente han reelaborado el listado Baity et al. en el año 2000 y Meyer et al. en 2011. En la actualidad, ciertos tipos de imágenes agresivas no son codificadas con el contenido agresivo (Katko et al., 2009), pese a la introducción de nuevo sistema R-PAS y su listado con 72 objetos (Meyer et al., 2011). Es importante tener en cuenta los factores culturales para no aplicar el listado de manera mecánica (Meyer et al., 2011), lo que no ha podido hacerse en la presente investigación por no tener referencias españolas con las cuales poder comparar. Opinamos como Katko et al. (2009) que aún queda mucho por investigar en este tipo de respuestas de agresión, puesto que la realidad actual es el escaso avance en el estudio de esta variable. Es imprescindible continuar explorando en esta línea, para obtener un mayor conocimiento de la agresión en determinados tipo de población, medida a través de un test en el cual es más complicado manipular sus resultados, pese a la censura que se puede realizar de determinadas respuestas. Además se ha detectado la necesidad de replicación del listado de contenidos

agresivos y de actualización, ampliación y validación con población española, por lo que se plantea como un objetivo para futuras investigaciones.

El quinto objetivo consistió en comparar ambos grupos de drogodependientes de nuestra muestra en las 114 variables Rorschach no empleadas para explorar las diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Con los resultados se hallaron los indicadores más relevantes, para finalmente trazar el perfil de drogodependiente con psicopatía de la muestra empleada. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en 10 variables: calidad evolutiva vaga (DQ_v), calidad formal sin forma (FQ_{sin}), movimiento humano sin forma (M_{sin}), color puro (C), suma total de sombreado (SumSH), recursos accesibles (EA), D, D_{ajd} , contenido de sangre (Bl) y contenido de geografía (Ge).

El grupo de drogodependientes con psicopatía presentaba un análisis del campo estimular primitivo e inmaduro (DQ), así como dificultades en el ajuste perceptivo, no realizando una adecuada traducción desde lo que reciben por los sentidos a los códigos que se encuentran en la memoria (FQ). Estos resultados en relación con los déficits en la capacidad cognitiva de las personalidades psicopáticas coinciden con los encontrados por Gacono y Meloy (1992), Meloy y Gacono (1993), Meloy et al. (1994), Gacono et al. (2000), Johansson y Kerr (2005) o Herpertz y Sass (2000). Estos últimos autores afirmaron que existían déficits en el procesamiento de la información externa en sujetos con psicopatía que interfería con el establecimiento de asociaciones condicionadas. En nuestro caso, esos déficits de procesamiento están relacionados con una percepción errónea del estímulo y una posterior traducción incorrecta respecto a la información que poseen. Y percibir eventos de esta manera lleva a formarse impresiones erróneas de uno mismo y los otros, lo que genera dificultad en situaciones sociales, deterioro para formar relaciones cercanas, menos interés en los otros y más probabilidad de malinterpretar la conducta e intenciones de otras personas (Vanem et al., 2008). Esta relación entre el sistema cognitivo y las relaciones sociales nos conduce a la exposición de los resultados en el plano interpersonal de estos sujetos. Recordemos que tienen dificultades para establecer relaciones y vínculos con otras personas (T), pero muestran interés por otras personas (H) y parece que no sienten sensación de soledad o aislamiento social (Ge). Insistimos en tomar este dato con precaución puesto que este último indicador se incluye en un índice en el que influyen más variables que no han resultado estadísticamente significativas.

Los sujetos de la muestra con psicopatía emplean en mayor medida que aquellos sin psicopatía respuestas de movimiento humano abstractas o simbólicas (M), lo que conlleva un distanciamiento del estímulo que se les muestra, no implicándose en su respuesta, añadiendo proyección a las mismas y no teniendo que realizar ningún esfuerzo cognitivo. En relación con este resultado, varios estudios han mostrado que las personas con altas puntuaciones en psicopatía tienen un aprendizaje emocional deficiente, se distancian de lo afectivo, mostrando un funcionamiento exclusivamente racional (Herpertz y Sass, 2000; Louth et al., 1998; Pozueco y Moreno, 2013; Williamson et al., 1991), lo que produce en estos sujetos frialdad o indiferencia emocional (Cleckley, 1941; Cooke y Michie, 2001; Hare, 2003b). Por su parte, Vanem et al. (2008), empleando una muestra 60 drogodependientes en Noruega encontraron un aumento de M-, lo que significa que su pensamiento era más incoherente e ilógico y su percepción y prueba de realidad más imprecisa que en estudiantes y no pacientes.

Las personas drogodependientes con altas puntuaciones en psicopatía de la muestra cuentan con más recursos personales para hacer frente a las demandas del medio, ejerciendo mayor control sobre lo que les sucede (EA), tanto en el momento puntual de realización la prueba como en su capacidad habitual (D y D ajustada). Estos datos referidos al intento de control frecuente de los acontecimientos, junto con el distanciamiento emocional antes expuesto, pueden explicar características del trastorno como la manipulación y el engaño (Cleckley, 1941; Hare, 1991, 2003b). De nuevo, coincide este resultado con la estrategia que emplean respecto a la eliminación de los factores de sobrecarga situacional.

Sin embargo, en el nivel afectivo, existe dificultad en el control de las emociones, descargándolas de manera repentina y brusca, es decir, no tienen una adecuada modulación en esta área (C). La impulsividad también se ha descrito como característica importante y compartida entre la psicopatía (Cleckley, 1941; Hare, 1991, 2003b) y la drogodependencia (Cunningham y Reidy, 1998; Derefinko y Lynam, 2007; González et al., 1999; Hemphill et al., 1994; Hopley y Brunelle, 2012; Patrick et al., 2007; Ruiz et al., 2008; Tahir, 2009; Walsh et al., 2007), lo cual hemos confirmado al hallarlo en nuestra muestra de drogodependientes con altas puntuaciones en el trastorno pero no en el grupo drogodependiente sin psicopatía. Williamson et al., (1991) hipotizaron un menor control sobre sus conductas que las personas sin el trastorno psicopático debido en parte a un déficit en el procesamiento del lenguaje, ya que los mecanismos internos de habla y sus componentes afectivos tenían importancia en el autocontrol de la conducta. Si a todo ello le añadimos el resultado encontrado respecto al

menor sufrimiento psíquico sentido por el sujeto (SumSH), nos podemos encontrar en esta muestra con perfiles de sujetos impulsivos, con ausencia de culpa y manipuladores. De nuevo estos datos coinciden con las características descritas en la psicopatía, y con los hallados respecto a que las mayores dificultades de estos individuos se manifiestan en el plano interpersonal. A pesar de no haber encontrado diferencias en los niveles de agresividad entre el grupo de drogodependientes con psicopatía y sin psicopatía, el primer grupo ha expresado mayores respuestas con contenido de sangre (BI), lo que señala cierta manifestación de la agresión.

Hay que indicar que de las 10 variables, son M_{sin} , EA, SumSH y BI las que mayor peso e influencia han tenido en nuestros resultados. Esto, unido a las diferencias significativas halladas en Y e T, nos refleja un perfil de nuestros 15 sujetos drogodependientes con psicopatía en los cuales predominan el distanciamiento emocional, las dificultades para establecer vínculos, la impulsividad, la ausencia de malestar emocional general, y las manifestaciones de agresión. El perfil de esos individuos coincide con características que recoge el PCL-R como el pobre autocontrol de la conducta, la impulsividad, el encanto superficial, la ausencia de remordimientos y empatía o la insensibilidad afectiva (Hare, 2003b).

Es la primera vez que se ofrece un perfil del sujeto drogodependiente con psicopatía a través del test Rorschach en España, lo que aporta información sobre ambos trastornos y profundiza en las características que presentan. Todos estos datos son importantes en la investigación actual, ya que presentan rasgos del sujeto drogodependiente con psicopatía de nuestra muestra coherente con las características de la persona con altas puntuaciones en psicopatía descritas por la literatura.

