

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**LA PRESENCIA DE ANSIEDAD
EN LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL
(Tesis)**

Autor: Páez Muñoz Luis Armando

Director: Mtro. Eduardo Cortes Martínez

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Abril de 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

A todos aquellos que me apoyaron, ¡gracias!

A todos aquellos que voluntaria o involuntariamente contribuyeron, porque sin ustedes esto no habría sido posible.

A Damaris, por el tiempo que no pase contigo bebé.

A ti padre, por ser mi modelo.

A mi familia, esto fue para ustedes.

A mi otra familia, esto fue gracias a ustedes.

A mí, por mi esfuerzo.

A todos aquellos que dijeron que no podría, ¡pues ya pude!

Y recuerden que:

“Cuando peor se ve, es cuando mejor esta”

Índice

<i>Resumen</i>	3
<i>Introducción</i>	4
<i>Fundamentación teórica:</i>	
<i>Capítulo 1 PERSONALIDAD</i>	6
1.1 <i>DEFINICION DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD</i>	8
1.2 <i>TEORIAS DE LA PERSONALIDAD</i>	9
1.3 <i>TRASTORNOS DE PERSONALIDAD</i>	17
1.4 <i>EVALUACION DE LA PERSONALIDAD</i>	29
1.5 <i>OBSERVACIONES ACERCA DE LA PERSONALIDAD</i>	32
<i>Capítulo 2 ANSIEDAD</i>	36
2.1 <i>DEFINICION DEL CONCEPTO DE ANSIEDAD</i>	36
2.2 <i>CARACTERISTICAS</i>	42
2.3 <i>ETIOLOGIA</i>	45
2.4 <i>OBSERVACIONES ACERCA DE LA ANSIEDAD</i>	47
<i>Capítulo 3 PERSONALIDAD ANTISOCIAL</i>	54
3.1 <i>ANTECEDENTES HISTORICOS ACERCA DEL ESTUDIO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL</i>	54
3.2 <i>DEFINICION DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL</i>	60
3.3 <i>TEORIAS DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL</i>	68

3.4 CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD	
ANTISOCIAL	78
3.5 CLASIFICACION DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL	101
3.6 EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD	
ANTISOCIAL	108
3.7 TRATAMIENTO DE LA PERSONALIDAD	
ANTISOCIAL	112
3.8 CASOS CLINICOS	117
3.9 OBSEVACIONES ACERCA DE LA	
PERSONALIDAD ANTISOCIAL	125
<i>Propósito de la Investigación</i>	137
<i>Método</i>	139
<i>Resultados</i>	148
<i>Análisis</i>	166
<i>Conclusiones</i>	178
<i>Bibliografía</i>	182
<i>Anexo</i>	196

Resumen

La presente investigación plantea la posibilidad de que la Ansiedad *sí* esté presente en la Personalidad Antisocial (PA), con base en Kolb (1977); Valdez, et al., (1983); Saranson, et al., (1990); Cameron (1990); Millon (1976); Woodruff, et al. (1978); Elkin (2000); Valdez, et al. (1983); Coderech (1991); Patiño (1990) y sobretodo McKinnon, et al., (1973), contrario a lo que se publica en las clasificaciones internacionales DSM-IV y CIE-10, y contrario también a lo que opinan autores como Schachter y Latané (1964), Lykken (1982) y Hare (1975), citados todos ellos, en Sue, et al., (1996), Davison, et al., (2002); Page (1982); Turó, et al., (1997); y Cleckley (1941) citado en Marietan (1998).

Para el estudio se seleccionó a una muestra de 50 sujetos varones, con un nivel mínimo de educación primaria, edad entre 19 y 60 años, orientación heterosexual y diagnóstico de Personalidad Antisocial, internos, todos ellos, en la Penitenciaría del D.F.

La evaluación de las variables Ansiedad y Personalidad Antisocial se realizó mediante la aplicación del MMPI (*Minnesota Multifasic Personality Inventory*).

Finalmente, se concluye, con base en la revisión teórica y los resultados obtenidos, para esta investigación, que la Ansiedad *sí* esta presente en la Personalidad Antisocial (aunque no hay relación significativa entre las variables).

Introducción:

La presente investigación plantea la posibilidad de que la Ansiedad si esté presente en la Personalidad Antisocial.

Concretamente, esta investigación tiene como objetivos:

1. Identificar el nivel de ansiedad en los sujetos con Personalidad Antisocial, internos en la Penitenciaría del D.F.
2. Identificar si existe relación entre el nivel de Ansiedad y la Personalidad Antisocial.

Para la consecución de dichos objetivos, esta investigación se llevo a cabo en las instalaciones de la Penitenciaría del D.F.; misma que cuenta con una población de aproximadamente 1400 internos, de los cuales se evaluó a una muestra de 50 internos (aproximadamente el 3.6% de la población). Dichos sujetos fueron seleccionados con las siguientes características:

Ser del género masculino; tener edad entre 19 y 60 años; de orientación heterosexual; un nivel académico, mínimo de primaria concluida; y sobretodo tener diagnostico de Personalidad Antisocial.

Los sujetos seleccionados, para esta investigación, se encuentran purgando sentencias por delitos y periodos de tiempo muy diversos; dichos sujetos ya han sido evaluados previamente, por lo menos en dos ocasiones, al principio de su proceso penal (al ingresar a un reclusorio preventivo) y al inicio del cumplimiento de su sentencia (al ingreso a la Penitenciaría del D.F.), de lo que deriva el diagnostico de Personalidad Antisocial.

El escenario en donde se llevó a cabo el estudio fue el aula "A", que se encuentra ubicada en el Centro de Observación y Clasificación (C.O.C.) de la Penitenciaría del D.F.

La investigación se realizó en el área de la Psicología Clínica, se indagaron sólo aspectos psicológicos (nivel de Ansiedad y características de Personalidad Antisocial), en los sujetos internos en la Penitenciaría del D.F.

El propósito de esta investigación es indagar sobre la presencia de Ansiedad (en cualquiera de sus variantes) en la Personalidad Antisocial.

Ello se debe a que no hay consenso respecto a la presencia o ausencia de Ansiedad en la Personalidad Antisocial (PA). Autores como Lykken (1982) sostienen la idea acerca de que la PA presenta bajos o nulos niveles de ansiedad; por el contrario, autores como McKinnon, et al., (1973) afirman que, al no ser satisfechas las necesidades internas, del psicópata, entonces la Ansiedad es corriente.

FUNDAMENTACION

TEORICA

Capítulo 1

PERSONALIDAD

La importancia de conocer el tema de la Personalidad, para esta investigación, se encuentra precisamente en el hecho de conocer, en primer lugar, ¿qué es la personalidad?, sus teorías y su patología; y todo ello con el fin de comprender como es que la Personalidad Antisocial (PA) interactúa con el medio; aunque cabe mencionar que en este capítulo no se profundizara en el tema de la PA específicamente.

Según Engler, B. (1996), la palabra personalidad, derivada de la palabra persona en latín, se refiere a las múltiples máscaras que usaba un actor en las obras del antiguo teatro griego, con el fin de que el espectador supiera que el actor había asumido un rol diferente.

De hecho es escaso el común acuerdo, entre los teóricos, acerca del uso del término personalidad; Gordon Allport describió y clasificó más de cincuenta definiciones diferentes, ello tal vez se deba al hecho de que cada teórico presenta su propia comprensión del término; a pesar de esta multitud y variedad de definiciones estas pueden ser útiles partiendo del entendido de que una teoría es una serie de conceptos abstractos acerca de un grupo de hechos o acontecimientos que explican la naturaleza de otro hecho o acontecimiento, por lo tanto, una teoría de la personalidad es un sistema organizado de creencias que ayuda a entender la naturaleza humana (Engler, 1996).

Ahora bien, el concepto de personalidad está formado por constructos hipotéticos que ayudan a explicar la conducta de los sujetos. Los factores ambientales en interacción con estos constructos hipotéticos, derivados de factores temperamentales (heredados) y caracteriales (aprendidos) constituyen una explicación necesaria y suficiente para los clínicos que siguen un modelo de la personalidad (Tous, 1989 citado en Ruiz, S.J.J. & Sánchez, C.J.J., 3 de junio de 2005).

Comencemos por buscar la definición, mas adecuada, para los fines de esta investigación.

1.1. DEFINICION DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD

Personalidad y otros términos afines

Con respecto al concepto de personalidad, San Miguel del Hoyo, M. T. (Noviembre de 2003) subraya que, así como en la psiquiatría el término personalidad ha sido adoptado sin preocupación, acerca de su definición, la situación en el campo de la psicología es radicalmente diferente. Como se ha mencionado, a lo largo de 1937, G. Allport recoge más de cincuenta definiciones de este concepto, y esto no implica que no hayan aumentado desde entonces. Tal profusión de definiciones no ha impedido un cierto consenso sobre lo que se consideran los elementos esenciales de tal definición. El término personalidad alude a la regularidad y consistencia en los comportamientos, así como en las formas de pensar, sentir y percibir las experiencias. Es común subrayar la idea de que la personalidad no es un mero conjunto de rasgos o cualidades sino una organización de ellos que es lo que termina por caracterizar a una persona en particular.

Livesley está de acuerdo con Berrios (1993) en que el término personalidad volvería innecesarios otros, como carácter y temperamento, pero considera interesante fijarse en algunas peculiaridades implicadas en su uso (San Miguel del Hoyo, 2003).

Para Xintia (2 de Junio de 2005), la personalidad es, aquellas pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijas y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto. Estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. La personalidad está íntimamente relacionada con el temperamento y el carácter.

En la vida cotidiana, el término "personalidad", es comúnmente utilizado. Sin embargo, en la psicología se le otorga un sentido técnico especial (Xintia, 2005).

Según Xintia (2005), a la personalidad se la define como todos los rasgos emocionales y conductuales relativamente estables y predecibles, que caracterizan a una persona. Estos rasgos y conductas determinan la manera, que cada uno posee, de relacionarse con los otros y de enfrentarse con el mundo.

La personalidad es, pues, el conjunto de rasgos que definen la manera habitual de comportarse, de un individuo, en ciertos tipos de situaciones o con relación a ciertos objetos, afirma Turó, G. R. J. & Yepes, P. L. E. (1997).

Por ello, la personalidad es el término con el que se suele designar lo que de único, de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. El pensamiento, la emoción y el comportamiento por sí solos no constituyen la personalidad de un individuo; ésta se oculta precisamente tras esos elementos. La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo diversas circunstancias, dice Xintia (2005); por ello es de vital importancia su estudio, en esta investigación.

1.2 TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

Dado que los teóricos de la personalidad tienen el mismo sujeto de estudio (el hombre), están interesados en los mismos aspectos (la conducta de este) y persiguen en gran parte las mismas metas (describir, comprender y predecir), considerando qué motivó tantos enfoques y definiciones distintos, la principal razón debe ser que la conducta humana es demasiado compleja y esta determinada por un gran número de factores a muy diversos niveles; ante tal complejidad, cada enfoque ha resaltado distintos aspectos de las personas, hecho que se refleja en el vasto número de teorías de la personalidad; es como si diez ciegos rodearan un elefante y sólo lograran alcanzar y tocar la parte más cercana, teorizando acerca de qué estaban tocando, la descripción y teorización, de cada individuo, podría ser adecuada pero no diría suficiente acerca de la estructura y función general del elefante; los teóricos de la personalidad, no sólo muestran diferentes aspectos del comportamiento humano, sino que utilizan diversas herramientas para hacerlo; por lo tanto, no hay tal cosa como una teoría de la personalidad que cubra todos los aspectos de la conducta humana, sino que hay muchas teorías cuya área de interés radica dentro del dominio de la personalidad, dicen Peck, D. & Whitlow, D. (1975).

La función de las teorías científicas es organizar el conocimiento acumulado en determinada área, de tal forma que se vuelva útil y comunicable a otras personas. Las

teorías son formas útiles de hacer que los hechos se ajusten, permitiendo generar hipótesis y aplicar el conocimiento organizado a nuevas circunstancias y problemas. Las teorías deben permitirnos predecir lo que aún no ha pasado, explicar lo que ya pasó y saber lo que está pasando, haciendo referencia a las proposiciones contenidas en ellas. Lo que constituye una teoría útil en un periodo puede no serlo en otro posterior; una teoría puede tener que abandonarse y sustituirse por otra nueva que se ajuste mejor a los hechos observados, según Peck, et al. (1975).

Por lo anterior, se han promulgado una amplia variedad de teorías para explicar no sólo los tipos comunes de personalidad, sino también cómo la gente desarrolla rasgos psicológicos únicos, llamados personalidad. Existen múltiples teorías que intentan dar cuenta del concepto de personalidad (Xintia, 2005).

Perspectiva de las Disposiciones

Se basa, como característica fundamental, en los rasgos y tipos de personalidad, como cualidades estables e internas. Postulan que la gente muestra consistencia en sus actos, pensamiento y sentimiento a lo largo del tiempo. Las disposiciones del ser humano no cambian de manera abrupta, sino que duran a pesar de los cambios situacionales y ambientales, dicen Sáez, B.C. & Silva, F.P. (Julio de 2000).

Perspectiva Biológica

Dentro de esta perspectiva destacan dos corrientes generales. Los teóricos de la primera corriente plantean que las características de personalidad están determinadas de manera genética, y suponen que la personalidad es consecuencia de las presiones evolutivas que dieron lugar a la especie humana, sostienen Sáez, et al. (2000).

El segundo grupo de teóricos mantienen la idea de que la conducta humana es producida por un sistema biológico complejo y que los procesos biológicos que lo componen son un reflejo de nuestra organización como seres vivos. Este planteamiento supone que muchos fenómenos biológicos influyen en la conducta. El sistema nervioso y el sistema hormonal inciden directamente en la conducta de los individuos, dicen Carven y Scheier (1997) citados en Sáez, et al. (2000).

Perspectiva Psicoanalítica

Postulan que la personalidad es un conjunto de procesos que están en movimiento permanente. Algunas veces estos procesos trabajan en armonía, otras veces lo hacen en oposición, pero rara vez están inactivos.

La personalidad es un estallido del que surgen fuerzas que pueden ser liberadas, canalizadas, modificadas o transformadas (Sáez, et al., 2000).

Perspectiva Neoanalítica

Encontramos dos corrientes básicas, la primera de la Psicología del Yo. Resaltan la importancia de la existencia y el desarrollo de ciertos procesos del yo. Las principales tareas del yo giran en torno a la naturaleza y la calidad de las relaciones del individuo con los demás. La personalidad se configuraría en la interacción con otros individuos y en el modo en que éste es afectado. La segunda corriente dentro de la perspectiva neoanalítica es la Teoría del Desarrollo Psicosocial, planteada por Erickson, la que propone que la personalidad evoluciona durante toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, dándole una gran importancia al impacto que tienen los fenómenos sociales durante toda la vida, dicen Carven & Scheier (1997) citados en Sáez, et al. (2000).

Perspectiva del Aprendizaje

La personalidad sería el conjunto acumulado de las tendencias aprendidas por el individuo en el curso de su experiencia, la personalidad sería moldeada principalmente por los acontecimientos externos, por los estímulos y resultados impuestos por el ambiente, descartando los procesos internos del individuo. Para Skinner, la personalidad son patrones de conducta, que se basan en experiencias previas, según Carven y Scheier (1997) citados en Sáez, et al. (2000).

Perspectiva Fenomenológica

Esta perspectiva tiene sus raíces en la unicidad del marco de referencia de cada persona, dándole gran importancia a la experiencia subjetiva de la realidad, y postula que el marco personal de referencia nos hace distintos del resto de la gente, también tiene una influencia sobre cada parte de nuestra vida, dice Sáez, et al. (2000).

Perspectiva de la Autorregulación Cognoscitiva

Postulan que la conducta humana está dirigida fundamentalmente a metas; posee un propósito programado que trata de cumplir, tiene una representación de su meta e intenta dar los pasos que lo aproximen a ella. Todos los actos de los seres humanos estarían al servicio de la consecución de una u otra meta, dice Carven & Scheier (1997) citados en Sáez, et al. (2000).

Dentro de estos enfoques teóricos, destacan algunos autores tales como (Xintia, 2005):

- Dentro de las teorías nomotéticas conductuales, Burhus Frederick Skinner plantea que la personalidad se estudia como la estructura global encargada de organizar todas las conductas del sujeto. Manifiesta que la conducta está regida por leyes que sólo conociéndolas y estableciendo control sobre ellas pueden ser modificadas.
- La Escuela Rusa y seguidores de Skinner concluyen que la personalidad tiene utilidad para predecir el comportamiento, dado que éste en gran parte depende de aspectos externos al sujeto (condiciones ambientales) o de características particulares de núcleos específicos y relativamente independientes del Cortex.
- Herman (1969) define la personalidad como una correlación de conductas existentes en todo ser humano, realmente única y realmente estable, que perdura a lo largo del transcurso del tiempo.
- Según Dollard y Miller, la personalidad se constituye en función de un elemento esencial que es el hábito (asociado entre un estímulo y una respuesta y asociado con las pulsiones primarias y secundarias) y las jerarquías de respuestas que constituyen las estructuras individuales.
- Gordon W. Allport afirma que la personalidad se desarrolla a partir de cierto número de datos constitucionales (disposiciones afectivas, régimen emocional de tipos de actividad, entre otros) y bajo la influencia del medio, entendido este en sentido amplio físico, social, ideológico, temporal, es decir, como el conjunto de los acontecimientos y traumatismos que constituyen la historia del individuo.

Distingue varios aspectos de ese desarrollo: los procesos de maduración, de diferenciación y de integración.

- Eysenck asegura que la personalidad es heredada y le da un valor del 75% al aspecto genético, sustentándolo según la corteza cerebral y el arousal.
- Las teorías cognoscitivas de la conducta social y del aprendizaje reflejan los procedimientos científicos y la metodología que caracterizan al enfoque conductista. Estas teorías también se han trasladado de situaciones muy simples, del laboratorio, a otras más complejas que implican a sujetos humanos en lugar de animales, por lo que Bandura no está de acuerdo en que las teorías psicoanalíticas utilicen un razonamiento circular al atribuir la conducta a fuerzas inconscientes subyacentes. Bandura cree que en una ciencia de la conducta tales constructos no son muy útiles, debido a que no permiten predecir como se comportará una persona en una situación determinada, ni explican la amplia variación del comportamiento en situaciones diferentes (Engler, 1996, Dicaprio, N.S., 1986).
- Y finalmente, una teoría representativa de la perspectiva del aprendizaje resulta de imprescindible para entender el origen y funcionamiento la PA, por ello, dispongo de la teoría de Bandura, misma que presento a continuación.
- Catell afirma que la personalidad permite predecir lo que hará una persona en una determinada situación. En el concepto de personalidad de Catell se habla de rasgos, como una estructura mental que se obtiene de la observación coherente de un determinado comportamiento; se compone de rasgos únicos (individuales) y comunes (poseídos por todos los que conviven ciertas experiencias), de rasgos superficiales y de rasgos originarios (estos últimos son la base del comportamiento y son identificables mediante el análisis factorial).

TEORIA DE LOS RASGOS, DE CATTELL

La importancia, para esta investigación, de conocer esta teoría es porque ella sirvió de base para la creación del MMPI, mismo que utilizaré para la consecución de esta investigación.

La teoría de la personalidad de Raymond B. Cattell está fundada en la técnica estadística del análisis factorial y sirve de puente de unión entre las teorías clínicas y las experimentales (Psicología Online, 15 de Septiembre de 2005).

Un factor es el resumen de las correlaciones entre un gran número de datos. Con frecuencia describimos a los factores de primer orden (correlacionados entre sí, es decir, análisis oblicuo) como “rasgos” y los factores de segundo orden (independientes entre sí, no correlacionados, es decir, análisis ortogonal) como “tipos”. Por lo tanto, la preferencia de Cattell, por el análisis oblicuo, significa que llega a un mayor número de factores correlacionados y por lo tanto, su teoría es de “rasgos” de personalidad (Peck, et al., 1975).

Entonces, un “rasgo” es determinada tendencia o predisposición a responder (Hall y Lindzey, 1957 citados en Peck, et al., 1975).

El elemento estructural básico en su teoría, es el rasgo. El rasgo representa tendencias reactivas generales y nos indica características de conducta del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y regularidad de conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones. Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos, y otros pueden ser exclusivos de un individuo. Ciertos rasgos pueden estar determinados por la herencia otros por el ambiente. Algunos rasgos están relacionados con motivos, que son los rasgos dinámicos, y otros guardan relación con la capacidad y el temperamento. Podemos establecer una distinción entre (Psicología Online, 2005):

1. Los rasgos superficiales: expresan conductas, que superficialmente pueden presentarse unidas, pero que de hecho no interactúan conjuntamente, ni tienen una raíz, causal común. Estos rasgos pueden ser descubiertos a través de métodos subjetivos.
2. Los rasgos fuente o rasgos profundos: expresan una relación de conductas que interactúan conjuntamente, de modo que forman una dimensión de personalidad unitaria e independiente. Para descubrir estos rasgos se ha de acudir a los procedimientos estadísticos del análisis factorial. Según Cattell hay tres fuentes de datos para descubrir estos rasgos profundos: los datos

procedentes de la vida, los datos del cuestionario y los datos de las pruebas objetivas.

Cattell distingue entre ergios y sentimientos (Psicología Online, 2005):

1. Ergios: son factores que reflejan las fuerzas de los impulsos biológicos innatos.
2. Sentimientos: son factores que reflejan pautas de conducta determinadas por el ambiente.

Un ergio es, pues, una tendencia innata a reaccionar de una forma específica ante ciertos objetivos. La expresión externa puede haber sido afectada por el proceso de socialización, pero existe un marcado carácter innato, teniendo en cuenta que estos ergios van asociados a cualidades emocionales y objetivos biológicos que permanecen constantes en diversas culturas (Psicología Online, 2005).

Ejemplos de ergios son: apareamiento (sexo), seguridad-miedo, autoafirmación, gregarismo, protección parental, exploración (curiosidad), sensualidad, atracción y constructividad (Psicología Online, 2005).

Los sentimientos tienen su fuente en instituciones sociales como la familia o la escuela. Representan pautas de actitudes no innatas sino adquiridas. Por ejemplo: el sentimiento religioso, el sentimiento profesional, y el sentimiento del sí mismo (Psicología Online, 2005).

Una misma conducta puede ser expresión de diversas actitudes, las cuales, pueden relacionarse con sentimientos y ergios muy diversos; es decir, una sola conducta puede dar satisfacción a impulsos muy diversos (Psicología Online, 2005).

Según Cattell, citado en Psicología Online (2005), los rasgos están determinados por la influencia de la herencia y del ambiente.

Por ello, la conducta del individuo ante una situación dependerá de los rasgos de su personalidad pertinentes a dicha situación, y de otras variables transitorias que pueden

intervenir en esta situación. Un ejemplo de estas variables transitorias es el estado; si alguien está angustiado en determinado momento, su conducta se verá influida por el estado de ansiedad experimentado en ese momento (Psicología Online, 2005).

Catell opina que todos tenemos los mismos rasgos de personalidad, sólo que en distinto grado, y de este modo, no hay dos individuos exactamente iguales (Peck, et al., 1975).

Aunque Catell cree que los factores generales de la personalidad y las habilidades permanecen bastante estables durante largos periodos, él reconoce que las variables motivacionales pueden fluctuar de un momento a otro, en particular, bajo la influencia de variables situacionales. Los dos factores principales que imponen cierta regularidad, a esta variabilidad situacional, son los “estados” y “papeles” del individuo. Las descripciones de los rasgos mas permanentes de la personalidad de un individuo pueden tener que ser, considerablemente, modificadas cuando su conducta es influida por un estado transitorio como lo es la fatiga, felicidad, temor o intoxicación; por lo que un hombre cansado, atemorizado o borracho puede parecer que “actúa fuera de su carácter”, en otras palabras, es probable que nos equivoquemos al hacer predicciones acerca de su conducta sobre la base exclusiva de los factores de sus rasgos. Catell considera a las variables de la personalidad como una sola, de un conjunto de condiciones que influyen en la conducta (Peck, et al., 1975).

“La personalidad es lo que determina la conducta en una situación definida y un estado de animo definido” (Catell, 1965 citado en Peck, et al., 1975). Por ultimo, Catell considera que las influencias ambientales y hereditarias interactúan, en cada factor, en mayor o menor grado (Peck, et al., 1975).

Gordon Allport consideró que los rasgos constituían el medio más útil para describir la personalidad de un individuo. El rasgo es una predisposición a responder de una forma particular (Psicología Online, 2005); y es precisamente ello lo que interesa a esta investigación.

1.3 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Es importante, para esta investigación, conocer lo que es un Trastorno de Personalidad, porque, como veremos, mas adelante, la PA es considerada como un trastorno de la personalidad.

Todas las personas tenemos rasgos de algún tipo de personalidad que son patrones de pensamiento, reacción y comportamiento que permanecen constantes y estables a lo largo del tiempo; sin embargo, hay quienes no sólo tienen rasgos, sino un trastorno de la personalidad. Estas personas exhiben comportamiento, pensamiento y reacciones más rígidos, y señales de inadaptación que suelen perturbar su vida personal, profesional y social e inician en la adolescencia o al principio de la edad adulta. Es un patrón de conducta que se manifiesta en la forma de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos, en las emociones, en las relaciones con otras personas y en el control de los impulsos (Navarro, M.I.G., Sánchez, R. I. & Villaseñor, B. S. J., Invierno 2003-2004).

Para comenzar, su abordaje, es necesario definirlos e identificar sus características, a partir de las cuales se les diferencia y clasifica.

EL CONCEPTO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Livesley cita a Berrios (1993) para aseverar que es en los trabajos de Schnider (1923-1950) donde se formula el concepto de *trastorno de personalidad*, tal y como se conoce en la actualidad. Como ya se mencionó, el término proviene de la lengua griega y designaba la máscara usada en el teatro de la era clásica. De hecho, hasta el siglo XIX sigue aludiendo a la apariencia. Gradualmente, el vocablo va recibiendo más significado psicológico y pasa a referirse a los aspectos subjetivos del *self* (sí-mismo). De ahí que, en el siglo XIX, bajo el epígrafe “trastorno de la personalidad” se recoja a los mecanismos de la auto-conciencia y trastornos de la conciencia. No es hasta el siglo XX cuando adquiere el sentido que el concepto posee en la actualidad como patrón o pautas estables del comportamiento (San Miguel del Hoyo, 2003; Turó, et al., 1997).

Definición según el DSM-IV y la CIE-10

Según el DSM-IV, un ***trastorno de personalidad*** es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto, se inicia en la adolescencia o a principios de la adultez, es estable en el tiempo (Sáez, et al., 2000; Turó, et al., 1997).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, la CIE-10, los trastornos de personalidad son "alteraciones severas de la personalidad y la conducta que implican desviaciones pronunciadas de los patrones culturales habituales e invaden áreas diversas del comportamiento general del individuo, iniciados en la adolescencia, que continúan en la edad adulta y pueden originar problemas laborales y sociales" (Roca, B. M., 23 de Mayo de 2005; Turó, et al., 1997).

Asimismo es preciso distinguir si realmente se trata de un trastorno estable y duradero o si, por el contrario, es consecuencia de otros factores, como enfermedad mental, abuso de sustancias, enfermedad orgánica o simplemente la reacción a un acontecimiento estresante (Fuentes, S., Barragán, J. & Valero, C., 3 de Junio de 2005).

Finalmente cabe mencionar que a mayoría de los trastornos psiquiátricos ocasionan malestar en las personas, por lo que se les considera *egodistónicos*; a diferencia de los trastornos de personalidad, que son *egosintónicos*. Por ello, todos los trastornos de personalidad, traen consigo problemas de relaciones interpersonales, lo que puede constituir un estado transitorio, en el adulto saludable, puede ser un rasgo fijo que no cambia en individuos con trastornos de personalidad (Elkin, G.D., 2000).

Ahora que ya sabemos lo que es un trastorno de la personalidad, es necesario mencionar algunas de sus características de funcionamiento de trastornos de personalidad.

PRINCIPIOS SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad están regidos por los siguientes principios (Fuentes, et al., 2005):

1. Los trastornos de la personalidad (TP) no son enfermedades.
2. Los TP son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados, no entidades internamente homogéneas.
3. Los TP son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes.
4. La personalidad consiste en múltiples unidades con múltiples niveles de datos.
5. La personalidad existe en un *continuum*. No hay división estricta entre normalidad y patología.
6. La patogénia de la enfermedad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema.
7. Los criterios con los que se evalúa la patología de la personalidad deben ser coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas.
8. Los TP pueden ser evaluados, pero no diagnosticados de forma definitiva.
9. Los TP requieren modalidades de intervención combinadas y diseñadas estratégicamente.

Pues bien, tenemos una idea, acerca de cómo funcionan los trastornos de personalidad, el siguiente paso es saber como se les identifica.

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (por ejemplo: trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias). El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de

personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (por ejemplo, los rasgos son a menudo considerados egosintónicos). Para ayudar a salvar esta dificultad, es útil la información aportada por otros observadores (Marietan, H. Noviembre de 1998).

Comorbilidad

La comorbilidad de los trastornos de la personalidad es uno de temas que más interés despierta actualmente, por la posible influencia que ejercen en la evolución de otros trastornos mentales y en la posibilidad de que incrementen la vulnerabilidad individual a algunos de ellos e, incluso, a patologías médicas (Turó, et al., 1997).

Se deberán de tomar en cuenta numerosos factores: solapamiento de algunos síntomas en los actuales sistemas de clasificación, una predisposición, en algunos pacientes afectados por trastorno de la personalidad, a desarrollar algunos síntomas o que algún trastorno psiquiátrico de otra categoría conduzca al desarrollo de una personalidad patológica. Determinados autores opinan que los trastornos de la personalidad y los trastornos mentales específicos podrían constituir un continuo, de forma que los primeros fueran formas subsindrómicas de los segundos. Otros piensan que la comorbilidad del denominado grupo A en el DSM-IV (paranoide, esquizoide, esquizotípico) se realizaría a expensas de los trastornos psicóticos, el grupo B (límite o borderline, antisocial, histriónico, narcisista) con el abuso de sustancias y el C (dependencia, evitación, obsesivo-compulsivo) con la depresión mayor y los trastornos de ansiedad (Roca, 2005).

Los trastornos de personalidad con tasas más elevadas de comorbilidad con trastornos afectivos son el trastorno de personalidad límite; *el antisocial*, el trastorno de personalidad por evitación y el de dependencia (Roca, 2005).

Se ha demostrado una elevada prevalencia de trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la ***ansiedad***, en concreto entre los trastornos de personalidad por dependencia y evitación y las crisis de angustia o pánico y la agorafobia, por un lado, y el de evitación con la fobia social por otro (Roca, 2005).

La coexistencia con el uso de sustancias constituye otro tema espinoso. Es muy difícil definir la secuencia temporal en la que aparecen. El uso de tóxicos induce conductas que pueden confundirse con algunos de los criterios del trastorno disocial, y es éste el que aparece más frecuentemente asociado al uso de sustancias, conjuntamente con el trastorno límite de personalidad (Roca, 2005).

Habitualmente, la literatura asocia los trastornos del grupo B en el DSM-IV (límite, antisocial e incluso histriónico y narcisista) al consumo de sustancias en sus diferentes formas. En general, la presencia de un trastorno de personalidad puede encontrarse en el origen de la llamada patología *dual* (TP + Drogas), y empeorar el pronóstico, dificultar la adherencia al tratamiento o propiciar las recaídas. El peor pronóstico se ha asociado reiteradamente a la presencia del trastorno de personalidad antisocial (Roca, 2005).

En síntesis, la comorbilidad, quiere decir que inherentemente a un TP se presenta otro u otros más que lo complican todo.

Características diagnósticas de los Trastornos de la Personalidad

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994); también citado en Sáez, et al. 2000):

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
3. Actividad interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

También se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (Sáez, et al., 2000; Marietan, 1998).

Según la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1993):

G1. El modo de ser propio del individuo, y su forma permanente de vivenciar y de comportarse, se desvían en su conjunto o se salen de los límites, de las normas aceptadas y esperadas en la propia cultura. Esta desviación debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas:

1. Cognición (esto es, en la forma de percibir e interpretar las cosas, las personas y los acontecimientos del mundo y en la manera de desarrollar las actitudes o crear la imagen propia y de los demás).
2. Estado de ánimo (rango, intensidad y adecuación de la afectividad y de la respuesta emocional).
3. Control de los impulsos y de las necesidades de gratificación.
4. Relaciones con los demás y estilo de relación interpersonal.

G2. La desviación debe ser persistente, en el sentido de manifestarse como un comportamiento rígido y desadaptativo o interferir con las actividades en una amplia gama

de situaciones sociales y personales (es decir, la disfunción no se limita a un estímulo o situación específica desencadenante).

G3. Presencia de malestar personal o una repercusión negativa en el ambiente social, claramente atribuibles al comportamiento referido en B.

G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, habiéndose iniciado en la infancia tardía o en la adolescencia.

G5. La desviación no puede ser explicada como una manifestación o una consecuencia de otros trastornos mentales del adulto, aunque pueden coexistir o superponerse otros trastornos episódicos o crónicos de las secciones F00 a F59 ó F70 a F79 de esta clasificación.

G6. Se deben excluir como posible causa de la desviación, las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes.

A diferencia del DSM-IV, la CIE-10 no requiere la presencia de síntomas de trastorno comportamental en la infancia. En la CIE-10, el Trastorno *Antisocial* de la Personalidad, se designa con el nombre de Trastorno *Disocial* de la Personalidad (American Psychiatric Association, 1994).

Otra diferencia es que la CIE-10 tiene un carácter eminentemente descriptivo. Establece diagnósticos con definiciones para cada uno de ellos. El capítulo V (designado también con la letra F) está dedicado a enfermedades mentales (Urbano, E., 27 de Agosto de 2004).

La CIE-10 es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa y por esto mismo permite mayor juego en la apreciación clínica, como señalan E. Requena y A. Jarné, en Manual de Psicopatología clínica (Urbano, 2004)

Por otro lado, el DSM-IV de la American Psychiatric Association (APA) funciona por criterios y surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE. Es mucho más completo y preciso y se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica, así como avances de la investigación, ello según Urbano (2004).

Cabe mencionar que en Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión), de la OMS, por este motivo en la mayoría de trastornos del DSM-IV figuran dos códigos (Urbano, 2004).

Ahora que ya tenemos idea de las características, mediante las cuales se identifican los Trastornos de Personalidad, se revisará su clasificación.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

El DSM-IV clasifica los trastornos de la personalidad en torno a tres grandes grupos que incluyen 11 categorías (American Psychiatric Association, 1994):

Grupo A: Personas que parecen Extrañas o Excéntricas

Las características para este grupo de trastornos son las siguientes:

- Notable aislamiento interpersonal y social.
- Alteración en los mecanismos de procesamiento de la realidad exterior.
- Llamativa dificultad para aprender las habilidades sociales más elementales.
- Percepciones distorsionadas y actitudes de desconfianza.
- Raros, impenetrables, viven socialmente aislados en distintas formas de marginalidad.
- Carecen del sentido del humor y de intereses ailiativos.
- Fríos, inexpresivos.
- Fácil adhesión a sectas, altamente vulnerables a la patología psiquiátrica: esquizofrenia, trastornos afectivos y abuso de sustancias.
- Conductas desviadas de la norma.
- Elevadas puntuaciones en la dimensión “psicoticismo”.
- “Callosidad” emocional.
- Componente de la impulsividad y del aventurerismo que no pertenecen a la extraversión.
- Altas puntuaciones en la “esquizotipia”.

Estos trastornos apenas se modifican a lo largo de la vida del sujeto; incluyen las siguientes categorías:

- Esquizoides
- Esquizotípicos
- Paranoides

Grupo B: Personas que parecen Teatrales, Emotivas y Volubles

El caso que concierne a esta investigación es el ***Grupo B***: personas que parecen teatrales, emotivas y volubles, labilidad afectiva y dificultad para controlar los impulsos, con los consiguientes problemas para la adaptación social.

Características diagnósticas del grupo B

1. Antecedentes de dificultades de larga duración en diversas esferas de la vida.
2. Egosintónico.
3. Rigidez.
4. Ansiedad, como protección subyacente.
5. Falta de empatía hacia los demás.
6. Desarrollo inadecuado: inmadurez.
7. Dificultades en las relaciones interpersonales: de pareja y trabajo.

Los sujetos que se identifican con los rasgos de este grupo frecuentemente son calificados como inmaduros. Los trastornos del *Grupo B* se incluyen en las siguientes categorías:

- Histriónicos
- Narcisistas
- Antisociales
- Límite

Grupo C: Personas que parecen Ansiosas o Temerosas

Las características para este grupo de trastornos son las siguientes:

- Miedo e inseguridad generalizados.
- Elevados grados de ansiedad.
- Sensibles a las señales de castigo.
- Reacciones emocionales que interfieren en el aprendizaje y desorganizan la conducta.
- Incapacidad de adquirir estrategias de afrontamiento.
- Infradesarrollo de áreas de funcionamiento imprescindibles para la vida autónoma y el equilibrio emocional.
- Introversión y neuroticismo.
- La diferente expresión clínica de cada trastorno parece depender de las estrategias que el sujeto pone en marcha para defenderse de la ansiedad, una vez fracasada la adquisición de los aprendizajes adaptativos.
- La falta de estrategias de afrontamiento adecuadas de lugar a conductas explosivas, desorganizadas y mal dirigidas, que alternan con el retraimiento y la inhibición.
- Estos comportamientos no solo son inútiles como recursos para afrontar el miedo, sino que añaden nuevos conflictos en las relaciones interpersonales e hipersensibilizan al sujeto, que tiende a defenderse con mecanismos psicológicos de negación, de racionalización y de proyección y con estrategias de evitación y de inhibición en lo que respecta a su conducta.

Las estrategias para defenderse de esta ansiedad determinan, al parecer, la expresión clínica de los distintos trastornos (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo). Los trastornos del *Grupo C* se incluyen en las siguientes categorías:

- Evitadores
- Dependientes
- Compulsivos
- Pasivo-Agresivos

La clasificación de los trastornos de personalidad es en base a los criterios que para tal fin establecen las instituciones a nivel mundial, en este caso la Organización Mundial de la Salud (*OMS*) para la *Clasificación Internacional de las Enfermedades en su Décima Revisión* (*CIE-10*), y por otro lado la American Psychiatric Association (*APA*) para el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales en su Cuarta Edición* (mejor conocido como *DSM-IV*). A continuación se muestra la *Tabla 1*, que contiene las diferentes denominaciones, para los mismos trastornos de la personalidad, según las clasificaciones internacionales.

<i>CIE-10</i>	<i>DSM-IV</i>
Trastorno Paranoide de la personalidad	Trastorno Paranoide de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad	Trastorno esquizoide de la personalidad
Trastorno <i>disocial</i> de la personalidad	Trastorno <i>antisocial</i> de la personalidad
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad - Tipo impulsivo - Tipo límite (<i>borderline</i>) de la personalidad	– – Trastorno límite
Trastorno histriónico de la personalidad	Trastorno histriónico de la personalidad
Trastorno anancástico de la personalidad	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad	Trastorno de la personalidad por evitación
Trastorno dependiente de la personalidad	Trastorno de la personalidad por dependencia
Otros trastornos específicos de la personalidad	–
–	Trastorno esquizotípico de la personalidad
–	Trastorno narcisista de la personalidad
–	Trastornos de la personalidad no especificados

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de personalidad según la CIE-10 y el DSM-IV (Fuentes, et al., 2005).

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Por lo que respecta a los datos de prevalencia de los trastornos de personalidad específicos, de acuerdo con los diferentes estudios, los más frecuentes han sido el límite, el antisocial y el histriónico. El trastorno límite y el generado por dependencia resultaron más frecuentes entre las mujeres, mientras que el antisocial, esquizoide y narcisista presentaron cierto predominio masculino (Roca, 2005).

Según Roca (2005), los trastornos encontrados con más frecuencia fueron el esquizotípico, histriónico y antisocial.

Cabe mencionar que, según la mayoría de la bibliografía consultada para esta investigación, la prevalencia de los trastornos de personalidad es del 6-10% para la población general; siendo del 1-3% para el TPA, del cual 1% corresponde a mujeres, y el 3% para varones; sin embargo se ha encontrado una prevalencia del TPA, entre la población reclusa, del 75% (Turó, et al., 1997; Goldman, H.H., 1993).

Según Davison, G.C. & Neale, J.M. (2002), este autor reporta un punto por arriba de lo reportado por la mayoría de los autores, como Elkin (2000), respecto a la prevalencia del trastorno, es decir un 4% en hombres, y en mujeres reporta 1% igual que los demás autores.

1.4 EVALUACION DE LA PERSONALIDAD

A partir de las pequeñas muestras de conducta, el psicólogo clínico procura comprender cada personalidad que trata, y apoyado en este conocimiento intenta predecir su conducta futura, apunta Megargee, E. I. (1971).

En la actualidad los instrumentos diagnósticos para evaluar los trastornos de la personalidad se han visto incrementados en su número y también en su especificidad, fundamentalmente siguiendo las orientaciones diagnósticas de las clasificaciones internacionales de más frecuente uso (Rubio, 2005).

Los instrumentos para la evaluación de la personalidad se dividen en cuatro categorías (Rubio, 2005):

- Cuestionarios autoadministrados.
- Técnicas proyectivas.
- Listas de síntomas.
- Entrevistas estructuradas.

Cuestionarios autoadministrados

Se diseñaron para la validación de estructuras de personalidad más que para la evaluación de la psicopatología, si bien aportan una gran cantidad de información, son muy utilizados. La característica negativa es el posible falseamiento de las respuestas que muchos individuos pueden dar con el fin de ocultar un diagnóstico que les pueda perjudicar (Rubio, 2005).

Los cuestionarios más utilizados son (Rubio, 2005):

- Cuestionario diagnóstico de la personalidad, revisado (PDQ-R). Fue desarrollado por Hyler en 1987, los propios autores reconocen que debe ser utilizado como complemento de una entrevista estructurada.
- Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Desarrollado por Millon a partir de su teoría recogida en su libro *Modern Psychopathology* y que ha conocido diversas versiones hasta su configuración actual en 1994.
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Es el más popular y utilizado de los cuestionarios de personalidad. Evalúa la personalidad en 10 escalas que en la actualidad no concuerdan con la terminología clínica de las clasificaciones diagnósticas, pero sí con las características.

Técnicas proyectivas

Son quizá los instrumentos históricamente "clásicos" para el estudio de la personalidad y su patología, han sido criticados por su subjetividad, pero es indudable que utilizados por profesionales entrenados en estas técnicas proporcionan una gran

información de una gran riqueza psicopatológica y que escapan al ámbito de acción de otros instrumentos diagnósticos.

Listas de síntomas

Las listas de síntomas tienen muchos puntos en común con los criterios utilizados para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad que se utilizan en las clasificaciones internacionales, DSM o CIE. Las de uso más frecuente son:

1. Lista de adjetivos de la personalidad. PACL (Personality Adjective Checklist).
2. Lista diagnóstica de la personalidad de Millon (MPDC). Esta basada en la teoría de la personalidad desarrollada por su propio autor, Millon y estudia los 14 trastornos de la personalidad por él propuestos.
3. Lista para la psicopatía revisada (PCL-R). Fue diseñada por Hare y revisada en 1.985 y estudia, por un lado el trastorno histriónico y el narcisista y por otro el trastorno antisocial de la personalidad.

Entrevistas estructuradas

Son en la actualidad los instrumentos más utilizados, su prolongado tiempo de administración y la necesidad de ser realizadas por personal especializado o entrenado dificulta su uso generalizado. A pesar de estas dificultades son, hoy por hoy, la forma más idónea de evaluar los trastornos de la personalidad.

Las entrevistas estructuradas y semiestructuradas las he reunido en dos grupos según sean instrumentos para estudiar y diagnosticar un único trastorno de la personalidad o bien hayan sido diseñadas para el diagnóstico de todos los trastornos de una determinada clasificación.

Entrevistas para un único trastorno

1. Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada (DIB-R). Elaborada por el equipo de Gunderson y esta basada en conceptos propios de los autores acerca de la personalidad límite.

2. Entrevista Diagnostica para el Narcisismo (DIN). Fue diseñada por Gunderson y Ronningstam en 1990.
3. Entrevista Diagnostica de la Personalidad Depresiva (DIDP). Diseñada también por Gunderson y Hirschfield en 1990.

Cuestionarios multitrastorno

1. Entrevista Clínica Estructurada para el DSM, eje II (SCID-II) Elaborada por Spitzer y Williams en 1986, constituye el modulo de personalidad de la conocida SCID que evalúa la mayoría de los trastornos mentales del eje I del DSM. Es una entrevista relativamente rápida de administrar.
2. Entrevista Estructurada para Trastornos de la Personalidad del DSM (SIDP). Fue desarrollada por Pfohl.
3. Cuestionario de Evaluación de la Personalidad (PAS). Fue elaborado por Tyrer en 1980. Valora 24 rasgos de personalidad, recientemente se ha confeccionado un procedimiento de transformación para los diagnósticos categoriales del DSM.
4. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE). Desarrollada a partir del PDE de Loranger, tiene la ventaja de ser adaptada tanto a los criterios diagnósticos de la DSM y de la CIE.

1.5 OBSERVACIONES ACERCA DE LA PERSONALIDAD

Las distintas teorías psicológicas recalcan determinados aspectos concretos de la personalidad y discrepan unas de otras sobre cómo se organiza, se desarrolla y se manifiesta en el comportamiento.

En lo que respecta a la comprensión del concepto de personalidad es importante describir lo que se refiere a *trastornos mentales*, esto se refiere a las *afecciones o síndromes psíquicos y conductuales*, opuestos a los *proprios de los individuos que gozan de buena salud mental*. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y la adaptación social (Xintia, 2005).

La normalidad de la personalidad se refleja en la flexibilidad y adaptabilidad con que un sujeto se enfrenta al medio y en que la percepción y conductas típicas se traduzcan en un incremento de la satisfacción personal (Xintia, 2005).

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por ser patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados de la situación (Merck Sharp & Dohme., 3 de Junio de 2005).

Cada trastorno sigue patrones característicos de percepción, de comportamiento y de relaciones interpersonales en situaciones específicas (todo ello alude a los rasgos personales). Dicho de otro modo, toda la gente tiende a enfrentarse a las situaciones estresantes con un estilo individual pero repetitivo y, sobre todo, desadaptado. Por ejemplo, algunas personas tienden a responder siempre a una situación problemática buscando la ayuda de otros. Otras siempre asumen que pueden manejar los problemas por sí mismas. Algunas personas minimizan los problemas, otras los exageran, etc. (Merck Sharp & Dohme, 2005).

Aunque la gente tiende a responder siempre del mismo modo a una situación difícil, la mayoría es propensa a intentar otro camino si la primera respuesta es ineficaz. En contraste, las personas con trastornos de la personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional (Merck Sharp & Dohme, 2005).

Las personas con trastornos de la personalidad generalmente no son conscientes (Egosintónicos) de que su comportamiento o sus patrones de pensamiento son inapropiados; por el contrario, a menudo creen que sus patrones son normales y correctos, ***por lo que no les causa ansiedad*** (Merck Sharp & Dohme, 2005; Turó, et al., 1997).

Con frecuencia, son terceros los que se percatan del trastorno, y son ellos quienes llegan a insistir en la necesidad de recibir ayuda psiquiátrica porque su comportamiento inadecuado causa dificultades a los demás. Por el contrario, la gente con trastornos por *ansiedad* se causa problemas a sí misma pero no a otros. Cuando las personas con

trastornos de la personalidad buscan ayuda por sí mismas (frecuentemente, a causa de frustraciones), tienden a creer que sus problemas están causados por otras personas o por una situación particularmente difícil (Merck Sharp & Dohme, 2005).

No cabe duda de que todos tenemos rasgos peculiares de personalidad, pero cuando estos rasgos interfieren, en forma grave, con nuestro funcionamiento y desarrollo, cuando dañan consistentemente a las personas que nos rodean, puede tratarse de trastornos de personalidad. Estos trastornos son una cuestión de grado (Cleghorn, J.M. & Lee, B.L., 1993).

Pero los sujetos que padecen un trastorno de personalidad, pueden tener mayor tendencia a desarrollar otras enfermedades psiquiátricas, debido al *estereotipo* que provocan sus relaciones interpersonales y a las maneras desadaptadas en que perciben y manejan las circunstancias adversas de la vida (Cleghorn, J.M. & Lee, B.L., 1993).

Ahora que, no todos los psiquiatras concuerdan en lo que constituye un trastorno específico, ya que la personalidad de cada ser humano, en su diversidad infinita, no llenan por completo estas categorías diagnósticas. En todo caso, estas variedades se han reunido en grupos definidos por la similitud de sus rasgos o características. Pero tener rasgos, de cierto tipo de personalidad, es diferente a padecer un trastorno de personalidad, aunque aún no se tengan los criterios diagnósticos que distinguen uno de otro (Cleghorn, et al., 1993), mientras tanto, la diferencia, creo yo, es de grado.

Por otro lado, existen diferencias, de género, en cuanto a la expresión de diversos trastornos, pero estas diferencias dependen directamente del género y no del trastorno en sí; p.ej., es más probable que la conducta antisocial en los varones incluya agresión y alcohol, en tanto que las mujeres utilizan su sexualidad (Cleghorn, et al., 1993).

Es necesario considerar las circunstancias ambientales que envuelven al individuo. Son más frecuentes entre las poblaciones urbanas y los grupos socioeconómicos más bajos. Asimismo se aprecia un ligero descenso en los grupos de edades más avanzadas. Los trastornos de la personalidad no muestran diferencias respecto al sexo, aunque en el caso de la PA sí; algunos trastornos específicos parecen ser más frecuentes en los hombres que en

las mujeres, o al contrario. Los abordajes de tipo psicoanalítico son preferibles en pacientes ansiosos y/o inhibidos, mientras que las terapias cognitivo-conductuales se muestran más eficaces cuando se trata de fijar unos objetivos o de modificar hábitos desadaptativos o socialmente peligrosos (Fuentes, et al., 2005; Turó, et al., 1997).

Finalmente es importante recordar que lo que denota a una patología, es la combinación de rasgos, así como su gravedad y constancia, pero sobre todo su rigidez (Cleghorn, et al., 1993).

Capítulo 2

ANSIEDAD

La importancia del tema de la *Ansiedad*, en esta investigación, se debe a que se ha considerado que la *Ansiedad* es un factor *ausente en la PA*, por lo tanto, es de vital importancia, antes de abordar al tema del tratamiento de la PA, mencionar lo mínimo necesario respecto de la Ansiedad.

Debemos considerar, con cierto detenimiento, el papel que ha desempeñado el concepto de *Ansiedad* en el desarrollo de las teorías de la personalidad, por cuanto es uno de los componentes de dichas teorías, *es uno de los conceptos que más discusión ha generado acerca de su función motivacional en la conducta* (Tous, J.M., 1986).

Tous (1986) plantea que, el primer problema que aparece, al referirnos a la ansiedad, es el de su definición; una forma de considerar la ansiedad consiste en cuestionarse si corresponde a una característica de la personalidad del individuo (como rasgo) o si corresponde a un estado temporal presente sólo bajo ciertas situaciones (como estado), mismas que no son mutuamente excluyentes en una misma persona.

Por lo anterior, la ansiedad como rasgo de personalidad estable aparece confundida con la depresión, mientras que la ansiedad como estado aparece confundida con la motivación (Tous, 1986).

Y finalmente, por interés de esta investigación, el estudio del concepto de ansiedad es esencial para el conocimiento de la conducta psicopatológica (Maher, B.A., 1970).

2.1 DEFINICION DEL CONCEPTO DE ANSIEDAD

Ansiedad

La palabra angustia proviene del latín *angor*, que etimológicamente hace referencia a una sensación de angostura, de estrechez, de estenosis. La raíz griega quiere decir *estrangular*. En ambos casos se hace referencia a la opresión. En gran parte de la literatura,

psiquiátrica y psicológica, angustia y ansiedad aparecen como términos sinónimos (Rojas, E., 1998).

Charles, Ch.M. (Febrero de 2001) advierte que hay autores y libros que prescinden totalmente de la palabra "ansiedad", utilizan en particular: Angustia. Y otros desechan el término "angustia" (desapareciéndolo hasta de los textos del área de la salud mental) para hacer valer solamente el vocablo: "ansiedad".

Anteriormente se le denominaba bajo el nombre de neurosis de ansiedad, pero con esta denominación era tan extensa a diversas categorías de enfermedades mentales, que dejó de ser de uso práctico para denominar a la ansiedad, por lo que al ser necesario un diagnóstico preciso, este término no cumple esa característica, la de ser preciso (Davison, et al., 2002).

A continuación se definen la Ansiedad Adaptativa, Ansiedad Patológica y Miedo; estas tres entidades hacen referencia a la Ansiedad, sin embargo tienen diferencias importantes, que debemos de tomar en cuenta.

Ansiedad adaptativa

La ansiedad es una respuesta al peligro o a una amenaza. Científicamente, la ansiedad inmediata o de corto plazo es denominada *respuesta de lucha/huida*. Esto se llama así porque todos sus efectos están dirigidos a luchar, o a evitar el peligro. Por lo tanto, *el primer propósito de la ansiedad es proteger al organismo*. Desde esta perspectiva, la existencia de respuestas de ansiedad es más signo de salud que una señal de enfermedad (Alejos, C.M., Chávez, L.M. & Castañeda, Ch.A.M., 23 de Mayo de 2005; Usdin, et al., 1983; Rojas, 1998; Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad, 7 de Junio de 2005; Baeza, V.J.C., 7 de Junio de 2005).