Limitaciones y Fortalezas del Estudio

Entre las limitaciones del estudio, se encuentra la muestra empleada. Se ha empleado una muestra de 84 sujetos drogodependientes, pero no se ha realizado la comparación con un grupo control de no pacientes o con un grupo de pacientes no drogodependientes. Nuestra muestra tiene pocos sujetos para poder establecer conclusiones generalizables a otros grupos de drogodependientes o de personas con psicopatía. En los estudios en los que se emplea el test de Rorschach en la valoración de la psicopatía se han empleado pocos individuos. Por

ejemplo, Gacono et al. (1990) emplearon 42 sujetos, Gacono et al. (1992) 43 individuos, Meloy et al. (1994) basaron su investigación en 41 personas, Daderman y Jonson (2008) incluyeron únicamente 10 participantes, Franks et al. (2009) utilizaron una muestra 45 varones, y Weizmann-Henelius (2006) 75 mujeres. Las muestras más grandes que hemos encontrado son las de Gacono et al. (2000) de 109 individuos y la de Bridges et al. (1998) con 120 sujetos. El escaso número de participantes en las distintas investigaciones puede deberse a dos razones fundamentales. La primera de ellas es la dificultad de acceso a población psicopática, y que estos acepten formar parte de una investigación con el test de Rorschach. Y la segunda son los requisitos que exige la prueba para los examinadores: requiere una amplia formación y cada aplicación, corrección e interpretación de los protocolos conlleva una inversión de tiempo y esfuerzo personal. El tamaño de nuestra muestra no permite, por tanto, la generalización de resultados, pero es una de las muestras más grandes de las utilizadas en estudios similares, y aporta datos importantes para la investigación en España con el test de Rorschach en población drogodependiente y con altas puntuaciones en psicopatía.

Por otro lado, la desproporción en el tamaño del grupo de drogodependientes con psicopatía frente al de drogodependientes sin psicopatía, de 15 sujetos el primero y de 69 el segundo, ha podido influir en los resultados y limitar su validez. Como hemos visto, es un número adecuado de sujetos empleando el test de Rorschach, pero es una muestra pequeña para poder generalizar a otro grupo de drogodependientes con psicopatía, a otro centro de drogodependencia o a otra localización geográfica. Sería interesante poder ampliar la muestra a otros centros de atención al drogodependiente, en distintas localizaciones tanto dentro de la Comunidad de Madrid como fuera de ella, con el objetivo de tener una muestra más heterogénea y permitir así una mayor generalización de resultados. También nos planteamos la selección de más participantes de ambos géneros para poder comprobar si existen diferencias entre hombres y mujeres, punto que no se ha analizado en el estudio.

A pesar de las limitaciones mencionadas, el estudio es importante por varios motivos. Uno de ellos es que en España no se tiene constancia de que se haya realizado un estudio en un centro de drogodependencias valorando la existencia de psicopatía en los pacientes, a través del PCL-R y el test de Rorschach. Por lo que esta investigación ha sido novedosa tanto por las herramientas empleadas con población drogodependiente, como por la valoración del objeto de estudio, la psicopatía, con una prueba proyectiva, que dificulta al sujeto la distorsión

de los resultados (Exner, 1994; Sendín, 2007). Ha aportado interesantes hallazgos en relación a las características que muestran las personas con dependencia de sustancias y psicopatía en el centro de drogodependencias empleado, pudiendo establecer un perfil de los mismos, como se ha expuesto anteriormente.

Otra fortaleza de la investigación es el empleo del test de Rorschach para la valoración de la psicopatía como complemento del PCL-R, que entraña la dificultad de necesitar tiempo para su realización y posterior corrección e interpretación, por lo que los 84 protocolos han requerido de tiempo y esfuerzo por parte de la examinadora. El Rorschach es útil ya que aporta información acerca de la personalidad del sujeto y la manera de funcionamiento en su medio, lo que favorece el conocimiento de características que no aporta el PCL-R, complementándolo. Cunningham y Reidy (1998) señalaron el vacío de estudios relacionados con la psicopatía o el TAP empleando el test de Rorschach, estando las investigaciones dirigidas principalmente por la colaboración de un grupo de autores, con Gacono y Meloy a la cabeza. Esto se mantiene así en la actualidad, como se ha podido comprobar en los estudios planteados en la presente investigación. Se amplían con este estudio los datos existentes entre el Rorschach y la psicopatía, especialmente en nuestro país.

Consideramos que es importante y necesario ampliar el conocimiento de la psicopatía en población exclusivamente drogodependiente. Las muestras de personas con altas puntuaciones en el trastorno se han recogido principalmente con población penitenciaria (Bridges et al., 1998; Cooke et al., 2004; Franks et al., 2009; Gacono et al., 2000; Hart et al., 1991; Hemphil et al., 1994; Kennealy, Hicks y Patrick, 2007; Louth et al., 1998; Meloy et al., 1994; Patrick et al., 2007; Warren y South, 2006; Weizmann-Henelius et al., 2006), elevando las puntuaciones del Factor II del PCL-R, y valorando la comorbilidad con el abuso de sustancias en algunos de ellos (Hemphil et al., 1994; Kennealy et al., 2007; Walsh et al., 2007). Pero son pocos los estudios en los que se han empleado exclusivamente sujetos con dependencias a sustancias con el objetivo de estudiar el trastorno psicopático (Hemphala y Tengstrom, 2010). En nuestro caso, el 60,7% de la muestra total nunca ha ingresado en prisión, lo que ha generado menores valores en el Factor II, afectando al total de la puntuación del PCL-R.

Futuras Líneas de Investigación

Nos planteamos en futuras líneas de investigación tres grandes puntos. El primero de ellos es la inclusión de un grupo control de pacientes no drogodependientes y otro grupo control de no pacientes para ayudar a la generalización de los resultados. Con esto perseguimos conocer la contaminación que los efectos del consumo de drogas han podido arrojar sobre los resultados respecto a la psicopatía, hallando las características diferenciales en este trastorno para población drogodependiente. Se valora que el estudio de la psicopatía es importante por las consecuencias que tiene: un mayor riesgo de consumir sustancias (Derefinko y Lynam, 2007; Gudonis et al., 2009; Wilson et al., 2011), cometer delitos (Hare y Neumann, 2009) y mostrar conductas violentas (Hare, 1999; Hare y Neumann, 2009). Seguir estudiando el trastorno con población española se vuelve imprescindible, ya que la expresión de la psicopatía puede estar influenciada por procesos culturales (Cooke y Michie, 1999), y muchas de las investigaciones se han realizado con población norteamericana. De esta manera conoceríamos con mayor detalle las características diferenciales que manifiestan distintas culturas.

Otro punto para un futuro estudio que planteamos es tener en cuenta una mayor heterogeneidad de la muestra en relación a los años y la evolución del consumo, así como un grupo control para aislar las características o la sintomatología que se deban a los efectos del consumo. Pese a que la investigación gira en torno a la psicopatía, la muestra utilizada es de personas con dependencia a una o varias sustancias, con una evolución del consumo en un 69,1% de ellas de más de 10 años. En concreto para el grupo de 15 pacientes con psicopatía, más de la mitad de la muestra presentaba este patrón de consumo: siete sujetos mostraban un consumo mayor a 20 años, dos entre 15 y 20 años, un paciente entre 10 y 15 años, tres de ellos entre cinco y 10 años, y en dos personas su consumo era inferior a cinco años. Ello nos da una visión sesgada respecto al trastorno, puesto que no se ha analizado y separado el efecto que el consumo de drogas ha podido tener sobre los resultados al no haberlo comparado con individuos sin dependencia de sustancias. Como se ha mostrado, el consumo prolongado de sustancias puede generar consecuencias cognitivas, afectivas, familiares, interpersonales y legales (Becoña, 2009; González et al., 1999; Sánchez y Berjano, 1996; Sánchez et al., 2002; Senbajo et al., 2009; Tahir, 2009; Tavares et al., 2008; Trucco et al., 2007), lo que pensamos ha afectado a los resultados. Nos planteamos que los resultados hallados respecto a la ausencia de diferencias significativas en determinadas variables entre los dos grupos de

drogodependientes planteados en el estudio, se pueden deber no solo a las puntuaciones en psicopatía, sino también al consumo de drogas o a la interacción de ambos trastornos. Por ello, sería interesante ampliar la muestra a población no drogodependiente con la que comparar los resultados.

La tercera línea de investigación que nos planteamos es la ampliación de la variable de agresión a través de tres de los índices de agresión que establecieron Gacono y Meloy (1994) y que han sido estudiados por otros autores (Baity y Hilsenroth, 1999, 2002; Gacono et al., 2005; Meloy y Gacono, 1993; Weizmann-Henelius et al., 2006). Los indicadores son el contenido agresivo (AgC), el potencial agresivo (AgPot) y la agresión pasada (AgPast). El primero de ellos no posee una replicación adecuada en España, y nuestra hipótesis es que el listado establecido por Gacono y Meloy en 1994 con población norteamericana no sería el mismo que el que se pueda crear en nuestro país, debido principalmente a las diferencias culturales y al léxico diferencial. Hallar un listado válido y actualizado para población española facilitaría futuras investigaciones, para lo cual sería necesario ampliar la muestra tanto con la inclusión de pacientes con distintas psicopatologías como de no pacientes. En el estudio actual se descartaron AgPot y AgPast por ser variables poco investigadas y por tanto carecer del respaldo científico que posee AgC. Otro objetivo sería obtener una gran muestra de protocolos para poder dotar a los indicadores de mayor rigor científico, validando en España las variables a través de distintos examinadores para conseguir una adecuada fiabilidad interjueces.

La investigación actual aporta datos relevantes para los profesionales que trabajan y/o investigan tanto con población psicopática como drogodependiente, así como para aquellas personas formadas e interesadas en el test de Rorschach. La herramienta facilita al examinador completar otras pruebas y elaborar un perfil de los rasgos afectivos, cognitivos, interpersonales, de autopercepción y de manejo del estrés de los individuos. El inicio de este trabajo surgió de la clínica y de la curiosidad por los pacientes con determinados rasgos, ampliándose con sus resultados el conocimiento acerca de la psicopatía, y las conclusiones del mismo apuntan que la evaluación de dichas características es esencial para poder establecer un diagnóstico y tratamiento. Para ello se propone y defiende el test de Rorschach como un instrumento adecuado, en el trabajo con distintas patologías, como se ha mostrado con la psicopatía y la drogodependencia. Y se anima a que se continúe investigando para avanzar en

el conocimiento de la psicopatología y de las herramientas de valoración y evaluación de la personalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado: DSM-IV-TR. Breviario. Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2014a). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2014b). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Tomo 1*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2014c). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Tomo 2 (5ª ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, J.L., Sellbom, M., Wygant, D.B., Salekin, R.T., y Krueger, R.F. (2014). Examining the associations between DSM-5 section III antisocial personality disorder traits and psychopathy in community and university samples. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 675-697.
- Arrigo, B.A., & Griffin, A. (2004). Serial Murder and the case of Aileen Wuornos: attachment theory, psychopathy, and predatory aggression. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 375-393.
- Aschieri, F. (2013). The conjoint Rorschach Comprehensive System: reliability and validity in clinical and nonclinical couples. *Journal of Personality Assessment*, 95(1), 46-53.
- Ávila, J.J., y Villa, R. (2007). Presentación de diferentes trastornos psicopatológicos en la dependencia de alcohol y cocaína. *Trastornos Adictivos*, 9(4), 279-283.
- Babiak, P., Neumann, C.S., & Hare, R.D. (2010). Corporate psychopathy: talking the walk. *Behavioral Sciences and the Law*, 28, 174-193.
- Baity, M.R., & Hilsenroth, M.J. (1999). Rorschach aggression variables: a study of reliability and validity. *Journal of Personality Assessment*, 72(1), 93-110.

- Baity, M.R., & Hilsenroth, M.J. (2002). Rorschach aggressive content (AgC) variable: a study of criterion validity. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 275-287.
- Baity, M.R., McDaniel, P.S., & Hilsenroth, M.J. (2000). Further exploration of the Rorschach Aggressive Content (AgC) variable. *Journal of Personality Assessment*, 74(2), 231-241.
- Becoña, E. (2009). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sendín y F. Ramos. *Manual de Psicopatología. Edición Revisada, Vol. I* (pp. 375-402). Madrid: McGraw Hill.
- Bergman, I., Haver, B., Bergman, H., Dahlgren, L., & Nielsen, G. (1998). Personality characteristics of women with alcohol addiction: a Rorschach study of women in an early treatment programme. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39, 47-54.
- Blackburn, R. (2006). Other theoretical models of psychopathy. En C.J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 35-57). New York: The Guilford Press.
- Blackburn, R. (2007). Personality disorder and antisocial deviance: comments on the debate on the structure of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 142-159.
- Blais, M.A., Hilsenroth, M.J., Castlebury, F., Fowler, J.C., Baity, M.R. (2001). Predicting DSM-IV Cluster B personality disorder criteria from MMPI-2 and Rorschach data: a test of incremental validity. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 150-168.
- Bridges, M.R., Wilson, J.S., & Gacono, C.B. (1998). A Rorschach investigation of defensiveness, self-perception, interpersonal relations, and affective states in incarcerated pedophiles. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 365-385.
- Brislin, S.J., Drislane, L.E., Smith, S.T., Edens, J. F., & Patrick, C.J. (2015). Development and validation of triarchic psychopathy scales from the multidimensional personality questionnaire. *Psychological Assessment*, 27(3), 838-851.
- Campo, V., & Vilar. N. (2007). Rorschach comprehensive system data for a sample of 517 adults from Spain (Barcelona). *Journal of Personality Assessment*, 89(S1), S149-S153.
- Campos. R.C. (2011). "It might be what I am": looking at the use of Rorschach in psychological assessment. *Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 18, 28-38.
- Caparrós, N. (1978). Psicopatología vincular: las psicopatías. *Clínica y Análisis Grupal*, 9, 28-38.

- Caparrós, N. (1981). *La construcción de la personalidad. Las psicopatías*. Madrid: Fundamentos.
- Cassella, M.J., & Viglione, D.J. (2009). The Rorschach texture response: a construct validation study using attachment theory. *Journal of Personality Assessment*, *91*(6), 601-610.
- Charro, B. (1994). *El funcionamiento psíquico de los toxicómanos a través del psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Chico, E., & Tous, J.M. (2003). Estructura factorial y validez discriminante del listado de psicopatía de Hare revisado. *Psicothema*, *15*(4), 667-672.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity: an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. United States: Literary Licensing, LLC.
- Cleckley, H. (1955). *The mask of sanity: an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality* (3th ed.). St. Louis, United States: The C.V. Mosby Company.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity: an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality* (5th ed.). St. Louis, United States: The C.V. Mosby Company.
- Cooke, D.J. (1995). Psychopathy disturbance in the Scottish prison population: the cross-cultural generalisability of the Hare Psychopathy Checklist. *Psychology, Crime and Law*, *2*(2), 101-118.
- Cooke, D.J., & Michie, C. (1997). An item response theory analysis of the Hare Psychopathy Checklist-Revised. *Psychological Assessment*, *9*(1), 3-14.
- Cooke, D.J., & Michie, C. (1999). Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*(1), 58-68.
- Cooke, D.J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, *13*, 171-188.
- Cooke, D.J., & Michie, C. (2010). Limitations of diagnostic precision and predictive utility in the individual case: a challenge for forensic practice. *Law and Human Behavior*, *34*, 259-274.
- Cooke, D.J., Michie, C., & Hart, S.D. (2006). Facets of clinical psychopathy. En C.J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 91-106). New York: The Guilford Press.

- Cooke, D.J., Michie, C., Hart, S.D., & Clark, D.A. (2004). Reconstructing psychopathy: clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 337-357.
- Craig, M.C., Catani, M., Deeley, Q., Latham, R., Daly, E., Kanaan, R.,... Murphy, D.G.M. (2009). Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular Psychiatry*, 14, 946-953.
- Cunliffe, T.B., Gacono, C.B., Meloy, R., Smith, J.M., Taylor, E.E., & Landry, D. (2012). Psychopathy and the Rorschach: a response to Wood et al. (2010). *Archives of Assessment Psychology*, 2(1), 1-31.
- Cunningham, M.D., & Reidy, T.J. (1998). Antisocial personality disorder and psychopathy: diagnostic dilemmas in classifying patterns of antisocial behavior in sentencing evaluations. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 333-351.
- Daderman, A.M., & Jonson, C. (2008). Lack of psychopathy character (Rorschach) in forensic psychiatric rapists. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(3), 176-185.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España: EDADES*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>.
- Derefinko, K.J., & Lynam, D.R. (2007). Using de FFM to conceptualize psychopathy: a test using a drug abusing sample. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 638-656.
- Díez-Rubio, M.C. (2011). Psicopatía: un enfoque clínico. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 78, 73-91.
- Dörr, A., & Viani, S. (2006). La prueba del Rorschach y la personalidad antisocial. *Salud Mental*, 29(6), 23-30.
- Drislane, L.E. Patrick, C.J., & Arsal, G. (2014). Clarifying the content coverage of differing psychopathy inventories through reference to the Triarchic Psychopathy Measure. *Psychological Assessment*, 26(2), 350-362.
- Escohotado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.