Al igual que el resto de las emociones, la ansiedad, va acompañada de modificaciones fisiológicas, dice Cannon citado en Coderech (1991). Además dice él, representan una preparación para la acción; desde esta perspectiva, la ansiedad no debe ser juzgada como patológica, sino como una respuesta apropiada a una situación de emergencia y esfuerzo, o a la anticipación de dicha situación, a través de la cual el organismo se prepara para una eficaz adaptación a la situación.

El hombre primitivo precisaba de tal movilización de energía, para mantenerse vivo, y así, aún cuando los temores del hombre civilizado son mucho mas complejos y no suelen requerir de una actuación mecánica para liberarse del peligro, el organismo continúa dependiendo de la forma primitiva; es decir, el hombre busca identificar y remover, o removerse, de la fuente que origina su temor; de no lograrlo, el individuo entraría en una etapa de agotamiento que invariablemente lo llevaría a la muerte (Coderech, 1991; Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad, 2005), es por ello que el proceso homeostático es vital para el individuo; podríamos suponer que la PA dirige su comportamiento, desadaptado, hacia el logro de la homeostasis.

La respuesta de lucha/huída genera cambios inmediatos en el organismo, que le permiten una mejor y más rápida respuesta física ante el peligro. El significado de esta historia es simple: el propósito de la ansiedad es proteger al organismo, no dañarlo. Sería completamente ridículo que la naturaleza desarrollara un mecanismo para proteger al organismo y que, al hacerlo, lo dañara (Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad, 2005).

Por tanto, la ansiedad es una respuesta al estrés, como verse expuesto a una situación de desastre con peligro vital. Las teorías psicoanalíticas, sostienen que la ansiedad puede también ser una reacción a unos impulsos reprimidos, agresivos o sexuales, que amenazan con desbordar las defensas psicológicas que normalmente los mantienen bajo control. Por lo tanto, la ansiedad indica la presencia de un conflicto psicológico (Merck Sharp & Dohme, 1 de Junio de 2005; Usdin, et al., 1983).

Entonces, la ansiedad es una de las emociones humanas básicas, y suele manifestarse cuando nuestra integridad espiritual, mental o física se ve amenazada. En la literatura anglosajona se utiliza el vocablo anxiety, en tanto que en español *ansiedad y angustia se usan indistintamente*, lo cual es aceptable en el ámbito clínico. Se reconoce, por su carácter desagradable, cierto "dolor emocional", asociado a la percepción o el temor de un desenlace negativo en una situación incierta o de riesgo (Gloger, K.S. 1994).

Siendo así, la ansiedad es una de los padecimientos que con más frecuencia ocurren al ser humano (Charles, 2001).

Es un estado emocional displacentero de desasosiego, preocupación o miedo, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar (Goldman, 1993; Alejos, et al., 2005; Merck Sharp & Dohme, 1 de Junio de 2005; Charles, 2001).

Frecuentemente se acompaña de cambios fisiológicos y del comportamiento similares a los causados por el miedo (Merck Sharp & Dohme, 1 de Junio de 2005; Charles, 2001).

A causa de estas similitudes, a veces se usan los términos ansiedad y miedo de forma indistinta (Merck Sharp & Dohme, 1 de Junio de 2005; Goldman, 1993; Usdin, et al., 1983; Rojas, 1998).

Ansiedad patológica

La ansiedad puede tornarse patológica en algún momento de la vida. Esto sucede cuando el individuo responde de una manera exagerada o inadecuada a un estímulo, o cuando la ansiedad persiste en el tiempo aunque el estímulo se haya extinguido, dice Aníbal, H.S. (2000).

La ansiedad patológica puede manifestarse de diversas formas. La ansiedad crónica en estado más o menos puro constituirá el llamado Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), que la mayoría de las veces (dos tercios ó más de los casos) coexiste con otra patología, habitualmente otro síndrome de ansiedad o un trastorno del ánimo. Cuando aparece bajo la forma de reacciones desmedidas de miedo a distintos estímulos la llamamos fobias, que son fobias sociales si estas circunstancias se relacionan con el sentirse observado en situaciones generales o específicas de las interacciones humanas. El Trastorno de pánico (TP) se caracteriza por crisis de angustia breve, recurrente y muy intensa, con miedo a la muerte inminente. El Trastorno por estrés postraumático (TEPT) se da cuando el temido episodio de la ansiedad se presenta en el momento en que es activada la memoria intrusiva de un evento traumático, y el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) cuando la ansiedad viene ligada a ideas y compulsiones que irrumpen en la conciencia. Estos cuadros pueden aparecer completos, cuando satisfacen los criterios requeridos por el DSM-IV, o bien incompletos o subsindrómicos (Aníbal, 2000).

Ansiedad adaptativa vs Ansiedad patológica

Otro punto de vista es que, la ansiedad es miedo a nada, porque el miedo es un sentimiento producido por un peligro presente, conocido e inminente, y que en lo general se encuentra a la par o ligado a los objetos o cosas que lo generan, *lo que diferencia a la ansiedad del miedo*, es que ésta es una sensación de un peligro venidero, indefinible, no previsible, de causa vaga e incomprensible, sea real o no la amenaza (Charles, Ch.M., 2001; Usdin, et al., 1983; Echeburúa, E., 1993 citado en Alejos, et al., 2005).

La ansiedad es una emoción normal que tiene funciones activadoras de respuesta del organismo ante diversos estímulos, por lo que facilita la capacidad de respuesta del individuo. Pero... cuando la ansiedad se excede en intensidad, frecuencia, duración o aparece asociada a estímulos que sin representar una amenaza real para el organismo, produce alteraciones emocionales y funcionales graves, entonces se considera una situación de enfermedad (Charles, 2001; Rodríguez, L.J.F. & Contreras, C.M. 1998; Sue, et al., 1996; Usdin, et al., 1983).

Freud argumentó que “la ansiedad puede ser útil si la incomodidad, que viene con ella, hace que la gente *aprenda* nuevos modos de abordar los requerimientos de la vida”. (Saranson, I.G. & Saranson, B.G. 1990).

Los síntomas de ansiedad caben en todos los trastornos psiquiátricos, en algunas enfermedades se presentan dificultades muy serias para diagnosticar la enfermedad que realmente tiene el paciente (Charles, 2001).

Echeburúa, (1993), citado en Alejos, et al. (2005), define la ansiedad como una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la amenaza.

No obstante también refiere que, como todas las emociones, la ansiedad, tiene utilidad adaptativa: nos ayuda a prepararnos para enfrentarnos a algún peligro. Pero en la vida moderna, es más frecuente que sea desproporcionada y fuera de lugar; la perturbación se produce ante las situaciones con las que debemos vivir o que son evocadas por la mente, no por peligros reales que debemos enfrentar. Por esta razón se está convirtiendo en un riesgo para la salud si se presenta en forma crónica. Si las angustias perduran, estas

amenazan la salud; una mayor cantidad de cambios en la vida y de molestias está vinculada con una mayor probabilidad de enfermedades físicas (Alejos, et al., 2005; Usdin, et al., 1983).

La ansiedad es una emoción universal que prepara para responder mejor ante demandas externas o internas, por lo que, en analogía con las funciones del dolor en el plano físico, ella debe considerarse un fenómeno normal y adaptativo si las circunstancias y la intensidad con que se presenta son apropiadas. La ansiedad patológica puede reconocerse cuando los síntomas generan sufrimiento o discapacidad, ya sea por su excesiva intensidad o por la ausencia de un estímulo identificable para el cual sirva de mecanismo de adaptación. La ansiedad puede presentarse como síntoma, asociado a la mayor parte de la patología médica o psiquiátrica, o bien se configura como la manifestación central de un grupo de trastornos emocionales (Gloger, 1994).

Finalmente, Giglio, citado en Alejos, et al. (1983), refiere que la ansiedad es una emoción negativa, una perturbación provocada por las presiones de la vida diaria. Es la emoción con mayor peso como prueba científica al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el curso de la recuperación.

Como es evidente no hubo mayor problema para definir a la ansiedad, hay bastante consenso al respecto. Para efectos de esta investigación, el interés, por la Ansiedad, radica en su función adaptativa.

Miedo

Complementario a esta apreciación, Goldman (1993); Usdin (1983); Rojas (1998) indican que, el temor es definido como una respuesta emocional y fisiológica a una amenaza externa reconocida (como a un automóvil fuera de control, p.ej.). A diferencia del miedo, la ansiedad carece de objeto real (Pélicer, Y., 1974; Anibal, 2000).

Siendo así, el ***Miedo***, lo vamos a entender como respuestas instintivas y universales, sin aprendizaje previo que tienen por objetivo proteger al organismo de diferentes peligros. Se pueden agrupar cuatro categorías generales (Alejos, et al., 2005):

1. Miedo a los estímulos intensos (ruidos o dolores).
2. Miedo a los estímulos desconocidos (personas extrañas).
3. Miedo a la ausencia de estímulos (oscuridad).
4. Miedo a los estímulos que han sido peligrosos para la especie humana (separación, las alturas, las serpientes, etc.).

Entonces diremos que la ansiedad y el miedo son, en cierto modo, compartidos entre el hombre y los animales superiores. Esto lo inferimos por analogía, ya que, por supuesto los animales no nos lo comunican de manera directa (Anibal, 2000).

Por el contrario, Patiño, J.L. (1990) considera que el concepto de ansiedad es exclusivo para la especie humana, quedando fuera de su aplicación para cualquier otra especie; siendo así, entonces la ansiedad esta constituida por un conjunto de aspectos fisiológicos, psicológicos y psicopatológicos; la ansiedad, por lo tanto, exhibe necesariamente una vertiente en su origen y dos vertientes en su abordaje, una psíquica y otra somática.

Quedando de la siguiente manera (Anibal, 2000; Rojas, 1998):

- A. Dimensión psíquica: Inquietud, impaciencia, nerviosismo, intolerancia, preocupación.
- B. Dimensión somática: Que, a su vez, se subdivide en dos áreas:
 1. Vegetativa: taquicardia, taquipnea, sudoración, piloerección, diarrea.
 2. Motora: rigidez, contractura, temblores.

2.2 CARACTERISTICAS

La ansiedad suele manifestarse con inquietud, nerviosismo y aumento del estado de alerta. Al componente psicológico de este estado se le denomina expectación aprensiva. Además, son comunes un número variable de molestias físicas, entre las más habituales sensación de constricción o vacío en la región epigástrica, "un nudo en la garganta", pulso y frecuencia respiratoria aumentadas, sudoración y tensión osteomuscular (Gloger, 1994).

Como se ha mencionado antes, la respuesta de lucha-huida prepara al organismo para la acción: atacar o correr. Así, no es ninguna sorpresa que los *impulsos* dominantes *asociados* con esta respuesta sean los de *agresión* y el deseo de *escapar*. Cuando esto no es posible (debido a limitaciones sociales), los impulsos serán frecuentemente expresados mediante comportamientos tales como dar golpecitos con el pie, pasearse de un lado a otro o hablar bruscamente a la gente. En resumen, las sensaciones producidas son los de estar atrapado y necesitar escapar (Baeza, 2005).

La ansiedad, cuando es de origen psicológico, tiene diferentes expresiones, una de las más importantes es la parálisis de “hacer”; es decir, el no hacer nada, que desde la vista del observador sería algo así como la pereza, apatía, irresponsabilidad, etc. O bien todo lo contrario, una desinhibición en el “hacer”, que conduzca, necesariamente, a un comportamiento aberrante. Este aspecto se considera de vital importancia, pues la ansiedad, invariablemente, conduce a alteraciones en el juicio y la valoración, y por ello, da lugar a conductas inadecuadas y muchas veces perjudiciales para el sujeto mismo (Patiño, 1990), y para los que le rodean. Ello hace perfecta referencia a la conducta desinhibida, que ha mencionado Aluja, F. A. (1991), inherente a la PA.

Hasta aquí hemos descrito una serie de reacciones para las que el organismo "viene" biológicamente programado y luego irá modulando a través de sus experiencias tempranas (fundamentalmente) y tardías (Anibal, 2000).

Síntomas o respuestas de ansiedad (Cano, V.A., 2002; Sue, et al., 1996):

Cognitivas (lo que pensamos o sentimos)

- Preocupación
- Pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo
- Inseguridad
- Temor a que nos noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede

Fisiológicas (lo que sucede en nuestro cuerpo)

- Molestias en el estómago

- Sudor
- Temblor
- Tensión
- Palpitaciones, aceleración cardiaca

Motoras (lo que manifestamos en nuestro comportamiento)

- Movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc.)
- Fumar, comer o beber en exceso
- Evitación de situaciones

Empleando un método estadístico (análisis factorial) Cattell y Scheier, citados en Caso, A. (1989), valoraron muchas manifestaciones específicas de la ansiedad, obtenidas mediante cuestionarios, entrevistas, pruebas psicológicas, fisiológicas y conductuales, mismas que fueron medidas objetivamente. Cattell y Scheier encontraron que hay un patrón de reacción, general y único (es lo que evalúa el MMPI precisamente), que representa las manifestaciones de ansiedad, de la siguiente forma:

- a. Falta de confianza.
- b. Sentimiento de culpa e inutilidad.
- c. Falta de deseo de aventurarse.
- d. Dependencia.
- e. Fatigabilidad e inestabilidad.
- f. Mostrar desánimo y desaliento, con facilidad.
- g. Inseguridad en sí mismo.
- h. Susplicacia hacia los demás.
- i. Tensión general.

Cabe mencionar, que la intensidad tiene muchos grados, que van desde inquietudes menores hasta reacciones físicas notables, e incluso pánico, que es la expresión del más alto grado de ansiedad (Goldman, 1993).

2.3 ETIOLOGIA

La ansiedad es la activación del *sistema nervioso*, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las *estructuras* o de la *función* cerebral. La activación se traduce como síntomas *periféricos* derivados del *sistema* nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del *sistema* endocrino (*hormonas* suprarrenales), que dan origen a los síntomas de la ansiedad. Por otro lado los síntomas generados por estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral, se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad (Porrás, S.R.E., 7 de Junio de 2005).

Genética

Esto se deduce de los trastornos de pánico ya que la patología se observa con una incidencia aproximada de 30-40% de familiares de primer grado de sujetos afectados frente a un 2-4% de sujetos controles, siendo mayor riesgo si ambos progenitores padecen el trastorno. En algunos tipos de fobias la incidencia familiar es del 65% (Porrás, 2005).

Ansiedad por separación

Esto se presenta en algunos niños por temor a separarse de sus progenitores (más en la madre) y puede acompañarse de preocupaciones exageradas y constantes referentes a la ausencia física, con expectativas catastróficas y trastornos de conducta (negativa a acostarse, ir al colegio, etc.). Se ha comprobado que adultos con pánico y/o agorafobia es por mayor incidencia de ansiedad durante la infancia (Porrás, 2005).

Ansiedad y Personalidad

Las personas que se describen como preocupadas y nerviosas y que pierden el sueño ante cualquier contrariedad, aquellas personas con inadecuada capacidad de afrontamiento y baja asertividad, son las más predispuestas a desarrollar algunos trastornos de ansiedad (Porrás, 2005).

Teoría psicodinámica

Freud Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual [libido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad (Porrás, 2005).

Teorías conductistas

El conductismo se basa en que la mayoría de las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. Este proceso de condicionamiento se considera responsable de la evitación de situaciones neutrales o benignas, en las que la ansiedad (tal como el pánico) ha ocurrido (Porrás, 2005). Cuando una situación o un estímulo provocan ansiedad en una persona, que entonces los evita, la ansiedad es disminuida y entonces la persona aprende a reducir la ansiedad evitando las situaciones que la generan (Goldman, 1993). El apareamiento de un pensamiento inductor de ansiedad recurrente (tal como la contaminación por gérmenes) con una conducta compulsiva (tal como lavarse las manos) que reduce la ansiedad, es tomado como la explicación del desarrollo de un trastorno obsesivo compulsivo (Goldman, 1993).

La teoría del aprendizaje social (Bandura y Walters, 1963) dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno (Porrás, 2005; Engler, 1996, Dicaprio, 1986).

Teorías cognitivistas

Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" inadecuadas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad (Porras, 2005).

Sustancias que inducen crisis de ansiedad

Las drogas que pueden inducir ansiedad incluyen el alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína así como muchos fármacos prescritos. También se puede producir ansiedad cuando se interrumpe un fármaco (Merck Sharp & Dohme. 1 de Junio de 2005; Goldman, 1993). La ansiedad debe disminuir cuando se trata la enfermedad somática o cuando ha pasado tiempo suficiente desde la interrupción del fármaco para que hayan desaparecido los efectos de supresión.

Existen una serie de sustancias capaces de inducir crisis de angustia en gran parte de los pacientes que sufren ese trastorno, mientras que lo hacen en sólo una pequeña proporción de aquellos que no están aquejados de dicho trastorno. A continuación se mencionan algunas de ellas, ***lactato sódico, dióxido de carbono, clonidina, yohimbina, isoproterenol, clorofenilpiperacina, fenfluramina, cafeína*** (Porras, 2005). Estas sustancias escapan a mi conocimiento y entendimiento, por lo que sólo se mencionan como un dato interesante.

2.4 OBSERVACIONES ACERCA DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción humana, fundamental para la supervivencia, que fue reconocida hace mas de 5000 años (Sue, D., Sue, D. & Sue, S., 1996).

La ansiedad es un concepto fundamental en el estudio de la psicología de la gente normal, ya que nadie esta exento de vivir niquiera una semana sin experimentar cierto

grado de lo que, todos suponen es la emoción llamada, ansiedad o miedo (Davison, et al., 2002).

La ansiedad es tan común como cualquier otra emoción normal; sin embargo, la ansiedad es patológica sólo cuando los síntomas y comportamientos, relacionados con ella, son graves y ocurren con tal frecuencia que interfieren con el trabajo o las relaciones (Elkin, 2000; Sue, et al., 1996; Usdin, G. & Lewis, J.M., 1983).

La ansiedad se encuentra en todas las formas psicopatológicas, como expresión sintomática de la tensión psicológica o como estimulante de enfrentamiento adaptativo (Millon, T., 1976; Usdin, et al., 1983), por ello es de importancia para esta investigación.

La mayoría de los síndromes sintomáticos son maniobras, patológicas, que los pacientes utilizan para controlar o disminuir la ansiedad que experimentan. En los demás trastornos, los pacientes utilizan mecanismos de enfrentamiento desviados y complicados para mantener su cohesión psicológica, frente a los desorganizadores efectos de la ansiedad. Si sus operaciones defensivas son deficientes o sin adecuadas medidas compensatorias, el temor y la tensión no remitirán (Millon, 1976).

Cabe señalar, que la ansiedad intensa aparece en dos etapas, dentro del proceso de enfrentamiento: al principio y al final. En la primera etapa, vemos a la ansiedad como una reacción ante la amenaza que se cierne sobre el individuo; para la mayoría de la gente, la fuerza de la amenaza disminuye y vuelve a una actividad funcional normal. Sin embargo, si persiste la actividad de la fuente de ansiedad, el individuo aprenderá a hacerle frente, mediante cualquier procedimiento que le parezca viable y expeditivo; *esta forma de hacer frente a la ansiedad suelen convertirse en precursores de posteriores patrones de personalidad patológica* (Millon, 1976).

Algo andaría mal sí si un individuo no sintiera niquiera un poco de ansiedad al enfrentar eventos estresantes de la vida cotidiana (Sue, et al., 1996).

Decimos que la ansiedad es normal cuando su intensidad y su carácter convienen a una situación dada, cumple su función de preparar al organismo para enfrentar las amenazas, cuando sus efectos no causan desorganizaciones ni mal adaptaciones. Su correcta funcionalidad conlleva cautela y sensibilidad a las reacciones de una ligera estimulación, de hecho, la ansiedad, cuando es funcional, puede aumentar la resistencia, de una persona, durante una emergencia. Aún cuando, la ansiedad, es intensa, pero bien adaptada, la gente lleva a cabo hechos, que de otra manera serían superiores a sus posibilidades (Cameron, 1990).

Por otro lado, cabe mencionar que casi 10 por ciento de los mexicanos sufre a causa de la ansiedad. Así lo aseguran, investigadores del Instituto de Fisiología Celular de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Miguel Pérez de la Mora*, quien encabeza el equipo de investigación, señaló que la ansiedad es una respuesta adaptativa que prepara al individuo para contender contra un peligro real o potencial (Avilés, K., 23 de Marzo de 2005).

Rojas (1998), además de que concuerda con las definiciones, más comunes, para la ansiedad y el miedo, este autor analiza de modo más amplio a la ansiedad. Desde un modelo de enfermedad psíquica *pentadimensional*, dice él: vivencial, psíquico, de conducta, físico, cognitivo y asertivo. El autor parte de la hipótesis de que son cinco aspectos en los cuales se va a manifestar la ansiedad, cuando se presente.

Ahora bien, la ansiedad se puede presentar por dos razones, ante amenazas a la integridad del organismo, ó por desencadenantes internos, contruidos a partir de recuerdos, ideas pensamientos, fantasías, etc. (Rojas, 1998)

El hombre, a diferencia de los animales, vive la ansiedad de manera mas compleja; el hombre aprende de hechos pasados, por lo que esta en posibilidad de prever eventuales situaciones, mismas que él puede analizar, antes de que sucedan, lo cual le permite, de antemano, controlar su respuesta, y ello ayuda a que, el individuo, reciba la ansiedad disminuida. El aumento o la disminución de la ansiedad, esta estrechamente relacionado con la elaboración y manejo, que hace el individuo, de la información. De este modo, la

gama de reacciones, a la ansiedad, va desde la huida, pasando por la evitación, la búsqueda de protección, depresión, hasta agresividad, etc. Tanto la etiología, como la respuesta pueden ser muy diversos (Rojas, 1998), como ya lo vimos.

Un aspecto importante, que cabe mencionar es que ni la ansiedad, casi vegetativa, ni la ansiedad, casi patológica, ninguna parece ser, ya, creativa (Rojas, 1998); por ello es la importancia de identificar los niveles, para saber si esta ansiedad nos será útil, en el proceso terapéutico, o no.

Ahora bien, los procesos de activación ansiosa son la consecuencia de un bombardeo, permanente, de estímulos externos e internos. Gray (1986) citado en Rojas (1998) ha estudiado las diferencias de activación que existen, entre los sujetos introvertidos y extrovertidos, siendo estos últimos los que realizan mejor una tarea bajo presión; ello apoya mi hipótesis de que la PA si presenta rasgos de ansiedad.

Invariablemente, los traumas biográficos siempre traen, consigo, mucha ansiedad; alguna frustración, pérdida, humillación, y todo aquello, que en el pasado, puso al individuo en una situación desagradable, va dejando una secuela progresiva (Rojas, 1998), sí, esa secuela progresa, a tal grado, de convertirse en un trastorno de la vida del sujeto, por su ansiosa y desadaptada personalidad.

Los traumas no digeridos convierten, al hombre en neurótico, dice Rojas (1998). En el lenguaje común lo expresaríamos, como una persona amargada, resentida, llena de contradicciones, atrapada en el pasado y sin capacidad para mirar hacia el futuro, rara, extraña, difícil, incapaz de lograr una convivencia armónica, atormentada por la ansiedad que, tarde o temprano, se desborda.

Rojas (1998) comenta que el hombre sano supera los traumas, da por bueno que se produjeran ya que sirven para la maduración de la personalidad, pero vive en el presente, y mira hacia el futuro. Por el contrario, el neurótico vive atrapado en el pasado, y no sabe como salir de él.

Pero entonces ¿qué se debe entender por ansiedad positiva y ansiedad negativa?; la primera hace alusión a aquel estado de animo, presidido por el interés, la curiosidad, el afán de conocer y ahondar en las cosas de la vida, es la inquietud de saber, es aquello a lo que se le ha llegado a llamar *instinto epistemológico*.

Pero, cuando se presenta todo lo contrario, el hombre que vegeta, común, pasivo, sin interés por nada; ello hace referencia la ansiedad negativa. Quien la padece, es aquella persona que se limita a llevar una vida vegetativa: come, duerme, va y viene, pero nada importante ocurre ni motiva su vida, es una persona simple y aburrida (Rojas, 1998).

También es importante mencionar que la ansiedad, es inseparable de las adicciones, y sí tomamos en cuenta que la mayoría de los delincuentes son adictos; pues es de vital importancia identificarla, cuándo se presenta y en qué grado, ya que, recordemos, la ansiedad motiva, tanto actos positivos (buscar ayuda, con el afán de cambiar para no sufrir mas) como actos negativos (arrebatar, lograr a costa de lo que sea, pasar por encima de los demás); es por ello, que además de identificarla, medirla, también, y sobre todo, hay que predecirla. Para ello es necesario saber que la ansiedad se puede presentar de las siguientes formas (Rojas, 1998):

Crisis, cuando se presenta sin previo aviso, repentinamente, urgente, veloz, todo ve a tener un carácter de urgente, rápido, tajante, inmediato, pero también es de corta duración.

Episodio, es cuando aparece de forma mas paulatina, de duración no tan breve, su intensidad es de nivel mas moderado, de instalación progresiva y curso uniforme; generalmente se da dentro de un marco ya existente con anterioridad.

Temporada, se caracteriza por una presentación lenta y progresiva, de duración cien veces mayor que en la crisis, y diez veces mayor que en el episodio, pero también tarda mas en desaparecer.

Estado, se trata de una característica estable ya, en el pensar, hacer y sentir diario del sujeto; por lo menos el tiempo que duran los eventos que la generaron.

Mas aún, como ya se mencionó, la sintomatología, de la ansiedad, es muy variada y por ello puede manifestarse de manera distinta en cada sujeto, sin embargo, estas manifestaciones tienen un núcleo común, que es la percepción de amenaza (Rojas, 1998).

Siminov (1980, 1987) citado en Rojas (1998) ha hablado de las emociones positivas y negativas. Las emociones negativas aparecen ante una deficiencia, entre la información necesaria y la información disponible, teniendo en cuenta que la información posibilita alcanzar o no una meta; de tal manera que, cuando existe la deficiencia, se emite una respuesta, poco eficaz, o simplemente no se emite nada, lo que posteriormente, desencadenará una serie de cambios fisiológicos, y después vivenciales. Por el contrario, las emociones positivas se producen de forma contraria, cuando la información excede a la necesaria.

Rojas (1998) menciona que la ansiedad se experimenta de forma diferente, dependiendo de la manera en la que se elaboran las ideas y los recuerdos.

Estas ideas y recuerdos, comúnmente, se elaboran de forma dependiente al nivel intelectual (cognitivo) del individuo; por lo tanto, sí hay un adecuado nivel de elaboración, no hay distorsión de la realidad; pero sí por el contrario, no hay una adecuada elaboración de las ideas y recuerdos, a causa de un bajo nivel intelectual, el sujeto incurre en los siguientes errores, que menciona Rojas (1998):

1. *Adelantar conclusiones negativas*; se trata de una tendencia emocional, habitual en sujetos que experimentan gran ansiedad o tensión emocional. Su característica principal es una actitud de pesimismo general.
2. *Tener un pensamiento radical*; es la tendencia a plantear todo en términos diametralmente opuestos, es decir, bueno o malo, correcto o incorrecto, si o no, a favor o en contra, etc., y de igual manera, el sujeto, se autodescribe. El resultado de todo ello, es la incapacidad para adoptar posturas moderadas, al valorar matices inherentes a hechos y personas; imposibilidad para tener una cierta medida, cautela o equilibrio en el autoanálisis y el de los que le rodean.

3. *Generalizaciones continuas y negativas*; eso es, que de hechos aislados, se extraen reglas generales que, lógicamente y desde luego que, son erróneas y por lo tanto falsas. Este tipo de generalizaciones llevan, al sujeto, a aislarse y ver todo con suspicacia y negatividad.
4. *Centrarse en detalles selectivo-nocivos*; es la tendencia a resaltar los aspectos negativos, y por el contrario, minimizar u omitir los aspectos positivos inherentes a las personas y situaciones; derivando, de esta tendencia, una serie de experiencias y recuerdos que son valorados, por el individuo, como vivencias negativas.

Sí tomamos en cuenta estos planteamientos, obtenemos dos diferentes formas de pensar; el pensamiento ansioso, centrado en los defectos apuntados, y por otro lado, el pensamiento maduro, que va a definirse en contraposición al primero, de la siguiente manera. El individuo maduro no adelanta conclusiones, sino que espera a que los hechos se produzcan; es capaz de ver los matices, es relativo, no emite juicios de valor, sabe esperar; utiliza adjetivos que permiten cierta conciliación; no generaliza y sabe superar los malos recuerdos, olvidándose, paulatinamente, de ellos y exaltando mas las cosas agradables que las desagradables (Rojas, 1998).

Para finalizar, es necesario mencionar que *asertiva es aquella conducta que tiene como fin hacer y decir lo mas adecuado a cada situación, sin inhibiciones y/o agresiones, que serían expresiones de ansiedad, y por tanto, inadecuadas*. En simples palabras, asertividad es sinónimo de habilidad social, dice Rojas (1998).

Capítulo 3

PERSONALIDAD ANTISOCIAL

El crimen nace con el hombre, cuando no existía un orden jurídico ni una sociedad organizada (León, O.A. 3 de Junio de 2005).

El hombre aún no articulaba palabras, pero sin duda alguna, ya desarrollaba conductas y actos que afectaban a la sociedad, de ahí la necesidad de regular tales conductas y señalar castigos para lograr el orden y la convivencia pacífica por medio del surgimiento del derecho penal (León, 2005).

Inherente a ello, el estudio de la PA, sin dudada, es un tema que preocupa desde la antigüedad porque siempre hubo personalidades anormales como parte de la población. Personas cuyo tipo de conducta llamaba fuertemente la atención y a las que no se las podían calificar de locos ni de cuerdos, estaban en un campo intermedio. Son individuos que se separan conductualmente del grueso de la población (Marietan, 1998).

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS ACERCA DEL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Desde los griegos

Los primeros escritos que podríamos relacionar con algo semejante a lo que hoy denominamos trastornos de la personalidad lo encontramos ya en el siglo V a. de C. con los *humores* de Hipócrates y que clasificaba en *bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema*, y que a su vez correspondían a una serie de caracteres según predominaran unos u otros humores (Rubio, L. V. 3 de Junio de 2005).

La filosofía de Platón y Aristóteles también dedican paginas a explicar el comportamiento humano y es Teofrasto (siglo III a. de C.) quien de forma mas clínica escribe sobre las alteraciones de las personas según su forma de ser (Rubio, 2005).

Hay que dar un largo salto histórico para encontrarnos en el siglo XVIII con autores como:

Gall y su Frenología donde dice que según las variaciones de nuestro cráneo tendremos un determinado comportamiento (Rubio, 2005).

Pinel

Philippe Pinel (1745-1826) en 1801 publica su *Traité médico philosófique sur l'aliénation mentale* y habla de personas que tienen todas las características de la manía pero que carecen del delirio (Pinel llamaba manía a los estados de furor persistentes y psicosis florida, distinto del concepto actual de *manía*). Decía "me admiré de ver muchos locos que en ningún tiempo presentaban lesión alguna del entendimiento, y que estaban dominados de una especie de instinto de furor, como si únicamente estuvieran dañadas sus facultades instintivas. La falta de educación o una educación mal dirigida o bien un natural perverso e indómito, puede ser la causa de esta especie de enajenación" (Marietan, 1998; Rubio, 2005; Turó, et al., 1997; Zak, M. & Cowen, E.L. 1979).

Prichard

Tanto Pinel como Prichard luchaban contra la idea, imperante en esos tiempos, del filósofo Locke quien decía que no podía haber manía (furor, psicosis) sin delirio (es decir sin compromiso del intelecto). Por lo tanto los jueces no declaraban insano a ninguna persona que no tuviera un compromiso intelectual manifiesto (delirio). Pinel y Prichard trataban de imponer el concepto de que existían insanías sin compromiso intelectual, y sí afectivo y volitivo. Es decir que las funciones mentales (intelecto, afectividad, voluntad) se podían enfermar independientemente (Marietan, 1998; Rubio, 2005; Zak, et al., 1979).

En 1835 James Cowles Prichard (1786-1861) en su obra *Treatise on insanity and other disorders affecting the mind* es el que habla de "Moral insanity" (Marietan, 1998; Woodruff, R.A., Jr., Goodwin, D.W. & Guze, S.B., 1978).

El historiador G. Berrios discute la conceptualización de la *insanía moral* como equivalente a nuestro concepto de *psicopatía*. Según este autor Prichard crea el término para referirse a trastornos del comportamiento cuya insanía característica común era la ausencia de delirio. Y lo hace con una finalidad *forense*, para poder ubicar dentro de las insanías a enfermedades como la maníaco depresiva sin características psicóticas. Así

describe como insanías morales típicas a casos "donde la tendencia hacia la melancolía y la pena es el rasgo característico. El individuo rodeado de todas las comodidades de la existencia, se transforma en triste y abatido, sin esperanzas. Este estado de tristeza y melancolía da paso a un período de condición opuesta de excitación preternatural. En esta forma de desarreglo moral la mente genera una necesidad de autodomínio con continua excitación, una inusual expresión de sentimientos fuertes. Así, una mujer modesta y discreta se trasforma en violenta y abrupta en sus maneras, locuaz, impetuosa y gritona". Queda claro que Prichard no está hablando de una personalidad psicopática (Marietan, 1998).

Morel

Morel (1857) parte de lo religioso para elaborar su teoría de la degeneración. El hombre ha sido creado siguiendo un tipo primitivo perfecto y toda desviación de ese tipo perfecto es una degeneración. La esencia del tipo primitivo y, por lo tanto, de la naturaleza humana, es la dominación de lo moral sobre lo físico. El cuerpo no es más que "el instrumento de la inteligencia". La enfermedad mental invierte esta jerarquía y convierte en bestia al humano (Marietan, 1998).

Una enfermedad mental no es más que la expresión sintomática de las relaciones anormales que se establecen entre la inteligencia y su instrumento enfermo, el cuerpo. La degeneración de un individuo se va transmitiendo (y agravando) a lo largo de las generaciones hasta llegar a la decadencia (recordemos que Darwin da a conocer sus investigaciones en 1854) (Marietan, 1998).

Valentín Magnan y sus seguidores quitarán lo religioso de estas ideas y acentuarán los aspectos neurobiológicos. Estos conceptos van a afirmar la ideología de la herencia y de la predisposición en varias teorías sobre las enfermedades mentales (Marietan, 1998).

Koch y Gross

En 1888, el alemán J. Koch habla de *inferioridades psicopáticas*, pero dice inferioridades en sentido social y no moral como se entiende erróneamente. Para Koch, entonces, las inferioridades psicopáticas eran congénitas y permanentes y las dividía en tres formas: *disposición psicopática*, *tara psíquica congénita* y *degeneración psicopática*.

Dentro de la primera forma se encuentran los *asténicos* de Schneider, dentro de la *tara* incluye a "las almas impresionables, los sentimentalistas lacrimosos, los soñadores y fantásticos, los huraños, los apocados, los escrupulosos morales, los delicados y susceptibles, los caprichosos, los exaltados, los excéntricos, los justicieros, los reformadores del estado y del mundo, los tercos y los porfiados, los orgullosos, los indiscretos, los burlones, los vanidosos y los presumidos, los trotacalles y los noveleros, los inquietos, los malvados, los estrafalarios, los coleccionistas y los inventores, los genios fracasados y no fracasados". Todos estos estados son causados por inferioridades congénitas de la constitución cerebral, pero no son consideradas enfermedades (Marietan, 1998; Rubio, 2005).

Otto Gross, opinaba que el retardo de la neurona para estabilizarse después de la descarga eléctrica determinaba diferencias en el carácter. Así en su libro "Inferioridades Psicopáticas" la recuperación neuronal rápida determinaba individuos tranquilos, y los de estabilización neuronal más lenta (es decir mayor duración de la estimulación), serían los excitables (inferioridades). Esto influyó en Jung, quién llamó introvertidos y extrvertidos a estos tipos de Gross (Marietan, 1998).

Kraepelin

Kraepelin, cuando hace la clasificación de las enfermedades mentales en 1904 (7º edición), usa el término "***personalidad psicopática***" para referirse, precisamente, a este tipo de personas que no son ni neuróticos, ni psicóticos, no están en el esquema de manía-depresión, pero que sí tienen un choque en cuanto a los parámetros sociales imperantes. Incluye en ellos a los criminales congénitos, la homosexualidad, los estados obsesivos, la locura impulsiva, los inconstantes, los embusteros y farsantes y los seudolitigantes; como podemos observar todas ellas son características que hoy en día siguen siendo aceptadas como inherentes a este tipo de personalidad (Marietan, 1998; Rubio, 2005).

Para Kraepelin, las personalidades psicopáticas son formas frustradas de psicosis, las define siguiendo un criterio fundamentalmente genético y considera que sus defectos se limitan esencialmente a la vida afectiva y a la voluntad (Marietan, 1998).

Schneider

En 1923, Schneider da un sello al problema y hace una conceptualización y clasificación de lo que es la personalidad psicopática, que continúa vigente (Marietan, 1998; Turó, et al., 1997)

K. Schneider descarta en el concepto de *personalidad* a la inteligencia, los instintos y sentimientos corporales, y la define como al "*conjunto de los sentimientos y valoraciones, de las tendencias y voliciones*", limitándolos al plano psíquico (Marietan, 1998).

Para K. Schneider las personalidades psicopáticas son un subconjunto de las personalidades anormales (de acuerdo con criterio estadístico, o sea que los tipos puros *son pocos*), con la particularidad *que sufren por su anormalidad o hacen sufrir, bajo ella, a la sociedad*. Pero no por ello pueden ser nominadas como patológicas, y aún "*la valoración de hacer sufrir a la sociedad es relativo y subjetivo: un revolucionario es un psicópata para algunos y un héroe para otros*". En consecuencia no es válido realizar un *diagnóstico* al modo de las enfermedades. A lo sumo se puede mostrar, subrayar, destacar en ellos propiedades que los caracterizan de manera sorprendente, sin tener con ello en nuestras manos nada comparable a los síntomas de las enfermedades. Un psicópata depresivo es, simplemente, *un hombre así* (Marietan, 1998).

Hay un **determinismo** en la concepción schneideriana de psicopatía, los psicópatas "*tienen que llegar, más o menos, en toda situación vital*, bajo todo tipo de circunstancias, a conflictos internos o externos. El psicópata es un individuo que por sí solo, aunque no se tengan en cuenta las circunstancias sociales, es una *personalidad extraña*, apartada del término medio". La psicopatía no es *exógena*, su esencia es *disposicional, innata*, en el sentido de *preexistente* a las vivencias. No por ello deja de anotar que toda personalidad se *desarrolla*, y en esto tiene su parte el medio ambiente. En consecuencia, las anomalías conductuales secundarias a alteraciones corporales (por ejemplo traumatismos en la corteza orbitaria anterior, investigadas entre otros por E. Welt, Kleist, Outes-Goldar, Isabel Benítez) serían pseudopsicopatías (Marietan, 1998).

Es decir, la psicopatía *se manifiesta*, debe ser observada por los otros y esa conducta particular valorada como anómala en relación al término medio, y sufrir o hacer sufrir

solamente sobre el eje de su anomalía. Esto no significa que el psicópata manifieste *siempre* su psicopatía, tiene oscilaciones periódicas. Kahn distingue distintos cursos, *episódicos, permanentes, periódicos y desarrollos psicopáticos*. Aquí podemos puntualizar que tampoco la conducta del psicópata es toda psicopática, coexisten con ellas conductas adaptadas que le permiten pasar desapercibido en muchas áreas de su desempeño social. Esta integración conductual, *adaptado/psicopático*, que se constata con mayor frecuencia en las anomalías sexuales (donde lo psicopático se suele manifestar en la privacidad) se hace más difícil de ver cuando lo psicopático se expresa sólo en determinadas circunstancias o sobre determinado tipo de personas (Marietan, 1998).

El psicópata busca su equilibrio en el *otro complementario*. La vivencia de no completud genera *tensión, sufrimiento* al decir de Schneider, y aunque encuentre las circunstancias, personas, cosas o actos *complementarios* que hacen bajar su nivel de tensión, siempre queda un quantum de tensión vivenciado como insatisfacción o vacío interior. Es, entonces, el *complementario* el que debe pagar por el ajuste incompleto. Para el psicópata su incompletud es o fue producida por otros, por lo que le parece justo que alguien o algo pague por ello (Marietan, 1998).

Bleuler en 1924 en su tratado de psiquiatría es el primero en utilizar el concepto de *psicopatía* atribuyendo un *defecto moral* congénito o adquirido a una serie de trastornos mentales que abarcan desde el retraso mental a sujetos antisociales (Rubio, 2005).

De Cleckley al DSM IV

En 1941, H. Cleckley, escribe un libro llamado "La máscara de la salud" y se refiere a este tipo de personas. En 1964 da las características más frecuentes de lo que hoy llamamos psicópata (Marietan, 1998).

En 1961, Karpman dice "dentro de los psicópatas hay dos grandes grupos, están los depredadores y los parásitos" (haciendo la analogía biológica). "Los depredadores toman las cosas por la fuerza y los parásitos a través de la astucia y de la pasividad" (Marietan, 1998).

Henry Ey, en su "Tratado de psiquiatría" de 1965, incluye a las personalidades psicopáticas dentro del capítulo de las enfermedades mentales crónicas, que considera como un desequilibrio psíquico destacando en él las anomalías caracterológicas de las personas y dice que las características básicas son la antisociabilidad y su impulsividad (Marietan, 1998).

En 1966 Robins comienza con las bases para lo que se llamó después, en el DSM, "trastornos de la personalidad" (Marietan, 1998).

3.2 DEFINICION DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL

La presente revisión teórica recopila algunas definiciones acerca del trastorno de personalidad antisocial como las del DSM-IV, la CIE-10 y de algunos autores influyentes como Hare entre otros, tras lo cual se evidencia una falta de consenso en la definición, aspecto que dificulta la comunicación entre los científicos y la comprensión del trastorno (Tapias, S. A. C., Medina, R. E. Y. & Ruiz, G. S. E., 3 de Junio de 2005), y por consecuencia en esta investigación.

Por otro lado, debido a que en la actualidad el estudio del trastorno de personalidad antisocial en México ha sido muy limitado, en especial sobre los factores psicológicos que están asociados a él, se ha considerado importante indagar acerca de este tema con el fin de proporcionar información útil que ayude a contextualizar a los estudiantes y profesionales en psicología y otras áreas afines a esta, ya que en el presente no se cuenta con literatura unificada que permita el acceso a documentos que aborden no sólo el aspecto psicológico sino que además describan los principales instrumentos que se emplean para su diagnóstico, y sobre todo que este diagnóstico sea objetivo.

Desarrollo de conceptos referentes a la Personalidad Antisocial

La psiquiatría ha estudiado la personalidad psicopática a través del tiempo, asignándole diferentes denominaciones tales como locura moral, sociopatía, personalidad amorala, personalidad psicopática, antisocial, asocial, disocial, dándole algunos un significado equivalente a la hora de diagnosticarlos, mas en la práctica real vemos que no es así. Tan así están las cosas que en la diferencia diagnóstica entre psicopatía y sociopatía, por ejemplo, existe una fuerte controversia entre las escuelas europeas que les otorgan

identidades diferentes y las escuelas americanas quienes aseguran que son una misma identidad (Doyharzabal, M. del C., Abril de 2005; Aluja, 1991).

Y tal vez ambos tengan razón, ya que, como veremos más adelante, si bien los comportamientos son semejantes, las reacciones emocionales y las motivaciones, difieren en uno y otro (Doyharzabal, 2005).

La palabra psicópata etimológicamente proviene del griego Psiquis que significa alma y Patos que es dolencia, podríamos decir entonces que el significado es dolencia del alma (Doyharzabal, 2005).

El término "personalidad psicopática" equivalente al término "locura moral", usado casi un siglo antes por Pichard, entró al lenguaje psiquiátrico y criminológico y más tarde ha sido, tal vez desventajosamente, sustituido por el de "personalidad antisocial", muy usado en nuestros días (Aguilar, 1996; Aluja, 1991).

Craft, citado en Woodruff, et al. (1978), señala que Pichard empleó la palabra "moral" en tres sentidos: primero, dando a entender su significado psicológico; segundo, refiriéndose a las respuestas emocionales o afectivas en contraste con las intelectuales, y tercero, en un sentido ético del bien y del mal. La mayor parte del tiempo, Pichard, usaba el término en las primeras dos acepciones y sólo incidentalmente en la última.

Se creó una controversia en torno al concepto de "locura moral", debido a la interrogante acerca de que sí el "loco moral" debía ser considerado como enfermo o como delincuente (Woodruff, et al., 1978).

Por otra parte, el término carácter psicopático, personalidad psicopática o antisocial, se refiere a individuos cuyo comportamiento, debido a la estructura del carácter, es incompatible con el bienestar de los demás. Su conducta recurrente, en pugna con los ordenamientos y restricciones de la sociedad, carece, a los ojos de un observador, de objetivo (Aguilar, 1996; Aluja, 1991).

El término de psicopatía ha tenido, a lo largo de la historia, una gran variedad de sentidos, y aún hoy en día es fuente de confusión para muchas personas, que piensan que psicopatía es, más o menos, sinónimo de perturbación mental y/o criminal (Chico, L. E. & Ferrando, P. P. J., 23 de Mayo de 2005; Aluja, 1991).

El termino psicopatía actualmente es considerado, por los científicos de la conducta, como un trastorno particular de la conducta, que se aplica a personas con un mal proceso de socialización, cuyos patrones de conducta les hacen entrar frecuentemente en conflicto con la sociedad (Chico, et al., 2005; Barcley, M. 1985).

El término de psicopatía, más antiguo y familiar, ha sido sustituido actualmente por el de "Trastorno Antisocial de la Personalidad" (TAP), término asumido por la American Psychiatric Association (APA) en su edición de 1952 (Woodruff, et al., 1978; Chico, et al., 2005; Aluja, 1991). En el DSM II, y posteriormente en el DSM III (1980), y en el DSM III-R (1987), ya no se habla de psicopatía sino de "Trastorno Antisocial de Personalidad", cuyos criterios provienen del trabajo de Robbins (1966), que entendía la psicopatía desde un punto de vista sociológico, en contra de Cleckley, que tenía una visión más bien de tipo psicológico (Chico, et al., 2005; Aluja, 1991).

Pese a que, como lo mencionan la mayoría de autores, los términos de Personalidad antisocial, psicopatía, y personalidad disocial, se usan indistintamente, y todos se caracterizan por el comportamiento antisocial de quien lo padece, pero sin embargo, si hay diferencias (Davison, et al., 2002).

Sin embargo se ha dicho que para otros, psicopatía no es sinónimo de asocial, de acuerdo a Otto Kernberg podemos leer que se debe diferenciar la *conducta antisocial* de la *estructura de personalidad antisocial* y que también se debe diferenciar la *conducta antisocial* de la *criminalidad*, y que *trastorno antisocial* no es sinónimo de *comportamiento delictivo* (Doyharzabal, 2005; Aluja, 1991; Turó, et al., 1997; Turó, G. R. J. & Yepes, P. L. E. 1986).

En opinión de Kolb, L.C. (1977) el termino de Personalidad Antisocial, permite una aplicación mas limitada, de lo que pudiera ser con el termino de psicopatía, que en su

opinión este último abarca más patologías del comportamiento. El término de PA se limita a conflictos de interrelaciones personales, según este autor.

Podemos observar que la confusión que existe respecto a cuál es el término más adecuado para denominar a esta estructura se debe en parte a que algunos lo clasifican *de acuerdo a la conducta y el daño que causan a la sociedad*, de ahí los conceptos de *sociopatía* o *trastorno antisocial* de la personalidad, mientras que otros dan mayor importancia a la *personalidad*, o sea a las características del sujeto partiendo de ello el concepto de *psicópata*. Esto nos podría llevar a pensar entonces que nos enfrentamos a la misma característica de sujeto, sólo que con diferente nombre (Doyharzabal, 2005).

Denominaciones internacionales

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) que actualmente se encuentra en la décima revisión (CIE-10), se ha desarrollado en estrecha colaboración, entre más de 700 clínicos e investigadores de 110 instituciones de 40 países. Se han recogido un gran número de revisiones bibliográficas y de pruebas de campo, por lo tanto, la CIE-10 es el producto de un amplio esfuerzo de investigación diseñado para mejorar el diagnóstico (Üstün, T.B., Berstelen, A., Dilling, H., Drimemelen, J., Pull, C., Okaska, A., Sartorius, N. & otros directores de los centros de referencia, y de enseñanza, de la CIE-10., 1999).

El DSM-IV es producto de 13 Grupos de Trabajo, cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Los Grupos de Trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV, que constan de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún Grupo de Trabajo. Cada uno de los 13 Grupos de Trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 5 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones con el fin de proporcionar una guía

conceptual y metodológica para la elaboración del DSM-IV. Entre ellas, muchas han estado dedicadas a consultas entre los realizadores del DSM-IV y los de la CIE-10, con el fin de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas (American Psychiatric Association, 1994).

Todas aquellas personas que han confeccionado la CIE-10 y el DSM-IV han trabajado en estrecho contacto para coordinar sus esfuerzos, lo cual ha dado lugar a una recíproca influencia. La enorme cantidad de consultas, entre los autores del DSM-IV y de la CIE-10, ha sido muy útil a la hora de aumentar la congruencia y reducir las diferencias poco significativas entre los términos de los dos sistemas (American Psychiatric Association, 1994).

De acuerdo con la *CIE-10* y el *DSM IV*, la psicopatía se encuentra clasificada dentro de los trastornos de la personalidad y se le conoce como “trastorno antisocial o disocial de la personalidad”. Su característica principal es una pauta de conducta irresponsable y al margen de las normas sociales. Aparece en las etapas infantiles y continúa y se amplía en la edad adulta; es una condición psiquiátrica caracterizada por un comportamiento crónico de manipulación, explotación o violación de los derechos de los demás.

La definición actual del DSM-IV, enfatiza dos aspectos importantes, primero, la presencia de comportamiento antisocial antes de los quince años de edad, y segundo, la continuación de ese comportamiento durante la vida adulta (Davison, et al., 2002).

Cabe mencionar que la mayoría de los autores, tanto los anteriores como actuales, coinciden, aún cuando no lo digan explícitamente, con los criterios de las clasificaciones internacionales, respecto de la PA.

Aunque también hay quienes opinan que, ha sido **Cleckley** quien ha proporcionado las más detalladas descripciones clínicas del individuo psicópata, en su ya famoso libro "The Mask of Sanity" (1964). Este libro, junto con el trabajo de **Arieti** (1967) constituyen el mejor marco conceptual para el estudio de la psicopatía. **Cleckley** nos da un listado de las 16 principales características de la psicopatía, opina Aluja, (1991). Estos criterios de psicopatía de **Cleckley** son los más comúnmente aceptados por la mayoría de estudiosos del tema y han demostrado ser útiles en la práctica, opina Chico, et al. (2005).

Como es evidente, definir a la PA es el principal dilema de esta investigación.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS DEL CONCEPTO

Los términos psicopatía y personalidad antisocial son usualmente considerados intercambiables. El concepto de *psicopatía*, que se había originado en Alemania a finales del Siglo XIX, cubría inicialmente todos los trastornos de la personalidad. Su significado se restringió en los Estados Unidos, a partir de criterios importados de Inglaterra (Mata, E.A. Noviembre de 2000).

Existe una variedad de sistemas de investigación diagnóstica, los que han conducido a diferentes conceptos de la psicopatía. El concepto norteamericano se ha nutrido de las aportaciones de Cleckley, Hare y, fundamentalmente, los DSM (Aluja, 1991). La tradición europea (schneideriana), la cual ve a la psicopatía como un trastorno de personalidad más que como una desviación social, se refleja en los trabajos de Blackburn y en el CIE-10, aunque este último define esta condición en base a la disparidad entre conducta y normas sociales (Mata, 2000).

El mérito relativo del diagnóstico de psicopatía versus el de personalidad antisocial, como se describe en el DSM-IV, es materia de continuo debate. *La personalidad antisocial suele estar referida primariamente al comportamiento*, esto es, persistentes violaciones a las normas sociales, en tanto que *la psicopatía se la define* no sólo por su conducta, sino *también por sus rasgos afectivos y sus patrones de relaciones interpersonales* (Mata, 2000).

Pese a que el término psicopatía sigue utilizándose en diversos ámbitos populares, psicológicos, psiquiátricos, legales, no es fácil dar una definición precisa del constructo psicopatía. Históricamente ha habido dos aproximaciones bien diferenciadas. Una de ellas hacía referencia a la conducta desviada del sujeto, es decir, a las conductas antisociales y/o delictivas y, la otra, a características intrínsecas de los sujetos, es decir, rasgos de personalidad como tal (Navas, C. E. & Muñoz, G. J. J. 23 de Mayo de 2005).

Haciendo un paréntesis jurídico penal; cabe mencionar que “un delito, en esencia es, cuando se realiza un acto que la ley prohíbe o cuando se deja de hacer otro que la ley ordena” (Sarason, I.G. 1975).