- Exner, J.E., Jr. (1969). Rorschach responses as an index of narcissism. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 33(4), 324-330.
- Exner, J. E., Jr. (1994). *El Rorschach, un Sistema Comprehensivo. Volumen 1: fundamentos básicos. Tercera edición*. Madrid: Psimática.
- Exner, J.E., Jr. (1996). *Guía de bolsillo de la calidad formal del Rorschach*. Madrid: Psimática.
- Exner, J.E., Jr. (2001). *Manual de codificación del Rorschach para el sistema comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- Exner, J.E., Jr. (2003). *The Rorschach: a Comprehensive System* (4th ed.). New York: Wiley.
- Exner, J.E., Jr. (2005). *Principios de interpretación del Rorschach. Un manual para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- Exner, J.E., Jr., Armbruster, G.L., & Viglione, D. (1978). The temporal stability of some Rorschach features. *Journal of Personality Assessment*, 42(5), 474-482.
- Exner, J.E., Jr., & Erdberg, P. (2005). *The Rorschach, a Comprehensive System. Volume 2: Advanced Interpretation* (3th ed.). New Jersey: Wiley.
- Exner, J.E., Jr., & Sendín, C. (1998). *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo* (2ª ed.). Madrid: Psimática.
- Fehr, L.A. (1976). Construct validity of the Holtzman Inkblot anxiety and hostility scores. *Journal of Personality Assessment*, 40(5), 483-486.
- 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. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 14(1), 27-41.
- Forth, A.E., Kosson, D.S., & Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Youth Version: PCL-YV*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Franks, K.W., Sreenivasan, S., Spray, B.J., & Kirkish, P. (2009). The mangled butterfly: Rorschach results from 45 violent psychopaths. *Behavioral Sciences and the Law*, 27, 491-506.

- Freud, A. (1967). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós Ibérica (trabajo original publicado en 1936).
- Freud, S. (1987a). Los delincuentes por sentimiento de culpabilidad. En *Obras Completas* (pp. 2427-2428). Madrid: Biblioteca Nueva (trabajo original publicado en 1916).
- Freud, S. (1987b). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras Completas* (pp. 1172-1237). Madrid: Biblioteca Nueva (trabajo original publicado en 1905).
- Gacono, C.B. (1990). An empirical study of object relations and defensive operations in antisocial personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 54(3 & 4), 589-600.
- Gacono, C.B., Bannatyne-Gacono, L., Meloy, J.R., & Baity, M.R. (2005). The Rorschach extended aggression scores. *Rorschachiana*, 27, 164-190.
- Gacono, C.B., Loving, J.M., & Bodholdt, R.H. (2001). The Rorschach and psychopathy: toward a more accurate understanding of the research findings. *Journal of Personality Assessment*, 7(1), 16-38.
- Gacono, C.B., & Meloy, J.R., (1992). The Rorschach and the DSM-III-R antisocial personality: a tribute to Robert Lindner. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 393-406.
- Gacono, C.B., & Meloy, J.R. (1994). *The Rorschach assessment of aggressive and psychopathic personalities*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gacono, C.B., & Meloy, J.R. (1997). Rorschach research and the psychodiagnosis of antisocial and psychopathic personalities. *Rorschachiana*, 22(1), 130-148.
- Gacono, C.B., Meloy, J.R., & Berg, J.L. (1992). Object relations, defensive operations, and affective states in narcissistic, borderline and antisocial personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 32-49.
- Gacono, C.B., Meloy, J.R., & Bridges, M.R. (2000). A Rorschach comparison of psychopaths, sexual homicide perpetrators and nonviolent pedophiles: where angels fear to tread. *Journal of Clinical Psychology*, 56(6), 757-777.
- Gacono, C.B., Meloy, J.R., & Heaven, T.R. (1990). A Rorschach investigation of narcissism and hysteria in antisocial personality. *Journal of Personality Assessment*, 55(1&2), 270-279.
- García de la Hoz, A. (2004). *Teoría psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Garrido, V. (2002). El tratamiento del psicópata. *Psicothema*, 14, Supl., 181-189.
- González, E. (1996). Estructura de personalidad en toxicómanos a través del test de Rorschach. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Oviedo, Oviedo.
- González, E.I., González, M.P., Sáiz, P.A., & Bobes, J. (1999). Capacidad de control del drogodependiente. *Psicothema*, 11(2), 375-384.
- Grann, M., Langström, M., Tengström, A., & Stalenheim, E.G. (1998). Reliability of file-based retrospective ratings of psychopathy with the PCL-R. *Journal of Personality Assessment*, 70(3), 416-426.
- Grieve, R. (2012). The role of personality, psychopathy, and previous experience with assessment in intentions to fake in psychological testing. *Current Psychology*, 31(4), 414-422.
- Gudonis, L.C., Derenfinko, K., & Giancola, P.R. (2009). The treatment of substance misuse in psychopathic individuals: why heterogeneity matters. *Substance Use & Misuse*, 44, 1415-1433.
- Halty, L., & Prieto, M. (2015). Neurophysiological indicators of emotional processing in youth psychopathy. *Psicothema*, 27(3), 235-240.
- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1(2), 111-119.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (1st ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (1999). Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric Quarterly*, 70(3), 181-197.
- Hare, R.D. (2003a). *Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*. Barcelona: Paidós.
- Hare, R.D. (2003b). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (2010). *Escala de evaluación de la psicopatía de Hare revisada: PCL-R* (2ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.

- Hare, R.D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 623-645.
- Hare, R.D., Hart, S.D., & Harpur, T.J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 391-398.
- Hare, R.D., & Neumann, C.S. (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports*, 7, 57-64.
- Hare, R.D., & Neumann, C.S. (2006). The PCL-R assessment of psychopathy. En C.J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 58-88). New York: The Guilford Press.
- Hare, R.D., & Neumann, C.S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217-246.
- Hare, R.D., & Neumann, C.S. (2009). Psychopathy: assessment and forensic implications. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 791-802.
- Hare, R.D., & Neumann, C.S. (2010). The role of antisociality in the psychopathy construct: comment on Skeem and Cooke (2010). *Psychological Assessment*, 22(2), 446-454.
- Harris, G.T., & Rice, M.E. (2006). Treatment of psychopathy. A review of empirical findings. En C.J. Patrick (Ed.). *Handbook of Psychopathy* (pp.555-572). New York: The Guilford Press.
- Hart, S.D., Cox, D.N., & Hare, R.D. (1995). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hart, S.D., Forth, A.E., & Hare, R.D. (1991). The MCMI-II and the psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 5(4), 318-327.
- Hart, S.D., & Hare, R.D. (1989). Discriminant validity of the Psychopathic Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment*, 1, 211-218.
- Hart, S.D., & Hare, R.D. (1994). Psychopathy and the Big Five: correlations between observer's ratings of normal and pathological personality. *Journal of Personality Disorders*, 81(1), 32-40.