Delincuente es la persona física que lleva a cabo la conducta delictiva. Al delincuente también se le llama agente o criminal, independientemente de su edad, sexo o nacionalidad (León, 2005).

Antes de analizar éste apartado, cabe precisar que es incorrecto llamar delincuente al inimputable, pues éste no delinque, ya que por su especial situación de incapacidad queda al margen del Derecho Penal (León, 2005).

En la terminología jurídico penal, también se conoce al delincuente como sujeto activo o agente; en criminología se le llama criminal o antisocial, e incluso desviado; en el Derecho Procesal puede conocerse como indiciado, presunto responsable, inculpado, procesado, sentenciado y reo. La distinción entre cada uno de estos últimos términos atiende a cada fase del proceso penal (*Tabla 2*), incluida la pos penal, o sea, aquella en la que el sujeto está cumpliendo la pena (León, 2005); se expone una lista de términos jurídicos que hacen referencia a un mismo sujeto en diferentes etapas del proceso judicial:

ETAPA	DENOMINACION
Antes de dictarse sentencia	Acusado Denunciado Indiciado Procesado Responsable Presunto Querellado Inculpado Enjuiciado Encausado
Al dictarse la sentencia	Sentenciado
Durante el cumplimiento de la sentencia	Reo (Convicto)
Ya cumplida la sentencia	Delincuente Ex Reo
Liberto o libertado	Ex-convicto

Tabla 2. La tabla muestra varias de las denominaciones, bajo las cuales se le identifica al delincuente, dependiendo de la etapa procesal.

El delincuente también se le conoce como sujeto activo, que es la persona física que comete el delito; se llama también agente delictual o criminal (León, 2005); es importante esta información para toda aquella persona que se ocupe en el área de lo forense, penal, criminológico, jurídico, etc., porque el lugar (las prisiones) donde se ejercen todas estas profesiones (medicina, psicología, trabajo social, criminología, derecho, etc.) así lo requiere, debido a que en el ámbito carcelario es importante conocer los términos que hacen referencia a la situación jurídica del interno, las razones son diversas.

3.3 TEORIAS SOBRE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Aunque ya se abordó el tema de las teorías de la personalidad como tal, para efectos de esta investigación es de vital importancia mencionar algunas de las teorías acerca de la Personalidad Antisocial específicamente.

Teoría de personalidad de Eysenck

Eysenck en su modelo de personalidad postula que la expresión de la conducta humana depende de las condiciones ambientales, de los rasgos y tipos de personalidad, siendo estos denominados por éste autor como dimensiones de personalidad: Extroversión, Neuroticismo y Psicoticismo, los que a su vez están fuertemente influenciados por factores genéticos, y produciéndose finalmente el condicionamiento (Sáez, et al., 2000; Aluja, 1991).

Las dimensiones postuladas por Eysenck se mueven de un polo a otro, es decir, la dimensión extroversión encontraría su polo opuesto en introversión; la dimensión neuroticismo en estabilidad y por último la dimensión psicoticismo en normalidad (Sáez, 2000; Aluja, F. A. 1991).

Dimensión Extroversión versus Introversión

El polo de extroversión se caracteriza por ser un sujeto expansivo, sociable, activo, vital, despreocupado, que ***le agradan las emociones fuertes y por ende las busca***. Esta dimensión, aprende más lento por lo que se relaciona más con conductas *criminales* (Sáez, et al., 2000; Aluja, 1991).

El polo de introversión se caracteriza por ser sujetos tranquilos, reservados, introspectivos, ordenados, con tendencia al pesimismo, pero que aprenden más rápido (Sáez, et al., 2000; Aluja, 1991).

Dimensión Neuroticismo versus Estabilidad

El polo de neuroticismo se caracteriza por presentar labilidad emocional y ansiedad, tensos, e irracionales, con frecuentes alteraciones somáticas.

El polo de estabilidad se caracteriza por ser sujetos calmados, controlados, y equilibrados (Sáez, et al., 2000; Aluja, 1991).

Dimensión Psicoticismo versus Normalidad

El polo de psicoticismo se caracteriza por ser sujetos solitarios, problemáticos, crueles insensibles y agresivos. *Siendo los rasgos, de psicoticismo, semejantes a los presentados por un porcentaje importante de criminales* (Sáez, et al., 2000; Aluja, 1991).

El polo de normalidad se caracteriza por ser sujetos empáticos, sociables, creativos, y sensibles (Sáez, et al., 2000).

Teoría tridimensional de personalidad de Cloninger

Cloninger postula la existencia de tres dimensiones de la personalidad, cada una de las cuales estaría definida según un neurotransmisor específico presente en las vías neuronales del sistema cerebral. Estas dimensiones de personalidad se pueden presentar en diferentes combinaciones en los distintos seres humanos y genéticamente determinadas, dando cuenta, por lo tanto, de la organización funcional que subyace a la personalidad de cada individuo. Las tres dimensiones de personalidad son llamadas, por este autor, como Búsqueda de novedad, Evitación del daño, y Dependencia de la recompensa (Sáez, et al., 2000; Mata, 2000).

La evitación de la daño; esta dimensión involucra al sistema de inhibición conductual que actúa interrumpiendo las conductas cuando se encuentra algo inesperado.

Las vías neuronales implicadas en este sistema presentan como neurotransmisor principal la serotonina. El aumento en la actividad serotoninérgica inhibe también la

actividad dopaminérgica, ya que ambas áreas están interrelacionadas. De este modo, se puede apreciar que al inhibir conductas, ya sea frente a castigos y recompensas frustradas, disminuyen también las actividades exploratorias de los individuos (Sáez, et al., 2000), proceso que aparentemente no se da en la PA.

La dependencia de la recompensa; el sujeto responde intensamente a señales de recompensa tales como aprobación social, afecto, ayuda, etc.; y se resiste a la extinción de conductas que previamente han sido asociadas a recompensas o al alivio del castigo (Sáez, et al., 2000), ciertamente el producto del delito es gratificante para la PA.

En relación con lo anterior, en individuos con una baja velocidad de liberación de noradrenalina se espera que respondan a señales de recompensa y que persistan en las conductas de búsqueda de recompensas aunque sean frustrados. Este fenómeno que parece ser contradictorio con el aumento que existe en la serotonina (evitación del daño), se explica sobre la base de que el sujeto no puede aprender nuevas conductas porque el proceso de aprendizaje asociativo está interrumpido, por lo que mantiene las conductas que fueron reforzadas previamente, aunque en este caso no lo sean. Por el contrario, individuos con una alta actividad noradrenérgica detienen rápidamente aquellas actividades que no les proveen de gratificaciones inmediatas, ya que realizan nuevas asociaciones que les permiten variar sus conductas y realizar otras nuevas que sean gratificantes (Sáez, et al., 2000).

Individuos que presentan altos índices en búsqueda de novedad y niveles promedios en las otras dos dimensiones se caracterizan por ser impulsivos, exploratorios, excitables, volubles, temperamentales, extravagantes, y desordenados. Ellos tienden a comprometerse rápidamente en nuevos intereses o actividades, sin embargo se distraen o aburren con facilidad de las mismas (Sáez, et al., 2000); ello parece aludir a la PA. También, están siempre listos para pelear. En contraste, individuos que presentan bajos índices en búsqueda de novedad y niveles promedios en las otras dos dimensiones se caracterizan por ser lentos en comprometerse con nuevas actividades, y a menudo se vuelven preocupados por los detalles, y requieren un considerable tiempo de reflexión antes de tomar decisiones. Ellos

son descritos como típicamente reflexivos, rígidos, leales, estoicos, de temperamento lento, frugales, ordenados, y perseverantes (Sáez, et al., 2000).

Teorías de aprendizaje social

Dentro de esta vertiente de la Psicología (la Psicología Forense), encontramos que las teorías del aprendizaje social juegan un papel muy importante dentro del conocimiento de la ***Ciencia Criminológica*** (Linares, O.O.L. & Fabián, R.E. 2001).

La base fundamental en que se sustentan estas teorías corresponde a la siguiente hipótesis:

“La conducta que se presenta ante un individuo es un modelo de acción posterior para el que participa de observador y posteriormente de actor”. Con ello queremos decir que el aprendizaje por observación abarca cualquier tipo de conducta de igualamiento, como la imitación; la simple observación de la conducta del modelo parece ser suficiente para promover el aprendizaje (Linares, et al., 2001).

Para Bandura (1969) el aprendizaje puede ocurrir tanto en una consecuencia de reforzamiento como a través del modelamiento u observación solos, a lo que él le llama Aprendizaje sin Ensayo (Linares, et al., 2001).

En una situación novedosa, las personas aprenden lo que deben y lo que no deben hacer por medio de la observación de las conductas de quienes parecen saber como actuar (Linares, et al., 2001).

La conducta criminal se aprende bajo el mismo proceso que se aprende la conducta conforme a la norma y expectativas de la sociedad (Sarason, 1975).

El éxito o el fracaso en muchos aspectos de la vida en una cultura depende del aprendizaje por observación que es al fin de cuentas el aprendizaje de los roles sociales que se manifiestan en una cultura (Linares, et al., 2001).

Se ha argumentado que los actos criminales son cometidos en ambientes en los que el individuo (criminal) recibe reforzamiento por conducirse de manera antisocial (Sarason, 1975).

Teoría sociobiológica

Tanto los psicópatas primarios como los secundarios comparten la falta de adaptación. Adaptación o no adaptación se dice que reflejan la apreciación primaria y secundaria. Sin embargo, en los psicópatas secundarios se podría decir que la falta de adaptación proviene de una defectuosa apreciación primaria (***apreciación exagerada del peligro*** [ello sugiere un trastorno de ansiedad]) mientras que en los psicópatas primarios la falta de adaptación proviene principalmente de una falla en la apreciación secundaria (control percibido como bajo).

En estas asociaciones, entre impulsividad y adaptación, están implicadas en el resultado de estudios recientes de las diferenciaciones electrocorticales de la personalidad. En estos estudios se confirmó la relación entre diferenciación cortical e impulsividad, ya que aquélla correlaciona con los aspectos afectivos de la impulsividad: hostilidad, ***ansiedad*** y depresión. También se encontró una alta correlación entre impulsividad y el grado de aumento en el ***stress*** subjetivo en situaciones "Lo hago/no lo hago". En otros estudios se ha encontrado que el grado de ***pérdida de control sobre estímulos aversivos*** ("desamparo") lleva a una reducción temporaria de la diferenciación cortical, o lo que es lo mismo, mimetiza los efectos de la impulsividad. Por lo tanto, una dimensión descrita como estática (rasgos) vinculada a la Impulsividad de Blackburn puede corresponder, en términos dinámicos (estado) a una dimensión de adaptación-no adaptación, con polos opuestos en la dimensión de no adaptación, con un punto intermedio de buena adaptación (Mata, E., Febrero-Marzo 2000).

Las influencias predisponentes tienen que ver con algo que se menciona más adelante, esto es, las relaciones entre la antisocialidad adulta y la deprivación afectiva durante la infancia, además de la dura incoherencia normativa. A pesar de esto, y de lo que se ha señalado más arriba acerca de las consecuencias biológicas del maltrato, abuso y descuido, hay factores biológicos en juego que no se pueden descuidar. Hay descenso de ciertas actividades cognitivas, en los psicópatas, que son demostrables desde temprana

edad, y que tienen cierto valor pronóstico, en especial para los delincuentes reincidentes. También los chicos hiperactivos, entran en este grupo (Mata, E., 2000).

Para completar esta breve reseña de los aspectos neurobiológicos de las psicopatías, quisiera agregar, algunas consideraciones provenientes del campo de la sociobiología.

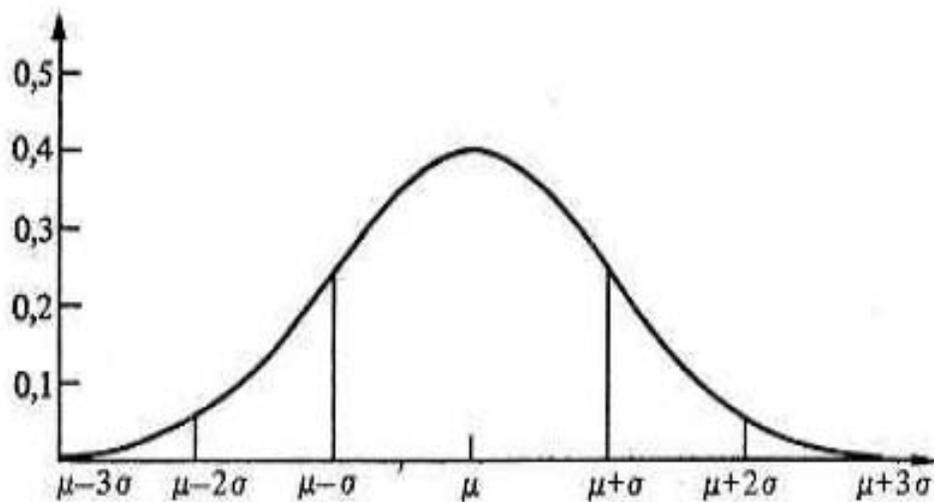
La teoría sociobiológica predice, pues, que el comportamiento "*estafador*", y por lo tanto los *síntomas sociopáticos*, deberían ocurrir en el período reproductivo (por lo tanto desvalorizando las crías nuevas y valorando las futuras), y disminuir con la edad avanzada (cuando la capacidad para competir es baja), apunta Mata, E. (2000).

La teoría de Schneider

Para Schneider el psicópata no es un enfermo; el psicópata es un anormal. Esto, teniendo en cuenta que el criterio a emplear para decir que algo es anormal, es el criterio estadístico. Entonces dice "si nosotros tenemos distribuida la población según la curva de Gauss, anormales son aquellos que están en los extremos (*Grafica 1*). El grueso de la población ubicado en el centro sigue los parámetros conductuales comunes, los del extremo no" (Marietan, 1998).

Es importante retener este concepto porque lo que está diciendo Schneider es que no son frecuentes; es más, son pocos y están en los extremos de la curva. Hay marginales, desde el punto de vista estadístico, que no son psicópatas (Marietan, 1998).

Schneider considera que no interviene, en esto, la inteligencia. Recuerden que hay dos formas de valorar la normalidad, según el criterio estadístico (la frecuencia de un ítem en la población) y según el criterio normativo (es normal lo que se ajusta a un modelo ideal, una persona debe ser comprensiva, cariñosa, honesta, etcétera). Considerando los parámetros y la norma puedo decir que si el individuo "A" cumple la mayoría de estas normativas es "normal", y si no las cumple, no lo es. Schneider dijo que eso era tan subjetivo y tan poco fiable para hacer un trabajo serio, que él decidió no fijarse en lo que debería ser una persona, sino en lo que es (Marietan, 1998).



Grafica 1. Según lo expuesto anteriormente, Schneider se pregunta ¿de qué manera se valora a un psicópata? Como respuesta dice que "son aquellos anormales que sufren o hacen sufrir por su anomalía" (Marietan, 1998).

La teoría de Cameron

Antes de comenzar esta participación, nótese la gran similitud con la teoría de Bandura.

El individuo, durante la infancia, está verificando la realidad, construyendo su mundo y construyendo dentro de sí una identidad social; si está expuesto a modelos sumamente inconsistentes, ambiguos o corruptores, difícilmente se salvará de construir un mundo distorsionado. Hace mucho que se sabe esto, que se requiere del estudio, simultáneo, del niño trasgresor y de sus modelos, con el fin de tener observaciones concretas que confirmen esas interrelaciones (Cameron, N., 1990).

En teoría, el niño, cuyos modelos son caprichosos, inconsistentes y emocionalmente descuidados, se convertirá en un adulto que tenga actitudes irresponsables, superficiales y emocionalmente vacías, hacia los demás, todo ello es característico del sociópata. Si un niño recibe regaños verbales, acompañados de apoyo no verbal, para seguir con su comportamiento desviado, es de esperar, en teoría, que se convierta en un adulto que considera estar comportándose adecuadamente, pero que en los hechos, vistos de manera objetiva, no se perciba así por los demás. Sabemos que ello también es característico de personas sociópatas (Cameron, 1990).

Sí, después de que se presenta el comportamiento no social y antisocial, del niño, es fomentado de manera vicaria y gozado de manera encubierta por los que le rodean, y luego el niño es castigado, súbitamente, cuando el comportamiento ya no es aprobado, por la figura de autoridad (en un principio pueden ser, los progenitores, profesores, etc.), ese niño se convertirá en una persona inconsistente, antisocial, y se mostrará profundamente resentido hacia toda figura de autoridad en general (el gobierno, los jefes en el trabajo, etc.), afirma Cameron (1990).

Cameron (1990), comenta que en el sociópata, su sentido de realidad queda detenido en un nivel infantil, en el que las fantasías y los impulsos resultan igual o más importantes que las exigencias sociales; hecho, totalmente verificado que, en los niños y en los sociópatas, los convencionalismos sociales no son una prioridad. A los sociópatas, nada,

que no sea su deseo de satisfacción inmediata, parece interesarles, comportamiento que es totalmente inherente a los niños caprichosos.

El sociópata, siempre es capaz de racionalizar lo que hace, de tal forma que le parece razonable y justo, y consecuentemente injusto que se le castigue (Cameron, 1990), por ello se dice que son egosintónicos.

Modelo interpersonal

El "modelo circunflejo interpersonal" o "círculo interpersonal" es un esquema útil para establecer estilos interpersonales. Las dos dimensiones polares están dadas sobre determinadas características: el grado de poder o de control ejercido sobre las interacciones sociales (dominancia versus sometimiento), y la clase de afiliación (hostilidad versus cuidado). Para **Blackburn**, la agresión del psicópata está montada sobre el eje que va de coercitivo a dócil (Aluja, 1991).

Para **Checkley**, cae en el eje de la hostilidad. La mayor parte de las características psicopáticas caen en el cuadrante determinado por los ejes de la dominancia y de la hostilidad, lo que incluye "culpar a otros", "mentir fácilmente", "demandar atención", ser "impulsivo" y "amenazar a otros con violencia". (Mata, 2000; Doyharzabal, 2005).

El estilo interpersonal, en los desórdenes de personalidad, se caracteriza por ser inflexible. En este modelo, el de Hare, el psicópata primario (P) es un individuo que presenta un encanto superficial, es informal, insincero, incapaz de manifestar un sentimiento de culpa, incapaz de aprender de la experiencia, con pobreza afectiva pero además es más dominante (Aluja, 1991).

Los secundarios (S) son capaces de mostrar culpa y remordimiento, y de establecer relaciones interpersonales y su conducta estaría motivada por problemas de índole neurótico. Ambos tipos, pues, exhiben estilos interpersonales que los coloca en la posibilidad de tener conflictos con terceros (Aluja, 1991).

No obstante, los secundarios tienen menos probabilidades de ser "agentes activos", lo que refleja su *ansiedad* social y baja autoestima. Ser "agente activo" implica lo opuesto a la

"pasividad": es la lucha por la maestría y el control. Ser "cuidador", también implica lucha, es decir, no hay pasividad pero en este caso es por la intimidad y la solidaridad con extensas comunidades sociales o religiosas por ejemplo (Mata, 2000; Doyharzabal, 2005).

Esta noción de estilos interpersonales inflexibles es coherente con la de trastornos de personalidad, caracterizados por rasgos inflexibles. Debido a que muchos autores se han referido a los trastornos de personalidad como evidenciables a través de las relaciones interpersonales, se ha propuesto este modelo circunflejo para describirlos y clasificarlos. Los cuatro subtipos de personalidad descritos por **Blackburn**, pueden adaptarse a este modelo. Los problemas en las relaciones interpersonales son centrales en los psicópatas, y también en los histriónicos, narcisistas, dependientes, evitativos y esquizoides. La psicopatía está ampliamente distribuida en el eje coercitivo, pero son también dominantes y gregarios. Los psicópatas secundarios son también coercitivos, pero también más aislados y sometidos. Ambos (primarios y secundarios), tienen estilos interpersonales que promueven conflictos con terceros; pero los secundarios, debido a **su ansiedad** social y su baja autoestima, se buscan más problemas (Mata, 2000; Doyharzabal, 2005).

Los estilos interpersonales expresan las principales tendencias motivacionales, y los rasgos que definen la personalidad pueden ser comprendidos en relación con lo que se comunica en las transacciones interpersonales, lo que a su vez tiene que ver con esas motivaciones. Las del psicópata giran en torno del poder y el status en las jerarquías sociales, en un contexto de rechazo o evitación de la intimidad. **Millon** ofrece una explicación similar para la agresión en estas personalidades. Se trataría de un contraataque preventivo anticipándose a intentos de terceros por explotarlo, humillarlo. Esta concepción subraya que muchas de las conductas del psicópata tienen que ver con sus "creencias" interpersonales (Mata, 2000; Doyharzabal, 2005).

Podemos observar que todos los sujetos antisociales se caracterizan por la inflexibilidad, y el mayor o menor grado de dificultad en las relaciones sociales que no pueden implementar sin conflictos, pudiendo presentar mayor o menor agresividad.

Teoría genética

Las investigaciones de las bases genéticas de la criminalidad, muestran que los parientes de un criminal tienen un riesgo mayor de ser criminales. Los estudios de gemelos monocigóticos y dicigóticos muestran que en cuanto a perturbaciones de la conducta la concordancia es mayor entre los primeros que entre los segundos (Aguilar, 1996). En conjunto, estos estudios muestran que entre 13,500 sujetos estudiados en instituciones penales para delincuentes peligrosos y en instituciones psicológicas, 147, es decir, 10.9 por 1,000 eran XYY. Estos datos indican que el riesgo de individuos con un cromosoma Y extra, de encontrarse un día en institución carcelaria o psiquiátrica es mayor (Aguilar, 1996).

En resumen, el cariotipo XYY, la sobreproducción de testosterona, el daño cerebral mínimo y los desórdenes del lóbulo temporal, son anomalías que se encuentran en 10% a 50% de las personas que han sido aprehendidas, y se les encuentra culpables de crímenes. Sin embargo, es difícil establecer en forma general el papel que desempeñan en la conducta criminal los factores orgánicos, requiere más investigaciones para precisar su papel (Aguilar, 1996).

3.4 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

A lo largo de los capítulos anteriores, se ha venido tratando de definir primero a la personalidad, luego lo que es un trastorno de la misma, después se trató de definir a la Personalidad Antisocial y, al parecer, no se ha logrado plenamente. Sin embargo, con lo que tenemos, hasta aquí, vamos a tratar de identificar las características que la distinguen.

A partir de aquí y hasta el final de esta investigación, independientemente de sus múltiples denominaciones y tipologías que manejan diversos autores, se hará referencia a ella, bajo el término de *Personalidad Antisocial (PA)*, siempre respetando la denominación que los autores utilizan.

El Trastorno de Personalidad Antisocial (TPA) se caracteriza por una pauta de conducta irresponsable y al margen de las normas sociales y que ya aparece en las etapas infantiles y que continua y se amplía en la edad adulta. El trastorno no es sinónimo de

criminalidad y aquí entramos en la tradicional controversia en la distinción entre *maldad* y *trastorno*, siendo esta distinción un claro reto con importantes repercusiones en el área forense (Rubio, 2005); de manera muy general y sintetizando, esta serían las características de la PA.

Los intentos por establecer una clasificación chocan con un gran número de dificultades, como la misma definición de personalidad normal o la gran cantidad de trastornos descritos, que llegan a 810 trastornos diferentes según Fournier (Rubio, 2005). La poca validez práctica de las múltiples teorías sobre la personalidad, la egosintónia del paciente (el sujeto ve como normal su manera de ser), la dispersa valía de los instrumentos diagnósticos y la gran comorbilidad entre unos y otros trastornos de la personalidad, así como la también importante comorbilidad de estos con otros trastornos psiquiátricos y con situaciones adaptativas y reactivas que dificultan aun más esta tarea, no siendo desdeñable la influencia de algunos autores que niegan la existencia clínica de estos trastornos.

De cualquier forma, en el campo de la Psicología el método más utilizado ha sido la clasificación dimensional de la personalidad, habiéndose estudiado múltiples modelos como los de Eysenck y Millon o los que miden cuestionarios factoriales como el 16PF o las dimensiones clínicas que mide el *MMPI*, obteniéndose de ello toda una tipología de PA, misma que se pone a consideración a continuación.

El método de clasificación más generalizado en los últimos años ha sido un modelo categorial basado en conjuntos de criterios específicos y explícitos. Dentro de estas clasificaciones se encuentran los actuales DSM-IV y CIE-10 a las que se pueden hacer múltiples críticas ya que pueden generar confusión, son pobres respecto a la descripción psicopatológica de los cuadros, pero es innegable que han servido para tener un lenguaje común y ser la base de partida para un desarrollo en la investigación de los trastornos de la personalidad.

Características de la PA, según el DSM-IV

Criterios para el diagnóstico de Trastorno antisocial de la personalidad, según el *DSM-IV*, los cuales se centran casi en su mayoría en comportamientos observables

(American Psychiatric Association, 1994; también citado en Tapias, et al., 2005; Fuentes, et al., 2005; Turó, et al., 1997).

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:

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.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Características de la PA según la CIE-10

La CIE-10 utiliza el término Trastorno disocial de la personalidad (Organización Mundial de la Salud, 1993):

A. Debe cumplir los criterios generales del trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro, de los siguientes criterios, deben estar presentes:

1. Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.

2. Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y desprecio de las normas, reglas y obligaciones sociales.
3. Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
4. muy baja tolerancia a la frustración, con un bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a comportamientos violentos.
5. Incapacidad para sentir culpa y aprender de la experiencia, en particular el castigo.
6. Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles de los comportamientos conflictivos.

Sería conveniente que se desarrollaran subcriterios para los patrones específicos de conducta en los diferentes contextos culturales en lo que se refiere a las normas, regulaciones y obligaciones sociales (Como podría ocurrir en los casos de irresponsabilidad y desprecio de normas sociales), sugiere la Organización Mundial de la Salud (1993).

En cuanto a la coexistencia con otros trastornos de la personalidad, los más frecuentes son los trastornos límite, histriónico y narcisista (Organización Mundial de la Salud, 1993).

Por otra parte, cabe destacar otras características, no explícitas en las clasificaciones internacionales, pero no por ello menos importantes.

Características de la PA según H. Cleckley

H. Cleckley, en 1941 elabora un perfil del psicópata, estableciendo 16 criterios para diagnosticar la psicopatía, y si bien aclara que no es necesario que se cumplan todos ellos, sí dice que es indispensable que se presenten la mayoría (Marietan, 1998; Doyharzabal, 2005; Turó, et al., 1997); estos son:

1. Encanto superficial y notable inteligencia.
2. Ausencia de alucinaciones, delirios y de otros signos de pensamiento irracional.
3. Ausencia de nerviosismo y de otros signos de característica neurótica.
4. Poca fiabilidad.
5. Mentiroso e insincero.
6. Carencia de remordimientos o de vergüenza.
7. Conducta antisocial inadecuadamente motivada y sin remordimiento.

8. Razonamiento insuficiente y problemas para aprender de la experiencia.
9. Egocentrismo patológico e incapacidad para el afecto.
10. Pobreza general de reacciones afectivas.
11. Incapacidad para la empatía.
12. Falta de respuesta en las relaciones personales.
13. Conducta fantasiosa.
14. Amenazas de suicidio que difícilmente cumplen.
15. Vida sexual impersonal.
16. Problemas para seguir un plan de vida.

Los criterios de Cleckley se refieren mas a la estructura psicológica del psicópata que a su comportamiento como tal, a diferencia de las clasificaciones internacionales, que enfatizan mas el comportamiento que la estructura de personalidad, p.ej. Cleckley, habla de pobreza de emociones, indistintamente, ya sean positivas o negativas (Davison, et al., 2002).

Otras características de la PA según diversos autores

A continuación, se presentan de manera más detallada, muchas sino es que todas, las características, de la PA, que mencionan las clasificaciones internacionales DSM-IV y CIE-10; sólo que el abordaje de dichas características es de manera mas detallada.

Las defensas

La actitud del psicópata es una reacción defensiva hacia el mundo que lo rodea. Vive refugiándose en una coraza de la que no puede salir, pues se fracturaría (Doyharzabal, 2005).

De acuerdo al Dr. **Francisco Gutiérrez**, director del Centro de Intervención en Crisis, “Muchos de ellos provienen de ambientes disfuncionales, con modelos violentos, donde hay ausencia de figuras parentales, lo que les hace crear una coraza y no involucrarse afectivamente con nadie” (Doyharzabal, 2005).

Si consideramos el superyo como el padre internalizado y como un código de normas éticas necesario para la adaptación social, podremos comprender entonces porqué el psicópata carece de sentimientos de culpa y persiste en la tendencia infantil de la gratificación inmediata, conservando de por vida una forma de pensamiento primario. Es por este motivo que esta personalidad muestra rasgos de primitivismo que es compatible con las mentalidades infantiles y salvajes, a pesar de ser inteligente (Doyharzabal, 2005).

Durante el transcurso de su evolución todo sujeto normal se vincula a través de los mecanismos de proyección e introyección que le permiten desarrollar una representación interior valorativa de sí mismo y de los que lo rodean, es decir se valora como bueno, malo o confuso (Doyharzabal, 2005).

La utilización de estos y otros mecanismos pueden ser más o menos intensos durante la infancia, pero a medida que el sujeto evoluciona se van amortiguando. Sin embargo el psicópata continúa con ellos y en su actuación interpersonal proyecta depositando sus fantasías inconscientes en las personas para hacerlas actuar por medio de sus propias actuaciones. De ahí que su actuación tanto puede desembocar en una agresión destructiva hacia los otros o hacer que los otros se destruyan o pueda ocasionar con indiferencia su propia destrucción o la de los otros, siendo esta indiferencia en la agresión la que los hace ser denominados como fríos, amorales o crueles a pesar de que muchos de ellos parezcan en un principio cordiales y encantadores (Doyharzabal, 2005).

De una manera u otra el psicópata manipulará, hará uso de sus relaciones vinculares para favorecerse, sin importarle el perjuicio que pueda ocasionarle al otro (Doyharzabal, 2005).

Veremos ahora algunos de los mecanismos de defensa más utilizados por los psicópatas.

El acting out o paso al acto, presente en la gran mayoría de ellos, está condicionado por un desequilibrio emocional y volitivo manifestado a través de la impulsividad (Doyharzabal, 2005).

La racionalización utilizada como defensa implementada en sus actos y a través de la cual procura restaurar un equilibrio que para él está alterado, le permite darse una explicación convincente y aceptable a través de la cual encubre las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos y acciones (Doyharzabal, 2005).

El principal mecanismo de defensa del paciente con TPA, dice Elkin (2000), es la proyección de su propia hostilidad hacia el entorno, lo que genera que las demás personas sean hostiles con él, sirviendo ello para justificar su comportamiento; y así entra en un círculo vicioso.

La proyección que implementa contribuye a aliviar la *angustia* que ningún psicópata puede aceptar o soportar por mucho tiempo, y que le proporciona la posibilidad de expresar sus verdaderos sentimientos maliciosos proyectándolos sobre los otros y justificando así sus actos (Doyharzabal, 2005).

Estos son sólo algunos de los mecanismos utilizados y a través de los cuales el psicópata libera a su Yo de las tensiones permitiéndole mantener la autoestima y dándole la posibilidad de la satisfacción buscada (Doyharzabal, 2005).

La ausencia de manifestaciones de ansiedad

Lykken (1982), citado en Sue, et al. (1996) sostiene que debido a una predisposición genética las personas varían en su nivel de intrepidez. La personalidad antisocial se desarrolla debido a la intrepidez o niveles bajos de ansiedad. Las personas que tienen niveles altos de temor evitan los riesgos, el estrés y la estimulación intensa; las que son relativamente intrépidas buscan emociones y aventuras.

Lo anterior, evidencia que existe una falla en el aprendizaje de las experiencias y una ausencia de ansiedad en los individuos con personalidades antisociales, esto significa que aunque las conductas pueden ser castigadas, los individuos con este tipo de personalidad pueden repetirlas y con frecuencia muestran poca angustia y ansiedad (Tapias, et al., 2005).

Sobre la exposición de este rasgo se puede concluir que los hallazgos de diversos autores son consistentes y convergentes, en que la ausencia de *miedo* es un rasgo constante

en la personalidad de los individuos antisociales y que constituye un criterio útil para el diagnóstico y la posterior intervención psicológica (Tapias, et al., 2005).

Según Aguilar (1996), una característica esencial que puede evidenciarse en las personas que padecen el trastorno de personalidad antisocial es su escasa capacidad para experimentar remordimientos genuinos. En general, los psicópatas no suelen sentir culpa ni vergüenza en circunstancias en que sentir las sería natural e inevitable (Tapias, et al., 2005).

Sus declaraciones de arrepentimiento son simples ajustes oportunistas diseñados para resolver por el momento situaciones de apuro (Tapias, et al., 2005).

Complementario a las descripciones anteriores, Martens (2000) citado en Tapias, et al. (2005), señala la relación entre varias características, en especial la que tiene que ver con la ausencia de remordimiento, y el trastorno de personalidad antisocial.

Klinterberg (1996), citado por Pulkkinen, Virtanen, Klinterberg, & Magnusson (2000) a su vez citados en Tapias, et al. (2005), fortalece esta explicación afirmando que la falta de remordimiento o culpa denota una falta de sentimientos o intereses por las pérdidas, daño, y sufrimiento de las víctimas; una tendencia a ser descuidado, desapasionado, insensible y antipático.

Recordando al homicida serial colombiano; Garavito en su declaración manifestó sentir culpa por todos los actos cometidos, dijo: "pido perdón a Dios, a mucha gente, a la sociedad y a la justicia; pido perdón porque yo sin quererlo hacer, algo me empujaba dentro de mi ser a cometer todos estos delitos". De lo anterior, se hace difícil deducir si realmente era sincero en su declaración o si por el contrario lo que buscaba conseguir era el no ser juzgado de manera dura (Aranguren, 2002 citado en Tapias, et al., 2005).

Sin embargo, hay otros autores que parecen haber encontrado evidencia de que la ansiedad si esta presente en la PA, así se infiere de las siguientes afirmaciones.

Kolb (1977) dice que la personalidad patológica que repetidamente comete un acto antisocial, y que esta consciente de las consecuencias de ser sorprendido, sin embargo la necesidad de aliviar esa *angustia* que siente prolonga en forma compulsiva la conducta

anormal. Tal vez haga esfuerzos genuinos por portarse bien, pero ello genera *ansiedad* que lo hace portarse mal nuevamente y así sucesivamente, quedando inmerso en un círculo vicioso.

Sí el organismo humano adulto ha aprendido bien los mecanismos de adaptación, no acostumbra mostrar manifestaciones externas, observables directamente, de temor (Valdez, M.M., Tobeña, P.A., Flores, F.T. & Massana; R.J. 1983).

El hombre adulto puede aprender a no mostrar la conducta externa de miedo, y de hecho, su sistema nervioso puede incluso aprender a controlar, hasta cierto punto, las manifestaciones fisiológicas y los cambios en el estado anímico y cognitivo inherentes al estado de temor. En conclusión, el hombre adulto normal queda perfectamente protegido por los mecanismos de adaptación aprendidos y no muestra miedo salvo en situaciones excepcionales. Pero a pesar de todo ello, y justamente en función de lo dicho anteriormente, el hecho de que una persona no muestre miedo no significa que no lo sienta (Valdez, et al., 1983).

Probablemente el tributo, que paga el hombre por la conquista de su seguridad ante las fuentes de amenaza externas, sea un considerable aprendizaje del temor ante los propios congéneres, que al ser la única fuente significativa de amenaza, esta magnifica el temor. De la misma manera que “el hombre es la mayor fuente de gratificación para el hombre mismo, también constituye la mayor fuente de peligros para él mismo” (Gray, 1971 citado en Valdez, et al., 1983). De ahí que, aunque el miedo no se manifieste frecuentemente, por que así lo imponen las reglas de la sociedad adulta, sin embargo persiste y forma parte fundamental de los mecanismos del comportamiento humano normal y anormal. Es más, puede llegar a afirmarse que buena parte de las normas que rigen a las sociedades humanas están basadas en el aprendizaje de respuestas de miedo (Valdez, et al., 1983).

Encuestas indican que hasta un tercera parte de todos los adultos sufren molestias nerviosas, especialmente de *ansiedad*. Esta proporción es menor en los varones, las clases acomodadas, y los jóvenes; y mayor entre las mujeres, las personas de edad y las de escasos recursos económicos (Lader, 1975 citado en Saranson, et al., 1990).

Saranson, et al. (1990) comentan que la ansiedad intensa puede ocurrir, entre tantas cosas más, cuando el sujeto decide cambiar un aspecto, indeseable, de su comportamiento.

Saranson, et al. (1990) mencionan que en el DSM-II se empleó el término neurosis para referirse a aquellos trastornos caracterizados por la ansiedad, la insatisfacción personal y la desadaptación social; y posteriormente, en el DSM-III, estas características quedaron bajo la denominación de trastornos de ansiedad. Hay que recordar que la insatisfacción personal y la desadaptación social, no son también inherentes a la PA.

Con las anteriores agrupaciones teóricas lo que se quiere decir, es que estos factores no se encuentran aislados sino que por el contrario, la presencia de uno permitirá presumir que el otro también este presente (Tapias, et al., 2005), estos autores parecieran contradecirse porque ellos por una parte niegan al miedo y la culpa, como características de la PA, sin embargo admiten que la presencia de un factor permite presumir la del otro, y es precisamente ese el argumento en esta investigación.

Intrepidez o carencia de ansiedad

La PA se desarrolla debido a la intrepidez, o niveles bajos de ansiedad. Las personas que tienen altos niveles de temor evitan los riesgos, el estrés y la estimulación intensa, los que son relativamente intrépidos buscan emociones y aventuras. La intrepidez se asocia con los héroes, al igual que con los individuos con PA, mismos que pueden realizar actividades, criminales, riesgosas o violar de manera impulsiva las normas y reglas (Sue, et al., 1996).

Lykken (1957), citado en Sue, et al. (1996), en su investigación clásica se enfocó en el comportamiento de prisioneros clasificados como psicópatas primarios, de sujetos clasificados como no psicópatas y de estudiantes, estos últimos igualados, a los prisioneros, en antecedentes socioeconómicos, edad e inteligencia. Lykken (1957), planteó la hipótesis de que el psicópata mostraría menor ansiedad y mayor deficiencia en el aprendizaje de la evitación. Sus resultados, por lo general, confirmaron esta hipótesis.

En un cuestionario de preferencia de actividades, diseñado por Lykken, los psicópatas exhibieron menos aversión a situaciones, físicas y sociales, atemorizantes, lo que quizá refleja su bajo nivel de angustia en tales situaciones (Sue, et al., 1996).

En una tarea de aprendizaje de evitación, la evidencia mostró que los psicópatas, fueron deficientes en el aprendizaje (Sue, et al., 1996).

El trabajo de Likken sugirió que, los psicópatas no se condicionan, tan rápido, a los estímulos aversivos, como lo hacen los no psicópatas, por lo tanto los primeros fallan en aprender conductas de evitación, experimentan poca ansiedad anticipatoria y en consecuencia tienen menos inhibiciones respecto a realizar conductas antisociales (Sue, et al., 1996).

En este punto cabría determinar, cuales son las conductas antisociales y cuales no; ello es tan impreciso como lo es la ley; es decir, las conductas antisociales lo son así dependiendo de la ley que las regula, pero si esta ley en cierto momento, de la vida de una nación, cambia haciendo un acto ilegal lo que antes era un acto legal, el ejecutar dicho acto, de igual forma que se hizo en el pasado, en el presente constituiría una violación de la norma legal escrita en un papel, por lo tanto, ello constituiría un acto ilegal, por ser violatorio de una norma legal; sin embargo ello no sería representativo de una actitud antisocial.

Perspectiva de excitación, de búsqueda de sensaciones y conductual. El trabajo de Likken sugirió que las PA pueden tener deficiencias, en el aprendizaje, debido a un nivel bajo de ansiedad. Una alternativa, a esta afirmación, es que el sujeto se encuentra subexcitado y su reactividad del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) es mas baja de lo normal; por lo que pudiera ser necesario un estímulo mas intenso, en psicópatas que están subexcitados, que en los no psicópatas para producir una reacción (Sue, et al., 1996).

Los niveles, disminuidos, de reactividad pueden ser causa de que los psicópatas muestren conductas impulsivas, en la búsqueda de un estímulo que ayude a evitar el aburrimiento (Quay, 1965 citado en Sue, et al., 1996).

En una hipótesis similar a la de Likken, acerca de la intrepidez, Farley (1986) propuso que las personas, denominadas por él “E mayúscula”, varían en el grado de emisión de conductas destinadas a la búsqueda de sensaciones. En contraste con ello, los “e

minúscula”, prefieren la certidumbre, la predictibilidad, bajo riesgo, la familiaridad, la claridad, la simplicidad, poco conflicto y baja intensidad. Los E pueden llevar tanto a conductas constructivas como a destructivas, en los planos de lo físico y de lo psicológico. Los E constructivas harían referencia a artistas, científicos, personajes públicos de los medios masivos de comunicación, deportistas, porque todos ellos canalizan su tendencia, de búsqueda de emociones, hacia contribuciones creativas (Sue, et al., 1996).

Por otro lado están los E destructivos, ello haría referencia a criminales, intrigantes, estafadores. Mas aún, en un estudio sobre delincuentes, llevado a cabo en una prisión los E tuvieron una probabilidad mayor de pelear, desobedecer e intentar escapar, que la de los e; por todo ello, Farley cree que es necesario dirigir el *ansia* de estimulación, de los E, hacia actividades físicas y mentales constructivas y no destructivas (Sue, et al., 1996).

Otros investigadores han encontrado evidencia de subexcitación, así como niveles de ansiedad disminuidos, entre los PA. En un estudio realizado por Hare (1968), la reactividad del estado de reposo y la producida por estrés de psicópatas primarios, secundarios y no psicópatas, fueron identificadas mediante lectura de respuestas cardíaca, electrodérmica y respiratoria. Hare encontró que se necesita un estímulo mas intenso, para generar una respuesta, en los psicópatas que en los no psicópatas; estos niveles, bajos, de reactividad pueden causar que los sujetos ejecuten conductas impulsivas, en su búsqueda de estimulación para evitar el aburrimiento (Quay, 1965 citado en Sue, et al., 1996).

En otro estudio, realizado por Whitehill y cols. (1976) citado en Sue, et al. (1996), con niños preadolescentes, identificados como antisociales, que mostraron conductas de búsqueda de sensaciones; estos autores armaron la siguiente hipótesis, (misma que es igual a la que he planteado en esta investigación); “si las deficiencias en el aprendizaje, entre individuos con personalidad antisocial, son causadas por la ausencia de ansiedad y por una disminuida reactividad autónoma ¿Es posible mejorar su aprendizaje al incrementar su angustia o capacidad de excitación? (Sue, et al., 1996). La respuesta es si, definitivamente si, así lo confirma en estudio de Schachter y Latané (1964).

Schachter y Latané (1964) probaron la capacidad, entre psicópatas y no psicópatas, para ejecutar una tarea, que requería del aprendizaje de evitación de un choque eléctrico (como estímulo incondicionado) bajo dos condiciones; una de ellas en la que los sujetos fueron inyectados con adrenalina, la cual se presume incrementa la excitación, y un placebo; de ello resultó que, los psicópatas que recibieron el placebo cometieron más errores, en la evitación de choques eléctricos, que los no psicópatas; sin embargo, los psicópatas que recibieron adrenalina, tendieron a desempeñarse mejor que los no psicópatas. Estos hallazgos implican que los psicópatas no reaccionan con la misma cantidad de excitación, que los no psicópatas, y que su aprendizaje mejora cuando su angustia es aumentada (Sue, et al., 1996).

Otra hipótesis, de Schmauk (1970) citado en Sue, et al. (1996), es que el tipo de castigo usado en el aprendizaje de la evitación del castigo, también es una consideración importante; en tanto que los psicópatas pueden mostrar deficiencias en el aprendizaje cuando se les enfrenta a castigos físicos (choques eléctricos) o castigos sociales (retroalimentación verbal), por el contrario, aprenden tan bien como los no psicópatas cuando el castigo es material (p.ej. perder dinero por una respuesta incorrecta).

Otra línea de investigación más, es la de Siegel (1978) citado en Sue, et al. (1996), que dice, que la certidumbre acerca del castigo también puede influir en la reactividad, de las personalidades antisociales, al mismo. No parece haber diferencia, entre psicópatas y no psicópatas, al responder cuando el castigo es casi una certeza; sin embargo, cuando la probabilidad, del castigo, es muy incierta los psicópatas no suprimen su comportamiento, por lo que las amenazas de castigos no parecen ser suficiente para desalentar a los psicópatas.

Las personas normales responden al castigo físico, social o material; además de que son influidas tanto por el castigo incierto como por el cierto; por ello el trabajo de Schmauk y Siegel sugirieron que los psicópatas no responden a la misma gama de condiciones aversivas. Hare (1975) propuso un modelo psicofisiológico para esta falta de reactividad; él cree que los psicópatas tienden a carecer de ansiedad, lo cual dificulta el aprendizaje para

ellos y especuló que esta carencia de ansiedad resulta de un mecanismo de defensa que reduce la aversividad de los estímulos dolorosos, es decir, que los psicópatas pueden desarrollar una capacidad psicofisiológica para reducir el impacto emocional (o efecto productor de ansiedad) de las situaciones, lo cual constituye una defensa contra la ansiedad y el dolor. Esta hipótesis se basa en un número de medidas que no siempre producen los mismos resultados, es decir, que una persona puede exhibir ansiedad de acuerdo con una medida pero no con otra, además, algunas medidas indican otros estados tales como excitación general y no solo ansiedad, por lo que es obvio, en este caso, que el concepto de ansiedad visto como una fuente de excitación y una medida de reacción es ambiguo (Sue, et al., 1996).

Por último Reid (1981), citado en Sue, et al. (1996) concordó en que los factores psicofisiológicos pueden estar implicados en el trastorno, sin embargo, observó que la personalidad antisocial es una condición heterogénea causada por diversos factores, tales como, familiares, biológicos, sociales, del desarrollo, etc. Que pueden converger y proporcionar un panorama más completo y coherente del trastorno por personalidad antisocial.

Existen diversas teorías, de origen genético, de experiencias sociales y ambientales que ocurren durante la infancia y muchas más, acerca de falta de ansiedad en la PA; pero hay una teoría, en particular, que parece ser muy interesante, ella habla de que los psicópatas han desarrollado una defensa contra la ansiedad, sin embargo, aún no ha sido posible identificar los factores que influirían en este proceso (Sue, et al., 1996), podría tratarse de un simple proceso de habituación.

Evitación de la responsabilidad

Hemos podido comprobar que, el psicópata, si bien tiene en claro las reglas sociales, a pesar de todo las trasgrede. ¿Significa esto que el psicópata no tiene ley? No, no es así (Doyharzabal, 2005).

El psicópata se maneja con sus propios códigos, tiene su propia ley interior y creencias y cierto desprecio por las normativas en general. Esto hace que para él el sentido

del deber sea diferente que para el resto de las personas. Es a través de estos códigos propios que el psicópata tiene una conducta hacia la sociedad y otra hacia sí mismo, y es por esta misma razón que solamente se siente responsable y culpable, en tanto y en cuanto respete o no sus propios códigos y no los de los otros. Es como si sufriera un trastorno de la comunicación donde ve, siente y escucha, pero decodifica mal y al volver a codificar lo hace en forma anormal descalificando los valores aceptados por todos. Por eso es que ninguno de ellos se considera culpable de sus actos, ya que esta creación de códigos propios es lo que les permite sentirse “inocentes” y colocar la culpa siempre del lado del otro (Doyharzabal, 2005).

La falta de culpa

El sentimiento de culpa; es otra variante de la ansiedad, la autodesaprobación. Los sujetos que padecen sentimientos de culpa, como consecuencia de su comportamiento violento, son susceptibles de ser menos violentos que los que no sienten la más mínima culpabilidad (Moser, G. 1992).

En cambio el psicópata no hace ese razonamiento, utiliza lo que el Dr. *Marietán* sitúa como defensa aloplástica, es decir que sitúa la responsabilidad del lado del otro (Doyharzabal, 2005). Por eso nunca considera que fracasó sino que los otros lo hicieron fracasar. De ahí surge también el hecho de que jamás se considere culpable de nada y mucho menos responsable de las consecuencias de sus acciones (Doyharzabal, 2005; Portuondo, J. A. 1985).

Los pacientes con TPA, no sienten ninguna culpa, por lo que no consideran estar violando normas sociales de tipo común, dice Elkin (2000).

Al poseer escalas de valores diferentes, no se siente responsable y cómo ve al otro como una cosa y no como persona no se compromete emocionalmente. Esto les permite causar daño y ser inmisericordes, a muchos de los psicópatas, sin que muestren la más mínima consideración o lástima por el otro (Doyharzabal, 2005; Portuondo, 1985).

Para sentir culpa uno debe sentirse responsable de la acción, debe sentir que ha fallado. Cuando se evalúa que son los otros, el medio o las circunstancias que lo han hecho fallar, entonces no hay culpa (Marietan, 1998).

¿Por qué un psicópata no tiene culpa? Porque considera al otro como una cosa y no como una persona (Marietan, 1998).

Relación Impulsividad-Irresponsabilidad-Falta de culpa

En efecto, el psicópata es impulsivo. Sus acciones están determinadas por la necesidad de satisfacer en forma inmediata sus deseos y su vida está dominada por impulsos fugaces que no dejan lugar para el planeamiento, la reflexión y la previsión. Algunos pueden comportarse bien, pero al cabo de un tiempo corto, repiten inexorablemente sus faltas y abandonan sus responsabilidades (Aguilar, 1996).

Esta irresponsabilidad característica es aparente en diversas áreas de su vida y se relaciona con su impulsividad y su peculiar incapacidad para prever a largo plazo las consecuencias de sus actos. A pesar de que el psicópata conoce y puede estar familiarizado con los aspectos éticos convencionales, no puede aplicarlos y no siente culpa. Sin embargo, hay un grupo de psicópatas que se distingue de los demás porque sí tienen capacidad para experimentar sentimientos de culpa (Aguilar, 1996).

Tras una fachada que, frecuentemente, refleja calor y sinceridad, el psicópata oculta el egocentrismo y su carencia de sentimientos. Incapaz de amar, ni de establecer vinculaciones afectivas estables y profundas, utiliza como objetos a sus padres, familiares y amigos (Aguilar, 1996).

Una característica es su escasa capacidad para experimentar remordimientos genuinos. En general, los psicópatas no suelen sentir culpa ni vergüenza en circunstancias en que sentir las sería natural e inevitable. Sus declaraciones de arrepentimiento son simples ajustes oportunistas diseñados para resolver por el momento situaciones de apuro. Sus actos subsecuentes no dejan duda acerca de ello y sus promesas no duran más que sus palabras (Aguilar, 1996).

La personalidad psicopática se expresa de maneras diversas. Una de las características principales en estos sujetos es la *ausencia total o parcial de los sentimientos de culpa*; otra es la real o aparente falta de conciencia de daño hacia otros y carencia de empatía por los demás. También suelen explotar a otros para obtener un beneficio material o una gratificación personal, aunada a una impulsividad irrefrenable y traducida las más de las veces en violencia. Algunos presentan incapacidad para mantener relaciones personales e íntimas duraderas (Cantú, G.E., 17 de Enero de 2005).

Capacidad cognitiva

Las descripciones de la psicopatía han incluido déficits afectivos y procesos neuropsicológicos y psicofisiológicos asociados. Sin embargo, la revolución cognitiva ha demostrado que las cogniciones son propiedades emergentes con la potencialidad de causar determinadas respuestas emocionales y sociales. Las bases biológicas de la personalidad y de sus trastornos juegan un papel muy importante, pero estas bases se expresan en las cogniciones disfuncionales (Mata, 2000; Doyharzabal, 2005).

La idea de que una porción significativa de criminales sufre defectos o desórdenes mentales en formas y grados diversos, se apoya en estudios científicos del problema, uno de ellos hoy visto como clásico es el de **Bernar Glueck**, quien examinó a una población numerosa de prisioneros en Sing Sing, Nueva York; este investigador encontró que 58% de ellos sufría alguna forma de desorden mental (Aguilar, 1996).

Otro aspecto es la inteligencia, Kolb (1977) cree, al igual que la mayoría de los autores, que la PA posee una capacidad intelectual igual o en algunos casos superior al promedio, pero que sin embargo esta capacidad tiene poca influencia, reguladora, sobre su conducta desadaptada. Pareciera ser que este comportamiento se origina en sentimientos de inferioridad, envidia o celos.

Al respecto Cameron (1990), dice, “la persona sociópata parece incapaz de aprender, es decir, incapaz de aprovechar las experiencias, en ciertos campos de las relaciones interpersonales, con inteligencia promedio o superior, mostrándose incapaz de cambiar su comportamiento impulsivo, es común descubrir que el sociópata expresa remordimiento e intención de cambiar, mismos que pueden ser fingidos o sinceros pero de corta duración; sin embargo, el psicópata no puede dejar de repetir lo que ha hecho durante toda su vida.

Más aún, Cameron (1990) considera que la derrota y desesperación, percibida así por el sociópata, del terapeuta y de los que le rodean, para él, constituye un mal sano y extraño triunfo a su venganza en contra de los demás.

Incapacidad para aprender por medio de la experiencia

Es egosintónico con su accionar, por eso, si para él una cosa es correcta y algo sale mal la culpa es del otro y no de él. Como consecuencia, de esta defensa, es que muchos de ellos no aprenden de sus errores y vuelven a intentarlo nuevamente, cometiendo siempre las mismas equivocaciones y de la misma manera, sólo que con personas diferentes. Esto es lo que permite establecer patrones de conducta en los criminales seriales (Doyharzabal, 2005; Portuondo, 1985).

Demuestra menor reacción afectiva

Algunos autores dicen que hay menor demostración de *ansiedad* y gran tolerancia a la angustia en ciertas situaciones penosas para el grueso de la población. Pero (aclaran), funcionan a veces como ollas a presión, toleran una gran cantidad de angustia y después por hechos banales, fuera ya de la circunstancia de crisis, la descargan impulsivamente (Marietan, 1998; Portuondo, 1985).

A veces el psicópata, en situaciones extremas, conserva la calma, toma decisiones, acciona, se ajusta a las circunstancias y puede salir bien. Contaba una vez un profesor, por ejemplo, (hablando sobre las personalidades de acción) que un comisario entra a su departamento y se encuentra con un delincuente que le apunta con un arma. El policía, sin perder la calma, lo mira fijamente, lo paraliza, saca el revólver y le pega un tiro. Eran dos personalidades de acción (según el criterio de D. Liberman), pero una era más fuerte que la otra. Simplemente se limitó a mirarlo, luego lo mató. Si lo comparamos con un normal que entra a su casa y ve a un tipo con un revólver, la reacción puede ser muy distinta, tal vez pida por su vida, se arrastre por el suelo, "¿qué quieres?", "llévate todo", este no (Marietan, 1998; Portuondo, 1985), evidentemente no lo hizo así.

Elkin (2000), menciona que el paciente con un TPA presenta “poca tolerancia de la ansiedad”, como podemos notar, este autor no niega la presencia de ansiedad, por el contrario, él plantea un bajo umbral para tolerarla.

Kolb (1977), cree que la PA, en lo profundo de su ser existen aquellos sentimientos que se niega a mostrar; Vaillant así lo ha demostrado, cuando confina a paciente de PA y lo lleva a un contacto psicoterapéutico profundo; en estas circunstancias, se encuentra que el sociópata expresa angustia y depresión, relacionadas al terror de que lo lastimen si se somete al contacto cercano con otro ser humano.

La cosificación-la manipulación

Si algo predomina en todos ellos es su falta de remordimiento, y esto es posible a través de lo que el doctor Marietán nombra como cosificación del otro (Doyharzabal, 2005).

Es a través de esta cosificación que el psicópata le quita al otro su rango de igual, su valoración de persona en sí y lo convierte, en su mente, en una cosa. Esta eliminación de rango, que hace de la persona al convertirlo en cosa, lo descalifica como persona, lo vuelve manipulable, puede ser destruido y ser utilizado para su propio beneficio, es decir puede hacer con esa “cosa” lo que desea (Doyharzabal, 2005).

Sólo se pueden matar "cosas"; ahora, si se los adoctrina acerca de que cierta persona es un asqueroso y repugnante terrorista, una basura que hay que destruir porque es un peligro para nuestras familias y a nuestra patria, este hombre, al término de cierto entrenamiento, puede matar o torturar. ¿Por qué? Porque ya dejó de ser un igual, pasó a ser una cosa peligrosa. Se puede matar a una cosa, pero a una persona no (Marietan, 1998).

La cosificación del otro está en forma innata en los psicópatas y como ideología en muchos de los sistemas políticos (Marietan, 1998).

La cosificación permite explicar varias de las acciones de los psicópatas. Vemos que son egocéntricos, manipuladores, utilizan a los demás para conseguir sus propios objetivos (Marietan, 1998).

Millon, citado en Elkin (2000), cree que los sujetos con un TPA si son conscientes del estado de ánimo y sentimientos de los demás, y este conocimiento acerca de los otros, es utilizado, por el antisocial, para aprovecharse y quedar complacido en su necesidad de control y dominio.

La seducción

Esto explica muchas de las actuaciones del psicópata, pero lo que esto no nos deja en claro es por qué el otro se deja manipular (Doyharzabal, 2005).

Esto se debe a que el psicópata capta desde un primer momento las necesidades irracionales del otro, lo seduce y luego lo engaña. Siendo esto, por ejemplo, lo que ocurre con el estafado, donde el psicópata trabaja con la ambición del otro, lo seduce, le ofrece lo que es difícil de adquirir en situaciones normales y luego, por supuesto, lo engaña. Vemos que esta actuación difiere en mucho de la coacción donde se utiliza el temor, desde la palabra o la fuerza física, para obtener algo (Doyharzabal, 2005).

Esto nos conduce entonces a otras de las características de muchos psicópatas, que es la seducción y que es esa habilidad que posee para captar las necesidades del otro, siendo a través de ésta que el psicópata lleva, a su víctima, a su círculo psicopático. Esta capacidad de seducción es lo que le permite no sólo estafar o engañar, sino sostener una participación, neurótica, a través de las relaciones perversas, haciéndose instrumento del goce del otro. Hace que el otro sienta que le es necesario, pero que él le es mucho más necesario al otro, generándose entonces un circuito mutuo de suplir necesidades. Como el psicópata es inteligente y manipulador, al otro le resulta difícil resistirse y es por esto que el relacionarse con un psicópata se convierte en un viaje de ida con un retorno complejo (Doyharzabal, 2005).

Búsqueda de castigo

Otra hipótesis psicodinámica útil para comprender a algunos criminales es que cuando aún conscientemente el criminal trata de eludir las consecuencias de sus actos, en él operan fuerzas inconscientes que le impulsan a buscar castigo. La puesta en juego de estas tendencias autopunitivas explicaría esos casos en el que un delincuente es atrapado a causa

de que comete errores inexplicables. No se trata de simples descuidos, sino de algo más absurdo que puede interpretarse como una traición a sí mismo; la influencia es que está en juego un poderoso deseo de ser castigado (Aguilar, 1996). Es parte de la naturaleza humana sentir culpa cuando se trasgreden valores que se han aceptado. La carencia de esta capacidad de sentir culpa caracteriza a las personalidades psicopáticas. El sentimiento de culpa explica por qué un "crimen perfecto" es en todo caso infrecuente; la necesidad inconsciente de ser castigado puede ser una fuerza propulsora más poderosa que el deseo consciente de evadir la ley, de ahí que en los anales de la criminología se relatan numerosos casos de criminales que planean sus casos minuciosamente y no obstante cometen errores y dejan indicios que permiten a la policía aclarar los hechos y aprehender a sus autores (Aguilar, 1996). No es infrecuente que ciertos criminales se expongan a ser detenidos por visitar el escenario de su crimen. Esto puede relacionarse tanto con la necesidad de ser castigado, como por la necesidad, también inconsciente, de retar al destino, y sobre todo a la autoridad, proclamando al mundo que se es poderoso (Aguilar, 1996).

El autocastigo psicopático

El psicópata se castiga fuertemente, con mayor dureza y crudeza con que lo harían las personas si lo juzgaran a él. ¿Cuándo ocurre eso? ¿Cuándo un psicópata toma medidas más extremas que las que la propia sociedad adoptaría? (Marietan, 1998).

El psicópata se castiga y de forma también psicopática, cuando se da cuenta que viola sus propios valores, cuando quebró sus propios valores, sus normas de conducta, entonces se autocastiga, y a veces con muchísima crueldad, a través de castigos muy severos. Ello es evidente en psicópatas, que cometen muchos errores, con respecto a los demás psicópatas, por lo que se sienten al margen de la culpa. Esto es, cuando de pronto cometen, lo que constituye para ellos, una tontería y se castigan con saña. Y es porque esa tontería quebró sus propias normas. Es el caso de algunos suicidios raros, por ejemplo. O sea, existe un mecanismo de autocastigo muy fuerte en el psicópata. Pero, se castiga rara vez, y siguiendo su lógica (Marietan, 1998).

Baja tolerancia a la frustración

Hemos observado también que el psicópata posee una baja tolerancia al fracaso y a la frustración (Doyharzabal, 2005; Portuondo, 1985).

A una persona normal el fracaso generalmente le provoca culpa, rabia y frustración, sin embargo le deja una enseñanza (Doyharzabal, 2005; Portuondo, 1985).

Por el contrario, los psicópatas, no toleran el fracaso y menos aún la frustración; llamamos fracaso al hecho de intentar una acción, llevarla a cabo y obtener un resultado desfavorable. Hablamos de frustración cuando nos topamos con un obstáculo tan difícil que no podemos ni siquiera intentar la acción para conseguir el objetivo. El fracaso (intentar hacer algo y que salga mal) genera bronca, rabia y culpa por no haber previsto las consecuencias de la acción, pero deja siempre una enseñanza "Si yo lo hubiera hecho de tal o cual manera, hubiera salido bien". En cambio la frustración (no poder llevar adelante la acción) genera sensación de impotencia (Marietan, 1998).

Baja capacidad para la demora de la gratificación

El impulsivismo presente en la extensa variedad de los trastornos de personalidad, se exhibe, en los psicópatas, en su mayor pureza; por ello, para los psicópatas, una idea agradable que surge de pronto, o una manera de afrontar una situación difícil, lleva aparejada la conducta de realización inmediata (Patiño, 1990).

Agresión en la PA

Se ha hablado de los criterios *dimensionales* y *categoriales* de los desórdenes de la personalidad. Una primera cuestión, ya que la agresión es considerada una dimensión (o rasgo), es si la psicopatía en sí misma puede ser considerada una dimensión y no una categoría. **Lilienfeld**, basándose en trabajos de **Moffit** y **Harris**, señala que existe la posibilidad de que la psicopatía sea una *categoría* si consideramos el Factor II de **Hare** (agresividad e impulsividad) y para el comportamiento antisocial infantil; y una *dimensión* si se tiene en cuenta el Factor I (locuacidad, **falta de remordimientos** y de culpa, afectos superficiales, callosidad, falta de empatía y renuencia a aceptar responsabilidades). **Blackburn** la considera una dimensión (Rubio, 2005; Mata, 2000).

Hay que considerar varios problemas vinculados con la agresión y la psicopatía. Uno de ellos es la relación existente entre *agresión e impulsividad*. Otro, muy vinculado al primero, sería la distinción entre *agresión depredadora (proactiva) y reactiva*, distinción que ya fuera hecha hace treinta años (Berkowitz, Bandura) y, por último, habría que ver la relación de la psicopatía con los *grandes criminales*, por ejemplo (entre otros), los asesinos seriales y los masivos (Mata, 2000).

Se plantea aquí también el problema de distinguir entre distintos tipos de agresión. Como hemos hecho más arriba, diversos autores distinguen dos tipos básicos: la agresión reactiva y la proactiva, siendo la proactiva identificable con la depredadora. La agresión reactiva ha sido definida como una reacción hostil y de enojo a una frustración percibida. El individuo agresivo reactivo sobrerreacciona ante la menor provocación, y es explosivo e inestable (Mata, 2000).

En cambio, en la agresión proactiva (depredadora) hay una conducta instrumental que es disparada ante una meta determinada. Este tipo de agresor suele ser pendenciero con sus pares y una amenaza criminal para la sociedad. Por lo tanto, la agresión reactiva es la que está más fuertemente ligada a la impulsividad, mientras que la proactiva es más premeditada (Mata, 2000).

Si esta distinción existe, entonces es posible ser agresivo sin ser impulsivo y, no sorprendentemente, ser impulsivo sin ser agresivo (Mata, 2000).

De cualquier forma, es necesario intentar ver algunas de las *tipologías* ensayadas dentro del campo mayor de las psicopatías, para poder distinguir las variantes que adopta la violencia y la agresión en cada una de ellas (Mata, 2000).

Sexualidad en la PA

Es interesante mencionar que en general los psicópatas no parecen tener impulsos sexuales y agresivos más poderosos que los de otras personas, aunque en ellos su expresión está menos sujeta a restricciones. La mayoría de los psicópatas tienen una orientación heterosexual, pero sus relaciones eróticas son superficiales e impersonales, y aun sin tener

tendencias homosexuales específicas, su falta de inhibiciones y su oportunismo hacen que algunos consientan tener relaciones de este tipo con fines de lucro o explotación. Las anomalías sexuales no son componentes, primarios, de la personalidad psicopática (Aguilar, 1996).

3.5 CLASIFICACION DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Como se ha podido advertir, aún no se logra el consenso, respecto a la definición de la PA, y, por razones obvias, tampoco se ha logrado el consenso respecto de sus características; es por ello que los autores, que se han dado a la tarea de investigar el tema de la PA, plantean la siguiente clasificación, a partir de sus propias observaciones sobre el fenómeno de la PA.

La división en subtipos es, especialmente, necesaria porque los sociópatas han sido descritos, desde siempre, por una serie de características que llegan a ser contradictorias. Esta contradicción se debe, en parte, al fracaso en reconocer que el comportamiento sociopático puede surgir en estilos de personalidad, ostensiblemente, distintos, es decir, que la desviación social puede surgir como consecuencia de estrategias de enfrentamiento, fundamentalmente distintas, cada una de las cuales puede conducir, sin embargo, a hechos igualmente antisociales. También hay que aclarar, que los diversos subtipos de la sociopatía, muestran ciertos rasgos en común, especialmente un intenso egocentrismo y desdén por los demás (Millon, 1976).

Doyharzabal (2005) opina que la *APA* se inclina por los trastornos sociopáticos de la personalidad, o sea la cronicidad de las reacciones antisociales y la inmadurez emocional. Concepto que difiere respecto al significado que le otorgan a la personalidad psicopática otros autores; en este punto cabe reiterar que todo aquello que se intente, con respecto a la PA, ha de estar subordinado y en función de la definición del concepto.

Clasificación de la PA según Cleckley

El concepto clásico de psicopatía de **Cleckley** fue desarrollado posteriormente por **Hare** (1970), quien distinguió tres tipos de psicópatas: Primarios, secundarios o neuróticos y subculturales (Chico, et al., 2005; Aluja, 1991).

Al contrario que los psicópatas primarios, los otros dos grupos, los secundarios o neuróticos y los subculturales, pueden experimentar, a menudo, sentimientos de *culpa* y *arrepentimiento* por su conducta y además pueden ser capaces de experimentar sentimientos profundos en relación con el prójimo (Chico, et al., 2005).

De hecho, Cleckley (1941) citado en Zak, et al. (1979) va mas allá, en oposición, aún sin quererlo, a lo que afirman la mayoría de los autores, él en su obra clásica *The Mask of de Sanity* presentó una serie de estudios de casos de pacientes psicopáticos, tipificándolos y obteniendo de ello, sí efectivamente, la mayoría de las características que los demás autores mencionan, pero también encontró, claramente, que el psicópata *si* aprende de sus experiencias y parece a menudo buscar un control extremo o incluso un castigo para su conducta.

Clasificación de la PA según Kraepelin

Ya en 1904, **Kraepelin** había clasificado en 7 las personalidades psicopáticas, diferenciándolas de acuerdo al rasgo predominante en: el tipo antisocial, el excéntrico, el impulsivo, el pendenciero, el inestable, el excitable, el tramposo y el mentiroso (Doyharzabal 2005).

Clasificación de la PA según Kurt Schneider

Por otro lado, en 1923, rechaza en principio y por completo el hecho de que la psicopatía fuese una enfermedad. De acuerdo a su concepto no son enfermos sino anormales en el sentido estadístico del término y propone una clasificación en cuanto a la afectividad psicopática, asegurando que en realidad eran muy pocos los tipos puros, pero que sí eran fácilmente reconocibles y que en general existía un subconjunto de personalidades anormales que se caracterizaban por “que sufren por causa de su anormalidad o por cuya anormalidad sufre la sociedad” (Doyharzabal 2005).

Para el criterio de Schneider, ya entonces quedaba claro que no todos los psicópatas eran necesariamente antisociales y los clasifiqué de acuerdo a su afectividad psicopática, aclarando que si bien podía resultar útil en la clínica para orientar respecto a una selección, por su subjetividad no era conveniente que fuese utilizada para diagnosticar. Si bien hoy en día esta clasificación carece de valor constitucional, no por ello deja de tener un valor por su forma de describir acertadamente los diferentes tipos de actividad alterada a través de sus rasgos más sobresalientes (Doyharzabal, 2005).

Schneider efectuó una división entre (Marietan, 1998; Doyharzabal, 2005):

1. Psicópata hipertímico: Caracterizado por ser optimista, activo tendiendo a la excitación, muy sociable, con afán de notoriedad, gran confianza en sí mismo, una autoestima exagerada y falta de autocrítica. Proclive al alcoholismo. Los delitos que puede llegar a cometer son todos aquellos que indiquen pendencias, estafas e injurias.
2. Psicópata depresivo: De trato complicado, quejoso, anhedónico, melancólico, no le encuentra sentido a la vida, tiene una marcada actitud pesimista frente a ésta. Amargado o malhumorado, con fuertes características de egoísmo y frialdad. Tendientes al alcoholismo y al uso de estupefacientes. Dificilmente delinquen.
3. Psicópata necesitado de notoriedad o estima: Seductores y vanidosos, necesitan erigirse como el centro del mundo. Necesitan llamar la atención de cualquier modo. Proclives a los comportamientos histéricos. Delinquen a través del engaño o el ardid.
4. Psicópata inseguro: Evidencia un fuerte sentido de insuficiencia, dificultades de rendimiento, en sus relaciones con los otros y consigo mismo. Si bien no es frecuente, sí delinquen, sus delitos tienen características violentas como producto de descargas afectivas.
5. Psicópata lábil de humor: Sus estados anímicos son imprevistos y altamente variables, oscilan repentinamente entre la excitación por irritabilidad y la depresión. Tienden a las fugas y a beber en exceso. En el transcurso de las

crisis puede delinquir por impulso o afecto, tendiendo a la piromanía, la cleptomanía entre otros.

6. Psicópata explosivo: Marcadamente colérico e irritable, responde con excesiva violencia ante situaciones de la menor envergadura, sin poder controlar sus sentimientos. Delinque con agresividad por afecto y por resistencia a la autoridad.
7. Psicópata carente de afectividad o desalmado: De baja afectividad, frío, carente de ética y de conciencia moral, de acciones brutales, falto de compasión, de arrepentimiento o de vergüenza. Delinque contra la propiedad, puede ser homicida y cometer delitos de orden sexual. Es la figura que generalmente identificamos con el psicópata.
8. Psicópata abúlico: Que posee un sistema de valores, se deja seducir ante determinadas situaciones delinquiendo inducidos por otros. Generalmente comete delitos de poca entidad, no planeados y tiende a ser fácilmente descubierto.
9. Psicópata asténico: Psicológica y físicamente insuficiente. Tiende a las somatizaciones y la hipocondría. Delinque generalmente para conseguir estupefacientes.
10. Psicópata fanático: Activo y emprendedor que actúa engeguado por sus ideas sobrevaloradas. Corresponde a los creadores o seguidores de sectas. Delinquen solamente por motivos religiosos.

Queda claro entonces que para la concepción de Schneider, la conducta antisocial no define por sí sola este trastorno, sino que es un síntoma del mismo.

Clasificación de la PA según Blackburn

El mismo **Blackburn** ha desarrollado un *enfoque interpersonal* que derivó en una tipología, la cual considera cuatro subtipos de psicópatas (Mata, 2000; Doyharzabal, 2005; Aluja, 1991):

1. Los "Psicópatas Primarios" ("P": impulsivos, agresivos, hostiles, extravertidos, confiados en sí mismos, con bajo promedio de *ansiedad*). En

este grupo se encuentran predominantemente los narcisistas, histriónicos, y antisociales. Los P tienen más alerta cortical y autonómica, más búsqueda de sensaciones (en el sentido de Zuckerman).

2. Los "Psicópatas Secundarios" ("S": hostiles, impulsivos, agresivos, *socialmente ansiosos*, aislados socialmente, malhumorados, con baja autoestima). Aquí se encuentran antisociales, evitativos, esquizoides, dependientes y paranoides. Los pertenecientes al grupo S, que son los más desviados socialmente, son también desviados en otros aspectos. En ellos es donde más se encuentran las anormalidades XXY que han sido descritas. Se ha informado que experimentan la imaginación más vívida.
3. Los "Psicópatas Controlados" ("C": defensivos, controlados, sociables, no ansiosos). Este grupo muestra menores puntajes de trastornos de personalidad. Los pacientes del grupo C muestran pocas características distintivas, como no sean las derivadas de la negación de sus emociones y del control sobre conductas socialmente inapropiadas.
4. Los "Psicópatas Inhibidos" ("I": tímidos, aislados, controlados, moderadamente ansiosos, con baja autoestima). Aquí hay esquizoides, esquizotípicos y pasivo-agresivos, pero muestran bajos puntajes en antisocialidad. El grupo I se caracteriza por sus pobres habilidades sociales.

Y como es evidente estos grupos difieren entre sí; en su agresividad y criminalidad. En un estudio de **Blackburn** se encontró que los P y S habían iniciado más tempranamente sus carreras criminales que los C e I, pero el grupo P tenía convicciones más firmes para efectuar crímenes violentos, mientras que los S las tienen para los robos. P y S se describen como más dominantes tanto en situaciones amenazantes como afiliativas, pero los S muestran más furia frente a las amenazas tanto físicas como verbales. Los P y S comparten algunos rasgos, pero los últimos tienen mucho más *ansiedad* social y rasgos de personalidad esquizoides, evitativos y pasivo-agresivos. Es muy probable que la mayoría ingresen en el criterio más amplio de borderlines (Mata, 2000; Doyharzabal, 2005).

Clasificación de la PA según Millon

Millon desarrolla entonces 10 subtipologías a través de las cuales ofrece una mayor claridad en la descripción de las diferentes características psicopáticas, aclarando que a pesar de las diferencias que se presentan entre unos y otros siempre predominan, en todas, algunos elementos en común como ser el profundo desprecio por las necesidades de los otros y el exacerbado egocentrismo (Doyharzabal, 2005, Mata, 2000).

Millon, divide entonces a los psicópatas en (Doyharzabal, 2005):

1. *El psicópata carente de principios*: Este tipo de psicópata se presenta frecuentemente asociado a las personalidades narcisistas. Suelen lograr con éxito mantenerse en los límites de lo legal, y no entran comúnmente en tratamiento.
2. El psicópata solapado: Que se incluye entre las personalidades histriónicas y su característica principal es la falsedad.
3. El *psicópata tomador de riesgos*: Este tipo se involucra con frecuencia en riesgo por la necesidad de sentirse vivo y motivado, más que por obtener ventajas o prestigio. Muchos de ellos responden irreflexiva e impulsivamente.
4. El *psicópata codicioso*: Persiguen su engrandecimiento. Sienten que la vida "no les ha dado lo que merecen", que han sido privados de sus derechos al amor, al apoyo, o a las gratificaciones materiales; que otros han recibido más que ellos, y que nunca han tenido oportunidades de una buena vida.
5. El *Psicópata Débil*: Algunos psicópatas son habituales y poderosos atormentadores de otros.
6. Psicópata explosivo: Se diferencia de las otras variantes por la emergencia súbita e imprevista de hostilidad. Su característica es la hostilidad que surge en forma súbita e inesperada y algunas de sus actuaciones son semejantes a las del borderline sádico.
7. El *Psicópata Áspero*: En contraste con otros psicópatas, que muestran resistencia a los deseos de otros y expresan sus frustraciones de una manera pasiva e indirecta, éste muestra su rechazo de una manera confrontativa y pleitista.

8. El *Psicópata Malévolo*: Son particularmente vengativos y hostiles. Sus impulsos son descargados en un desafío maligno y destructivo de la vida social convencional.
9. El *Psicópata Tiránico*: Conjuntamente con el psicópata malévolo que acabamos de describir, el tiránico se encuentra entre los más amenazantes y crueles de estos subtipos.
10. Psicópata maligno: Posee características que se vinculan frecuentemente con las de la personalidad paranoíde, siendo una variante estructural del patrón psicopático.

Otras tipologías

Algunos tipos de psicópatas pueden entrar en la siguiente clasificación (Linares, et al., 2001):

1. El psicópata desalmado, falto de conciencia moral, no siente remordimiento ni arrepentimiento, suele ser frío, gruñón y déspota; como criminal es del tipo más peligroso y brutal, es decidido en el momento de complacer sus deseos por lo que parece carecer de amor y compasión. No procede de una crisis, sino que sus planes tienen un arreglo perfecto y no duda en usar los medios más brutales.
2. El psicópata necesitado de estimación: se caracteriza por querer aparecer siempre más de lo que es o de lo que vale. Generalmente acude a la mentira y él mismo las cree. Es teatral, falso y carente de una auténtica afectividad.
3. El psicópata impulsivo: Se caracteriza por el contraste entre sus explosiones súbitas y su restante comportamiento, mas bien tranquilo y lento. En una de sus crisis se comporta de un modo totalmente brutal en el cual llega a los crímenes mas violentos y carece de capacidad para defenderse a si mismo, para huir o para ocultar el crimen, dentro de este grupo pueden encontrarse los multihomicidas.

A pesar de la variación de las tipologías, todos los investigadores parecen estar de acuerdo en las características nucleares del concepto (Mata, 2000).

3.6 EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Las razones para evaluar la PA pueden ser muchas y muy importantes; sin embargo, como señala **Conacher**, los actuales sistemas diagnósticos son inadecuados para identificar este grupo. Existen medios específicos para evaluar criminales, pero también están los que Hare llamaba "psicópatas subcriminales"(corruptos, golpeadores de mujeres, abusadores de niños, etc.) (Mata, 2000).

Tampoco tiene mucho sentido elegir uno u otro paradigma explicativo, ya sea genético/bioquímico, psicoanalítico, social, familiar, cognitivo, etcétera. La respuesta probable es que una combinación de numerosas causas, operando en distintas proporciones en distintos sujetos, esté presentes en la PA (Mata, 2000).

Así también hay que considerar que muchas personas mantenidas en cárceles, correccionales y lugares de detención psiquiátrica forense son psicópatas, pero otras, pese a que son delincuentes, no son psicópatas. La psicopatía está indudablemente relacionada con la criminalidad, y especialmente con el crimen violento. Comparados con los delincuentes no psicópatas, los psicópatas tienen más acusaciones criminales y más condenas por crímenes violentos; también son los mayores responsables de la violencia intracarcelaria (Mata, 2000).

DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Hay que separar lo que es un trastorno de la personalidad de lo que es una conducta ilegal o criminal, siendo característico que en el trastorno se afectan numerosas áreas de la vida del sujeto. Es difícil diferenciar este trastorno cuando va asociado al consumo de sustancias ya que además de muy frecuente se han demostrado que se potencian ambos. Es frecuente la comorbilidad entre el TPA y el usos de sustancias, por lo que el diagnóstico diferencial muchas veces es una difícil tarea (Rubio, 2005).

Existen dos autoridades que han tenido continuidad en los últimos años, en el diagnóstico de la Personalidad Antisocial. La vertiente que enfatiza las *conductas antisociales* está representada por los sistemas clasificatorios DSM-IV y, más actualmente

DSM-IV-TR mientras que la aproximación de los *rasgos* se vincula con las investigaciones europeas y norteamericanas representadas por Cleckley y la CIE-10, respectivamente (Navas, et al., 2005); como es evidente, y se ha mencionado anteriormente en esta investigación, los criterios de las clasificaciones internacionales, citados paginas atrás, no están peleados con los criterios del gran número de autores que se han ocupado del tema de la PA, por el contrario, la mayoría de ellos toma como referencia a las clasificaciones internacionales. Aunque cabe hacer las siguientes observaciones.

Observaciones a los DSM

En cuanto a la primera de estas vertientes, los DSM, el trastorno que más se ajusta a la psicopatía, o a una parte del constructo, es el Trastorno Antisocial de la Personalidad. Como su propio nombre indica se refiere, principalmente, a la presencia de una conducta antisocial persistente, obviándose los rasgos de personalidad a la hora de realizar el diagnóstico (Navas, et al., 2005).

La categoría Trastorno Antisocial de la Personalidad ha recibido fuertes críticas y, en particular, el DSM-III, debido a su excesiva y/o exclusiva incidencia en muestras de conducta antisocial, dejando de lado factores de personalidad que sí eran recogidos en el DSM-I y en el DSM-II y que son centrales en el diagnóstico de la psicopatía desde un punto de vista clínico. Las dificultades derivadas de la baja fiabilidad en la evaluación de los rasgos de personalidad antisocial y la demostrada relación entre manifestaciones precoces de delincuencia, dan cuenta del especial énfasis en el comportamiento delictivo y antisocial del DSM-IV. Esta simplificación ha dado lugar a una categoría diagnóstica de elevada fiabilidad, mientras que se ha perdido validez de constructo con respecto a la concepción clínica de la psicopatía representada por los criterios de Cleckley y otros autores (Navas, et al., 2005).

El DSM-IV y el DSM-IV-TR (pese a la ligera modificación sufrida) no han contribuido a aumentar la validez de la categoría, limitándose a reducir el número de indicadores en la edad adulta y ocultando rasgos de personalidad básicos para el diagnóstico de psicopatía (American Psychiatric Association, 2003).

Observaciones a la CIE-10

Actualmente, el segundo enfoque está representado por la CIE-10. En la clasificación europea, los criterios se asemejan a la concepción original de la psicopatía propuesta por Cleckley, quién consideraba al psicópata como una persona con encanto externo y notable inteligencia, ausencia de alucinaciones u otros signos de pensamiento irracional, *ausencia de nerviosismo* o de manifestaciones psiconeuróticas, poca formalidad, falsedad, *falta de remordimientos*, con conductas antisociales, razonamiento insuficiente, egocentrismo patológico, pobreza en las relaciones afectivas, sin intuición, insensible a las relaciones interpersonales, con comportamientos fantásticos (con y sin usos de sustancias), con amenazas de suicidio que raramente son llevadas a cabo, vida sexual impersonal y con fracasos para seguir un plan de vida (Navas, et al., 2005).

El Trastorno de personalidad disocial sería más semejante a los criterios PCL-R y al concepto original de Cleckley, en comparación con el Trastorno de personalidad antisocial incluyendo características sociopáticas, amorales, asociales, antisociales y psicopáticas (Navas, et al., 2005).

Las clasificaciones internacionales representan en la actualidad a dos tradiciones teóricas divergentes. Sin embargo, es posible elaborar una definición de la psicopatía que integre ambas vertientes (Navas, et al., 2005).

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Se puede decir que la evaluación se ha llevado a cabo a través de dos métodos (Chico, et al., 2005):

- a. Mediante autoinformes.
- b. Mediante procedimientos clínicos conductuales.

Autoinformes para la evaluación de la Personalidad Antisocial

Entre los autoinformes más utilizados podemos señalar los siguientes (Chico, et al., 2005):

- El Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) de Hathaway y McKinley (1943), bien en su totalidad o más usualmente utilizando algunas escalas del mismo, como la de Desviación Psicopática (Pd), escala que se ha mostrado muy útil para la discriminación de psicópatas e incluso presos con el Trastorno Antisocial de Personalidad (TAP) del DSM-IV. Junto a esta escala se ha utilizado también la de Manía (Ma) del mismo MMPI.
- La Escala de Socialización (So) del California Psychological Inventory (CPI, Gough, 1969).
- El Activity Preference Questionnaire (Lykken y otros, 1973).
- La escala SPY (Sociopatía) de Spielberger y otros (1978).
- La Escala Experimental de Psicopatía elaborada a partir del listado de los 22 ítems de Hare (EEPH), realizada por Tejero y Torrubia en el Departamento de Psicología Médica de la Universidad de Barcelona (Trabajo no publicado).
- La Escala del Trastorno Antisocial de la Personalidad de Aluja (ETAPA) (1986), que consta de 47 ítems, y cuyo contenido se ajusta a los criterios de psicopatía del DSM-III.R.

Listas de criterios para la evaluación de la Personalidad Antisocial

Dentro del segundo sistema de evaluación de la psicopatía ha sido frecuente el uso de evaluaciones globales basadas en criterios diagnósticos, es decir, en este sistema de evaluación se definen unas características y rasgos previos de psicopatía y se evalúan posteriormente estas características mediante preguntas del investigador, en una escala graduada. Este procedimiento se empieza a utilizar hacia los años 60, cara a la clasificación forense y penitenciaria (Chico, et al., 2005).

Dentro de este sistema cabe destacar, como más importantes y más utilizados, los 16 criterios de psicopatía de Cleckley (1964) y los 22 ítems de Hare (1980) elaborados a partir de los criterios de Cleckley. Esta escala se puntúa a partir de la historia clínica y de una entrevista semiestructurada que se hace al sujeto (Chico, et al., 2005).

En opinión de Hare, (1985), citado en Chico, et al., (2005), en general los estudios han demostrado que las evaluaciones basadas en los métodos clínico-conductuales son más válidas que las basadas en los autoinformes

3.7 TRATAMIENTO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Durante los siglos pasados, las sentencias consistían en exilios, ejecuciones o castigos corporales. Al movimiento de la democracia occidental, le debemos el establecer un sistema jurídico más racional; implícito en este sistema estaba el deseo de hacer más humanitario el castigo, pero finalmente castigo (Sarason, 1975).

Las actitudes hacia los criminales comenzaron a fundarse en la concepción de que son seres racionales que actúan conforme al principio de placer-dolor, y bajo este principio realizan lo que les ocasiona placer y evitan lo que les ocasiona dolor. Los sistemas jurídicos basados en este principio, recomendaron que a delitos menores se les aplicaran sanciones leves, y a los delitos graves se les aplicara castigos severos, (pero en la realidad de hoy en día vemos que no es así, por el contrario, es totalmente desproporcionado) también que el dolor provocado por el castigo exceda al placer proveniente de la comisión del delito (Sarason, 1975); y así es como comenzó todo.

Aún hoy, la psicología no cuenta con recursos eficaces para el tratamiento de personalidades psicopáticas. El electrochoque, el coma insulínico, la lobotomía prefrontal fueron usados en el pasado y las psicodrogas son actualmente usadas sin éxito. El psicoanálisis y otras formas de psicoterapia han dado resultados muy pobres. Aun cuando se observen algunos cambios favorables, estos son a menudo ilusorios y se desvanecen rápidamente; la terapia ambiental ha dado solamente resultados transitorios (Aguilar, 1996).

Aunque los tratamientos difieren de acuerdo con el tipo de trastorno de la personalidad, algunos principios generales se pueden aplicar a todos. La mayor parte de las personas con un trastorno de la personalidad no sienten la necesidad de tratamiento, por ser egosintónicos, y probablemente por esta razón, suelen acudir a la consulta acompañadas de otra persona. Generalmente el paciente puede responder al apoyo que se le presta, pero

suele mantenerse firme en cuanto a los patrones de pensamiento y de comportamiento propios de su desadaptación. Generalmente, el apoyo es más eficaz cuando intervienen en él otros pacientes o un psicoterapeuta (Merck Sharp & Dohme, 2005).

El terapeuta destaca repetidamente las consecuencias indeseables de la forma de pensar y de comportarse de la persona, algunas veces fija límites a este comportamiento y también repetidamente enfrenta a la persona con la realidad. Resulta útil y a menudo esencial la implicación de la familia de la persona afectada, puesto que la presión del grupo puede ser eficaz. Las terapias de grupo y familiares, vivir en grupo en residencias especializadas y la participación en clubes sociales terapéuticos o en grupos de autoayuda pueden ser útiles (Merck Sharp & Dohme, 2005).

Estas personas a veces tienen ansiedad y depresión, que esperan aliviar con fármacos. Sin embargo, la ansiedad y la depresión que resultan de un trastorno de la personalidad son raramente aliviadas con fármacos de modo satisfactorio y tales síntomas pueden indicar que la persona está realizando algún autoexamen saludable (Merck Sharp & Dohme, 2005).

Cambiar una personalidad requiere mucho tiempo. Ningún tratamiento a corto plazo puede curar con éxito un trastorno de la personalidad pero ciertos cambios pueden conseguirse más rápidamente que otros. La **temeridad**, el aislamiento social, la ausencia de autoafirmación o los exabruptos temperamentales pueden responder a la terapia de modificación de la conducta. Sin embargo, la psicoterapia a largo plazo (terapia hablada), con el objetivo de ayudar a la persona a comprender las causas de su **ansiedad** y a reconocer su comportamiento desadaptado, es la clave de la mayoría de los tratamientos. Algunos tipos de trastornos de personalidad, como el narcisista o el obsesivo-compulsivo, pueden tratarse mejor con el psicoanálisis. *Otros, como los tipos antisocial o paranoide, raramente responden a una terapia propiamente dicha* (Merck Sharp & Dohme, 2005).

Los abordajes de tipo psicoanalítico son preferibles en pacientes ansiosos y/o inhibidos, mientras que *las terapias cognitivo-conductuales se muestran más eficaces cuando se trata de fijar unos objetivos o de modificar hábitos desadaptativos o socialmente*

peligrosos (Fuentes, et al., 2005; Turó, et al., 1997), como es el caso de la PA. La siguiente es evidencia de que la PA si puede ser tratada con éxito.

En una investigación titulada “Prevención de la escalada de violencia en un paciente con Personalidad Antisocial”, las autoras encontraron lo siguiente, “que el paciente había sido víctima de malos tratos en su infancia”. La evaluación dio lugar a un diagnóstico de Personalidad Antisocial (Fuentes, et al., 2005).

Ahora bien, el origen de la conducta agresiva, que es la razón principal de el porque nos afecta la PA a todos como sociedad, se ha explicado desde diversos paradigmas, que enfatizan, cada uno, ciertas características intervinientes e inherentes a la PA, tales como, la falta de control, la ausencia de patrones conductuales alternativos, la atribución causal externa, el modelado durante la infancia y adolescencia, la transmisión intergeneracional o el estrés situacional, entre otros muchos aspectos más.

Por tal complejidad, de este tipo de personalidad, se han propuesto tratamientos multidiciplinarios, como el de Stith et al. (1992) citado en González, M.J. & Ferrándiz, A. (28 de Febrero de 2003), que integra en sí, al contexto, pensamientos (distorsiones y justificaciones), sentimiento (frustración, ansiedad, culpabilidad, celos, explotación, etc.) y comportamientos (impulsividad, aislamiento, dependencia, comunicación inadecuada, autodestructividad, decisiones unilaterales, etc.), características todas ellas de sujetos maltaradores; sin embargo, es importante resaltar algo en este punto, la citadas autoras integran el concepto de ansiedad, como una característica del maltratador, sin embargo, esta característica, según gran parte de la bibliografía, no es inherente a la PA.

EL TRATAMIENTO DE LA PA CON ADICCIONES

Es particularmente difícil, el llevar a cabo un tratamiento, cuando se presenta alcoholismo y adicciones asociados al TPA (Woodruff, et al., 1978).

La coexistencia de la tendencia antisocial de la personalidad y las adicciones ha recibido siempre el más pesimista pronóstico, debido a que estos pacientes dificultan los

abordajes convencionales, complicando la estabilidad de los otros pacientes, de la familia y del equipo terapéutico (Gigena, D. Agosto de 2000).

Es sabido que uno de los mayores obstáculos para el tratamiento de los pacientes con trastornos adictivos es su tendencia irracional a repetir eventos autodestructivos, frente a los cuales, los terapeutas asisten, pasivamente, debido a la pobre eficacia de las herramientas convencionales de intervención de que se dispone. Si sumado a esto los pacientes muestran actitudes egosintónicas de tipo explotadora, parasitaria, irresponsable, inmadura, agresiva, impulsiva y promiscua, o incapacidad de empatía, amor o de sentir *culpabilidad*, el cuadro se complica enormemente. No sólo se comprometen las herramientas de intervención, sino muchas veces la estabilidad emocional del equipo terapéutico. Esto es lo que sucede cuando coexisten tendencias antisociales y conductas adictivas en un mismo paciente (Gigena, 2000).

Sabemos que el uso crónico de cocaína y alcohol inducen conductas antisociales marcadas en sujetos relativamente bien adaptados a su ambiente, desencadenando con frecuencia hechos delictivos y de violencia familiar. Si consideramos que éstas son las drogas más usadas en nuestro medio, comprenderemos el fenómeno publicitario que asocia la violencia y el uso de sustancias en los medios de comunicación. Este fenómeno también se evidencia en las consultas de salud mental, donde se asiste a cada vez más pacientes con tendencias antisociales, sin llegar a cumplir todos los criterios para diagnosticar un trastorno antisocial de la personalidad (T.A.P.) propiamente dicho. No obstante producen los mismos conflictos en su familia, su entorno y por supuesto, en la interacción con los sistemas de salud que los asisten (Gigena, 2000).

Muchos autores hablan de la intratabilidad de los pacientes con T.A.P. Otros plantean la posibilidad de tratar a estos pacientes a través de un manejo diferente, siendo indispensable hacer un diagnóstico precoz del T.A.P. El problema es que muy frecuentemente se hace difícil en la clínica distinguir la conducta antisocial inducida por sustancias, de la estructura psicopática de la personalidad. “En mi experiencia raramente he podido distinguir estos cuadros tal como se presentan habitualmente en la clínica, en crisis, estos se pueden manifestar de diversas maneras” (Gigena, 2000):

1. Aquellos pacientes que se entregan pasivos, obedientes y culpables a los requerimientos del tratamiento, viviendo en su mundo interno un rechazo extremo por ese sistema al que se someten temporalmente (crisis interna). Planean venganzas regresivas y sólo piensan en alejarse del tratamiento lo antes posible. Todo ello bajo el disfraz de una gran complacencia.
2. Aquellos que están en una crisis exteriorizada y llegan insultando o desvalorizando al terapeuta, pero son veraces respecto a sus sentimientos. Luego de la estabilización muchos de ellos llegan a ser bastante confiables.
3. Aquellos que se presentan con amenazas sutiles y actitudes seductoras que asombrosamente logran cambiar hasta el propio sistema de valores del terapeuta.

Todas estas situaciones de enmascaramiento de síntomas, hacen que sea muy difícil pensar en un diagnóstico precoz. Por ello propongo hablar de tendencia antisocial y diseñar un tratamiento que considere esta distinción, marcando diferencias con los abordajes convencionales.

Así como las investigaciones han progresado enormemente en el estudio de los trastornos psiquiátricos y adictivos desde el punto de vista médico y psicológico, con respecto a la conducta antisocial son escasos los aportes de nuevas herramientas terapéuticas. Este problema no es nuevo, durante décadas se ha considerado a las adicciones como sinónimo de psicopatía, incluso el DSM II consideraba al alcoholismo como un trastorno de la personalidad. *Aunque el T.A.P. lo padecen solamente el 10% de los adictos, son muy frecuentes los casos que presentan una tendencia antisocial importante asociada a la adicción* (Gigena, 2000), de hecho, como ya se ha mencionado, hasta un 75% de los delincuentes es adicto, aunque no precisamente psicópata.

En muchos casos, la remisión, del alcoholismo y las adicciones, va acompañada de una reducción en el comportamiento antisocial y delictivo (Woodruff, et al., 1978), ello nos hace pensar, que en muchos de los casos, las adicciones generan patrones de comportamiento antisocial, pero no un trastorno de personalidad como tal.

3.8 CASOS CLINICOS

Algunos casos ilustrativos que cumplen todas y cada una de las características del TPA es el de Charles Manson, psicópata estadounidense, citado en Barclay (1985):

Charles Manson

Nació el 12 de noviembre de 1934. Hijo ilegítimo de una joven de 17 años, Kathleer Maddox. Sin padre conocido, en algunos documentos oficiales se hace mención a un tal "Coronel Scott" como su progenitor debido a que su madre había convivido con un hombre de ese nombre. Su madre dijo que ese hombre era el padre y presentó una demanda judicial de paternidad contra él.

Cumplió una condena de cinco años por robo y agresión. Hasta entonces había vivido con su tía, una fanática religiosa que veía el pecado en cualquier forma de placer. Pasó la mayor parte de su juventud en reformatorios. Además fue acusado de robos, una violación homosexual a un compañero, agresiones y realizó varias fugas.

En 1955 contrae matrimonio con Jean Willis, enfermera de diecisiete años. De ella tendría su primer hijo. En 1958 se divorcian y un año más tarde se casaría con la prostituta Candy "Leona" Stevens, para evitar que pudiera declarar contra él en un juicio. De ese matrimonio nace Charles Luther Manson, su segundo hijo conocido.

Comienza su formación esotérica. Lee sobre budismo y orientalismo. Es miembro, según él de la Iglesia de la Cienciología y comienza a utilizar conceptos como Karma, Reencarnación... que le serían fundamentales a la hora de presentar su particular Apocalipsis: El Hellter Skelter.

Fue encarcelado y condenado a tres años de prisión por transportar vehículos robados a México. Cumplida su condena fue arrestado por trata de blancas. Después por falsificar cheques, por lo cual fue condenado a diez años de cárcel. La prisión lo convirtió en un morbosos de diminuta figura, capaz de manipular a las personas.

Se traslada a San Francisco, California, donde formó una comuna con mujeres y hombres obedientes. Su vida transcurría en dormir con más de tres de sus seguidoras y enseñar actos de Satán prometiéndolas a cada una de ellas un hijo como premio por su lealtad. Sostenía que había que matar a todos los negros, pero no sin antes matar a algunas figuras blancas importantes por haber permitido que los negros se relacionaran con blancos. Durante sus años de prisión, Manson fue violado por negros.

En Marzo de 1969, decidió entrar con su "familia" en una casa de Malibú donde había personas que parecían estrellas de cine. No sabían quienes eran. Adentro estaban la actriz Sharon Tate, con 8 meses de embarazo y esposa del director de cine Roman Polansky, famoso por sus películas de terror. También el escritor Polaco Voyteck Frykowski, el estilista Jay Sebring y una amiga de la actriz. Manson envió a sus seguidores con una cuerda, un cuchillo y un revólver calibre 22, ordenándoles su muerte. Entraron y amarraron a todos diciéndoles que sólo iban a robar. El escritor intentó escapar y le dispararon seis veces en la cara. Las jóvenes se encargaron de acabar con el estilista con 16 puñaladas. A la amiga de la actriz la amarraron a uno de los cadáveres y luego la asesinaron con cuatro tiros y varias puñaladas. La actriz pidió piedad por su embarazo, recibió 51 puñaladas. Al terminar, tendieron una bandera americana en el sofá de la casa y con la sangre de la actriz escribieron la palabra cerdo. Se cambiaron de ropa y se fueron. En cuestión de horas los asesinos estaban identificados y más adelante apresados. Charles Manson y sus seguidores cumplen cadena perpetua en una cárcel de máxima seguridad de California. Afirma ser un elegido y en ningún momento se ha arrepentido de sus crímenes.

Por otro lado, una anécdota importante, que cabe mencionar, es que en 1951, cuando Manson fue enviado a la National Training School for Boys en Washington D.C.; durante su estancia ahí, un psiquiatra escribió, acerca de él, lo siguiente: "Por su estatura pequeña, por ser ilegítimo y por su falta de amor, por parte de sus padres, lucha constantemente por alcanzar prestigio frente a sus compañeros. Ha aprendido métodos ágiles para tratar con la gente. En su mayoría consisten en el uso del sentido del humor, capacidad para granjearse a los demás... Todo ello nos da la imagen de un joven bastante astuto y malvado, pero da la impresión de que detrás de esto se encuentra un joven muy sensible que no ha renunciado todavía a conseguir el amor y el afecto del mundo" (Barclay, M. 1985).

Otro caso es el de Luis Alfredo Garavito, psicópata y asesino en serie colombiano, citado en Mendieta G. R del P. (2001):

Luis Alfredo Garavito

De Luis Alfredo Garavito se supo que era el mayor de 7 hermanos, 4 hombres y 3 mujeres. Nacido en Génova (Quindío) el 25 de febrero de 1957, pero criado en varias fincas de Trujillo (Valle), donde muy pronto empezó a odiar a su religioso padre por el trato severo con el que lo crió.

No estudió sino hasta quinto grado de primaria, aunque leía cuanto libro caía en sus manos, especialmente la Biblia. El despotismo de su padre motivó que amigos de éste lo trataran de la misma manera e incluso abusaran sexualmente de él, cuando apenas tenía 12 años. A los 15, luego de frustrantes intentos por tener relaciones sexuales con mujeres, comenzó a sentir atracción por los niños, al punto que a los 19 años fue desheredado por su padre y expulsado del hogar, al ser sorprendido intentando violar a un niño. Cabe hacer notar que, cuando se empleo como ayudante en un supermercado en Armenia; tras frecuentes altercados con los clientes y compañeros y jefes fue despedido, ello denota su dificultad ante la autoridad.

A los 21 años ya había pasado por Alcohólicos Anónimos, recibió tratamiento psiquiátrico durante cinco años en una clínica del Seguro Social en Manizales; los desequilibrios mentales lo llevaron al borde del suicidio.

Tiempo después comenzó su vida de vendedor ambulante en los departamentos de la zona montañosa del país. En su calidad de vendedor ambulante fue afirmando sus dotes de mentiroso, embaucador, pero sobre todo los de camaleón. Entraba a los colegios con documentos falsos de instituciones para ayudar ancianos y niños. Se disfrazaba de monje, mendigo, discapacitado con muletas y cuello ortopédico.

Desde ese momento en que salió de su casa, valiéndose de su ingenio, trabajando en oficios varios, lo cual propiciaba que recorriera la calle y se dirigiera especialmente a sitios tales como plazas de mercado, estaciones de autobús, sitios céntricos, donde pudiera encontrar niños laborando. Entonces los seducía con su buen trato y talento histriónico; en

ocasiones, llegó a disfrazarse para ganar la confianza entre los infantes, a quienes conducía a apartados lugares con el engaño de darles dinero o golosinas.

Así, entre 1980 y 1992 se estima que Garavito violó a por lo menos 200 niños; posteriormente, hasta 1999, además de abusar de ellos, comenzó a herirlos buscando más placer con ello, hasta matarlos.

Según El País, Colombia. (Julio 27 de 2003), su carrera como asesino comenzó a mediados de 1992 en Jamundí, Valle. Las características más comunes entre sus víctimas eran varones entre 6 y 14 años, de estratos bajos, rostro bonito, cabellos castaños y ojos cafés. A muchos, les mutiló el pene y se los introdujo en la boca, a los otros los decapitó o cuando menos les dejó la cabeza colgando de un hilo de piel y carne del cuello. Al comienzo el puñal iba al corazón, paulatinamente fue cambiando el sitio y la cantidad de cuchilladas para prolongar el sufrimiento. Sembró el terror en 13 departamentos de Colombia, en 51 municipios haciendo su ritual de perfeccionamiento.

Se hacía llamar Bonifacio Morera Lizcano, en Villavicencio comenzó en la plaza de los Centauros. Lugar donde cometería su último asesinato. Por lo general, seducía a sus víctimas durante días anteriores a su ejecución. Lo hacía regalándoles dulces, refrescos o sencillamente con dinero. Este no fue el caso de Eliseo, su última víctima. Por una parte el niño no cumplía con las características de los niños anteriores, era gordito característica que no le gustaba a Garavito. Morera (Garavito) empezó a ojear los billetes de lotería que vendía Eliseo en la plaza. El se acercó a Eliseo y le mostró un cuchillo grande que llevaba en una mochila "Lo voy a matar". "Le voy a pegar puñaladas en la espalda. Le voy a sacar las tripas. Le voy a cortar el pene y la cabeza y se la voy a botar a un lado", le dijo Garavito.

El policía se resistió en un principio a creer que este hombre de mirada apacible, voz serena y ademanes tranquilos, fuera el mismo que el niño describió como el señor que en el centro de Villavicencio se le había acercado fingiendo comprarle un billete de lotería para luego amenazarlo con un cuchillo y obligarlo a abordar un taxi rumbo al lugar donde intentaría violarlo.

Allí, el hombre le gritó obscenidades, lo pervirtió, lo desnudó, pero cuando estaba a punto de violarlo, otra persona que merodeaba el lugar lo alertó. Así, el niño logró escapar perdiendo por unos momentos a Garavito que después salió del monte y apareció ante el policía con otro semblante.

Sin embargo, hierba en su ropa, una cuerda, un cuchillo, algunos escritos bíblicos y un tarro de vaselina valieron para que el agente retuviera a Morera Lizcano (Garavito).

Fue durante el encuentro de fiscales en julio del 99 cuando se descubrió que era Luis Alfredo Garavito Cubillos y no Bonifacio Morera Lizcano el hombre a quien habían capturado y que perseguían por haber asesinado a 192 niños desde el 6 de octubre de 1992, en Jamundí, hasta principios de 1999, en Villavicencio.

Su perfil patológico lo tenía como un mitómano, de manera que siempre negó todo, sentado frente a los investigadores, blandiendo debajo de la meza su zapato izquierdo más gastado, ocultando el malestar en el tobillo izquierdo donde tenía una platina, además de las quemaduras en sus brazos y espaldas, producto de aquella quema de caña inoportuna (cuando violó y mató a una de sus víctimas), y fue, hasta que le fueron enterando de las evidencias que tenían en su contra, que él solo atinó a decir: "Yo les quiero pedir perdón por todo lo que hice y voy a confesar. Sí, yo los maté y no sólo a esos, maté a otros más".