- Hemphälä, M., & Tengström, A. (2010). Associations between psychopathic traits and mental disorders among adolescents with substance use problems. *British Journal of Clinical Psychology, 49*, 109-122.
- Hemphill, J.F., & Hare, R.D. (1996). Psychopathy Checklist factor scores and recidivism. *Issues in Criminological and Legal Psychology, 24*, 68-73.
- Hemphill, J.F., Hare, R.D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: a review. *Legal and Criminological Psychology, 3*(1), 139-170.
- Hemphill, J.F., Hart, S.D., & Hare, R.D. (1994). Psychopathy and substance use. *Journal of Personality Disorders, 8*(3), 169-180.
- Herpertz, S.C., & Sass, H. (2000). Emotional deficiency and psychopathy. *Behavioral Sciences and the Law, 18*, 567-580.
- Hicks, B.M., & Patrick, C.J. (2006). Psychopathy and negative affectivity: analyses of suppressor effects reveal distinct relations with trait anxiety, depression, fearfulness, and anger-hostility. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(2), 276-287.
- Holtzman, W.H. (1950). Validation studies of the Rorschach test: impulsiveness in the normal superior adult. *Journal of Clinical Psychology, 6*(4), 348-351.
- Hopley, A., & Brunelle, C. (2012). Personality mediators of psychopathy and substance dependence in male offenders. *Addictive Behavior, 37*(8), 947-955.
- Huprich, S.K., Gacono, C.B., Schneider, R.B., & Bridges, M.R. (2004). Rorschach oral dependency, sexual homicide perpetrators and nonviolent pedophiles. *Behavioral Sciences and Law, 22*, 345-356.
- Iwasa, K., & Ogawa, T. (2010). The relationship between texture responses on the Rorschach and adult attachment. *Rorschachiana, 31*, 4-21.
- Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M., & Levander, M. (2002). On the operationalization of psychopathy: further support for a three-faceted personality oriented model. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*(Suppl. 412), 81-85.
- Johansson, P., & Kerr, M. (2005). Psychopathy and intelligence: a second look. *Journal of Personality Disorders, 19*(4), 357-369.

- Johns, J.H., & Quay, H.C. (1962). The effect of social reward on verbal conditioning in psychopathic and neurotic military offenders. *Journal of Consulting Psychology, 26*(3), 217-220.
- Kamphuis, J.H., Kugeares, S.L., & Finn, S.E. (2000). Rorschach correlates of sexual abuse: trauma content and aggression indexes. *Journal of Personality Assessment, 75*(2), 212-224.
- Karsvnie, B.M., Lazcano de Anta, A.M., Rigazzio, J.M., & Saade de Alonso, S.C. (2000). Puntos de pericia a través del Rorschach en homicidas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 10*(2), 25-36.
- Katko, N.J., Meyer, G.J., Mihura, J.L., & Bombel, G. (2009). The interrater reliability of Elizur's hostility systems and Holt's aggression variables: a meta-analytical review. *Journal of Personality Assessment, 91*(4), 357-364.
- Katko, N.J., Meyer, G.J., Mihura, J.L., & Bombel, G. (2010). A principal components analysis of Rorschach aggression and hostility variables. *Journal of Personality Assessment, 92*(6), 594-598.
- Kennealy, P.J., Hicks, B.M., & Patrick, C.J. (2007). Validity of factors of the Psychopathy Checklist-Revised in female prisoners: discriminant relations with antisocial behavior, substance abuse, and personality. *Assessment, 14*(4), 323-340.
- Kernberg, O. (1976). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós.
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Manual Moderno.
- Kernberg, O. (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. México: Manual Moderno.
- Kivisto, A.J., & Swan, S.A. (2013). Rorschach measures of aggression: a laboratory-based validity study. *Journal of Personality Assessment, 95*(1), 38-45.
- Kleiger, J.H. (1997). Rorschach shading responses: from a printer's error to an integrated psychoanalytic paradigm. *Journal of Personality Assessment, 69*(2), 342-364.
- Klopper, B., & Davidson, H.H. (1979). *Manual introductorio a la técnica del Rorschach* (6ª ed.). Buenos Aires: Paidós.

- Kohut, H. (1977). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kohut, H. (1980). *La restauración del sí mismo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Kostogianni, N. (2010). The Rorschach in planning treatment of alcohol addiction patients: two clinical case studies with de Comprehensive System. *Rorschachiana*, 31(2), 192-222.
- Krueger, R.F., Markon, K.E., Patrick, C.J., Benning, S.D., & Kramer, M.D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 645-666.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ley Orgánica de Protección de Datos, Ley 15, 1999, BOE 298, 43088-43099.
- Liebman, S.J., Porcerelli, J., & Abell, S.C. (2005). Reliability and validity of Rorschach aggression variables with a sample of adjudicated adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 85(1), 33-39.
- Lindner, R.M. (1943). The Rorschach test and the diagnosis of psychopathic personality. *Journal of Criminal Psychopathology*, 5, 69-93.
- López, S. (2013). Revisión de la psicopatía: pasado, presente y futuro. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24(2), 1-16.
- Louth, S.M., Williamson, S., Alpert, M., Pouget, E.R., & Hare, R.D. (1998). Acoustic distinctions in the speech of male psychopaths. *Journal of Psycholinguistic Research*, 27(3), 375-384.
- Loving, J.L., & Russell, W.F. (2000). Selected Rorschach variables of psychopathic juvenile offenders. *Journal of Personality Assessment*, 75(1), 126-142.
- Lykken, D.T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55(1), 6-10.
- Lykken, D.T. (1996). Psychopathy, sociopathy and crime. *Society*, 1, 29-38.
- Lykken, D.T. (2000). *Las personalidades antisociales*. Barcelona: Herder.

- Lynam, D.R., & Derefinko, K.J. (2006). Psychopathy and Personality. En C.J. Patrick (Ed.). *Handbook of Psychopathy* (pp. 133-155). New York: The Guilford Press.
- Lynam, D.R., & Gudonis, L. (2005). The development of psychopathy. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 381-407.
- Lynam, D.R., & Widiger, T.A. (2007). Using a general model of personality to identify the basic elements of psychopathy. *Journal of Personality Disorders, 21*(2), 160-178.
- Mailer, N. (2008). *La canción del verdugo* (4ª ed.). Barcelona: Compactos Anagrama.
- Marsh, A., & Viglione, D.J. (1992). A conceptual validation study of the texture response on the Rorschach. *Journal of Personality Assessment, 58*(3), 571-579.
- Martínez, J.M. (2010). Intervención psicológica en pacientes con comorbilidad del consumo de cocaína y alcohol y trastornos de personalidad. *Trastornos adictivos, 12*(4), 140-143.
- Mattlar, C.R. (2004). Rorschach Comprehensive System is reliable, valid and cost-effective. *Rorschachiana, 26*, 158-186.
- McCann, J.T. (2002). Book review: unmasking psychopathy. *Journal of Personality Assessment, 79*(2), 371-374.
- Meloy, J.R. (1997). The psychology of wickedness: psychopathy and sadism. *Psychiatric Annals, 27*(9), 630-633.
- Meloy, J.R. (2002a). *The psychopathic mind. Origins, dynamics, and treatment*. Oxford: Aronson.
- Meloy, J.R. (2002b). The “polymorphously perverse” psychopath: understanding a strong empirical relationship. *Bulletin of Menninger Clinic, 66*(3), 273-289.
- Meloy, J.R. (2005). Comment: some reflections on What’s wrong with the Rorschach? *Journal of Personality Assessment, 85* (3), 344-346.
- Meloy, J.R., & Gacono, C.B. (1992a). A psychotic (sexual) psychopath: “I just had a violent thought...”. *Journal of Personality Assessment, 58*(3), 480-493.
- Meloy, J.R., & Gacono, C.B. (1992b). The aggression response and the Rorschach. *Journal of Clinical Psychology, 48*(1), 104-114.

- Meloy, J.R., & Gacono, C.B. (1993). A borderline psychopath: "I was basically maladjusted...". *Journal of Personality Assessment*, *61*(2), 358-373.
- Meloy, J.R., & Gacono, C.B. (1994). A neurotic criminal: "I've learned my lesson...". *Journal of Personality Assessment*, *63*(1), 27-38.
- Meloy, J.R., Gacono, C.B., & Kenney, L. (1994). A Rorschach investigation of sexual homicide. *Journal of Personality Assessment*, *62*(1), 58-67.
- Meloy, J.R., Hansen, T.L., & Weiner, I.B. (1997). Authority of the Rorschach: legal citations during the past 50 years. *Journal of Personality Assessment*, *69*, 53-62.
- Meyer, G.J., Hilsenroth, M.J., Baxter, D., Exner, J.E.Jr., Fowler, J.C., Piers, C.C., & Resnick, J. (2002). An examination of interrater reliability for scoring the Rorschach Comprehensive System in eight data sets. *Journal of Personality Assessment*, *78*(2), 219-274.
- Meyer, G.J., Hsiao, W.C., Viglione, D.J., Mihura, J.L., & Abraham, L.M. (2013). Rorschach score in applied clinical practice: a survey of perceived validity by experienced clinicians. *Journal of Personality Assessment*, *95*(4), 351-365.
- Meyer, G.J., Mihura, J.L., & Smith, B.L. (2005). The interclinician reliability of Rorschach interpretation in four data sets. *Journal of Personality Assessment*, *84*(3), 296-314.
- Meyer, G.J., Viglione, D.J., Mihura, J.L., Erard, R.E., & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: administration, coding, interpretation and technical manual*. Toledo, USA: Allegra Printing Services.
- Mihura, J.L., Meyer, G.J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2013). The validity of individual Rorschach variables: systematic reviews and meta-analyses of the Comprehensive System. *Psychological Bulletin*, *139*(3), 548-605.
- Mihura, J.L., & Nathan-Montano, E. (2001). An interpersonal analysis of Rorschach aggression variables in a normal sample. *Psychological Reports*, *89*, 617-623.
- Mihura, J.L., Nathan-Montano, E., & Alperin, R.J. (2003). Rorschach measures of aggressive drive derivatives: a college student sample. *Journal of Personality Assessment*, *80* (1), 41-49.

- Miller, J.D., & Lynam, D.R. (2003). Psychopathy and the Five-Factor model of personality: a replication and extension. *Journal of Personality Assessment*, 81(2), 168-178.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de personalidad en la vida moderna* (2ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Mirapeix, C. (2009). Trastornos de la personalidad. En T. Palomo y M.A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de Psiquiatría* (pp. 425-448). Madrid: Ene Life Publicidad.
- Mokros, A., Hare, R.D., Neumann, C.S., Santtila, P., Habermeyer, El., & Nitschke, J. (2015). Variants of psychopathy in adult male offenders: a latent profile analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 372-386.
- Moltó, J., Poy, R. & Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *Journal of Personality Disorders*, 14(1), 84-96.
- Moltó, J., Poy, R. & Torrubia, R. (2010). Adaptación española del PCL-R: análisis psicométricos en muestras penitenciarias. En R. D. Hare, *Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare Revisada: PCL-R* (2ª ed., pp.233-262). Madrid: TEA Ediciones.
- Muñoz, J.M. (2011). La psicopatía y su repercusión criminológica: un modelo comprensivo de la dinámica de personalidad psicopática. *Anuario de Psicología Jurídica*, 21, 57-68.
- Murstein, B.I., & Wheeler, Jr., J.I. (1959). The projection of hostility on the Rorschach and the thematic stories test. *Journal of Clinical Psychology*, 15(3), 316-319.
- Neumann, C.S., & Hare, R.D. (2008). Psychopathic traits in a large community sample: links to violence, alcohol use, and intelligence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 893-899.
- Neumann, C.S., Hare, R.D., & Johansson, P.T. (2013). The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), low anxiety, and fearlessness: a structural equation modeling analysis. *Personality Disorders*, 4(2), 129-137.
- Neumann, C.S., Hare, R.D., & Newman, J.P. (2007). The super-ordinate nature of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 102-117.
- Neumann, C.S., Kosson, D.S., Forth, A.E., y Hare, R.D. (2006). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL-YV) in incarcerated adolescents. *Psychological Assessment*, 18(2), 142-154.

- Neumann, C.S., Schmitt, D.S., Carter, R., Embley, I., & Hare, R.D. (2012). Psychopathic traits in females and males across the globe. *Behavioral Sciences and the Law*, 30, 557-574.
- Neumann, C.S., Vitacco, M.J., Hare, R.D., & Wupperman, P. (2005). Reconstructing the “reconstruction” of psychopathy: a comment on Cooke, Michie, Hart and Clark. *Journal of Personality Disorders*, 19(6), 624-640.
- Nieberding, R.J., Gacono, C.B., Pirie, M., Bannatyne, L.A., Viglione, D.J., Cooper, B., ... Frackowiak, M. (2003). MMPI-2 based classification of forensic psychiatric outpatients: an exploratory cluster analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 59(9), 907-920.
- Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (EMCDDA) (2013). *Informe Nacional 2013 (datos del 2012) al OEDT. España: evoluciones y tendencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (EMCDDA) (2014). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. 2014*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Overton, C.G. (2000). A relational interpretation of the Rorschach color determinants. *Journal of Personality Assessment*, 75(3), 426-448.
- Pando, M.P., García, M.J., Melero, R., García, L.I., & Montoya, I. (2010). Estudio de caso clínico: diagnóstico dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(2), 227-236.
- Patrick, C.J. (2006). Back to the future. Cleckley as a guide to the next generation of psychopathy research. En C.J. Patrick (Ed). *Handbook of psychopathy* (pp. 605-617). New York: The Guilford Press.
- Patrick, C.J. (2010). *Operationalizing the Triarchic conceptualization of psychopathy: preliminary description of brief scales for assessment of boldness, meanness and disinhibition*. (Unpublished manual). Florida University, Florida. Recuperado de https://www.phenxtoolkit.org/toolkit_content/supplemental_info/psychiatric/measures/Triarchic_Psychopathy_Measure_Manual.pdf

- Patrick, C.J., Fowles, D.C., & Krueger, R.F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: developmental origins of disinhibition, boldness and meanness. *Development and Psychopathology*, 21(3), 913-938.
- Patrick, C.J., Hicks, B.M., Nichol, P.E., & Krueger, R.F. (2007). A bifactor approach to modeling the structure of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 118-141.
- Pelechano, V., De Miguel, A., & Hernández, M. (2009). Trastornos de personalidad. En A. Belloch, B. Sendín y F. Ramos. *Manual de Psicopatología* (ed. rev., vol. II, pp. 449-489). Madrid: McGraw Hill.
- Pont, T. (1998). *Breves encuentros con delincuentes. Aportaciones psicológicas a la justicia penal*. Barcelona: Herder.
- Pont, T. (2012). *Psicodiagnóstico diferencial con test gráficos*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Pozueco, J.M., & Moreno, J.M. (2013). La tríada oscura de la personalidad en las relaciones íntimas. Psicopatía, maquiavelismo, narcisismo y maltrato psicológico. *Boletín de Psicología*, 107, 91-111.
- Rapaport, D., Gill, M., & Shafer, R. (1946). *Diagnostic psychological testing*. New York: International Universities Press.
- Reardon, M.L., Lang, A.R., y Patrick, C.J. (2002). An evaluation of relations among antisocial behavior, psychopathic traits and alcohol problems in incarcerated men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(8), 1188-1197.
- Reid, W.H., & Gacono, C.B. (2000). Treatment of antisocial personality, psychopathy, and other characterologic antisocial syndromes. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 647-662.
- Ricón, L. (1992). Los diagnósticos diferenciales. En B. Dorfman (Ed.). *Pacientes limítrofes. Diagnóstico y tratamiento* (pp. 103-111). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Roldán, G. (1996). Grupoanálisis en comunidad terapéutica con drogodependientes. *Clínica y Análisis Grupal*, 72, vol.18(2), 235-240.
- Roncero, C., Barral, C., & Casas, M. (2009). Alcohol y otras drogodependencias. En T. Palomo y M.A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de Psiquiatría* (pp. 465-492). Madrid: Ene Life Publicidad.

- Rorschach, H. (1977). *Psicodiagnóstico* (7ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Ruiz, J.I. (2006). Adaptación de la escala PCL-R 20 para evaluación de rasgos psicopáticos en una muestra carcelaria. *Avances en Medicina*, 4, 61-72.
- Ruiz, M.A., Pincus, A.L., & Schinka, J.A. (2008). Externalizing pathology and the five-factor model: a meta-analysis of personality traits associated with antisocial personality disorder, substance use disorder, and their co-occurrence. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 365-388.
- Rutherford, M.J., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., & McKay, J.R. (1997). Validity of the Psychopathy Checklist-Revised in male methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 143-149.
- Rutherford, M.J., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., & McKay, J.R. (1998). Gender differences in the relationship of antisocial personality disorder criteria to Psychopathy Checklist-Revised scores. *Journal of Personality Disorders*, 12(1), 69-76.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2008). *Sinopsis de Psiquiatría* (10ª ed.). Barcelona: Wolters Kruwer.
- Sahly, J., Shaffer, T., Erdberg, P., & O'Toole, S. (2011). Rorschach intercoder reliability for protocol-level comprehensive system variables in an international sample. *Journal of Personality Assessment*, 93(6), 592-596.
- Salekin, R.T., Neumann, C.S., Leistico, A.M.R., & Zalot, A.A. (2004). Psychopathy in youth and intelligence: an investigation of Cleckley's hypothesis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 731-742.
- Salekin, R.T., Worley, C., & Grimes, R.D. (2010). Treatment of psychopathy: a review and brief introduction to the mental model approach for psychopathy. *Behavioral Sciences and the Law*, 28(1), 235-266.
- Sánchez, E., & Berjano, E. (1996). Características de personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*, 8(3), 457-463.
- Sánchez, R., Guisa, V.M., Cedillo, A., & Pascual, Y. (2002). Perfil de personalidad en usuarios de cocaína utilizando el Inventario Multifásico de Personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(2), 91-98.