En Pereira, el 7 de septiembre descubrieron una gran cantidad de huesos, que, luego de ser cotejados por el Cuerpo Técnico de Investigación (CTI) de la fiscalía general de la nación, resultaron ser los restos de 13 niños. Una semana después fueron encontrados 12 esqueletos y nueve cráneos, en el kilómetro 1 vía hacia Marsella, en un abismo de 500 metros de profundidad. Entre 1993 y 1998 se habían encontrado 9 fosas y 42 esqueletos, todos de niños varones. El 23 de junio de 1998 aparecieron tres cadáveres en Génova, Quindío. Luego se descubrieron 12 osamentas de niños en distintos puntos del anillo vial a las afueras de Villavicencio, durante ese tiempo encontraron nueve esqueletos más de niños entre los 7 y 16 años. En Armenia a finales de 1998 los funcionarios del CTI empezaron a hablar con los familiares de Garavito, hombre que tenía orden de captura en Tunja, por violación de un menor. Hablaron con Luz Mary Ocampo, ex compañera sentimental de Garavito. Ella describió a un hombre cariñoso y amable mientras no se tomara un trago.

Había guardado un costal de papeles de Garavito que luego le entrego a Stella, una hermana del sospechoso. Cuando los detectives llegaron a él se encontraron con un portentoso archivo personal.

Así llegó a su final la larga cadena de asesinatos, cometidos por, Luis Alfredo Garavito Cubillos, fue capturado; ahora había que encontrar las pruebas que ante los jueces demostraran inequívocamente la responsabilidad de Garavito en cada uno de los casos. También debían lograr la confesión, que facilitaría el juzgamiento.

A continuación se hace una breve descripción, de sólo algunos, de sus crímenes, para que se tenga una idea más ilustrativa del sujeto.

“No vaya a gritar porque lo mato, se tiene que subir conmigo a un taxi” le dijo Morera (Garavito). El niño siguió sus órdenes, llegaron a un solitario y despoblado lugar, lo obligo a quitarse la ropa, allí le ató las manos y le reviso los bolsillos del pantalón para robarle lo que llevaba. Al atardecer lo acarició, lo beso en la boca y en el cuello, el pene al aire la excitación y la descripción de lo que iba a ser su muerte. En ese mismo lugar le amarro los pies y lo obligo a ponerse con el pecho en la hierba; comenzó el intento de violarlo. Mientras, el niño lo único que podía hacer era gritar para salvar su vida.

El 19 de abril de 1994, hacia las 8 de la mañana, llamó a Manuel Vicente Daza de diez años, cuando iba a hacer un mandado de la casa. Días después, encontraron su cadáver, con la cabeza cercenada y múltiples heridas de cuchillo a la altura de los riñones. El 22 de junio de 1998, en Génova Quindío, convenció a Tomás Martínez y Javier Ardila (nueve y doce años respectivamente) para que se fueran con él a cambio de algún dinero, al otro día engatuso a Leonardo García. Todos fueron encontrados días o años después atados de pies y manos en matorrales a las afueras del pueblo. El 18 de octubre de 1997, en Río frío (valle del Cauca), le clavó 42 puñaladas en el tórax a Andrés Salgado, estudiante de 13 años. Con el correr del tiempo, empezó a marcar a sus muertos en la piel que formaban largas líneas sobre el tronco.

Pero, ¿cómo explicarse los siguientes homicidios, cuando ya Garavito estaba tras las rejas? Sin duda había otro psicópata suelto y con características similares: el asesino debía

tener 40 años, entre 1,55 y 1,65 de estatura, contextura delgada, bajos estrato social y escolaridad, cojeaba de una pierna. Era como volver a empezar.

El caso de Manuel Octavio Bermúdez, otro psicópata y asesino en serie colombiano citado en El País, Colombia (Julio 27 de 2003).

Manuel Octavio Bermúdez

Según El País, Colombia. (Julio 27 de 2003), Manuel Octavio Bermúdez alias 'el monstruo', aparece en la escena, entonces no hubo forma de explicarse fácilmente cómo el 6 de abril de 1999 el cuerpo de un niño fue hallado en un cañadulzal de Palmira dentro de un costal, amarrado de pies y manos, con signos de haber sido violado, estrangulado y su cabeza destrozada luego de su desaparición de la plaza de mercado donde trabajaba. Mucho menos, cuando 17 niños fueron hallados muertos desde ese año hasta el presente en las mismas circunstancias, cuando ya Garavito estaba tras las rejas. Otro psicópata andaba suelto en los cañaduzales. Y también era cojo.

El perfil era casi idéntico, como un monstruo de dos cabezas o dos bestias siamesas unidas por un solo rostro, haciendo lo mismo casi al tiempo, aunque de distinta manera; en diferentes, pero semejantes lugares: era la contradicción, la confusión actuando tan anónimamente como podían, sólo visibilizados por las huellas de sangre y el reguero de niños tras de sí.

Lo que hoy es claro es que dicho perfil correspondía exactamente no a uno, sino a dos asesinos, uno de ellos nacido y el otro criado en el mismo lugar: Trujillo, y que juntos han dejado a lo largo de la última década más de 200 niños violados y muertos, cada uno actuando de manera independiente, al amparo de la soledad de inmensos cultivos de caña y café o cualquier paraje agreste de algún municipio andino del país.

Desde 1999 siguió la mortandad de niños, al menos 17, pero éstos, en lugar de ser cercenados o acuchillados, tenían la característica de que eran adormecidos con un anestésico local, Ridoína al 2%, violados y luego estrangulados con un cordón.

Desde ese año, los investigadores avanzaron en la nueva búsqueda, entre fracasos y logros hasta que por fin, el 'Monstruo de los Cañaduzales', el otro yo psicópata, se hizo demasiado visible.

Como el anterior, al principio negó todo. Era como el perfil que habían reseñado, pero además se dieron cuenta de que al año de nacer, el 15 de octubre de 1961 en Trujillo (Valle), sus padres biológicos habían sido asesinados, por lo cual una familia de Palmira lo adoptó. Vivió con la pareja y con una hermanastra que también había sido recogida. Logró estudiar hasta quinto grado de primaria y de allí en adelante comenzaría a trabajar en labores de construcción. Fue precisamente en este tipo de trabajo donde tuvo un accidente que le produjo una lesión en su pierna derecha, la que le obligó a andar cojo para siempre.

Mientras lo indagaban, otros investigadores llegaron hasta la vivienda donde residía con una de sus ex mujeres. Allí hallaron un maletín en cuyo interior había un cordón largo, similar al que utilizaba para amarrar y estrangular a sus víctimas; también, revistas de anatomía, interiores de talla infantil, fotografías de niños, llaveros, recortes de prensa y relojes, entre los cuales estaba el del último niño asesinado. Ante tales evidencias ya no pudo seguir negando. Manuel Octavio Bermúdez Estrada aceptó, inicialmente, su último crimen, cometido en el sector de Tableros, vía Palmira-Pradera; después confesó haber asesinado a siete más.

Luego, la sorpresa: el 'Monstruo de los Cañaduzales' confesó haber violado y matado a 17 menores más, desde 1994, en otros sitios distintos del Valle que, incluso, abarcaban a Pereira y Manizales.

Hasta entonces Bermúdez Estrada había sido un ser anónimo, que había trabajado como albañil, lavador de carros, cocinero y vendedor de paletas. Era padre de 12 hijos en distintas mujeres y diferentes ciudades, un diminuto hombre de apariencia inofensiva pero con una capacidad de engañar al más astuto detective, y que ahora se erguía como el tercer homicida en serie más buscado de Colombia.

Porque del primero no muchos recuerdan que se llama Pedro Alonso López, alias 'El Monstruo de los Andes', que también es colombiano y que mató a 309 niñas en Perú,

Ecuador y Colombia, y que en Bogotá lo dejaron libre en 1998 (El País, Colombia, Julio 27 de 2003).

3.9 OBSERVACIONES ACERCA DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

A continuación se mencionan varias observaciones hechas al tema de la Personalidad Antisocial; las observaciones incluyen desde la definición del término, hasta el tratamiento.

Sobre la definición:

Hay controversias entre las escuelas, todas, de alguna forma, apuntan a tres conceptos básicos (Marietan, 1998):

La primera posición (intrínseca) corresponde a la escuela *constitucionalista* y es que el psicópata deviene de una constitución especial, viene genéticamente determinado, y, en consecuencia, poco se puede hacer (Marietan, 1998).

La segunda escuela es la *social* (extrínseca). Ésta dice que la sociedad hace al psicópata, hace a sus propios criminales por no darles los medios educativos o económicos necesarios. A manera de ilustración se expone el siguiente caso; existieron dos estilos diferentes de institutos especiales: el instituto inglés Lyman (cerrado en 1972), con un sistema disciplinario rígido, autoritario, duro, y por otro lado el instituto Wiltwyck (fundado en 1937), estadounidense, en donde la idea era crear un ambiente cálido, afectuoso, propendiendo a la amistad, una "disciplina de amor" según cita Cinta Molla. Los psicópatas constituían el 35% de la población en ambos institutos, y si bien Wiltwyck tuvo un marcado éxito inicial, la tasa de reincidencia en actos antisociales, una vez egresados de estas instituciones, al cabo de unos años, fue semejante (Marietan, 1998).

La tercera escuela es la *sicoanalítica*, que habla de *perversiones* sólo en relación con la sexualidad. Cuando el trastorno implica otras pulsiones, Freud habla de libidinización de dicha pulsión, que ha sido "pervertida" por la sexualidad. La perversión adulta aparece como la persistencia o reaparición de un componente parcial de la sexualidad. La perversión sería una regresión a una fijación anterior de la libido. Recordemos que para Freud el paso a la plena organización genital supone a) la superación del complejo de

Edipo, b) la asunción del complejo de castración y c) la aceptación de la prohibición del incesto. Así la perversión llamada fetichismo va ligada a la renegación de la castración. La perversión sería el *negativo de la Neurosis*, que hace de la perversión la manifestación en bruto, no reprimida, de la sexualidad infantil (Marietan, 1998).

La Escuela Psicoanalítica con Freud a la cabeza da un impulso importante en la interpretación de los trastornos de la personalidad, posteriormente es Frank Alexander quien describe el *carácter neurótico* (Rubio, 2005).

Dentro de las teorías psicoanalíticas pero contestando los *dogmas freudianos*, no podemos olvidar a Jung, Reich y Adler, así como los seguidores de este último como Karen Horney y Harry Stack Sullivan sin dejar de citar a Erich Fromm este desde una perspectiva más sociologista (Rubio, 2005).

En la actualidad y con total vigencia hay destacados autores que por citarlos a lo largo de este trabajo en diferentes ocasiones únicamente en este apartado histórico nos limitamos a reseñarlos así pues es imprescindible la cita de Eysenck, Millon, Kernberg, Cloninger, Beck, Schneider, Allport, etc.

Sobre los antecedentes acerca del estudio de la PA:

Como ya se mencionó en esta investigación, en el siglo XIX hubo mucho interés por las personas a las que hoy llamamos sociópatas, psicópatas o antisociales; hace un siglo se les acusaba de imbeciles morales o de moralmente insanos; bajo dichas denominaciones se intentaba diferenciar entre déficit intelectual o déficit moral. Por ello, en armonía con los conceptos prevalentes, de aquella época, se consideraba que el sociópata padecía un defecto de carácter innato e incurable al que nada podía modificar. Posteriormente, con el cambio terminológico, a “persona psicopatita”, se procuró evitar la condena moral, calificativo, ajeno totalmente a la psiquiatría y psicología modernas (Cameron, 1990).

Por desgracia, la vieja idea, de que el trastorno era innato y por ello inmodificable, pasó a las nuevas denominaciones, y persiste hasta nuestros días. Al cambiar, nuevamente, la denominación, a favor de la de sociópata, antisocial o disocial, hay razones para suponer una probable comprensión de las bases de la disfunción social como tal (Cameron, 1990).

Patiño (1990) dice del citado libro en esta investigación, “es el producto de la larga experiencia, fraguada en 30 años de ejercicio de la medicina psiquiátrica, en el medio nosocomial y particularmente de la labor en el Manicomio General de la Ciudad de México. El acceso a una población numerosa ha permitido la selección de casos, con cuyo estudio ha sido posible elaborar un criterio, con bases empíricas y teóricas sólidas, que establecen el concepto más adecuado para la personalidad psicopática. En virtud de ello, la palabra “psicopatía” puede ser aplicada, literalmente, a cualquier enfermedad mental; por ello, diversos autores la circunscriben a un número indeterminado de desviaciones de la personalidad.

El origen histórico de esta discusión, respecto de la definición del concepto, estriba en la gran ampliación que sufrió el concepto de Pichard, base del caos actual del mismo. Ejemplo, de esta ampliación que sufrió el concepto, es que para K. Schneider las personalidades psicopáticas son las que se desvían del término medio y cuya anormalidad hace sufrir a quien la tiene o a los demás. Consecuentemente, el concepto es aplicable a una infinitud empírica y deja espacio holgado para difícil delimitación con las psicosis, neurosis y la variación normal (Patiño, 1990); es cierto, a simple vista, estos tres trastornos parecerían lo mismo, las diferencias son muy sutiles. Esta vaguedad, en la definición y delimitación del concepto de psicopatía, es obstáculo para el trabajo científico.

Sobre las teorías de la PA:

Como se pudo observar ciertas teorías no hablan de la PA y/o psicopatía propiamente dichas, sin embargo, sus postulados son perfectamente aplicables a ella.

Las cuestiones planteadas por estos autores, y tal vez otros que no encontré, pero no dudo que existan, parecen referirse, directamente, a las perturbaciones de la personalidad de adultos sociopatas, en las que, afirma Cameron (1990), alguna distorsión interfiere con la integración entre las normas personales y las normas sociales.

Finalmente, cabe destacar, en este tema de lo antisocial, disocial, o como quiera que se le llame, es de difícil estudio por ser, como lo expresa Cameron (1990), tan subjetivo como lo es la diversidad cultural, ello se refiere a que lo que es delito para una cultura, no lo es así para otra; sin embargo, Cameron (1990) aclara, que la patología no radica en el comportamiento como tal, la patología radica en la inflexibilidad de ese comportamiento, es decir, en la incapacidad para adaptarse a las expectativas de una cultura diferente a la de origen.

Sobre las características de la PA:

Otra cuestión es que, al observar que no hay coincidencia perfecta entre los criterios diagnósticos de TPA y los de psicopatía, se evidencia que representan entidades clínicas diferentes, sostienen algunos autores como Aluja, (1991). De allí el cuidado que hay que tener al usar las denominaciones de TPA y psicopatía que no son sinónimos, así como tampoco lo son los términos de conducta criminal, conducta antisocial y trastorno antisocial de la personalidad, ni el de conducta criminal y psicopatía (Tapias, et al., 2005; Aluja, 1991; Page, D. J. 1982).

A lo largo de la revisión teórica realizada, para la consecución de este capítulo en particular, es evidente que la mayoría de los autores parecen coincidir en negar el miedo y la culpa como características de la PA, y ciertamente así parece. Sin embargo, también hay autores que niegan toda ansiedad, o la llegan a aceptar pero a su mínimo nivel. Todo ello queda así reiterado en los siguientes párrafos.

Kolb (1977) opina que la PA carece de ideales, y si es que estos existen, tienen como objetivo aumentar la importancia del individuo, lograr dinero y bienes materiales y a partir de ello controlar a otras personas para lograr satisfacerse a sí mismo.

El paciente con PA experimenta, entre otras, la sensación de ser víctima de los demás, por lo que se siente justificado de sus actos. La constelación de conductas o rasgos causan ya sea deterioro significativo en el funcionamiento ocupacional o social, o una *ansiedad* subjetiva (Goldman, 1993).

Sobre la evaluación de la PA:

Uno de los grandes problemas que pude detectar es la distinción entre la PA y otros síndromes psicopatológicos.

La sociopatía es bastante similar a otros trastornos, en el sentido de que ésta refleja la perturbación de un patrón funcional de personalidad (Millon, 1976). Los trastornos sociopático y neurótico, por ejemplo, se distinguen por sus respectivos cuadros clínicos, sin embargo, se debate sí se les puede diferenciar, respecto de su etiología y desarrollo. El problema central, de este debate, lo constituye la *presencia o ausencia de ansiedad* en la *sociopatía* (Millon, 1976), objetivo primario de esta investigación.

Tal como nosotros la concebimos, *la ansiedad*, es un factor secundario en todos los trastornos sintomáticos. Dentro del proceso de formación del síntoma parecen más importantes las estrategias de enfrentamiento, habituales, del paciente. Así pues, los síntomas reflejan, en primera instancia, como, el paciente, ha aprendido a controlar y/o descargar todas las formas de tensión (llámense ansiedad, impulsos prohibidos, estrés adaptativo, etc.) independientemente de su fuente o de su contenido específico (Millon, 1976).

En la formación del *síntoma neurótico*, el paciente descarga su tensión hacia sí mismo, para lograr un comportamiento socialmente aceptable y capacidad para atraer el apoyo y sostén de los demás. Por el contrario, en el *síntoma sociopático*, el paciente descarga su tensión hacia los demás, sin importar la aprobación social, y más aún, con el deseo de burlar los convencionalismos sociales para molestar a los demás (Millon, 1976). Como se pudo notar, *la ansiedad*, sí esta presente en la PA, sólo que al ser volcada hacia los demás, no se le percibe así por el observador, pero cabe reiterar, que la *ansiedad* esta presente en todas las afecciones psicológicas, la diferencia sólo es de grado y/o expresión de la misma.

De cualquier manera estamos todavía lejos de alcanzar métodos de evaluación que sean plenamente satisfactorios. La propia complejidad de los trastornos de la personalidad, las diferentes orientaciones, no siendo aventurado afirmar que lo que se conoce de los

trastornos de la personalidad es aún escaso y poco preciso y, por ello, el desarrollo de las técnicas de evaluación y de intervención es así mismo muy precario (Rubio, 2005).

Otra dificultad es la relativa a que identificar un patrón de conducta es difícil mediante una única técnica de evaluación, la influencia de los *valores culturales*, hacen que estos *deformen* la información, tal y como ocurre en las escalas de evaluación del trastorno *antisocial* de la personalidad que por estar realizado dentro de parámetros de la cultura *occidental*, los criterios diagnósticos están muy *criminalizados* si los comparamos con otras culturas (Rubio, 2005).

Nuevamente aparece la sombra de la definición de la PA, o como quiera que se le llame; ello, como ya quedo expresado en capítulos atrás, implica diversidad de características y por consecuencia implica diversidad de métodos de evaluación; así lo expresan diversos autores, que se han encontrado con los mismos problemas, que en esta investigación.

Uno de los inconvenientes más graves que han encontrado los investigadores en esta área ha sido la gran diversidad de instrumentos empleados para el diagnóstico de psicopatía, lo que ha motivado que los resultados obtenidos por unos no hayan podido ser comparados con los obtenidos por otros (Chico, et al., 2005).

El clínico debe diagnosticar TPA, sólo tras obtener antecedentes completos, efectuar contactos colaterales (allegados personales del paciente) y mantener contacto con él pro cierto tiempo (Elkin, 2000).

Se debe ser cauteloso con respecto a los autoinformes o informes de terceros, con respecto al comportamiento durante las primeras etapas de la vida del psicópata, ya que existe la tendencia a exaltar aquellas características negativas del sujeto, y por el contrario, existe la tendencia a omitir las características positivas que este pudo y debió tener (Davison, 2002).

El diagnóstico del TPA, en ocasiones, se ve complicado por la influencia de raciocinios críticos, excesivamente moralistas o declaradamente discriminatorios (Elkin, 2000).

Otros trastornos relacionados al TPA, según el DSM-IV citado en Elkin (2000), incluyen trastornos de ansiedad, depresivos, relacionados con abuso de sustancias, de somatización y de control de impulsos. El TPA, usualmente está comorbido con otros trastornos del grupo B, del DSM-IV.

Es evidente la dificultad para la evaluación adecuada, en primer lugar, por la falta de acuerdo en la definición misma del concepto, y en segundo, porque a partir de lo anterior, los criterios bajo los cuales se ha de evaluar y diagnosticar son relativos en el tiempo y el espacio; esto es, que los criterios no son los mismos en todo el mundo, ni tampoco son los mismos que hace 100 años.

Finalmente, estas son algunas observaciones sobre el tratamiento de la PA:

Woodruff, et al. (1978) comenta que la información que se tiene acerca de la frecuencia de la PA, es sólo aquella que se obtiene de instituciones carcelarias, de una deficiente evaluación, y de la falta de acuerdo para definirla. Este autor comenta que en un grupo de pacientes psiquiátricos, que acuden por adicciones, se ha detectado que el 15% de los varones y el 10% de las mujeres son sociópatas; mismos que, probablemente, jamás han pisado la cárcel.

Tal es la situación, hoy en día, respecto al pobre progreso del paciente sociopático, que clínicos e investigadores han puesto su atención hacia sus orígenes, es decir, la infancia del sujeto, dado que el sociópata adulto parece no beneficiarse, o parece beneficiarse poco con la intervención terapéutica; y tal vez, en la medida en que se atiende a las demandas de los niños, se estará atendiendo a las del adulto; los logros, en este sentido, han sido modestos pero definitivos (Cameron, 1990).

El tratamiento de la personalidad antisocial en la niñez, tiene un pronóstico más favorable que en la vida adulta. “La experiencia clínica nos sugiere que las posibilidades de

evolución favorable en dirección hacia la adaptación es mayor cuanto menos avanzado esté el individuo en una trayectoria psicopática desde época temprana y menor sea la privación emocional que haya existido. No obstante, el tratamiento de personalidad antisocial se considera uno de los trastornos más difíciles de tratar. Los individuos rara vez buscan ayuda por su cuenta y pueden iniciar una terapia únicamente cuando se les obliga. Para obtener un tratamiento efectivo con el adulto antisocial, él mismo debe tener el firme deseo de cambiar”, concluye Lazarini (Cantú, 2005).

Kolb, (1977) hay resultados que demuestran que hasta un 40% de los reclusos logran recuperarse y no reincidir. Estos sujetos tuvieron una vida casi normal hasta antes de su encarcelamiento, lo deduzco por los antecedentes que menciona el autor, entonces no se trataba de PA, sino de casos incidentales que los pusieron en prisión no porque este fuera su patrón habitual de comportamiento.

Hasta las dos últimas décadas, e incluso hasta fechas más recientes, la bibliografía sobre el tratamiento de los trastornos de personalidad se reducía prácticamente a la psicoterapia de orientación psicodinámica. Existen ahora múltiples modalidades del citado tratamiento, aunque los estudios con amplias muestras son escasos, la metodología de muchos de ellos discutible y los criterios de diagnóstico no siempre estrictos. *Son especialmente notables los avances realizados en las psicoterapias cognitivo-conductuales y la farmacología*, aunque la mayoría, focalizadas mucho más en síntomas específicos que en la globalidad de unos trastornos de tal complejidad (Roca, 2005).

De ahí que los grupos de autoayuda o las terapias de grupo hayan venido desplazando a las primeras en las posibilidades terapéuticas, en especial cuando los individuos están institucionalizados, en caso de comorbilidad con sustancias tóxicas o de infracciones legales. Es conveniente centrar las conductas-problema de estos individuos al iniciar cualquier tipo de aproximación terapéutica, dado que las conductas agresivas o violentas son dominantes (Roca, 2005).

Por otro lado, la inhibición para cometer actos antisociales es nula; porque no hay ansiedad, Lykken (1957) realizó experimentos para verificar si realmente no había

ansiedad, y su conclusión, al respecto, fue que no es tanto que los psicópatas tengan problemas para aprender, por la falta de ansiedad, sino que pocos castigos tienen significado para ellos; en este punto yo atribuiría ello a un proceso de desensibilización, y consecuentemente una habituación al castigo. A partir de estos estudios, Schachter y Latané (1964) citados en Davison, et al. (2002), pensaban que los psicópatas eran capaces de aprender a evitar experimentar estímulo desagradables por que sienten menos ansiedad, por lo tanto, algún procedimiento que pidiera ayudarles a aumentar su ansiedad, consecuentemente debía ayudarles a aprender a evitar el castigo, sin embargo estos autores reportan haber confirmado, mediante experimentación, que los psicópatas no experimentan ansiedad. No hay que olvidar que ciertos castigos carecen de significado para el psicópata (Davison, et al., 2002).

Gorensteín (1991), citado en Davison, et al. (2002), observó que el miedo al castigo no es el único factor que inhibe a las personas a delinquir, él considera que es algo mucho mas complejo; Gorensteín describe que la gente común esta inmersa en un sistema de valores sociales, que son los que juegan un papel primario en la no comisión de los delitos.

Como ya se ha visto, hay evidencia de que la ansiedad y reactividad autónoma bajas son características de las personalidades antisociales; debido a ello, estos sujetos están poco motivados para cambiarse a sí mismos, también es poco probable que perciban sus propias conductas como desadaptadas y mucho menos anómalas, por lo tanto, los enfoques de tratamiento tradicionales, los cuales requieren de la cooperación del paciente, no han sido efectivos con las personalidades antisociales. Por la misma razón se ha realizado, relativamente poca, investigación sobre la eficacia de varios enfoques de tratamiento (Sue, et al., 1996).

Hare (1970) citado en Page (1982) va mas allá, él presenta un análisis de estas viejas formas de psicoterapia y menciona que la eficacia de la psicoterapia depende de la aflicción personal por parte del paciente, el fuerte deseo de cambio, el establecimiento de una relación calida y confiable con el terapeuta y la expectativa mutua de resultados benéficos. Pero, insiste Hare, tonado en cuenta que el psicópata no ve nada malo en su comportamiento, mismo que encuentra gratificante al menos a corto plazo, carece de

incentivo para cambiar y no tiene interés en establecer una relación emocional con el terapeuta, de la que es incapaz en cualquier caso. El terapeuta por su parte, esta condicionado por su capacitación y experiencia a considerar al psicópata como incurable.

Cameron (1990) comenta que “vale la pena recordar que hace sesenta años, se consideraba que las neurosis eran intratables, de hecho hay evidencias de que los neuróticos solían frustrar, a los clínicos, tal como hoy lo hacen los sociópatas, de hecho, la frustración, que produce en el terapeuta, no es exclusiva de la sociopatía o la neurosis”; cabe recordar que todos los trastornos de personalidad son egosintónicos, y sabemos lo que ello implica. Se ha dicho, en relación a esto, que no puede sentenciarse, a nadie, a la psicoterapia; no es lo mismo, “tener que cambiar” que “querer cambiar”.

Cameron (1990) comenta, en relación a lo anterior, que “no es posible obligar a un paciente, cardiaco, a que mantenga bajo su peso o a que descanse y se ejercite, de la manera mas conveniente”; como es evidente, también se trata de características nocivas; sólo que, en este caso sólo atañen, directamente al paciente, y en el caso de la PA atañen directamente a la sociedad en general.

Por su parte Macord y Macord (1964), citados en Zak, et al. (1979), creen que la falta de ansiedad y sentimiento de culpa, por parte del psicópata, juntamente con su dificultad aparente para identificarse con los demás, hacen de él un mal candidato para la psicoterapia. Sin embargo, estos autores y muchos mas, también son partidarios de centrar una atención especial en el niño con potencial psicopático, en un sentido casi preventivo, pero también, que programas de tratamiento para niños ya delincuentes, poniendo especial atención en el afecto y la tolerancia, parecen ser adecuados.

Aichhorn (1935), citado en Zak, et al. (1979), tuvo un hogar para niños delincuentes, en donde eran tratados con tolerancia, incluso ante la agresión por parte de los muchachos, ante ello, la ausencia de castigo constituía una nueva experiencia, que rompe el patrón, para los jóvenes, al igual que el afecto del cual eran objeto por parte del personal, ello propició la posibilidad de formular peticiones, al los niños, e imponerse controles sociales mas fácilmente.

Macord y Macord (1964), citados en Zak, et al. (1979), a partir de lo anterior, emprendieron nuevos estudios, encontrando que los psicópatas mostraban un aumento en el sentimiento de culpa, sentían menos temor ante la autoridad y se comportaban de manera menos agresiva. No así en los casos de niños neuróticos y psicóticos, que no mostraron mejora. Desafortunadamente este tipo de tratamiento y trato, sobre todo, no ha sido evaluado objetivamente.

Por otro lado, surge una alternativa, Fraley (1986), citado en Sue, et al. (1996) propone que debido a que las PA tienen la tendencia a buscar emociones fuertes (E mayúsculas), pueden responder a los programas de intervención que proporcionen la estimulación física y mental que ellos necesitan.

Habrá que poner cuidado en apreciar los efectos, de los programas terapéuticos, sobre grupos claramente identificados, y no sobre mezclas de varios trastornos, lo cual es muy difícil.

La conducta delictuosa dista mucho de poder confinarse a ciertos grupos sociales, tampoco son tan importantes las fallas en la educación, durante la infancia, como se ha venido pensando. Por el contrario, se ha subrayado que gran parte del aprendizaje se adquiere de otras personas, que no son la familia, en ciertos ambientes sociales, que no son el hogar, que favorecen la adquisición de conductas delictuosas, por comunicaciones persuasivas por parte de modelos sociales nocivos, así como por experiencia directa (Feldman, P. & Orford, J., 1985).

Algunas de estas personas han sido confinadas en instituciones carcelarias, cuyo propósito es controlar la delincuencia, siendo que gran parte del comportamiento criminal viene determinado por la respuesta de estas instituciones legales (Feldman, et al., 1985).

Con respecto al uso de pruebas para evaluar el trastorno de personalidad antisocial en México, se evidencia un déficit y por lo tanto se manifiesta la necesidad de diseñar un instrumento exclusivamente dedicado a su evaluación, el cual mida todos y cada uno de las características psicológicas expuestas anteriormente, esta realidad permite sugerir que se

diseñen instrumentos exclusivamente para México que midan los rasgos del TPA y que se construyan escalas, para la población nacional, basadas en el conocimiento y las escalas internacionales reportadas.

Lo único que tenemos en claro es que el individuo con PA es un ser que genera mucha angustia y frustración a los profesionales, y genera un gran dolor a quienes lo rodean. Es por ello que aprender a reconocer sus diferentes formas de actuación, e identificarlos y tararlos a tiempo, puede evitar mucho dolor y sufrimiento.

PROPOSITO

Propósito

El propósito, de esta investigación, es indagar sobre la presencia de Ansiedad (en cualquiera de sus variantes) en la Personalidad Antisocial.

Ello se debe a que no hay consenso respecto a la presencia o ausencia de Ansiedad en la Personalidad Antisocial (PA). Autores como Lykken (1982) sostienen la idea acerca de que la PA presenta bajos, casi nulos o nulos niveles de ansiedad; por el contrario, autores como McKinnon, et al., (1973) afirman que, al no ser satisfechas las necesidades internas, del psicópata, entonces la Ansiedad es corriente.

METODO

Método

Planteamiento del problema

¿Qué nivel de Ansiedad se identifica en los sujetos con Personalidad Antisocial, internos en la Penitenciaría del D. F?, ¿El nivel de Ansiedad se relaciona con la Personalidad Antisocial? y Para responder a estas preguntas, se plantearon los siguientes objetivos.

Objetivos de investigación

1. Identificar el nivel de Ansiedad en los sujetos con Personalidad Antisocial, internos en la Penitenciaría del D.F.
2. Identificar si existe relación entre el nivel de Ansiedad y la Personalidad Antisocial.

Delimitación de la investigación

La investigación se realizó en el área de la Psicología Clínica, se indagaron sólo aspectos psicológicos (nivel de Ansiedad y características de Personalidad Antisocial), en sujetos con perfil de Personalidad Antisocial, internos en la Penitenciaría del D.F.

Justificación de la investigación

El propósito de esta investigación es indagar sobre la presencia de Ansiedad (en cualquiera de sus variantes) en la Personalidad Antisocial.

Ello se debe a que no hay consenso respecto a la presencia o ausencia de Ansiedad en la Personalidad Antisocial (PA). Gran cantidad de autores, tales como Page (1982), Cleckley (1941) citado en Marietan (1998), Doyharzabal (2005), Turó, et al., (1997), Davison, et al., (2002); Aguilar (1996); Lykken (1957), Hare (1975), Schachter y Latané (1964) citados en Sue, et al., (1996); y las clasificaciones internacionales DSM-IV y CIE-10, sostienen la idea acerca de que la PA presenta bajos o nulos niveles de ansiedad.

Por el contrario, autores como Kolb (1977); Valdez, et al. (1983); Cameron (1990); Millon (1976); Woodruff, et al., (1978); Saranson, et al. (1990); Elkin (2000); Valdez, et al.

(1983); Coderech (1991); Patiño (1990); pero sobre todo McKinnon, et al. (1973), quien de manera directa expresa que es la negativa y una apariencia de compostura externa, las que conducen a “*la errónea pretensión de que dichos sujetos no presentan ansiedad*”.

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo exploratorio; pretende identificar la presencia de Ansiedad (Variable Dependiente [V.D.]) en la Personalidad Antisocial (Variable Independiente [V.I.]), e identificar si existe relación entre estas variables.

Definición de las variables

Conceptual:

La *Personalidad Antisocial*; de acuerdo con la *CIE-10* y el *DSM IV*, es un patrón de comportamiento, estable en el tiempo, que aparece en la infancia y continúa en la edad adulta; se caracteriza, principalmente, por una pauta de comportamiento irresponsable y al margen de las normas sociales; tales comportamientos van desde la manipulación, explotación o violación de los derechos de los demás, hasta el homicidio, asalto sexual, hurto, etc.

La *Ansiedad* es una emoción normal que tiene funciones activadoras de respuesta, del organismo, ante diversos estímulos amenazantes, por lo que facilita la capacidad de respuesta, del individuo, ante el peligro. Pero... cuando la ansiedad se excede, en intensidad, frecuencia, duración, o aparece asociada a estímulos que sin representar una amenaza real para el organismo, produce alteraciones emocionales y funcionales graves, entonces se considera una situación patológica (Charles, 2001; Rodríguez, et al., 1998; Sue, et al., 1996; Usdin, et al. 1983).

Operacional:

La Personalidad Antisocial, se identificó mediante el puntaje obtenido en la escala:

Dp (Desviación Psicopática), de Hathaway y McKinley (1944), del MMPI. Esta escala se desarrolló para identificar el enojo, el inconformismo, conflictos de autoridad, problemas legales, adicciones, problemas sexuales, baja capacidad de demora de la gratificación, problemas para aprender de la experiencia, desadaptación social, inestabilidad, arrogancia y frustración (Palacios, 2003); conducta asocial, poco o ningún sentido de malestar, desacuerdo con el medio social y cultural (Núñez, 1994).

La Ansiedad, se identificó y midió a partir del puntaje obtenido en las escalas:

Pt (Obsesivo-compulsivo), de Hathaway y McKinley (1942). Esta escala se desarrolló para identificar a pacientes que sufrían de dudas exageradas, obsesiones y fobias (Núñez, 1994); tendencia al perfeccionismo, sensación de amenaza, sentimiento de culpa, rasgos depresivos, rasgos esquizoides, tendencia al aislamiento, búsqueda de aprobación, insatisfacción con las relaciones interpersonales, inestabilidad afectiva, falta de ingenio para resolver problemas, pensamiento moralista, racionalización excesiva, agresividad, individualismo (Palacios, 2003).

MAS (Ansiedad Manifiesta), de Taylor (1953). Esta escala permite identificar sujetos con niveles de impulso (ansiedad) altos y bajos; quejas físicas o somáticas, intranquilidad, excitación, sentimiento de ineficacia, dificultad para concentrarse, pesimismo (Graham, 1987).

A (Escala de Ansiedad), de Welsh (1956). Esta escala se desarrolló para identificar psicopatología mayor, pesimismo, intranquilidad, apatía, defensividad, racionalización (culpar a los demás por las propias dificultades), desadaptación social, falta de compromiso, frialdad, insatisfacción (Graham, 1987).

Hipótesis

De investigación:

H_i : El nivel de ansiedad en los sujetos con perfil de Personalidad Antisocial, internos en la Penitenciaría del D.F., es significativo (se considera significativo un puntaje mayor que T 40; este puntaje se obtiene de las escalas Pt Obsesivo-compulsivo, MAS Ansiedad Manifiesta y A Ansiedad, todas del MMPI).

H_o : El nivel de ansiedad en los sujetos con perfil de Personalidad Antisocial, internos en la Penitenciaría del D.F., NO es significativo (NO se considera significativo un puntaje menor que T 40; este puntaje se obtiene de las escalas Pt Obsesivo-compulsivo, MAS Ansiedad Manifiesta y A Ansiedad, todas del MMPI).

Estadística:

H_i : Pt, MAS y A \geq T 40

H_o : Pt, MAS y A $<$ T 40

Diseño de investigación

El diseño, para esta investigación, es de tipo Relacional-Transeccional de una sola muestra; dado a las características del estudio se midió la relación entre las variables Personalidad Antisocial como variable independiente (a través de la escala Dp Desviación psicopática del MMPI) y Ansiedad como variable dependiente (a través de las escalas Pt Obsesivo-compulsivo, MAS Ansiedad manifiesta y A Ansiedad; todas del MMPI), en diversos sujetos a la vez.

Población

Las personas recluidas en el Centro de Observación y Clasificación (C.O.C.) de la Penitenciaría del DF.; aproximadamente 80 sujetos.

Muestra

Tipo: No probabilística, dirigida por cuota. Fueron seleccionados sólo aquellos sujetos con perfil de Personalidad Antisocial.

Características: Genero: Masculino.

Edad: De 19 a 60 años.

Orientación sexual: Heterosexual.

Nivel académico mínimo: Primaria concluida.

Diagnostico psicológico: Personalidad Antisocial (el diagnostico fue consultado directamente del expediente de cada uno de los internos; mismo que se corrobora por su historial delictivo, y número de sanciones recibidas dentro de la institución).

Selección: Los sujetos seleccionados, para esta investigación, se encuentran purgando sentencias por delitos y periodos de tiempo muy diversos; dichos sujetos ya han sido evaluados previamente, por lo menos en dos ocasiones, al principio de su proceso penal (al ingresar a un reclusorio preventivo) y al inicio del cumplimiento de su sentencia (al ingreso a la Penitenciaría del D.F.), por lo que se cuenta con información, contenida en los expedientes consultados, suficiente como para tener la certeza de que dichos sujetos, a los cuales se les aplicó el MMPI, fueron diagnosticados como Personalidad Antisocial, hecho que se corrobora en la realidad, por las múltiples sanciones recibidas en la Institución, y por el hecho de que estos sujetos fueron extraídos de un área de seguridad, en donde se encuentran aislados, del resto de la población penitenciaria, por su reiterado comportamiento antisocial, aún dentro de la institución carcelaria.

Tamaño: 50 sujetos, es decir, aproximadamente el 3.6% de la población total de la Penitenciaría del DF.

Instrumento

La información se obtuvo mediante la aplicación y calificación del *Minnesota Multifasic Personality Inventory* (MMPI). Ver Anexo.

Análisis estadístico

Descriptivo: Distribución de frecuencias:

1. *Absoluta*; indica el número de casos que presentó cierto puntaje T en las escalas Pt, MAS, A (que se refieren a la Ansiedad) y de Dp (que se refiere a Personalidad Antisocial), del MMPI.
2. *Relativa*; indica en qué porcentaje se presentó cierto puntaje T en las escalas Pt, MAS, A (que se refieren a la Ansiedad) y de Dp (que se refiere a Personalidad Antisocial), del MMPI.
3. *Acumulada*; indica el porcentaje de datos (puntajes T) que se utilizaron para el análisis estadístico de las variables Ansiedad y Personalidad Antisocial.

Medidas de tendencia central:

1. *Media*; indica el puntaje T promedio que se obtuvo para cada una de las escalas Pt, MAS, A (que se refieren a Ansiedad) y de Dp (que se refiere a Personalidad Antisocial), del MMPI.
2. *Moda*; indica el puntaje T que se presentó en mayor número de casos para cada una de las escalas Pt, MAS, A (que se refieren a Ansiedad) y de Dp (que se refiere a Personalidad Antisocial), del MMPI.

Medidas de variabilidad:

1. *Rango*; indica la distancia entre el puntaje T mínimo y máximo obtenido para cada una de las escalas Pt, MAS, A (que se refieren a Ansiedad) y de Dp (que se refiere a Personalidad Antisocial), del MMPI.
2. *Desviación estándar*; indica cuántos puntos T, por debajo o por encima, se encuentra del puntaje T promedio obtenido para cada una de las escalas Pt, MAS, A (que se refieren a Ansiedad) y de Dp (que se refiere a Personalidad Antisocial), del MMPI.
3. *Error estándar*; indica la diferencia entre el puntaje T obtenido por la muestra (conformada por 50 sujetos, internos en la Penitenciaría del D.F.) y el puntaje esperado para la población (conformada por 1400 sujetos, internos en la Penitenciaría del D.F. aproximadamente).

4. *Sesgo*; indica la variación en la tendencia de las variables, Ansiedad y Personalidad, entre los sujetos de la muestra (conformada por 50 sujetos, internos en la Penitenciaría del D.F.) y la población (conformada por 1400 sujetos, internos en la Penitenciaría del D.F. aproximadamente).

Inferencial paramétrico: Mediante la prueba de correlación de Pearson.

El análisis, propiamente dicho, se llevó a cabo mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales en su doceava versión (SPSS 12.0).

Procedimiento

Pasos del estudio:

1. Se ubicaron a los sujetos que formaron parte de la muestra, mediante previa búsqueda, de sus expedientes, en el archivo de la Institución;
2. se solicitó su presencia en el aula asignada para la realización de la evaluación, mediante memorandos dirigidos al Área de Seguridad y Custodia de la Penitenciaría del D.F.;
3. se explicó, a los internos, que la información que se obtendría no implica ningún beneficio tangible para ellos, pero que sin embargo, sí se tomará en cuenta, como nota positiva, para su expediente;
4. se les explicó la técnica para ejecutar la prueba;
5. se les agradeció su participación y
6. finalmente fueron devueltos al personal de Seguridad y Custodia.

Se calificaron las pruebas, una a una, y de ello se obtuvieron los datos que confirman la validez de la prueba (mediante las escalas L Alteración de las respuestas, F Estado psicológico y K Reconocimiento de problemas, del MMPI), así como los datos de las variables en cuestión, Ansiedad (medida a través de las escalas Pt Obsesivo-compulsivo, MAS Ansiedad manifiesta y A Escala de Ansiedad) y Personalidad Antisocial (medida a través de la escala Dp Desviación psicopática), mismos que se vaciaron a una matriz de datos (del SPSS 12.0) para su análisis estadístico.

Finalmente se hizo la interpretación de los resultados, y se confrontó con el marco teórico de esta investigación, para llegar a su análisis y final conclusión.

Recurso humano:

Para la realización de esta investigación fue necesario, como mínimo recurso humano, disponibilidad de 50 sujetos, internos en la Penitenciaría del D.F., para el estudio. Un permiso especial para realizar esta investigación, expedido por la Dirección General de Prevención y Readaptación Social del D. F. (DGPRS), así como también de la cooperación de las autoridades y del personal del área técnica, seguridad y custodia; y por ultimo esta investigación requirió de un mínimo de 30 días para su consecución.

Recurso material:

Como mínimo recurso material, un aula, equipada con sillas con paleta, en la Penitenciaría del D. F., 50 hojas de respuesta, 50 hojas de perfil, 10 cuadernillos de reactivos para aplicación y un juego de plantillas para calificación (todo del MMPI), 10 lápices con borrador, 1 sacapuntas, plumones finos de color, equipo de computo (P. C. con paquetería básica e impresora, discos compactos, software SPSS-10), 10 sobres de papel y/o plástico, 1000 hojas blancas, una regla metálica o de plástico, engrapadora y grapas.

Escenario:

El aula "A", que se encuentra ubicada en el Centro de Observación y Clasificación (C.O.C.) de la Penitenciaría del D.F.

RESULTADOS

En este apartado, se presenta un concentrado de los datos obtenidos de la aplicación y calificación del MMPI (en la Tabla 3).

Con el fin de abreviar, la descripción del análisis estadístico realizado a los resultados obtenidos para esta investigación, se hará referencia a las escalas del MMPI, en cuestión, de la siguiente manera:

La letra “**L**” hará referencia a la escala *Alteración de las Respuestas*.

La letra “**F**” hará referencia a la escala *Estado Psicológico*.

La letra “**K**” hará referencia a la escala *Reconocimiento de Problemas*.

Las letras “**Dp**” harán referencia a la escala *Desviación Psicopática*.

Las letras “**Pt**” harán referencia a la escala *Obsesivo-compulsivo*.

Las letras “**MAS**” harán referencia a la escala *Ansiedad manifiesta*.

La letra “**A**” hará referencia a la escala *Ansiedad*.

Se establece que el “Área de Normalidad”, del MMPI, se encuentra entre un valor de T 40 y T60 (Palacios, 2003); es decir que un punto por debajo de T 40 y un punto por encima de T 60, serán considerados como indicadores de calificación baja o alta, respectivamente.

Cabe mencionar que la puntuación alta presenta varios matices (P. Palacios, profesora de Psicología Clínica en la FES Zaragoza de la UNAM; comunicación personal, Octubre de 2003). Por ello, se manejan, para esta investigación, los siguientes rangos:

De T 61 a T 70 se considera moderadamente alta.

De T 71 a T 80 se considera alta.

De T 81 a T 90 se considera muy alta.

De T 91 a T 100 e se considera excesivamente alta.

De T 100 a T 110 se considera extremadamente alta.

A continuación, se presenta un resumen de los resultados obtenidos del análisis, estadístico, realizado a los datos obtenidos de la aplicación y calificación del MMPI (en la Tabla 4).

Para las escalas que validan y por consecuencia proporcionan confianza a la prueba, se obtuvieron los siguientes datos:

Para **L** se obtuvieron puntajes T (Grafica 2) que se encuentran en el área de normalidad un 64%; puntajes T que se encuentran por encima del área de normalidad un 36%; con un puntaje promedio de T 57; una moda del puntaje T 53; una variabilidad de 12 puntos T; un error de 0.66; y un sesgo de -1.11.

Para **F** se obtuvieron puntajes T (Grafica 3) que se encuentran en el área de normalidad un 34%; puntajes T que se encuentran por encima del área de normalidad un 66%; con un puntaje promedio de T 70; una moda del puntaje T 60; una variabilidad de 15 puntos T; un error de 0.66; y un sesgo de -0.52.

Para **K** se obtuvieron puntajes T (Grafica 4) que se encuentran por debajo del área de normalidad un 10%; puntajes T que se encuentran en el área de normalidad un 70%; puntajes T que se encuentran por encima del área de normalidad un 20%; con un puntaje promedio de T 52; una moda del puntaje T 51; una variabilidad de 10 puntos T; un error de 0.66; y un sesgo de -0.52.

Para la escala que evalúa los rasgos de Personalidad Antisocial (V.I.), se obtuvieron los siguientes datos:

Para **Dp** se obtuvieron puntajes T (Grafica 5) que se encuentran en el área de normalidad un 16%; puntajes T que se encuentran por encima del área de normalidad un 84%; con un puntaje promedio de T 70; una moda del puntaje T 71; una variabilidad de 9 puntos T; un error de 0.66; y un sesgo de -0.17.

Para las escalas que evalúan los rasgos de Ansiedad (V.D.), se obtuvieron los siguientes datos:

Para **Pt** se obtuvieron puntajes T (Grafica 6) que se encuentran en el área de normalidad un 34%; puntajes T que se encuentran por encima del área de normalidad un 66%; con un puntaje promedio de T 67; una moda del puntaje T 62; una variabilidad de 11 puntos T; un error de 0.66; y un sesgo de -0.68.

Para **MAS** se obtuvieron puntajes T (Grafica 7) que se encuentran por debajo del área de normalidad un 6%; puntajes T que se encuentran en el área de normalidad un 64%; puntajes T que se encuentran por encima del área de normalidad un 30%; con un puntaje promedio de T 55; una moda del puntaje T 46; una variabilidad de 11 puntos T; un error de 0.66; y un sesgo de -0.78.

Para **A** se obtuvieron puntajes T (Grafica 8) que se encuentran por debajo del área de normalidad un 4%; puntajes T que se encuentran en el área de normalidad un 66%; puntajes T que se encuentran por encima del área de normalidad un 30%; con un puntaje promedio de T 55; una moda del puntaje T 42; una variabilidad de 11 puntos T; un error de 0.66; y un sesgo de -0.29.

Finalmente, para la correlación entre los puntajes de las escalas Pt, MAS, A y Dp, se obtuvieron los siguientes resultados (con un $\alpha= 0.001$):

Para la correlación Dp-Pt (*Grafica 9*), se obtuvo un nivel de correlación de 0.11, con un nivel de significancia de 0.43.

Para la correlación Dp-MAS (*Grafica 10*), se obtuvo un nivel de correlación de 0.14, con un nivel de significancia de 0.30.

Para la correlación Dp-A (*Grafica 11*), se obtuvo un nivel de correlación de 0.09, con un nivel de significancia de 0.49.

Sujeto	Escala L		Escala F		Escala K		Escala Dp		Escala Pt		Escala MAS		Escala A	
	Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto + .4K	Puntaje T	Puntaje bruto + 1K	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T
01	2	44	15	78	7	40	25+3=28	71	26+7=33	71	31	73	25	66
02	8	63	19	86	11	48	29+4=33	83	23+11=34	73	20	58	18	57
03	1	40	7	60	5	36	25+2=27	69	24+5=29	62	26	66	22	58
04	1	40	21	90	3	33	30+2=32	81	34+3=37	79	36	80	37	81
05	11	73	17	82	13	51	25+5=30	76	20+13=33	71	24	63	21	61
06	3	46	19	86	4	35	24+2=26	67	34+4=38	81	32	74	37	81
07	3	46	5	55	11	48	24+4=28	71	13+11=24	52	12	46	16	55
08	7	60	6	58	14	53	17+6=23	60	10+14=24	52	10	44	11	49
09	10	70	18	84	16	57	22+6=28	71	16+16=32	69	13	48	17	56
10	8	63	4	53	15	55	19+6=25	64	8+15=23	60	5	37	6	42
11	13	80	4	53	25	74	20+10=30	76	10+25=35	88	8	41	6	42
12	10	70	16	80	12	49	26+5=31	79	14+12=26	56	15	51	15	54
13	7	60	7	60	19	62	10+8=18	48	10+19=29	62	10	44	5	41
14	3	46	9	64	13	51	20+ 5=25	64	12+13=25	54	12	46	8	45
15	11	73	2	48	15	55	20+6=26	67	16+15=31	66	17	53	11	49
16	5	53	13	73	13	51	25+5=30	76	14+13=27	58	27	67	17	56
17	13	80	9	64	20	64	21+8=29	74	16+20=36	77	18	55	11	49
18	9	66	7	60	13	51	23+5=28	71	14+13=27	58	13	48	20	60
19	5	53	11	68	11	48	18+4=22	57	20+11=31	66	22	60	16	55
20	1	40	14	76	5	36	30+2=32	81	30+5=35	88	30	71	34	77
21	11	73	8	62	22	68	17+9=26	67	12+22=34	73	12	46	14	52
22	9	66	4	53	11	48	24+4=28	71	18+11=29	62	19	56	19	59
23	9	66	20	88	13	51	24+5=29	74	28+13=41	87	31	73	24	65
24	4	50	26	100	7	40	19+3=22	57	26+7=33	71	22	60	20	60
25	6	56	9	64	22	68	15+9=24	62	14+22=36	77	16	52	8	45

26	5	53	6	58	13	51	13+5=18	48	16+13=29	62	17	53	17	56
27	5	53	7	60	10	46	27+4=31	79	21+10=31	66	28	69	22	62
28	11	73	17	82	19	62	24+8=32	81	9+19=28	60	13	48	3	38
29	6	56	9	64	17	59	21+7=28	71	11+17=28	60	20	58	6	42
30	1	40	18	84	9	44	18+4=22	57	28+9=37	79	25	65	28	70
31	4	50	4	53	17	59	22+7=29	74	12+17=29	62	6	38	10	47
32	12	76	9	64	23	70	22+9=31	79	15+23=38	81	14	49	9	46
33	5	53	22	92	14	53	21+6=27	69	25+14=39	83	28	69	20	60
34	3	46	7	60	17	59	23+7=30	76	13+17=30	64	12	46	14	52
35	12	76	9	64	23	70	19+9=28	71	9+23=32	69	12	46	6	42
36	5	53	10	66	17	59	27+7=34	86	14+17=31	66	17	53	10	47
37	12	76	2	48	20	64	19+8=27	69	6+20=26	56	8	41	4	40
38	1	40	10	66	12	49	26+5=31	79	15+12=27	58	18	55	20	60
39	5	53	27	102	8	42	24+3=27	69	30+8=38	81	26	66	24	65
40	4	50	31	110	13	49	17+5=22	57	27+12=39	83	21	60	21	61
41	9	66	13	73	13	51	25+5=30	76	23+13=36	77	24	63	26	67
42	7	60	7	60	17	59	13+7=20	53	3+17=20	44	9	42	4	40
43	5	53	15	78	7	40	25+3=28	71	27+7=34	73	30	71	26	67
44	2	44	12	70	11	48	27+3=30	76	15+11=26	56	19	56	17	56
45	2	43	21	90	4	35	23+2=25	64	24+4=28	60	24	63	29	71
46	13	80	4	53	21	66	16+8=24	62	3+21=24	52	3	34	1	36
47	4	50	10	66	17	59	26+7=33	83	13+17=30	60	12	46	10	47
48	1	40	8	62	9	44	20+4=24	62	20+9=29	62	19	56	21	61
49	3	46	10	66	12	49	26+5=31	79	17+12=29	62	21	59	22	62
50	3	46	6	58	17	59	26+7=33	83	4+17=21	46	8	41	6	42

Tabla 3. En esta tabla se presentan los puntajes en bruto, así como también su correspondiente conversión a puntajes T, obtenidos del conteo de las respuestas a los reactivos que forman cada una de las escalas L, F, y K de validez de la prueba; la escala Dp que identifica y mide la Personalidad Antisocial (V.I.); y finalmente, las escalas Pt, MAS y A que identifican y miden la Ansiedad (V.D.).

Estadísticos Descriptivos

Escala	Puntaje T	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Media	Moda	Rango	Desviación Estándar	Error Estándar	Sesgo
L	40-60	32	64	64	57.06	53	40	12.59	0.66	-1.11
	61-70	8	16	80						
	71-80	10	20	100						
F	48-60	17	34	34	69.88	60	62	14.76	0.66	-0.52
	61-70	14	28	62						
	71-80	6	12	74						
	81-90	9	18	92						
	91-100	2	4	96						
	101-110	2	4	100						
K	33-39	5	10	10	52.36	51	41	10.08	0.66	-0.52
	40-60	35	70	80						
	61-70	9	18	98						
	71-74	1	2	100						
Dp	48-60	8	16	16	70.22	71	38	9.21	0.66	-0.17
	61-70	13	26	42						
	71-80	22	44	86						
	81-86	7	14	100						
Pt	44-60	17	34	34	66.70	62	44	11.04	0.66	-0.68
	61-70	14	28	62						
	71-80	11	22	84						
	81-88	8	16	100						
MAS	34-39	3	6	6	55.18	46	46	11.14	0.66	-0.78
	40-60	32	64	70						
	61-70	9	18	88						
	71-80	6	12	100						
A	36-39	2	4	4	55.04	42	45	11.07	0.66	-0.29
	40-60	33	66	70						
	61-70	11	22	92						
	71-80	2	4	96						
	81	2	4	100						

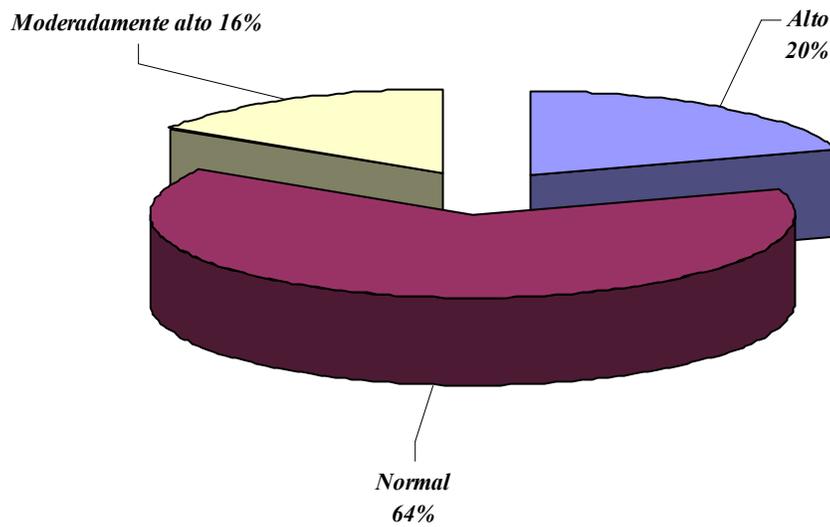
Tabla 4. La tabla muestra un resumen de los resultados obtenidos, de la estadística descriptiva, para cada una de las variables implicadas en esta investigación, la Personalidad Antisocial (V.I., medida a través de la escala Dp) y Ansiedad (V.D., medida a través de las escalas Pt, MAS y A); las escalas L, F y K de validez de la prueba.

Correlación

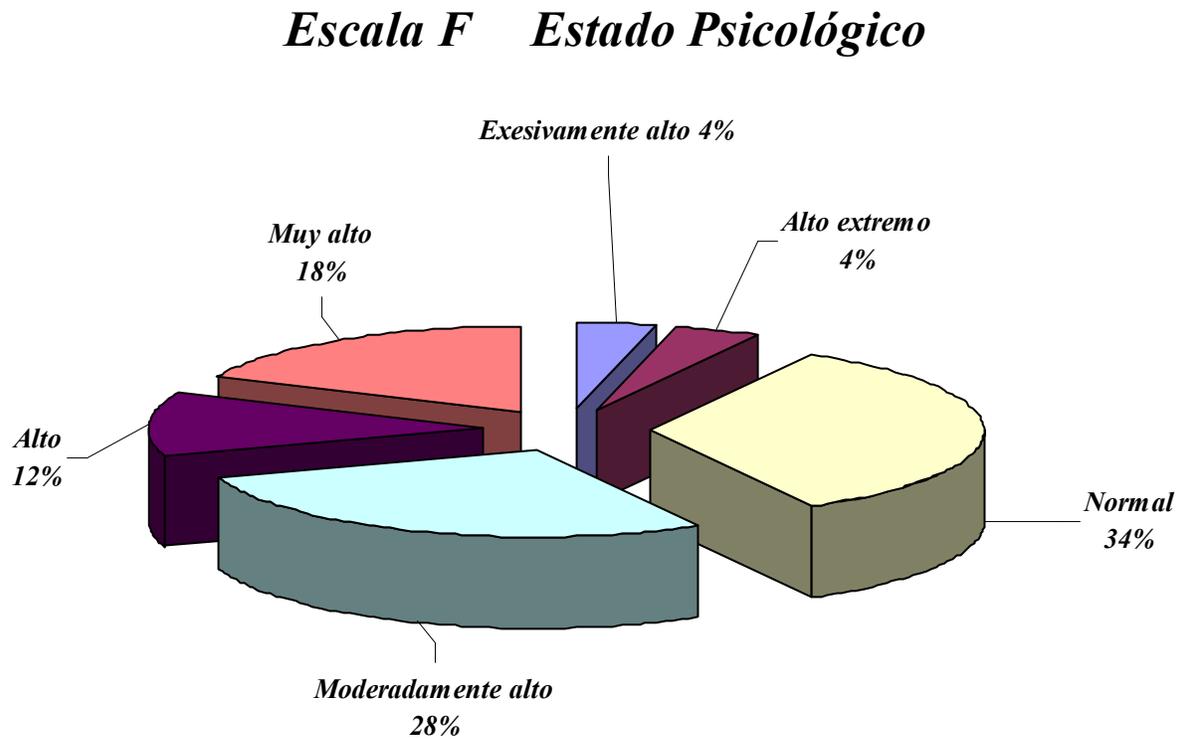
<i>Ansiedad</i> (V.D.)	<i>Personalidad Antisocial</i> (V.I.)	Escala Dp Desviación Psicopática
Escala Pt Obsesivo-compulsivo	Correlación	0.11
	Significancia	0.43
Escala MAS Ansiedad Manifiesta	Correlación	0.14
	Significancia	0.30
Escala A Ansiedad	Correlación	0.09
	Significancia	0.49

Tabla 5. La tabla muestra el nivel de correlación y significancia, entre las variables Ansiedad (medido a través de las escalas Pt, MAS y A) y Personalidad Antisocial (medido a través de la escala Dp), derivados del análisis de las respuestas, por parte de los internos de la Penitenciaría del D.F., al MMPI.

Escala L Alteración de las Respuestas

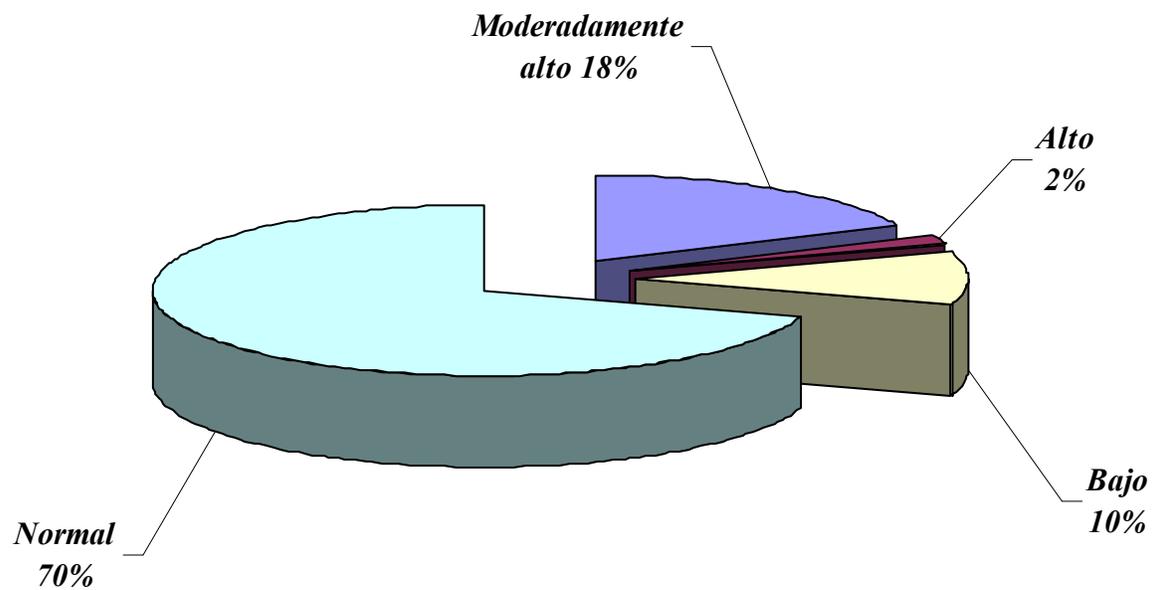


Grafica 2. La grafica ilustra la distribución de los puntajes T para la escala *L*, obtenidos por los internos de la Penitenciaría del D.F., y su respectiva clasificación (Bajo, Normal, Moderadamente alto, Alto, Muy alto).



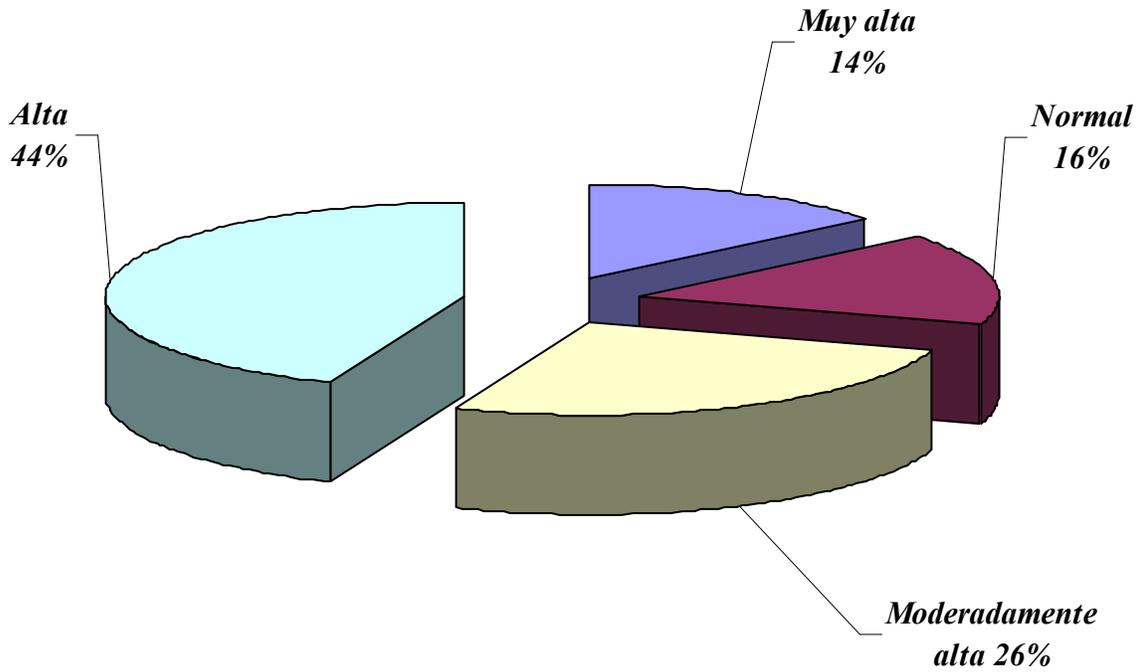
Grafica 3. La grafica ilustra la distribución de los puntajes T para la escala *F*, obtenidos por los internos de la Penitenciaría del D.F., y su respectiva clasificación (Bajo, Normal, Moderadamente alto, Alto, Muy alto, Alto extremo).

Escala K Reconocimiento de Problemas



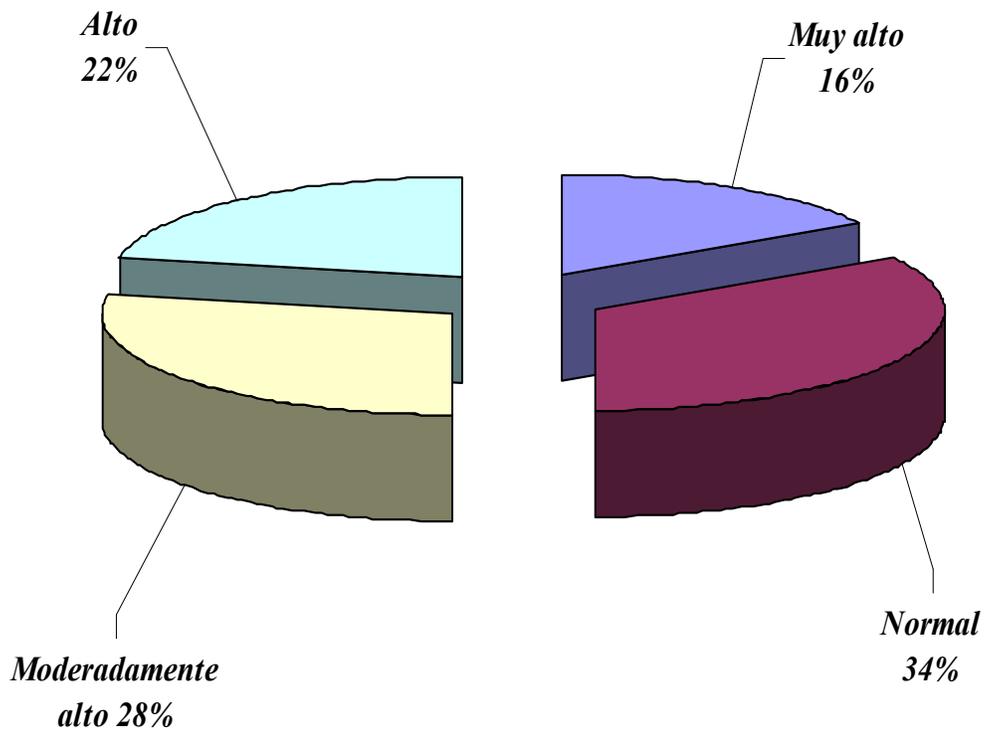
Grafica 4. La grafica ilustra la distribución de los puntajes T para la escala **K**, obtenidos por los internos de la Penitenciaría del D.F., y su respectiva clasificación (Bajo, Normal, Moderadamente alto, Alto).

Escala Dp Desviación Psicopática



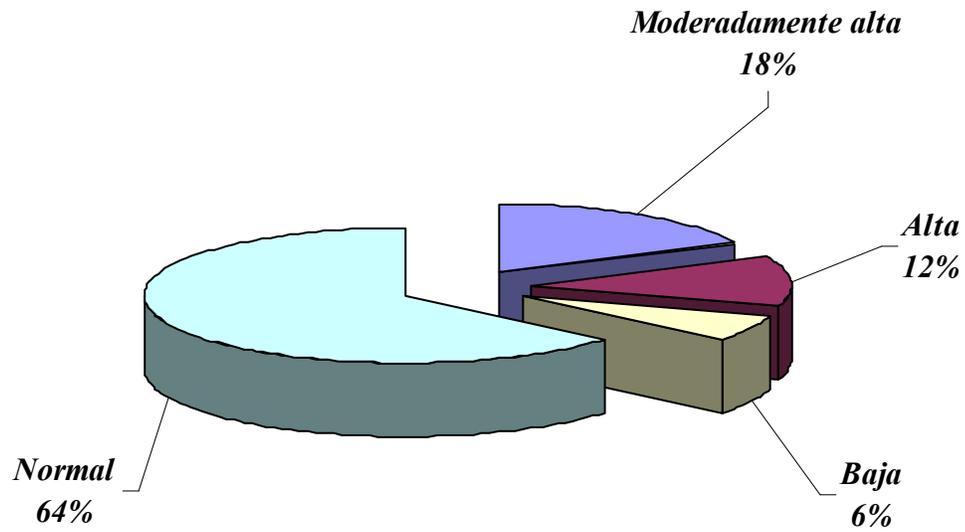
Grafica 5. La grafica ilustra la distribución de los puntajes T para la escala **Dp** (V.I. Personalidad Antisocial), obtenidos por los internos de la Penitenciaría del D.F., y su respectiva clasificación (Bajo, Normal, Moderadamente alto, Alto, Muy alto).

Escala Pt Obsesivo-compulsivo



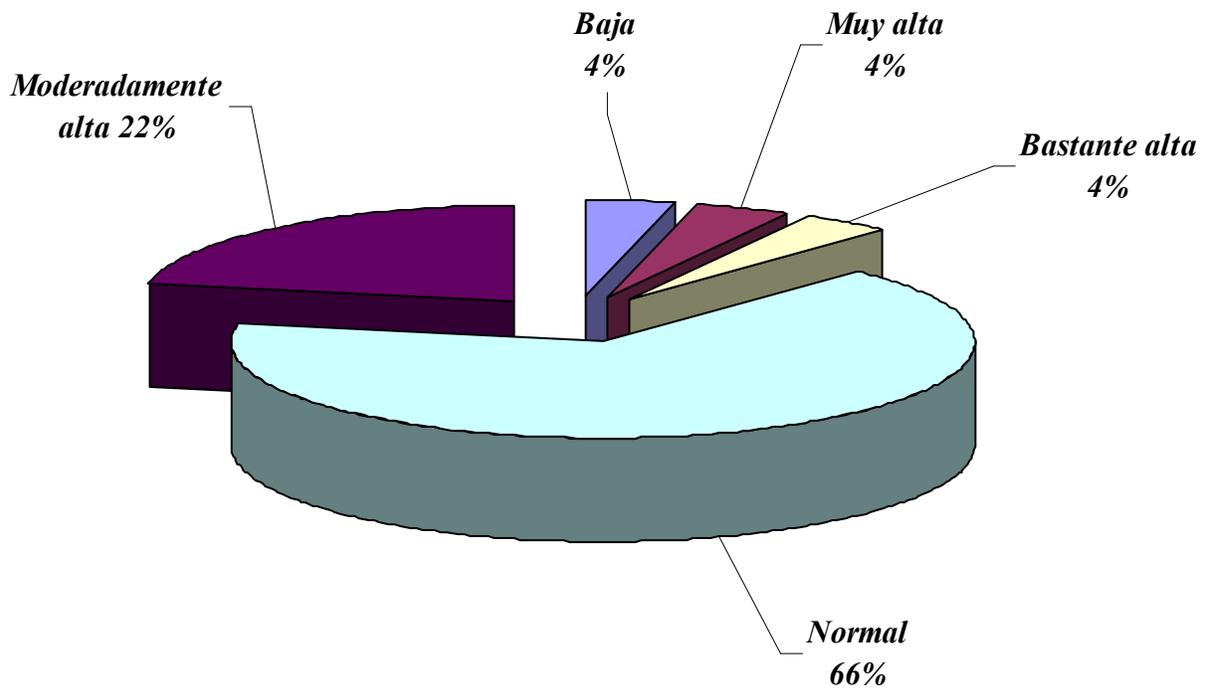
Grafica 6. La grafica ilustra la distribución de los puntajes T para la escala **Pt** (V.D. Ansiedad), obtenidos por los internos de la Penitenciaría del D.F., y su respectiva clasificación (Bajo, Normal, Moderadamente alto, Alto, Muy alto).

Escala MAS Ansiedad Manifiesta



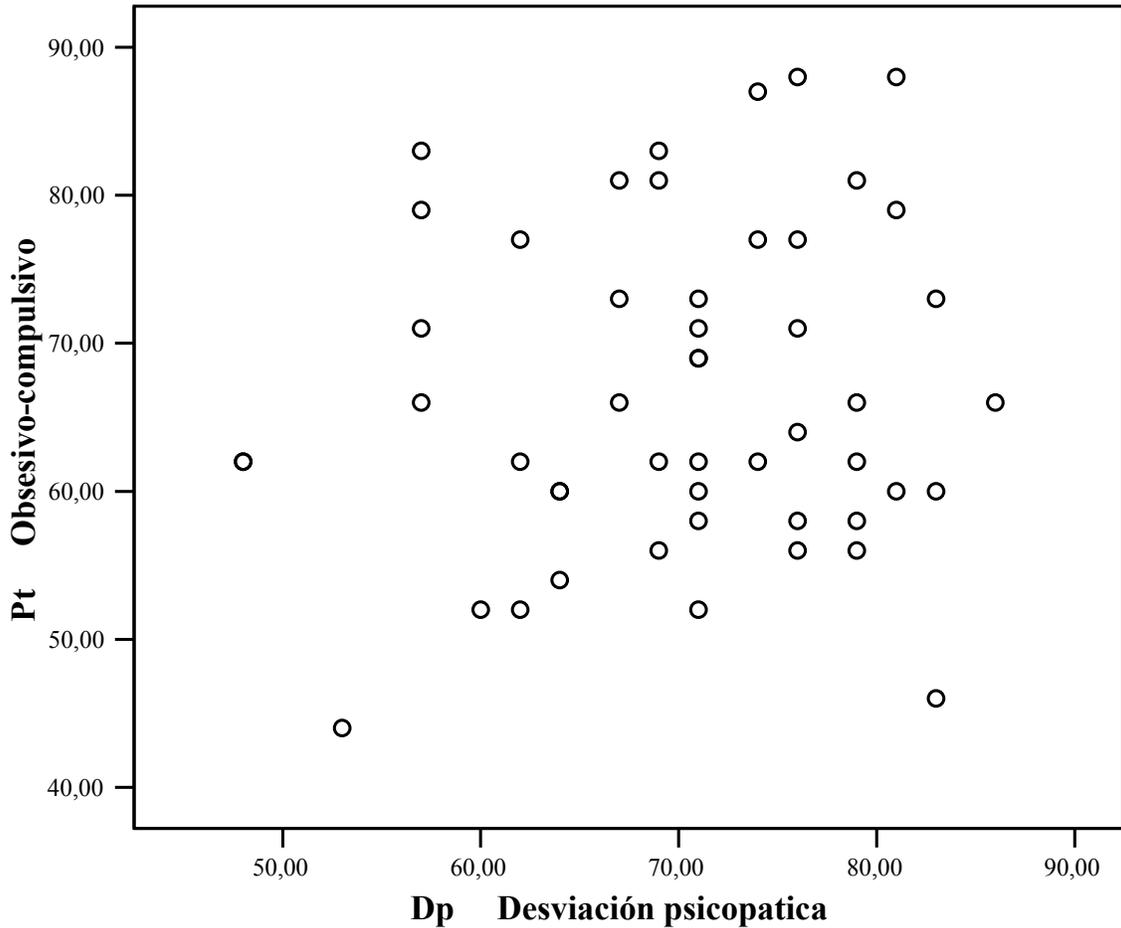
Grafica 7. La grafica ilustra la distribución de los puntajes T para la escala **MAS** (V.D. Ansiedad), obtenidos por los internos de la Penitenciaría del D.F., y su respectiva clasificación (Bajo, Normal, Moderadamente alto).

Escala A Ansiedad



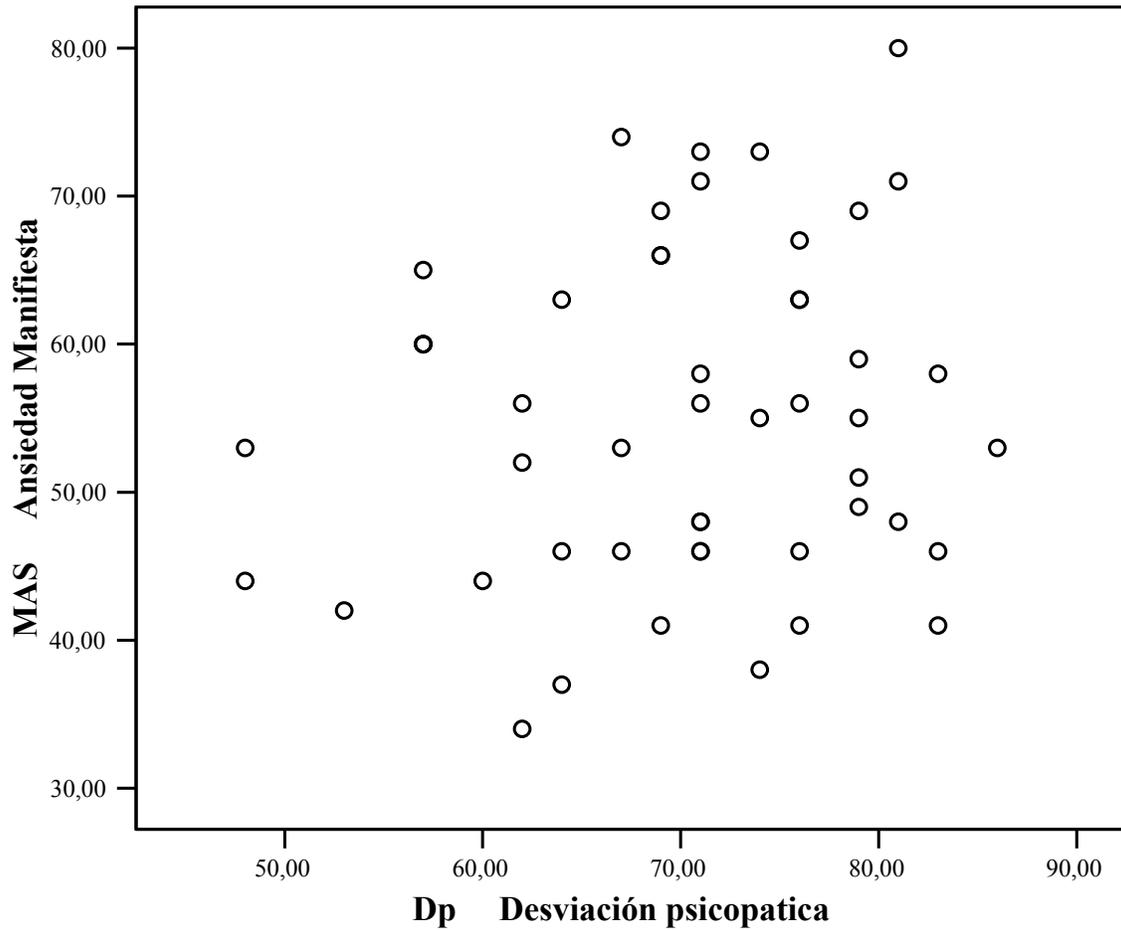
Grafica 8. La grafica ilustra la distribución de los puntajes T para la escala *A* (V.D. Ansiedad), obtenidos por los internos de la Penitenciaría del D.F., y su respectiva clasificación (Bajo, Normal, Moderadamente alto, Alto, Muy alto, Bastante alto).

Correlación Dp Desviación Psicopática - Pt Obsesivo-compulsivo



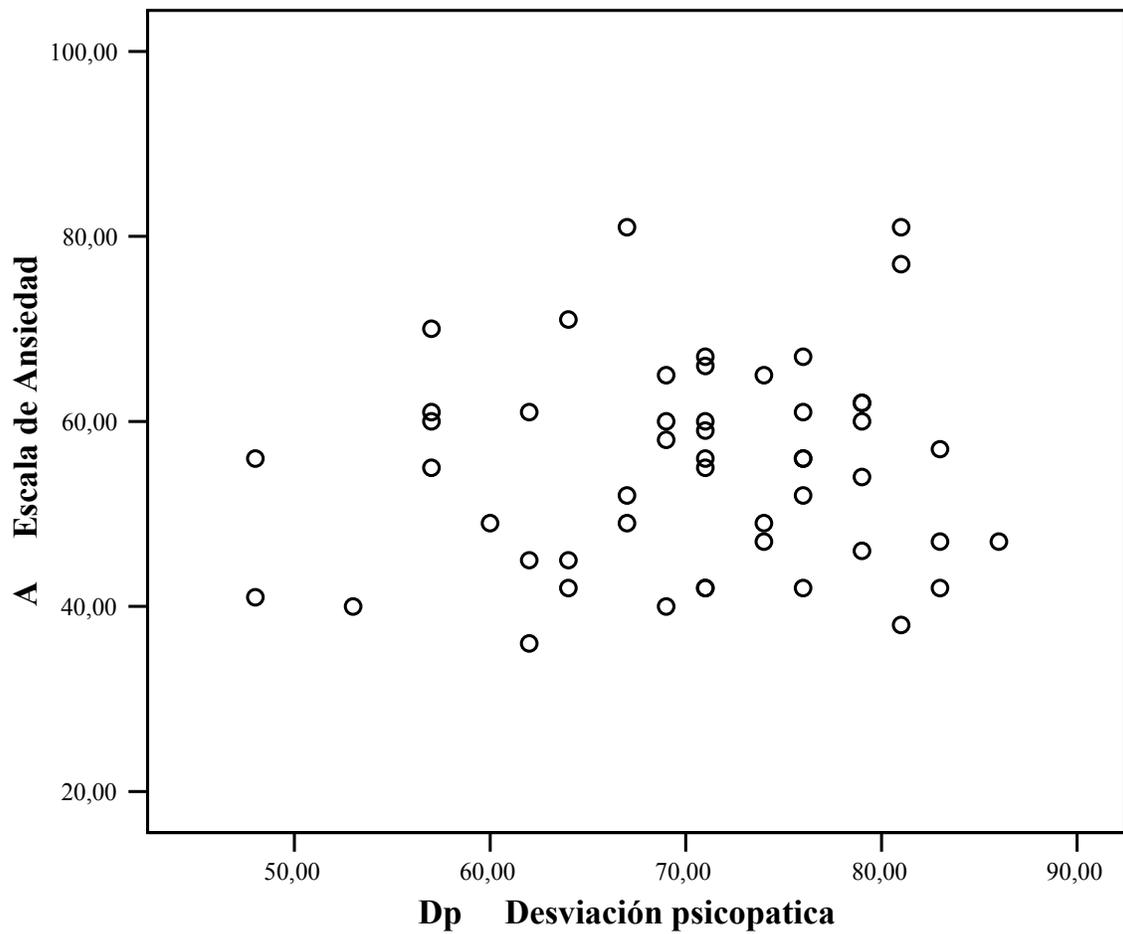
Grafica 9. La grafica ilustra la correlación, de los puntajes obtenidos por los internos de la Penitenciaría del D.F., entre las escalas Dp Desviación psicopática (V.I. Personalidad Antisocial) y Pt Obsesivo-compulsivo (V.D. Ansiedad), del MMPI.

Correlación Dp Desviación Psicopática - MAS Ansiedad Manifiesta



Grafica 10. La grafica ilustra la correlación, de los puntajes obtenidos por los internos de la Penitenciaría del D.F., entre las escalas Dp Desviación psicopática (V.I. Personalidad Antisocial) y MAS Ansiedad manifiesta (V.D. Ansiedad), del MMPI.

Correlación Dp Desviación Psicopática - A Escala de Ansiedad



Grafica 11. La grafica ilustra la correlación, de los puntajes obtenidos por los internos de la Penitenciaría del D.F., entre las escalas Dp Desviación psicopática (V.I. Personalidad Antisocial) y A Escala de ansiedad (V.D. Ansiedad), del MMPI.

ANALISIS

***ANALISIS ACERCA DE LA PRESENCIA DE ANSIEDAD EN LA PERSONALIDAD
ANTISOCIAL***

Ausencia de Ansiedad

Gran cantidad de autores, tales como Page (1982), Cleckley (1941) citado en Marietan (1998), Doyharzabal (2005), Turó, et al., (1997), Davison, et al., (2002); Aguilar (1996); Lykken (1957), Hare (1975), Schachter y Latané (1964) citados en Sue, et al., (1996); y las clasificaciones internacionales DSM-IV y CIE-10; todos ellos afirman la ausencia de Ansiedad en la PA, sin embargo, pocos son los que exponen sus argumentos para tales afirmaciones.

Sue, et al., (1996) sostiene que la PA se desarrolla debido a la niveles bajos de ansiedad.

Lykken (1957), en su investigación clásica se enfocó en el comportamiento de prisioneros catalogados como psicópatas primarios, la conclusión derivada del estudio de Lykken, fue que: “pocos castigos tienen significado para ellos”; los psicópatas exhibieron menos aversión a situaciones físicas y sociales atemorizantes, lo que quizá refleja su bajo nivel de ***angustia*** en tales situaciones, por lo que pudiera ser necesario un estímulo más intenso, en psicópatas que están subexcitados, que en los ***no*** psicópatas para producir una reacción (Sue, et al., 1996).

Los niveles, disminuidos, de reactividad pueden ser causa de que los psicópatas muestren conductas impulsivas, en la búsqueda de un estímulo que ayude a evitar el aburrimiento (Quay, 1965 citado en Sue, et al., 1996); recordemos que el aburrimiento se asume como una variante de ansiedad dice Rojas (1998).

Otros investigadores han encontrado evidencia de subexcitación, así como niveles de ansiedad disminuidos, entre los PA.

En una hipótesis similar a la de Lykken, Farley (1986) propuso que las personas que no experimentan o experimentan mínima ansiedad, varían en el grado de emisión de conductas destinadas a la búsqueda de sensaciones; los PA tuvieron una probabilidad mayor de pelear,

desobedecer e intentar escapar por ello, Farley cree que es necesario dirigir el ansia de estimulación, de los PA, hacia actividades físicas y mentales constructivas y no destructivas (Sue, et al., 1996).

Otro estudio es el de Schachter y Latané (1964) estos autores reportan haber confirmado, mediante experimentación, que los psicópatas no experimentan *ansiedad*. Sin embargo, “no hay que olvidar que *ciertos* castigos carecen de significado para el psicópata”, así lo afirman Davison, et al., (2002); y es apoyado por Likken (1957) y Farley (1986) citados en Sue, et al., (1996).

Presencia de Ansiedad

Recordemos que hay multitud de factores, implícitos en la PA, que no se encuentran aislados, por el contrario, la presencia de uno permitirá presumir que el otro también este presente.

Hay autores como Kolb (1977); Valdez, et al., (1983); Lader (1975) citado en Saranson, et al., (1990); Schmauk (1970) y Siegel (1978) citados en Sue, et al., (1996); Marietan (1998), que de manera implícita o explícita asumen la Presencia de Ansiedad en la PA.

Cameron (1990) comenta que, la ansiedad constituye la piedra fundamental de la psicopatología, pues es un factor importante en el desarrollo de la personalidad en sus principios; la ansiedad puede precipitar y perpetuar desorganizaciones cognitivas y emocionales, en las que el sujeto, cuando ya es adulto, experimenta algo parecido al mundo atemorizante de la infancia; por ello, el comportamiento infantilóide es típico de la PA según Mata (2000).

Tal como Millon (1976) lo concibe, la ansiedad, es un factor secundario en todos los trastornos sintomáticos. Así, los síntomas reflejan como, el paciente, ha aprendido a controlar y/o descargar todas las formas de tensión (llámense ansiedad, impulsos prohibidos, estrés adaptativo, etc.) independientemente de su fuente o de su contenido específico.

En otras palabras, “la ansiedad se encuentra en todas las formas psicopatológicas, como expresión sintomática de la tensión psicológica o como estimulante de enfrentamiento adaptativo”, (Millon 1976).

La mayoría de los síndromes sintomáticos son maniobras, patológicas, que los pacientes utilizan para controlar o disminuir la ansiedad que experimentan. Si operaciones defensivas son deficientes, el temor y la tensión no remitirán (Millon, 1976).

Hay que señalar a la ansiedad como una reacción ante la amenaza que se pesa sobre el individuo; para la mayoría de la gente, la fuerza de la amenaza disminuye y vuelve a una actividad funcional normal. Sin embargo, si persiste la actividad de la fuente de ansiedad, el individuo aprenderá a hacerle frente, mediante cualquier procedimiento que le parezca viable; *esta forma de hacer frente a la ansiedad suelen convertirse en precursores de posteriores patrones de personalidad patológica* (Millon, 1976).

La sociopatía es bastante similar a otros trastornos, en el sentido de que ésta refleja la perturbación de un patrón funcional de personalidad (Millon, 1976).

Los trastornos *sociopático* y *neurótico*, por ejemplo, se distinguen por sus respectivos cuadros clínicos, sin embargo, se debate si se les puede diferenciar, respecto de su etiología y desarrollo. El problema central, de este debate, lo constituye la *presencia* o *ausencia* de *ansiedad* en la *sociopatía* (Millon, 1976; Saranson, et al., 1990).

En la formación del *síntoma neurótico*, el paciente descarga su *tensión hacia sí mismo*, para lograr un comportamiento socialmente aceptable y capacidad para atraer el apoyo y sostén de los demás. Por el contrario, en el *síntoma sociopático*, el paciente descarga su *tensión hacia los demás*, sin importar la aprobación social, y más aún, con el deseo de burlar los convencionalismos sociales para molestar a los demás (Millon, 1976).

Como se pudo notar, la ansiedad, si esta presente en la PA, sólo que al ser volcada hacia los demás, no se le percibe así por el observador, pero cabe reiterar, que la ansiedad esta

presente en todas las afecciones psicológicas, la diferencia sólo es de grado y/o expresión de la misma.

Woodruff, et al., (1978) escribe que muchos sociópatas, al ser vistos por el psiquiatra, reportan síntomas de *ansiedad* y depresión, esto ocurre con mayor frecuencia, cuando el sociópata, además es adicto o alcohólico.

De hecho, Cleckley (1941) citado en Zak, et al., (1979) encontró que el psicópata *si* aprende de sus experiencias y parece a menudo buscar un control externo o incluso un castigo para su conducta; ¿esas acciones no pudieran ser interpretadas como expresiones de ansiedad?

Finalmente, Cameron (1990) escribe que *“la ansiedad será patológica cuando provoque actos impulsivos, como es evidente en los trastornos de la personalidad”*.

Elkin (2000), menciona que el paciente con un TPA presenta “poca tolerancia de la ansiedad”, como podemos notar, este autor no niega la presencia de ansiedad, por el contrario, él plantea un bajo umbral para tolerarla.

Sí el organismo humano adulto ha aprendido bien los mecanismos de adaptación, no acostumbra mostrar manifestaciones externas, observables directamente, de *temor* (Valdez, et al., 1983).

Coderech (1991) escribe que, el hombre busca identificar y remover, o removerse, de la fuente que origina su temor; de no lograrlo, el individuo entraría en una etapa de agotamiento que invariablemente lo llevaría a la muerte; es por ello que el proceso homeostático es vital para el individuo; podríamos suponer que la PA dirige su comportamiento, desadaptado, hacia el logro de la homeostasis.

Coderech (1991) escribe que las frustraciones son experimentadas, por el débil yo del niño (no olvidemos que los sujetos con PA son típicamente infantiloides) como amenazas contra la vida misma, por lo que el individuo se siente abrumado por la *ansiedad* traumática

originada por su incapacidad para resolver adecuadamente la dolorosa excitación causada por dichos estímulos. Posteriormente el individuo aprende a anticipar el peligro que supone la situación traumática, anticipación a la que se denomina “situación de alarma”. En ella se genera la *ansiedad* de alarma, la cual impulsa al organismo a hacer todo lo posible para evitar la instauración de la situación traumática. La aparición de impulsos instintivos, percibidos como peligrosos, desencadena la *ansiedad* de alarma, la cual, a su vez pone en marcha los mecanismos de defensa que originan los síntomas de un trastorno; esta teoría es muy similar a las de Patiño y McKinnon.

Patiño (1990) considera que la dinámica ansiosa conduce a una serie de comportamientos que se prestan a ser mal valorados (como lo menciona Mckkinnon), quizá el caso mas común que ejemplifique lo que se quiere decir, es el del sujeto que arremete por ansiedad y que comúnmente es tomado como un simple agresor sin tomar en cuenta su ansiedad motivadora; es lo que comúnmente ocurre con la PA.

La ansiedad tiene diferentes expresiones, una de las más importantes una desinhibición en el “hacer”, que conduzca, necesariamente, a un comportamiento aberrante. Este aspecto se considera de vital importancia pues la ansiedad, invariablemente, conduce a alteraciones en el juicio y la valoración y, por ello, da lugar a conductas inadecuadas; ello hace perfecta referencia a la conducta desinhibida inherente a la PA, que ha mencionado Aluja (1991).

El hecho de que la PA no sienta ninguna culpa, por no considerarse responsable de sus actos, no significa que sean insensibles, a tal grado de no tener ansiedad, la ansiedad es motivada con la misma profundidad que para una persona normal, pero esta ansiedad, del psicópata, no llega a ser una ansiedad existencial ni patológica, sino, siempre claramente comprensible en sus motivaciones circunstanciales; en otras palabras, el psicópata no teme por la vida de nadie mas, pero si teme por la propia (Patiño, 1990).

Según McKinnon, et al., (1973), al psicópata se le describe, comúnmente, como alguien que siente *poca o ninguna ansiedad. Sin embargo, el objetivo* primario, *del comportamiento psicopático, es evitar la tensión* que resulta cuando los impulsos no son

satisfechos; por lo que evitar la tensión que resulta, cuando la frustración es inminente, es prioritario.

Mas aún, McKinnon, et al., (1973) sostienen que, para el psicópata, la más ligera amenaza, de que sus necesidades no serán satisfechas, conduce a molestias insoportables. Por lo que el psicópata hará lo necesario para garantizar su satisfacción; sí por el contrario, la satisfacción no se logra, de ello resulta frustración que conduce a una difusa y constante tensión.

Ante todo ello, la negativa es una defensa corriente, y una apariencia de compostura externa, que conducen a “*la errónea pretensión de que dichos sujetos no presentan ansiedad*”. El sujeto suele negar, no sólo la ansiedad, sino también el carácter urgente y compulsivo de sus necesidades internas. Sin embargo, esta negativa se puede mantener, sólo sí existe la seguridad de satisfacción constante; sí por el contrario, no existe esta posibilidad y falla la negativa, entonces *ansiedad*, ira y conducta impulsiva son corrientes, sostienen McKinnon, et al., (1973).

Los mismos síntomas que acompañan al miedo, acompañan también a la ansiedad, sólo que en el primero la causa de éste es conocida, en tanto que en la segunda el origen permanece oculto, tanto a los ojos del que la vive como a los del que la observa (Coderech, 1991). Tal vez por ello no se le ha percibido en la PA

Gorensteín (1991) observó que el miedo al castigo no es el único factor que inhibe a las personas a delinquir, él considera que es algo mucho más complejo; Gorensteín describe que la gente común esta inmersa en un sistema de valores sociales, que son los que juegan un papel primario en la no comisión de los delitos (Davison, et al., 2002).

En conclusión, el hombre adulto normal queda perfectamente protegido por los mecanismos de adaptación aprendidos y no muestra *miedo* salvo en situaciones excepcionales. Pero a pesar de todo ello, y justamente en función de lo dicho anteriormente,

el hecho de que una persona no muestre miedo no significa que no lo sienta (Valdez, et al., 1983).

Interpretación de los resultados

Los resultados (mismos que se muestran en la Tabla 3), que arrojó la aplicación del MMPI a una muestra de 50 sujetos internos en la Penitenciaría del D.F., denotan lo siguiente, según Núñez (1994):

Para la Escala ***L Alteración de las Respuestas***:

1. Se obtuvieron puntajes que indican desde sinceridad hasta exageración de síntomas patológicos.
2. Inseguridad psicológica, asociada con limitaciones culturales y CI bajo.

Para la Escala ***F Estado Psicológico***:

1. Se obtuvieron puntajes, altos, que indican arrogancia, presunción, oportunismo, inquietud, inestabilidad, insatisfacción, rebeldía e inconformismo generalizado; rasgos característicos de Personalidades Antisociales.

Para la Escala ***K Reconocimiento de Problemas***:

1. Se obtuvieron puntajes que indican desde un auto concepto inadecuado (que en el caso de Personalidades Antisociales, puede tratarse de sobrevaloración de sí mismo) hasta una egosintónia total (pretender que todo su comportamiento es normal y adecuado).

Para la Escala ***Dp Desviación Psicopática***:

Se obtuvieron altos puntajes que indican (según Palacios, 2003):

1. Conflictos de rebeldía con la autoridad, en un constante desafío, miedo a la subordinación.
2. Problemas legales, hurtos, homicidios, vandalismo, delincuencia.
3. Adicciones, tabaquismo, alcoholismo o cualquier otro tipo de droga.

4. Problemas sexuales, promiscuidad, aborto, homosexualidad.
5. Problema para tolerar la ansiedad producida por la demora (lo que le impide, al sujeto, postergarse la satisfacción de deseos o necesidades), la frustración, sentimientos de insatisfacción por el medio ambiente.
6. Problemas para aprender de la experiencia, al no reconocer o justificar los errores, se les vuelve a cometer a pesar de poseer un C.I. adecuado; se refiere a individuos que expresan falta de sentido de responsabilidad, de juicio, y siempre razonan, sobre su comportamiento, de tal manera que a sus propios ojos es razonable y justificado (los demás tienen la culpa).
7. Problemas de adaptación social, con todo lo anterior, los sujetos desarrollan una estructura de corte psicopático con dificultades para adaptarse a las reglas y normas sociales.
8. Estos sujetos se presentan con una personalidad inflada, atractivo, sociable, inteligente.
9. Identifica también a personas que padecen de neurosis, psicosis o como resultado de lesiones cerebrales, que se encuentran en desacuerdo e inconformidad con el ambiente social, con el medio cultural, mismos que no se benefician del castigo ni la experiencia, ni son leales a ningún grupo, persona o principio, muestran marcada inmadurez emocional.
10. Indica *poco o ningún sentido de malestar*; se refiere a que el paciente con reacción disocial no muestra perturbación severa de la personalidad; sino sólo aquellas implicaciones inherentes a la adherencia a los principios de sus propios grupos de criminales, de pillaje o de otra naturaleza; en otras palabras, se puede ser delincuente sin ser psicópata y gozar de una relativa salud mental y emocional (Núñez, 1994).

Para la Escala *Pt Obsesivo-compulsivo*:

Se obtuvieron puntajes que van desde bajos a altos.

Un puntaje alto indica (Palacios, 2003):

1. Tendencia a ser perfeccionistas consigo mismos y frecuentemente con los demás, son autoexigentes e hipersensibles.
2. Perciben su panorama de forma amenazante, hostil y angustiante.
3. Presentan una sensación de culpa constante.
4. El obsesivo-compulsivo, muestra rasgos depresivos leves, preocupación intensa, incapacidad de concentrarse, rasgos esquizoides, debido a sus ideas irracionales; y tendencia al aislamiento.
5. El sujeto muestra rasgos sentimentalistas, de emotividad, sensibilidad, inferioridad, insatisfacción.
6. Buscan el reconocimiento, a través de su óptimo desempeño.
7. Insatisfacción por las relaciones interpersonales, debido a su tendencia por idealizarlo todo, insaciables afectivamente hablando.
8. Su preocupación, generalmente, gira entorno a valores religiosos, generando un comportamiento rígido-moralista, debido a su restringido repertorio conductual y su falta de ingenio para resolver los problemas que presenta la vida.
9. Con cierta frecuencia se observa, en estas personas, cierta inclinación homosexual.
10. Entre más elevada se encuentra esta escala, el individuo hace uso de la racionalización, sin propósito aparente.
11. Los sujetos se muestran opacados, agresivos e individualistas.

Un puntaje bajo se observa en (Palacios, 2003):

1. Sujetos despreocupados, y presentan un cuadro de mayor adecuación al ambiente.

2. Sin embargo, se obtiene un pronóstico pobre al tratamiento, debido a que el sujeto niega toda ansiedad y preocupación, que se constituyen como elementos motivacionales para el cambio.

Para la Escala **MAS Ansiedad manifiesta**:

Se obtuvieron puntajes que van de normal a alto.

Un puntaje alto indica (Graham, 1987):

1. Numerosas quejas físicas o somáticas.
2. El sujeto se siente intranquilo o excitado la mayor parte del tiempo.
3. El sujeto tiene dificultades para concentrarse.
4. Los individuos tienden a centrarse más en el presente que en el futuro y a basarse sólo de las experiencias pasadas para desarrollar sus expectativas.

Para el puntaje normal, el autor no reporta nada.

Para la Escala **A Ansiedad**:

Se obtuvieron puntajes que van de normal a alto.

Un puntaje alto indica (Graham, 1987):

1. U sujeto ansioso, intranquilo.
2. Apático, sin emociones, no excitable.
3. Defensivo.
4. Racionaliza; culpa a los demás de sus dificultades.
5. Carece de equilibrio en situaciones sociales.
6. Frío, distante, no comprometido.
7. Suficientemente insatisfecho como para estar motivado a cambiar con la psicoterapia.

Para el puntaje normal, el autor no reporta nada.

Para la correlación ***Dp Desviación Psicopatita-Pt Obsesivo-compulsivo:***

Se obtuvo un puntaje (mismo que se apunta en la Tabla 8, y se expresa en la Grafica 8) que denota una casi nula correlación entre las características de Personalidad Antisocial y la Ansiedad.

Para la correlación ***Dp Desviación Psicopatita- MAS Ansiedad manifiesta:***

Se obtuvo un puntaje (mismo que se apunta en la Tabla 8, y se expresa en la Grafica 9) que reitera lo anterior, no hay correlación significativa entre las características de Personalidad Antisocial y la Ansiedad.

Para la correlación ***Dp Desviación psicopatita- A Ansiedad:***

Se obtuvo un puntaje (mismo que se apunta en la Tabla 8, y se expresa en la Grafica 10) que también reitera que la Ansiedad no esta relacionada, de manera significativa, con la Personalidad Antisocial.

Síntesis

1. Se observa cierta tendencia a la exageración de síntomas patológicos; sin embargo, se debe considerar el ámbito (penitenciario) y las características (rasgos de Personalidad Antisocial) de los sujetos evaluados.
2. Marcada tendencia Antisocial, en el 86% de los casos.
3. Un nivel de Ansiedad que va de bajo a alto.
4. No hay relación significativa entre la tendencia Antisocial y la Ansiedad.

CONCLUSIONES

***CONCLUSIONES RESPECTO DE LA PRESENCIA DE ANSIEDAD EN LA
PERSONALIDAD ANTISOCIAL***

El propósito, de esta investigación, se logro. Hay evidencia de que la Ansiedad *si* esta presente en la Personalidad Antisocial; así lo afirma McKinnon, et al. (1973) quien, de manera directa, expresa que es la negativa y una apariencia de compostura externa, las que conducen a “*la errónea pretensión de que dichos sujetos no presentan ansiedad*”; y por otro lado, también los resultados indican que el nivel de Ansiedad, en sujetos con perfil de Personalidad Antisocial, va de normal a elevado, salvo algunos casos que presentaron un bajo nivel de Ansiedad.

Por lo tanto, los objetivos se cubrieron, se logro identificar Ansiedad en la Personalidad Antisocial, sin embargo, no se encontró relación entre estas variables.

Es por ello que se rechaza la hipótesis nula, y se asume que el nivel de Ansiedad en los sujetos con personalidad Antisocial si es significativo; aunque, reitero, ello no implica relación entre el nivel de Ansiedad y la Personalidad Antisocial.

Por otro lado, el trabajo, inherente al estudio de la Personalidad Antisocial, es tan extenso y complejo que no se pueden abarcar todas las variables que intervienen en él, por lo que siempre quedan variables fuera de control. A continuación se mencionan sólo algunas de las más relevantes:

1. No hay certeza de que los sujetos evaluados para esta investigación, no se encontrasen bajo los efectos de sustancias toxicas (drogas) al momento de responder a la prueba.
2. No se tiene la certeza de que los sujetos evaluados para esta investigación, hayan comprendido plenamente todos y cada uno de los reactivos del MMPI.
3. Se invalidaron algunos estudios, porque los sujetos respondieron al azar.
4. También se invalidaron estudios, porque los sujetos dejaron de responder un número considerable de frases.

5. La Grafica 4 parece indicar que el 16% de la muestra no tiene un perfil de Personalidad Antisocial.

Como es ya evidente, el tema de la Personalidad presenta varios inconvenientes desde su definición, hay autores que utilizan de manera indistinta los términos Antisocial, Disocial o Psicópata, para algunos son sinónimos, para otros autores, cada una de estas denominaciones implica diferencias significativas en cuanto a características y grados de desadaptación.

Las características bajo las cuales se identifica y clasifica a los sujetos que presentan el Trastorno de Personalidad Antisocial, son muy diversas, mismas que no están presentes en un mismo individuo, por lo que autores como Kraepelín, Schneider, Blackburn, Millon, los clasifican en varios tipos de Psicopatía; por otro lado están las clasificaciones internacionales DSM-IV y CIE-10, para estas, sólo existe un tipo de Trastorno de Personalidad Antisocial o Disocial, respectivamente.

Retomando, sí la definición del Trastorno de Personalidad Antisocial es ambigua y sus características son variables, entonces, la evaluación...

En este sentido surgen dudas, ¿la evaluación de la Personalidad Antisocial es adecuada?, ¿el diagnostico será correcto?

Como ya se mencionó, la Grafica 4 parece indicar que el 16% de la muestra no tiene un perfil de Personalidad Antisocial, sin embargo se les clasificó bajo este diagnóstico.

Aquí, cabe mencionar que muchas de las deficiencias, en el diagnostico de la Personalidad Antisocial, pueden atribuirse a que el personal encargado de evaluar y diagnosticar, a los individuos que ingresan a un penal, no están capacitados para tal fin, los medios que se vienen utilizando, desde hace 40 años, ya no corresponden a la realidad actual, o , en el peor de los casos, la evaluación que se realizó, para esta investigación, fue deficiente, por lo que los resultados pudieran estar errados.

Por otro lado, hay interés económico, político y social, inherente al tema de la Personalidad Antisocial, ello muchas de las veces, entorpece y limita el trabajo del psicólogo, por lo que las causas de un mal diagnóstico son muchas.

Finalmente, queda una reflexión que dice “sí los rasgos más sobresalientes del psicópata *se dan en la interacción social*, ¿cómo se comportaría *un antisocial totalmente aislado* de sus semejantes (isla desierta)?” (McMillan y Kofoed, citados en Mata, 2000). *La naturaleza de los criterios diagnósticos hace pensar que la "patología" es más interactiva y social, que interna.*

Bibliografía

Bibliografía

Aluja, F. A. (1991). Psicopatología de la desinhibición: un modelo para el estudio de la psicopatía. El organismo antisocial: aspectos teóricos conductuales, biológicos y evaluación. *Personalidad desinhibida, agresividad y conducta antisocial*. (pp.19-24, 183-213). Barcelona, España: (PPU) Promociones y Publicaciones Universitarias.

American Psychiatric Association. (1994). Introducción. Trastornos de la personalidad. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV*. (pp. XV-XXV, 662-667). Barcelona, España: Masson.

Barclay, M. (1985). Conducta antisocial, violencia y crimen. *Psicología anormal, enfoque científicos y clínicos*. (pp. 459-472). D.F., México: Interamericana S.A. de C.V.

Cameron, N. (1990). El conflicto, la regresión, la ansiedad y las defensas. Desordenes de la personalidad. *Desarrollo y psicopatología de la personalidad*. (pp. 230-232, 241-242 y 631-638). D.F., México: Trillas S.A. de C.V.

Caso, A. (1989). Reacciones emocionales. Trastornos de personalidad. *Fundamentos de la psiquiatría*. (pp. 95-105, 878-881). D.F., México: Limusa S.A. de C.V.

Cleghorn, J.M. & Lee, B.L. (1993). Trastornos de personalidad. *Enfermedades mentales*. (pp. 75-82). D.F., México-Santa Fe de Bogotá, Colombia: El Manual Moderno S.A. de C.V.

Coderech, J. (1991). Neurosis de ansiedad. Trastornos del carácter. *Psiquiatría dinámica*. (pp. 107-116, 229-230). Barcelona, España: Herder S.A. de C.V.

Davison, G.C. & Neale, J.M. (2002). Trastornos por ansiedad. Trastornos de la personalidad. *Psicología de la conducta anormal DSM-IV*. (pp. 166-167, 323-331). D.F., México: Limusa S.A. de C.V. (Grupo Noriega Editores).

- Dicaprio, N.S. (1986). Naturaleza y usos de las teorías de la personalidad. Teorías del aprendizaje cognoscitivo y social. *Teorías de la personalidad*. (pp. 1-30, 480-494). D.F., México: Interamericana S.A. de C.V.
- Elkin, G.D. (2000). Trastornos de ansiedad. Trastornos de personalidad. *Psiquiatría clínica*. (pp. 99, 187-188, 195-197). D.F., México: McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Engler, B. (1996). Introducción: Evaluación de las teorías de la personalidad. Albert Bandura y Julian Rotter. *Introducción a las teorías de la Personalidad*. (4ª. ed.). (pp. 2-7, 228-244). D.F., México: McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Feldman, P. & Orford, J. (1985). Causas y control de la delincuencia. *Problemas psicológicos, aplicando la Psicología Social*. (pp.241-284). D.F., México: Limusa S.A. de C.V.
- Goldman, H.H. (1993). Trastornos de ansiedad. Trastornos de la personalidad. *Psiquiatría general*. (pp. 367-369, 430-432). D.F., México-Santa Fe de Bogotá, Colombia: El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Graham, J. R. (1987) Escala de Ansiedad (A) y Represión (R). Escala de Ansiedad Manifiesta (MAS). *MMPI, Guía práctica*. (pp. 87-97, 244-246). D.F., México: El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Kolb, L.C. (1977). Trastornos de la personalidad. *Psiquiatría clínica moderna*. (pp. 683-692). D.F., México: Ediciones científicas: La prensa medica mexicana S.A. de C.V.

- Maher, B.A. (1970). Aplicación de los conceptos psicológicos: La ansiedad. Trastornos de carácter y conducta antisocial. *Principios de psicopatología, un enfoque experimental*. (pp.208-211, 250-266). Madrid, España: Ediciones de Castillo S.A.
- McKinnon, R.A. & Michels, R. (1973) El paciente sociopático. *Psiquiatría Clínica Aplicada*. (pp. 274-311). D.F., México: Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.
- Megargee, E. I. (1971). Prologo a la edición en ingles. *Métrica de la personalidad, Metodología general y evaluación clínica con pruebas estructuradas*. (pp. 7-9). D.F., México: Trillas.
- Millon, T. (1976). Síndromes clínicos. *Psicopatología moderna, enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos de los disfuncionalismos*. (pp. 432-433, 488-491). Barcelona, España: Salvat Editores S.A.
- Moser, G. (1992). Definiciones y problemas. *¿Qué sé?, La agresión*. (pp. 11-14, 25-30, 97-103). D.F. México: Publicaciones Cruz O., S.A.
- Núñez, R. (1991) Prefacio. Introducción. Escalas especiales. Apéndice B. *Manual Práctico del MMPI, Pruebas psicométricas de la personalidad*. (2^a. ed.) (pp. 5-10, 13-17, 210-216, 374-379). D.F., México: Trillas.
- Núñez, R. (1994) Prologo para la primera edición. Prefacio para la tercera edición. Staeke R. Hathaway. Derivación y estructura de las escalas. Proyecto de renormalización de la prueba MMPI. *Aplicación del MMPI a la sicopatología*. (3^a. ed.) (pp. III-XXVI, 1-10, 285-294). D.F., México: Manual Moderno S.A. de C.V.

- Organización Mundial de la Salud. (1993). Introducción. Notas para usuarios. F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. *CIE-10, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento*. (pp. 7-11, 19-22, 40-42, 159-182). Madrid, España: Meditor.
- Page, D. J. (1982). Trastornos de la personalidad. *Manual de psicopatología*. (pp. 311-317). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Palacios, C. P. (2003). Guía de interpretación del inventario de la personalidad del Minnesota (MMPI). [Reseña del libro *Interpretación del MMPI en Psicología clínica, laboral y educativa*.] D.F., México: Manual Moderno.
- Patiño, J.L. (1990). La neurosis de carácter. La personalidad psicopática. *Psiquiatría clínica*. (2ª ed.) (pp. 193-205, 338-344). D.F., México: Salvat Mexicana de ediciones S.A. de C.V.
- Peck, D. & Whitlow, D. (1975). Introducción a la teoría de la personalidad. Teorías de rasgos y tipos. *Enfoques sobre la teoría de la personalidad*. (pp. 9-18, 51-70). D.F., México: Continental S.A.
- Pélicer, Y. (1974). Las neurosis. *Guía psiquiátrica para el médico general* (1ª ed.). (pp. 162). Barcelona, España: Fondo Editorial Toray-Masson S.A.
- Portuondo, J. A. (1985). Personalidades psicopáticas. *Psicopatología en psicología clínica*. (pp. 279-280). Madrid, España: Biblioteca Nueva.

- Rivera, J. O. (1991). Introducción. Advertencia. Consideraciones generales. Validez de los perfiles del MMPI. Revisión de las características en cada escala. Fundamentos para la interpretación del MMPI. Interpretación de las combinaciones de las escalas de validez (L, F y K). Integración de los datos del MMPI. El MMPI como instrumento de investigación. *Interpretación del MMPI en Psicología clínica, laboral y educativa*. (pp. I-IV, 1-2, 9-26, 76-78, 109-112). D.F., México: Manual Moderno.
- Rojas, E. (1998). Concepto. Sintomatología. *La ansiedad, "Como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones"*. (25-105). Madrid, España: Ediciones Temas de Hoy S.A.
- Saranson, I.G. & Saranson, B.G. (1990). Trastornos de ansiedad. *Psicología anormal, los problemas de la conducta desadaptada*. (pp. 177-178). D.F., México: Trillas
- Saranson, I.G. (1975). Las leyes, las costumbres sociales y la conducta. *Psicología anormal, los problemas de la conducta desadaptada*. (pp. 424-456). D.F., México: Trillas S.A. de C.V.
- Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (1996). Trastornos por ansiedad. Trastornos de personalidad y de control de impulsos. *Comportamiento anormal*. (pp. 155-158, 252-272). Estado de México, México: McGraw Hill/Interamericana de México S.A. de C.V.
- Tous, J.M. (1986). Precisiones conceptuales previas. El estudio de la personalidad. *Psicología de la personalidad, diferencias individuales, biológicas y cognoscitivas en el procesamiento de la información*. (pp. 9 -11, 17-18). Barcelona, España: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Turó, G. R. J. & Yepes, R. L. E. (1997). Trastornos de personalidad. *Fundamentos de la medicina, Psiquiatría*. (3^a ed.). (pp. 239-248). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.

Turó, G. R. J. & Yepes, R. L. E. (1986). Trastornos de personalidad. *Psiquiatría*. (2^a e.d.) (p. 382). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.

Usdin, G. & Lewis, J.M. (1983). Síndromes psiquiátricos en los adultos. *Psiquiatría en medicina general*. (pp. 194-198). Barcelona, España: Salvat Editores S.A.

Üstün, T.B., Berstelen, A., Dilling, H. Drimemelen, J., Pull, C., Okaska, A., Sartorius, N. & otros directores de los centros de referencia, y de enseñanza, de la CIE-10. (1999). Clasificación de los trastornos mentales en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). *Libro de casos de la CIE-10*. (pp. 17-20). Madrid, España: Medica Panamericana S.A.

Valdez, M.M., Tobeña, P.A., Flores, F.T. & Massana; R.J. (1983). Conducta ansiosa: definición y alcance. *Medicina Psicosomática, bases psicológicas y fisiológicas*. (pp.129-137). D.F., México: Trillas S.A. de C.V.

Woodruff, R.A., Jr., Goodwin, D.W. & Guze, S.B. (1978). Sociopatía. *El diagnóstico en Psiquiatría*. (pp. 115-124). D.F., México: Manual Moderno S.A. de C.V.

Zak, M. & Cowen, E.L. (1979). Trastorno de la personalidad. *Psicopatología*. (pp.239-249). D.F., México: Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.

Fuentes electrónicas:

Aguilar, S. V. M. (Julio-Diciembre de 1996). Criminología: Criminalidad y Patología. *Revista: Vinculo Jurídico*. [En red] 27-28. Disponible en: <http://www.uaz.edu.mx/vinculo/webrevj/rev27-28-4.htm>

- Alejos, C.M., Chávez, L.M. & Castañeda, Ch.A.M. (23 de Mayo de 2005). Ansiedad estado-rasgo en niños y adolescentes durante la hospitalización. *Psicocentro*. [En red]. Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b002
- Anibal, H.S. (2000). *Consideraciones acerca de la neurobiología de la ansiedad*. [En red]. Disponible en: <http://www.gador.com.ar/iyd/vulner/halsband.htm>
- American Psychiatric Association (APA) (2003). DSM-IV-TR: Introducción. *Psicoméd.* [En red] Disponible en: http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv_int.html
- Avilés, K. (23 de Marzo de 2005). Lucha contra la ansiedad. *La jornada*. [En red]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2005/jun05/050607/index.php>
- Baeza, V.J.C. (7 de Junio de 2005). Fisiología y psicología del miedo y la ansiedad. *Clínica de la Ansiedad*. [En red]. Disponible en: <http://www.clinicadeansiedad.com/documentos.asp?doc=136>
- Cano, V.A. (2002). La evaluación de nuestro nivel de ansiedad a través de los síntomas. *SEAS (Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés)*. [En red]. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/autoeval.htm>
- Cantú, G. E. (17 de Enero de 2005). Psicópatas. *Diálogos en Confianza*. [En red]. Disponible en: <http://oncetv.internext.com.mx/cgi-bin/trace.cgi?q=despdial&terms=DC17012005%5Cb>
- Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad. (7 de Junio de 2005). *Mecanismo de producción de Síntomas del Miedo y la Ansiedad*. [En red]. Disponible en: http://www.centroima.com.ar/editoriales_01.asp
- Charles, Ch.M. (Febrero de 2001). Ansiedad. *Psiquiatría*. [En red]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/ansiedad.htm>

Chico, L. E. & Ferrando, P. P. J. (23 de Mayo de 2005). *Análisis dimensional y validez de constructo en una escala de conducta antisocial*. [En red]. Disponible en: <http://fsmorente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/Iberpsi2/chico/chico.htm>

Doyharzabal, M. del C. (Abril de 2005). Las mascararas del psicópata. *Criminología web*. [En red]. Disponible en: <http://www.criminologiaweb.hostrocket.com/articulos/art003.htm>

El País, Colombia. (Julio 27 de 2003) “*La bestia y el monstruo*”. [En red]. Disponible en: <http://elpais-cali.terra.com.co/historico/jul272003/JUD/D1027N1.html>

Fuentes, S., Barragán, J. & Valero, C. (3 de Junio de 2005). Trastornos de la personalidad. *Centro de Salud Mental de Villena (Alicante, España-UE)*. [En red]. Disponible en: http://red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_39.htm

Gigena, D. (Agosto de 2000). Tendencia Antisocial y Adicciones. *Revista: ErAdicciones*. [En red], 7. Disponible en: <http://www.eradicciones.org/Revista/numero7/31.html>

Gloger, K.S. (1994). La angustia de pánico y su tratamiento. *Boletín de la Escuela de Medicina en la Universidad Católica de Chile*. [En red]. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/boletin/html/psiquiatria/5_8.html

- González, M.J. & Ferrándiz, A. (28 de Febrero de 2003). Prevención de la escalada de violencia en un paciente con personalidad antisocial. *Acción psicológica*. Vol. 2, No. 1, (pp. 87-98) [En red] Disponible en:
http://www.uned.es/psicologia/accion_psicol/periodico/N1VOL2PDF/8.pdf#search='Prevenci%C3%B3n%20de%20la%20escalada%20de%20violencia%20en%20un%20paciente%20con%20personalidad%20antisocial'
- León, O.A. (3 de Junio de 2005). Teoría del delincuente. *Universidad Abierta*. [En red]. Disponible en: <http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/L/TeorDelinc-Leon.htm>
- Linares, O.O.L. & Fabián, R.E. (2001). Psicología Criminal. *Curso impartido a Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Estado de México*. [En red]. Disponible en: http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/020607125031-_iacute_.html
- Marietan, H. (Noviembre de 1998). Personalidades Psicopáticas. *Revista Alcmeón*, Vol. 7. [En red], 3. Disponible en: <http://www.marietan.com.ar/articulos/articulo11.htm>
- Mata, E. (Febrero-Marzo 2000). Desde la neurobiología: neurobiología del psicópata. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-15 de Marzo 2000. *Conferencia 33-CI-C*. [En red]. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa33/conferencias/33_ci_c.htm
- Mata, E.A. (Noviembre de 2000). Psicopatía. *Mesa Redonda 7º Congreso Internacional de Psiquiatría*. [En red]. Disponible en:
<http://www.alcmeon.com.ar/9/35/Mata.htm>
- Mendiéta, G. R del P. (2001). *Yahoo Geocities*. [En red]. Disponible en:
<http://www.geocities.com/SunsetStrip/Theater/6128/garavito.html>

Merck Sharp & Dohme. (1 de Junio de 2005). *Ansiedad*. [En red]. Disponible en:
http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_083.htm
1

Merck Sharp & Dohme. (3 de Junio de 2005). *Trastornos de la personalidad*. [En red].
Disponible en:
http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_089.htm
1

Navarro, M.I.G., Sánchez, R. I. & Villaseñor, B. S. J. (Invierno 2003-2004). Los
trastornos de la personalidad y los trastornos relacionados con el abuso de
sustancias. *Revista: Dossier: Mitos y realidades de la psiquiatría*. [En red], 30.
Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug30/art6.html>

Navas, C. E. & Muñoz, G. J. J. (23 de Mayo de 2005). El síndrome disejecutivo en la
psicopatía. *II Congreso internacional de neuropsicología en Internet*. [En red].
Disponible en:
<http://www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/conferences/Navas.html>

Porras, S.R.E. (7 de Junio de 2005). Trastornos de la ansiedad. *Monografias.com*. [En
red]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos11/trastans/trastans.shtml>

Psicología Online, (15 de Septiembre de 2005). Apuntes de personalidad. *Aula Virtual*.
[En red]. Disponible en: [http://www.psicologia-
online.com/formacion/online/personalidad/personalidad05.htm](http://www.psicologia-online.com/formacion/online/personalidad/personalidad05.htm)

Roca, B. M. (23 de Mayo de 2005). *Abordaje de los trastornos de personalidad* [En
red]. Disponible en:
<http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/personalidad.htm>

- Rodríguez, L.J.F. & Contreras, C.M. (1998). Algunos datos recientes sobre la fisiología de los trastornos por ansiedad. *Rev Biomed*. [Serie en red]. 9, 181-191. Disponible en:
<http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb98936.pdf#search='Algunos%20datos%20recientes%20sobre%20la%20fisiolog%C3%ADa%20de%20los%20trastornos%20por%20ansiedad>
- Rubio, L. V. (3 de Junio de 2005). Los trastornos de la personalidad. Sus tipos. *Artículos médicos*. [En red]. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/border/tlprubio.htm>
- Ruiz, S.J.J. & Sánchez, C.J.J. (3 de junio de 2005). Psicoterapia por la personalidad: Cuatro enfoques de psicoterapia adaptados a la personalidad del paciente. *Psicología online*. [En red]. Disponible en:
<http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Personalidad/personalidadbib.htm>
- Sáez, B.C. & Silva, F.P. (Julio de 2000). Tazas de prevalencia y concurrencia de trastornos DSM-IV y dimensiones de personalidad en reclusos sometidos a proceso criminal. *Psicologíaonline.com*. [En red]. Disponible en:
<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/index.htm>
- San Miguel del Hoyo, M. T. (Noviembre de 2003). Reseña de los dos primeros capítulos del Manual de Trastornos de la Personalidad. *Revista de Psicoanálisis*. [En red]. 15. Disponible en: <http://www.aperturas.org/15sanmiguel.html>
- Sánchez, J. (1 de Enero de 2004). Se pueden prevenir suicidios de jóvenes. *El Universal Online*. [En red]. Disponible en: http://www.el-universal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=193797&tabla=notas

Tapias, S. A. C., Medina, R. E. Y. & Ruiz, G. S. E. (3 de Junio de 2005). Factores psicológicos asociados al trastorno de la personalidad antisocial.

PsicologíaJurídica.org. [En red]. Disponible en:

<http://www.psicologiajuridica.org/psj24.html>

Urbano, E. (27 de Agosto de 2004). Bibliografía. CIE-10, DSM-IV. *Psicoarea.org*. [En red] Disponible en: <http://www.p psicoarea.org/bibliografía.htm>

Xintia. (2 de Junio de 2005). Psicología. Factores: herencia y ambiente. Test de personalidad. Trastornos. *El rincón del vago*. [En red]. Disponible en:

http://html.rincondelvago.com/personalidad_16.html

Bibliografía complementaria:

American Psychiatric Association. (1998) *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychiatric Association (Adaptado al español por Editorial El Manual Moderno)*. D.F., México: El Manual Moderno

Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (1998). *Metodología de la investigación*. (2^a. ed.). D.F., México: McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.

Rivera, A. S. & García, M. M. (2005). *Aplicación de la Estadística a la Psicología*. D.F., México: Miguel Ángel Porrúa.

Gutiérrez, C.M. & García, G.M.D. (23 de Mayo de 2005). Ansiedad y cognición: un marco integrador. *Revista de la Universidad de La Laguna (España)*. [En red], 4. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/agutim660131299/texto.html>

Iglesia Internacional de Cienciología. (2003). La personalidad social vs. la personalidad antisocial. *Manual de Cienciología*. [En red]. Disponible en:
http://www.scientology.de/helpspn/sh11_2.htm

Kriboy, F., González, A. & Mendoza, M.C. (3 de Junio de 2005). Evaluación neuropsicológica y de la personalidad en homicidas de ambos sexos con rasgos psicopáticos. *Psicología Jurídica.org*. [En red]. Disponible en:
<http://www.psicologiajuridica.org/psj43.html>

Parres, R., Cuevas, P., Camacho, J. & Mendoza, J. (29 de octubre al 1 de noviembre de 1997). Desarrollo y psicopatología en los trastornos de carácter y de personalidad. *Trabajo presentado en el XXXVI Congreso Nacional de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana en Mérida, Yuc.* [En red]. Disponible en:
<http://www.apm.org.mx/Dreamweaver/Publicaciones/1998/Psico%20psicoanalitica.1.html>

Sobral, J., Romero, E., Luengo, A. & Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema*. Vol. 2, No. 4, (pp. 661-670). [En red]. Disponible en:
<http://www.psicothema.com/pdf/387.pdf#search='Personalidad%20y%20conducta%20antisocial%3A%20amplificadores%20individuales%20de%20los%20efectos%20contextuales'>

Tobeña, A. (18 de Julio de 2004). Un individuo que puede hacer un ataque suicida es un psicópata que además tiene déficit en el patrón moral. *Forum Barcelona 2004*. [En red]. Disponible en:
http://www.noticias.info/Archivo/2004/200407/20040719/20040719_29178.shtm

Urueña, C.N.E. (3 de junio de 2005). Programa de Lucha Contra la Corrupción en la Policía Nacional de Colombia. *IV Congreso del CLAD*. [En red]. Disponible en:
<http://www.clad.org.ve/anales4/uruena.html>

ANEXO

Acerca del MMPI

Los Dr. Hathaway McKinley, creadores del MMPI (Minnesota *Multifasic Personality Inventory*) deseaban ofrecer un instrumento psicológico adecuado para el diagnóstico basado en la evaluación práctica y objetiva, de la personalidad de los pacientes psiquiátricos dentro del marco clínico, que a la vez fuera útil, para decidir grados y categorías de enfermedad mental, además de contribuir con mayor información de la que pudiera obtenerse de la entrevista clínica (Núñez, 1994).

Para tal fin, se dedicaron a elaborar una prueba que fuera eficaz económicamente, es decir, que el costo en tiempo y conocimiento fuera mínimo en comparación con el beneficio en información obtenida, que tuviese objetividad al aplicarla e interpretarla (la interpretación si requiere de conocimiento y experiencia clínicos), que fuera práctica en la rutina clínica, así como que ofreciera una presentación de resultados objetiva y completa (Núñez, 1994).

Existen numerosas traducciones del cuestionario, y aunque la validez o normalización de las mismas no se halla dado en el contexto de las diferentes culturas en donde se aplica la prueba cuenta, por lo menos en México, con la validez que le otorga la traducción, revisión y adaptación llevada a cabo, por el Dr. Rafael Núñez, bajo la supervisión del mismo Dr. Hathaway; dicha traducción contó con su aprobación para ser publicada por la Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. y distribuida por la Librería Interamericana S.A., de México (Núñez, 1994). Lo importante, de este hecho, es que, aquí en México, recibimos el MMPI de primera mano.

Por otro lado, el Dr. Hathaway dijo que “la conducta actual puede predecirse a partir del conocimiento de la conducta pasada”; y añadió que “entre mas se vive es mas fácil ver hacia atrás e identificar los hechos de conducta pasada mismo que son determinantes en la conducta actual”. Tales hechos percibidos como principios generales, por el Dr. Hathaway, le sirvieron de apoyo científico más que las teorías de aquel tiempo.

Los principios básicos que dieron origen al MMPI son los siguientes (Núñez, 1994):

1. La prueba debería tener aplicación práctica a los problemas con los que se enfrentaban los médicos con pacientes que requerían evaluación de personalidad.
2. Las bases para todas las decisiones acerca del diagnóstico y la gran variedad del padecimiento, de un paciente, serían su propia autodescripción y la de los informantes. Parece obvio que casi todos los datos requeridos son susceptibles de ser puestos en forma verbal para describir al paciente, desde su propio punto de vista o como se percibe a sí mismo en relación a los demás.
3. La prueba debería de contribuir cuantitativamente, mas de lo que podía obtenerse de las entrevistas y/o de los informantes.
4. La prueba debería ser eficiente en su aplicación, esto es, que la información obtenida, mediante la prueba, debería costar menos tiempo y adiestramiento profesional que, por ejemplo, la entrevista.
5. A partir de los principios precedentes, es obvio pensar en un formato sencillo, sin demeritar la objetividad en su aplicación e interpretación. Lo que usualmente hacían las pruebas de la época, con su elección múltiple y/o forzada, sus frases confusas y/o complejas; con ello se pensó en un formato simple e inequívoco como prerrequisito de la prueba.
6. Ante la posibilidad de que el paciente, voluntaria o involuntariamente, diera información errada o falsa, se pensó que la prueba debería ser diseñada a modo de que el paciente niquiera supiera lo que sus respuestas podrían mostrar en realidad. De hecho, el atractivo principal de las pruebas proyectivas era que el paciente se denunciaba a sí mismo aún sin saberlo.
7. Se debía contar con un parámetro acerca de la cooperación o la oposición del paciente ante la prueba; expresados mediante la exageración o la negación de cualquier falla o queja respectivamente. Por lo anterior, y ante la posibilidad de que

el paciente tratara de dar impresiones muy favorables respecto de sí mismos, ello llevó a incorporar este principio a la escala “L” del MMPI. Se creó la escala “F” con el propósito de detectar inconsistencia en las respuestas o falta de comprensión de los reactivos. Y la escala “K” que fue creada con el fin de identificar aquellos rasgos característicos de la defensividad a dar una exacta descripción de sí mismo.

Escalas del MMPI

Originalmente eran 4 escalas de validez (**L** Alteración de las respuestas, **F** Estado Psicológico, **K** Reconocimiento de problemas y ? Frases omitidas) y 10 escalas clínicas (**1Hs** Hipocondriasis, **2D** Depresión, **3Hi** Histeria, **4Dp** Desviación psicopática, **5Mf** Masculinidad-feminidad, **6Pa** Paranoia, **7Pt** Obsesivo-compulsivo, **8Es** Esquizofrenia, **9Ma** Manía y **0Si** Introversión-extroversión), según Núñez (1994). Sin embargo, otros autores generaron muchas escalas más, a partir de los mismos 566 reactivos. Tal es el caso de las escalas **MAS** Ansiedad Manifiesta, de Taylor (1953), y **A** Escala de Ansiedad, de Welsh (1956). A continuación se hace una breve descripción de cada una de las escalas del MMPI (Núñez, 1994):

Escalas de validez

L Es una de las tres escalas de validez; esta escala está integrada por 15 frases que presentan situaciones socialmente deseables, pero que rara vez son llevadas a cabo por la gente. Personas demasiado escrupulosas, ofrecen puntuaciones mas altas que la mayoría de las personas, sin embargo, cuando una persona obtiene un puntaje entre 6 u 8, se debe a que el sujeto esta tratando de dar una muy buena impresión de sí mismo, principalmente en lo que se refiere a su conducta social. El promedio de la gente sólo contesta de 3 a 5 respuestas calificables con L.

F Es otra de las escalas de validez; esta integrada por 64 frases que se seleccionaron, debido a que la puntuación de los sujetos normales seleccionados era muy baja en la escala, ya que se observó que sólo llegaban a 3 ó 4 puntos. En contraste, se observó que esta escala era muy alta indicando, con ello, dificultad para comprender las frases y, por lo tanto, la

prueba sería invalidada si este era el caso, por otra parte, un puntaje elevado indicaba también que el sujeto no colabora de manera adecuada para contestar a la prueba.

K Es una más de las escalas de validez; es la de más reciente creación, además de ser la más compleja. *K* no tiene una interpretación en particular, esta escala se utiliza en combinación con 5 de las escalas clínicas, estas son las escalas 1, **4**, **7**, **8** y **9**, su función tiene un propósito correctivo para estas escalas clínicas. Puntuaciones elevadas, en *K* y *F*, son indicador de franqueza y demasiada autocrítica.

Como escala modificadora, la *K* tuvo por objeto identificar casos de sujetos que, sin ningún padecimiento, mostraban respuestas de tal naturaleza que hacía parecer como anormales y, por otra parte, había personas que con padecimientos mentales aparentaban no tener ninguno. Por tales motivos, se buscó una serie de oraciones que pudieran ofrecer un cuadro acerca de la actitud, que el paciente tiene, al interpretar las frases de la prueba.

Indudablemente, existen tendencias, de todo individuo, a dar cierta imagen de sí mismo al responder preguntas de las del tipo del MMPI. En esta actitud se pueden observar dos tendencias, una de tipo defensivo, que tiene por objeto ofrecer una imagen positiva de sí mismo ante los demás, y otra de ser demasiado autocrítico. Los defensivos parecen relacionarse con el cuadro clínico de la histeria, en tanto que el autocrítico se relaciona con el cuadro obsesivo-compulsivo.

La *K* fue necesaria para distinguir las distorsiones extremas, ya que las escalas *L* y *F* no son suficiente para detectar actitudes, de manera consciente o inconsciente, de personas defensivas o autocríticas.

? La escala *No puedo decir*; se obtiene del total de frases que el sujeto no contesta. Actualmente se le enfatiza, al sujeto, que responda a todas las frases, y se ha abandonado la parte de la consigna que hace referencia a no contestar las frases que no apliquen o que se desconocen. Una alta puntuación en esta escala, es indicador de que el sujeto, debido a que

no sabe como contestar, no se puede llegar a una conclusión acerca de él. Por todo ello, esta escala ya no es de uso común.

Escalas clínicas

1 Hs Hipocondriasis; las frases que se seleccionaron, para integrar esta escala, fueron aquellas que, con mayor frecuencia, se respondían de manera afirmativa o negativa, para incluirse, dentro de la escala, las frases debían encontrarse con tal frecuencia que al compararse, con el grupo control, los hipocondríacos, con un puntaje de 74.2, utilizaran por lo menos el doble de error normal. Se utilizaron dos grupos control, uno de pacientes con algún malestar físico, con un puntaje de 58.1, y otro grupo integrado por pacientes psiquiátricos que no se habían diagnosticado como hipocondríacos, con un puntaje de 55.7. Esta diferencia señaló el poder discriminativo de la escala.

2 D Depresión; en el sentido que la utilizaron los autores, se refería a la insatisfacción, general, con el estado de las cosas o de la vida, desesperanza por el futuro y ánimo decaído. Esta escala sirvió para señalar, de manera estadística, que era posible diferenciar, clínicamente, a pacientes depresivos de sujetos normales, como también hay evidencia de que las mujeres ofrecen una puntuación más alta que los hombres. Cabe mencionar que según Rivera (1991), el mexicano, por cuestiones culturales, presenta puntajes altos con respecto a la media, sin ser por ello depresivo, es decir, que este sigue siendo nuestro rango de normalidad, sólo en esta escala; para poder considerar al mexicano como depresivo su puntuación, en esta escala, debe ser muy alta.

3 Hi Histeria; las frases que utilizaron, los sujetos pertenecientes a este grupo, abarcaban varios aspectos, algunas se referían a quejas de tipo somático, otras frases se referían a actitudes sociales, siendo, estas últimas, de tal naturaleza que el sujeto logra enfatizar aquellas con las que él pretende que se le considere adecuadamente socializado. Desde el principio de la prueba, se ha encontrado que existe una alta correlación entre las escalas Hs y Hi, este fenómeno se observó, también, en pacientes con diagnóstico de histeria, pero si, a esta combinación, se suma D, entonces se presenta aquello conocido como la triada neurótica.

Así como hemos podido observar, que al correlacionarse estas escalas, resultan diferentes tipos de patologías de la personalidad, así sucede con todas las demás.

4 Dp *Desviación psicopática*; esta es, probablemente la escala que mas interesa a esta investigación, esta escala tiene por objeto estudiar a todo ese grupo de personas que presentan características tales como conducta asocial, *mínima ansiedad*, y *poco o ningún sentido de malestar*. La escala esta integrada por un total de 50 frases, con contenidos de mala adaptación social, otras se relacionan con depresión y ausencia de experiencias agradables, parte de las frases esta integrado por frases que sugieren ideas de tendencia paranoide, los tres subgrupos contribuyen a la validez de la escala.

5 Mf La escala *Masculinidad-Feminidad*, se obtuvo al comparar la frecuencia con que las frases son interpretadas por un grupo de sujetos, hombres y mujeres heterosexuales, otro grupo de hombres y mujeres homosexuales. Se encontró dificultad en lograr un grupo, homogéneo, con homosexuales; debido a que este grupo presenta subdivisiones, existen pseudo homosexuales con rasgos neuróticos, en los que el sentimiento de inferioridad parece ser el rasgo dominante, por otro lado, existen homosexuales de variedad sociopática los cuales muestran alta relación con la escala 4; como también existe el grupo de homosexuales en los que parece haber un factor constitucional. No obstante, existe suficiente evidencia estadística para establecer la escala 5, que hoy es considerada importante en la interpretación clínica del MMPI.

6 Pa La escala *Paranoia*; se derivó de la utilización, del MMPI, en pacientes diagnosticados con síntomas paranoides. No se le llamo Paranoia, sino más bien, a los pacientes se les diagnosticaba como estado, condición o esquizofrenia paranoides. Se trató de pacientes que se sentían perseguidos, sufrían de megalomanías, eran suspicaces, con ideas de referencia, rígidos en sus opiniones y actitudes. La combinación de puntuaciones altas en las escalas Es y Pa sirvió para determinar a pacientes diagnosticados como esquizofrénicos paranoides.

7 Pt Obsesivo-compulsivo; esta escala se estructuró con el objeto de diferenciar a pacientes que sufrían de dudas exageradas, obsesiones y fobias. Anteriormente se llamó, a este grupo, como el de las psicastenias, actualmente se le conoce como el grupo de los obsesivo-compulsivos. El término Psicastenia se deriva del concepto de “una debilidad de la voluntad que incapacita, al individuo, para impedir el tipo de conducta que lleva a cabo o se ve forzado a ejecutar”. Se debe recordar que los actos compulsivos se caracterizan, siempre, por la necesidad que siente, el paciente, de ejecutar ciertos actos, sin tomar en cuenta lo irracional de los mismos, es decir, que el paciente se ve forzado a ejecutar el acto porque se siente **angustiado** si no lo hace. El pensamiento obsesivo esta acompañado de **angustia y tensión**, como cuando el paciente piensa, constantemente, que él es una persona inútil o que algo terrible le va a suceder.

8 Es La escala *Esquizofrenia*; es la que recibió mayor atención para lograr identificar una variable útil. Para derivarla se probaron diferentes frases con las que se busco el tipo de respuestas que ofrecían 50 pacientes diagnosticados como esquizofrénicos. La escala Es que se usa actualmente, se derivó de un grupo de 152 proposiciones que mostró diferencias, confiables estadísticamente, del grupo de esquizofrénicos, pero también fue modificada por que se prestaba a lo que Hathaway (1951) denominó resultados falsos-positivos, lo cuales son protocolos que semejan ser como los de un grupo dado, por ejemplo, esquizofrenia, sin ser de este grupo realmente. Finalmente, se llegó a la escala Es actual, la cual se modificó al introducir la escala de corrección **K**.

9 Ma La escala *Hipomanía*; tiene por objeto evaluar leves grados de excitación maniaca que se encuentra en las psicosis maniaco depresivas. En la estructuración de esta escala, se utilizaron pacientes que sufrían de un grado moderado de esta perturbación, ya que los casos severos no podían cooperar adecuadamente en la clasificación de las frases. Se incluyeron a aquellos pacientes que sufrían de estados confusos, delirio, agitación o cuadros de esquizofrenia. La selección de las frases que integran la escala es hizo de la misma manera que con las otras escalas, hasta aquí descritas.

0 Si En la escala *Introversión-Extroversión*; las personas que ofrecen una alta puntuación tienden a aislarse socialmente, cuando la puntuación es baja, el individuo es extrovertido y tiende a relacionarse con grupos y formar parte activa de ellos.

La escala Si no hace referencia a ningún aspecto de la personalidad, que pueda mostrar alteraciones; más bien, fue elaborada con el fin de encontrar tendencias, de la persona, para identificarse con características que se agrupan bajo las categorías de Introversión-Extroversión (Rivera, 1991).

Escalas adicionales

MAS *Ansiedad Manifiesta*, de Taylor (1953). Esta escala permite identificar sujetos con niveles de impulso (ansiedad) altos y bajos; quejas físicas o somáticas, intranquilidad, excitación, sentimiento de ineficacia, dificultad para concentrarse, pesimismo (Graham, 1987).

A *Escala de Ansiedad*, de Welsh (1956). Esta escala se desarrolló para identificar psicopatología mayor, pesimismo, intranquilidad, apatía, defensividad, racionalización (culpar a los demás por las propias dificultades), desadaptación social, falta de compromiso, frialdad, insatisfacción (Graham, 1987).

Calificación

La puntuación **T** es el resultado de la conversión estadística, en la que la media aritmética, de las puntuaciones normales, se ajusta a 50 y una desviación estándar es de 10 puntos, por lo que la puntuación de T 70 representa dos desviaciones, estándar, por arriba de la media (Núñez, 1994).

El procedimiento de calificación de la prueba y la elaboración del perfil resultante tienen alta confiabilidad, ya que dependen de marcos de referencia fijos, principalmente estadísticos (Rivera, J. O. 1991).

Antes de interpretar la prueba es necesario conocer la validez de las respuestas del sujeto, ya que con frecuencia pueden alterarse por falta de comprensión de algunos

reactivos o por un exceso de ansiedad al enfrentar la situación y características de la prueba (Rivera, 1991).

Criterios de invalidación

1. Que el evaluado deje sin responder 30 reactivos; que dejando de responder sólo 20 reactivos, el evaluador los conteste en dirección patológica y se comparen los dos perfiles y existan diferencias cualitativas entre ellos (Palacios, 2003).
2. Que el puntaje, en bruto, de la escala F sea ≥ 20 (Rivera, 1991).
3. Que al obtener el índice Gough (F-K) el puntaje sea ≥ 9 positivo (Rivera, 1991).
4. Que ninguna de las escalas clínicas, con excepción de la escala 5, se encuentre en el área de normalidad estadística (entre T 40 y T 60) (Palacios, 2003).

Es importante recordar que solamente cuando se presentan tres de los cuatro criterios de invalidación, el perfil se considerará inválido, y la interpretación, si se hace a pesar de ello, deberá ser con reservas (Palacios, 2003).

Fundamentos para la interpretación

Para la interpretación del MMPI es muy importante el conocimiento previo, lo mas completo posible, de las características, clínicas y psicológicas, relacionadas a cada una de las patologías que corresponden a cada una de las escalas del MMPI, sin importar que, en la psicología clínica moderna, las denominaciones de algunas de ellas estén actualmente fuera de uso o hayan sido sustituidas por otras; como por ejemplo, en el caso de las Psicastenias, el termino hace referencia a lo que hoy se conoce como trastorno obsesivo-compulsivo y otras características de trastornos de ansiedad (Rivera, 1991).

El amplio conocimiento de dichas características permitirá una interpretación mas completa, aún cuando las escalas se agrupan en combinaciones poco frecuentes, y que por lo tanto no aparezcan en los manuales de la prueba (Rivera, 1991).

Se utilizarán, con frecuencia, los términos *elevada* o *baja* para designar la ubicación de cada escala dentro del perfil. Por ejemplo, el término elevada indica que la escala, en cuestión, tiene un puntaje por arriba de la media estadística y, en comparación con las demás, tiende a sobresalir, su correspondiente puntaje T es el más alto o uno de los más altos con respecto a las otras escalas dentro del perfil (Rivera, 1991).

Otro aspecto que se habrá de tomar en cuenta para la interpretación del perfil, será el objeto de la misma, es decir, para que sea utilizada la información, para selección de personal, con fines de orientación vocacional, con fines de atención psicoterapéutica, con fines de investigación, etc. (Rivera, 1991).

Es conveniente señalar que se ha abandonado la práctica de utilizar las escalas aisladamente, en lugar de ello, se prefiere la combinación de ellas; la mayor efectividad de la prueba se obtiene mediante la descripción total de las escalas, aunque no por ello deja de ser útil mediante la descripción escala por escala, sólo que en el primer caso se obtiene una base mas sólida para el diagnóstico, de hecho se puede asegurar que no existen dos perfiles del MMPI idénticos (Núñez, 1994).

Es raro encontrar similitudes cercanas. Ello requiere del más alto nivel clínico e interpretativo para que se exprese la casi ilimitada combinación de perfiles (Núñez, 1994).

Finalmente, no debe sobrevalorarse la validez del MMPI, mas allá de un mero instrumento, por encima de la experiencia clínica, la observación, los hechos mismos, etc.; existen, todavía en la actualidad, discrepancias respecto a las calificaciones que no han podido ser estimadas, convenientemente, en el contexto en el cual serán aplicadas. Sin embargo, también es cierto que muchas de las expresiones numéricas del MMPI, se han relacionado adecuada y repetidamente con datos conductuales significativos; mas aún,

dichas expresiones, en la actualidad, son de mayor significado que muchos de los criterios de diagnóstico internacionales que se utilizan para clasificar trastornos mentales (Núñez, 1994), como pudiera ser el caso del DSM-IV y la CIE-10.

FORMATO DEL CUADERNILLO DE REACTIVOS DEL MMPI



NO ABRA ESTE FOLLETO HASTA QUE SE LE INDIQUE

**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD MMPI-Español**

Dr. S. R. HATHAWAY y Dr. J. C. McKINLEY

Traducido por A. Bernal, A. Colón, E. Fernández, A. Mena, A. Torres y E. Torres,
el Personal Técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico,
con la colaboración del Dr. Starke R. Hathaway

Adaptación para América Latina por el
Dr. Rafael Núñez, México

Este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, **en su caso**, es **cierta o falsa**.



Usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones. Fíjese en el ejemplo que aparece al lado derecho. Si la oración es CIERTA o, más o menos CIERTA en su caso, rellene con lápiz el círculo en el renglón **C** (Cierto), vea el ejemplo 1. Si la oración es FALSA o, más o menos FALSA en su caso rellene el círculo en el renglón **F** (Falso), vea el ejemplo 2. Si la oración o proposición no se aplica a usted o si se trata de algo que des conoce, no haga marca alguna en la hoja de contestaciones.



Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio. **No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.**

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, **asegúrese de que el número de la oración corresponde al número de la respuesta en la hoja de contestaciones.** Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar.

Recuerde, trate de dar **alguna** respuesta para cada una de las oraciones.

No marque este folleto.

AHORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE

Printed by El Manual Moderno, S. A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1959, Copyright 1943, by
the University of Minnesota
All rights reserved.
D.R. © 1967 por El Manual Moderno, S. A.

Impreso en México



1975

Eduardo Cortés Martínez

NO HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
5. El ruido me despierta fácilmente.
6. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
11. Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos.
12. Me gustan los cuentos detectivescos o de misterio.
13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.
15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
17. Mi padre fue un buen hombre.
18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
19. Cuando acepto un nuevo empleo me gusta que me indiquen a quién debo halagar.
20. Mi vida sexual es satisfactoria.
21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
23. Sufro de ataques de náusea y de vómito.
24. Nadie parece comprenderme.
25. Me gustaría ser cantante.
26. Creo que es mucho mejor quedarme callado cuando estoy en dificultades.
27. Los espíritus malos se posesionan de mí a veces.
28. Cuando alguien me hace un mal sienta que debiera pagarle con la misma moneda, si es que puedo, como cuestión de principio.
29. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.
30. A veces siento deseos de maldecir.
31. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
33. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
34. Tengo tos la mayor parte del tiempo.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
36. Raras veces me preocupo por mi salud.
37. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
38. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
39. A veces siento deseos de destruir cosas.
40. La mayor parte del tiempo preferiría soñar despierto antes que hacer cualquier otra cosa.
41. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.

PASE LA PAGINA

42. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida).
43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
44. La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza.
45. No siempre digo la verdad.
46. Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.
47. Una vez a la semana o más a menudo, me siento repentinamente caliente en todo el cuerpo, sin causa aparente.
48. Cuando estoy con gente me molesta el oír cosas muy extrañas.
49. Sería mejor si casi todas las leyes fueran descartadas.
50. Mi alma a veces abandona mi cuerpo.
51. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.
52. Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas conocidas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
53. Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted.
54. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
55. Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho.
56. Cuando muchacho (a) me suspendieron de la escuela una o más veces por hacer travesuras.
57. Soy una persona sociable.
58. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.
59. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.
60. No leo todos los editoriales del periódico diariamente.
61. No he vivido la vida con rectitud.
62. Con frecuencia siento como un ardor, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.
63. No he tenido dificultad en comenzar o detener el acto de defecación.
64. Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo.
65. Yo quise a mi padre.
66. Veo cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.
67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
68. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
69. Me siento fuertemente atraído por personas de mi propio sexo.
70. Me gustaba jugar a las prendas.
71. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conduelan de ellos y les ayuden.
72. Sufro de malestares en la boca del estómago varias veces a la semana o con más frecuencia.
73. Soy una persona importante.
74. A menudo he deseado ser mujer. (O si Ud. es mujer) Nunca me ha pesado ser mujer.
75. Algunas veces me enojo.
76. La mayor parte del tiempo me siento triste.
77. Me gusta leer novelas de amor.
78. Me gusta la poesía.
79. Mis sentimientos no son heridos con facilidad.
80. De vez en cuando mortifico a los animales.
81. Creo que me gustaría trabajar como guardabosque.
82. Soy vencido fácilmente en una discusión.

PASE LA PAGINA

83. Cualquier persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte tiene buenas posibilidades de obtener éxito.
84. En estos días me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
85. Algunas veces me siento tan atraído por artículos personales de otros, como calzado, guantes, etc., que quiero tocarlos o robarlos aunque no haga uso de ellos.
86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
87. Me gustaría ser florista.
88. Generalmente siento que la vida vale la pena.
89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
90. De vez en cuando dejo para mañana lo que debería hacer hoy.
91. No me molesta que se burlen de mí.
92. Me gustaría ser enfermero (o enfermera).
93. Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.
94. Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).
95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.
96. Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.
97. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.
98. Creo en la segunda venida de Cristo.
99. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido.
100. He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible llegar a una decisión.
101. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
102. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.
103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares.
104. No parece importarme lo que me pase.
105. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy malhumorado.
106. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo o diabólico.
107. Casi siempre soy feliz.
108. Parece que mi cabeza o mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.
109. Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
110. Alguien me tiene mala voluntad.
111. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.
112. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo que es justo.
113. Creo que la ley debe hacerse cumplir.
114. A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.
115. Creo en otra vida después de ésta.
116. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.
117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
118. En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras.
119. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero ni más despacio, ni balbuciente; ni ronca).
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer afuera en compañía de otros.
121. Creo que están conspirando contra mí.
122. Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.

PASE LA PAGINA

123. Creo que me están siguiendo.
124. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.
125. Sufro mucho de trastornos estomacales.
126. Me gustan las artes dramáticas.
127. Yo sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
128. El ver sangre no me asusta ni me enferma.
129. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado.
130. Nunca he vomitado o escupido sangre.
131. No me preocupa contraer enfermedades.
132. Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas.
133. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.
135. Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
136. Generalmente pienso qué segunda intención pueda tener otra persona cuando me hace un favor.
137. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayor parte de la gente que conozco.
138. La crítica o el regaño me hiere profundamente.
139. Algunas veces siento el impulso de herirme o de herir a otros.
140. Me gusta cocinar.
141. Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean.
142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.
143. Cuando niño pertenecía a un grupo o pandilla que trataba de mantenerse unido a toda prueba.
144. Me gustaría ser soldado.
145. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
146. Me siento impulsado hacia la vida errante y nunca me siento feliz a menos que esté viajando de un lado a otro.
147. Muchas veces he perdido una oportunidad porque no he podido decidirme a tiempo.
148. Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante.
149. Acostumbraba llevar un diario de mi vida.
150. Prefiero ganar a perder en un juego.
151. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
152. Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
154. Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
156. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.
157. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo.
158. Lloro con facilidad.
159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
160. Nunca me he sentido mejor que ahora.
161. A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.
162. Me mortifica que una persona me tome el pelo tan hábilmente que tenga que admitir que me engañaron.
163. No me canso con facilidad.

PASE LA PAGINA

164. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.
165. Me gusta conocer gente de importancia porque eso me hace sentir importante.
166. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
167. No me sentiría nervioso si algún familiar mío tuviera dificultades con la justicia.
168. Mi mente no está muy bien.
169. No tengo miedo de manejar dinero.
170. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
171. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aun cuando otros estén haciendo lo mismo.
172. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
173. Me gustaba la escuela.
174. Nunca me he desmayado.
175. Rara vez o nunca he tenido mareos.
176. No le tengo mucho miedo a las serpientes.
177. Mi madre fue una buena mujer.
178. Mi memoria parece ser buena.
179. Me preocupan las cuestiones sexuales.
180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
181. Cuando me siento aburrido me gusta provocar algo emocionante.
182. Tengo miedo de perder el juicio.
183. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
184. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
185. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
186. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.
187. Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábiles.
188. Puedo leer por un largo rato sin que se me cansen los ojos.
189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
190. Muy pocas veces me duele la cabeza.
191. Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.
192. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
193. No me dan ataques de alergia o asma.
194. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos o el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
195. No me agradan todas las personas que conozco.
196. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
197. Alguien ha estado tratando de robarme.
198. Muy pocas veces sueño despierto.
199. Se debe enseñar a los niños la información básica sobre la vida sexual.
200. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.
201. Desearía no ser tan tímido.
202. Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
203. Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir noticias de teatro.
204. Me gustaría ser periodista.
205. A veces me ha sido imposible evitar el robar o llevarme algo de una tienda.
206. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).

PASE LA PAGINA

207. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
209. Creo que mis pecados son imperdonables.
210. Todo me sabe igual.
211. Puedo dormir de día pero no de noche.
212. Mi familia me trata más como niño que como adulto.
213. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras.
214. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.
215. He bebido alcohol con exceso.
216. Hay muy poco compañerismo y cariño en mi familia en comparación con otros hogares.
217. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.
218. No me molesta mucho el ver sufrir a los animales.
219. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
220. Yo quise a mi madre.
221. Me gusta la ciencia.
222. No encuentro difícil el pedir ayuda a mis amigos aun cuando no pueda devolverles el favor.
223. Me gusta mucho cazar.
224. Con frecuencia mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbraba salir.
225. A veces murmuro o chismeo un poco de la gente.
226. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan y perturban mucho.
227. Me han dicho que camino dormido.
228. A veces creo que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
229. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
230. Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me siento corto de respiración.
231. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
232. He sido educado en un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido desde entonces con sumo cuidado.
233. Algunas veces he sido un obstáculo a personas que querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.
234. Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto.
235. He sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar.
236. Me preocupo mucho.
237. Casi todos mis parientes congenian conmigo.
238. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
239. He sufrido un desengaño amoroso.
240. Nunca me preocupo por mi aspecto.
241. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
242. Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.
243. Sufro de pocos o ninguna clase de dolor.
244. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal interpretado por otros.
245. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.
246. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
247. Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.

PASE LA PAGINA

248. Algunas veces sin razón alguna o aun cuando las cosas no me están saliendo bien me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".
249. Creo que existe el diablo y el infierno.
250. No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
251. He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
252. A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted.
253. Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas.
254. Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas los unos a los otros.
255. En las elecciones algunas veces voto por candidatos acerca de quienes conozco muy poco.
256. La única parte interesante del periódico es la página cómica.
257. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.
258. Creo que hay un Dios.
259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.
260. En la escuela fui lento en aprender.
261. Si fuera artista me gustaría pintar flores.
262. No me molesta el no ser mejor parecido.
263. Sudo con facilidad aun en días fríos.
264. Tengo entera confianza en mí mismo.
265. Es más seguro no confiar en nadie.
266. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.
267. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.
268. Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.
269. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
270. Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas están bien cerradas.
271. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.
272. A veces estoy lleno de energía.
273. Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.
274. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
275. Alguien controla mi mente.
276. Me gustan los niños.
277. A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro, que he deseado que se salga con la suya.
278. Con frecuencia me ha parecido que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.
279. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
280. La mayoría de la gente se hace de amigos por conveniencia propia.
281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.
282. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a los que usualmente quiero.
283. Si fuera reportero me gustaría mucho escribir noticias deportivas.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
285. A veces me río de chistes sucios.
286. Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo.
287. Tengo pocos temores en comparación con mis amigos.
288. Sufro de ataques de náusea y vómitos.

PASE LA PAGINA

289. Siempre me disgusto con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los argumentos de un abogado astuto.
290. Trabajo bajo una tensión muy grande.
291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.
292. Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellos no me hablan a mí.
293. Alguien ha tratado de influir en mi mente.
294. Nunca he tenido tropiezos con la ley.
295. A mí me gustaba el cuento "Caperucita Roja".
296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.
297. Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.
298. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en esto.
299. Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.
300. Nunca en mi vida me ha gustado jugar con muñecas.
301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.
302. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
303. Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.
304. En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.
305. Aun cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
306. Recibo toda la simpatía que debo recibir.
307. No participo en algunos juegos porque no los sé jugar bien.
308. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
309. Creo que hago amistades tan fácilmente como los demás.
310. Mi vida sexual es satisfactoria.
311. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
312. No me gusta tener gente alrededor.
313. El hombre que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección, es tan culpable del robo como el ladrón mismo.
314. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
315. Estoy seguro que la vida es cruel conmigo.
316. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
317. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
318. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
319. A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga.
320. Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales.
321. Me ruborizo fácilmente.
322. El dinero y los negocios me preocupan.
323. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
324. Nunca he estado enamorado de nadie.
325. Ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.
326. A veces me dan accesos de risa o de llanto que no puedo controlar.
327. Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obedecer, aun cuando yo creía que no tenían razón.
328. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
329. Casi nunca sueño.

PASE LA PAGINA

330. Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos.
331. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado.
333. Nadie parece comprenderme.
334. A veces percibo olores raros.
335. No me puedo concentrar en una sola cosa.
336. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
337. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.
338. Sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de las que me corresponden.
339. La mayor parte del tiempo desearía estar muerto.
340. Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente.
341. A veces oigo tan bien que me molesta.
342. Se me olvida muy pronto lo que la gente me dice.
343. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.
344. Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.
345. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.
346. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas en anuncios luminosos, etc.
347. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.
348. Generalmente no me fío de las personas que son un poco más amistosas de lo que yo esperaba.
349. Tengo pensamientos extraños y peculiares.
350. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
351. Me pongo ansioso y turbado cuando tengo que salir de casa para hacer un corto viaje.
352. He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño.
353. No temo entrar solo a un salón donde hay gente reunida hablando.
354. Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntiaguda.
355. Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.
356. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
357. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
358. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente, y se me hace imposible librarme de ellas.
359. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
360. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
361. Me inclino a tomar las cosas muy en serio.
362. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
363. A veces he sentido placer cuando un ser querido me ha lastimado.
364. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
365. Me siento incómodo cuando estoy bajo techo.
366. Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.

*PASE LA PAGINA SOLAMENTE
CUANDO SE LE INDIQUE*

367. No le temo al fuego.
368. A veces me he alejado de otra persona porque temía hacer o decir algo que pudiera lamentar después.
369. La religión no me preocupa.
370. Odio tener que trabajar de prisa.
371. No soy una persona demasiado consciente de sí misma.
372. Tiendo a interesarme en diferentes distracciones en vez de concentrarme por largo tiempo en una de ellas.
373. Estoy seguro de que sólo existe una religión verdadera.
374. Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
375. Cuando me siento muy feliz y activo, alguien que esté deprimido me desanima por completo.
376. Los policías son generalmente honrados.
377. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo.
378. No me gusta ver fumar a las mujeres.
379. Muy raramente me siento deprimido.
380. Cuando alguien dice cosas tontas o estúpidas acerca de algo que sé, trato de corregirlo.
381. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio.
382. Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
383. La gente me desilusiona con frecuencia.
384. Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
385. El relámpago es uno de mis temores.
386. Me gusta tener a los demás intrigados sobre lo que voy a hacer.
387. Los únicos milagros que conozco son simplemente tretas que unas personas les hacen a otros.
388. Me da miedo estar solo en la oscuridad.
389. Con frecuencia mis planes han parecido estar tan llenos de dificultades, que he tenido que abandonarlos.
390. Muchas veces me he sentido muy mal al no haber sido comprendido cuando trataba de evitar que alguien cometiera un error.
391. Me gusta muchísimo ir a bailes.
392. Le tengo terror a una tormenta.
393. Los caballos que no jalan debieran ser golpeados o pateados.
394. Frecuentemente le pido consejo a la gente.
395. El futuro es demasiado incierto para que una persona haga planes formales.
396. Con frecuencia, aun cuando todo me va bien, siento que nada me importa.
397. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
398. Frecuentemente pienso: "quisiera volver a ser niño".
399. No me enoja fácilmente.
400. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio para la humanidad.
401. No le temo al agua.
402. Frecuentemente tengo que consultar con la almohada antes de tomar decisiones.
403. Es una gran cosa vivir en esta época en que ocurren tantas cosas.
404. Frecuentemente la gente ha interpretado mal mis intenciones cuando trataba de corregirla y ayudarla.
405. No tengo dificultad al tragar.

PASE LA PAGINA

406. Frecuentemente he conocido personas a quienes se suponía expertas y que no eran mejores que yo.
407. Por lo general soy tranquilo y no me altero fácilmente.
408. Puedo ocultar lo que siento en algunas cosas de manera tal que la gente puede hacerme daño sin que se den cuenta de ello.
409. A veces me he agotado por emprender demasiadas cosas.
410. Me gustaría mucho ganarle a un pícaro con sus propias armas.
411. Me siento un fracasado cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
412. No temo ver al médico acerca de una enfermedad o lesión.
413. Merezco un severo castigo por mis pecados.
414. Tiendo a preocuparme tanto por los desengaños que luego no puedo dejar de pensar en ellos.
415. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.
416. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.
417. A menudo me siento tan molesto cuando alguien trata de adelantarseme en una fila, que le llamo la atención.
418. A veces pienso que no sirvo para nada.
419. Cuando muchacho frecuentemente salía para la escuela pero no llegaba a ella.
420. He tenido experiencias religiosas extraordinarias.
421. Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos.
422. Me he sentido avergonzado por la clase de trabajo que alguien de mi familia ha hecho.
423. Me gusta o me ha gustado muchísimo pescar.
424. Siento hambre casi todo el tiempo.
425. Sueño frecuentemente.
426. A veces he tenido que ser rudo con personas groseras o inoportunas.
427. Me avergüenzan los cuentos picantes.
428. Me gusta leer los editoriales de los periódicos.
429. Me agrada asistir a conferencias sobre temas serios.
430. Me atraen las personas del sexo opuesto.
431. Me preocupo mucho por posibles desgracias.
432. Tengo opiniones políticas bien definidas.
433. Acostumbraba a tener compañeros imaginarios.
434. Me gustaría competir en carreras automovilísticas.
435. Generalmente preferiría trabajar con mujeres.
436. Generalmente la gente exige más respeto para sus derechos que el que está dispuesta a permitirle a los demás.
437. No es malo tratar de evitar el cumplimiento de la ley siempre que ésta no se viole.
438. Hay ciertas personas que me disgustan tanto que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho.
439. Me pone nervioso tener que esperar.
440. Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.
441. Me gustan las mujeres altas.
442. He tenido períodos durante los cuales he perdido el sueño a causa de las preocupaciones.
443. Tiendo a dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros piensan que esa no es la manera correcta.
444. No trato de corregir a la gente que expresa opiniones ignorantes.
445. Me apasionaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).
446. Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.

447. Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que me ha llevado la contraria.
448. Me molesta que la gente en las tiendas, tranvías, etc., me esté mirando.
449. Me gustan las reuniones sociales por estar con gente.
450. Gozo con la excitación de una multitud.
451. Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos animados.
452. Me gusta burlarme de la gente.
453. Cuando era niño nunca me interesó pertenecer a un grupo o pandilla.
454. Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas.
455. Frecuentemente no me entero de los chismes y habladurías del grupo a que pertenezco.
456. Una persona no debiera ser castigada por violar una ley que considere injusta.
457. Creo que nadie debería nunca probar bebidas alcohólicas.
458. El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (como mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.
459. Tengo uno o varios malos hábitos tan arraigados, que es inútil luchar contra ellos.
460. He bebido alcohol moderadamente (o no lo he usado).
461. Me es difícil el dejar a un lado la tarea que he emprendido aun cuando sea por poco tiempo.
462. No he tenido dificultad para empezar a orinar o retener mi orina.
463. Me gustaba jugar "a la pata coja".
464. Nunca he tenido una visión.
465. Varias veces he cambiado de modo de pensar acerca de mi trabajo.
466. Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.
467. Con frecuencia memorizo números sin importancia (tales como los de las placas de automóviles, etc.).
468. Frecuentemente me siento apenado por ser tan malgenioso y gruñón.
469. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas precisamente porque a ellas no se les habían ocurrido antes.
470. Me disgustan las cosas sexuales.
471. En la escuela mis calificaciones en conducta fueron generalmente malas.
472. Me fascina el fuego.
473. Siempre que me es posible evito encontrarme entre una multitud.
474. No tengo que orinar con más frecuencia que los demás.
475. Cuando estoy en una situación difícil digo sólo aquella parte de la verdad que no me perjudique.
476. Soy un enviado especial de Dios.
477. Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.
478. Nunca me he puesto particularmente nervioso a causa de las dificultades en que se haya visto envuelto algún miembro de mi familia.
479. No me molesta el ser presentado a extraños.
480. Con frecuencia le tengo miedo a la oscuridad.
481. Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo.
482. En los trenes, ómnibus, etc., con frecuencia les hablo a los extraños.
483. Cristo realizó milagros tales como cambiar el agua en vino.
484. Tengo una o más faltas que son tan grandes que es mejor aceptarlas y tratar de controlarlas, antes que tratar de librarme de ellas.

PASE LA PAGINA

485. Cuando un hombre está con una mujer generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.
486. Nunca he notado sangre en mi orina.
487. Me rindo fácilmente cuando las cosas me van mal.
488. Rezo varias veces a la semana.
489. Me compadezco de las personas que generalmente se aferran a sus penas y problemas.
490. Leo mi libro de oraciones (o la Biblia) varias veces a la semana.
491. No tolero a la gente que cree que sólo hay una religión verdadera.
492. Me produce terror la idea de un terremoto.
493. Prefiero el trabajo que requiere concentración a un trabajo que me permite ser descuidado.
494. Temo encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.
495. Generalmente "le hablo claro" a la gente a quien estoy tratando de mejorar o corregir.
496. Nunca he visto las cosas dobles (esto es, nunca un objeto me ha parecido doble sin que me sea posible hacerlo aparecer como uno).
497. Me gustan los cuentos de aventuras.
498. Es bueno siempre ser franco.
499. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.
500. Rápidamente me vuelvo partidario absoluto de una buena idea.
501. Generalmente hago las cosas por mí mismo, en vez de buscar a alguien que me enseñe.
502. Me gusta hacerle saber a la gente lo que pienso acerca de las cosas.
503. Es raro que yo apruebe o desaprobe con energía las acciones de otros.
504. No trato de encubrir mi mala opinión o lástima que me inspira una persona a fin de que ésta no sepa mi modo de sentir.
505. He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora.
506. Soy una persona muy tensa.
507. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parece que arreglan las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor, pero que sin embargo atribuyen los errores a los otros.
508. Creo que mi olfato es tan bueno como el de los demás.
509. A veces me es difícil defender mis derechos por ser muy reservado.
510. La suciedad me espanta o me disgusta.
511. Vivo una vida de ensueños acerca de la cual no digo nada a nadie.
512. No me gusta bañarme.
513. Creo que Cervantes fue más grande que Napoleón.
514. Me gustan las mujeres hombrunas.
515. En mi hogar siempre hemos tenido cubiertas nuestras necesidades básicas (tales como alimentación, vestido, etc.).
516. Algunos de mis familiares se enojan muy fácilmente.
517. No puedo hacer nada bien.
518. A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía.
519. Algo anda mal con mis órganos sexuales.
520. Generalmente defiendo con tenacidad mis propias opiniones.
521. No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas.

PASE LA PAGINA

522. No le temo a las arañas.
523. Casi nunca me ruborizo.
524. No temo contraer una enfermedad o coger gérmenes de las perillas de las puertas.
525. Ciertos animales me ponen nervioso.
526. El porvenir me parece incierto.
527. Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llevan bastante bien.
528. No me ruborizo con mayor frecuencia que los demás.
529. Me gustaría usar ropa cara.
530. A menudo siento miedo de ruborizarme.
531. La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente aun en cosas sobre las que creía estar ya decidido.
532. Puedo soportar tanto dolor como los demás.
533. No padezco de muchos eructos.
534. Varias veces he sido el último en darme por vencido al tratar de hacer algo.
535. Siento la boca seca casi todo el tiempo.
536. Me molesta que la gente me haga hacer las cosas de prisa.
537. Me gustaría cazar leones en Africa.
538. Creo que me gustaría el trabajo de modisto (o modista).
539. No le tengo miedo a los ratones.
540. Nunca he sufrido de parálisis facial.
541. Mi piel parece ser muy sensible al tacto.
542. Nunca he tenido deposiciones (excretas) negras, parecidas a la brea.
543. Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder.
544. La mayor parte del tiempo me siento cansado.
545. Algunas veces sueño lo mismo una y otra vez.
546. Me gusta leer sobre historia.
547. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
548. Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo.
549. Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.
550. Me gusta reparar las cerraduras de las puertas.
551. Algunas veces estoy seguro de que los demás pueden decir lo que estoy pensando.
552. Me gusta leer sobre ciencia.
553. Tengo miedo de estar solo en un sitio amplio al descubierto.
554. Si fuera artista me gustaría dibujar niños.
555. Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa.
556. Soy muy cuidadoso en mi manera de vestir.
557. Me gustaría ser secretario (o secretaria) privado (a).
558. Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
559. Con frecuencia he sentido miedo de noche.
560. Me molesta que se me olvide donde pongo las cosas.
561. Me gusta mucho montar a caballo.
562. La persona hacia quien sentía mayor afecto y admiración cuando era niño fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
563. Me gustan más las historias de aventuras que las de amor.
564. Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.
565. Siento deseos de tirarme cuando estoy en un sitio alto.
566. Me gustan las escenas de amor de las películas.

HOJA DE RESPUESTAS PARA EL MMPI

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Escuela o Instituto Psicológico	Nombre (letra de molde)
F	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60		
C	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90		
F	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	Dirección	Edad
C	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150		
F	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180		
C	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	Sexo	Ocupación
F	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240		
C	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270		
F	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	Años escolares cumplidos	No.
C	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330		
F	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360		
C	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	HOJA DE RESPUESTA	
F	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420		
C	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450		
F	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480		
C	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	2-3	
F	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540		
C	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566						

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Dr. S. R. Hathaway y Dr. J. C. McKinley
Traducción y adaptación por el Dr. Rafael Núñez



DT-46

D.R. © sobre esta versión por
EL MANUAL MODERNO, S.A.
1967

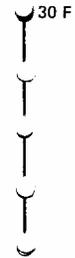
T.G.N. -- 10596/87



2-3
MMPI
HOJA DE RESPUESTA

Translated and adapted by permission. Copyright by
The University of Minnesota and published by The
Psychological Corporation, New York. All rights reserved

PLANTILLAS PARA CALIFICACION DEL MMPI



PLANTILLA DE EVALUACION

L - (15 respuestas)

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

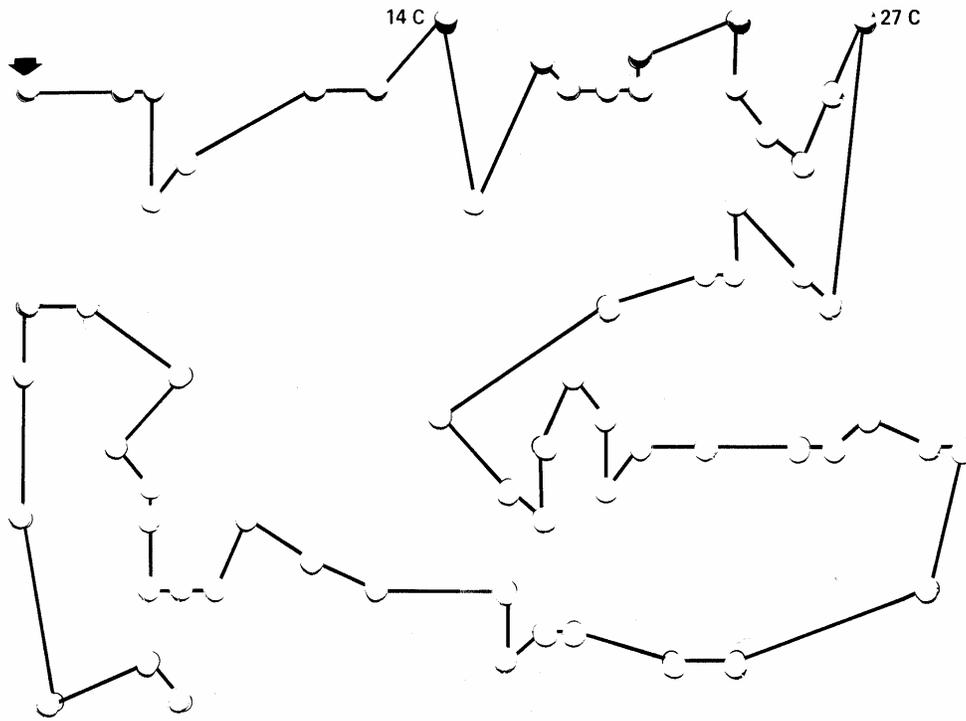
Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con



**EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S. A.
MEXICO 11, D. F.**





PLANTILLA DE EVALUACION

F - (64 respuestas)

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con

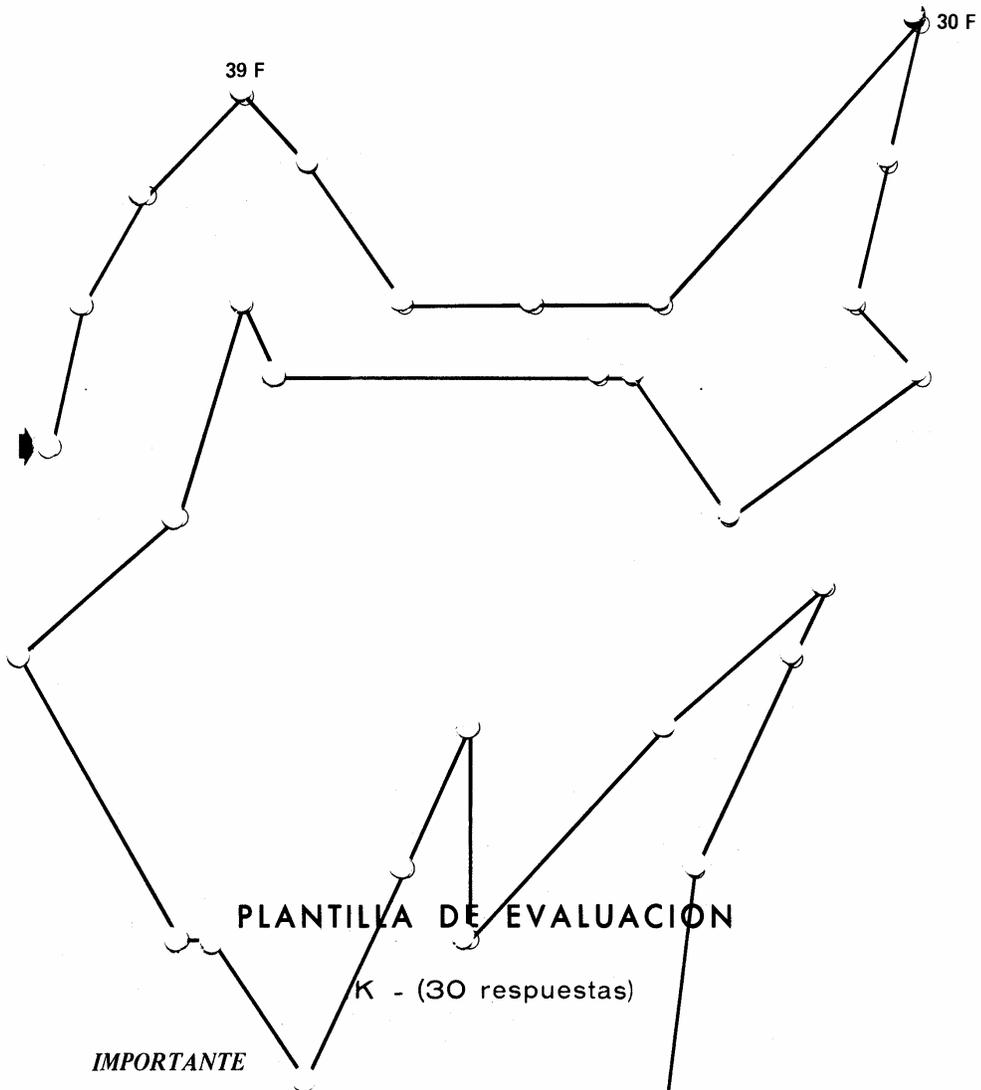


MP 2-5
IMPRESO EN MEXICO

**EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S. A.
MEXICO 11, D. F.**



D.R. © sobre esta versión por la
EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A.
1980



PLANTILLA DE EVALUACION

K - (30 respuestas)

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con

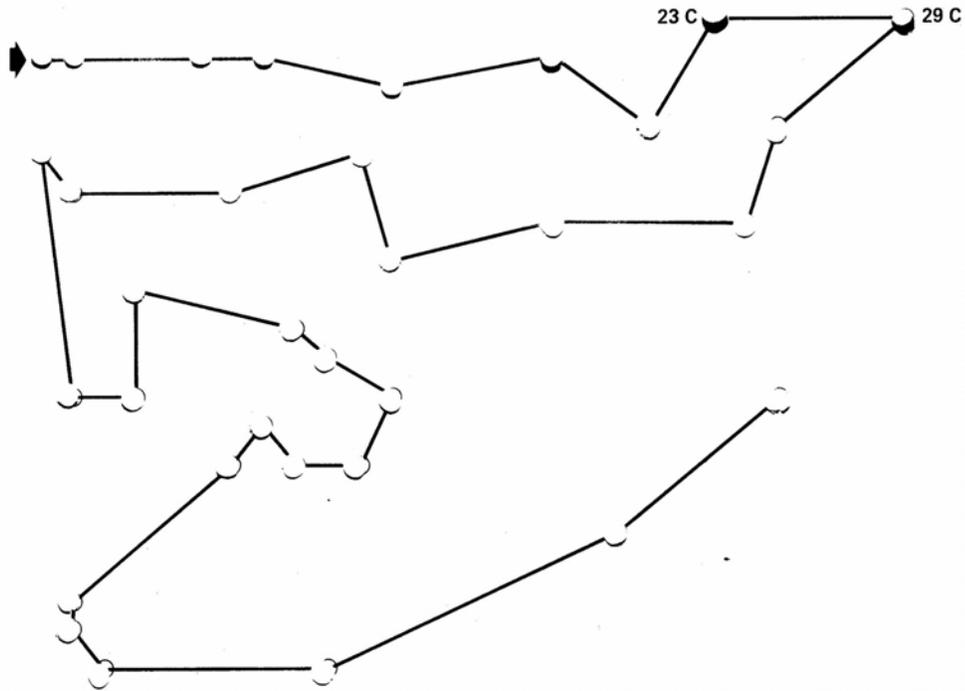


MP 2-5
IMPRESO EN MEXICO

**EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S. A.
MEXICO 11, D. F.**



D.R. © sobre esta versión por la
EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A.
1980



PLANTILLA DE EVALUACION

1 - Hs - (33 respuestas)

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con

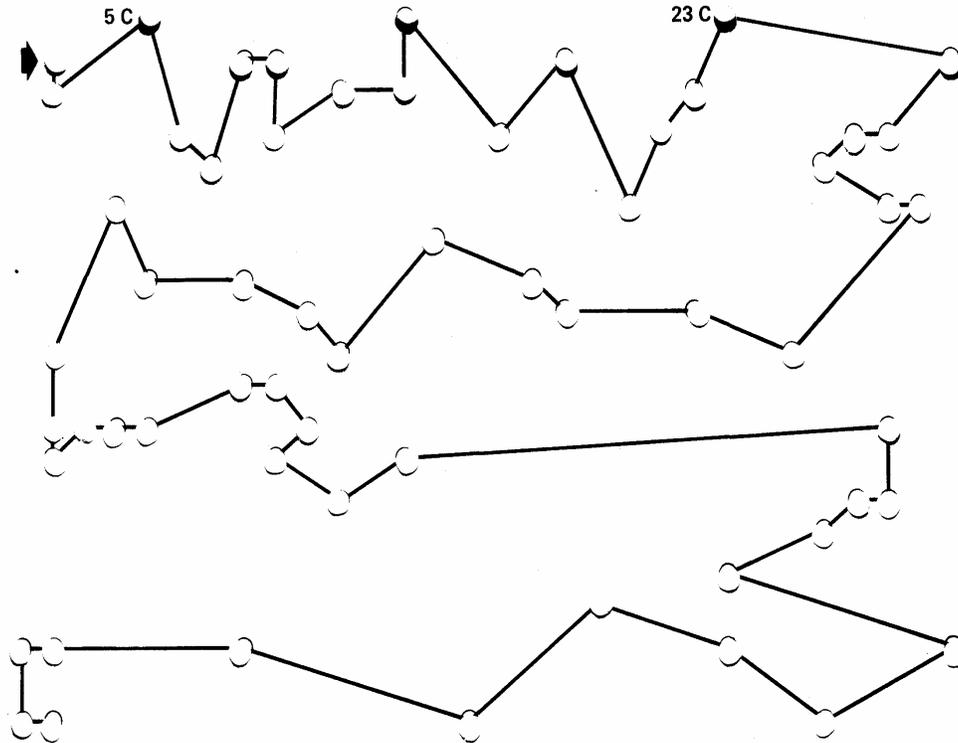


MP 2-5
IMPRESO EN MEXICO

**EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S. A.
MEXICO 11, D. F.**



D.R. © todos los derechos por la
EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A.
1960



PLANTILLA DE EVALUACION

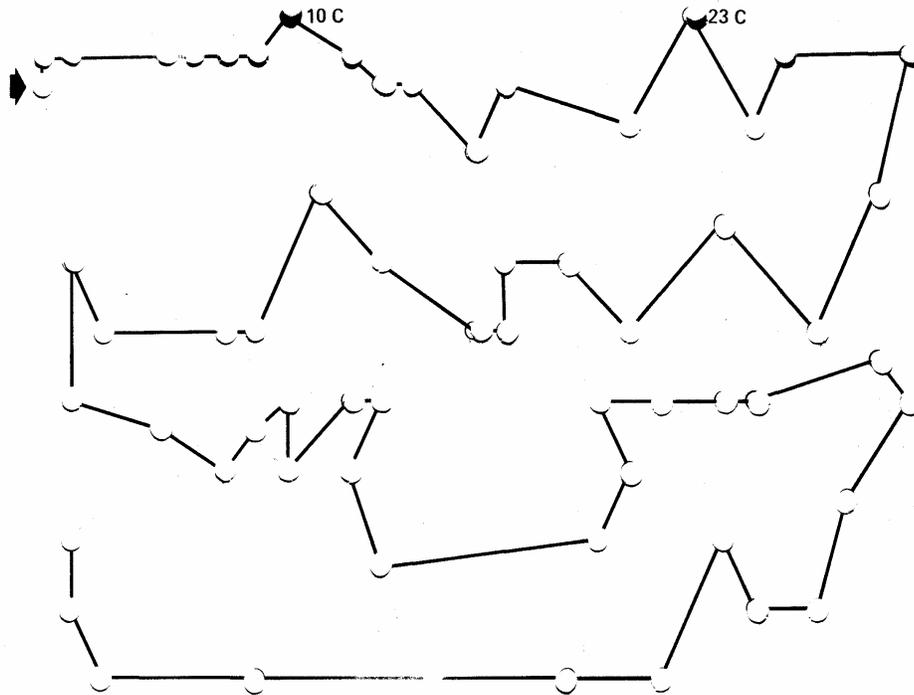
2 - D - (60 respuestas)

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con



PLANTILLA DE EVALUACION

3 - Hi - (60 respuestas)

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

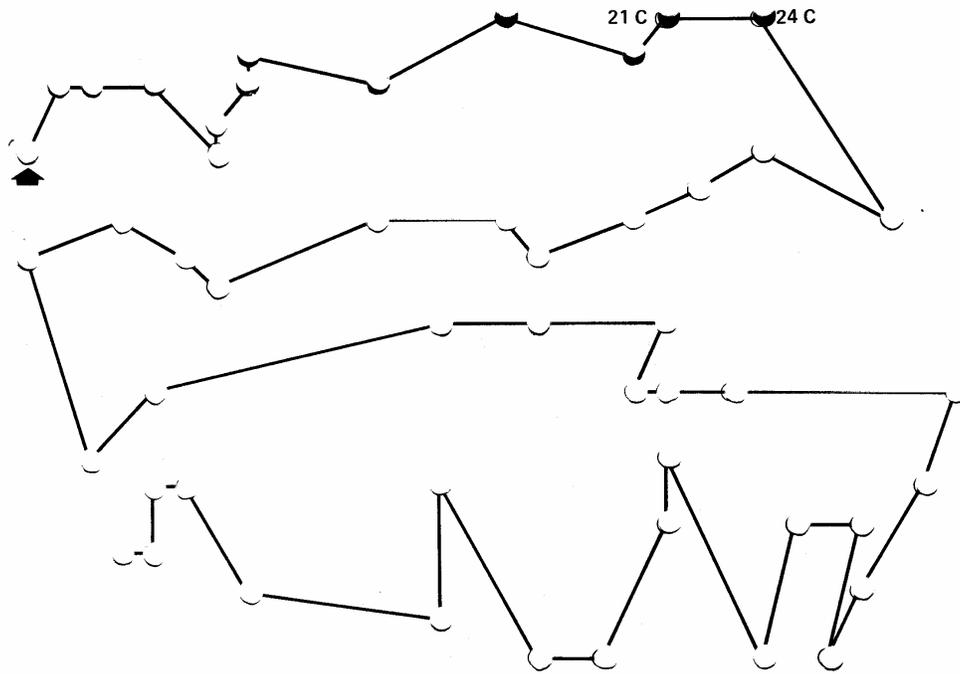
Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con

GUIA DE
REGISTRO
MP 2-3
IMPRESO EN MEXICO

**EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S. A.
MEXICO 11, D. F.**

GUIA DE
REGISTRO

D.R. © sobre esta versión por la
EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A.
1980



PLANTILLA DE EVALUACION

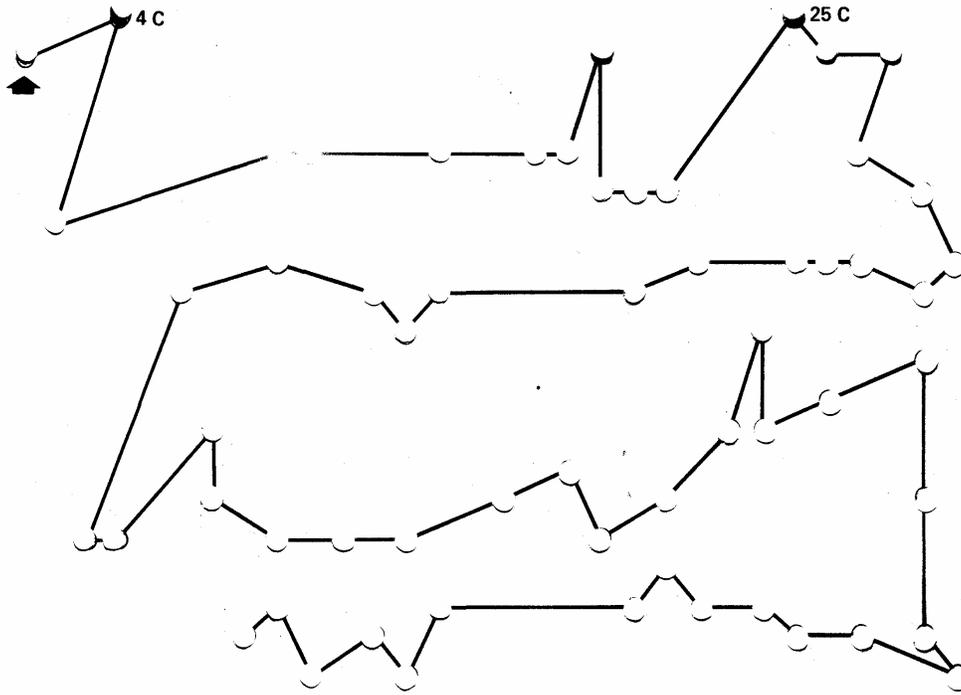
4 - Dp - (50 respuestas)

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con



PLANTILLA DE EVALUACION

5 - Mf - (60 respuestas) hombres

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

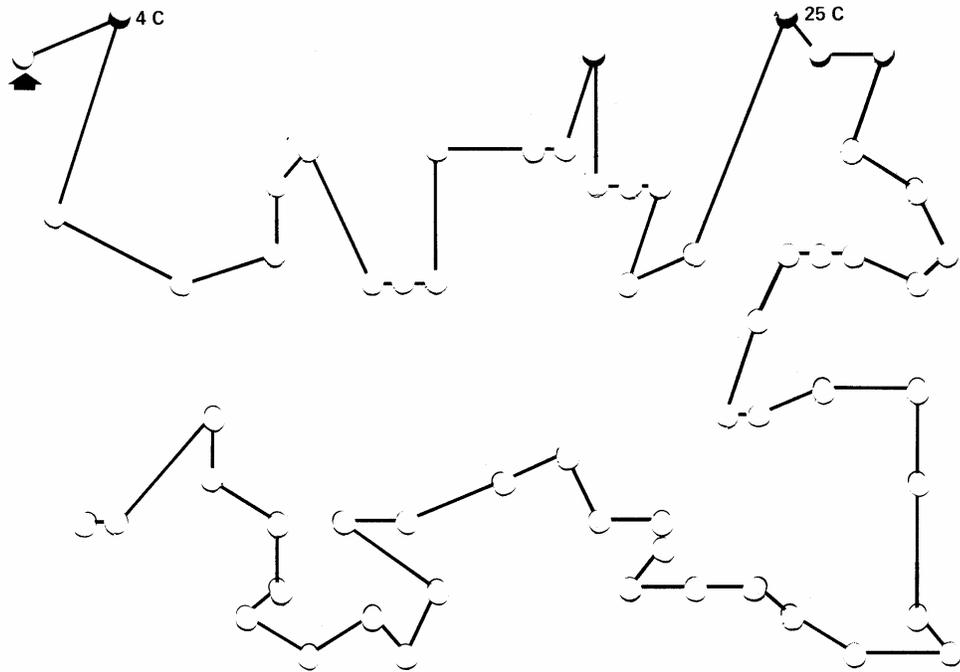
Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con



**EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S. A.
MEXICO 11, D. F.**





PLANTILLA DE EVALUACION

5 - Mf - (60 respuestas) mujeres

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

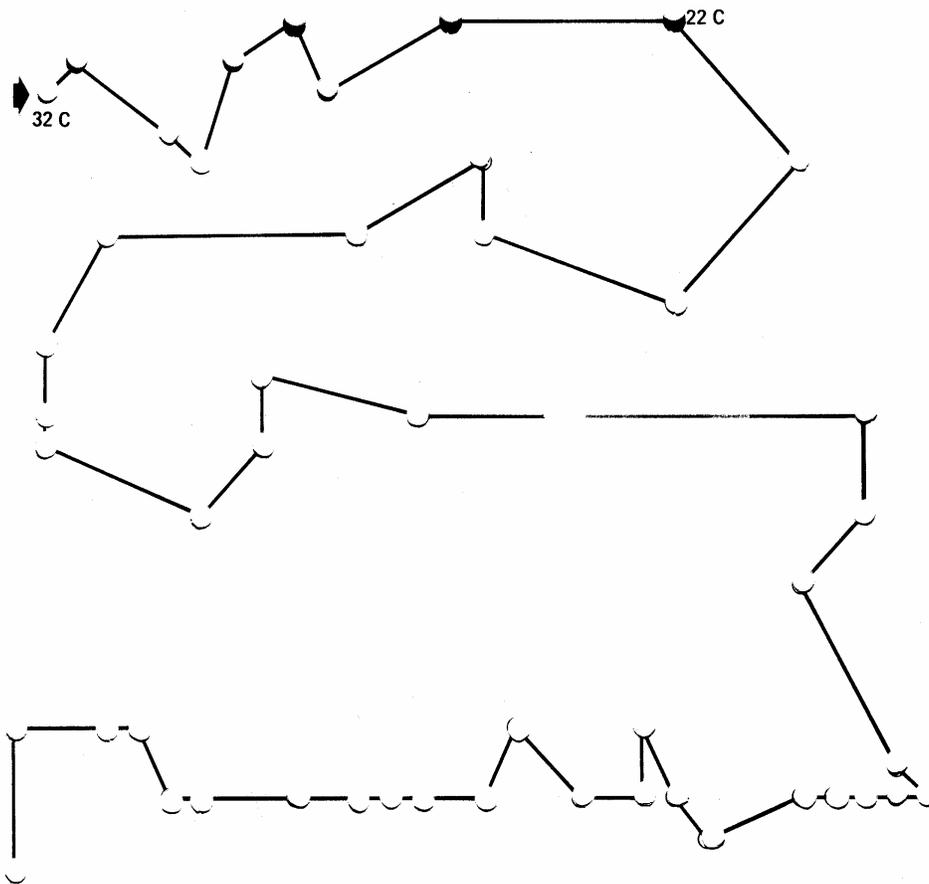
Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con



**EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S. A.**
MEXICO 11, D. F.



D.R. © sobre esta versión por la
EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A.
1980



PLANTILLA DE EVALUACION

7 - Pt - (48 respuestas)

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con

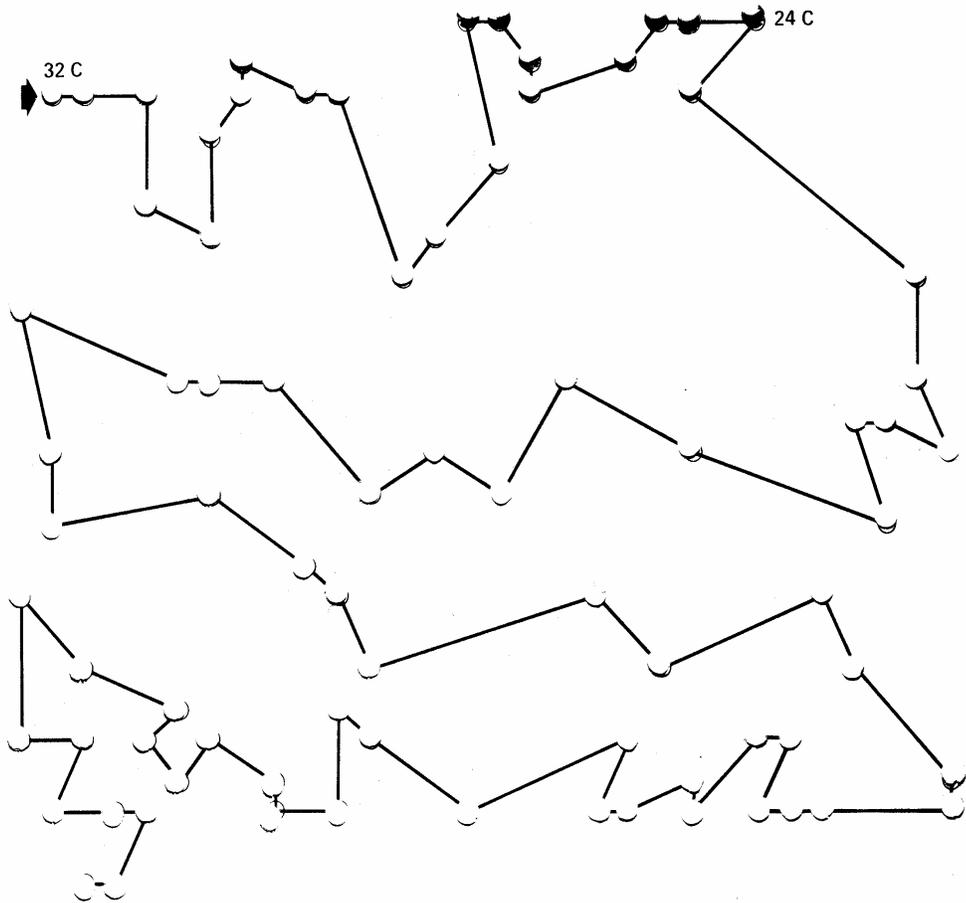


MP 2-6
IMPRESO EN MEXICO

**EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S. A.
MEXICO 11, D. F.**



D.R. © sobre esta versión por la
EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A.
1980



PLANTILLA DE EVALUACION

8 - Es - (78 respuestas)

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

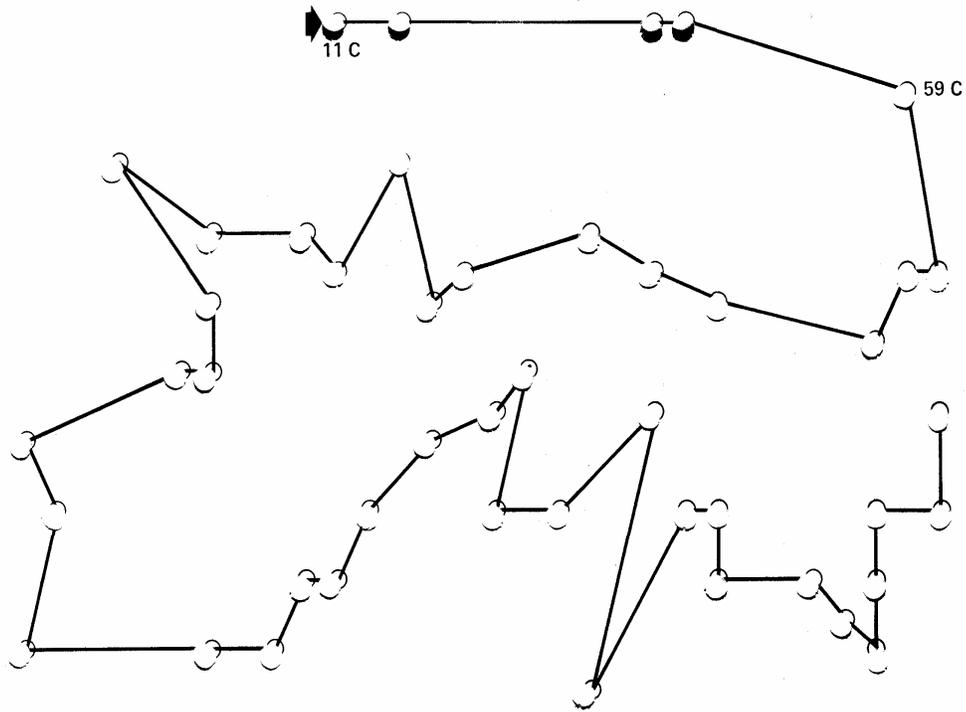
Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con

GUIA DE
REGISTRO
MP 2-5
IMPRESO EN MEXICO

**EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S. A.
MEXICO 11, D. F.**

GUIA DE
REGISTRO
D. F. © sobre esta versión por la
EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A.
1980



PLANTILLA DE EVALUACION

9 - Ma - (46 respuestas)

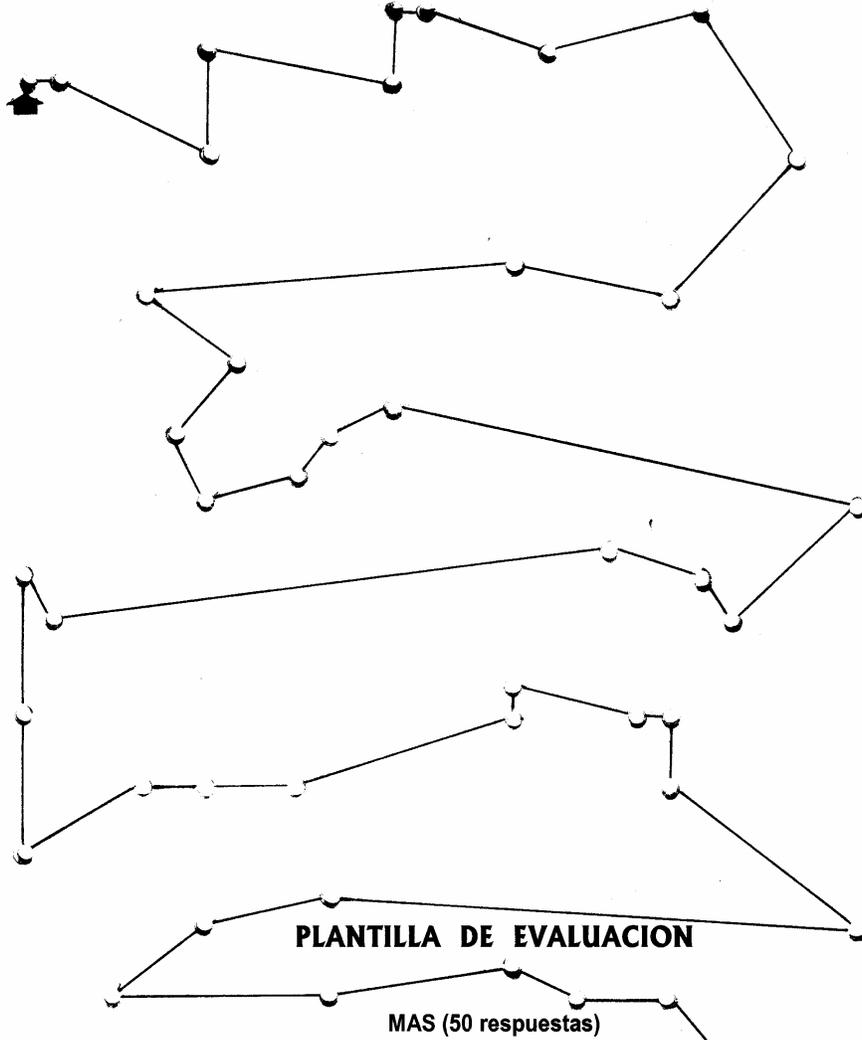
IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico es reservado a personas suficientemente preparadas por los estudios respectivos.

Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición del MMPI-Español por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con





PLANTILLA DE EVALUACION

MAS (50 respuestas)

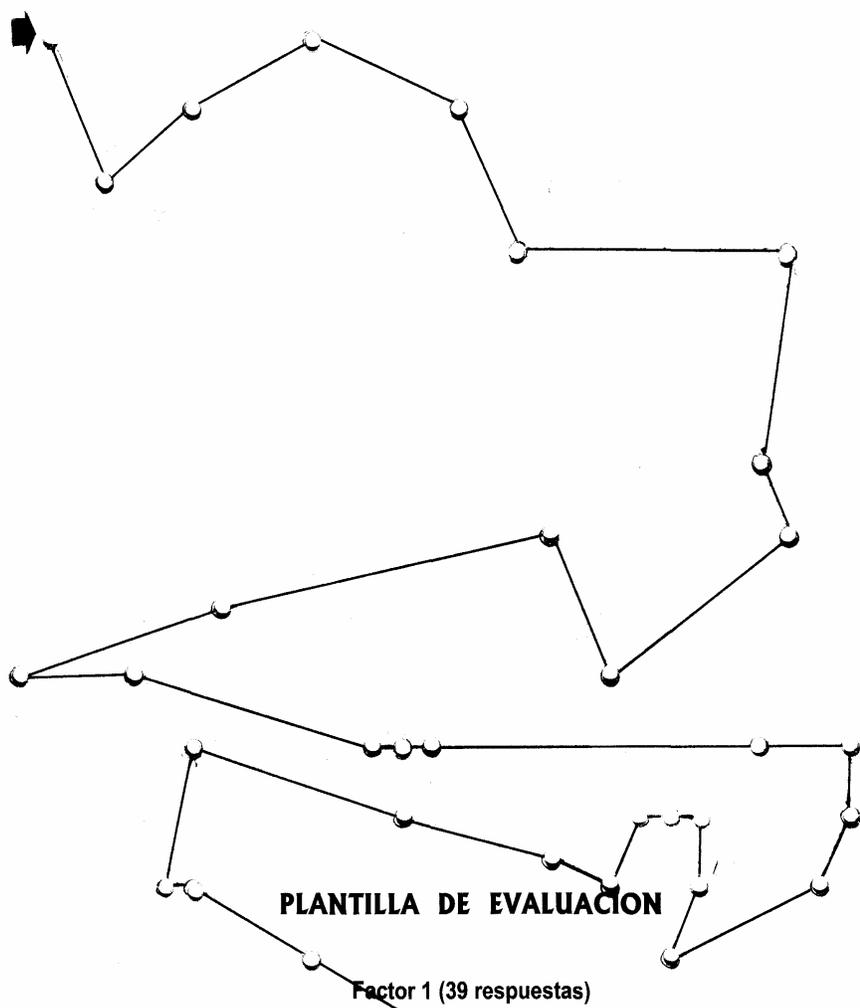
IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico, es reservado a personas suficientemente preparadas con los estudios respectivos.
Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.
Se adquiere el derecho de usar esta edición, del MMPI - Español, por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con...



EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A.
MEXICO 11, D.F.





PLANTILLA DE EVALUACION

Factor 1 (39 respuestas)

IMPORTANTE

El uso de éste, como cualquier otro instrumento psicométrico, es reservado a personas suficientemente preparadas con los estudios respectivos.

Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total.

Se adquiere el derecho de usar esta edición, del MMPI - Español, por medio de la adquisición del material necesario con el distribuidor local, o con...



EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A.
MEXICO 11, D.F.





**INVENTARIO MULTIFASICO
DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español**
Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre _____ (Letra de molde)

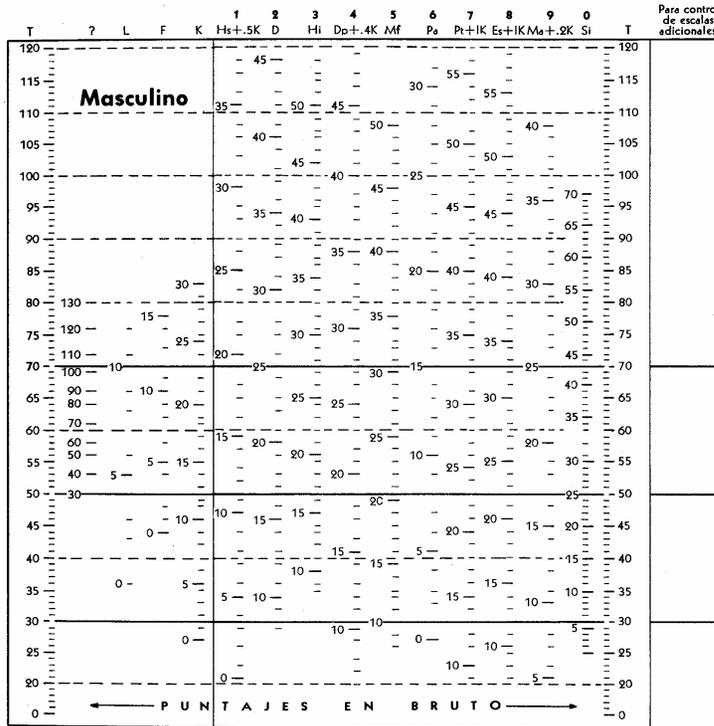
M
Masculino

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Para control de escalas adicionales

Fracciones K

K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntaje en bruto _____
 Agregar factor K _____
 Puntaje corregido _____



Impreso en México
8-2

D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A.
under license of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

TGN

FORMATO DE PERFIL DEL MMPI

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
 Femenino

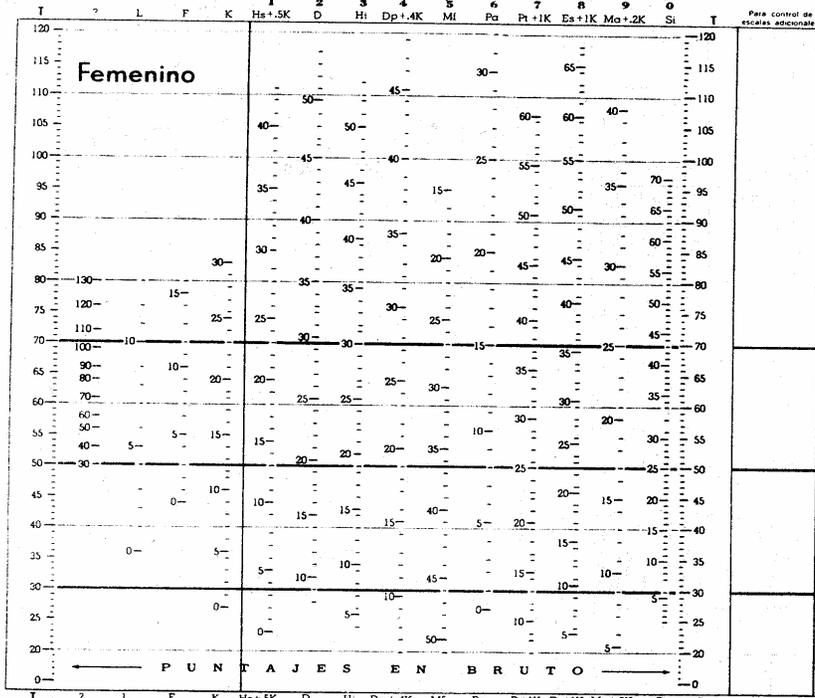
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntaje en bruto _____

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____



Firma _____ Fecha _____