- Schneider, K. (1974). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Morata.
- Senbanjo, R., Wolff, K., Marshall, E.J., & Strang, J. (2009). Persistence of heroin use despite methadone treatment: poor coping self-efficacy predicts continued heroin use. *Drug and Alcohol Review*, 28, 608-615.
- Sendín, M.C. (2000). *Diagnóstico psicológico: bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínico y educativo*. Madrid: Psimática.
- Sendín, M.C. (2007). *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo* (3ª ed. rev.). Madrid: Psimática.
- Shafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing. Theory and application*. New York: Grune & Stratton.
- Signer, R. (2011). *Archivo y museo de Hermann Rorschach*. Madrid: Psimática.
- Skeem, J.L., & Cooke, D.J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22(2), 433-445.
- Smith, S., & Newman, J. (1990). Alcohol and drug abuse-dependence disorders in psychopathic and nonpsychopathic criminal offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 203-215.
- Society for Personality Assessment (2005). The status of the Rorschach in clinical and forensic practice: an official statement by the board of trustees of the society for personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 85(2), 219-237.
- Soeiro, C., & Goncalves, R.A. (2010). O estado de arte do conceito do psicopatía. *Análise Psicológica*, 1(28), 227-240.
- Schwarz, W. (1996). Hermann Rorschach, M.D.: his life and work. *Rorschachiana*, 21(1), 6-17.
- Tahir, M. (2009). Personality characteristics of addicts and non-addicts determined through Rorschach findings. *Pakistan Journal of Psychology*, 40(1), 3-15.
- Talkington, V., Hughes, T.M., & Gacono, C.B. (2013). Vulnerabilities in a school-based conduct disorder sample as identified by Rorschach and PCL:YV. *Rorschachiana*, 34, 83-110.

- Tavares, R., Viera da Silva, P., Veiga, A., Tavares, K.A., Azevedo, R., & Mattos, L.D. (2008). Psicopatología de pacientes dependientes de cocaína en una comunidad terapéutica. *Adicciones*, 20(1), 73-80.
- Taylor, J., & Lang. A. (2006). Psychopathy and substance use disorder. En C.J. Patrick (Ed.). *Handbook of psychopathy* (pp. 495-511). New York: The Guilford Press.
- Theron, C., Damon, M., Peterson, C., Kushner, D., & Wyman, B. (Productores), & Jenkins, P. (Director). (2003). *Monster* (Película). Estados Unidos: Newmarket films.
- Tomé, R. (1999). Reflexiones extraídas del trabajo con pacientes drogodependientes. *Clínica y Análisis Grupal*, 80, vol. 21(1), 55-66.
- Torry, Z.D., & Billick, S.B. (2011). Implications of antisocial parents. *Psychiatric Quarterly*, 82(4), 275-285.
- Trucco, E., Smith, H., Griffin, M., & Greenfield, S. (2007). The relationship of self-esteem and self-efficacy to treatment outcomes of alcohol-dependent men and women. *American Journal on Addictions*, 16, 85-92.
- Vanem, P.C., Krog, D., & Hartmann, E. (2008). Assessment of substance abusers on the MCMI-III and the Rorschach. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 83-91.
- Venables, N.C., Hall, J.R., y Patrick, C.J. (2014). Differentiating psychopathy from antisocial personality disorder: a triarchic model perspective. *Psychological Medicine*, 44(5), 1005-1013.
- Viglione, D. (1997). Problems in Rorschach research and what to do about them. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 590-599.
- Viglione, D. (2010). Basic considerations regarding data analysis. En J. E. Exner, Jr. (Ed.). *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 195-226). New York: Routledge.
- Viglione, D., y Hilsenroth, M.J. (2001). The Rorschach: facts, fictions and future. *Psychological Assessment*, 13(4), 452-471.
- Viglione, D., & Taylor, N. (2003). Empirical support for interrater reliability of Rorschach Comprehensive System coding. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 111-121.

- Vitacco, M.J., Neumann, C.S., Caldwell, M.F., Leistico, A.M., & Van Rybroek, G.J., (2006). Testing factor models of the Psychopathy Checklist: Youth Version and their association with instrumental aggression. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 74-83.
- Vitacco, M.J., Rogers, R., Neumann, C.S., Harrison, K.S., & Vincent, G. (2005). A comparison of factor models on the PCL-R with mentally disorders offenders. The development of a Four-Factor model. *Criminal Justice and Behavior*, 32(5), 526-545.
- Waiswol, N. (1995). Projective techniques as psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 49(2), 244-259.
- Walsh, Z., Allen, L.C., & Kosson, D.V. (2007). Beyond social deviance: substance use disorders and the dimensions of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 273-288.
- Warren, J.I., & South, S.C. (2006). Comparing the constructs of antisocial personality disorder and psychopathy in a sample of incarcerated woman. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 1-20.
- Weiner, I. (2000). Using the Rorschach properly in practice and research. *Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 435-438.
- Weiner, I. (2003). *Principles of Rorschach interpretation*. New York: Routledge.
- Weizmann-Henelius, G., Ilonen, T., Viemerö, V., & y Eronen, M. (2006). A comparison of selected Rorschach variables of violent female offenders and female non-offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 199-213.
- Williamson, S., Harpur, T.J., & Hare, R.D. (1991). Abnormal processing of affective words by psychopaths. *Psychophysiology*, 28, 260-273.
- Wilson, L., Miller, J.D., Zeichner, A., Lynam, D.R., & Widiger, T.A. (2011). An examination of the validity of the Elemental Psychopathic Assessment: relation with other psychopathic measures, aggression and externalizing behaviors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 315-322.
- Wood, J.M., Nezworski, M.T., Allen, K.H., Lilienfeld, S.O., Garb, H.N., & Wildermuth, J.L. (2010). Validity of Rorschach Inkblot scores for discriminating psychopaths from

nonpsychopaths in forensic populations: a meta-analysis. *Psychological Assessment*, 22(2), 336-349.

Zukauskiene, R., Laurinavicius, A., & Cesniene, I. (2010). Testing factorial structure and validity of the PCL:SV in lithuanian prison population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 363-372.

ANEXOS

Anexos

Anexo I

Ítems PCL-R (Hare, 1991, 2003b):

- 1.** Facilidad de palabra / encanto superficial.
- 2.** Sentido desmesurado de autovalía.
- 3.** Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento.
- 4.** Mentiroso patológico.
- 5.** Estafador / manipulador.
- 6.** Ausencia de remordimientos o sentimiento de culpa.
- 7.** Afecto superficial.
- 8.** Insensibilidad afectiva / Ausencia de empatía.
- 9.** Estilo de vida parasitario.
- 10.** Pobre autocontrol de la conducta.
- 11.** Conducta sexual promiscua.
- 12.** Problemas de conducta en la infancia.
- 13.** Ausencia de metas realistas a largo plazo.
- 14.** Impulsividad.
- 15.** Irresponsabilidad.
- 16.** Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.
- 17.** Frecuentes relaciones maritales de corta duración.
- 18.** Delincuencia juvenil.
- 19.** Revocación de la libertad condicional.
- 20.** Versatilidad criminal.

Anexo II

Factores e ítems PCL-R (Hare, 1991):

FACTOR I: INTERPERSONAL/AFECTIVO

- 1. Facilidad de palabra / encanto superficial.
- 2. Sentido desmesurado de autovalía.
- 4. Mentiras patológicas.
- 5. Estafas / manipulaciones.
- 6. Ausencia de remordimientos o sentimiento de culpa
- 7. Afecto superficial.
- 8. Insensibilidad afectiva / Ausencia de empatía.
- 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.

FACTOR II: DESVIACIÓN SOCIAL

- 3. Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento.
- 9. Estilo de vida parasitario.
- 10. Pobre autocontrol de la conducta.
- 12. Problemas de conducta en la infancia.
- 13. Ausencia de metas realistas a largo plazo.
- 14. Impulsividad.
- 15. Irresponsabilidad.
- 18. Delincuencia juvenil.
- 19. Revocación de la libertad condicional.

Anexo III

Listado de 85 objetos con contenido agresivo (Meloy y Gacono, 1992b; Gacono y Meloy, 1994):

1. Flecha.	2. Hacha*.	3. Barracuda.	4. Bate.
5. Acorazado.	6. Bestia.	7. Hoja de cuchillo.	8. Viuda negra.
9. Bomba.	10. Bala.	11. Jaula.	12. Garras.
13. Porra.	14. Cobra.	15. Cucaracha.	16. Víbora cobriza.
17. Cocodrilo.	18. Demonio.	19. Diablo.	20. Marca del diablo.
21. Bombardeo.	22. Drácula.	23. Dragón.	24. Explosión.
25. Colmillos.	26. Fuego.	27. Puño.	28. Incendio forestal
29. Frankenstein	30. Garrote.	31. Duende.	32. Arma.
33. Martillo.	34. Hacha*.	35. Huracán.	36. Chacal.
37. Medusa**.	38. Ballena asesina.	39. King Kong.	40. Cuchillo.
41. León.	42. Misil.	43. Medusa**.	44. Momia.
45. Monstruo.	46. Nube en forma de hongo	47. Aguja.	48. Soga.
49. Nube nuclear.	50. Cabeza nuclear.	51. Pantera.	52. Pico.
53. Pinzas.	54. Ratas.	55. Serpiente de cascabel.	56. Rifle.
57. Sierra.	58. Escorpión.	59. Tiburón.	60. Diente de tiburón.
61. Disparo de arma.	62. Mazo.	63. Serpiente.	64. Lanza /arpón.
65. Araña.	66. Pincho / clavo.	67. Arbusto pegajoso.	68. Jeringa.
69. Tarántula.	70. Tigre.	71. Llave de rueda.	72. Hacha Tomahawk.
73. Tornado.	74. Torpedo.	75. Antorcha / soplete.	76. Vampiro.
77. Murciélago.	78. Planta carnívora.	79. Erupción de un volcán.	80. Volcán.
81. Avispa.	82. Serpiente acuática.	83. Lobo.	84. Hombre lobo.
85. Avispa amarilla.			

*Hacha: axe y hatchet.

**Medusa: jellyfish y medusa.

Anexo IV

Objetos potencialmente agresivos y adjetivos calificativos (DeLucas, 1997, como se citó en Baity et al., 2000):

1. Oso.
2. Abeja.
3. Bigfoot.
4. Sangre.
5. Perro.
6. Gárgola.
7. Gigante.
8. Cuernos.
9. Luz tenebrosa situada dentro de las calabazas de Halloween.
10. Mosquito.
11. Pulpo.
12. Reptil.
13. Aguijón.
14. Nube de tormenta.
15. Colmillos.
16. Bruja.
17. Enfadado / mezquino.
18. Malvado.
19. Espeluznante / aterrador.

ANEXO V

Objetos neutrales tomados de protocolos de codificación de Exner (1994) para la Escala de Clasificación de Objetos (Baity et al., 2000):

1. Manzana.
2. Mariposa.
3. Vela.
4. Bola de algodón.
5. Flor.
6. Sombrero.
7. Cono de helado.
8. Isla.
9. Gominola.
10. Hervidor de agua.
11. Lago.
12. Hoja.
13. Manoplas.
14. Montaña.
15. Nota musical.
16. Conejo.
17. Salero.
18. Zapatos.
19. Copo de nieve.
20. Tabla de surf.
21. Tienda.
22. Árbol.

Anexo VI

Listado de contenidos agresivos del Rorschach Assessment Performance System (Meyer et al., 2011):

Armamento y armaduras			
1. Acorazado	7. Cabeza nuclear	13. Fusil / Rifle	19. Lanza / Arpón
2. Arma de fuego	8. Cuchillo	14. Hacha*	20. Mazo
3. Armadura	9. Disparo de arma	15. Hacha*	21. Misil / Proyectil
4. Bala	10. Escudo	16. Hacha Tomahawk	22. Soga
5. Bomba	11. Espada	17. Hoja de cuchillo	23. Tocado de guerrero
6. Bombardero	12. Flecha	18. Horca	24. Torpedo
Animales considerados peligrosos para el ser humano			
Avispa	Cobra	Murciélago vampiro	Serpiente de cascabel
Avispa amarilla	Escorpión	Oso pardo	Tarántula
Ballena asesina	León	Pantera / Puma	Tiburón
Barracuda	Lobo	Serpiente	Tigre
Chacal	Manta raya	Serpiente acuática	Viuda negra
Cocodrilo			
Partes de animales asociadas a poder, amenaza o daño potencial			
Aguijón	Colmillos / Dientes	Diente afilado	Zarpas / Garras
Fuerzas ambientales poderosas y peligrosas			
Erupción de un volcán	Huracán	Nube en forma de hongo	Tsunami
Explosión	Incendio forestal	Tornado	
Criaturas u objetos poderosas, amenazadoras, peligrosas o depredadoras			
Bestia	Diablo (y marca del diablo)	Hombre lobo	Monstruo
Bruja	Dracula	King Kong	Ojos de diablo / Mal de ojo
Criatura/Persona malvada/maligna	Dragón	Máscara de la muerte	Vampiro
Demonio	Duende travieso	Medusa	Zombi

*Hacha: axe y hatchet.

Anexo VII

Fiabilidad interjueces de las variables Rorschach:

Puntuación menor de 0,40	Rango entre 0,40 y 0,60	Rango entre 0,60 y 0,80	Rango entre 0,80 y 1,00	
Mo	DQv	Dd	R	SumH
Mu	FQ+	DQ+	W	A
M-	FQu	DQo	D	Ad
Msin	FM	DQv/+	S	An
m	FC<CF+C	FQo	FQsin	Bl
Cn	p	FQ-	M+	Bt
M ^p	Intelectualización	M	S-	Fi
Xu%	Zd	CF	FM+m	Ge
(Ad)	XA%	C	FC	Na
Art	WDA%	SumPonC	SumC	Sx
Cl	Ay	Y	C'	Xy
Ex	Sc	Fr+rF	T	An+Xy
Fd	INCOM	FD	V	AB
Hh	INCOM ₂	3r+(2)/R	SumSH	PER
Id	FABCOM ₂	EA	F	HVI
DV	MOR	Dajd	(2)	
DR	DEPI	M ^a	L	
DR ₂		Zf	es	
FABCOM		Blends	D	
ALOG		Blends/R	a	
Suu6CE		X-%	BlendsColSH	
Sum6CE2		Hd	Afr	
SumPon6		Hx	P	
COP		(A)	X+%	
PSV		Cg	Aislamiento	
S-CON		Ls	H	
		AG	(H)	
		GHR	(Hd)	
		PHR		
		CDI		

Anexo VIII

Consentimiento informado de los participantes de la investigación.

Yo, _____, he recibido la información suficiente acerca de la investigación: “Conductas adictivas en trastornos de personalidad” y he podido realizar preguntas sobre la misma. Con este estudio se podrán evaluar determinadas variables, a partir de distintos instrumentos, que miden trastornos de personalidad, en población drogodependiente.

Acepto participar de manera voluntaria en dicho estudio, autorizando a Cristina Fernández Belinchón, número de colegiada M-20409, a realizarme el test de Rorschach y completar con mis datos clínicos el PCL-R, así como utilizar las técnicas de evaluación psicológica necesarias para el mismo.

Comprendo que puedo retirarme del estudio en el momento que quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que mi tratamiento se vea influido por dicha decisión.

Todos mis datos serán tratados con la vigente normativa de protección de datos.

Y para que así conste, lo firmo en Madrid a _____ de _____ de 20__ .

Firma del paciente:

Firma de la investigadora:

