

# **ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA PSICOPATÍA DE HARE: VERSIÓN DE CRIBADO**

**The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version**

**PCL:SV**

# **MANUAL**

**S. D. Hart  
D. N. Cox y R. D. Hare**

**Adaptado al Castellano por Teresa Silva, Enrique López y Vicente Garrido**

# Índice

Agradecimientos.....	
Prefacio por el editor.....	
1º Capítulo: Aspectos generales.....	
Introducción.....	
Utilización de la PCL:SV.....	
Cribado de psicopatía en escenarios forenses.....	
Evaluación y diagnóstico de psicopatía fuera de los escenarios forenses.....	
2º Capítulo: Revisión teórica y empírica.....	
La naturaleza de la psicopatía: 4 temas sobre la evaluación.....	
Estructura con dos vertientes.....	
Cronicidad.....	
Asociación con la delincuencia.....	
Asociación con la mentira y el engaño.....	
La necesidad de una nueva escala: Una revisión de los procedimientos de evaluación existentes.....	
Autoinformes.....	
Criterios DSM-IV para el Trastorno Antisocial de la Personalidad.....	
Descripción.....	
Fiabilidad.....	
Normalización.....	
Validez.....	
Resumen.....	
Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare Revisada – Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R).....	
Descripción.....	
Fiabilidad.....	
Normalización.....	
Validez.....	
Resumen.....	
Resumen de las evaluaciones.....	
3º Capítulo: Desarrollo de la PCL:SV.....	
Primera versión: La versión clínica de la PCL-R.....	
Cox, Hart y Hare (1989).....	
Roy (1988).....	
Rosesch (pendiente publicación).....	
Resumen.....	
Versión final: La versión de cribado de la Escala de Evaluación de la Psicopatía (PCL:SV).....	
4º Capítulo: Administración de la PCL:SV.....	
Usos y usuarios.....	
Contextos aplicados.....	
Contextos de investigación.....	
Entrenamiento.....	
El procedimiento de evaluación con la PCL:SV.....	
La Entrevista.....	
Información escrita e informantes colaterales.....	
Discrepancias entre las fuentes de información.....	
Procedimiento para puntuar.....	
Marco temporal.....	
Puntuación de los ítems.....	
Omisión de ítems.....	
Utilización del formulario de puntuaciones.....	
Ítems con valores desconocidos.....	
Percentiles.....	
Ejemplos del procedimiento de puntuación.....	

Puntos de corte.....	.....
Descripción de los ítems.....	.....
Ítem 1: Superficial.....	.....
Ítem 2: Sentido desmesurado de la autovalía.....	.....
Ítem 3: Mentira.....	.....
Ítem 4: Ausencia de remordimiento.....	.....
Ítem 5: Falta de empatía.....	.....
Ítem 6: No acepta la responsabilidad de las propias acciones.....	.....
Ítem 7: Impulsividad.....	.....
Ítem 8: Pobre control de la conducta.....	.....
Ítem 9: Falta de metas realistas a largo plazo.....	.....
Ítem 10: Irresponsabilidad.....	.....
Ítem 11: Conducta antisocial durante la adolescencia.....	.....
Ítem 12: Conducta antisocial en la edad adulta.....	.....
5º Capítulo: Normalización, Fiabilidad y Estructura Factorial.....	.....
Estadísticos descriptivos.....	.....
Muestras.....	.....
Procedimientos.....	.....
Distribución de puntuaciones.....	.....
Fiabilidad.....	.....
Ítems de la PCL:SV.....	.....
Consistencia Interna.....	.....
Homogeneidad de los ítems.....	.....
Fiabilidad Interjueces.....	.....
Fiabilidad Test-Retest.....	.....
Errores estandar de la medida de las puntuaciones totales.....	.....
Estructura factorial.....	.....
Análisis Factorial Confirmatorio.....	.....
Correlación entre las puntuaciones de la 1ª y 2ª partes.....	.....
Resumen.....	.....
6º Capítulo: Validez Concurrente, Convergente y Discriminante.....	.....
Procedimiento.....	.....
Validez Concurrente.....	.....
PCL-R.....	.....
Trastorno Antisocial de la Personalidad.....	.....
Autoinformes.....	.....
Validez Convergente y Discriminante.....	.....
Trastornos de personalidad según el DSM-III-R.....	.....
Personalidad normal.....	.....
Consumo de drogas.....	.....
Estado anímico en el momento de la evaluación.....	.....
Edad, sexo y raza.....	.....
7º Capítulo. Comentarios finales.....	.....
Referencias.....	.....
Anexos : Descripción de los procedimientos de autoinforme para evaluar la psicopatía.....	.....
Evaluación según el MMPI-2.....	.....
Formato.....	.....
Fiabilidad.....	.....
Normalización.....	.....
Validez.....	.....
Resumen.....	.....
Evaluación a través del CPI.....	.....
Formato.....	.....
Fiabilidad.....	.....
Normalización.....	.....

Validez.....	
Resumen.....	
Evaluación según el MCMI-III.....	
Formato.....	
Fiabilidad.....	
Normalización.....	
Validez.....	
Resumen.....	

# Agradecimientos

El desarrollo de la Versión de Cribado de la Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare (Hare Psychopathy Checklist: Screening Version; PCL:SV) fue subvencionada, en parte por la *Jonh D. and Catherine T. MacArthur Foundation's Research Network on Mental Health and the Law*, bajo la dirección del Dr. John Monahan, profesor de derecho de la Universidad de Virginia (ver Hart, Hare y Forth, 1994). Deseamos expresar nuestra gratitud al Dr. Monahan y a la Fundación MacArthur por la financiación. El soporte logístico fue proporcionado principalmente por el Dr. Adelle Forth del departamento de psicología de la Universidad de Carleton, quién se responsabilizó por la administración de la subvención, en representación del Dr. Hare.

La PCL: SV fue administrada por evaluadores independientes, integrados en varios proyectos de investigación, que de forma generosa nos permitieron el acceso a sus datos. En especial, queremos agradecer al Dr. Henry Steadman y Sra. Pamela Clark Robbins de *Policy Research Associates, Delmar, NY*, al Dr. P. Randall Kropp, de la *B.C. Forensic Psychiatric Services Commission*, a los Drs. Donald G. Dutton y Catherine Strachan del *departamento de psicología de la Universidad de British Columbia* y al Dr. Adelle Forth y Sra. Shelley Brown, del *departamento de psicología de la Universidad de Carleton*.

# Prefacio por el editor

Nos complace presentarle la Versión de Cribado de la Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare (Hare Psychopathy Checklist Screening Version; PCL:SV). La Versión Revisada de la Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare (Hare Psychopathy Checklist Revised ; PCL-R) se ha transformado en una medida de evaluación estandar para poblaciones forenses y penitenciarias. Con todo, muchos profesionales han requerido un instrumento de aplicación más breve que mantuviera los altos índices de fiabilidad y validez de la escala completa. Los autores desarrollaron este instrumento para satisfacer esas necesidades.

La PCL:SV no fue construída con el objetivo de reemplazar la PCL-R, sino que pretende ser una herramienta eficiente para el cribado psicopatía. Se compone de 12 ítems, basados en un subconjunto de ítems de la PCL-R, y es una escala que puede ser utilizada en contextos forenses y civiles, demorando su cumplimentación aproximadamente una hora y media. En contextos civiles, la PCL:SV puede resultar útil para evaluaciones psiquiátricas, selección de personal y estudios en población general. Los puntos de corte indican cuando debe procederse a aplicar la PCL-R completa, tornando fácil la integración de ambos instrumentos para mejorar la precisión de la medida.

Quiero agradecer al Dr. Gill Sitarenios, a Joanne Morrison, a Jeff Fitzgerald y al resto del personal de la Multi-Health Systems que contribuyó a la realización de la actual Versión de Cribado de la PCL de Hare

Los autores realizaron un trabajo excepcional al desarrollar este instrumento avalándolo con datos que le presentamos en este manual. Con todo, le invitamos a participar solicitándole que nos mantenga informados de cualquier investigación que realice utilizando este instrumento para así hacer posible que sus datos puedan incluirse en futuras revisiones de este manual.

Dr. Steven J. Stein  
Editor

# 1º Capítulo

## Aspectos generales

Este capítulo proporciona una visión general sobre la lógica que subyace al desarrollo de la Versión de Cribado de la Escala de la Psicopatía (PCL:SV).

### Introducción

Hacemuchos que los observadores de la conducta humana han argumentado que las personas pueden ser clasificadas en tipos diferentes, con base en su personalidad (Tyer y Ferguson, 1988). En la aplicación clínica moderna de la psicología y la psiquiatría se hace referencia a las tipologías anormales como trastornos de la personalidad – formas características de percibir y relacionarse con el mundo que tienen por resultado disfunciones o discapacidades sociales (American Psychiatric Association, 1994; Millon, 1981). La psicopatía o el trastorno psicopático de la personalidad puede diferenciarse de otros trastornos de la personalidad por su patrón característico de síntomas interpersonales, afectivos y conductuales (Cleckley, 1976; Hare, 1991; McCord y McCord, 1964). En la relación interpersonal los psicópatas se caracterizan por ser elocuentes, egocéntricos, manipuladores, dominantes, contundentes y carecer de sentimientos. En su dimensión afectiva presentan emociones lábiles y poco profundas, son incapaces de establecer lazos afectivos duraderos, principios o metas realistas y presentan una incapacidad para empatizar, experimentar ansiedad o experimentar genuinos sentimientos de culpa y remordimiento. Relativamente a su comportamiento, los psicópatas son impulsivos, buscadores de sensaciones novedosas y tienden a violar las normas sociales – la expresión más obvia de estas predisposiciones engloba la delincuencia, el consumo de drogas y el fracaso en el cumplimiento de las obligaciones sociales y de las responsabilidades. Robert Hare en su libro *Without Conscience* (Hare, 1993), ofrece una introducción amena al concepto de psicopatía.

La evaluación del trastorno psicopático de la personalidad ha sido un tópico de interés creciente en la década pasada, probablemente por dos razones: la primera tiene que ver con el suceso en el área de la psicología de los criterios diagnósticos de la psicopatía – específicamente la Escala de Evaluación de la Psicopatía (PCL; Hare, 1980) y su versión más reciente (PCL-R; Hare, 1991). Hay actualmente un considerable volumen de literatura científica que avala la fiabilidad y validez de la PCL y de la PCL-R en escenarios forenses: de particular importancia es su capacidad de predecir

la conducta criminal (para una revisión ver Hare, 1991; Hare, Forth y Strachan 1992; Hare y Hart, 1993).

La segunda razón que motiva un interés creciente es el desencanto con los criterios diagnósticos del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) propuestos por las recientes ediciones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría, conocidas como DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV (American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994). Los criterios para el TAP proporcionados en estos manuales consisten en una extensa lista de comportamientos delincuentes y criminales. Estos criterios han sido severamente criticados por su negligencia con síntomas afectivos e interpersonales, históricamente asociados al constructo de la psicopatía, tales como la superficialidad, el sentido desmesurado de la autovalía, la insensibilidad emocional, la manipulación de los demás, la incapacidad para sentir remordimiento, etc. (Hare, 1993; Hart, Hare y Harpur, 1991; Millon, 1981; Rogers y Dion, 1991; Widiger y Corbitt, 1995). Con todo, cabe destacar que en el texto del DSM-IV, la Asociación Americana de Psiquiatría reconoce actual y explícitamente la importancia de los síntomas afectivos e interpersonales en el diagnóstico del TAP:

«La falta de empatía, la el sentido desmesurado de la autovalía y el encanto superficial son características que han sido incluidas habitualmente en el concepto tradicional de psicopatía y que pueden ser útiles para el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad en cárceles o en ámbitos forenses donde hay probabilidad de que los actos criminales, delincuentes o agresivos sean inespecíficos» (1994, p. 647).

El problema es que el DSM-IV no proporciona líneas guía para la evaluación de estos síntomas (Hare y Hart, 1995).

En este manual, se describe el desarrollo y validación de la Versión de Cribado de la Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare o PCL:SV. La PCL:SV es una escala de 12 ítems, que deriva de la PCL-R y que tiene dos propósitos principales: hacer el cribado de la psicopatía en escenarios forenses y evaluar el diagnóstico de psicopatía fuera del contexto forense.

## **Utilización de la PCL :SV**

La PCL:SV presenta buena validez como herramienta de cribado y puede utilizarse en contextos forenses y no forenses. Los apartados siguientes profundizan sobre la utilización de la PCL:SV.

### **Cribado de psicopatía en contextos forenses**

La PCL-R debe ser considerada el método de elección para evaluar y diagnosticar la psicopatía en contextos forenses (prisiones y psiquiátricos forenses), debido a sus excelentes propiedades psicométricas y una validez bien establecida. Con todo, exige bastante tiempo y es dispendiosa para utilizarse de forma rutinaria. Por el contrario, la PCL:SV es una forma relativamente rápida y barata de evaluar rasgos psicopáticos en delincuentes y pacientes forenses. Se puede administrar la PCL-R en individuos que obtienen puntuaciones altas en la PCL:SV, para mejorar la fiabilidad de la evaluación de la psicopatía.

Este manual presenta algunas investigaciones que indican que la PCL:SV tiene una buena validez como test de cribado. Aún así cabe considerar que si bien la concordancia entre ambas escalas es bastante alta, la PCL:SV sobrestima la predicción de psicopatía, relativamente a la PCL-R aunque su especificidad es alta. Por ello la necesidad de que individuos con puntuaciones altas en la PCL:SV sean reevaluados con la PCL-R. Pero, aquellos que obtenga puntuaciones bajas, se puede afirmar con gran seguridad que no son psicópatas.

La administración de la PCL:SV puede representar un ahorro sustancial en medios donde se suele hacer el cribado rutinario de psicopatía. Por ejemplo, un hospital psiquiátrico forense puede recibir alrededor de 100 presos anualmente para evaluación y tratamiento. Es habitual que los hospitales utilicen la PCL-R para mejorar las decisiones sobre el tratamiento y la clasificación institucional de los pacientes que presentan alto

riesgo de conducta perturbadora en el interior de la institución y de aquellos a quién puede resultar inapropiado asignarles a un grupo psicoterapéutico. La experiencia nos dice que aproximadamente el 10% de los admitidos en estos hospitales son diagnosticados de psicopatía, según los criterios de la PCL-R. Asumiendo que el cumplimiento de esta escala requiere entre dos horas y media y tres horas del tiempo del clínico por cada paciente que evalúa, entonces la evaluación de este trastorno requeriría un total de 275 clínicos/hora por año. Pero, si los mismo pacientes fuesen evaluados utilizando la PCL:SV, se requeriría solamente entre una y una hora y media clínico/hora por paciente o un total de 125 horas de un clínico por año. Aproximadamente el 20% de los pacientes puntuaría alto en la PCL:SV y debería remitirse para evaluación con la PCL-R, requiriendo un periodo adicional entre una hora y media y dos horas por paciente, o sea, un total de 35 clínicos/hora.

Así, utilizar aisladamente la PCL-R requeriría 275 clínico/hora por año, mientras que utilizar la PCL:SV en combinación con la PCL-R requeriría solamente 160 clínicos/hora – un ahorro anual de 115 clínicos/hora (alrededor de 15 días de un clínico) o más de 40% en coste laboral.

### **Evaluación y diagnóstico de psicopatía fuera de los contextos forenses**

Debido a que la PCL:SV puede ser completada en ausencia de registros de información criminal, es más apropiada, que la PCL-R para utilizarse fuera de contextos forenses. En particular la PCL:SV es bastante adecuada para evaluaciones psiquiátricas civiles, estudios en población general (investigación epidemiológica) y en selección de personal (ej. cribado de profesionales del derecho, personal militar o que trabaja en prisiones). La publicación de la PCL:SV permitirá a los investigadores plantear más estudios sobre la naturaleza y consecuencias de la psicopatía fuera de los muros de las prisiones.

## 2º Capítulo

# Revisión teórica y empírica

Este capítulo proporciona una descripción detallada del constructo de la psicopatía y una revisión de los procedimientos de evaluación existentes.

### La naturaleza de la psicopatía: 4 temas sobre la evaluación

Es relativamente fácil construir un instrumento de medida que sea más o menos fiable (con consistencia interna) y que tenga una validez de criterio razonable (que esté por lo menos moderadamente correlacionado con otras medidas del mismo constructo). Más difícil es evaluar la validez de constructo. Establecer una validez relacionada con el constructo requiere una comprensión de la naturaleza del constructo que se pretende medir (American Psychological Association, 1985). Así, cualquier discusión sobre los procedimientos para evaluar la psicopatía deben apoyarse en la teoría y la investigación existente sobre la naturaleza del trastorno. Este capítulo tiene en consideración cuatro supuestos fundamentales en relación con la psicopatía y discute sus implicaciones en la evaluación.

#### Estructura con dos vertientes

El primer supuesto es que existen **dos dimensiones oblicuas y que ambas son necesarias y razonablemente suficientes para proporcionar una descripción comprensiva de la sintomatología psicopática**. La evidencia empírica que avala este supuesto procede de dos fuentes: en primer lugar tenemos que estudios empíricos y clínicos identificaron los síntomas clave de la psicopatía; y, en segundo, la investigación indica que estos síntomas clave forman dos grupos naturales.

La descripción clínica más importante de la psicopatía se puede encontrar en el texto clásico de Cleckley, *The Mask of Sanity* (1976). En él Cleckley describe dieciséis características del trastorno:

- Encanto Superficial y buena inteligencia
- Ausencia de delirio o otros signos de pensamiento irracional
- Ausencia de ansiedad u otras manifestaciones psiconeuróticas.
- Poco fiable
- Falta a la verdad y no es sincero
- Ausencia de remordimiento o sentimientos de vergüenza
- Conducta antisocial inadecuadamente motivada

- Fracaso en aprender de la experiencia
- Egocentrismo patológico e incapacidad para amar
- Relaciones afectivas generalmente pobres
- Pérdida específica de insight: poca capacidad de respuesta en las relaciones interpersonales
- Comportamiento desordenado cuando bebe (y a veces cuando no lo hace)
- Raramente se suicidan
- Relaciones sexuales impersonales, triviales y pobremente integradas
- Fracaso en seguir un plan de vida realista.

Observe que esta lista incluye características que en el DSM-IV serían sintomáticas de trastorno antisocial, narcisista, histriónico o límite.

Otros clínicos, antes y después de Cleckley, han descrito listas más largas o más cortas, con todo su conceptualización del trastorno es bastante similar (Buss, 1966; Craft, 1965; Karpman, 1961; McCord y McCord, 1964; Millon, 1981). Algunas revisiones y análisis de contenido de la literatura empírica (Albert, Brigante y Chase, 1959; Fortheringham, 1957) y algunas encuestas a los profesionales de la salud mental y del sistema de justicia criminal (Davies y Feldman, 1981; Gray y Hutchinson, 1964; Livesley, 1986; Rogers, Dion y Lynett, 1992; Rogers, Duncan, Lynett y Sewell, 1994; Tennent, Tennent, Prins y Bedford, 1990) sugieren que los investigadores y los clínicos están bastante de acuerdo con lo que escribió Cleckley.

Varios estudios indican que cuando se realiza una análisis factorial de los síntomas psicopáticos, la estructura resultante torna evidentes dos factores correlacionados. Por ejemplo, Harpur, Hakstian y Hare (1988) realizaron un análisis factorial de los 22 ítems de la PCL. Estos ítems habían sido fuertemente influenciados por la lista de 16 características de Cleckley (Hare, 1980). Harpur et al. intentaron identificar una estructura factorial subyacente a estos ítems, que además fuera estable en todas las muestras, en todos los sitios donde se experimentara y con todos los investigadores. Utilizaron las puntuaciones de la PCL de seis muestras con una  $N$  total = 1.119. Extrajeron, de cada muestra, entre 2 y 8 factores y después sometieron los factores a una serie de rotaciones ortogonales y oblicuas. Se utilizó la validación de corte medio y de congruencia para determinar la estabilidad de algunas de las soluciones encontradas dentro y a través de las varias muestras. Los resultados pusieron en evidencia una estructura bifactorial. El Factor 1 se etiquetó como "Egoísta, insensible que utiliza los demás sin remordimiento" y comprendía ítems como el

egocentrismo, la superficialidad, la mentira y el engaño, la insensibilidad emocional y la ausencia de remordimiento o empatía – todas aquellas características que los criterios para el Trastorno Antisocial de la Personalidad había criticado por ser negligentes. Por otro lado el Factor 2 etiquetado como “estilo de vida crónicamente inestable y antisocial” o “desviación social” comprendía ítems como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la irresponsabilidad, la agresividad y la criminalidad. Los factores correlacionaron alrededor de  $r=.50$ . Se encontró una estructura idéntica para los 20 ítems de la PCL-R (Hare et al., 1990). Los dos factores estaban correlacionados diferencialmente con variables externas significativas como la violencia, el consumo de drogas y el estilo interpersonal desajustado (Harpur, Hare y Hakstian, 1989; Hare, 1991).

En otro estudio, Livesley, Jackson y Schroeder (1989, 1992) desarrollaron escalas de autoinforme para medir síntomas de algún trastorno de la personalidad (identificados a través de revisiones bliográficas, de modo a no limitar el campo de rasgos a aquellos encontrados en el DSM). Realizaron análisis factoriales de las escalas en muestras de pacientes y en población normal. Relativamente a los síntomas idiosincrásicos de psicopatía/TAP Livesley et al. encontraron una estructura factorial isomórfica con la encontrada por Hare y colegas; etiquetaron los factores como “poca estima interpersonal” y “problemas de conducta”. Livesley y Schroeder (1991) también identificaron estos mismos dos factores en un estudio sobre la estructura factorial de los síntomas TAP propuestos por el entonces DSM-II-R.

Finalmente, Harpur, Hare Zimmerman y Coryell (1990) realizaron un análisis factorial de los síntomas de los trastornos de personalidad del grupo 2 según el DSM-III (dramático – errático – emocional), en una gran muestra de población general (familiares de pacientes psiquiátricos y un grupo control que consistía en familiares de no enfermos). Todos los sujetos fueron entrevistados utilizando la entrevista estructurada para trastornos de personalidad para diagnóstico DSM-III (Stangl, Pfohl, Zimmerman, Browers y Corenthal, 1985), un instrumento fiable y bien validado. Emergeron varios factores, incluyendo dos que comprendían los síntomas del trastorno antisocial y del trastorno narcisista de la personalidad y que eran isomorfos con los factores de la PCL.

En resumen, cuerpo de investigación amplio sugiere que el constructo de psicopatía tiene una estructura subyacente que se compone de dos factores correlacionados. Un corolario posible es: cualquier procedimiento que se elija para evaluar psicopatía debe evaluar las dos caras del trastorno.

## Cronicidad

El segundo supuesto es que **la psicopatía es un trastorno crónico**. Hay investigación que indica que el trastorno es ya evidente en la infancia temprana (Frick, O'Brien, Wootton y McBurnett, 1994) y que persiste en la edad adulta (Hare, McPherson y Forth, 1988; Robins, 1966). Estas características son necesariamente síntomas para los criterios de TAP en el DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV y síntomas con una importante contribución para los criterios PCL de psicopatía; han sido vistos, también, como altamente idiosincrásicos del trastorno en las revisiones y estudios descritos anteriormente.

Mayor evidencia sobre la cronicidad del trastorno nos es proporcionada por los estudios que indican que el tratamiento altera muy poco el comportamiento de los delincuentes psicópatas (Harris, Rice y Cormier, 1991; Ogloff, Wong y Greenwood, 1990; Rice, Harris y Cormier, 1992). De hecho, el resultado de uno de estos estudios (Rice et al. 1992) sugiere que algunos tratamientos pueden llegar a *incrementar* la probabilidad de reincidencia en los psicópatas. Puede ocurrir un decremento en la frecuencia de algunos tipos de conducta antisocial, evidente en psicópatas después de los 45 años, en particular “delitos contra la propiedad (Hare, McPherson y Forth, 1988). Con todo, no hay evidencia de que sea un fenómeno que ocurra por el individuo “estar quemado” (como algunas veces se etiqueta erróneamente) porque muchos síntomas conductuales de la psicopatía siguen estando presentes y no es probable que los síntomas interpersonales o afectivos hayan disminuído (Rice et al., 1992).

Un corolario del supuesto de que la psicopatía es un trastorno crónico es que los procedimientos de evaluación deben tener una alta fiabilidad test-retest incluso después de largos periodos de tiempo. Un segundo corolario es que los procedimientos de medida deben ser relativamente inmunes a los efectos de variables estado como el estado anímico del sujeto en el momento de la evaluación.

## Asociación con la delincuencia

El tercer supuesto se resume a que **la psicopatía y la delincuencia son constructos distintos pero muy relacionados**. Dadas las características de la psicopatía (insensibilidad emocional, falta de remordimiento, impulsividad, etc.), hay muchas razones para esperar que los psicópatas se impliquen en conductas delictivas (Hare y Hart, 1993). Este hecho no debe interpretarse con el significado de que todos los psicópatas son delincuentes (tienen expediente judicial) o que todos los delincuentes son psicópatas – si este fuera el caso, el constructo de psicopatía perdería su identidad distintiva. Sin embargo es de esperar que la población criminal presente una amplia base de psicopatía en

comparación con otros tipos de población, como la población general o los pacientes psiquiátricos civiles. Además, independientemente de la población que se considere, los psicópatas presentan un riesgo aumentado de conducta antisocial (Hart, Kropp y Hare, 1988). Hay dos líneas de investigación que avalan esta idea. En primer lugar los estudios e revisiones citados anteriormente indican que el comportamiento antisocial reiterado es considerado como un síntoma altamente idiosincrásico de psicopatía y, efectivamente, se ha incluido como criterio DSM-IV y también en la PCL (-R). Segundo, bastante investigación indica que los delincuentes psicópatas presentan mayor frecuencia en la comisión delictiva que los delincuentes no psicópatas, aún cuando se controlan variables como la conducta antisocial anterior para evitar una circularidad en la predicción (ver las revisiones citadas anteriormente).

Cabe reiterar que la psicopatía está relacionada pero es distinta de la delincuencia. El corolario más importante de esta afirmación es que los procedimientos para la evaluación de la psicopatía deben tener una validez predictiva y/o convergente en relación con las medidas de criminalidad. Por el hecho de la psicopatía no ser un trastorno exclusivo de la población delincente, un segundo corolario preve que los procedimientos de evaluación deben adaptarse a su utilización tanto en contextos forenses como en contextos no forenses.

#### **Asociación con la mentira y el engaño**

El cuarto y último supuesto es que **la mentira y el engaño – fraude, engaño y manipulación – están muy fuertemente asociados con la psicopatía**. Tal como en el caso de la delincuencia, la mentira y el engaño se consideran como síntomas idiosincrásicos de la psicopatía y se incluyen en la mayoría de los criterios diagnósticos del trastorno. Hay también alguna evidencia empírica en el sentido de que es más probable que los psicópatas intenten disimular que los no psicópatas, por lo menos en algunos contextos (Kropp, 1992; Hart, Dutton y Newlove, 1993). Uno de los puntos más importantes es pues la consideración de que los procedimientos de evaluación de la psicopatía deberían evaluar directamente el engaño y la mentira y poder controlar esta variable porque puede interferir en la evaluación de otras características del trastorno.

#### **La necesidad de una nueva escala : Una revisión de los procedimientos de evaluación existentes**

Hay cinco procedimientos habituales para evaluar la psicopatía. Tres de ellos utilizan medidas de autoinforme: el Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI; Hathaway y

McKinley, 1940) y su reciente revisión (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989); el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI; Millon, 1983) y sus recientes revisiones (MCMI-II y MCMI-III; Millon, 1987, 1994) el Inventario Psicológico de California, original y revisado (CPI; Gough, 1957, 1987). Las otras dos medidas son “clínicas–conductuales” (Hare, 1985): criterios DSM para TAP (American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994) y la fórmula original y revisada de la Escala de Evaluación de la Psicopatía (Hare, 1980, 1991).

#### **Autoinformes<sup>1</sup>**

**Los clínicos son cautos en la utilización de los inventarios autoinformados para evaluar la psicopatía, particularmente en escenarios forenses.** Aún que estos inventarios pueden resultar útiles para recoger información sobre otros aspectos de la personalidad o para evaluar actitudes y, pueden ser asimismo útiles para propósitos de investigación, los autoinformes resultan generalmente pobres o cuando mucho regulares para medir la psicopatía *per se*. Hay varias razones para ello. Primero, la mayoría de los autoinformes tienen una aplicabilidad limitada en poblaciones forenses. Por ejemplo, tanto para el MMPI-II como para el CPI disponemos de índices normativos solamente en población general adulta (“normal”), y cuanto al MCMI-III disponemos de índices normativos obtenidos de poblaciones usuarias de servicios de salud mental. Ninguno de estos inventarios presenta índices normativos individuales para delincuentes encarcelados o pacientes forenses.

Una segunda preocupación sobre las medidas de autoinforme de la psicopatía es que fracasan al evaluar o controlar la variable “mentira y engaño”. Esto es particularmente aplicable al CPI, el cual no posee escalas de validez separadas. El MMPI-2 y el MCMI-III tienen escalas de validez propias; con todo, evalúan apenas un pequeño número de estrategias de auto-presentación. Por ejemplo, los autoinformes no pueden corregir los efectos de los sesgos de respuesta al azar, o de respuesta reiterada (siempre sí o siempre no).

Un tercer asunto es la estabilidad temporal de los autoinformes. Mientras que el MMPI-2, el CPI y el MCMI-III tienen, en media, por lo menos una fiabilidad test-retest moderada considerando periodos de tiempo que oscilan entre algunos días y algunas semanas (y, en el caso del MMPI-2, varios años), todas las subescalas de estos inventarios que miden psicopatía correlacionan significativamente con medidas de estado emocional en el momento de la evaluación (ej. depresión, ansiedad).

Cuarto, la validez de contenido de los autoinformes es problemática. Las subescalas del

<sup>1</sup> Se proporciona una descripción más detallada de las medidas de autoinforme en el anexo

MMPI-2, del CPI y del MCMI-III relacionadas con la psicopatía todas tienden a centrarse en la conducta antisocial y delincuente y a excluir los síntomas afectivos e interpersonales. Como resultado, todas correlacionan significativamente con el Factor 2 de la PCL-R, pero no con el Factor 1. Además, el MMPI-2 y el CPI contienen algunos ítems que no están relacionados con la psicopatía o incluso que son teóricamente inconsistentes con el trastorno. Mientras que esto puede no representar un problema en muchos contextos clínicos (donde se hace un énfasis pragmático), puede resultar un problema grave en evaluaciones forenses – los abogados pueden pedir a los psicólogos que se manifiesten sobre la inclusión de ítems “sutiles” en este tipo de instrumento como forma de intentar desacreditar el inventario (o el psicólogo).

Un quinto tema versa sobre la validez de constructo y la validez relacionada con el criterio, que en las medidas de autoinforme son limitadas. Hay bastante investigación que sugiere que el CPI distingue fiablemente entre delincuentes y sujetos control, pero tanto el CPI como el MMPI-2 están pobremente asociados con la conducta delincuente futura. No hay investigación sobre la capacidad del MCMI-III para predecir la conducta criminal. No hay literatura que avale la utilidad de estos inventarios en la investigación laboratorial de la psicopatía.

#### **Criterios DSM-IV para el Trastorno Antisocial de la Personalidad**

Este apartado examina los criterios DSM-IV para el TAP en el contexto de la psicopatía y de la PCL:SV. Ofrecemos una descripción de los criterios y una discusión sobre la fiabilidad, la normalización y la validez.

**Descripción.** Los criterios DSM para el TAP son criterios explícitamente psiquiátricos. El DSM-IV hace una lista de cuatro criterios, dos de los cuales contienen múltiples subcriterios: (1) conducta antisocial desde los 18 años; (2) debe haber cumplido por lo menos los 18 años; (3) trastorno disocial con inicio antes de los 15 años; y (4) los hechos no se limitan a periodos de brotes esquizofrénicos o maníacos. Los criterios tienen una naturaleza nomotética: cada uno es necesario y juntos tienen fuerza suficiente para diagnosticar el TAP. En la Tabla 1 puede encontrar un resumen de los criterios y de los subcriterios.

El contenido de los criterios DSM-III para el TAP fue decidido por un comité del Grupo de Trabajo del DSM-III de la Asociación Americana de Psiquiatría y fue revisado en detalle por otro comité para la realización del DSM-II-R (Widiger, Frances, Pincus, Davis y First, 1991). Para realizar una primera versión de estos criterios los referidos comités estuvieron fuertemente influenciados por las tradiciones clínicas y de investigación de la

Universidad de Washington en St. Louis, que evitaba la utilización de cualquier rasgo de personalidad inferido para el diagnóstico de TAP cuando se empleaba en el campo legal (Hare y Hart, 1995; Widiger et al., pendiente publicación).

Los criterios de TAP no constituyen una escala o un test. Su desarrollo no estuvo guiado por principios psicométricos, no tienen un formato de respuesta *per se* y, no producen una puntuación. En vez de ello, el evaluador determina si cada uno de los (sub) criterios está presente/es verdadero o ausente/es falso. La decisión final es dicotómica – si los criterios están todos presentes, entonces se hace un diagnóstico de TAP; si uno o más no están presentes, no es posible hacer tal diagnóstico<sup>2</sup>. Sin embargo, muchos investigadores (Hart, Forth y Hare, 1991) y algunas entrevistas diagnósticas (Loranger, 1988) utilizan estos criterios para obtener una “puntuación” dimensional del TAP.

El DSM tampoco especifica un método particular para evaluar el TAP. En la literatura científica, los investigadores han usado métodos escalares con la ayuda de entrevistas estructuradas o de entrevistas semi-estructuradas a las que se le añade la revisión de los expedientes o, inclusivamente, el análisis de los expedientes aisladamente. Pensamos que las entrevistas estructuradas deberían evitarse, a menos que los entrevistadores puedan completarla con información suplementaria de los expedientes, pues caso contrario estarían grandemente expuestos al efecto del engaño y de la mentira. Dependiendo del método utilizado, la evaluación del TAP puede demorar entre 30 y 60 minutos.

**Fiabilidad.** Los criterios DSM-IV son demasiado recientes para haber sido foco de investigación ya publicada. Infelizmente, el reciente campo de prueba para el diagnóstico TAP del DSM-IV no proporciona información útil a este respecto porque estos criterios, tal como aparecen en el DSM-IV, no fueron nunca puestos a prueba (Hare y Hart, 1995). Por ello, su fiabilidad debe inferirse a partir de la investigación realizada para evaluación de los criterios DSM-III-R (Tabla 2).

El criterio A del DSM-III-R (B en el DSM-IV) no suele ser analizado, por representar una simple decisión en relación a la edad del sujeto. Presumiblemente tiene fiabilidad interjueces y test-retest casi perfectos y los posibles errores se deben a simples errores del evaluador o que el sujeto evaluado quiera engañar sobre su edad.

El criterio B del DSM-III-R (C en el DSM-IV) tiene una fiabilidad interjueces de moderada a alta.

<sup>2</sup> El DSM permite al evaluador utilizar algunas modificaciones para clarificar el diagnóstico. Por ejemplo, el TAP se puede diagnosticar como presente pero no en activo (ej. en remisión total o parcial), o como probablemente presente (ej. diagnosticado provisionalmente). Algunos investigadores estructuran también sus métodos de evaluación para permitir diagnósticos probabilísticos (Loranger, 1988).

<b>Tabla 1</b> <b>Trastorno Antisocial de la Personalidad (Resumido del DSM-IV)</b>	
<b>301.7 Trastorno Antisocial de la Personalidad</b>	
<b>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:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal</li> <li>(2) deshonestidad</li> <li>(3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro</li> <li>(4) irritabilidad y agresividad</li> <li>(5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás</li> <li>(6) irresponsabilidad persistente</li> <li>(7) falta de remordimiento</li> </ul>
<b>B. El sujeto tiene al menos 18 años</b>	
<b>C. Existen pruebas de un Trastorno Disocial que comienza antes de la edad de los 15 años</b>	
<b>D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.</b>	

<b>Tabla 2</b> <b>Resumen de los criterios DSM-III-R para el Trastorno Antisocial de la Personalidad</b>	
<b>Criterios/ Subcriterios</b>	
<b>A. La edad actual ha de ser por lo menos de 18 años</b>	
<b>B. Hay pruebas de que el trastorno de conducta empieza antes de los 15 años, como se manifiesta por una historia de tres o más de los siguientes síntomas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuencia de absentismo escolar</li> <li>2. Huídas de casa</li> <li>3. A menudo ha iniciado peleas físicas</li> <li>4. Ha utilizado armas</li> <li>5. Ha forzado a alguien a tener relaciones sexuales</li> <li>6. Es físicamente cruel con los animales</li> <li>7. Es físicamente cruel con las personas</li> <li>8. Destrucción deliberada de la propiedad de otros</li> <li>9. Participación deliberada en incendios</li> <li>10. Mentiras frecuentes</li> <li>11. Robos sin enfrentamientos con la víctima</li> <li>12. Robos enfrentándose a la víctima</li> </ul>
<b>C. Una pauta de conducta irreponsable y antisocial desde la edad de los 15 años, tal como lo indican al menos cuatro de las siguientes características:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Incapacidad para mantener una conducta laboral consistente</li> <li>2. Fracaso en adaptarse a las normas sociales</li> <li>3. Irritable y agresivo</li> <li>4. Fracaso repetido en el cumplimiento de las obligaciones económicas</li> <li>5. Fallos para planificar y actuaciones impulsivas</li> <li>6. Ausencias de interés por la verdad</li> <li>7. Despreocupación por la seguridad propia o la de los demás</li> <li>8. Irresponsable en su conducta como padre/madre</li> <li>9. No mantiene relaciones sentimentales monógamas</li> <li>10. Ausencia de remordimiento</li> </ul>
<b>D. La conducta antisocial debe presentarse al margen del curso de una esquizofrenia o episodios maníacos.</b>	

Los coeficientes Kappa de la concordancia interjueces sobre la presencia/ausencia de este criterio, utilizando el método de la entrevista-observación, han oscilado entre .34 y .69 (Hart, Forth y Hare, 1992; Widinger et al., pendiente publicación). Su estabilidad temporal es desconocida pero es casi seguro que oscila entre moderada y alta, dada la estabilidad de todos los diagnósticos TAP (ver abajo). Con todo, se han identificado problemas con algunos subcriterios específicos.

Coolidge, Merwin, Wooley y Hyman (1990) examinaron los síntomas TAP autoinformados en alumnos de bachillerato y sus familiares. Encontraron que varios subcriterios tenían prevalencias extremadamente bajas y/o bajas correlaciones ítem-total; destacaba que la consistencia interna de los subcriterios era moderada ( $\alpha=.63$ ). Utilizando la fórmula de Spearman-Brown, la homogeneidad estimada de los ítems también resultó ser de baja a moderada ( $\text{MIC}=.12$ ). Puede argumentarse que la actuación pobre de los subcriterios es el resultado directo de la baja prevalencia de los diagnósticos de TAP en la muestra (menos del 10%). Con todo, se encontraron resultados similares en un estudio de Hart, Forth y Hare (1992), quienes utilizaron un procedimiento de entrevista en asociación con la información aportada por los expedientes, en muestras de delinquentes varones internos en centro penitenciario, pacientes psiquiátricos forenses y estudiantes de bachillerato. A pesar de la alta prevalencia de TAP por lo menos en dos muestras forenses (64.2% y 15.7% respectivamente) varios de los síntomas tuvieron prevalencias bajas, baja correlación ítem-total y baja fiabilidad interjueces. La consistencia interna de los subcriterios fue moderada ( $\alpha$  mediano = .66) así como la homogeneidad de los ítems (valor mediano de la correlación interjueces de la media = .12). Los síntomas identificados como problemáticos incluyeron B-4 (usar armas), B-5 (abusar sexualmente de otros), B-6 (ser cruel con los animales), B-7 (ser cruel con las personas) y B-12 (robar)<sup>3</sup>. Observe que todos estos subcriterios problemáticos fueron excluidos en el DSM-IV.

El criterio C del DSM-III-R (A en el DSM-IV) obtuvo una fiabilidad interjueces adecuada y los investigadores informaron de kappas alrededor de .50 (Hart, Forth y Hare, 1992; Stangl et al., 1985). Tal como el criterio B, su estabilidad temporal es desconocida pero presumiblemente alta. Además de los resultados de Coolidge et al. (1990) y Hart, Forth y Hare (1992), otros estudios sobre los subcriterios C se realizaron con base en las pruebas

de evaluación del TAP según el DSM-IV (Widiger et al., pendiente publicación). Los tres estudios indican que varios subcriterios tienen baja prevalencia, pobre fiabilidad interjueces o bajas correlaciones ítem-total, tanto en muestras forenses como en civiles. Los subcriterios con un resultado pobre en por lo menos dos estudios fueron C-4 (fracaso en el cumplimiento de las obligaciones económicas), C-8 (irresponsable en su conducta como padre/madre) y C-9 (no mantiene relaciones sentimentales monógamas). La consistencia interna de los subcriterios C fue entre baja y moderada en el estudio de Hart, Forth y Hare (1992) ( $\alpha$  mediano = .55) y la homogeneidad de los ítems resultó baja (valor mediano de la correlación inter-ítem media = .10)<sup>4</sup>. Ninguno de estos subcriterios problemáticos aparece en el DSM-IV; en vez de ello, se juntaron para formar uno único ítem en el subcriterio A-6 (irresponsabilidad).

El criterio D en el DSM-III-R (También D en el DSM-IV) no se analizó en estudios sobre los criterios TAP. Este hecho es lamentable, pues hay por lo menos dos razones para suponer que la fiabilidad del criterio D puede ser baja. Primero, el evaluador tiene que hacer un diagnóstico de esquizofrenia y de síndrome maníaco – diagnósticos que por si mismos tienen una fiabilidad imperfecta – en concomitancia con el TAP. Segundo, el evaluador debe determinar en que medida todos los síntomas TAP han ocurrido durante brotes de esquizofrenia o de manía.

Teniendo en cuenta todos estos problemas con los criterios, en general se acepta que el TAP tiene una fiabilidad adecuada, particularmente con relación a otros trastornos del eje II del DSM-III-R (Widiger et al., pendiente publicación; Rogers y Dions, 1991). La concordancia interjueces, utilizando el método de entrevista-observación, fue alta en la muestra de presos del estudio de Hart, Forth y Hare (1992) ( $\kappa=.63$ ) y razonablemente alta en el campo de pruebas del DSM-IV ( $\kappa$  mediano = .50). Se ha informado de una fiabilidad interjueces más alta en estudios que han utilizado entrevistas diagnósticas estructuradas (Jackson et al., 1991;  $\kappa = 1.00$ ). Los diagnósticos TAP obtuvieron también una fiabilidad test-retest aceptable, por lo menos en periodos de tiempo cortos (Alterman, Cacciola y Rutherford, 1993)<sup>5</sup>. La evaluación del TAP parece no verse muy afectada por variables estado, tales como el estado anímico del sujeto en el momento de la evaluación (Widiger et al., pendiente publicación)

<sup>3</sup> Morey (1988a,b,c) examinaron la consistencia interna de las características de los subcriterios TAP del DSM-III-R de 1985. Los resultados se informaron de forma conjunta para los subcriterios B y C. El  $\alpha$  global fue .82 (Morey, 1988a,c); ninguno de los subcriterios B tuvieron una correlación ítem-total correcta de menos de .30 (Morey, 1988c).

<sup>4</sup> En Morey (1988c), el único subcriterio C que mostró una correlación ítem-total correcta en menos de .30 fue la impulsividad (.27)

<sup>5</sup> Dada la naturaleza nomotética de los criterios, su consistencia interna es irrelevante; con todo es interesante observar que la asociación entre la presencia versus ausencia de los criterios B y C fue solamente moderada en el estudio de Hart, Forth y Hare (1992), con kappas de .15, .32 y .67 en presos, pacientes forenses y muestras de estudiantes.

**Normalización.** No ha habido una normalización sistemática relativamente a la prevalencia de síntomas o de diagnóstico de TAP según el DSM-III-R. El campo de pruebas para el TAP del DSM-IV (Widiger et al., pendiente publicación) proporciona indicadores de la prevalencia en cinco escenarios, cada uno con aproximadamente 100 sujetos. Los escenarios y las prevalencias fueron los siguientes: consumidores de drogas atendidos en una clínica VA, 17%; presos varones, 70%, pacientes psiquiátricos y consumidores de drogas internados en centros, 36%, personas que habían sido adoptadas, 1% y enfermos psiquiátricos 34%. Otras investigaciones confirman una prevalencia alta (en general entre 50% y 70%) en poblaciones forenses, cuando se utilizan los criterios DSM-III o DSM-III-R (Correctional Service of Canada, 1990; Hare, 1983, 1985; Hart, Forth y Hare, 1992; Hart y Hare, 1989; Roesch, pendiente publicación).

Pueden hacerse algunas inferencias sobre la prevalencia de TAP a partir de los resultados del proyecto *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) (Robins y Regier, 1991), que utilizó los criterios DSM-III. En el ECA se empleó una entrevista estructurada, la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981), con una muestra estratificada que comprendía casi 20.000 adultos residentes en cinco grandes áreas geográficas de los EE.UU. Se entrevistó a personas que residían en la comunidad, así como a personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos, residencias geriátricas, cárceles, y programas de desintoxicación. De acuerdo con Robins, Tipp y Przybeck (1991), la prevalencia de vida para el diagnóstico TAP fue de 2,6% (EE=0.16%). Los índices de prevalencia del TAP fueron significativamente más altos en mujeres que en hombres (con un factor de cerca de 5), en residentes en centros urbanos que en residentes rurales (con un factor de cerca de 2) y en aquellos con edades inferiores a 30 años que en aquellos con edades superiores a 64 (con un factor de cerca de 10). No había diferencias significativas según la raza.

**Validez.** La validez de contenido de los criterios TAP del DSM-III-R fue severamente criticada en varios frentes.

Primero, el contenido de los criterios y subcriterios fue descrito por muchos autores como siendo demasiado extenso, poco específico y arbitrario – en palabras de Millon (1981) “insignificante”. Su aparente complejidad dió origen a varios problemas, incluyendo una dependencia de la información auto-reportada para la evaluación, un fracaso en la adherencia a los actuales criterios en la práctica clínica y una extrema heterogeneidad entre aquellos que cumplen estos criterios (Hare, Hart y Harpur, 1991; Morey y Ochoa, 1989; Rogers y Dion, 1991).

En segundo lugar los criterios evalúan principalmente la vertiente de la desviación social de la psicopatía, ignorando muchos síntomas afectivos e interpersonales (Hare, 1985; Hare, Hart y Harpur, 1991; Millon, 1981). Incluso en la evaluación de la desviación social se centra demasiado la atención en los síntomas violentos raros (Rogers y Dion, 1991). Así, en opinión de muchos autores, son virtualmente sinónimos de delincuencia persistente y severa (Hare, 1991). Tal como informa Widiger et al., (pendiente publicación), tal criticismo conduce a especulaciones sobre la posibilidad de que los criterios fueran demasiado amplios, sobrediagnosticando el TAP en poblaciones criminales y demasiado estrictos fracasando en la identificación de verdaderos psicópatas en poblaciones no criminales.<sup>6</sup>

En tercer lugar algunos de los criterios fueron criticados por argumentos lógicos. Por ejemplo, el criterio A podría haber sido innecesario. El DSM-III torna explícito en su visión global del eje II que los trastornos de personalidad persisten en la edad adulta. Así, no debe hacerse ningún diagnóstico de TAP si el comportamiento antisocial remite de forma espontánea después de la adolescencia. Ningún otro trastorno del eje II incluye un criterio de edad. De forma similar, el criterio B podría resultar redundante por sí mismo. El DSM-III-R afirma que los síntomas del trastorno de personalidad se tornan evidentes, de un modo general, durante la infancia, y ningún otro trastorno del eje II considera síntomas infantiles específicos como criterio necesario.

Finalmente, El criterio D, tal como otros criterios excluyentes en los DSM, tiene una validez desconocida (Body et al., 1984). Observe que mientras que los criterios DSM-IV para el TAP son cortos y de alguna forma menos insignificantes, muchas de las críticas que se levantaron contra el DSM-III-R son aún relevantes. En particular, las revisiones del DSM-IV no hicieron nada para mejorar la cobertura de las características afectivas e interpersonales.

Una vez más, debido al hecho de que los criterios DSM-IV son nuevos y no han estado sujetos a investigación publicada, esta revisión de la validez de constructo y de la validez de criterio del TAP están basadas en investigación que ha utilizado los criterios DSM-III o DSM-III-R. Con respecto a la validez concurrente los diagnósticos DSM-III y DSM-III-R están correlacionados en .55 con las puntuaciones Totales de la PCL-R, y tienen niveles altos de concordancia con la PCL-R (Hare,

<sup>6</sup> Morey (1988a) encontró que los síntomas TAP tendían a covariar con ciertos síntomas de otros trastornos de la personalidad (narcisista, pasivo-agresivo) y formaban un grupo a que él denominó “psicopático”. Esto avala la hipótesis de que si bien los síntomas TAP pueden ser internamente consistentes, fracasan en dar una cobertura adecuada al dominio del constructo de la psicopatía.

1983, 1985, 1991). Se observaron niveles similares de concordancia entre el TAP y los criterios ICD-10 para la personalidad disocial y criterios para el trastorno psicopático de la personalidad (basado en la PCL-R) en el campo de pruebas del TAP del DSM-IV (Widiger et al., pendiente publicación). Volviendo a las medidas de autoinforme, el diagnóstico de TAP presenta correlaciones bajas a moderadas, típicamente alrededor de .30, con las escalas Antisocial/Agresiva (6A) y Sádica (6B) del MCMI-II, las escalas de Desviación psicopática (Pd) e Hipomanía (Ma) del MMPI, y la escala de socialización (So) del CPI (Hare, 1985; Hart, Forth y Hare, 1992). Cuando se utilizan medidas dimensionales de TAP (contabilización de síntomas), las correlaciones son, en alguna medida, más altas, pero aún así se mantienen moderadas (Hart, Forth y Hare, 1992; Widiger et al., pendiente publicación). Con todo, estas correlaciones relativamente bajas pueden reflejar un problema con las escalas de autoinforme más que con los criterios TAP.

Ha habido poca investigación que se ocupara de la validez predictiva del TAP. Hay evidencia limitada de que este trastorno está asociado con una respuesta pobre a tratamientos de consumo de drogas y programas de tratamiento en prisión (Woody y McLellan, 1985; Harris et al., 1991). Con todo, su eficiencia predictiva parece ser pobre en términos absolutos y relativos, comparativamente a otras medidas como la PCL-R (Hare, 1991; Hart et al., 1988; Harris et al., 1991).

Relativamente a la validez de constructo, hay un gran cuerpo científico que examina la asociación entre el TAP y el consumo de drogas. Probablemente los hallazgos más comunes son que el TAP es significativamente comórbido con los trastornos por consumo de sustancias y que los consumidores de drogas con TAP presentan una mayor desviación social u obtienen peores resultados en el tratamiento de la drogadicción, que otros pacientes (Liskow y Powell, 1990, 1991; Stabenau, 1990; Woody y McLellan, 1985). Otro hallazgo muy común en la literatura sobre trastornos de la personalidad es que el TAP es frecuentemente comórbido con otros trastornos del eje II, del grupo B (dramático – errático – emocional), en particular con el trastorno límite de la personalidad (Gunderson, Zanarini y Kisiel, 1991). Estos hallazgos no son inconsistentes con una visión clínica de la psicopatía, y pueden considerarse un soporte empírico de la validez concurrente del TAP (aunque la comorbilidad con el consumo de drogas pueda ser suficientemente grande para impedir un diagnóstico diferencial; Gerstley, Alterman, McLellan y Woody, 1990). Con todo, hay también evidencia de inconsistencias inesperadas o teóricas sobre la comorbilidad, tales como la sobreposición con la esquizofrenia y la

manía cuando se ignora la exclusión del criterio D (Boyd et al., 1984; Robins et al., 1991).

No hay evidencia experimental sistemática que avale la validez de constructo de los criterios TAP. Algunos investigadores (Widiger et al., pendiente publicación; Widiger y Corbitt, 1995) han informado de un cuerpo empírico que incluye estudios bioquímicos, genéticos y de adopción, pero en muchos (en la mayoría) de estos estudios no se utilizaron los criterios DSM-III o DSM-III-R actuales, por ello, la equivalencia con el DSM-III (-R) es cuestionable (Widiger et al., pendiente publicación) y la relevancia de tales estudios no está clara.

**Resumen.** Se sabe poco acerca de los criterios TAP del DSM-IV. Los criterios DSM-III-R para este trastorno presentan fiabilidad interjueces adecuada y estabilidad temporal, con todo algunos de los subcriterios tienen prevalencias extremadamente bajas, pobre fiabilidad, y/o bajas correlaciones ítem-total; el DSM-IV es probablemente similar en lo que toca a los índices de fiabilidad. No hay datos normativos para los diagnósticos o síntomas del DSM-III-R o del DSM-IV. El DSM-IV tendrá una validez de constructo o relacionada con el criterio probablemente marginal o suficiente; con todo su validez de contenido es desconocida.

Muchas de las críticas expuestas aquí sugieren que los criterios TAP se centran mucho en el comportamiento antisocial, en detrimento de una estructura bifactorial y puede no ser posible hacer la distinción con la delincuencia persistente y severa. Esto representa un punto débil serio que torna problemático el uso de los criterios TAP en la investigación y en la práctica clínica cuando se trabaja con poblaciones forenses. Por otro lado, parecen presentar dos puntos potencialmente fuertes. Primero y relativamente a la cronicidad, parecen ser relativamente estables a lo largo del tiempo. Segundo, por lo menos cuando la evaluación se basa en información colateral añadida a los datos recogidos en la entrevista, puede ser relativamente inmune a los efectos de la mentira y del engaño.

#### **Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare Revisada – Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)**

En esta revisión sobre los procedimientos de evaluación existentes, la Escala de la Psicopatía de Hare es la más importante. Se sigue una descripción de este instrumentos, así como de su fiabilidad, normalización y validez.

**Descripción.** La PCL-R es una escala construida con base en la puntuación de síntomas en 20 ítems, preparada para ser utilizada en contextos forenses (prisiones y psiquiátricos. Para

<p><b>Tabla 3</b> <b>Ítems de la PCL-R</b></p>		
<b>Ítem</b>	<b>Descripción</b>	<b>Factor en que puntúa</b>
1.	Facilidad de palabra/ encanto superficial	1
2.	Sentido desmesurado de autovalía	1
3.	Necesidad de estimulación/ tendencia al aburrimiento	2
4.	Mentira patológica	1
5.	Estafador/ manipulador	1
6.	Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa	1
7.	Afecto superficial y poco profundo	1
8.	Insensibilidad afectiva/ ausencia de empatía	1
9.	Estilo de vida parasitario	2
10.	Pobre autocontrol de la conducta	2
11.	Conducta sexual promiscua	-
12.	Problemas de conducta en la infancia	2
13.	Ausencia de metas realistas a largo plazo	2
14.	Impulsividad	2
15.	Irresponsabilidad	2
16.	Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones	1
17.	Frecuentes relaciones maritales breves	-
18.	Delincuencia juvenil	2
19.	Revocación de la libertad condicional	2
20.	Versatilidad criminal	-

controlar los efectos del engaño y la mentira, las puntuaciones se hacen con base en una entrevista semiestructurada y una revisión de la información colateral (con todo, en casos excepcionales, puede basarse solamente en la información colateral). Cada ítem consiste en la descripción de un rasgo complejo, de nivel superior (ej. Insensibilidad Afectiva o Versatilidad Criminal); en la Tabla 3 presentamos un resumen de las etiquetas de los ítems. El formato de la respuesta es una escala de 3 puntos (0 = No se aplica; 1 = se aplica en alguna medida; 2 = se aplica totalmente); también, en circunstancias especiales, se pueden omitir los ítems.

Los ítems se suman (en caso de haberse omitido alguno, hay necesidad de volver a puntuar aquellos para los que hay puntuación) para encontrar una puntuación dimensional entre 0 y 40 que refleje la gravedad de los rasgos de psicopatía. También se puede utilizar un punto de corte para realizar un diagnóstico de psicopatía a lo largo de la vida del individuo ( $\leq 29$  = no psicópata;  $\geq 30$  = psicópata). Además, las puntuaciones de los factores de la PCL-R reflejan las dos vertientes de la psicopatía. La administración y la puntuación de la PCL-R tarda entre dos horas y media a tres horas.

Para la construcción de este instrumento se utilizó una mixtura de métodos. Primero, se generaron más de cien ítems, a partir de la revisión de la literatura científica y de la experiencia clínica. Segundo, estos ítems se probaron en un estudio piloto y se desecharon aquellos que resultaron redundantes o que no habían sido puntuados con fiabilidad. Tercero, se obtuvo un listado de ítems más corto, que se utilizó en una muestra de presos varones de los que ya se disponía de su valoración

global de psicopatía. Se desecharon los ítems que no discriminaban entre aquellos identificados como psicópatas y los que no lo eran de acuerdo con esas puntuaciones globales o, o los ítems que no correlacionaban con otros.

La población diana original de la PCL-R era formada por delinquentes varones adultos encarcelados (Hare, 1991) y la mayoría de las investigaciones que utilizaron la escala se centraron en delinquentes caucásicos, Norteamericanos de prisiones provinciales, estatales o federales. Con todo, la PCL-R probó también ser útil en la investigación con pacientes psiquiátricos forenses (Hart y Hare, 1989; Rice et al., 1992), con delinquentes mujeres, delinquentes juveniles, varios grupos de delinquentes pertenecientes a minorías étnicas y delinquentes en Inglaterra y Europa. Algunos investigadores han utilizado la PCL-R en no delinquentes (ver Hare, 1991).

**Fiabilidad.** En el manual de la PCL-R, Hare (1991) presenta el resumen de datos sobre la fiabilidad del instrumento en 11 muestras forenses ( $N=1,632$ ). Los ítems individuales de la PCL-R tienen una prevalencia, una fiabilidad interjueces y una correlación total aceptables. La fiabilidad de la consistencia interna es bastante alta – el coeficiente alpha mediano obtenido en las 11 muestras fue .87, y la mediana de la correlación inter-ítem media fue .25. La fiabilidad interjueces de la puntuación Total es aceptable – el coeficiente de correlación intraclase mediano para las puntuaciones totales de la PCL-R ( $ICC_1$ ; Barkto, 1976) en 6 muestras que utilizaron múltiples evaluadores fue de .88. Para propósitos clínicos probablemente es mejor mediar dos puntuaciones independientes; la fiabilidad

interjueces efectiva utilizando este procedimiento (ICC<sub>2</sub>) fue .94. El diagnóstico de psicopatía a través de la PCL-R mostró también una fiabilidad interjueces aceptable. El coeficiente kappa del acuerdo entre evaluadores independientes obtenido en varios estudios varió entre .50 y .80 (Hart, Forth y Hare, 1991; Hart y Hare, 1989)<sup>7</sup>.

Solamente en uno de los estudios se analizó la estabilidad temporal de la PCL-R (Alterman et al., 1993). En ese estudio, que evaluó 88 hombres adultos usuarios de un programa de mantenimiento con metadona, la fiabilidad test-retest al mes (*r*) de la puntuación Total fue .89. Esta estimación es similar a la informada para la PCL después de un intervalo de 10 meses en 42 varones adultos encarcelados (Schroeder, Schroeder y Hare, 1983). Hay evidencia considerable que las puntuaciones de la PCL-R no están correlacionadas con los estados emocionales de los sujetos (estados de ansiedad o distimia) en el momento de la evaluación (Hare, 1991).

Los factores de la PCL-R son menos fiables que la puntuación Total. Se esperaba este descenso de la fiabilidad, dado que las escalas factoriales son más cortas en su dimensión que la escala total (8 ítems para el Factor 1 y 9 ítems para el Factor 2, versus 20 ítems para la escala total). Sin embargo, las puntuaciones factoriales son suficientemente fiables para propósitos de investigación (Alterman et al., 1993; Hare, 1991).

**Normalización.** La PCL-R presenta datos normativos para las puntuaciones totales y factoriales obtenidos a partir de 7 muestras de varones adultos encarcelados (N=1,192) y 4 muestras de varones adultos, pacientes psiquiátricos forenses (N=440). La distribución de las puntuaciones varía muy poco entre los dos contextos, cuando se asume las diferencias entre los investigadores, el país de origen, el nivel de seguridad de la prisión, el status legal de los sujetos y la técnica muestral empleada. Las variables demográficas, como la edad y la raza presentan pequeñas diferencias estadísticamente significativas asociadas a las puntuaciones de la PCL-R. Se informaron de resultados similares obtenidos con la PCL (Hare, 1991).

Si bien que la PCL-R ha sido utilizada con delincuentes mujeres (Neary, 1990), delincuentes juveniles (Forth, Hart y Hare, 1990) y no criminales, no se disponen de datos normativos para estas poblaciones en el momento en que se ha escrito este manual.

**Validez.** No se ha hecho cualquier discriminación entre la investigación realizada con la PCL y la realizada con la PCL-R y hay evidencia

de que las dos escalas están altamente correlacionadas y pueden considerarse formas paralelas (Hare, 1991).

Ambas escalas presentan una validez de contenido buena, tal como se evidencia en su estructura bifactorial. Tal vez la única fragilidad es que los ítems se desarrollaron y se adaptaron para trabajar con poblaciones forenses. Esto origina dos posibles problemas en su utilización con no delincuentes. Primero, la base de la psicopatía o de los síntomas psicopáticos probablemente difiera bastante con relación a las muestras utilizadas para la validación de la PCL y de la PCL-R; como consecuencia la fiabilidad y la validez de estos ítems puede disminuir. Segundo, tres ítems de la PCL y de la PCL-R se puntúan con base en los expedientes judiciales, haciéndose difícil su puntuación en no delincuentes (de forma alternativa puede omitirse estos ítems en no delincuentes y se repuntúan las puntuaciones totales). Hay datos preliminares que muestran que estos problemas no tornan a la PCL-R un instrumento inválido para ser utilizado en no delincuentes, aunque puede, de alguna forma, disminuir su utilidad (ver Hare, 1991).

La validez concurrente de la PCL y de la PCL-R es buena. Están entre moderada y altamente correlacionadas (entre .55 y .85) con las puntuaciones clínicas globales de la psicopatía, puntuaciones que se obtienen a través de los 16 criterios de Cleckley y del diagnóstico de TAP (Hare, 1980, 1985, 1991). Sus correlaciones con las escalas *Pd* del MMPI, 6A del MCMI-II y *So* del CPI son más bajas, con medias alrededor de *r*=.30; con todo, tal como hemos valorado anteriormente, esto probablemente refleja problemas con las medidas de autoinforme (Hare, 1985, 1991; Hart, Forth y Hare, 1991).

La validez predictiva de las escalas PCL es también buena, en particular dado la pobre actuación de la mayoría de los tests psicológicos y diagnósticos en la predicción de la conducta criminal. Más de una docena de estudios realizados en Canadá y en los EE.UU. indican que las puntuaciones de la PCL/PCL-R están asociadas con la conducta criminal y antisocial, incluyendo la reincidencia, el incumplimiento de medidas en libertad condicional, el fracaso de la respuesta a los tratamientos y la mala conducta institucional tanto dentro como fuera de las cárceles (ver Hare, 1991; Hare y Hart, 1993). Los psicópatas desarrollan también carreras delictivas – patrones de agresiones violentas y no violentas a lo largo de la vida – que son bastante diferentes a aquellas desarrolladas por los no psicópatas (Hare, McPherson y Forth, 1988; Williamson, Hare y Wong, 1987). En estudios que han comparado la capacidad de varias medidas para predecir la conducta criminal, las puntuaciones de la PCL y de la PCL-R fueron tan buenas como, o mejores que, otras medidas de la psicopatía (como

<sup>7</sup> Todas los datos relativos a las fiabilidades interjueces descritos en este documento fueron obtenidos utilizando el método de la entrevista-información colateral

el TAP o el MMPI) y las escalas actuariales de evaluación del riesgo (Hare, 1991; Rice et al., 1992; Serin, Peters y Barbaree, 1990; Simourd, Bonta, Andrews y Hoge, 1990).

La PCL y la PCL-R tienen un patrón claro de validez convergente y discriminante, cuya interpretación queda en evidencia a través de la análisis de los dos factores. Tal como ocurre con el TAP las escalas de la PCL están significativamente asociadas con los trastornos por consumo de sustancias; con todo, esta asociación es enteramente debida al Factor 2 (Hart y Hare, 1989; Hemphill, Hart y Hare, 1994; Smith y Newman, 1990). De forma similar, la PCL y la PCL-R correlacionan positivamente con los trastornos de personalidad del grupo B del DSM-III-R y negativamente con varios trastornos del grupo C; con todo, la asociación es debida principalmente al Factor 1 (excepto para la correlación con el TAP, que se debe principalmente al Factor 2; Hare, 1991; Hart y Hare, 1989). Los factores tienen también patrones diferentes de correlaciones con las medidas de la personalidad autoinformadas: el Factor 1 correlaciona negativamente con la ansiedad y la empatía y positivamente con el narcisismo y la dominación; el Factor 2 correlaciona positivamente con la búsqueda de sensaciones e impulsividad y negativamente con el altruismo (Harpur et al., 1989; Hart, Forth y Hare, 1991; Hare, 1991). Se encontraron resultados similares utilizando medidas proyectivas (Gacono, Meloy y Heaven, 1990). La PCL-R tiene buena especificidad clínica relativamente a los ejes I y II del DSM-III-R y a los trastornos del grupo C, en términos absolutos (Hart, Hare, 1989; Raine, 1986) y en términos relativos con otras medias como el MMPI (Howard, Bailey y Newman, 1984; Howard, 1990).

Finalmente, hay más de 20 trabajos experimentales publicados que avalan la validez de constructo de la PCL y de la PCL-R. Aunque los psicópatas no presenten daño cerebral (por lo menos valorado con las medidas neuropsicológicas estándar; ver Hare, 1984; Hart, Forth y Hare, 1991), presentan funciones lingüísticas anormales y/o poco lateralizadas en sus hemisferios cerebrales y responden fisiológicamente de forma inusual a los estímulos afectivos (ver Hare, Williamson y Harpur, 1988; Williamson, Harpur y Hare, 1990). Además, los psicópatas demuestran un bajo arousal fisiológico en la anticipación de los estímulos dolorosos. Estos hallazgos asociados a los resultados de otros estudios sobre procesos atencionales y de aprendizaje en los psicópatas, han puesto en evidencia una respuesta de afrontamiento adaptativa. Este método de afrontamiento les ayuda a ignorar selectivamente claves de castigo inminente pero los torna también susceptibles de mayor concentración en las claves de recompensa (para una revisión ver Harpur y Hare, 1990).

Hay que destacar que la validez de constructo de la psicopatía no parece verse excesivamente afectada por la raza (Kosson, Smith y Newman, 1990; Wong, 1984). Un estudio reciente de Cooke y Michie (1995) que utiliza la Teoría de la Respuesta al Ítem sugiere que la PCL-R tiene una buena generabilidad a través de los diferentes contextos en que se aplica (prisiones versus psiquiátricos forenses) y razas (Caucásicos versus Afroamericanos) en Norte América, pero presenta también generabilidad a otras culturas (Norte América versus Escocia).

**Resumen.** La PCL-R tienen excelentes propiedades psicométricas, con todo, ha habido relativamente poca investigación que evalúe su estabilidad temporal. Hay buenos datos normativos en poblaciones forenses masculinas y bastante investigación que avala la validez de todas las vertientes de la PCL-R.

Tal como el TAP, la PCL-R mide un trastorno crónico. Como medida que se basa en gran parte en la revisión de la información contenida en los archivos institucionales parece ser relativamente inmune al engaño y a la mentira. Contrariamente al TAP la PCL-R tiene una estructura bifactorial clara. Además, es capaz de predecir la delincuencia aunque sus ítems no se centren especialmente en la criminalidad.

La población diana de la PCL-R son los delincuentes varones adultos. Ha sido utilizada con mujeres delincuentes, con delincuentes juveniles y con no delincuentes, pero no disponemos de datos normativos en estos grupos en el momento en que este manual ha sido escrito. Algunos de los ítems pueden no tener relevancia si se aplican a no delincuentes. Además, la cumplimentación de la PCL-R es un proceso demorado que requiere acceso a información colateral (por los menos en contextos clínicos). Estos factores pueden disminuir su atractivo para el trabajo clínico en psiquiátricos civiles y otros escenarios no criminales.

## Resumen de las evaluaciones

Se pueden sacar varias conclusiones de la revisión que presentamos aquí. Primera, y más general, parece que ninguno de los procedimientos de evaluación de la psicopatía está libre de una serie de limitaciones significativas con respecto a la fiabilidad, validez o utilidad clínica. Esto es muy importante y sugiere la necesidad de una nueva medida que pueda complementar las ya existentes. Segundo, tal como había concluido Hare (1985), los procedimientos “conductuales-clínicos” (aquellos que incluyen puntuaciones basadas en entrevista y en datos de los expedientes) son superiores a los métodos de autoinforme, particularmente en términos de validez y capacidad para controlar el engaño y la mentira. Por todo ello, el desarrollo de

una nueva escala tiene la posibilidad de ser bien sucedida si se concibe en un formato de puntuación pericial opuesta al formato de autoinforme. Tercero, de todos los procedimientos revisados solamente la PCL-R ha demostrado una estructura con dos vertientes claras y esta estructura ha

evidenciado ser muy útil para interpretar los resultados de la investigación. En consecuencia, cualquier nueva medida de la psicopatía debe presentar una estructura que refleje esas dos vertientes, utilizando las ventajas de la investigación ya efectuada para la PCL-R.

# 3º Capítulo

## Desarrollo de la PCL :SV

Los autores del instrumento han tomado algunas decisiones clave sobre su diseño. Primero, se decidió que el instrumento debería desarrollarse de acuerdo con la teoría psicométrica y debería ser evaluado en concordancia con los criterios psicométricos estándares. Segundo, se decidió que la PCL:SV debería estar relacionada conceptual y empíricamente con la PCL-R. Esto ayuda a que la escala sea bien sucedida (asunto ya discutido en el 1ª capítulo) y también que se beneficie del gran cuerpo empírico existente que avala la validez. Tercero, para maximizar su utilidad, se decidió que la PCL:SV debería adecuarse al uso en un amplio número de contextos (incluyendo poblaciones civiles y psiquiátricas forenses) y que debería exigir poco tiempo, esfuerzo y entrenamiento en la administración y puntuación.

De forma a cumplir con las dos primeras decisiones, se mantuvo el formato exitoso de la PCL-R – a saber, evaluación por perito, escala de puntuaciones de síntomas-constructo. Tal como la PCL-R, la PCL:SV engloba índices dimensionales y categoriales de la psicopatía. Tiene también una marcada estructura de dos vertientes.

El cumplimiento de gran parte de la tercera decisión, adecuarla de forma a permitir su uso en varios contextos, no fue problemático. Estudios previos habían indicado que la psicopatía, tal como era definida por la PCL-R podía ser medida de forma fiable en pacientes psiquiátricos forenses (Harris, et. al., 1991; Hart y Hare, 1989). Con todo, lo que más preocupó fue que la investigación anterior con la PCL (-R) había sido efectuada en escenarios forenses y el contenido de algunos ítems debería ser revisado para adecuar su uso en no criminales. Otro requisito – brevedad – pudo conseguirse fácilmente a través de la reducción del número de ítems. La principal preocupación fue que esta reducción podría reducir también la fiabilidad interjueces. El asunto del entrenamiento de los peritos no se percibió como un gran problema sugiriéndose que incluso personal no graduado podría ser enseñado para poder realizar evaluaciones fiables con la PCL-R.

### Primera versión: La versión clínica de la PCL-R (VC)

La primera tentativa para desarrollar una versión nueva, más corta, de la PCL-R dió como resultado la Versión Clínica (VC; Cox, Hart y Hare, 1989). Uno de los propósitos de la VC era hacer el cribado de sujetos en prisión preventiva. Debido a que las entrevistas de evaluación en la cárcel son

generalmente muy breves (tal vez 20 o 30 minutos) y debido a que muchas veces el acceso al expediente es limitado, la VC consistía en varios ítems que eran principalmente puntuados en función de los datos (estilísticos o interpersonales) obtenidos en la entrevista. Otro de los objetivos fue utilizarla en estudios para evaluar el resultado de tratamientos, que requirieran medidas sensibles a los cambios de gravedad de los síntomas, a lo largo del tiempo. Se esperaba que el marco temporal necesario para puntuar los ítems de la VC pudiese cambiar desde toda la vida hasta un periodo más corto (ej. el mes pasado). La VC contenía apenas seis ítems: *Superficialidad; Facilidad de Palabra; Mentira y Engaño; Ausencia de Remordimiento; Falta de Empatía y No Aceptar las Responsabilidades*. El contenido de estos ítems se derivaba directamente de la PCL-R, pero la descripción de los ítems era más corta, y se presentaba en forma de puntuación en función de una entrevista corta (10 a 20 minutos). Tal como en la PCL-R, los ítems se puntuaban en una escala de tres puntos; La puntuación total podía ir de 0 a 12. La VC fue testada en varios estudios.

### Cox, Hart y Hare (1989)

Cox, Hart y Hare testaron la VC en el Vancouver Pretrial Services Centre (VPSC), una prisión de máxima seguridad en Vancouver, Canadá. Los sujetos que participaron en el estudio fueron 100 varones que estaban bajo custodia (a espera de juicio o esperando el establecimiento de la fianza) que fueron remitidos al departamento de psicología por razones médicas, psicológicas o de seguridad. Los datos relativos a las características demográficas de estos sujetos no se recogían de forma sistemática. Se observó, con todo, que su edad variaba entre 18 y 60 años, que la mayoría eran caucásicos y angloparlantes y que la mayoría estaba acusada de delitos violentos u otros delitos graves. La mayoría tenía expediente judicial previo. Aún que la muestra no fuese representativa de todos los presos del centro (VPSC), era probablemente representativa de los internos que eran monitorizados o cribados por los psicólogos después de su admisión.

Uno de los investigadores fue contratado como psicólogo consultor. Él y otro investigador realizaron una serie de 100 evaluaciones según el procedimiento utilizado habitualmente en la institución. Las entrevistas cubrían las siguientes áreas: cargos actuales y historia delictiva anterior; status educacional, ocupacional y marital; y temas médicos y psicológicos actuales. Después de las

entrevistas se procedía a prestar algunos consejos. Se revisó toda la información de los expedientes de la que se pudo disponer. Las evaluaciones tardaron entre 5 y 30 minutos, con una media de cerca de 20 minutos. Después de cada evaluación los dos investigadores puntuaban de forma independiente la VC y revisaban las puntuaciones diferenciales. Todos los datos se mantuvieron confidenciales y no se comunicaron al personal médico ni de seguridad del centro.

La media de las puntuaciones de la VC (media de los dos evaluadores) fue de 6.24 ( $SD=2.45$ ). La fiabilidad interjueces del coeficiente de correlación intraclase para las puntuaciones individuales ( $ICC_1$ ) fue .86; la fiabilidad de la media de las puntuaciones ( $ICC_2$ ) fue .92. La fiabilidad interjueces ( $r$ ) de los ítems individuales osciló entre .52 y .73. El análisis de la fiabilidad con base en las puntuaciones medias reveló un MIC de .51 (entre .40 y .69); la consistencia interna, medida con el alpha de Cronbach fue .86.

El MIC y el coeficiente alpha indican que la VC podría considerarse una medida unidimensional. Para profundizar en este tema se realizó un análisis de los componentes principales (PCA) de las puntuaciones medias. Este análisis reveló un largo componente ( $eigenvalue=3.54$ ) que explicaba el 59% de la varianza habitual de los ítems; todos los otros componentes fueron bastante más pequeños ( $eigenvalue \leq .71$ ) y cada uno de ellos explicaba menos del 12% de la restante varianza. Todos los ítems de la VC presentaban una carga alta ( $\geq .69$ ) en el componente principal; el Ítem 1 (*Superficialidad*) tenía la carga más alta (.84).

La puntuación de corte para el diagnóstico de psicopatía en la investigación, cuando se utiliza la PCL-R es 30, una puntuación que está aproximadamente 1  $SD$  por encima de la media en la mayoría de las muestras de presos varones (Hare, 1991). El punto de corte correspondiente para la VC fue 9. Esta puntuación fue utilizada para obtener dos grupos: aquellos que puntuaban  $\geq 9$  fueron definidos como psicópatas y aquellos que puntuaban  $< 9$  fueron considerados no psicópatas. Utilizando estas categorías, el coeficiente kappa de la concordancia del diagnóstico entre los dos evaluadores fue de .93. Aplicando estos puntos de corte a las puntuaciones medias, el porcentaje de psicopatía encontrado en la muestra fue de 15%.

### Roy (1988)

Roy examinó la utilidad del “estado-actual” de las puntuaciones de la VC (aquella realizada con base en solamente una entrevista sin contar con la información de los expedientes). Determinó la validez concurrente de estas puntuaciones en una muestra de 60 varones internos de una prisión federal. Todos los sujetos habían sido evaluados anteriormente por evaluadores independientes, utilizando la PCL-R y los criterios DSM-III-R. Roy

realizó la reevaluación entre 1 y 24 meses después y puntuó la VC con base en una entrevista de 30 o 40 minutos. Los sujetos tenían edades entre los 20 y los 58 años ( $m=30.5$ ,  $SD=8.7$ ) cumplían varias sentencias de 2 o más años, la mayoría por delitos violentos.

La media de las puntuaciones VC en la muestra fue 6.7 ( $SD=2.2$ ), la media de las puntuaciones de la PCL fue 26.6 ( $SD=7.7$ ), y la media de las puntuaciones PCL-R fue 23.6 ( $SD=8.2$ ). Utilizando los criterios DSM-III, 35% de los sujetos cumplía los criterios para TAP, mientras que con el DSM-III-R el mismo trastorno tenía una prevalencia de 41.7%. Roy (1988) informó que la fiabilidad interjueces de la PCL-R en su muestra era  $r=.74$  pero no informó sobre la fiabilidad para otras medidas.

Las puntuaciones de la VC se correlacionaban con la puntuación Total de la PCL  $r=.42$  y con la puntuación Total de la PCL-R  $r=.38$ . Las correlaciones del Factor 1 de la PCL y de la PCL-R eran asimismo altas ( $r=.54$  y  $.47$  respectivamente), mientras que las correlaciones con el Factor 2 eran más bajas ( $r=.23$  y  $.22$  respectivamente). Hay que destacar que la VC no se correlacionaba con los diagnósticos TAP del DSM-III o del DSM-III-R ( $r=-.08$  y  $-.09$  respectivamente). El análisis de regresión múltiple indicó que las puntuaciones VC en combinación con el diagnóstico de TAP podían predecir la puntuación Total de la PCL y de la PCL-R significativamente mejor que cualquiera de ellos por separado ( $R^2$  osciló entre .38 y .51)<sup>8</sup>.

### Roesch (pendiente publicación)

Roesch utilizó la VC en otro estudio con sujetos en espera de juicio en el VPSC. La muestra aleatoria estuvo formada por 861 hombres que ingresaron en la cárcel, a lo largo de un periodo de 12 meses. Las edades oscilaron entre 18 y 71 años ( $M=30.4$ ,  $SD=9.2$ ) y la mayoría (82.3%) tenía expediente delictivo adulto previo. De estos sujetos, 684 (79.4%) cumplieron una batería de cribado de salud mental que incluyó, en conjunto con la VC, los siguientes instrumentos: Una escala de evaluación de psicopatología general de 19 ítems llamada Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall y Gorham, 1962); una entrevista estructurada breve para trastornos mentales graves llamada Referral Decision Scale (RDS; Teplin y Swartz, 1989) y una escala de evaluación de síntomas de 7 ítems llamada Diagnostic Profile (DP; Hart y Hemphill, 1989). Se aplicaron puntos de corte estándares para la BPRS y para la DP: sujetos con una elevación en por lo menos una escala fueron clasificados como delincuentes con trastorno mental (DTM) y sujetos con ningún impacto se designaron como no-DTM. A una

<sup>8</sup> Cabe destacar que ninguna de las correlaciones mencionadas anteriormente vio su fiabilidad disminuida en sus medidas a causa del tiempo o de los evaluadores.

submuestra aleatoria de 192 sujetos, estratificada de acuerdo con el status DTM, se le administró la Diagnostic Interview Schedule (DIS; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981). También se realizó la entrevista de cribado a 45 sujetos para determinar la fiabilidad interjueces de las puntuaciones de las escalas.

Se dispuso de las puntuaciones completas de la VC en 651 sujetos. La media de la puntuación Total de la VC fue 4.58 ( $SD=3.16$ ); utilizando un punto de corte de  $\geq 9$ , el índice de psicopatía fue 13.1%. Estos valores son bastante similares, aunque un poco más bajos a aquellos encontrados por Cox et al., (1989). La consistencia interna y la homogeneidad de los ítems de la VC fueron más elevadas ( $\alpha=.88$ ;  $MIC=.56$ ). En la submuestra de 45 sujetos la fiabilidad interjueces de la VC fue aceptable ( $ICC_1=.80$ ,  $ICC_2=.90$ ) tal como lo fue la concordancia interjueces para el diagnóstico de psicopatía ( $\kappa=.73$ ).

Un análisis de componentes principales de los ítems de la VC, puso nuevamente en evidencia un único gran componente ( $eigenvalue=3.79$ ) explicando un 63.2% de la varianza de los ítems; todos los demás componentes fueron mucho más pequeños ( $eigenvalues \leq .72$ ) y explicaron el 12% o menos cada uno de la restante varianza. Todos los ítems VC tuvieron una carga alta ( $\geq .74$ ) en el primer componente principal; el Ítem 4 (*Ausencia de Remordimiento*) tuvo la carga más alta (.83).

Relativamente a la validez, las puntuaciones VC mostraron una correlación pequeña pero significativamente negativa con algunos status como el DTM ( $r=-.11$ ,  $p=.004$ ). Mirando los resultados obtenidos con el DP, la VC tenía también una correlación pequeña pero significativamente negativa con las escalas de Depresión y Síndromes Orgánicos ( $r=-.13$  y  $-.12$  respectivamente, ambos con  $p \leq .002$ ). Mirando al BPRS, la VC estaba correlacionada positivamente con los factores que medían el sentido desmesurado de la autovalía ( $r=.43$ ,  $p<.001$ ) y hostilidad ( $r=.30$ ,  $p<.001$ ) y negativamente correlacionada con factores de la distimia ( $r=-.30$ ,  $p<.001$ ) y retraso psicomotor ( $r=-.12$ ,  $p<.002$ ). En la submuestra evaluada con el DIS, las puntuaciones de la VC tuvieron una correlación positiva pequeña con el diagnóstico de TAP (realizado ignorando los criterios de exclusión) ( $r=.16$ ,  $p=.032$ ) y correlaciones negativas pequeñas con diagnósticos de trastornos sexuales ( $r=-.19$ ,  $p=.008$ ).

## Resumen

Los resultados de estos tres estudios fueron alentadores y sugirieron que era realmente posible acortar el procedimiento de evaluación con la PCL. Con todo, se pusieron de relieve dos problemas graves con la VC. Primero, los análisis factoriales de la PCL y PCL-R realizados después de la

construcción de la VC (Harpur et al., 1988; Hare et al., 1990) revelaron que los 6 ítems reflejaban solamente el Factor 1 de las escalas de la PCL. O sea, la VC negligencia el componente de desviación social de la psicopatía. Las correlaciones relativamente bajas entre la VC y el Factor 2 de la PCL (-R) (Roy, 1988) y el diagnóstico TAP (Roesch, pendiente publicación; Roy, 1988) avala este hallazgo. El segundo problema es que la VC permite que se puntúe en ausencia de la información de los expedientes institucionales. Hay alguna evidencia de que tal procedimiento pueda resultar en un descenso de la fiabilidad o de la validez (Roy, 1988); además, ello puede tornar la VC demasiado susceptible a la mentira y el engaño. Teniendo en cuenta estos argumentos, está claro que la VC, como medida de la psicopatía, debía ser replanteada.

## Versión final: La versión de cribado de la Escala de Evaluación de la Psicopatía (PCL:SV)

Más que desarrollar de nuevo una segunda escala, se decidió seguir con el formato de la VC y expandir sus contenidos. Los seis ítems fueron etiquetados como 1ª Parte, de forma análoga al Factor 1 de la PCL-R. Después, se añadieron seis nuevos ítems para incluir síntomas del Factor 2: *Impulsividad, Probre Autocontrol de la Conducta, Ausencia de Metas, Irresponsabilidad, Conducta Antisocial en la Adolescencia y Conducta Antisocial en la Edad Adulta*. A ello se llamó 2ª Parte. De modo a tornar los dos últimos ítems más fáciles de ser utilizados fuera de los contextos forenses, su contenido fue significativamente alterado desde las descripciones originales de la PCL-R de forma a incluir acciones de las cuales no haya resultado un contacto con el sistema de justicia criminal. También se decidió utilizar la información contenida en el expediente del sujeto como requerimiento indispensable para puntuar (por lo menos cuando existe un propósito clínico). El resultado de estos esfuerzos fue una escala de 12 ítems, la Versión de Cribado de la Escala de Evaluación de la Psicopatía (Screening Version of the Psychopathy Checklist; PCL:SV).

El nombre de PCL:SV es un reconocimiento específico de su derivación de la PCL-R relativamente a los contenidos y al formato. Los ítems se puntúan utilizando la misma escala de 3 puntos de la PCL-R. Tal como en las anteriores, los evaluadores tienen la opción de omitir como mucho 2 ítems si ellos creen que hay insuficiente información para poder puntuarlos; las puntuaciones serán en tal caso reevaluadas para ajustar por los ítems perdidos.

La PCL:SV proporciona tres puntuaciones dimensionales. Puntuación Total (la suma de las puntuaciones de los 12 ítems) que puede ir de 0

hasta 24 y refleja el grado global de sintomatología psicopática exhibida por el individuo. La puntuación de la 1ª Parte (suma de los ítems del 1 al 6) puede ir de 0 hasta 12 y refleja la gravedad de los síntomas interpersonales y afectivos de la psicopatía (Factor 1 de la PCL-R). Las puntuaciones de la 2ª Parte (suma de los ítems del 7 al 12) también pueden ir de 0 a 12 y reflejan la gravedad de los síntomas de desviación social de la psicopatía (Factor 2 de la PCL-R).

La investigación para valorar la clasificación según la PCL:SV está en curso, pero en el momento actual se sugieren algunos puntos de corte. Puntuaciones de dieciocho o por encima (equivalente a una puntuación de 30 en la PCL-R) habitualmente sólo las obtienen los psicópatas y este punto de corte debe ser utilizado en contextos de diagnóstico. Por otro lado, puntuaciones de 12 o por debajo (equivalentes a puntuaciones de 20 en la PCL-R) generalmente son obtenidas por no psicópatas. Esta puntuación más baja es más apropiada cuando se trabaja en contextos no forenses o para propósitos de cribado. En la práctica, aquellos que puntúan en 12 o por debajo en la PCL:SV pueden considerarse no psicópatas. Aquellos que puntúan de 13 a 17 pueden ser psicópatas y deben ser sujetos a más evaluación, incluyendo la administración completa de la PCL-R. Puntuaciones de 18 o más ofrecen una indicación muy fuerte de psicopatía y exigen la

administración de la PCL-R completa. Es importante reconocer que ningún punto de corte individual es perfecto para todas las aplicaciones y situaciones.

Relativamente a una administración, puntuación y entrenamiento fáciles, observe que los 12 ítems de la PCL:SV representan una reducción del 40% de la extensión relativa de los 20 ítems de la PCL-R. Además, la PCL:SV excluye ítems de la PCL-R que se puntúan con base en información detallada, muy específica o de difícil confirmación (ej. historia marital o sexual). El estudio piloto reveló que la entrevista PCL:SV puede ser completada en 30 a 60 minutos, y que la revisión del expediente y la puntuación requieren otros 20 a 30 minutos – un 50% de reducción en el tiempo de administración relativamente a la PCL-R. Los evaluadores con un base teórica educacional y profesional variada, desde no graduados hasta psicólogos clínicos, son fácilmente entrenados con un programa que consiste en una lectura de 3 horas y 10 ejercicios prácticos; el programa habitual de entrenamiento para la utilización de la PCL-R requiere 8 a 16 horas de lectura más los ejercicios prácticos.

Resumiendo, la PCL:SV proporciona una forma efectiva de evaluar los síntomas de la psicopatía, tanto los interpersonales/afectivos como los síntomas de desviación social dentro y fuera de los escenarios forenses.

# 4º Capítulo

## Administración de la PCL:SV

Este capítulo describe los usos apropiados de la PCL:SV, los métodos de administración, los procedimientos de puntuación y ejemplos y descripciones de los ítems.

### Usos y usuarios

La PCL:SV puede utilizarse en contextos clínicos y de investigación y supone que los evaluadores deben ser expertos y estar entrenados en áreas de la psicopatología y de la evaluación psicométrica.

### Contextos aplicados

En contextos aplicados el PCL:SV es apropiada para administrar a hombres y mujeres de más de 16 años con propósitos de psicodiagnóstico. En un ámbito forense el objetivo principal es hacer el cribado de psicopatía – individuos que obtienen puntuaciones altas deben ser remitidos para evaluación con la PCL-R. En el ámbito psiquiátrico civil o comunitario (ej. cribado en selección de personal) la PCL:SV se utiliza para evaluar y diagnosticar psicopatía. Es de máxima importancia asegurarse que las puntuaciones obtenidas son correctas, dadas las consecuencias que pueden conllevar el diagnóstico en el futuro del sujeto, en estos contextos.

**El daño potencial es grande si la PCL:SV se utiliza de forma incorrecta, o si el evaluador no está familiarizado con la literatura clínica y empírica sobre la psicopatía.**

Los evaluadores deben:

- Tener un nivel de formación avanzado en ciencias sociales, médicas o conductuales, como por ejemplo grado de Doctor.
- Ser perito (con formación superior, entrenamiento supervisado y experiencia clínica) en psicopatología y evaluación psicométrica.
- Estar colegiado en el colegio profesional correspondiente responsable por regular la evaluación y diagnóstico de los trastornos mentales o trabajar bajo la supervisión directa de un profesional que esté colegiado.
- Estar familiarizado con la literatura clínica y empírica sobre la psicopatía, específicamente con la investigación descrita en el manual de la Escala de la Evaluación de la Psicopatía Revisada (Hare, 1991).
- Evitar administrar la PCL:SV utilizando procedimientos no estándares o en poblaciones

en las cuales no haya sido validada (ej. niños, adolescentes de 15 o menos años).

- Asegurar que los evaluadores tienen el entrenamiento adecuado en la utilización de la PCL:SV.

Siempre que sea posible es recomendable que se obtenga la media de puntuaciones de dos evaluadores independientes, de modo a aumentar la fiabilidad de los resultados de la evaluación.

### Contextos de investigación

En contextos de investigación, donde las puntuaciones de la PCL:SV permanecen confidenciales y por ello su potencial para hacer daño es bajo o ninguno, las cualificaciones exigidas para el evaluador son menos estrictas.

Los investigadores o los supervisores (si se emplea en un programa de entrenamiento o facultades de medicina) deben:

- Tener un nivel de formación avanzado en ciencias sociales, médicas o conductuales, como por ejemplo el grado de Doctor.
- Ser perito (con formación superior, entrenamiento supervisado y experiencia clínica) en psicopatología y evaluación psicométrica.
- Ser el responsable por la supervisión de los evaluadores con menos preparación (ej. asistentes formados en ciencias sociales o de la conducta pero sin formación de posgrado).

Los investigadores deben proporcionar un entrenamiento formal y evaluar la fiabilidad de las evaluaciones de las personas que van a proceder a la recogida de datos antes de iniciar el proceso formal. No hay restricciones cuanto a los contextos donde se puede utilizar la PCL:SV. Los procedimientos habituales pueden cambiarse en función de los requisitos de la investigación; con todo, esos cambios deben ser anotados en cualquier presentación formal de los resultados obtenidos o en la publicación de informes basados en esta investigación.

### Entrenamiento

El entrenamiento formal en la utilización de la PCL:SV ayuda a incrementar la fiabilidad de las puntuaciones, aunque no se concibe como necesaria o suficiente para garantizar la fiabilidad del instrumento. Es recomendable que los programas de entrenamiento cubran tres tópicos principales:

- **La naturaleza y evaluación de la psicopatía.**  
Una revisión del concepto de psicopatía,

problemas en la evaluación del trastorno, investigación sobre la PCL y sobre la PCL-R y las propiedades psicométricas y validez de la PCL:SV.

- **Procedimiento de evaluación con la PCL:SV.** Una discusión de las técnicas de entrevista, revisión de documentos e informadores colaterales.
- **Puntuación con la PCL:SV.** Los evaluadores deben tener la oportunidad de ver varias grabaciones de entrevistas que utilizan este instrumento para ayudarles a internalizar un número variado de normas necesarias para puntuar individualmente los ítems. Es recomendable realizar las prácticas entre cinco a diez casos antes de administrar la PCL:SV con propósitos clínicos.

El tiempo que se requiere para entrenar los evaluadores depende de su nivel de experiencia clínica y/o forense. Clínicos con experiencia han sido entrenados para hacer una evaluación fiable utilizando un programa de entrenamiento breve de aproximadamente dos horas. Evaluadores con menos experiencia pueden requerir un programa de entrenamiento de uno a dos días. Entrenar a grandes grupos suele ser tan eficiente cuanto entrenar a pequeños grupos y bastante más económico. Se sugiere que los evaluadores formen pequeños grupos para revisar sus propios casos y poder obtener así alguna retroalimentación de su propio trabajo.

## **El procedimiento de evaluación con la PCL:SV**

El procedimiento de evaluación, entre otros temas tratados en este capítulo, comprende una entrevista, la confirmación de afirmaciones hechas por el individuo y el manejo de información que se contradice entre las varias fuentes de información. Estas tareas se discuten seguidamente.

### **La Entrevista**

La entrevista es una de las dos fuentes clave en la cual se basa la PCL:SV, la otra es la documentación o la información colateral. La entrevista se utiliza para recoger datos sociodemográficos y para muestrear el estilo de relacionamiento interpersonal del individuo. Este formato se utiliza, en primer lugar, para puntuar los ítems de la 2ª Parte de la PCL:SV, mientras que la información recogida a través de los documentos y de la información colateral sirve para puntuar, principalmente, la 1ª Parte.

Se recomienda utilizar una entrevista semi-estructurada, más que una entrevista estructurada. Una cierta estructuración ayuda al entrevistador a recoger la información relacionada con los contenidos necesarios, pero una estructuración mayor puede impedir el establecimiento del *rapport*

adecuado y desdibujar el estilo interpersonal que estamos evaluando. Por ejemplo, con una entrevista semiestructurada, los entrevistadores pueden utilizar sus habilidades clínicas para provocar la exteriorización de actitudes emocionales, o pueden permitir que un individuo se ponga a divagar y a contar sus historias.

La entrevista debe cubrir las siguientes áreas:

- problema actual/ status legal actual
- historial educacional y metas
- historial vocacional y metas
- historia médica y psiquiátrica
- ambiente familiar, historia marital
- problemas de conducta durante la juventud
- conducta antisocial en la edad adulta (incluyendo consumo de sustancias)

Dentro de cada área, están listadas las recomendaciones generales y el sondeo que se debe realizar; con todo, los entrevistadores tienen libertad para colocar la cuestión de otra forma o incluso para omitir esa cuestión o realizar preguntas adicionales si ven la necesidad de hacerlo. No es imprescindible completar la entrevista en una sola sesión; de hecho, varias entrevistas pueden tener la ventaja de asegurar una muestra representativa del estilo interpersonal del individuo. Se ha desarrollado un *Instrumento para la Entrevista y Recogida de Información* que facilita el uso de la PCL:SV en contextos forenses, psiquiátricos civiles y comunitarios.

Puede deducirse, de los comentarios anteriores, que la entrevista semiestructurada es bastante similar en su estructura, a cualquier entrevista clínica. En consecuencia, si el individuo ha contestado anteriormente a una entrevista clínica, puede ser innecesario entrevistar nuevamente esa persona para puntuar la PCL:SV. Si la entrevista clínica administrada anteriormente no es suficiente el evaluador puede proceder a preguntar sobre temas muy concretos del guía de entrevista que ofrecemos.

En raras ocasiones puede ser que sea imposible completar la entrevista debido a enfermedad mental, puesta en libertad o evasión de la institución donde estaba internado, etc. Si hay información colateral adecuada (expediente judicial, informes sobre presentación en vigilancia penitenciaria; observaciones sobre el progreso en la cárcel; evaluaciones psicológicas/psiquiátricas anteriores, entrevista con un miembro de la familia u observaciones hospitalarias) y registro de observación de la conducta del individuo, puede ser posible completar la PCL:SV sin realizar la entrevista. Con todo, para ser consistente con una ética profesional, es importante que cuando se administre este instrumento en condiciones diferentes de las estándares, este hecho y cualquier limitación resultante en la validez de la información debe ser señalada en los informes clínicos que se realicen.

### Información escrita e informadores colaterales

La segunda mayor fuente de datos para puntuar la PCL:SV son los documentos escritos y los informadores colaterales. Para propósitos clínicos, los datos obtenidos en entrevista no deben tomarse como verdades indiscutibles. Por el contrario, debe realizarse un intento de confirmar o negar afirmaciones importantes hechas por el individuo. Los documentos hospitalarios, los expedientes carcelarios y el historial delictivo pueden ser utilizados con este objetivo de la misma forma que las entrevistas con los amigos, parientes, antiguos jefes, etc. La información que se obtenga de estas fuentes debe ser resumida y quedar plasmada en la 2ª Parte del *Instrumento de Entrevista y Recogida de Información*.

En algunos casos excepcionales puede ocurrir que sea completamente imposible disponer de documentación o de información colateral. **Pero, la PCL:SV no debe realizarse en ausencia de documentación o de información colateral.** Es necesario realizar un esfuerzo para recoger por lo menos un mínimo de información (ej. requerir un expediente judicial del individuo o entrevistar a un miembro de la familia, un amigo o un antiguo jefe). Si esto no fuere posible, entonces la evaluación con la PCL:SV debe ser retrasada hasta que se pueda disponer de alguna fuente de información colateral.

### Discrepancias entre las fuentes de información

Ocasionalmente pueden ocurrir discrepancias importantes o variadas entre la entrevista y la información colateral. En general, informaciones discrepantes en lo que respecta a la personalidad del individuo o a su comportamiento deben poner al evaluador en alerta para la posibilidad del sujeto pretender manipular la información. Con todo, el evaluador debe considerar, en primer lugar, la credibilidad de las fuentes de información. Si alguna de las fuentes el evaluador considera que no se le puede conferir ninguna credibilidad, puede ser por completo ignorada. Si se considera que alguna de ellas es menos creíble que otras, puede darse menor peso a la información que de ella se obtenga. Si las fuentes son igualmente creíbles entonces el evaluador debe considerar la posibilidad de buscar nueva información o puntuar el ítem en cuestión con un 1; de otro modo debe darse mayor peso a la fuente de información más sugestiva de psicopatología, partiendo del supuesto de que la mayoría de las personas tienden a infravalorar o minimizar la sintomatología psicopática. Finalmente, si toda la información disponible para un ítem proviene de fuentes de información que no son creíbles, puede omitirse ese ítem en particular.

### Procedimiento para puntuar

De acuerdo con un estudio piloto, la PCL:SV puede ser puntuada por un profesional entrenado (si

tiene a su alcance el historial del caso) en aproximadamente 20 o 30 minutos. Hay varios aspectos a considerar durante el proceso de puntuación (marco temporal, puntuación de los ítems e ítems omitidos) que se presentan seguidamente.

### Marco temporal

Los ítems de la PCL:SV se puntúan en función del funcionamiento personal del sujeto durante toda su vida: cómo es el individuo la mayor parte del tiempo, en la mayoría de las situaciones y con la mayoría de las personas. **No deben puntuarse los ítems solamente en función del estado actual del individuo.** El estado actual puede ser atípico relativamente a su funcionamiento habitual, como consecuencia de factores situacionales extremos, una exacerbación de la psicopatología (ej. depresión o psicosis), etc.

Los evaluadores noveles a veces no están seguros de cómo actuar si el comportamiento de una persona es errático o inconsistente o si ha habido un cambio dramático o profundo en la conducta en algún momento de la vida del sujeto. Por ejemplo, personas que sufren trastornos bipolares o psicosis pueden presentarse de manera muy diferente en diferentes momentos temporales. En estos casos, los evaluadores deben puntuar los ítems de la PCL:SV de acuerdo con el funcionamiento habitual del individuo; o sea, como el/ella suelen comportarse, en su vida.

Observe que por el hecho de la psicopatía ser un trastorno de la personalidad, es por definición crónica y debería permanecer relativamente estable a lo largo de la vida. Observe, también, que la PCL:SV se puntúa con base en el funcionamiento del individuo a lo largo de su existencia. **Por estos motivos, la PCL:SV no se puede utilizar para hacer una evaluación del “estado actual” de la psicopatía (ej. gravedad en la semana anterior, mes anterior o año anterior) o para evaluar cambios en la sintomatología psicopática en breves períodos de tiempo (menos de un año).**

### Puntuación de los ítems

Cada uno de los ítems de la PCL:SV se puntúa en una escala ordinal de 3 puntos basada en el grado en que la personalidad y el comportamiento del individuo refleja lo que describe el ítem tal como lo explicamos en este manual. La puntuación de los ítems es subjetiva y requiere inferencia y juicios considerables; con todo, la investigación indica que los evaluadores experimentados son altamente fiables cuando hacen juicios de este tipo. Las puntuaciones 2, 1 y 0 se definen del siguiente modo:

2. El ítem se aplica al individuo; existe coincidencia razonable en la mayoría de los aspectos esenciales; su comportamiento es

generalmente consistente con lo que el ítem describe.

1. El ítem se aplica de alguna forma pero no en el grado suficiente para puntuar en 2; hay coincidencia en algunos aspectos pero con demasiadas excepciones o dudas para garantizar una puntuación de 2; no está claro si en algunos momentos el ítem se puede aplicar o no; discrepancias entre la entrevista y la información de los expedientes que no puede resolverse a favor de una puntuación de 2 o de 0.
0. El ítem no se aplica al individuo; él/ella no exhibe el rasgo o la conducta en cuestión, o exhibe características que son contrarias o inconsistentes con el contenido del ítem.

Para efectuar las puntuaciones debe leerse detenidamente la descripción de cada ítem que proporcionamos más adelante en este capítulo. Los evaluadores deben utilizar estas definiciones para crear un prototipo, o imagen ideal de cada ítem y después decidir cuán cerca el individuo está del prototipo. Aún que las definiciones se componen de una lista de características, ello es ostensional (en oposición a extensional o intensional) en su naturaleza. O sea, las características son meros ejemplos de los tipos asociados con un rasgo; los evaluadores no deben utilizar esta lista como un simple inventario. Un sujeto puede recibir una puntuación de 2 en un ítem por demostrar una o dos características marcadas, o por presentar varias características en un grado más moderado. Es

incluso posible que un evaluador de una puntuación de 2 a alguien que no exhiba ninguna de las características catalogadas en la definición, pero ha identificado otras características que son obviamente consistentes con ella. Los evaluadores deben tener en cuenta la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas. Es importante que la persona que realiza la evaluación tenga en la cabeza que el marco temporal para puntuar la PCL:SV es la totalidad de la vida del individuo; se supone que cada ítem refleja un rasgo de personalidad más que un síntoma que está sólo breve o raramente presente.

#### Omisión de ítems

A veces no hay información suficiente para puntuar un ítem. Otras veces, la entrevista y la información colateral pueden resultar totalmente divergentes, y ser imposible determinar si alguna de las fuentes es creíble. En esas circunstancias se ha previsto poder omitirse un ítem. **Los ítems deben ser omitidos, solamente cuando es absolutamente necesario; no deben ser omitidos simplemente porque el evaluador no está seguro de la puntuación que debe asignarle.**

Solamente se puede omitir 1 de los 6 ítems de la 1ª o 2ª Partes, sin invalidar la puntuación correspondiente. Si se ha omitido un número aceptable de ítems, entonces las puntuaciones se ajustan utilizando las Tablas 4 y 5 (Estas tablas aparecen también en el formulario de la PCL:SV). Si se han omitido demasiados ítems, debe entrevistarse nuevamente al individuo o reevaluarlo cuando se pueda disponer de más información colateral.

<b>Tabla 4</b> <b>Puntuaciones Totales PCL:SV Ajustadas</b>		
<b>Puntuación total ajustada cuando se han omitido X ítems.</b>		
<b>Punt. Directa</b>	<b>X=1</b>	<b>X=2</b>
22	24	--
21	23	--
19	21	23
17	19	20
15	19	20
13	14	16
11	12	13
9	10	11
7	8	8
5	5	6
3	3	4
1	1	1

<p><b>Tabla 5</b>  <b>Puntuaciones ajustadas de la 1ª y 2ª Partes de la PCL:SV</b></p>	
<b>Punt. Directa</b>	<b>Puntuación ajustada cuando se omite 1 ítem</b>
10	12
9	11
8	10
7	8
6	7
5	6
4	5
3	4
2	2
1	1
0	0

### Utilización del formulario de puntuaciones

El formulario de puntuaciones de la PCL:SV es un formato que permite visualizar rápidamente las puntuaciones de un individuo. El evaluador debe escribir su nombre, la fecha de la evaluación y el nombre del sujeto que evalúa en el espacio apropiado, en la parte superior de la página. Después de revisar cuidadosamente los criterios para cada ítem, se señala la puntuación asignada a cada uno en los espacios apropiados.

Cuando se han cumplimentado los 12 ítems se transfieren sus puntuaciones para el diagrama de la segunda página. Después, se copia los números en la columna etiquetada como “Puntuación Total” en las casillas del lado izquierdo o en una de las columnas etiquetadas como “1ª Parte” o “2ª Parte”. Por ejemplo, la puntuación para el primer ítem “Superficial” debe ser copiada en la casilla en la columna debajo de la “1ª Parte”. Cada ítem está conectado por una línea de puntos con la casilla apropiada en las columnas etiquetas con “1ª Parte” y “2ª Parte”.

Una vez que los ítems de la primera columna hayan sido correctamente trasladados a las 2ª y 3ª columnas, el evaluador suma las puntuaciones de cada una de las tres columnas (Total, 1ª Parte, 2ª Parte). Se anota la suma en la casilla de la columna etiquetada como “Suma Directa”. La puntuación Total puede ir de 0 a 24, y las puntuaciones de la primera y segunda partes de 0 a 12.

**Ítems con valores desconocidos.** Si no hay ítems desconocidos, simplemente se transfiere las Sumas Directas de las puntuaciones Total, 1ª Parte y 2ª Parte a la parrilla de puntuaciones para obtener la Puntuación Ajustada. Si alguno de los ítems ha sido omitido, entonces las puntuaciones Total, 1ª Parte y 2ª Parte deben ser prorrateadas utilizando las tablas anexas al formulario. Primero, escriba el número de ítems desconocidos de las puntuaciones Total, 1ª Parte y 2ª Parte, en la casilla señalada como “Número de Ítems Desconocidos”. Después identifique las puntuaciones equivalentes en las tablas anexas, para obtener las Puntuaciones Ajustadas. La Tabla 4 proporciona los valores ajustados para las puntuaciones Totales y la Tabla

5 proporciona los valores ajustados para las 1ª y 2ª Partes. La puntuación Ajustada debe anotarse en la última fila de la parrilla de puntuaciones.

**Percentiles.** Los percentiles de las puntuaciones Total, 1ª Parte y 2ª Parte pueden obtenerse a partir de las tablas anexas al formulario. Se proporcionan tablas separadas para delincuentes encarcelados, pacientes forenses, pacientes psiquiátricos civiles y estudiantes universitarios.

Para obtener los percentiles de un individuo debe elegirse la tabla de comparación apropiada. Para la puntuación Total, identifique la puntuación Total Ajustada del individuo en el lado izquierdo de la tabla correspondiente. Después identifique los valores percentiles en la misma fila. Proceda de la misma forma para obtener los percentiles de las puntuaciones de la 1ª Parte y de la 2ª Parte.

Los percentiles encontrados pueden señalarse con un círculo, de forma a facilitar una visualización fácil del perfil del individuo.

### Ejemplos del procedimiento de puntuación

Se han incluido dos ejemplos de puntuación para ilustrar la técnica descrita. En el primero ejemplo presentamos el formulario completo para un individuo de un contexto forense/psiquiátrico y el otro ejemplo contempla un ítem desconocido de la evaluación de un individuo procedente de un contexto civil/psiquiátrico.

El ejemplo A muestra el formulario completo sin puntuaciones desconocidas. El sujeto procede de una población psiquiátrica forense. Los ítems han sido puntuados de acuerdo con los criterios de clasificación que puede encontrar más adelante en este manual. Se asignó una puntuación a cada uno de los 12 ítems que se anotó en las casillas del formulario. La Figura 1 muestra la primera página del formulario del ejemplo A.

La Figura 2 muestra la parrilla que corresponde a las puntuaciones de la Figura 1. Las puntuaciones de las 1ª y 2ª Partes de la PCL:SV han sido transferidas para las casillas apropiadas. Para obtener las puntuaciones directas de las 1ª, 2ª Partes

y Total se calculó la suma de los números inscritos en las casillas. Dado que no hay ítems desconocidos la suma de las puntuaciones directas es igual a la suma ajustada.

La Figura 3 muestra las puntuaciones obtenidas en relación con el grupo de comparación apropiado. Se ha dicho que el sujeto procede de una población forense/psiquiátrica; por eso, en este caso se utilizó el cuadrante superior derecho como grupo de referenci. Tal como se indica en la Figura 3, la puntuación Total 17 corresponde al percentil 70.8. Esta puntuación Total es relativamente elevada en comparación con otros individuos de poblaciones forenses/psiquiátricas. La puntuación de 10 de la 1ª Parte se convierte en el percentil 93.3. Esta puntuación es bastante elevada. Finalmente, la puntuación 7 de la 2ª Parte se convierte en el percentil 30.8, puntuación individual más baja que la media de los individuos del grupo forense/psiquiátrico de comparación.

El ejemplo B muestra un formulario de una persona procedente de una población civil/psiquiátrica. Para cada una de las partes hay un ítem desconocido. No se pudo disponer de información suficiente para puntuar estos ítems. En la Figura 4 se muestra la 1ª página del formulario de este ejemplo. Observe que si no se hubiera dispuesto de la información para puntuar dos o más ítems en cada una de las partes no sería posible obtener puntuaciones válidas para la parte que no presentase esos ítems y, por tanto, no sería posible obtener una puntuación total válida. En esos casos se posterga la evaluación con la PCL:SV hasta que se pueda disponer de información suficiente. Con todo, en el ejemplo B solamente se desconoce un ítem en cada una de las partes y las tablas de la Figura 5 se utilizan para prorratear las puntuaciones. Para la 1ª Parte la puntuación directa 2 permanece siendo dos. Para la 2ª Parte, la puntuación directa 5 pasa a ser 6. Finalmente, la puntuación Total 7 se convierte en 8. Estas nuevas puntuaciones se inscriben en la fila etiquetada como Suma Ajustada de la página de puntuaciones del formulario (ver Figura 6). Para la interpretación deben utilizarse estas puntuaciones, las cuales se examinan comparando con el grupo apropiado. En este caso el grupo de comparación civil/psiquiátrico, aparece en el cuadrante superior derecho de la Figura 7. En comparación con este grupo, la puntuación Total Ajustada 6 se convierte en el percentil 47.0, la puntuación Ajustada de la 1ª Parte 2 se convierte en el percentil 44.7 y la puntuación Ajustada de la 2ª Parte 6 equivale al

percentil 54.4. Todas las puntuaciones están dentro de la media relativamente al grupo comparativo. Aún que la PCL:SV permite el cálculo de prorrateo cuando hay un ítem desconocido en cada parte, los evaluadores deben hacer el mayor esfuerzo para obtener la información que permita puntuar todos los ítems. La validez de la PCL:SV aumenta cuando se disponen de la mayor cantidad posible de información fiable y se puntúan todos los ítems.

## Puntos de corte

La puntuación Total de la PCL:SV es una medida dimensional que indica el grado en que un individuo se aproxima al prototipo de la psicopatía. Estas puntuaciones dimensionales son más útiles que los diagnósticos categoriales en muchos aspectos. Por ejemplo, tienen propiedades psicométricas superiores, no requieren suposiciones sobre la forma en que el constructo que le subyace es continuo o categorial y permite que los evaluadores hagan distinciones entre individuos, incluso en contextos donde los índices de psicopatía son muy altos o muy bajos. Teniendo en consideración estos aspectos, se reconoce con todo que para la investigación y en aplicaciones clínicas se requiere un diagnóstico categorial de psicopatía.

Es imposible establecer un punto de corte único que sea mejor que otros, que maximice cada vertiente de la validez predictiva relativamente a todos los criterios. Para propósitos diagnósticos se recomienda un punto de corte  $\geq 18$ , que corresponde a una sensibilidad del 100% pero una especificidad de solamente 82%, cuando se considera como criterio el diagnóstico obtenido con la PCL-R. El índice de concordancia global sobre el diagnóstico es bastante alto (aproximadamente  $\approx .49$ ). Un punto de corte  $\leq 12$  corresponde a una especificidad del 100%. Mirando estos dos puntos de corte hacemos las siguientes sugerencias. En la práctica esta puntuación de 12 o inferior en la PCL:SV puede considerarse como no-psicopatía. Aquellos que puntúen entre 13 y 17 pueden ser psicópatas pero se requiere una evaluación más completa con la PCL-R. Puntuaciones de 18 o superiores ofrece una indicación muy fuerte de psicopatía pero siempre exigirá una confirmación con la PCL-R.

Esta investigación se basa en datos recogidos de varias muestras relativamente pequeñas; por ello, pueden considerarse preliminares los estadísticos sobre la eficacia diagnóstica.

**Figura 1**  
**1ª Página del formulario de la PCL:SV – Ejemplo A**

**Figura 2**  
**Parrilla de Puntuaciones – Ejemplo A**

**Figura 3**  
**Perfil – Ejemplo A**

**Percentiles para las Puntuaciones Totales y Factoriales**

**Figura 4**  
**1ª Página del formulario de la PCL:SV – Ejemplo B**

**Figura 5**  
**Prorratio de puntuaciones – Ejemplo B**

**Figura 6**  
**Parrilla de Puntuaciones – Ejemplo B**

**Figura 7**  
**Perfil – Ejemplo A**

**Percentiles para las Puntuaciones Totales y Factoriales**

Se necesitan más datos procedentes de muestras más amplias para confirmar la utilidad de estos puntos de corte. Los evaluadores que trabajan en contextos aplicados deberían conocer la información sobre los errores estándares de medida que presentamos en el 5º capítulo, que proporciona información necesaria para estimar la probabilidad de realizar errores diagnósticos en individuos con una puntuación Total cercanas a los puntos de corte.

## **Descripción de los ítems**

Los ítems de la PCL:SV se describen abajo. Estas definiciones son breves, comprenden varias frases simples ordenadas según importancia y frecuencia decrecientes (típicamente). Con todo, tal como se discutió anteriormente, los evaluadores no deben utilizar estas definiciones como simples inventarios. Por el contrario, deben utilizar toda la descripción para formar una impresión (prototipo) en sus mentes y después comparar el individuo que está evaluando con ese prototipo. Una vez que los evaluadores hayan encontrado alguien que cumpla muy bien la descripción del ítem, entonces el individuo puede servir como ejemplo para ese ítem; esto puede servir de ayuda para construir una imagen mental. Y, también, el evaluador puede beneficiarse de ventaja en caso de estar familiarizado con los criterios de puntuación de la PCL-R, porque los ítems de la PCL:SV derivan de ella.

### **Ítem 1: Superficial**

Este ítem describe un individuo cuya interacción con los demás es superficial (con mucha labia). Habitualmente intentará causar buena impresión en los demás, “simulando” emociones, contando historias que le sitúan en una posición favorable, encontrando excusas fáciles para comportamientos poco deseables. El sujeto puede utilizar una jerga innecesaria – frecuentemente inapropiada. Teniendo en cuenta su superficialidad, aún así puede resultar interesante. Por el contrario el individuo puede intentar impresionar los demás aparentando antipatía, hostilidad o ser muy “machote”. Aún así el aspecto clave es que esta presentación parece superficial e insincera. Ambos tipos de individuos son “resbaladizos” en su conversación; cuando confrontados con hechos que contradicen sus afirmaciones o con inconsistencias en sus afirmaciones, simplemente cambian sus historias.

### **Ítem 2: Sentido desmesurado de la autovalía**

Los individuos que puntúan alto en este ítem habitualmente son descritos como teniendo facilidad de palabra y ser fanfarrones. Tienen un sentido desmesurado de la autovalía y de sus habilidades. Parecen muy seguros de si mismos y

en la entrevista opinan fácilmente (una situación donde la mayoría de las personas son en alguna medida reticentes o deferentes). Si los sujetos están en el hospital o en la prisión, atribuyen sus circunstancias desafortunadas a factores externos (mala suerte, el “sistema”) más que a si propios. En consecuencia, están poco preocupados por sus circunstancias actuales y se preocupan igualmente poco por el futuro (observe que los delirios psicóticos son irrelevantes para puntuar este ítem, a menos que se acompañe por las otras características señaladas).

### **Ítem 3: Mentira**

Personas con esta característica es fácil que participen en mentiras y engaños, fraudes y otras conductas manipuladoras de forma a conseguir sus propias metas personales (dinero, sexo, poder, etc.). Mienten y engañan con toda la seguridad y sin ansiedad aparente. Pueden admitir que les gusta estafar y engañar a los otros; incluso pueden etiquetarse como unos “artistas del fraude”.

### **Ítem 4: Ausencia de remordimiento**

Puntuaciones altas en este ítem se aplican a individuos que parecen tener poca capacidad para sentir culpa. Es normal que crean justificado haber hecho daño a alguien y parecen ni tan solo ser conscientes de ello. Algunos de estos individuos pueden llegar a expresar remordimiento pero de forma insincera, otros mostraran poca emoción relacionada con sus propias acciones o con el impacto que ha tenido en los demás y concentraran su atención en su propio sufrimiento (en la puntuación de este ítem es necesario tener en cuenta la naturaleza de las conductas dañinas. Está claro que la falta de remordimiento con relación a actos relativamente triviales puede no ser patológico).

### **Ítem 5: Falta de empatía**

Este ítem describe a individuos que establecen pocos vínculos afectivos con otros y son incapaces de apreciar las consecuencias emocionales (positivas o negativas) de sus acciones. Como resultado, pueden parecer fríos e insensibles, sin capacidad de experimentar emociones fuertes y ser indiferentes a los sentimientos de las otras personas. Por el contrario, pueden expresar sus emociones, pero estas emociones serán poco profundas y poco duraderas. Los aspectos verbales y no verbales del componente emocional pueden parecer inconsistentes.

### **Ítem 6: No acepta la responsabilidad de las propias acciones**

Las personas que puntúan alto en este ítem evitan tener de asumir responsabilidades personales por sus acciones dañinas, racionalizando su comportamiento, minimizando las consecuencias

que han tenido en otros, o incluso negando que lo hayan hecho. La mayoría de sus racionalizaciones desplazan la culpa (o, por lo menos, parte de la culpa) hacía la víctima o hacía las circunstancias. En la minimización de las consecuencias pueden negar que la víctima haya sufrido consecuencias serias o físicas directas o emocionales o financieras. La negación habitualmente envuelve la proclamación de inocencia, o sea, que la víctima ha mentido o, entonces, que alguien le ha tendido una trampa; por el contrario, él/ella puede proclamar amnesia debida al consumo de drogas o debida a enfermedad física o mental.

#### **Ítem 7: Impulsividad**

Este ítem describe a personas que actúan sin tener en consideración las consecuencias de sus acciones. Actúan según el momento, muchas veces como resultado de un deseo de riesgo y excitación. Pueden aburrirse fácilmente y prestar poca atención. En consecuencia su estilo de vida se caracteriza por la inestabilidad en la escuela, empleo, relaciones sociales y lugar de residencia.

#### **Ítem 8: Pobre control de la conducta**

Este ítem describe a una persona que se enfada o se frustra fácilmente; esto puede exacerbarse con el consumo de alcohol o drogas. Utilizan frecuentemente el abuso verbal (insultan y amenazan) y el abuso físico (lanzan y rompen cosas; empujan, abofetean o pegan a otros). El abuso puede ser súbito y sin provocación. Estos ataques de cólera son, muchas veces, fugaces.

#### **Ítem 9: Falta de metas realistas**

Altas puntuaciones en este ítem se dan en aquellos que no tienen cometidos o planes realistas a largo plazo. Estas personas tienden a vivir su vida el “día-a-día”, sin pensar en el futuro. Pueden apoyarse excesivamente en la familia, amigos y asistencia social para el soporte económico. Es muy frecuente un malo historial académico o laboral.

Cuando se les pregunta sobre sus metas para el futuro pueden describir planes o esquemas inalcanzables.

#### **Ítem 10: Irresponsabilidad**

Este ítem describe personas que exhiben comportamientos que frecuentemente causan privaciones a otros o que colocan a otros en riesgo. Tienen tendencia a no cumplir sus deberes como pareja o como padres; faltan a los compromisos que han establecido, fracasan en el cuidado adecuado de sus hijos, etc. Y, también, su actuación en el trabajo no es la adecuada; frecuentemente llegan tarde o faltan al trabajo sin una buena razón para ello, etc. Finalmente, no se puede confiar en ellos en asuntos relacionados con dinero; pues suelen haber tenido problemas por temas como incumplimiento del pago de préstamos, no pagan las cuentas, o no pagan la mensualidad acordada para sus hijos.

#### **Ítem 11: Conducta antisocial durante la adolescencia**

Las personas que puntúan alto en este ítem han tenido problemas de conducta graves durante la adolescencia. Estos problemas no se limitaron a un solo contexto (en casa, en la escuela, en la comunidad) y no fueron simplemente el resultado de los abusos o negligencia que hayan sufrido durante la infancia (huir de casa para evitar que le peguen, robar comida cuando no la puede conseguir en casa, etc.). Estas personas, con frecuencia se han metido en problemas con la ley cuando eran menores de edad y sus actividades antisociales fueron variadas, frecuentes y persistentes.

#### **Ítem 12: Conducta antisocial en la edad adulta**

Este ítem describe personas que han violado frecuentemente las reglas formales y explícitas. Han tenido problemas legales durante la edad adulta, incluyendo cargos o condenas por delitos graves. Sus actividades antisociales son variadas, frecuentes y persistentes.

# 5º Capítulo

## Normalización, Fiabilidad y Estructura Factorial

Esta capítulo proporciona la información sobre las propiedades psicométricas de la Versión de Cribado de la Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare (PCL:SV). Se incluyen estadísticos descriptivos, fiabilidad y estructura factorial.

### Estadísticos descriptivos

La investigación sobre la validez de la PCL:SV fue iniciada por el Estudio MacArthur (MacArthur Risk Study; ver agradecimientos). Los datos fueron recogidos para un total de 586 sujetos de 11 muestras y cuatro contextos diferentes (delincuentes encarcelados, pacientes psiquiátricos forenses, pacientes psiquiátricos civiles y estudiantes universitarios). La investigación sobre la validez se centró en varios temas específicos, pero ni todos fueron explorados en todas las muestras. Este capítulo proporciona la información sobre las propiedades psicométricas (distribución y fiabilidad) de la PCL:SV. Los aspectos sobre la fiabilidad expuestos a estudio incluyeron la consistencia interna, la homogeneidad de los ítems y la fiabilidad interjueces.

### Muestras

Se contaron con los datos de 11 muestras en cuatro escenarios distintos. Se administró la PCL:SV a 586 personas incluyendo adultos encarcelados, estudiantes universitarios, y pacientes psiquiátricos civiles y forenses.

**Muestra 1.** Los sujetos fueron 50 varones adultos, de la prisión federal *Matsqui Institution* en British Columbia. Su media de edades fue 29.0 años ( $SD=7.7$ ); 92% eran caucásicos. Todos cumplían sentencias de dos o más años, la mayoría por delitos violentos.

**Muestra 2.** Los sujetos fueron 32 mujeres adultas internas del centro penitenciario para mujeres *Burnaby* (BCCW), una prisión provincial en British Columbia. Esta muestra incluía a mujeres que cumplían sentencias por delitos cometidos en la provincia (menos de dos años de condena) y por delitos federales (dos o más años de condena). Su media de edades fue 30.0 años ( $SD=9.1$ ); 81.3% eran caucásicas. Estos datos fueron recogidos bajo la supervisión del Dr. C. Strachan.

**Muestra 3.** Los sujetos eran 67 varones adultos internos en varias cárceles federales en la Región

del Pacífico (British Columbia) de Canadá. Su media de edades fue 33.7 años ( $SD=7.6$ ); 90.9% eran caucásicos. Todos estaban cumpliendo condenas de dos o más años, la mayoría por delitos violentos. Estos datos fueron recogidos bajo la supervisión del Dr. Dutton, como parte de un estudio más amplio sobre la correlación entre tipo de familia y delitos violentos (Dutton y Hart, 1992a, 1992b).

**Muestra 4.** Esta muestra consistió en 71 delincuentes adultos (67 hombres y 4 mujeres) que acudían a las consultas externas de la Clínica para Pacientes Psiquiátricos Forenses (Forensic Psychiatric Outpatient Clinic; FPOC), bajo la administración de la Comisión de Servicios Psiquiátricos Forenses de British Columbia (British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission) en Vancouver. Su media de edades fue de 37.4 años, ( $SD=10.0$ ); 90.1% eran caucásicos. Todos estaban en libertad condicional o libertad vigilada y debían acudir a la clínica para tratamiento psiquiátrico (habitualmente farmacológico). La mayoría estaba diagnosticado de trastorno mental severo (esquizofrenia u otros trastornos psicóticos).

**Muestra 5.** Los sujetos eran 49 varones adultos internados en el Centro Psiquiátrico Forense Kirby en Nueva York. Su media de edades fue de 33.9 años ( $SD=8.2$ ); 16,3% eran caucásicos. Todos habían sido hospitalizados involuntariamente debido a incapacidad para ser juzgados o por absolución por alegato de enfermedad mental. Estos datos fueron recogidos bajo la supervisión de los Drs. R. Wack y D. Martel.

**Muestra 6.** Los sujetos eran 48 pacientes psiquiátricos adultos (21 hombres y 27 mujeres) del hospital de la universidad, UBC Site en Vancouver. Su media de edades fue de 32.8 años ( $SD=14.7$ ); 93.8% eran caucásicos. La muestra incluyó pacientes ingresados y pacientes que acudían a consultas externas remitidos por el departamento de psicología para evaluación diagnóstica.

**Muestra 7.** Esta muestra consistió en 49 pacientes psiquiátricos adultos (26 hombres y 23 mujeres) que acudieron al Instituto Psiquiátrico Western y a la Clínica Pittsburgh. Su media de edades fue de 34.0 años ( $SD=9.9$ ); 63.5% eran caucásicos. Estos datos fueron recogidos bajo la supervisión del Dr. E. Mulvey.

Tabla 6						
Características demográficas de los sujetos						
Contexto y Muestra	N			Años		Procedencia étnica (% caucásicos)
	V	M	Total	M	(SD)	
Forense/no psiquiátrica						
1. Prisión Federal	50	--	50	29.8	(7.7)	92.0
2. Prisión Provincial	--	32	32	30.0	(9.1)	81.3
3. Prisión Federal	67	--	67	33.7	(7.6)	90.9
Forense/Psiquiátrica						
4. Pacientes externos	67	4	71	37.4	(10.0)	90.1
5. Pacientes ingresados	49	--	49	33.9	(8.2)	16.3
Civil/psiquiátrica						
6. Vancouver	21	27	48	32.8	(14.7)	93.8
7. Pittsburgh	20	20	40	34.0	(9.9)	63.5
8. Kansas City	54	26	80	31.2	(8.8)	66.3
9. Worcester	26	23	49	32.6	(8.9)	91.8
No criminal/ no psiquiátrica						
10. Alumnos de la UBC	25	25	50	24.8	(6.7)	66.0
11. Alumnos de Carleton	25	25	50	20.2	(2.2)	86.0
Nota: V=Varones; M=Mujeres. Ver el texto para una descripción más detallada de las muestras y de los escenarios						

Nota: V=Varones; M=Mujeres. Ver el texto para una descripción más detallada de las muestras y de los escenarios

**Muestra 8.** Los sujetos eran 80 pacientes psiquiátricos adultos (54 hombres y 26 mujeres) del Centro de Salud Mental de Kansas City. Su media de edades fue de 31.2 años ( $SD=8.8$ ); 66.3% eran caucásicos. Estos datos fueron recogidos bajos la supervisión del Dr. D. Klassen.

**Muestra 9.** Los sujetos fueron 40 pacientes psiquiátricos adultos (20 hombres y 20 mujeres) del hospital estatal de Worcester. Su media de edades fue de 32.6 años ( $SD=8.9$ ); 91.8% eran caucásicos. Estos datos fueron recogidos bajo la supervisión del Dr. P. Appelbaum y T. Grisso.

**Muestra 10.** Los sujetos eran 50 estudiantes universitarios adultos (25 hombres y 25 mujeres) de varias facultades de la universidad de British Columbia en Vancouver. Su media de edades fue de 24.8 años ( $SD=6.7$ ); 66.0% eran caucásicos.

**Muestra 11.** Los sujetos de esta muestra eran 50 estudiantes de psicología adultos (25 hombres y 25 mujeres) de la universidad de Carleton en Ottawa, Ontario. Su media de edades fue de 20.2 años ( $SD=2.2$ ); 86.0% eran caucásicos. Estos datos fueron recogidos por la Sra. S. Brown y el Dr. A. Forth (Brown, Forth y Hare, 1992).

Puede encontrar un resumen de la composición de las muestras en la Tabla 6.

### Procedimientos

Los procedimientos de reclutamiento de los sujetos variaron de un lugar a otro; en algunas muestras se les pagó por su participación, después de

haber firmado el consentimiento informado. Todos los procedimientos experimentales estuvieron sujetos a aprobación de los comités de ética de las respectivas instituciones.

La batería de tests también varió de un sitio a otro. El elemento común a todas ellas fue la PCL:SV que se cumplimentó con base en una entrevista semiestructurada y en la información obtenida a partir del historial. La entrevista fue similar en su estructura, pero no idéntica en todos los sitios. La naturaleza y cualidad de la información contenida en el historial varió grandemente de un lugar a otro; no se pudo disponer de tal información en la muestra 10 y en la muestra 11 consistió en entrevistas telefónicas e información colateral (habitualmente un amigo cercano o un miembro de la familia) proporcionada por una persona nominada por el sujeto. De forma a poder determinar la fiabilidad interjueces, las entrevistas fueron grabadas en vídeo en varios sitios y se resumió la información obtenida de los historiales. Después, un evaluador independiente cumplimentó la PCL:SV con base en esa información. En las situaciones en que se pudo disponer de dos evaluadores se procedió a interpretar las medias de las puntuaciones.

### Distribución de puntuaciones

La Tabla 7 presenta las medias y las desviaciones estándares de las puntuaciones Totales, de la 1ª Parte y de la 2ª Parte de la PCL:SV en las 11 muestras. Esta tabla presenta también el índice de psicopatía (porcentaje de sujetos con una puntuación Total  $\geq 18$ ) en cada una de las muestras.

<b>Tabla 7</b> <b>Estadísticos descriptivos para las puntuaciones Total, de la 1ª y 2ª Partes de la PCL:SV</b> <b>Puntuaciones PCL:SV</b>				
<b>Contexto y Muestra</b>	<b>Total</b>	<b>1ª Parte</b>	<b>2ª Parte</b>	<b>índice significativo</b>
<b>Forense/no psiquiátrica</b>				
1. Prisión Federal	15.77 (4.34)	6.95 (2.71)	8.82 (4.99)	34.0
2. Prisión Provincial	16.41 (3.49)	7.30 (2.35)	9.11 (2.27)	37.5
3. Prisión Federal	12.97 (4.92)	5.16 (2.91)	7.81 (2.94)	17.9
<b>Forense/Psiquiátrica</b>				
4. Pacientes externos	13.72 (4.05)	6.01 (2.43)	7.70 (2.19)	19.7
5. Pacientes ingresados	16.56 (3.28)	7.55 (2.22)	9.01 (1.73)	34.7
<b>Civil/psiquiátrica</b>				
6. Vancouver	5.18 (4.34)	2.01 (2.33)	3.17 (2.64)	2.1
7. Pittsburgh	8.68 (5.92)	3.53 (2.83)	5.15 (3.66)	10.0
8. Kansas City	13.14 (5.71)	5.33 (3.39)	7.81 (2.99)	23.8
9. Worcester	9.63 (4.90)	3.35 (2.72)	6.29 (2.63)	6.1
<b>No criminal/ no psiquiátrica</b>				
10. Alumnos de la UBC	3.09 (3.43)	1.41 (1.93)	1.68 (1.85)	0.0
11. Alumnos de Carleton	2.88 (2.58)	1.02 (1.33)	1.86 (1.83)	0

Nota: Entre paréntesis las SD. El índice significativo indica el porcentaje de sujetos con una puntuación total  $\geq 18$

Se ve claramente en la tabla que las puntuaciones de la PCL:SV varían significativamente en función del contexto: ambos escenarios forenses obtuvieron las puntuaciones más altas seguidos del escenario civil/psiquiátrico y del civil/ no psiquiátrico. El índice de psicopatía en escenarios civiles fue muy bajo – 10% o menos – en cinco o seis muestras, y solamente en la muestra 8 se obtuvo un índice superior a 10% (observe que los resultados proporcionan evidencia preliminar de la validez concurrente de la PCL:SV).

Es interesante observar que en todas las muestras, la media de las puntuaciones de la 2ª Parte estuvo cercana a dos puntos por encima de la media de puntuaciones de la 1ª Parte. El motivo para tal no es muy claro. Puede ser debido a que los ítems de la 1ª Parte son un poco más “difíciles” que los de la 2ª Parte. O sea, los ítems de la 1ª Parte probablemente serán puntuados de forma más conservadora, de modo que incluso en casos en que los individuos presentan síntomas psicopáticos de igual gravedad, los evaluadores se ven forzados por el marco teórico de la PCL:SV, a concederles puntuaciones más altas en los ítems de la 1ª Parte que en los ítems de la 2ª. Por el contrario, puede ocurrir que los síntomas de la psicopatía asociados a la 1ª Parte de la PCL:SV sean, en general, menos severos o menos prevalentes que los síntomas asociados con la 2ª Parte.

Hay una considerable dispersión en las puntuaciones de la PCL:SV dentro de cada muestra, incluso en muestras donde el índice de psicopatía fue muy bajo. Este es un hallazgo importante, que sugiere que los rasgos psicopáticos pueden resultar

útiles en la investigación o para predecir la conducta, incluso en contextos donde nadie cumple los criterios diagnósticos de psicopatía. La Figura 8 muestra las distribuciones de las puntuaciones totales de la PCL:SV para cuatro grupos diferentes de muestras.

### Fiabilidad

Se estudiaron los índices de consistencia interna, homogeneidad de los ítems, fiabilidad interjueces, fiabilidad test-retest y errores estándares de la medida de la escala PCL:SV. En los siguientes apartados discutimos la información relativa a estos temas.

### Ítems de la PCL:SV

Se evaluaron dos grupos de puntuaciones independientes en siete de las muestras. La Tabla 8 contiene la fiabilidad interjueces ( $r$ ) de los 12 ítems en cada una de las 7 muestras. La Tabla 9 presenta la fiabilidad interjueces de la media ponderada de los ítems a lo largo de las muestras consideradas. La fiabilidad para la media ponderada fue aceptable en todos los ítems de .50 a .79, con media alrededor de .60.

Las Tablas 10 y 11 contienen las correlaciones ítem-total corregidas en relación con las puntuaciones Totales, de la 1ª Parte y de la 2ª Parte en cada una de las 11 muestras. La Tabla 9 presenta la media ponderada de las correlaciones ítem-total corregidas a lo largo de las 11 muestras. Tal como se indica en esa tabla, las correlaciones ítem-Total fueron aceptables, no presentando ninguna de ellas valores por debajo de .40.

**Figura 8**  
**Distribución de la puntuación Total de la PCL:SV en 4 muestras diferentes**

<p><b>Tabla 8.</b> <b>Fiabilidad Interjueces (<i>r</i>) de los ítems de la PCL:SV en 7 muestras</b></p>							
Ítem	Muestra						
	1	2	4	5	6	10	11
1.	.52	.33	.48	.41	.72	.17 <sup>ns</sup>	.94
2.	.49	.56	.63	.64	.70	.33	.89
3.	.55	.53	.61	.36	.40	.70	.78
4.	.68	.53	.66	.08 <sup>ns</sup>	.56	.55	.67
5.	.43	.56	.66	.51	.40	.41	.77
6.	.67	.57	.21 <sup>ns</sup>	.53	.39	.78	.63
7.	.38	.72	.42	.55	.69	.60	.76
8.	.71	.68	.61	.57	.65	.37	.89
9.	.57	-.01 <sup>ns</sup>	.72	.19 <sup>ns</sup>	.44	.67	.80
10.	.24	.20 <sup>ns</sup>	.52	.41	.21 <sup>ns</sup>	.74	.80
11.	.83	.76	.73	.87	.60	.62	.83
12.	.23	.46	.27	.59	.65	.42	.80

Nota: Las *Ns* son las siguientes: Muestra 1, 50; Muestra 2, 32; Muestra 4, 59; Muestra 5, 26; Muestra 6, 28; Muestra 10, 50 y Muestra 11, 50.  
<sup>ns</sup>= no significativo ( $p > .05$ , una cola)

<p><b>Tabla 9</b> <b>Fiabilidad Interjueces de las medias ponderadas y Correlaciones Ítem-Total corregidas de los ítems de la PCL:SV de las 11 muestras</b></p>				
Ítem	Fiabilidad Interjueces	Correlación Ítem-Total		
		Total	1ª Parte	2ª Parte
1.	.60	.50	.57	--
2.	.65	.50	.63	--
3.	.62	.48	.47	--
4.	.59	.65	.64	--
5.	.57	.63	.63	--
6.	.57	.55	.58	--
7.	.59	.54	--	.58
8.	.69	.43	--	.41
9.	.60	.47	--	.44
10.	.53	.56	--	.58
11.	.79	.45	--	.54
12	.50	.52	--	.53
Mediana:	.60	.51	.61	.54
Media:	.61	.53	.59	.52

**Tabla 10**  
**Correlaciones Ítem-Total Corregida de la Puntuación Total de la PCL:SV en las 11 muestras**

	Muestra										
Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	.58	.18 <sub>ns</sub>	.59	.51	.58	.52	.55	.53	.51	.55	.10 <sub>ns</sub>
2.	.66	.29	.40	.57	.56	.40	.39	.65	.55	.56	.14 <sub>ns</sub>
3.	.45	.23 <sub>ns</sub>	.35	.46	.50	.55	.53	.59	.50	.58	.29
4.	.79	.73	.51	.61	.38	.69	.67	.63	.70	.82	.43
5.	.77	.74	.62	.50	.13 <sub>ns</sub>	.72	.42	.69	.56	.78	.62
6.	.65	.52	.41	.63	.38	.74	.64	.65	.40	.56	.24
7.	.59	.48	.37	.51	.39	.70	.50	.53	.57	.76	.45
8.	.38	.29	.33	.50	.36	.71	.50	.52	.36	.33	.19 <sub>ns</sub>
9.	.67	.37	.58	.31	.23 <sub>ns</sub>	.29	.48	.53	.49	.63	.34
10.	.58	.36	.43	.53	.30	.77	.60	.65	.54	.72	.39
11.	.52	.42	.59	.35	.13 <sub>ns</sub>	.39	.65	.49	.35	.53	.36
12.	.55	.49	.44	.50	.29	.64	.71	.54	.41	.49	.58

Nota: Las *Ns* son las siguientes: Muestra 1, 50; Muestra 2, 32; Muestra 3, 67; Muestra 4, 71, Muestra 5, 49; Muestra 6, 48; Muestra 7, 40; Muestra 8, 80; Muestra 9, 49; Muestra 10, 50 y Muestra 11, 50. *ns*=no significativo ( $p>.05$ , una cola)

**Tabla 11**  
**Correlaciones entre las puntuaciones Ítem-Total Corregidas de la 1ª y 2ª Partes de la PCL:SV en las 11 muestras**

Ítem	Muestra										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1ª Parte											
1.	.65	.54	.62	.56	.62	.59	.63	.61	.56	.51	.26
2.	.76	.65	.53	.65	.70	.59	.52	.64	.58	.65	.45
3.	.52	.44	.30	.37	.37	.64	.45	.59	.47	.55	.37
4.	.80	.72	.59	.64	.42	.71	.57	.68	.64	.78	.21 <sub>ns</sub>
5.	.81	.67	.56	.55	.24 <sub>ns</sub>	.74	.51	.74	.45	.73	.61
6.	.67	.51	.58	.68	.42	.81	.52	.67	.41	.59	.04 <sub>ns</sub>
2ª Parte											
7.	.69	.67	.44	.51	.41	.82	.52	.45	.59	.76	.49
8.	.47	.51	.38	.43	.34	.68	.35	.52	.21 <sub>ns</sub>	.32	.17 <sub>ns</sub>
9.	.62	.46	.54	.22	.06 <sub>ns</sub>	.23 <sub>ns</sub>	.57	.48	.47	.65	.39
10.	.56	.42	.57	.57	.49	.77	.67	.61	.51	.67	.30
11.	.59	.54	.64	.49	.19 <sub>ns</sub>	.62	.63	.65	.33	.49	.47
12.	.60	.68	.47	.48	.20 <sub>ns</sub>	.63	.65	.64	.33	.52	.53

<p align="center"><b>Tabla 12</b>  <b>Consistencia Interna (Alpha de Cronbach) de la puntuación Total, de la 1ª Parte y de la 2ª Parte de la PCL:SV</b></p>			
<b>Puntuación PCL:SV</b>			
<b>Muestras</b>	<b>Total</b>	<b>1ª Parte</b>	<b>2ª Parte</b>
<b>Forense/no psiquiátrica</b>			
1. Prisión Federal	.88	.89	.80
2. Prisión Provincial	.77	.82	.77
3. Prisión Federal	.81	.78	.76
<b>Forense/Psiquiátrica</b>			
4. Pacientes externos	.83	.81	.70
5. Pacientes ingresados	.72	.73	.52
<b>Civil/psiquiátrica</b>			
6. Vancouver	.88	.87	.84
7. Pittsburgh	.87	.78	.80
8. Kansas City	.88	.86	.80
9. Worcester	.83	.77	.67
<b>No criminal/ no psiquiátrica</b>			
10. Alumnos de la UBC	.91	.84	.81
11. Alumnos de Carleton	.69	.58	.66
Mediana	.83	.82	.77
Media Ponderada	.84	.81	.75

Aún que no detallemos los estadísticos descriptivos de las muestras es evidente, por los resultados anteriores, que ninguno de los ítems presenta una frecuencia extrema; por lo menos no suficientemente extrema para afectar adversamente la validez o fiabilidad.

#### **Consistencia Interna**

La tabla 12 presenta la consistencia interna (alpha de Cronbach) de las puntuaciones Totales y de las puntuaciones de las 1ª y 2ª Partes de la PCL:SV en cada una de las 11 muestras. En global, la consistencia interna de la puntuación Total fue aceptable para una escala clínica, con una media de .84. Esto es particularmente alentador dado que la PCL:SV es una escala corta. Los alphas para las puntuaciones de las 1ª y 2ª Partes fueron, en cierta medida, bajos (alphas de las medias ponderadas, .81 y .75, respectivamente), aún que esto fuera esperable dado que el alpha depende parcialmente del tamaño de la escala. Y, también, los alphas para la 1ª Parte fueron en general más altos que los de la 2ª Parte; este mismo patrón se encontró en las puntuaciones en el Factor 1 y Factor 2 de la PCL-R.

#### **Homogeneidad de los ítems**

La Tabla 13 presenta los índices de homogeneidad de los ítems (MIC) de las puntuaciones Total, de la 1ª y de la 2ª Partes de la PCL:SV en cada una de las 11 muestras. Recuerde que el MIC no depende del tamaño de la escala; por

ello, los valores para el Total y para cada una de las partes son más directamente comparables que lo que puedan ser los índices alpha.

La media ponderada del MIC para la puntuación Total de la PCL:SV fue .32, indicando un alto grado de homogeneidad entre los ítems. Realmente, este valor excede el punto de corte de .20 que generalmente se interpreta como reflejo de una escala unidimensional. Teniendo en cuenta todo ello, la división de la escala en dos subescalas parece justificarse, porque la media MIC ponderada para la 1ª Parte y para la 2ª Parte son muy altas (.42 y .35 respectivamente)

#### **Fiabilidad Interjueces**

La Tabla 14 presenta la fiabilidad interjueces (ICC) de las puntuaciones Totales y de las puntuaciones de las 1ª y 2ª Partes en 7 muestras. Se presenta la ICC<sub>1</sub>, la fiabilidad de las puntuaciones dadas por un evaluador y la ICC<sub>2</sub>, la fiabilidad de la media de las puntuaciones dadas por dos evaluadores independientes. La media ICC<sub>1</sub> e ICC<sub>2</sub> ponderadas para la puntuación Total (.84 y .92 respectivamente) son adecuadas para propósitos clínicos y de investigación. Con todo, a la luz de la magnitud de los coeficientes de fiabilidad asociados con la ICC<sub>2</sub>, aquellos que quieran utilizar la PCL:SV para tomar importantes decisiones clínicas deberían basar sus decisiones en la media de las puntuaciones.

<p align="center"><b>Tabla 13</b>  <b>Homogeneidad de los ítems (Correlación media Inter-ítem) de la puntuaciones Total, de la 1ª Parte y de la 2ª Parte de la PCL:SV</b></p>			
Puntuación PCL:SV			
Muestras	Total	1ª Parte	2ª Parte
<b>Forense/no psiquiátrica</b>			
1. Prisión Federal	.41	.57	.45
2. Prisión Provincial	.24	.44	.40
3. Prisión Federal	.27	.37	.35
<b>Forense/Psiquiátrica</b>			
4. Pacientes externos	.30	.42	.30
5. Pacientes ingresados	.17	.30	.16
<b>Civil/psiquiátrica</b>			
6. Vancouver	.40	.54	.46
7. Pittsburgh	.36	.38	.41
8. Kansas City	.39	.51	.40
9. Worcester	.30	.36	.26
<b>No criminal/ no psiquiátrica</b>			
10. Alumnos de la UBC	.42	.49	.40
11. Alumnos de Carleton	.17	.18	.23
Mediana	.30	.44	.35
Media Ponderada	.32	.42	.35

Observe que mientras que las puntuaciones de la 1ª Parte presentan mayor consistencia interna y tienen mayor homogeneidad entre los ítems que las puntuaciones de la 2ª Parte, estas últimas presentan mayor fiabilidad interjueces. Una vez más, los resultados son paralelos a aquellos encontrados en los Factores 1 y 2 de la PCL-R. Es probable que los síntomas identificados en la 1ª Parte formen un grupo que sea naturalmente más cohesivo que los síntomas de la 2ª Parte, pero que requiere mayor inferencia a la hora de su evaluación. De forma alternativa, puede ser que las puntuación de los ítems de la 1ª Parte estén sujetos a un “efecto de halo” que aumente su consistencia interna (aparente) mientras disminuye su fiabilidad interjueces.

Los resultados presentados en esta sección se centra en la PCL:SV como medida dimensional; con todo, la PCL:SV también se intentó utilizar como un instrumento diagnóstico. Por ello, se examinó la concordancia entre evaluadores para los diagnósticos efectuados con este instrumento en aquellas muestras que tenían  $\geq 5$  casos de psicopatía<sup>9</sup>. Los valores kappas fueron los siguientes: Muestra 1, .70; Muestra 2, .36; Muestra 4, .36 y Muestra 5, .40. La media kappa ponderada

en las muestra fue .48, indicando una concordancia moderada a alta; este valor es muy similar al .51 obtenido a través del cálculo de kappa con base en la concordancia de los datos de la totalidad de las muestras.

#### Fiabilidad Test-Retest

Aún no se han realizado estudios para evaluar la fiabilidad test-retest de la PCL:SV. Con todo, la fórmula de Spearman-Brown puede ser utilizada para estimar la fiabilidad de una versión corta a partir de la fiabilidad de una versión más larga (Anastasi, 1988). La fiabilidad test-retest del instrumento más largo la obtenemos del manual de la versión completa ( $r=.94$ , para un intervalo de un mes), lo que permite utilizar la formula de Spearman-Brown. La formula esla siguiente:  $\text{estimación} = nr_t / [1 + (n-1)r_t]$  donde la  $n$  es la proporción de ítems de la versión corta relativamente a la versión más larga (.6 en este caso), y  $r_t$  es la fiabilidad de la versión larga (.94 en este caso). Sustituyendo los valores apropiados en la fórmula el resultado es  $r=.90$  como estimación de la fiabilidad test-retest de la PCL:SV en una periodo de un mes. Otra aproximación, que utiliza información diferente, permitió verificar la razonabilidad de la estimación de la fiabilidad test-retest. Esta segunda estimación utiliza la aproximación de Anastasi (1988) del análisis de las fuentes de error de la varianza.

1. Asume que la diferencia entre el cuadrado de

<sup>9</sup> La inclusión de otras muestras hubiera alterado los resultados, porque la concordancia interjueces en ellas era perfecta. Esta concordancia perfecta se debió, principalmente a la total ausencia de psicópatas en las muestras 10 y 11, y una ausencia casi total en la muestra 6.

<p align="center"><b>Tabla 14</b>  <b>Fiabilidad Interjueces (ICC) de las puntuaciones Total y de la 1ª y 2ª Partes</b>  <b>Puntuaciones PCL:SV</b></p>				
<b>Muestra</b>	<b>N</b>	<b>Total</b>	<b>1ª Parte</b>	<b>2ª Parte</b>
<b>Forense/No psiquiátrica</b>				
1. Prisión federal	50	.82/.91	.84/.92	.79/.89
2. Presión provincial	32	.70/.85	.66/.83	.81/.90
<b>Forense/Psiquiátrica</b>				
4. Pacientes externos	59	.81/.91	.81/.90	.72/.86
5. Pacientes ingresados	26	.67/.83	.59/.80	.76/.88
<b>Civil/psiquiátrica</b>				
6. Vancouver	28	.86/.93	.80/.90	.88/.94
<b>No criminal/no psiquiátrica</b>				
10. Alumnos de la UBC	50	.92/.96	.67/.83	.82/.91
11. Alumnos de Carleton	50	.88/.94	.80/.90	.90/.95
Mediana:		.82/.91	.80/.90	.81/.90
Media ponderada:		.84/.92	.77/.88	.82/.91
<p><small>Nota: ICC = correlación intraclase. Los números anteriores a la barra (/) son los ICC para las puntuaciones individuales (ICC<sub>1</sub>); los números que aparecen después son la ICC para la media de las puntuaciones (ICC<sub>2</sub>)</small></p>				

un coeficiente de fiabilidad en particular y la unidad (1.0) representa el porcentaje de varianza de las puntuaciones del test atribuibles a un factor de error específico.

2. Asume que la fiabilidad interjueces de la PCL:SV se atenúa por el error de la varianza debido a (a) los evaluadores (b) a contenidos del muestreo inadecuados
3. Asume que la “forma paralela” de estimación de la fiabilidad de la PCL:SV proporcionada en este manual se atenúa por tres fuentes de error de la varianza: (a) las diferencias entre la PCL:SV y la PCL-R relativamente al contenido y al formato (b) los evaluadores, porque cada escala fue evaluada por evaluadores independientes y (c) el tiempo, pues las dos escalas fueron administradas con un intervalo de 1 semana.

La estimación de la forma paralela de la fiabilidad de la PCL:SV es .80. Así,  $1 - (.80)^2$  o el 36% de la varianza de las puntuaciones de la PCL:SV es debida a los tres factores descritos en el tercer punto arriba mencionado. De la misma forma, una estimación superior de la fiabilidad interjueces de las puntuaciones de la PCL:SV y de la PCL-R es la ICC (la correlación fue calculada utilizando las medias de las puntuaciones, siempre que se pudiera disponer de más de una evaluación) que para las dos escalas es de alrededor de .90; así,  $1 - (.90)^2$  o el 19% de la varianza de las puntuaciones de la PCL:SV es debida a los dos factores del segundo punto descrito anteriormente. Finalmente, la diferencia entre la estimación de ambos errores

de las varianzas, que es  $36\% - 19\% = 17\%$  refleja el error de la varianza atribuible al tiempo y al formato/contenido de la escala. Así, la inestabilidad temporal no cuenta más que el 17% del error de la varianza en las puntuaciones de la PCL:SV, sugiriendo que una estimación menos perfecta de la fiabilidad test-retest (basada en un intervalo de una semana) de la PCL:SV es  $(1 - .17)^{1/2}$ , obteniéndose  $r = .91$ .

#### **Errores estandar de la medida, de la puntuación Total**

Hay dos tipos de errores estándar (Lord y Novick, 1968) relevantes para los usuarios de la PCL:SV. El *error estándar de la medida* (o SEM<sub>1</sub>) que representa la desviación estándar de las puntuaciones observadas si las puntuaciones verdaderas se mantuviesen constantes. En el caso de la PCL:SV esto significa que si otros 100 evaluadores puntuasen el mismo individuo al mismo tiempo en que lo hizo el Evaluador A, alrededor de 68% de las puntuaciones caerían dentro de  $\pm 1$  unidad SEM<sub>1</sub> de la puntuación obtenida por el Evaluador A y alrededor de 95% de las puntuaciones caerían dentro de  $\pm 1.96$  unidades SEM<sub>1</sub>.

El error estándar de predicción (o SEM<sub>3</sub>) representa la desviación estándar de las puntuaciones predictoras si las puntuaciones obtenidas se mantuviesen constantes: O sea, si 100 individuos fuesen reevaluados con la PCL-R, alrededor de 68% de sus puntuaciones retest caerían dentro de  $\pm 1$  unidad SEM<sub>3</sub> de sus respectivas

puntuaciones predictoras, y alrededor de 95% de las puntuaciones retest caerían dentro de  $\pm 1.96$  unidades SEM<sub>3</sub> de las puntuaciones predictoras (donde las puntuaciones predictoras son una estimación de la regresión hacia la media).

Los valores absolutos de SEM<sub>1</sub> y SEM<sub>3</sub> varían de acuerdo con la estimación de la fiabilidad y con la estimación de la desviación estándar de la población utilizada en su cálculo. La Tabla 15 presenta los valores de SEM<sub>1</sub> y SEM<sub>3</sub> calculados separadamente para los sujetos de cada uno de los cuatro contextos utilizando el alpha de Cronbach para estimar la fiabilidad.

La estimación de los valores de SEM<sub>1</sub> para la puntuación Total de la PCL:SV va desde 1.34 para individuos no forenses/no psiquiátricos hasta 1.92 para los individuos civiles/psiquiátricos. La estimación de SEM<sub>3</sub> va desde 1.80 para no forenses/no psiquiátricos hasta 2.62 para los civiles/psiquiátricos.

### Estructura factorial

La última sección de este capítulo de los estadísticos de la PCL:SV habla sobre la estructura factorial. Más específicamente se discute el análisis factorial confirmatorio y la correlación entre ambas partes.

#### Análisis Factorial Confirmatorio

La PCL:SV fue construida para medir dos vertientes correlacionadas de la psicopatía. Para testar la bondad de ajuste del modelo de dos factores, se analizó la matriz de correlaciones de los ítems de la PCL:SV, utilizando un análisis confirmatorio de la máxima probabilidad del factor con el LISREL 7.16 (Jöreskog y Sörbom, 1989). Solamente se incluyeron en los análisis los sujetos a los cuales se habían recogido todos los datos ( $N=496$ ); aquellos que tenían uno o más ítems desconocidos fueron excluidos.

Siguiendo las recomendaciones de Cole (1987), Cuttance y Ecob (1988) y Marsh, Balla y McDonald (1988), la bondad de ajuste del modelo fue evaluada utilizando múltiples criterios: el índice de bondad de ajuste (GFI), el índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI), la media cuadrática residual

(RMS; Jöreskog y Sörbom, 1986) y el índice de Tucker-Lewis (TLI; Tucker y Lewis, 1973). Se utilizaron múltiples criterios por que cada índice tiene diferentes puntos fuertes y puntos débiles en la evaluación de la bondad de ajuste entre un modelo particular y los datos observados. Basándose en las recomendaciones de Anderson y Gerbing (1984), Cole (1987), Cuttance y Ecob (1987) y Marsh et al. (1988) se utilizaron los siguientes criterios para indicar la bondad de ajuste:  $GFI > 0.85$ ,  $AGFI > 0.80$ ,  $RMS < 0.10$  y  $TLI > 0.80$ . También se calculó el chi-cuadrado de la bondad de ajuste que, así como el chi-cuadrado de las diferencias, permite comparar los modelos (Breckler, 1990). Dado el gran tamaño de la muestra se esperaba que el estadístico chi-cuadrado fuera significativo (ver Marsh et al., 1988).

El modelo bifactorial de la PCL:SV se reveló como un modelo excelente para la muestra total ( $N=496$ ). Los cuatro índices de bondad de ajuste revelaron que este modelo obtenía buenos datos:  $GFI=0.936$ ,  $AGFI=0.907$ ,  $RMS=0.042$ ,  $TLI=0.940$ . El chi-cuadrado de la bondad de ajuste fue 202.24 ( $df=53$ ),  $p < .001$ . La Tabla 16 presenta los parámetros estimados de la carga de los ítems para la muestra total.

Los parámetros estimados para la relación entre los dos factores fue 0.811. Dada la magnitud de esta relación, se probó la idoneidad de un modelo unidimensional para la PCL:SV. El modelo bifactorial reveló tener un mejor ajuste a los datos que un modelo unidimensional, con el chi-cuadrado de la diferencia =191.97 ( $df$  de la diferencia=1),  $p < .001$ .

Para evaluar posibles diferencias entre sexos en la estructura factorial de la PCL:SV, se realizaron análisis de bondad de ajuste separados para varones ( $N=360$ ) y para mujeres ( $N=136$ ). Para ambos grupos los cuatro índices de bondad de ajuste revelaron que el modelo bifactorial tenía un buen ajuste a los datos. Para los varones los resultados fueron:  $GFI=0.929$ ;  $AGFI=0.895$ ;  $RMS=0.048$ ;  $TLI=0.910$ ; e el chi-cuadrado de la bondad de ajuste =165.93 ( $df=53$ ),  $p < .001$ . Para las mujeres los resultados fueron:  $GFI=0.887$ ;  $AGFI=0.834$ ;  $RMS=0.050$ ;  $TLI=0.940$ ; y el chi-cuadrado de la bondad de ajuste fue =109.97 ( $df=53$ ),  $p < .001$ .

**Tabla 15**  
**Error Estándar de la Medida para la puntuación Total de la PCL:SV**

	SEM <sub>1</sub>	SEM <sub>3</sub>
<b>Forenses/no psiquiátricos</b>	1.80	2.43
<b>Forenses/psiquiátricos</b>	1.74	2.32
<b>Civiles/psiquiátricos</b>	1.92	2.62
<b>No forenses/ no psiquiátricos</b>	1.34	1.80

Nota: Cálculos de SEM basados en las estimaciones del alpha de Cronbach

SEM<sub>1</sub> = Error Estándar de la Medida

SEM<sub>3</sub> = Error Estándar de la Predicción

<p style="text-align: center;"><b>Tabla 16</b> <b>Estimación de Parámetros para los ítems de la PCL:SV</b></p>						
PCL-R:SV	Total (N=496)		Varones (n=360)		Mujeres (n=136)	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
<b>Factor 1 (Afectivo/Interpersonal)</b>						
1	.609	.000	.647	.000	.555	.000
2	.649	.000	.644	.000	.645	.000
3	.631	.000	.552	.000	.758	.000
4	.851	.000	.812	.000	.898	.000
5	.812	.000	.777	.000	.862	.000
6	.774	.000	.701	.000	.866	.000
<b>Factor 2 (Desviación Social)</b>						
7	.000	.740	.000	.636	.000	.854
8	.000	.639	.000	.579	.000	.734
9	.000	.661	.000	.583	.000	.742
10	.000	.803	.000	.732	.000	.868
11	.000	.628	.000	.607	.000	.632
12	.000	.756	.000	.671	.000	.832
Nota: Todos los parámetros estimados fueron significativos ( $p < .05$ )						

Los parámetros estimados de la carga de los ítems para los varones y para las mujeres se presentan también en la Tabla 16. Los parámetros estimados para la relación entre los dos factores fue de 0.76 para los varones y de 0.63 para las mujeres. En ambos grupos, el modelo bifactorial reveló tener un mejor ajuste a los datos que un modelo unidimensional; para los varones el chi-cuadrado de la diferencia fue =119.98 ( $df$  de la diferencia = 1),  $p < .001$ ; y para las mujeres el chi-cuadrado de la diferencia fue = 68.82 ( $df$  de la diferencia = 1)  $p < .001$ .

#### Correlación entre las puntuaciones de la 1ª y 2ª Partes

Los resultados del análisis confirmatorio sugieren que los dos factores de la PCL:SV están altamente correlacionados. La Tabla 17 presenta la correlación entre las puntuaciones directas ajustadas de las 1ª y 2ª Partes en las 11 muestras. Estas correlaciones varían considerablemente, desde .14 hasta .73. Con todo, la correlación de la media ponderada, .53, está muy de acuerdo con lo esperado basándonos en la investigación con la PCL-R (Hare, 1991).

### Resumen

Resumiendo los hallazgos que se dan a conocer en este capítulo, destacamos en primer lugar que la distribución de las puntuaciones varía considerablemente en función de los contextos. Los dos escenarios forenses obtuvieron las puntuaciones más altas, seguido de los escenarios civil/psiquiátrico y civil/no psiquiátrico. El índice de psicopatía en los escenarios civiles fue más bajo

– 10% o menos. En todas las muestras la media de las puntuaciones de la 2ª Parte fue discretamente más alta que la media de las puntuaciones de la 1ª Parte.

Hay una dispersión de las puntuaciones considerable, incluso en muestras donde el índice de psicopatía fue muy bajo. Estos sugiere que los rasgos de este trastorno pueden resultar útiles en la investigación y en la predicción de la conducta en contextos donde nadie cumple los criterios diagnósticos.

Ninguno de los ítems ha demostrado una frecuencia excesiva ; por lo menos una frecuencia suficientemente extrema que afectara la fiabilidad o la validez. En general, la consistencia interna de la puntuación Total de la PCL:SV fue aceptable para una escala clínica, con una media alrededor de .84. Esto es particularmente alentador dada el corto tamaño de la PCL:SV.

Se encontró que la PCL:SV posee un alto grado de homogeneidad entre los ítems. La media MIC ponderada para la puntuación Total de la PCL:SV fue .32.

Las medias ponderadas de  $ICC_1$  y  $ICC_2$  para la puntuación Total fueron adecuadas para propósitos clínicos o de investigación. Con todo, a la luz de la magnitud de la fiabilidad y coeficientes asociados con la  $ICC_2$ , aquellas personas que quieran utilizar la PCL:SV para tomar decisiones clínicas deben elegir basar sus decisiones en puntuaciones medias.

Mientras las puntuaciones de la 1ª Parte presentan mayor consistencia interna y tienen mayor homogeneidad entre los ítems, las puntuaciones de la 2ª Parte, tienen mayor fiabilidad interjueces. Una vez más, los resultados son paralelos a aquellos encontrados cuando se utilizan

<p><b>Tabla 17</b>  <b>Correlaciones entre las puntuaciones de la 1ª Parte y de la 2ª Parte de la PCL:SV en las 11 muestras</b></p>	
<b>Muestra</b>	<b><i>r</i></b>
<b>Forense/no psiquiátrica</b>	
1. Prisión Federal	.52
2. Prisión Provincial	.14
3. Prisión Federal	.42
<b>Forense/Psiquiátrica</b>	
4. Pacientes externos	.53
5. Pacientes ingresados	.37
<b>Civil/psiquiátrica</b>	
6. Vancouver	.53
7. Pittsburgh	.66
8. Kansas City	.60
9. Worcester	.68
<b>No criminal/ no psiquiátrica</b>	
10. Alumnos de la UBC	.73
11. Alumnos de Carleton	.33
Mediana	.53
Media Ponderada	.53

las puntuaciones de los Factores 1 y 2 de la PCL-R.

Relativamente al error estándar de la medida para la puntuación Total de la PCL:SV, los valores SEM<sub>1</sub> estimados van desde 1.34 para individuos de las muestras no forenses/no psiquiátricas hasta 1.92 para los de las muestras civiles/psiquiátricas. La estimación del SEM<sub>3</sub>, va desde 1.80 para individuos de las muestras no forenses/no psiquiátricas hasta 2.62 para los de las muestras civiles/psiquiátricas.

Utilizando un análisis factorial confirmatorio para medir la bondad de ajuste, el modelo

bifactorial de la PCL:SV reveló ser un excelente modelo para la muestra total. Los cuatro índices de bondad de ajuste indicaron que este modelo se ajusta bien a los datos: GFI=0.936, AGFI=0.907, RMS=0.042, TLI=0.940. El chi-cuadrado de la bondad de ajuste fue 202.24 ( $df=53$ )  $p<.001$ .

En general es evidente que la PCL:SV ha mostrado buenas propiedades psicométricas basándose en estudios que han utilizado varias muestras.

## 6º Capítulo

# Validez Concurrente, Convergente y Discriminante

La investigación para la validación de la PCL:SV se centró en varios temas específicos y ni todos han sido estudiados en todas las muestras. Más que tratar cada muestra como un estudio independiente, se decidió presentar el resultado del conjunto de muestras. Esto debería facilitar las comparaciones directas y reducir la redundancia en la descripción de los procedimientos y de los resultados. Con todo, algunos resultados son únicos y hemos decidido presentarlos separadamente.

En primer lugar, la validez de la PCL:SV fue examinada con relación a las puntuaciones de la PCL-R y los síntomas adultos del TAP según los criterios DSM-III-R. Se esperaba que las correlaciones entre estas medidas fuesen altas. De forma a mantener las puntuaciones de la PCL:SV independientes de las de la PCL-R y del TAP, se procedió a su valoración por diferentes evaluadores en diferentes sesiones, separadas por un intervalo de entre 2 a 7 días. Los datos de la PCL-R fueron recogidos principalmente en escenarios forenses para evitar la ambigüedad en la interpretación de los resultados (debido a que la PCL-R no se diseñó para ser utilizada en contextos civiles, las bajas correlaciones con la PCL:SV pueden reflejar lo inapropiado que puede resultar la PCL-R en escenarios civiles, más que tratarse de una cuestión puramente de validez).

En segundo lugar, se examinó la validez concurrente con relación a los cuestionarios de autoinforme utilizados para valorar psicopatía; con todo, se nos basamos en investigaciones anteriores (Hare, 1985; Hart, Forth y Hare, 1991), sería de esperar que los autoinformes tuvieran solamente una correlación moderada con la PCL:SV.

Finalmente, se examinaron la validez convergente y discriminante de la PCL:SV. La PCL:SV se administró a través del procedimiento de entrevista y se administraron también medidas de autoinforme para evaluar trastornos del eje II del DSM-III-R, así como medidas de personalidad normal y medidas de estado de ansiedad en el momento de la evaluación.

### Procedimiento

Tal como hicimos referencia anteriormente, varios trabajos examinaron la validez concurrente de la PCL:SV relativamente a la PCL-R y al TAP del DSM-III-R. En estos trabajos las puntuaciones de la PCL-R y del TAP se hicieron con base en una entrevista independiente, o sea, que no se hicieron con base en la misma entrevista que se utilizó para puntuar la PCL:SV. Para evitar la contaminación de

las entrevistas de evaluación, estas fueron realizadas por diferentes entrevistadores, ciegos a las puntuaciones de los demás y separándose su realización entre 2 y 7 días. Observe que los coeficientes de validez concurrente son atenuados por la falta de fiabilidad temporal y por la falta de fiabilidad debida a los evaluadores. De la validez concurrente de la PCL:SV observada en estas muestras se puede estimar la baja seguridad de la fiabilidad test-retest.

Todos los demás tests que traemos a discusión se administraron y puntuaron de acuerdo con las instrucciones estándares, a menos que se mencione lo contrario.

### Validez Concurrente

En el 2º capítulo, Revisión Teórica y Empírica, los autores describen las ventajas y los inconvenientes de los autoinformes, del Trastorno Antisocial de la Personalidad y de la Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare Revisada (PCL-R). En este apartado, la atención se centra en la validez concurrente de la PCL:SV con relación a estas herramientas.

### PCL-R

Se correlacionó la PCL:SV con puntuaciones independientes de la PCL-R en cinco muestras; presentamos estas correlaciones en la Tabla 18. Tal como hemos discutido anteriormente, por “independiente” queremos decir que diferentes evaluadores efectuaron sus puntuaciones con base en entrevistas diferentes realizadas en diferentes momentos, y desconocían los resultados unos de los otros. Pudimos disponer de dos grupos de puntuaciones independientes en aproximadamente un 75% de los sujetos de la Tabla 18; con todo, para la gran mayoría no pudimos disponer más que de una puntuación de la PCL-R.

La correlación ponderada de la media entre la puntuación Total de las dos escalas fue de .80 (entre .55 y .84). La puntuación Total de la PCL:SV correlacionó casi lo mismo con las puntuaciones del Factor 1 y con las puntuaciones del Factor 2 (correlación ponderada de la media = .67 y .68 respectivamente), mientras que la puntuación Total de la PCL-R correlacionó más alto con las puntuaciones de la 2ª Parte que con las puntuaciones de la 1ª Parte de la PCL:SV (correlación ponderada de la media = .78 y .61, respectivamente). Este último resultado no nos sorprende, si tenemos en cuenta que el contenido de la PCL-R está ligeramente sesgado hacia el Factor 2

(9 de los 20 ítems versus 8 de los 20 ítems para el Factor 1).

La tabla avala también la validez concurrente de las subescalas de la PCL:SV. Las puntuaciones de la 1ª Parte correlacionan más alto con las puntuaciones del Factor 1 que con las puntuaciones del Factor 2 o la puntuación Total de la PCL-R (correlación ponderada de la media = .68 versus .61 y .40 respectivamente). De forma similar, las

puntuaciones de la 2ª Parte correlacionan más alto con las puntuaciones del Factor 2 que con las puntuaciones del Factor 1 o la puntuación Total (.81 versus .78 y .48 respectivamente). Estos valores son sorprendentemente altos, dado que existen diferentes fuentes de atenuación como consecuencia de la distorsión de la fiabilidad, evidenciando así que la PCL:SV es una herramienta de cribado de la psicopatía extremadamente efectiva.

<b>Tabla 18</b> <b>Validez Concurrente: Correlaciones con las puntuaciones Factoriales y la puntuación Total de la PCL-R.</b>				
Muestra	Puntuación PCL:SV	Puntuaciones de la PCL-R		
		Total	Factor 1	Factor 2
1. Internos de una prisión Federal (N=50)	Total	.78**	.62**	.64**
	1ª Parte	.62**	.64**	.38**
	2ª Parte	.77**	.43**	.79**
2. Internos de una prisión Provincial (N=32)	Total	.81**	.50**	.73**
	1ª Parte	.45*	.57**	.24
	2ª Parte	.77**	.18	.88**
4. Pacientes de Consulta Externa (N=65)	Total	.84**	.76**	.71**
	1ª Parte	.72**	.79**	.49**
	2ª Parte	.75**	.52**	.76**
5. Pacientes Ingresados (N=47)	Total	.55**	.45**	.39*
	1ª Parte	.44**	.52**	.17
	2ª Parte	.47**	.18	.52**
10. Alumnos de la UBC (N=49)	Total	.81**	.78**	.78**
	1ª Parte	.63**	.68**	.57**
	2ª Parte	.88**	.77**	.88**
Mediana	Total	.81	.62	.71
	1ª Parte	.62	.64	.38
	2ª Parte	.77	.43	.79
Media Ponderada	Total	.80	.67	.68
	1ª Parte	.61	.68	.40
	2ª Parte	.78	.48	.81

Nota: PCL-R = Revised Psychopathy Checklist (Escala de Evaluación de la Psicopatía Revisada, Hare, 1991).  
 \*Significación del Test  $p < .05$ , \*\*Significación de la columna  $p < .05$  (ambos tests de una cola)

<p align="center"><b>Tabla 19</b>  <b>Validez Concurrente: Correlaciones con los síntomas de TAP adulto</b></p>				
Muestra	N	Puntuaciones PCL:SV		
		Total	1ª Parte	2ª Parte
1. Internos de una prisión federal	50	.62**	.46**	.64**
2. Internos de una prisión provincial	24	.52**	.06	.68**
4. Pacientes de consulta externa	52	.61**	.51**	.56**
6. Psiquiátrico civil en Vancouver	27	.85**	.73**	.85**
10. Alumnos de UBC	49	.67**	.51**	.74**
11. Alumnos de Carleton	50	.78**	.49**	.75**
Mediana:		.65	.51	.72
Media Ponderada:		.70	.49	.72

Nota: TAP= Trastorno Antisocial de la Personalidad DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987)  
 \*significación del test  $p \leq .05$ ; \*\*significación de la columna  $p \leq .05$  (ambos con una cola)

### Trastorno Antisocial de la Personalidad

La PCL:SV se correlacionó con puntuaciones independientes de TAP en seis muestras; presentamos estas correlaciones en la Tabla 19. Las puntuaciones de este trastorno se hicieron, en realidad, a partir de la contabilización del número de síntomas TAP (Criterio C) que el individuo había presentado durante la edad adulta. Pudimos disponer de dos grupos de puntuaciones PCL:SV independientes para aproximadamente un 65% de los sujetos de la Tabla 19; con todo, sólo se pudo disponer de una evaluación de TAP para la mayoría de los sujetos (observe que a pesar de las puntuaciones independientes de la PCL:SV, las puntuaciones TAP no fueron necesariamente independientes de las puntuaciones de la PCL-R).

La correlación ponderada de la media entre la puntuación Total de la PCL:SV y las puntuaciones TAP en las seis muestras fue .70 (de .58 a .85). Tal como se esperaba, las puntuaciones de la 1ª Parte correlacionaban más bajo con las puntuaciones TAP que las puntuaciones de la 2ª Parte (correlación ponderada de la media = .49 y .72, respectivamente). Una vez más estos valores fueron sorprendentemente altos, teniendo en cuenta la atenuación debida a varias fuentes de distorsión de la fiabilidad, y fueron similares a los resultados obtenidos cuando se utiliza la PCL-R.

### Autoinformes

Se examinó la asociación entre las puntuaciones de la PCL:SV y las medidas de autoinforme de la psicopatía y/o TAP en cinco muestras. Las medidas de autoinforme incluyeron la escala *So* del CPI, la escala 6A del MCMI-II, y la Escala de autoinforme de la Psicopatía de Hare no publicada (ver Hare, 1985). Los valores de la validez concurrente se presentan en la Tabla 20. Las correlaciones entre la PCL:SV y las tres medidas de autoinforme fueron entre moderadas y altas. En efecto, las

correlaciones entre la escala 6A del MCMI y la escala de autoinforme de la psicopatía fueron más altas que aquellas que habitualmente se informan entre medidas conductuales-clínicas y medidas por autoinforme de la psicopatía. Este es un hallazgo importante que puede encaminar alguna línea de investigación futura. Hubo una tendencia consistente de las medidas de autoinforme correlacionaren más con la 2ª Parte que con la 1ª Parte. Esto es paralelo a los resultados de la investigación realizada con la PCL-R y avala el argumento de los contenidos de los autoinformes estaren sesgados hacia la vertiente de la desviación social de la psicopatía.

### Validez Convergente y Discriminante

Se testó la validez convergente de la PCL:SV a tres niveles: criterios DSM-III-R, personalidad normal y consumo de drogas. Cada uno de los niveles se discute detenidamente.

### Trastornos de personalidad con criterios DSM-III-R

Trabajos anteriores han mostrado un patrón de asociación interesante entre varias medidas de trastornos de la personalidad del DSM-III (-R). En un estudio que utilizó puntuaciones clínicas de trastornos de la personalidad en una muestra de 80 pacientes psiquiátricos forenses (Hart y Hare, 1989), la puntuación Total de la PCL-R estuvo positivamente correlacionada con las puntuaciones para los trastornos antisocial, narcisista y histriónico. Las puntuaciones del Factor 1 mostraron un patrón de correlaciones muy similar a lo de la puntuación Total, mientras que el Factor 2 correlacionó solamente con las puntuaciones del TAP.

<b>Tabla 20</b> <b>Validez Concurrente: Correlaciones entre medidas de autoinforme y Psicopatía/TAP</b> <b>Puntuaciones PCL:SV</b>				
<b>Muestra</b>	<b>N</b>	<b>Total</b>	<b>1ª Parte</b>	<b>2ª Parte</b>
<b>Escala de Socialización del CPI</b>				
Muestra 2	28	-.29	-.14	-.32*
Muestra 10	48	-.47**	-.27*	-.59**
<b>Escala de autoinforme de la Psicopatía</b>				
Muestra 2	27	.69**	.41*	.70**
Muestra 4	63	.53**	.45**	.48**
Muestra 10	49	.63**	.48**	.58**
Muestra 11	50	.64**	.48**	.56**
<b>Escala Antisocial del MCMI-II</b>				
Muestra 3	40	.68**	.53**	.67**
Nota: CPI = California Psychological Inventory (Gough, 1987); MCMI-II = Millon Multiaxial Inventory_II (Millon, 1987). * $p \leq .05$ , ** $p \leq .001$ (ambos tests de una cola)				

En otro estudio que utilizaba el MCMI-II en una muestra de presos (Hart, Forth y Hare, 1991), las puntuaciones Totales estaban positivamente correlacionadas con escalas que median trastorno de personalidad antisocial, sádico, paranoide, narcisista, límite, pasivo-agresivo y esquizotípico, y no se correlacionaban o correlacionaban negativamente con las escalas que median otros trastornos. En ese estudio, la totalidad de las escalas MCMI-II correlacionaban más alto con el Factor 2 que con el Factor 1. Se decidió, pues, testar la validez convergente de la PCL:SV con los trastornos de personalidad del DSM-III-R en dos muestras. La predicción que se hizo fue que las puntuaciones Totales estarían positivamente correlacionadas con los trastornos de personalidad del grupo B (Dramático-Errático-Emocional) antisocial, narcisista, histriónico y límite.

En la muestra 6, se testó la PCL:SV y la Personality Disorder Examination (PDE; Loranger, 1988), una medida conductual-clínica de los trastornos de personalidad del DSM-III-R. Hay evidencia empírica que avala la fiabilidad y la validez de la PDE (Loranger, Susman, Oldham, Russakoff, 1987; Standage y Ladha, 1988). Aún que este instrumento no pueda ser considerado un "gold standard" para la evaluación de los trastornos de personalidad, está reconocida como una de las mejores medidas que disponemos hoy día, tal como lo demuestra su inclusión en el Estudio Piloto sobre Trastornos de Personalidad de la Organización Mundial de la Salud (Loranger, Hirschfeld, Sartorius Y Regier, 1991).

La PDE se puntúa con base en una entrevista semiestructurada y en la revisión de los expedientes. En el presente estudio fue

administrada por estudiantes de post-grado en psicología clínica, de forma separada a los procedimientos de evaluación de la PCL:SV; con todo, estas puntuaciones no fueron ciegas. O sea, en la mayoría de los casos el investigador que administró la PDE puntuó también la PCL:SV del mismo sujeto experimental<sup>10</sup>. E utilizó la entrevista PDE para puntuar 126 ítems independientes en una escala de 3 puntos (0=ausente, 1=subclínico, 2=presente). Las puntuaciones de los ítems fueron después transformadas para obtener una puntuación para cada uno de los síntomas de los trastornos de personalidad con criterios DSM-III-R, utilizando la misma escala de tres puntos. Se establecieron también puntuaciones dimensionales (la suma de las puntuaciones de los ítems), se contabilizaron los síntomas (el número de síntomas clasificados como presentes), y se realizó un diagnóstico (de acuerdo con los criterios diagnósticos de DSM-III-R) para cada uno de los trastornos de personalidad. Se analizaron las puntuaciones dimensionales porque los índices de prevalencia diagnóstica fueron muy bajos ( $\leq 10\%$ ) para la mayoría de los trastornos.

En la Tabla 21 presentamos las correlaciones entre las puntuaciones dimensionales de la PCL:SV y de la PDE. Tal como se predijo, las puntuaciones Totales estuvieron correlacionadas con las puntuaciones de los trastornos del grupo B y el trastorno sádico de la personalidad, así como con el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. Las

<sup>10</sup> Se planificó tener por lo menos un grupo independiente de puntuaciones de la PDE y de la PCL:SV para cada sujeto; con todo, un gran número de grabaciones de las entrevistas se dañificaron antes de que pudieran ser reevaluadas por otro investigador.

<p><b>Tabla 21</b>  <b>Validez Convergente: Correlaciones con las puntuaciones de la PDE en la muestra 6</b>  <b>Puntuaciones PCL:SV</b></p>			
<b>Escala PDE</b>	<b>Total</b>	<b>1ª Parte</b>	<b>2ª Parte</b>
Paranoide	.12	.07	.13
Esquizoide	.04	-.04	.11
Esquizotípica	-.16	-.23	-.06
Antisocial	.74**	.46**	.83**
Límite	.48**	.24	.59**
Histriónica	.45**	.45**	.36*
Narcisista	.58**	.63**	.41*
Evitativa	.06	.03	.07
Dependiente	.20	.11	.24
Obsesiva-Compulsiva	-.03	-.12	.06
Pasivo-Agresiva	.54**	.37*	.57**
Sádica	.47**	.39*	.44*
Autodestructiva	.18	.12	.20

Nota: N=38. PDE = Personality Disorder Examination (Loranger, 1988)  
 \*significación del test  $p \leq .05$ ; \*\*significación de la columna  $p \leq .05$  (ambos con una cola)

puntuaciones de la 1ª Parte estuvieron correlacionadas en más alto grado con las puntuaciones del trastorno narcisista e histriónico que las puntuaciones de la 2ª Parte, mientras que estas últimas estuvieron correlacionadas en más alto grado con las puntuaciones de los trastornos antisocial, límite, pasivo-agresivo y sádico que las puntuaciones de la 1ª Parte.

La PCL:SV correlacionó con el MCMI-II una medida de autoinforme de la psicopatía, en la muestra 3. Se analizaron las puntuaciones obtenidas de los índices, en vez de las puntuaciones directas, del MCMI-II. El patrón de correlaciones observados y que se presenta en la Tabla 21 fue similar en muchos sentidos al patrón obtenido cuando se utilizó la PDE, sin embargo se observaron algunas diferencias interesantes. Por ejemplo, conjuntamente con las correlaciones que habíamos predicho, las puntuaciones Totales estaban también correlacionadas con las escalas del MCMI-II que miden trastornos de personalidad esquizotípico, paranoide y autodestructiva. Estos resultados son, de alguna forma, teóricamente incongruentes, pero consistentes con estudios anteriores (Hart et al., 1991); pueden reflejar problemas con la validez de contenido del MCMI-II o con la disimulación sofisticada o manipulación de la imagen por parte del sujeto (Hare, Forth y Hart, 1989; Hart, Forth y Hare, 1991). Las puntuaciones de la 1ª Parte correlacionaron más alto que las puntuaciones de la 2ª Parte con las escalas que miden trastorno de personalidad sádico, narcisista y paranoide, las puntuaciones de la 2ª Parte correlacionaron más alto que las puntuaciones de la 1ª Parte con las escalas relacionadas con los trastornos de personalidad antisocial, esquizotípico, límite, autodestructivo y evitativo. Ninguna de las escalas de la PCL:SV correlacionó

significativamente con la escala de trastorno histriónico de la personalidad.

Para resumir los resultados analizados en esta sección, podemos decir que a través de 2 muestras y de 2 métodos de evaluación, pudimos observar que las puntuaciones Totales de la PCL:SV están correlacionadas positivamente con los trastornos de personalidad del grupo B (Dramático-Errático-Emocional), antisocial, narcisista y límite; están también correlacionadas positivamente con los trastornos de personalidad pasivo-agresivo y sádico. Las correlaciones con otros trastornos de la personalidad fueron pequeñas, negativas o inconsistentes con los métodos utilizados.

### Personalidad normal

Ha habido varios estudios que se centraron en la asociación entre la psicopatía y varios modelos de personalidad normal, de forma más notable el modelo de los 5 factores (o Big Five) y los modelos del circumplex interpersonal (para una revisión ver Harpur, Hart y Hare, 1993). La mayoría de los investigadores utilizó la PCL-R para evaluar la psicopatía, y autoinformes como el Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI; Costa y McCrae, 1985) o la Escala de Adjetivos Interpersonales Revisada (Revised Interpersonal Adjective Scale, IAS-R; Wiggins, Trapnell y Phillips, 1988) para medir personalidad normal; con todo, algunos de los investigadores utilizaron también la observación para puntuar la personalidad normal (Foreman, 1988). En estudios con el modelo Big Five, la psicopatía estuvo, generalmente, negativamente correlacionada con las dimensiones de Amabilidad y Responsabilidad; las correlaciones con la Extraversión, Apertura y Neuroticismo fueron de menor magnitud e inconsistentes. En estudios con el modelo del circumplex interpersonal, la

<p><b>Tabla 22</b>  <b>Validez Convergente: Correlaciones con las puntuaciones del MCMI-II en la muestra 3</b>  <b>Puntuaciones PCL:SV</b></p>			
<b>Escala MCMI-II</b>	<b>Total</b>	<b>1ª Parte</b>	<b>2ª Parte</b>
Esquizoide (1)	.23	.26	.14
Fóbica (2)	.22	.02	.35*
Dependiente (3)	-.23	-.26	-.16
Histriónica (4)	.16	.14	.14
Narcisista (5)	.44**	.48**	.30*
Antisocial (6A)	.68**	.53**	.67**
Agresivo/Sádica (6B)	.44**	.50**	.29*
Compulsiva (7)	.08	.23	-.09
Pasiva-agresiva (8A)	.48**	.43**	.42**
Autodestructiva (8B)	.28*	.13	.37*
Esquizotípica (S)	.50**	.32*	.55**
Límite (C)	.45**	.34*	.46*
Paranoide (P)	.40*	.39*	.33*

Nota: N=40. MCMI-II = Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (Millon, 1987)  
 \*significación del test  $p \leq .05$ ; \*\*significación de la columna  $p \leq .05$  (ambos con una cola)

psicopatía estuvo, generalmente, positivamente correlacionada con la Dominancia y negativamente correlacionada con el Sostenimiento.

Se examinó la asociación entre la PCL:SV y el modelo Big Five, en la muestra 6. Los sujetos cumplieron una versión de autoinforme de la IAS-R que se ensanchó de forma a incluir los marcadores de las dimensiones de Neuroticismo, Responsabilidad y Apertura (Big Five) (IAS-R B5; Trapnell y Wiggins, 1991).

La IAS-R B5 es una escala de adjetivos con 124 ítems. En el estudio actual, los sujetos indicaban el grado en que cada adjetivo era característico en ellos, utilizando una escala de 8 puntos (1 = Nada característico; 8 = Muy característico). Se sumaron 64 ítems para obtener una puntuación para los 8 octantes del gráfico circumplex interpersonal (8 ítems por escala), y las puntuaciones de los octantes fueron estandarizadas utilizando normalizaciones obtenidas con estudiantes de bachillerato. Las puntuaciones para las dimensiones de Dominancia y Sostenimiento fueron calculadas a partir de las puntuaciones estandarizadas de los octantes utilizando un algoritmo geométrico recomendado por Wiggins et al. (1988). La investigación sugiere que la Dominancia y el Sostenimiento son equivalentes a las dimensiones de Extraversión y Amabilidad del modelo de los cinco factores, a través de la rotación de 30° en el sentido de las agujas del reloj (McCrae y Costa, 1989). Las puntuaciones para las otras tres dimensiones del modelo se obtuvieron sumando los restantes ítems (20 ítems por escala); estas puntuaciones fueron también estandarizadas utilizando normalizaciones obtenidas con estudiantes de Bachillerato. Basándonos en estudios anteriores y en la teoría clínica, se ha predicho que las puntuaciones Totales de la PCL:SV estarían correlacionadas positivamente con Dominancia y negativamente

con Sostenimiento, Neuroticismo, Responsabilidad y Apertura. Presentamos las correlaciones obtenidas en las Talas 23 y 24.

Tal como se predijo las puntuaciones Totales estuvieron negativamente correlacionadas con la Responsabilidad y la Apertura. También, las puntuaciones de la 2ª Parte estuvieron más fuertemente correlacionadas que las puntuaciones de la 1ª Parte. Con todo, las puntuaciones Totales no correlacionaron con el ámbito de la Dominancia ni de Sostenimiento y tuvieron apenas una correlación negativa, con significación marginal con las puntuaciones del octante de Inseguridad-Dependencia. Hay varias razones posibles para una ausencia de resultados de notoria importancia. Primero, hubo una pequeña variabilidad en el rango de las puntuaciones de autoinforme en las últimas escalas, y la mayoría de los sujetos se situaron como muy bajos en Dominancia, muy altos en Neuroticismo y de alguna forma por debajo de la media en Sostenimiento (estos resultados no sorprenden, dada la composición de la muestra que consistía únicamente en pacientes psiquiátricos civiles). En segundo lugar, varios sujetos se puntuaron a sí mismos de modo inexacto en estas dimensiones. Por ejemplo, un sujeto con puntuación alta en la PCL:SV – en realidad el único que en esta muestra sobrepasó el punto de corte para la psicopatía – se autopuntuó muy bajo en Dominancia y muy alto en Sostenimiento. Estas puntuaciones contradijeron su conducta anterior a la hospitalización, tal como lo revelaron los expedientes hospitalarios, la entrevista PDE y los resultados de la PCL:SV. Tal (aparente) inexactitud en la respuesta puede ser el resultado de un intento consciente de manipular la evaluación o puede ser debido a un déficit en el reconocimiento de sus propias características (Hare, Forth y Hart, 1989;

<p><b>Tabla 23</b>  <b>Validez Convergente: Correlaciones con las puntuaciones autoinformadas de los campos del IAS-R B5, en la muestra 6</b></p>			
Campos del IASR-B5	Puntuaciones PCL:SV		
	Total	1ª Parte	2ª Parte
Dominancia	.12	.07	.13
Sostenimiento	.04	-.04	.11
Neuroticismo	-.16	-.23	-.06
Responsabilidad	-.74**	-.46**	-.83**
Apertura	-.48**	-.24	-.59**
<p>Nota: <math>N=42</math>. IASR-B5 = Escalas de Adjetivos Interpersonales Revisada, versión de 5 factores (Trapnell y Wiggins, 1991)  *significación del test <math>p \leq .05</math>; **significación de la columna <math>p \leq .05</math> (ambos con una cola)</p>			

<p><b>Tabla 24</b>  <b>Validez Convergente: Correlaciones con las puntuaciones autoinformadas de los octantes del IAS-R B5, en la muestra 6</b></p>			
Octantes del IASR-B5	Puntuaciones PCL:SV		
	Total	1ª Parte	2ª Parte
PA: Seguro-Dominante	.07	.16	-.04
BC: Arrogante-Calculador	.22	.15	.24
DE: Frío de ánimo	.10	-.03	.20
FG: Reservado-Introvertido	.09	-.00	.16
HI: Inseguro-Dependiente	-.30*	-.24	-.30*
JK: Ingenuo-Modesto	-.15	-.10	-.16
LM: Cálido-Afectuoso	.01	.06	-.03
NO: Gregario-Extrovertido	.00	.03	-.03
<p>Nota: <math>N=42</math>. IASR-B5 = Escalas de Adjetivos Interpersonales Revisada, versión de 5 factores (Trapnell y Wiggins, 1991)  *significación del test <math>p \leq .05</math>; **significación de la columna <math>p \leq .05</math> (ambos con una cola)</p>			

Hart, Forth y Hare, 1991). Finalmente, puede ocurrir que la PCL:SV no esté realmente asociada con la Dominancia, el Sosténimiento y el Neuroticismo.

Para determinar en qué medida las puntuaciones de observaciones no sesgadas de la personalidad normal (puntuaciones IAS-R 5B) mostraran correlaciones más fuertes con la PCL:SV que con las medidas de autoinforme, se utilizaron 24 entrevistas grabadas en video, 12 de la muestra de estudiantes de la muestra 10 y 12 de los varones de una cárcel de la muestra 1 (Hart y Hare, 1994). Se utilizó una muestra mixta para asegurar su homogeneidad con relación a patología de la personalidad; con todo, esto ha tenido también el efecto indeseable de tornar más altas las correlaciones entre la 1ª y la 2ª Parte y por ello se han analizado solamente las puntuaciones Totales. Los observadores han sido dos alumnas que efectuaron las puntuaciones del IAS-R B5 con solamente una pequeña variación en las instrucciones estándar (“Indica el grado en que los siguientes objetivos son característicos *del individuo...*”). Se cegaron los observadores a las puntuaciones Totales de la PCL:SV, a la puntuación IAS-R B5 y a la hipótesis experimental. La fiabilidad interjueces fue moderada pero adecuada a propósitos de investigación. Las puntuaciones Totales de la PCL:SV se correlacionaron después con las puntuaciones (no estandarizadas) de los marcadores de los Cinco Factores y con los octantes del circumplex interpersonal; presentamos estas correlaciones en las Tablas 25 y 26.

Tal como indica la Tabla 25, los resultados fueron bastante consistentes y estadísticamente significativos, si tenemos en cuenta el pequeño tamaño de la muestra. Las puntuaciones Totales correlacionaron positivamente con Dominancia y negativamente con los restantes dominios. La correlación más pequeña fue con Neuroticismo (-.44), que puede deberse al hecho de esta ser la última dimensión externamente observable (Paunonen, 1989)<sup>11</sup>. Puede observarse, de la Tabla 26, que las puntuaciones Totales están correlacionadas positivamente con el octante Arrogante-Calculador (.90) y negativamente con el octante de Ingenuo-Modesto (.92). Es interesante verificar que se ha encontrado casi el mismo patrón de correlaciones en las submuestras de alumnos y de presos, sugiriendo que los hallazgos no se deben a percepciones estereotipadas de los presos o de los estudiantes. El resultado de este estudio piloto conduce a la conclusión que puede haber una correspondencia realmente importante entre psicopatía y los Cinco Factores, y el fracaso en

encontrar tal asociación en la muestra 6 es el resultado de problemas a la hora de evaluar la patología de la personalidad por vía de autoinforme.

### **Consumo de drogas**

La PCL-R se ha asociado con el consumo de sustancias – más específicamente, con medidas de dependencia y abuso de drogas y de alcohol – en cuatro estudios diferentes (Hart, Forth y Hare, 1991; Hart y Hare, 1989; Hemphill, Hart y Hare, 1994; Smith y Newman, 1990). Un meta-análisis reciente indica que, en todos estos estudios, el Factor 2 presenta correlaciones más fuertes con medidas de consumo de sustancias que el Factor 1 (Hemphill et al., 1994).

Se administraron medidas de autoinforme sobre consumo de sustancias, bien validadas, en las muestras 3, 10 y 11. Se midió el consumo de alcohol utilizando el Test de Cribado para el Alcoholismo de Michigan (Michigan Alcoholism Screening Test; MAST; Selzer, 1971) en las tres muestras y la escala de Dependencia del Alcohol (B) del MCMI-II solamente en la muestra 3. Se midió el consumo de drogas utilizando el Test de Cribado para el Consumo de Drogas (Drug Abuse Screening Test; DAST; Skinner, 1982) en las tres muestras y la escala de Dependencia de Drogas (T) del MCMI-II, solamente en la muestra 3. En la Tabla 27 presentamos las correlaciones entre estas medidas y la PCL:SV. Tal como se esperaba las correlaciones entre las puntuaciones Totales y las de la 2ª Parte tuvieron una magnitud de moderada a alta, y fueron todas estadísticamente significativas. Unas pocas correlaciones con la 1ª Parte fueron también significativas; con todo, las correlaciones con la 2ª Parte fueron mucho más importantes.

### **Estado anímico en el momento de la evaluación**

Tal como se discutió en la introducción la psicopatía es un trastorno crónico; por ello sus medidas deben ser estables a lo largo del tiempo y ser relativamente inmunes a variables de estado tales como el estado de ánimo en el momento en que se procede a realizar la evaluación. Los investigadores indican que este es el patrón encontrado con la PCL-R (Harpur et al., 1989). Habíamos presentado anteriormente evidencia sugiriendo que la fiabilidad test-retest de la PCL:SV en un corto periodo de tiempo es alta; analizamos ahora el impacto de los estados de ánimo en la evaluación.

Los dos estados de ánimo que más frecuentemente se ven como posibles interferencias en la evaluación de los trastornos de personalidad son la ansiedad y la depresión (Reich, 1987). Las medidas de autoinforme de estos estados de ánimo se administraron a los sujetos de las muestras 2, 4, 6, 10 y 11, en el día en que contestaron a la entrevista PCL:SV. Para evaluar la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo

<sup>11</sup> De forma alternativa, puede ocurrir que la psicopatía esté negativamente asociada con muchas de las facetas de Neuroticismo, tales como la Depresión, Ansiedad, y sentido de la vulnerabilidad, pero positivamente asociado con otras facetas tales como la irritabilidad.

(State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970); Evaluamos la depresión utilizando el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory; BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock Y Erbaugh, 1961). Presentamos las correlaciones en la Tabla 28. Tal como esperábamos, las puntuaciones Totales de la PCL:SV no correlacionaron significativamente con el BDI, SATI-Estado o STAI-Rasgo en ninguna de

las muestras; las correlaciones ponderadas de las medias de las muestras fue .05, .06 y .06 respectivamente. Aunque no lo hayamos presentado en las Tablas las correlaciones entre la 1ª y 2ª Partes fueron también pequeñas y no significativas. Podemos concluir que las puntuaciones de la PCL:SV no fueron excesivamente influenciadas por los estados de ánimo de los sujetos en el momento de la evaluación.

<b>Tabla 25</b> <b>Validez Convergente: Correlaciones con las puntuaciones realizadas a partir de la observación, de los campos del IAS-R B5, en estudiantes y presos</b>			
Campos del IASR-B5	Puntuaciones PCL:SV		
	Estudiantes	Presos	Combinado
Dominancia	.60*	.52*	.64**
Sostenimiento	-.07	-.64	-.83**
Neuroticismo	-.57*	-.41	-.44*
Responsabilidad	-.36	-.79**	-.82**
Apertura	.14	-.54*	-.77**
<i>N</i>	12	12	24
Nota: IASR-B5 = Escala de Adjetivos Interpersonales Revisada, versión de 5 factores (Trapnell y Wiggins, 1991) *significación del test $p \leq .05$ ; **significación de la columna $p \leq .05$ (ambos con una cola)			

<b>Tabla 26</b> <b>Validez Convergente: Correlaciones con las puntuaciones realizadas a partir de la observación, de los octantes del IAS-R B5, en estudiantes y presos</b>			
Octantes del IASR-B5	Puntuaciones PCL:SV		
	Estudiantes	Presos	Combinatorio
PA: Seguro-Dominante	.19	.39	.53**
BC: Arrogante-Calculador	.81**	.76**	.90**
DE: Frío de ánimo	-.04	.73**	.86**
FG: Reservado-Introvertido	-.32	.08	.41*
HI: Inseguro-Dependiente	-.38	-.47	-.66**
JK: Ingenuo-Modesto	-.66*	-.84**	-.92**
LM: Cálido-Afectuoso	-.11	-.69*	-.83**
NO: Gregario-Extrovertido	.39	.07	-.18
<i>N</i>	12	12	24
Nota: IASR-B5 = Escala de Adjetivos Interpersonales Revisada, versión de 5 factores (Trapnell y Wiggins, 1991) *significación del test $p \leq .05$ ; **significación de la columna $p \leq .05$ (ambos con una cola)			

### Edad, sexo y raza

Disponemos de pocos datos concernientes a la relación entre la psicopatía y variables demográficas tales como la edad, el sexo o la raza. El manual de la PCL-R (Hare, 1991) resume algunos estudios publicados y otros no publicados sugiriendo que la diferencia entre las razas dentro de las muestras parece ser pequeña en términos de tamaño del efecto, pero, en algunas ocasiones es estadísticamente significativa. Con respecto a la edad, los análisis transversales sugieren que las puntuaciones Totales de la PCL-R tienen una

correlación negativa con la edad. Aún que la investigación epidemiológica sobre el TAP sugiere que la prevalencia es más alta en varones que en mujeres (Robins et al., 1991), no hay ninguna razón teórica convincente que haga esperar diferencias entre sexos para la psicopatía, tal como se mide con la PCL-R. Realmente, la investigación reciente indica que la distribución, la fiabilidad y los correlatos de la PCL-R son más o menos los mismos en mujeres delincuentes que en hombres delincuentes (Loucks, 1995; Neary, 1990; Strachan y Hare, 1995; Zaparkink y Hare, 1995).

**Tabla 27**  
**Validez Convergente: Correlaciones con medidas de abuso de drogas y alcohol.**

Puntuaciones PCL:SV					
Muestra	Escala	N	Total	1ª Parte	2ª Parte
Abuso de alcohol					
Muestra 3	MCMI-II	40	.50**	.23	.65**
	MAST	61	.35*	.06	.50**
Muestra 10	MAST	48	.39**	.27*	.47**
Muestra 11	MAST	50	.51**	.13	.63**
Abuso de drogas					
Muestra 3	MCMI-II	40	.64**	.47**	.70**
	DAST		.37*	.07	.52**
Muestra 10	DAST	48	.62**	.47**	.73**
Muestra 11	DAST	50	.59**	.20	.68**
Nota: MCMI-II = Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (Millon, 1987); MAST = Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, 1971); DAST = Drug Abuse Screening Test (Skinner, 1982).					
*significación del test $p \leq .05$ ; **significación de la columna $p \leq .001$ (ambos con una cola)					

**Tabla 28**  
**Validez Discriminante: Correlaciones con depresión autoinformada (Inventario de Depresión de Beck) y ansiedad (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo) en el momento de la evaluación**

Muestra	Depresión	Ansiedad	
		Estado	Rasgo
2. Internos de una prisión provincial	-.22	-.12	--
4. Pacientes de consulta externa	.06	.06	.20
6. Psiquiátrico civil en Vancouver	.12	.21	.21
10. Alumnos de UBC	.14	-.02	-.04
11. Alumnos de Carleton	--	--	-.16
Mediana:	.09	.02	.08
Media Ponderada:	.05	.06	.06

Nota: Las Ns son las siguientes: Muestra 2, 29; Muestra 4, 62 para depresión, 64 para ansiedad, Muestra 6, 44 para depresión, 41 para estado de ansiedad y 43 para rasgo de ansiedad, muestra 10, 49; y muestra 11, 50. Las puntuaciones de ansiedad son percentiles corregidos para el contexto, la edad y el sexo.  
Ninguna de las test de las correlaciones resultó significativo con  $p < .05$  (dos colas)

<p><b>Tabla 29</b>  <b>Validez Discriminante: Correlaciones con la edad, el sexo y la procedencia étnica.</b></p>			
Contexto y muestra	Edad	Sexo	Procedencia étnica
<b>Forense/no psiquiátrica</b>			
1. Prisión Federal	-.22	--	-.26
2. Prisión Provincial	-.37*	--	.00
3. Prisión Federal	-.12	--	-.07
<b>Forense/Psiquiátrica</b>			
4. Pacientes externos	-.10	--	.05
5. Pacientes ingresados	.17	--	.01
<b>Civil/psiquiátrica</b>			
6. Vancouver	.15	-.43**	-.21
7. Pittsburgh	-.07	-.35*	--
8. Kansas City	-.05	-.27**	--
9. Worcester	-.26	-.23	--
<b>No criminal/ no psiquiátrica</b>			
10. Alumnos de la UBC	.17	-.39**	-.14
11. Alumnos de Carleton	-.09	-.33**	-.06
Mediana	-.09	-.34	-.07
Media Ponderada	-.07	-.33	-.08
<p>Nota: La codificación fue la siguiente: Edad, edad en años; Sexo, 1= Mujeres, 2= Varones; Procedencia étnica, 1=caucásico, 2 = No caucásico</p> <p>*Significación del test <math>p &lt; .05</math>, ** Significación de la columna <math>p &lt; .05</math> (dos colas)</p>			

Se analizó la asociación entre las puntuaciones Totales de la PCL:SV y las características demográficas básicas en las 11 muestras; los resultados se presentan en la Tabla 29. De forma consistente con la investigación con la PCL-R, las correlaciones con la edad son generalmente pequeñas (se encontró significación estadística solamente en la muestra 2) y negativas cuanto a la dirección (en 8 de las 11 muestras). La correlación ponderada de media con la edad a través de las muestras fue  $-.07$ . De forma similar las correlaciones entre las puntuaciones Totales y la raza (codificación: 1=Caucásico, 2= No caucásico) fueron pequeñas, con dirección negativa y no significativas; la correlación ponderada de la media a través de 8 muestras fue  $-.08$ <sup>12</sup>. Con todo, las correlaciones entre las puntuaciones Totales y el sexo (codificación: 1=varón, 2=mujeres) fueron significativas y negativas en las muestras 5 y 6<sup>13</sup>, con la correlación ponderada de la media de  $-.33$ . Esto sugiere que puede haber una diferencia entre sexos pequeña pero significativa en la prevalencia de los síntomas de la psicopatía, con los varones presentando mayor número de síntomas que las

mujeres, aunque puedan existir artefactos metodológicos tales como sesgos de selección, sesgos relacionados con el sexo en los contenidos de los ítems de la PCL:SV, o una interacción entre el sexo del evaluador y el sexo del sujeto experimental, factores que necesitan ser controlados en investigaciones futuras.

Resumiendo de los resultados de esta sección, las puntuaciones Totales de la PCL:SV no parecen estar excesivamente influenciadas por la edad del sujeto o su procedencia étnica; el sexo parece tener un impacto pequeño pero robusto y las mujeres reciben puntuaciones más bajas que los hombres. Aunque estos hallazgos puedan tener implicaciones clínicas para el uso de la PCL:SV, cualquier conclusión general sobre la asociación entre la psicopatía y las variables demográficas deben esperar los resultados de estudios epidemiológicos a larga escala.

<sup>12</sup> Los datos sobre la raza no estuvieron disponibles para todos los sujetos de las muestras 7, 8 y 9.

<sup>13</sup> No se computó ninguna correlación para la muestra 4 porque muy pocos sujetos eran mujeres; las restantes muestras había mujeres y hombres en medidas semejantes.

## 7º Capítulo

### Comentarios finales

La Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare Revisada (PCL-R) ha probado ser una medida fiable y válida del constructo tradicional de la psicopatía. Con todo, su cumplimentación requiere un periodo de tiempo considerable y el acceso a información colateral sobre el individuo que queremos evaluar. Asimismo, ha sido desarrollada para, y estandarizada en, poblaciones forenses. La Versión de Cribado de esta escala (PSL:SV) se desarrolló para proporcionar a los clínicos e investigadores una herramienta de evaluación que requiera menos tiempo y menos información colateral que aquella exigida por la PCL-R y que esté preparada para ser utilizada con no delincuentes.

En las poblaciones forenses, la PCL:SV funciona como una herramienta de cribado de la psicopatía. O sea, las puntuaciones de la PCL:SV proporcionan al clínico una indicación de la probabilidad de que el individuo sea un psicópata;

un diagnóstico más fiable puede realizarse con la ayuda de la PCL-R. En poblaciones no forenses la PCL:SV proporciona a los clínicos e investigadores un instrumento breve pero igualmente válido y fiable para la evaluación de la psicopatía.

Los autores y el editor tienen interés en escuchar la experiencia de aquellos que utilizan la PCL:SV. Los hallazgos empíricos, los comentarios y cualquier sugerencia pueden enviarse a Multi-Health Systems Inc. en la siguiente dirección:

**En EE.UU.:** 980 Niagara Falls Blvd., North Tonawanda, NY, 14120-2060

**En Canadá:** 65 Overlea BLVD., Suite 210, Toronto, ON, M4H 1P1

**E-Mail:** Departamento de Investigación y Desarrollo de la editorial, R&D@MHS.COM

# Referencias

- Albert, R.S., Brigante, T.R. y Chase, M. (1959).. The psychopathic personality: A content analysis of the concept. *Journal of General Psychology*, 60, 17-28
- Alterman, A.I., Cacciola, J.S. y Rutherford, M.J. (1993). Reliability of the Revised Psychopathy Checklist in substance use patients. *Psychological Assessment*, 5, 442-448.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª Ed. revisada). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (1985). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: Author.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6ª Ed.). New York: Macmillan Publishing Company.
- Anderson, J.C. y Gerbing, D.W. (1984). The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and good-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika*, 49, 155-173.
- Barbour-McMullen, J. y Coid, J. (1988): The psychometric identification of psychopathy in mentally abnormal offenders. *Personality and Individual Differences*, 9, 817-823.
- Bartko, J.J. (1976). On various intraclass correlation reliability coefficients. *Psychological Bulletin*, 83, 762-765.
- Bayer, B.M. y Bonta, J.L. (1985). The Pd subscales: An empirical evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 780-788.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Ben-Porath, Y.S. y Butcher, J.N. (1989). The comparability of MMPI and MMPI-2 scales and profiles. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 345-347.
- Boyd, J.H., Burke, J.D., Gruenberg, E.M., Holzer, C.E. III, Rae, D.S., George, L.K., Karno, M., Stoltzman, R., McEvoy, L. y Nestadt, G. (1984). Exclusion criteria of DSM-III: A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 41, 983-989.
- Breckler, s.j. (1990). Applications of covariance structure modeling in psychology: Cause for concern? *Psychological Bulletin*, 107, 260-273.
- Brown, S.L., Forth, A.E., Hart, S.D. y Hare, R.D. (1992). The assessment of psychopathy in a noncriminal population [Abstract]. *Canadian Psychology*, 33, 405.
- Brown, H.J. y Gutsch, K.U. (1985). Cognitions associated with a delay of gratification task: A study with psychopaths and normal prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 12, 453-462.
- Buss, A.H. (1966). *Psychopathology*. New York: Wiley.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Gahan, J.R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N. y Williams, C.L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity*, (5ª ed.) St. Louis, MO: Mosby.
- Cole, D.A. (1987). Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 584-594.

- Cooke, D.J. y Michie, C. (1995). *Psychopathy across cultures: An item response theory analysis of Hare's Psychopathy Checklist-Revised*. Manuscrito sometido a revisión.
- Coolidge, F.L., Merwin, M.M., Wooley, M.J. y Hyman, J.N. (1990). Some problems with the diagnostic criteria of the antisocial personality disorder in DSM-III-R: A preliminary study. *Journal of Personality Disorders*, 4, 407-413.
- Correctional Service of Canada (1990). *A mental health profile of federally sentenced offenders. Forum on Corrections Research*, 2, 7-8.
- Costa, P.T., Jr. y McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cox, D.N., Hart, S.D. y Hare, R.D. (1989). *A Clinical Version of the Psychopathy Checklist*. Manuscrito no publicado.
- Craft, M.J. (1965). *Ten studies into psychopathic personality*. Bristol, England: John Wright.
- Cuttance, P. y Ecob, R. (Eds.) (1987). *Structural modeling by example: applications in educational, sociological and behavioral research*. New York: Cambridge University Press.
- Davies, W. y Feldman, P. (1981). The diagnosis of psychopathy by forensic specialists. *British Journal of Psychiatry*, 138, 329-331.
- Dutton, D.G. y Hart, S.D. (1992a). Risk markers for family violence in a federally incarcerated population. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 101-112.
- Dutton, D.G. y Hart, S.D. (1992b). Evidence for long-term, specific effects of childhood abuse on criminal behavior in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36, 129-137.
- Eisenman, R. (1980). Effective manipulation by psychopaths. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology, Methods, & Therapy*, 26, 116-118.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G. y Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Foreman, M. (1988). *Psychopathy and interpersonal behavior*. Tesis doctoral no publicada. University of British Columbia, Vancouver, Canadá.
- Forth, A.E., Hart, S.D. y Hare, R.D. (1990). Assessment of psychopathy in male young offenders. *Psychological Assessment*, 2, 342-344.
- Fotheringham, J.B. (1957). Psychopathic personality: A review. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 2, 52-74.
- Frick, P., O'Brien, B., Wootton, J. y McBurnett, K. (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 700-707.
- Gacono, C., Meloy, J.R. y Heaven, T.R. (1990). A Rorschach investigation of narcissism and hysteria in antisocial personality. *Journal of Personality Assessment*, 55, 270-279.
- Gerstley, L.J., Alterman, A.I., McLellan, A.T. y Woody, G.E. (1990). Antisocial personality disorder in substance abusers: A problematic diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, 147, 173-178.
- Gorenstein, E.E. (1982). Frontal lobe functions in psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 368-379.
- Gorenstein, E.E. (1987). Cognitive-perceptual deficit in an alcoholism spectrum disorder. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 310-318.
- Gough, H. (1948). A sociological theory of psychopathy. *American Journal of Sociology*, 53, 359-366.
- Gough, H. (1957). *Manual for the California Psychological Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Gough, H. (1987). *California Psychological Inventory: Administrator's guide*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

- Gough, H. y Peterson, D.R: (1952). The identification and measurement of predispositional factors in crime and delinquency. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 207-212.
- Graham, J.R. (1988, Agosto). *Establishing validity of the revised MMPI*. Comunicación presentada en la Reunión Anual de la Asociación Americana de Psicología, Atlanta, GA.
- Graham, J.R. (1993). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (2ª ed.) New York: Oxford University Press.
- Gray, K.C. y Hutchinson, H.C. (1964). The psychopathic personality: A survey of Acnadian psychiatrists' opinions. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 9, 452-461.
- Gunderson, J.G., Zanarini, M.C. y Kisiel, C.L. (1991). Borderline personality disorder: A review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders*. *Journal of Personality Disorders*, 5, 340-352.
- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1, 111-119.
- Hare, R.D. (1983). Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. *American Journal of Psychiatry*, 140, 887-890.
- Hare, R.D. (1984). Performance of psychopaths on cognitive tasks related to frontal lobe function. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 133-140.
- Hare, R.D. (1985). Comparision of procedures for the assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 7-16.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (1993). *Without Conscience: The disturbing worl of psychopaths among us*. New York: Pocket Books (Simon & Shuster Inc.)
- Hare, R.D., Forth,, A.F. y Hart, S.D. (1989). The psychopath as prototype for pathological lying and deception. En J.C: Yuille (Ed.), *Credibility assessment* (pp. 24-49). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Hare, R.D., Forth, A.F. y Strachan, K. (1992). Psychoapthy and crime across the lifespan. En R. De V. Peters, R.J. McMahon y V.L. Quinsey (Eds.), *Aggesion and violence throughout the life span* (pp. 285-300). Newbury Park, CA: Sage.
- Hare, R.D., Harpur, T.J., Hakstian, A.R., Forth, A.E., Hart, S.D. y Newman, J.P. (1990). The Revised Psychopathy Checklist: Descriptive statistics, reliability and factor structure. *Psychological Assessment*, 2, 338-341.
- Hare, R.D. y Hart, S.D. (1993). Psychopathy, mental disorder and crime. En S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime* (pp. 104-115). Newbury Park, CA: Sage.
- Hare, R.D. y Hart, S.D. (1995). Commentary on antisocial personality disorder: The DSM-IV field trial. En W.J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 127-134). New York: Guilford.
- Hare, R.D., Hart, S.D. y Harpur, T.J. (1991). Psychopathy and the proposed DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 391-398.
- Hare, R.D., McPherson, LL.M. y Forth, A.E. (1988). Male psychopaths and their criminal careers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 710-714.
- Hare, R.D., Williamson, S.E. y Harpur, T.J. (1988). Psychoapth and language. En T.E. Moffitt y S.A: Mednick (Eds.), *Biological contributions to crime causation* (pp. 68-92). Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Harpur, T.J., Hakstian, A.R. y Hare, R.D: (1988). Factor structure of the Psychopathy Checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 741-747.
- Harpur, T.J. y Hare, R.D: (1990). Psychopathy and attention. En J. Enns (Ed.), *The development of attention: Recent research and theory* (pp. 501-516). Amsterdam: North-Holland.

- Harpur, T.J., Hare, R.D. y Hakstian, A.R. (1989). Two-factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and assessment implications. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 6-17.
- Harpur, T.J., Hare, R.D., Zimmerman, M. y Coryell, W. (1990, Agosto). *Dimensions underlying DSM-II personality disorders: Cluster 2*. Comunicación presentada en la Reunión Anual de la Asociación Americana de Psicología, Boston, MA.
- Harpur, T.J., Hart, S.D. y Hare, R.D. (1993). The personality of the psychopath. En P.T. Costa, Jr. Y T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 149-173). Washington, DC: American Psychological Association.
- Harris, G.T., Rice, M.E. y Cormier, C.A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human Behavior*, 15, 625-637.
- Harris, R. y Lingoes, J. (1955). *Subscales for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Mimeographed materials, The Langley Porter Clinic.
- Harris, R. y Lingoes, J. (1968). *Subscales for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Mimeographed materials, The Langley Porter Clinic.
- Hart, S.D., Dutton, D.G. y Newlove, T.N. (1993). The prevalence of personality disorder among wife assaulters. *Journal of Personality Disorders*, 7, 329-341.
- Hart, S.D., Forth, A.E. y Hare, R.D. (1990). Performance of criminal psychopaths on selected neuropsychological tests. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 374-379.
- Hart, S.D., Forth, A.E. y Hare, R.D. (1991). The MCMI-II as a measure of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 5, 318-327.
- Hart, S.D., Forth, A.E. y Hare, R.D. (1992, Marzo). *Psychometric analysis of the DSM-III-R criteria for the antisocial personality disorder*. Comunicación presentada en la Reunión semestral de la Sociedad Americana de Psiquiatría y Ley (APA Div.41), San Diego, California.
- Hart, S.D. y Hare, R.D. (1989). The discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 211-218.
- Hart, S.D. y Hare, R.D. (1994). Psychopathy and the Big 5: Correlations between observers' ratings of normal and pathological personality. *Journal of Personality Disorders*, 8, 32-40.
- Hart, S.D., Hare, R.D. y Forth, A.E. (1994). Psychopathy as a risk marker for violence: Development and validation of a Screening Version of the Revised Psychopathy Checklist. En J. Monahan y H.J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Advances in risk assessment* (pp. 81-98). Chicago: University of Chicago Press.
- Hart, S.D. y Hemphill, J.F. (1989). *Prevalence of and service utilization by mentally disordered offenders at the Vancouver Pretrial Services Centre: A survey*. Informe sometido al British Columbia Corrections Service en cumplimiento del contrato COR-22153.
- Hart, S.D., Kropp, P.R. y Hare, R.D. (1988). The performance of male psychopaths following conditional release from prison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 227-232.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hemphill, J.F., Hart, S.D. y Hare, R.D. (1994). Psychopathy and substance use. *Journal of Personality Disorders*, 8, 32-40.
- Howard, R.C. (1990). Psychopathy Checklist scores in mentally abnormal offenders: A re-examination. *Personality and Individual Differences*, 11, 1087-1091.
- Howard, R.D., Bailey, R. y Newman, F. (1984). A preliminary study of Hare's Research Scale for the Assessment of Psychopathy in mentally abnormal offenders. *Personality and Individual Differences*, 5, 389-396.

- Jackson, H.J., Whiteside, H.L., Bates, G.W., Bell, R., Rudd, R.P. y Edwards, J. (1991). Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 206-213.
- Jöreskog, K.G. y Sorbom, D. (1986). *LISREL VI: Analysis of linear structural relationships by maximum likelihood, instrumental variables, and least squares methods*. Mooresville, IN:Scientific Software.
- Jöreskog, K.G. y Sorbom, D. (1989). *LISREL 7: A guide to the program and application* (2ª Ed.). Chicago: SPSS Inc.
- Karpman, B. (1961). The structure of neurosis: With special differentials between neurosis, psychosis, homosexuality, alcoholism, psychopathy and criminality. *Archives of Criminal Psychodynamics*, 4, 599-646.
- Kosson, D.S., Smith, S.S. y Newman, J.P. (1990). Evaluating the construct validity of psychopathy in black and white male inmates: Three preliminary studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 250-259.
- Kropp, P. R. (1992). *The relationship between psychopathy and malingering*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Simon Fraser, Burnaby, Canada.
- Liskow, B. y Powell, B.J. (1990). Diagnostic subgroups of alcoholics: outcome at 1 year. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 549-556.
- Liskow, B. y Powell, B.J. (1991). Antisocial Alcoholics: Are there clinically significant diagnostic subtypes? *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 62-69.
- Livesley, W.J. (1986). Trait and behavioral prototypes of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 728-732.
- Livesley, W.J., Jackson, D.N. y Schroeder, M. (1989). A study of the factorial structure of personality psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 3, 292-306.
- Livesley, W.J., Jackson, D.N. y Schroeder, M. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 432-440.
- Livesley, W.J. y Schroeder, M. (1991). Dimensions of personality disorder: The DSM-III-R Cluster B diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 320-328.
- Loranger, A.W. (1988). *Personality Disorder Examination (PDE) manual*. Yonkers, NY: DV Communications.
- Loranger, A.W., Hirschfeld, R.M., Sartorius, N. y Regier, D.A. (1991). The WHO/ADAMHA international pilot study on personality disorders: Background and purpose. *Journal of Personality Disorders*, 5, 296-306.
- Loranger, A.W., Susman, V.L., Oldham, J.M. y Russakoff, L.M. (1987). The Personality Disorder Examination: A preliminary report. *Journal of Personality Disorders*, 1, 1-13.
- Lord, F.M. y Novick, M.R. (1968). *Statistical Theories of Mental Test Scores*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Loucks, A.D. (1995). *Criminal behavior, violent behavior, and prison adjustment in federal female offenders*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Queens, Kingston, Ontario, Canada.
- Marsh, H.W., Balla, J.R. y McDonald, R.P. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 103, 391-410.
- McCord, W. y McCord, J. (1964). *The psychopath: An essay on the criminal mind*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. Jr. (1989). The structure of interpersonal traits: Wiggins's circumplex and five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 586-595.
- Millon, T. (1977). *Manual for the Millon Multiaxial Inventory (MCMI)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual* (3ª Ed.). Minneapolis: National Computer Systems.

- Millon, T. (1987). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (2<sup>a</sup> ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Morey, L.C. (1988a). The categorical representation of personality disorder: A cluster analysis of the DSM-III-R personality features. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 314-321.
- Morey, L.C. (1988b). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145, 573-577.
- Morey, L.C. (1988c). A psychometric analysis of the DSM-III-R personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 2, 109-124.
- Morey, L.C. y Ochoa, E.S. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 180-192.
- Morey, L.C., Waugh, M.H. y Blashfield, R.K. (1985). MMPI scales for DSM-III personality disorders: Their derivation and correlates. *Journal of Personality Assessment*, 49, 245-256.
- Neary, A. (1990). *DSM-III and Psychopathy Checklist assessment of antisocial personality disorder in black and white females felons*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Missouri, St. Louis, MO.
- Newman, J.S., Widom, C.S. y Nathan, S. (1985). Passive avoidance in syndromes of disinhibition: psychopathy and extraversion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1316-1327.
- Ogloff, J.R.P., Wong, S. y Greenwood, A. (1990). Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 181-190.
- O'Mahony, P.D. y Murphy, P.G. (1991). Role-taking ability and Gough's theory of psychopathy. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35, 107-118.
- Overall, J.E. y Gorham, D.R. (1962). The brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Paunonen, S.V. (1989). Consensus in personality judgments: moderating effects of target-rater acquaintanceship and behavior observability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 823-833.
- Pavelka, F.L. (1986). Psychosocial characteristics of parolees in forensic social work. *Journal of Psychiatry and Law*, 14, 217-223.
- Raine, A. (1986). Psychopathy, schizoid personality, and borderline/schizotypal personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 7, 493-501.
- Ray, J.J. (1983). Psychopathy, anxiety and malingering. *Personality and Individual Differences*, 4, 351-353.
- Ray, J.J. y Ray, J.A.B. (1982). Some apparent advantages of subclinical psychopathy. *Journal of Social Psychology*, 117, 135-142.
- Reich, J.H. (1987). Instruments measuring DSM-III and DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 1, 220-240.
- Rice, M.E., Harris, G.T. y Cormier, C.A. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16, 399-412.
- Robins, L.N. (1966). *Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J. y Ratcliff, K.S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.

- Robins, L.N. y Regier, D. (1991). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area study*. New York: Free Press.
- Robins, L., Tipp, J. y Przybeck, T. (1991). Antisocial personality. En L.N. Robins y D. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area study* (pp. 258-290). New York: Free Press.
- Roesch, R. (Pendiente publicación). Mental health interventions in jails. En G.M. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMurran, y C. Wilson (Eds.), *Psychology, law, and criminal justice: International development in research and practice*. Berlin: De Greuter.
- Rogers, R. y Dion, K. (1991). Rethinking the DMS-III-R diagnosis of antisocial personality disorder. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 19, 21-31.
- Rogers, R., Dion, K. y Lynett, E. (1992). Diagnostic validity of antisocial personality disorder: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, 16, 677-689.
- Rogers, R. Duncan, J., Lynett, E. y Sewell, K. (1994). Prototypical analysis of antisocial personality disorder: DSM-IV and beyond. *Law and Human Behavior*, 18, 471-484.
- Rogers, R. y Gillis, J.R. (1989). A research note on the MMPI Pd scale and sociopathy. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 33, 21-25.
- Roy, R. (1988). *A Criterion-based evaluation of an instrument for the assessment of psychopathy*. Tesina de máster no publicada, del departamento de psicología de la universidad de Simon Fraser, Burnaby, British Columbia, Canadá.
- Selzer, M. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Serin, R.C., Peters, R.D. y Barbaree, H.E. (1990). Predictors of psychopathy and release outcome in a criminal population. *Psychological Assessment*, 2, 419-422.
- Schroeder, M. Schroeder, K. y Hare, R.D. (1983). Generalizability of a checklist for the assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 511-516.
- Simourd, D., Bonta, J., Andrews, D. y Hoge, R.D. (1990, mayo). *Psychopathy and criminal behavior: A meta-analysis*. Comunicación presentada en la Reunión Anual de la Asociación Canadiense de Psicología.
- Skinner, H.A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behavior*, 7, 363-371.
- Smith, S.S. y Newman, J.P. (1990). Alcohol and drug abuse/dependence disorders in psychopathic and nonpsychopathic criminal offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 430-439.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo-Alto: Consulting Psychologist Press.
- Stabenau, J.R. (1990). Additive independent factors that predict risk for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 164-174.
- Standage, K., Ladha, N. (1988). An examination of the reliability of the Personality Disorder Examination and a comparison with other methods of identifying personality disorders in a clinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 2, 267-271.
- Stangl, D., Pfohl, B., Zimmerman, M., Brown, W. y Corentahl, C. (1985). A structure interview for the DSM-III personality disorders: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 42, 591-596.
- Strachan, C. y Hare, R.D. (1995). *Assessment of psychopathy in female offenders*. Manuscrito sometido a revisión.
- Sutker, P.A. y Allain, A.N. (1983). Behavior and adaptative behavior in men labeled adaptative sociopaths. *Journal of Behavioral Assessment*, 5, 65-79.
- Sutker, P.A., Moan, C.E. y Allain, A.N. (1983). Assessment of cognitive control in psychopathic and normal prisoners. *Journal of Behavioral Assessment*, 5, 275-287.

- Tennent, G., Tennent, D., Prins, H. y Belford, A. (1990). Psychopathic disorder: A useful clinical concept? *Medicine, Science, and the Law*, 30, 38-44.
- Teplin, L.A. y Swartz, J. (1989). Screening for severe mental disorder in jails: The development of the Referral Decision Scale. *Law and Human Behavior*, 13, 1-18.
- Trapnell, P. y Wiggins, J.S. (1991). Extension of the Interpersonal Adjectives Scales to the big five dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 781-790.
- Tucker, L.R. y Lewis, C. (1973). The reliability coefficients for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38, 1-10.
- Tyrer, P. y Ferguson, B. (1988). Development of the concept of abnormal personality. En P. Tyrer (Ed.), *Personality disorders: Diagnosis, management and course* (pp. 1-11). London: Wright.
- Walters, G.D. (1985). Scales 4 (Pd) of the MMPI and the diagnosis of antisocial personality. *Journal of Personality Assessment*, 49, 474-476.
- Widinger, T.A., Cadoret, R., Hare, R.D., Robins, L., Rutherford, M., Zanarini, M., Alterman, A., Apple, M., Corbitt, E., Forth, A.E., Hart, S.D., Kultermann, J. y Woody, G. (pendiente publicación). DSM-IV antisocial personality disorder field trial. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Widinger, T.A. y Corbitt, E.M. (1995). Antisocial personality disorder in DSM-IV. En J. Livesley (Ed.), *DSM-IV personality disorders* (pp. 103-126). New York: Guilford.
- Widinger, T.A., Frances, A.J., Pincus, H.A., Davis, W.W. y First, M.B. (1991). Toward an empirical classification for DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 280-288.
- Wiggins, J.S., Trapnell, P. y Phillips, N. (1988). Psychometric and geometric characteristics of the revised Interpersonal Adjective Scales (IAS-R). *Multivariate Behavioral Research*, 23, 517-530.
- Williamson, S.E., Harpur, T.J. y Hare, R.D. (1991). Abnormal processing of affective words by psychopaths. *Psychophysiology*, 28, 260-273.
- Williamson, S.E., Hare, R.D. y Wong, S. (1987). Violence: Criminal Psychopaths and their victims. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 19, 454-462.
- Wong, S. (1984). *Criminal and institutional behaviours of psychopaths*. Ottawa: Ministry of the Solicitor-General of Canada.
- Woody, G.E. y McLellan, A.T. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1081-1086.
- Zaparnink, J. y Hare, R.D. (1995). *Psychopathy and recidivism in female offenders*. Manuscrito en preparación.

# Anexo

## Descripción de los procedimientos de autoinforme para evaluar la psicopatía

Este anexo describe tres instrumentos de autoinforme: MMPI-2, CPI y el MCMI-III. Cada una de estas escalas ha sido utilizada para discernir rasgos psicopáticos – proporcionamos una discusión sobre cada una de las herramientas.

### Evaluación según el MMPI-2

El MMPI-2 es muy familiar para la mayoría de los psicólogos como inventario autoinformado de personalidad y psicopatología aplicable en multitud de situaciones diferentes. Discutimos aquí el formato, la fiabilidad, la normalización y la validez de esta herramienta.

**Formato.** El MMPI-2 contiene 567 ítems con respuesta verdadero-falso que son frases declarativas construidas en la primera persona del singular. Los ítems permiten puntuar 10 escalas clínicas básicas, 4 escalas de validez (estilo de respuesta), y varias escalas suplementarias. En las escalas clínicas, la escala 4 – también conocida como *Desviación Psicopática* o escala *Pd* – fue diseñada para reflejar la presencia de rasgos psicopáticos. En el procedimiento de puntuación estándar, las puntuaciones directas son ajustadas por una actitud defensiva en las respuestas, tal como se mide a través de una de las escalas de validez, *K*, y después se convierten a puntuaciones *T*; Puntuaciones  $T > 65$  se consideran elevadas. La población diana del MMPI-2 son adultos (de 18 o más) con capacidad lectora. El MMPI-2 completo habitualmente tarda entre una a una hora y media en cumplimentarse, pero los pacientes con psicopatología grave pueden demorar dos horas o más. La puntuación y la interpretación del MMPI-2 puede ser un proceso lento; afortunadamente disponemos de fórmulas de puntuación y interpretación asistidas por ordenador.

El MMPI fue construido inicialmente utilizando el método de grupos de criterio y los ítems incluidos en la escala *Pd* fueron aquellos que discriminaron con mayor fiabilidad entre personas con diagnóstico clínico de personalidad psicopática de los controles normales. De acuerdo con Butcher y Williams (1992), la muestra psicopática estuvo compuesta por “mujeres y hombres jóvenes ( $N = 78$ ) del servicio de internamiento de un hospital psiquiátrico y 100 internos de un reformatorio federal... [en que] sus delitos incluían absentismo escolar, promiscuidad, huir de casa y robo” (p.71). Graham (1993) describe esta muestra como “... pacientes diagnosticados de personalidad psicopática, de tipo asocial o amoral...

caracterizados, en su comportamiento diario, por actos delictivos como mentir, robar, promiscuidad sexual, beber en exceso”, siendo necesario especificar que “no se incluyó ningún tipo de delincuente grave” (p.63).

La escala *Pd* del MMPI-2 contiene 50 ítems presentes en la escala *Pd* del MMPI original, sin embargo 4 ítems sufrieron pequeñas alteraciones en la escritura durante el proceso de revisión, de forma a modernizar, clarificar, o simplificar su contenido. Los ítems son “muy heterogéneos” cuanto al contenido (Butcher y Williams, 1992, p. 73), cubriendo, de acuerdo con Graham (1993, p.63) “una grande gama de tópicos, incluyendo la ausencia de sentimientos de satisfacción en la vida, problemas familiares, delincuencia, problemas sexuales y dificultades con las autoridades. De forma muy interesante, la clave de las respuestas incluye admitir desajustes sociales y afirmaciones sobre el equilibrio social y confianza”. A causa de este contenido heterogéneo, la interpretación de las puntuaciones *Pd* altas y bajas puede ser difícil de realizar. Para ayudar a la interpretación, Harris y Lingoes (1955, 1968) construyeron 5 subescalas utilizando una aproximación racional (basada en el contenido aparente de los ítems), las cuales han etiquetado como Discordia Familiar (*Pd1*), Problemas con la Autoridad (*Pd2*), Imperturbable con Eventos Sociales (*Pd3*), Alienación Social (*Pd4*) y Alienación de Sí Mismo (*Pd5*).

Hay actualmente varias formas de utilizar el MMPI y el MMPI-2 para evaluar la psicopatía, incluyendo el uso aislado de la escala *Pd*, la combinación de la escala *Pd* con la escala 9 (Hipomanía o escala *Ma*), análisis configurativo (tipos de código de dos o tres puntos, tales como 4-9 o 4-8-9), la escala de contenido de prácticas antisociales (*ASP*), las subescalas de Harris-Lingoes y varias escalas utilizadas en la investigación (Morey, Waugh y Blashfield, 1985). Aquí nos centramos en la escala *Pd*, que es la medida basada en el MMPI más común de evaluar la psicopatía porque sus contenidos se superponen considerablemente a otras medidas. Además, esta escala es probablemente equivalente a otras medidas de la psicopatía basadas en el MMPI, en términos de fiabilidad y validez (Foreman, 1988; Hare, 1985).

**Fiabilidad.** La escala *Pd* tiene una consistencia interna baja. En la muestra normativa del MMPI-2, el  $\alpha$  fue de .60 para hombres y .62 para mujeres. La homogeneidad de los ítems es

extremamente pobre; utilizando la fórmula de Spearman-Brown se estima una correlación ítem-ítem media (MIC) de aproximadamente .03. Las subescalas de Harris-Lingoes presenta una mejor homogeneidad entre los ítems, pero su consistencia interna ( $\alpha$ ) sigue siendo muy baja debido a su brevedad.

La escala *Pd* tiene una estabilidad temporal aceptable. El manual del MMPI-2 informa que la fiabilidad test-retest ( $r$ ) en un periodo de una semana es de .81 a .82 entre estudiantes de bachillerato varones y de .79 a 1.11 para estudiantes de bachillerato mujeres. Las subescalas Harris-Lingoes presentaron una estabilidad temporal similar (Graham, 1993). Estos resultados son consistentes con investigación anterior, donde el rango típico de los coeficientes de fiabilidad test-retest fue .70 a .85 en más de un día, .60 a .85 entre una a dos semanas y de .35 a .60 en periodos de un año o superiores (Graham, 1993); es interesante verificar que la estabilidad temporal tiende a ser más baja en delinquentes que en pacientes psiquiátricos o en normales. Un factor que puede limitar la estabilidad temporal de la escala *Pd* es su susceptibilidad de fijar variables. La evidencia que avala esta hipótesis procede del manual del MMPI-2, que notifica que en las muestras normativas, la escala *Pd* correlaciona .37 con la escala de Depresión (*D*), que refleja estados de ánimo distímicos y .51 con la escala de Psicastenia (*Pr*) una medida de estado de ánimo ansioso.

Como consecuencia del MMPI-2 ser una medida de autoinforme, no se mide la fiabilidad interjueces y no existe una forma paralela para medirla.

**Normalización.** El MMPI-2 tiene una excelente normalización. La muestra normativa estuvo compuesta por 1,138 hombres y 1,462 mujeres adultos residentes en comunidades de los EE.UU. representativos, con relación al censo de 1980, del sexo, edad, raza y región geográfica de residencia. Se proporcionaron normalizaciones separadas para hombres y para mujeres. A causa de que las puntuaciones de la escala *Pd* del MMPI-2 se transforman en puntuaciones *T*, la media de las puntuaciones *T* para hombres y para mujeres es por definición 50. Para ocho de las escalas clínicas del MMPI-2, incluyendo la escala *Pd*, empleamos un proceso denominado transformación "uniforme" de las puntuaciones *T*, en detrimento de la transformación lineal habitual, para asegurar que el rango percentil para una determinada puntuación *T* era el mismo en cada escala. A causa de esta innovación está claro que aproximadamente un 8% de ambos sexos obtuvieron puntuación  $T > 65$  en *Pd* (Observe que los autores no asumen que la actual prevalencia de psicopatía en hombres y mujeres sea de 8%. Se eligió el punto de corte para identificar personas con elevaciones de esta escala relativas,

más que absolutas; no se seleccionó a causa de su eficiencia para predecir diagnóstico psicopático). El manual del MMPI-2 presenta también la normalización para las subescalas *Pd*.

En la actualidad no disponemos de datos normativos para poblaciones forenses, aunque casi con toda la seguridad aparecerán en la literatura científica psicológica en los próximos años. Tales datos son fundamentales a la hora de determinar si el MMPI-2 tiene capacidad para discriminar entre delinquentes. Esto puede resultar un problema, tal como lo han concluido las revisiones del MMPI en escenarios de prisiones:

El perfil MMPI de los prisioneros ha resultado marcadamente homogéneo. Numerosos estudios han documentado que la escala 4 suele ser la escala más elevada en los perfiles de internos varones. Los códigos tipo 4-2 y 4-9 han sido identificados como los que más frecuentemente aparecen en los internos (Graham, 1993, P.211).

**Validez.** Cuando se discute sobre la validez de la escala *Pd* no se hacen distinciones entre estudios que utilizaron el MMPI versus el MMPI-2 a causa de que el contenido de la escala permanece virtualmente idéntico en el inventario revisado como consecuencia de las escalas original y revisada estaren altamente correlacionadas (Ben-Porath y Butcher, 1989).

La validez de contenido de la escala *Pd* parece ser pobre: en primer lugar los ítems se centran principalmente en la faceta de la desviación social de la psicopatía, segundo, incluye algunos ítems cuyos contenidos son de relevancia cuestionable (desviación sexual, sentimientos de remordimiento); y, tercero, tiene una homogeneidad entre los ítems pobre. Una buena indicación del contenido heterogéneo de la escala *Pd* procede del análisis de las correlaciones entre las cinco subescalas de Harris-Lingoes (Graham, 1993, p.105). Los varones obtienen un rango desde -.22 hasta .71 con una media de .22; 30% son negativos, cuanto a la dirección. Las mujeres obtienen un rango entre -.26 y .69, con una media de .21; una vez más 30% de las correlaciones son negativas. Observe que esta crítica puede no ser coherente en algunos aspectos, porque la validez de contenido no fue una preocupación durante la construcción y revisión del MMPI.

La validez concurrente de la escala *Pd* es baja. Su correlación es entre  $r = .30$  y  $r = .40$  con otras medidas de autoinforme de la psicopatía, incluyendo TAP, la PCL-R la escala 6A del MCMI-III y la escala *So* del CPI (Hare, 1985, 1991; Millon, 1994). Su validez predictiva con relación a la conducta delictiva es también como mucho

moderada, en términos absolutos y en comparación con otras medidas de la psicopatía (Simourd et al., 1990).

Hay mucha literatura científica sobre el MMPI y el MMPI-2, incluyendo un grande número de estudios que utilizaron la escala *Pd* para definir la psicopatía en investigación laboratorial. En general, la evidencia que avala la validez de constructo de la escala *Pd* es aplastante. Por ejemplo, con relación a la validez convergente y discriminante las puntuaciones de la conducta fueron obtenidas de 1,644 normales (822 varones y 822 mujeres) como parte de la investigación de la reestandarización del MMPI-2; Graham (1988) recogió puntuaciones similares, hechas por 423 pacientes que acudían al psicólogo o al psiquiatra (232 varones y 191 mujeres). Los índices conductuales incluían varias docenas de síntomas de psicopatología ("Problemas de sueño"; "Usar ropas inusuales"). En hombres normales la escala *Pd* correlaciona con los ítems "Problemas con la ley" ( $r=.21$ ) y "Consumo de drogas no prescritas" ( $r=.16$ ). En mujeres normales la escala *Pd* correlaciona con "Enfadarse, vociferar" ( $r=.25$ ), "Cooperadora" ( $r=-.24$ ) e "Irritable, refunfuñona" ( $r=.23$ ). En pacientes varones correlaciona con "Sentimientos de culpa" ( $r=.17$ ) y con "sentido desmesurado de la autovalía" ( $r=-.21$ ), "Ánimo depresivo" ( $r=.21$ ) y "Retracción emocional" ( $r=.20$ ).

Aún que las correlaciones para los sujetos normales son teóricamente consistentes, son diferentes para hombres y mujeres. Las correlaciones, para los pacientes, también difieren entre sexos; además, la mayoría de ellas son teóricamente inconsistentes (correlaciones negativas con sentido desmesurado de autovalía, correlaciones positivas con depresión y culpa). Millon (1994), informó de correlaciones entre *Pd* y las escalas del MCMI-III en una muestra de 132 pacientes psiquiátricos adultos. Dejando a un lado la correlación positiva de predicción con la 6A ( $r=.41$ ), la *Pd* obtuvo correlaciones altas con las escalas MCMI-III relacionadas con los trastornos obsesivo-compulsivo y límite de la personalidad ( $r=-.51$  y  $.44$ , respectivamente). Con todo, se observaron varias correlaciones teóricamente inconsistentes con escalas de personalidad relacionadas con los trastornos autodestructivo, esquizotípico y depresivo (todos entre  $r=.41$  y  $r=.45$ ), así como con escalas de síndromes clínicos relacionados con distimia, trastorno de estrés post traumático, ansiedad y depresión grave (todos entre  $r=.37$  y  $r=.44$ ).

Investigación reciente en *Pd* y delincuencia nos ha mostrado evidencia mixta relativamente a la validez de constructo de la escala. Por el lado positivo, Pavelka (1986) y Bayer y Bonta (1985) encontraron que la *Pd* y sus subescalas estaban significativamente asociadas con varios índices de delincuencia (ej. recidivismo) en varones adultos.

De forma similar, Walters (1985) encontró que militares delincuentes diagnosticados de TAP puntuaron alto en *Pd*, contrariamente a delincuentes no-TAP. Contrariamente a estos hallazgos Rogers y Gilis (1989) encontraron que las puntuaciones *Pd* no estaban asociadas con el diagnóstico ICD-9 de sociopatía, en una muestra de 470 pacientes psiquiátricos forenses. Howard, Bailey y Newman (1984) encontraron que las escalas MMPI (incluyendo la *Pd*) discriminaban mejor que el azar entre varios grupos de delincuentes con trastorno mental, aunque la PCL realizase mejor esa tarea.

Dos estudios que evaluaron aprendizaje también mostraron resultados mixtos. Newman, Widom y Nathan (1985) encontraron que sujetos altos en *Pd* mostraron los mismos déficits en áreas de evitación pasiva que los extrovertidos, consistente con el modelo de desinhibición de la psicopatía. Brown y Gutsch (1985) examinaron la preferencia por la recompensa retrasada versus inmediata y las cogniciones asociadas con cada preferencia. Dividieron las puntuaciones *Pd* altas en "psicópatas primarios" (*Pd* alta y baja ansiedad autoinformada) y "psicópatas secundarios" (*Pd* alta y ansiedad alta). Los psicópatas primarios no se diferenciaban de los no psicópatas; con todo, los psicópatas secundarios diferían tanto de los psicópatas primarios como de los no psicópatas.

Varios estudios encontraron resultados que eran inconsistentes con el marco teórico de la psicopatía. Un estudio sobre población general encontró que las puntuaciones *Pd* estaban negativamente correlacionadas con las medidas de deseabilidad social de la respuesta (Ray y Ray, 1982) y positivamente correlacionadas con la ansiedad (Ray, 1983). Sutker y Allain (1983) informaron que estudiantes de medicina con puntuaciones *Pd* altas eran más impulsivos y habían informado de mayores índices de delincuencia juvenil que los controles que habían puntuado bajo en *Pd*; con todo, ellos demostraban ser igualmente empáticos en las medidas de autoinforme y durante la entrevista. Eisenman (1980) encontró que los estudiantes de bachillerato superior con puntuaciones altas en *Pd* y que abusaban de las drogas eran más apreciados por los profesores que otros estudiantes (el autor intentó encontrar una explicación a esto, caracterizando a los altos *Pd* y consumidores de drogas como mejores manipuladores).

**Resumen.** La escala *Pd* del MMPI-2 tiene una normalización en población general excelente, presentando una estabilidad temporal aceptable. Con todo, posiblemente como consecuencia de la forma como fue construída, su consistencia interna, la homogeneidad de los ítems y la validez de contenido son pobres. Ambas facetas de su validez de criterio son también pobres. La validez discriminante y la validez convergente son

cuestionables, especialmente en poblaciones psiquiátricas. No ha probado ser particularmente útil en investigación de laboratorio.

La escala *Pd* parece medir un constructo razonablemente estable; infelizmente la identidad de este constructo no está aún clara. Una cosa es evidente: la escala *Pd* es una medida pobre del modelo bifactorial de la psicopatía y está sesgada hacia las medidas de desviación social. Aunque el contenido de los ítems no esté muy asociado con la delincuencia, la escala *Pd* puede no ser capaz de hacer discriminaciones útiles entre delinquentes.

Uno de los puntos fuertes del MMPI-2 es que proporciona una valoración directa de la mentira y el engaño y una actitud de contestación al test (por vía de las escalas de validez). Prevé incluso una corrección para una de las formas de mentira y engaño – respuesta psicológica defensiva sofisticada – durante el proceso de puntuación. Con todo, otras formas (fingirse enfermo o respuesta defensiva no sofisticada) no se pueden controlar; así, la cumplimentación válida del MMPI-2 continúa requiriendo una considerable cooperación por parte de los sujetos.

#### **Evaluación a través del CPI**

El CPI revisado (Gough, 1987) es un inventario autoinformado diseñado para evaluar “conceptos populares” de la personalidad – “conceptos que nacen de, y están conectados con, los procesos ineluctables de las relaciones interpersonales”, que “se pueden encontrar en todos los sitios en que los humanos se congregan en grupos y establecen funciones sociales” (Gough, 1987, p. 1). Procedemos a una breve discusión del formato, fiabilidad, normalización y validez.

**Formato.** El CPI contiene 462 ítems con respuesta verdadero-falso que tienen la forma de frases declarativas (no necesariamente conyugadas en la primera persona). Los ítems constituyen 20 escalas de conceptos populares y 3 escalas “estructurales” (que reflejan factores de orden superior); se desarrollaron también varias escalas especialmente preparadas para la investigación.

El CPI no contiene escalas para evaluar o corregir estilos de respuesta. Aunque el manual presenta varios métodos para determinar la validez del protocolo. Las puntuaciones directas de los ítems de cada escala se suman y después se transfieren a “puntuaciones estándares” (actualmente puntuaciones *T*); disponemos de puntuaciones normativas diferentes para hombres y mujeres. La población diana del CPI son adolescentes y adultos (13 años o más) con buena capacidad lectora. El test habitualmente tarda entre 45 y 60 minutos en cumplimentarse. Disponemos de formas de puntuación e interpretación informatizadas.

La escala *So* es un intento de medir la internalización de las normas y valores sociales, por ello, aquellos que “son altamente proclives a quebrantar las reglas y violar las normas” obtendrán puntuaciones altas (Gough, 1987; p. 45). En su forma original (Gough y Oeterson, 1952) la escala estaba diseñada para medir la psicopatía tal como era conceptualizada por la teoría del “papel-asumido” de Gough (1948). Más tarde, con la publicación de la CPI se invirtió la puntuación de la escala para hacerla consistente con las otras escalas. Tal como la escala *Pd* del MMPI, la escala *So* fue contruida utilizando una aproximación empírica: Los ítems fueron seleccionados, de acuerdo con la magnitud de sus correlaciones con criterios no-test, y no con base en la consistencia interna. La escala *So* concurrente consiste en 46 ítems (algunos de ellos fueron tomados del grupo de ítems del MMPI) que ponen en evidencia características como delincuencia y rechazo de los valores tradicionales. Algunos de los ítems son intencionadamente sútiles en su contenido. Durante el proceso de revisión del CPI hubo 6 ítems de la escala *So* original que se retiraron. Dada la razón entre escalas e ítems deberían haber ítems sobrepuestos en el CPI; con todo, el manual no presenta ninguna información a este respecto. Gough desarrolló cuatro subescalas para *So*, basándose en el análisis de factores (H.G. Gough, comunicación personal a 19 de octubre de 1992): optimismo, autoconfianza y afecto positivo, comprendidos en doce ítems; autodisciplina, y aceptación de las normas sociales comprendidos en 15 ítems; buenos recuerdos del lar paterno y de los padres en 10 ítems y preocupación personal y sensibilidad en 9 ítems.

**Fiabilidad.** La fiabilidad de la consistencia interna del CPI es moderada. En 400 alumnos de bachillerato el coeficiente alpha fue .60 para 200 estudiantes varones y de .76 para 200 estudiantes mujeres (.71 para la muestra combinada). Debido a la longitud de la escala, esto refleja una homogeneidad entre los ítems muy baja. Utilizando la fórmula de Spearman-Brown, el MIC estimado fue de .05. Con todo, tal como en el caso de la escala *Pd*, debe enfatizarse que Gough no consideró la consistencia interna como criterio importante con el cual juzgar esta escala.

La escala *So* presentó una estabilidad temporal moderada. La fiabilidad test-retest en un año fue .69 en una muestra de 85 chicos estudiantes de últimos grados y .74 en 38 chicas estudiantes de los mismos cursos. No disponemos de información en el manual sobre la susceptibilidad de la escala *So* a las variables estado.

**Normalización.** Gough basó la normalización del CPI en datos de archivo. Seleccionó un total de 1,000 hombres y 1,000 mujeres de diversos grupos – por ejemplo, estudiantes de últimos grados,

matemáticos, enfermeras, presos, pacientes psiquiátricos y “residentes del área de San Francisco” – por ellos las características demográficas de la muestra normativa eran similares a las de la población general. Las puntuaciones directas aparentemente son convertidas en puntuaciones estándar utilizando un procedimiento de transformación lineal.

El manual del CPI no recomienda ningún punto de corte especial para la escala *So*. A lo largo del manual, Gough parece considerar las puntuaciones *T* mayores de 65 o 70 como altas, por lo menos en un sentido relativo. Parece ser probable que entre 5% y 15% de los hombres y de las mujeres puntúen por arriba de estos puntos de corte.

**Validez.** Dados los cambios relativamente pequeños hechos durante el proceso de revisión del CPI, no se hace distinción entre las escalas *So* original y revisada en la discusión científica de la validez.

La validez de contenido de esta escala es entre baja a moderada. El contenido manifiesto de algunos ítems *So* no son de relevancia para la psicopatía (“Creo que Lincon fue más importante que Washington” o “mis buenas costumbres a la mesa no son tan buenas en casa como cuando salgo en compañía”). Y, también, los ítems parecen sobrevalorar la faceta de la desviación social de la psicopatía. Finalmente, la escala tiene una consistencia interna entre baja a moderada así como su homogeneidad entre los ítems. Con todo, este no es un error fatal en una escala contruida utilizando una aproximación empírica.

La validez concurrente de la escala *So* es también baja. Se correlaciona alrededor de  $-.30$  con las puntuaciones de la PCL (-R) (Hare, 1985, 1991) y con el diagnóstico de TAP (Hare, 1985). Su correlación con otras medidas autoinformadas, como la escala *Pd* están también en el rango de  $-.30$  a  $-.40$  (Hare, 1985).

Uno de los puntos fuertes de esta escala es su validez predictiva. En un estudio meta-analítico la escala *So* estaba fuertemente relacionada con la conducta antisocial (Simourd, et al., 1990). Su actuación fue significativamente mejor que la escala *Pd*, con aproximadamente el mismo nivel que la PCL (-R). Con todo, muchos de los estudios que avalan la validez “predictiva” de *So* diferencian entre muestras de jóvenes delinquentes y de adolescentes normales, mientras que los estudios que avalan la capacidad de la PCL (-R) comprenden la predicción y la posición de las condenas, incluyendo delitos violentos y la reincidencia después de salir de prisión de delinquentes varones adultos.

Relativamente a la validez de constructo el manual de la CPI presenta datos sobre la asociación entre *So* y los resultados de la evaluación de la personalidad realizados en un periodo de varios

años por el *Institute for Personality Assessment and Research* en Berkeley. Estas evaluaciones de la personalidad incluyen tres tipos de puntuaciones (Clase-Q, listados de adjetivos, listados de historial psicosocial) de tres fuentes diferentes (grupo de iguales, parejas y personal entrenado). Gough presenta los ítems de cada método de evaluación que obtuvieron las correlaciones negativas o positivas más altas con cada escala del CPI. El patrón de resultados es teóricamente consistente, aún que sea difícil hacer juicios absolutos cuanto a la validez, pues Gough no facilita la magnitud actual de las correlaciones. El grupo de iguales, las parejas y el personal fueron consistentes en sus puntuaciones de los siguientes adjetivos entre las 20 correlaciones más significativas de la escala *So*: temerario (correlaciona negativamente), rebelde (negativamente) y organizado (positivamente).

En la última década, hay poca evidencia publicada que avale la validez de constructo de la *So*. Barbour-McMullen y Coid (1988) encontraron que podía diferenciar entre pacientes forenses con TAP de otros pacientes y de los sujetos normales. O'Mahony y Mulphy (1991) encontraron también que la *So* podía diferenciar entre estudiantes y presos cuando se solicitaba a los grupos que respondieran con sinceridad; con todo, la escala era muy susceptible a los estilos de respuesta cuando se les pidió que fingieran ser buenas personas. Gorenstein (1982, 1987) encontró que los diagnosticados psicópatas por la *So* tenían déficits de actuación en tests neuropsicológicos relativamente a los sujetos psiquiátricos y a los controles normales; con todo, este hallazgo contradice muchos otros estudios con muestras mayores que utilizaban otras medidas de psicopatía (Hare, 1984; Hart, Forth y Hare, 1990; Sutker, Moan y Allain, 1983).

**Resumen.** La escala *So* del CPI tiene muchos de los puntos fuertes y débiles de la escala *Pd* del MMPI-2. Del lado positivo encontramos una normalización en la población general y una estabilidad temporal moderada. En el lado negativo, presenta una consistencia interna, una homogeneidad entre ítems y una validez de contenido bajas. La validez relacionada con el criterio para la *So* puede ser un poco mejor que para la escala *Pd*; con todo, su validez de constructo es igualmente cuestionable.

Relativamente a la evaluación de los cuatro temas específicos discutidos anteriormente, la escala *So* parece medir un constructo razonablemente crónico; con todo, una vez más su identidad no está clara. La escala *So* es una medida pobre de las dos vertientes de la psicopatía y está sesgada hacia medidas de desviación social. Sus contenidos no están indudablemente asociados a la delincuencia. El CPI permite una evaluación limitada del engaño y la mentira y de la actitud de

contestación al test, pero no hace el ajuste para estas variables; así, una cumplimentación válida del inventario requiere la cooperación de los sujetos.

### **Evaluación según el MCMI-III**

El MCMI-III (Millon, 1994), es un inventario de psicopatología autoinformado. Consideramos seguidamente el MCMI-III en términos de su formato, fiabilidad, normalización y validez.

**Formato.** El MCMI-III contiene 175 ítems de respuesta verdadero-falso, todas frases declarativas construidas en la primera persona del singular. La población diana son hombres y mujeres de 18 o más años, con capacidad lectora que buscan evaluación o tratamiento en contextos de salud mental.

Las escalas del MCMI-I fueron construidas utilizando un procedimiento de tres estadios. En el primero ("Sustantivo-teórico"), se utilizó la teoría de Millon de la psicopatología para identificar constructos relevantes para ser medidos y que generaran escalas de ítems para medir esos constructos. Estas escalas correspondían también, en términos generales, a los trastornos definidos en el DSM-III. En la segunda fase ("estructural-interna"), el grupo inicial de ítems se administró a una muestra de pacientes con el objetivo de determinar las propiedades psicométricas de los ítems y de las escalas; los ítems con pobres propiedades fueron consecuentemente retirados. Finalmente, en un tercer estadio ("Criterio-externo"), el grupo de ítems revisado fue nuevamente administrado a una muestra grande de pacientes para determinar la validez predictiva, convergente y discriminante de las escalas y de los ítems relativamente a las puntuaciones clínicas y diagnósticas; estos resultados fueron utilizados para desarrollar la ponderación de los ítems que maximizase la eficiencia predictiva del MCMI.

El MCMI-I sufrió cambios significativos con relación al contenido de los ítems, a la definición de las escalas y a la puntuación durante el proceso de revisión. Los cambios aseguraron que el MCMI-II reflejaba un desarrollo en la teoría de Millon de la psicopatología y el inventario era consistente con las revisiones del DSM-III (también del DSM-III-R). De forma similar, el proceso de desarrollo del MCMI-III fue incentivado por el nacimiento del DSM-IV; para mantener la compatibilidad, hubo que revisar o reemplazar 95 ítems del MCMI-II. A causa de la naturaleza y extensión de las revisiones del inventario, nos centraremos aquí en el MCMI-III.

El MCMI-III establece sus puntuaciones en cuatro escalas de validez, 14 escalas que corresponden a los trastornos de personalidad del DSM-IV (12 del eje II y 2 del Apéndice B), y 10 escalas de síndromes clínicos que corresponden a

trastornos del eje I. Cada psicopatología comprende un número relativamente pequeño de ítems (habitualmente entre 6 y 8) que son únicos para esa escala, así como otros ítems que son compartidos con otras escalas. Los ítems son ponderados (1 o 2) de acuerdo con su importancia teórica y su validez empírica. Las puntuaciones directas de algunas escalas son entonces ajustadas de acuerdo con: (a) puntuaciones en una de las escalas de validez; (b) puntuaciones en las escalas relacionadas con ansiedad y depresión; (c) estado del paciente y duración del trastorno del eje I; y (d) la tendencia para negar, versus afirmar, determinadas por la elevación relativa en la escala de trastorno de personalidad. Finalmente las puntuaciones de las escalas se transforman en tasas base (TB). Las tasas base transformadas son complejas y difieren según el sexo del paciente. Para las escalas de trastornos de la personalidad, puntuaciones TB  $\geq 75$  indican que los rasgos están presentes y puntuaciones  $\geq 85$  indican que el trastorno está presente (Millon, 1994, p.27). Disponemos y se recomiendan formulas de puntuación e interpretación por ordenador para el MCMI-III.

En el original MCMI (MCMI-I; Millon, 1977), la psicopatía se evaluaba a través de la escala Antisocial/Agresivo (6). El contenido de la escala fue adaptado a los criterios TAP del DSM-III en muchos aspectos, pero incluía también elementos de sadismo y del concepto Cleckliano de la psicopatía. En el MCMI-II (Millon, 1987), la escala 6 se dividió en dos escalas separadas: la Antisocial (6A) una medida más pura del TAP; y la Agresivo/Sádico (6B), una medida más centrada en el trastorno sádico de la personalidad. La 6A se mantuvo en el MCMI-III, y comprende ahora 17 ítems: 7 prototípicos (puntuación ponderada = 2) y 10 secundarios (puntuación ponderada = 1). La escala tiene el mayor alta sobreposición de ítems con las escalas relacionadas con el abuso de drogas (T; 48% de sobreposiciones) con el abuso del alcohol (B; 39% de sobreposiciones) y trastornos sádico de la personalidad (6B; 28% de sobreposiciones). 6A muestra también una sobreposición negativa importante con una escala relacionada con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (7; -31/ de sobreposiciones); las escalas comparten 8 ítems aunque todas puntúen en direcciones opuestas.

**Fiabilidad.** De acuerdo con el manual del MCMI-III la consistencia interna de la escala 6A fue bastante alta ( $\alpha = .77$ ) en una muestra de 398 pacientes psiquiátricos adultos. Con todo, tal como en el caso del MMPI-2, esto es una sobrestimación de la homogeneidad de los ítems, debido a la longitud de la escala. De acuerdo con los cálculos que hicimos para esta revisión, la homogeneidad de los ítems es apenas moderada ( $MIC = .14^{**}$ ).

Millon (1994) informó que la estabilidad temporal de la 6A fue alta ( $r=.93$ ) en una muestra de 87 pacientes psiquiátricos adultos en un periodo de tiempo corto (entre 5 y 14 días). Con todo, debe hacerse notar que el manual del MCMI-III también informa que la escala 6A está correlacionada con otras escalas que reflejan estados de ánimo, incluyendo la hipomanía (escala N;  $r=.45$ ) y ansiedad (escala A;  $r=.32$ ).

**Normalización.** El MCM-III fue desarrollado en una gran muestra de pacientes psiquiátricos adultos ( $N=998$ ) procedentes de la práctica privada, consultas externas, hospitales y residencias. Las escalas fueron analizadas a partir de una submuestra ( $N=600$ ) y la validez en otra ( $N=398$ ). La normalización y las transformaciones TB se basaron en la muestra total. No hay normalización separada para sujetos de cárceles. Tal como se mencionó arriba, no se ha intentado utilizar el MCMI-II fuera de estos contextos, así que no disponemos de puntuaciones normativas para los no-pacientes ("normales") y delinquentes no-pacientes.

Observe que el MCMI-III contrariamente al MMPI-2 y al CPI, selecciona puntos de corte de tal forma que la razón de selección de una escala (porcentaje de personas que puntúan en o por encima de ese punto) alcanzan la tasa base del criterio (prevalencia de psicopatía/TAP tal como es diagnosticado por los clínicos) en la muestra normativa. Por otras palabras, el punto de corte identifica las personas con elevaciones absolutas, más que relativas. Los dos puntos de corte recomendados para la escala 6A son  $TB \geq 75$  (indica que el rasgo está presente) y  $TB \geq 85$  (indica que el desorden está presente). Utilizando el primer punto de corte, 16% de la muestra normativa tiene puntuaciones elevadas en 6A, mientras que los clínicos encuentran un 17% de rasgos en los mismos pacientes. Utilizando el segundo punto de corte, 4% de la muestra normativa tiene puntuaciones elevadas en 6A, mientras que el 7% ha recibido un diagnóstico de TAP de sus médicos.

**Validez.** La validez de contenido de la escala 6A parece ser aceptable. Aunque no tiene una estructura bifactorial explícita, la teoría que le subyace (Millon, 1981) y el contenido manifiesto de los ítems que hace con que la escala incluya los síntomas de desviación social (ej. "cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mala comportamiento en el colegio") y síntomas interpersonales-afectivos (ej. "cuando me meto en problemas tengo mucha habilidad para encontrar una excusa").

En el momento de redactar esta revisión no disponemos de estudios independientes publicados que hayan evaluado el MCMI-III. En consecuencia, revisamos los datos del manual del

MCMI-III así como los estudios que analizaron la escala 6A del MCMI-II. Los lectores deben ser cautos pues desconocemos hasta que punto estos estudios pueden ser generalizables al MCMI-III, además porque la correlación entre las escalas 6A de las versiones MCMI-II y MCMI-III parece ser como máximo moderada ( $r=.66$ , Millon, 1994).

La validez concurrente de la escala 6A parece ser entre moderada a alta. Millon (1994) menciona que correlaciona .25 con las puntuaciones dimensionales del TAP hechas por los clínicos a partir de la muestra normativa del MCMI-III. Las correlaciones con las escalas 4 (*Pd*) y 9 (*Ma*) del MMPI-2 fueron .41 y .40 respectivamente, en una submuestra de 132 pacientes. Relativamente a la eficiencia predictiva del diagnóstico clínico hecho 'vis-a-vis', utilizando los puntos de corte  $TB \geq 75$  y  $TB \geq 85$ , la 6A tuvo baja sensibilidad (39% y 4% respectivamente) pero alta especificidad (80% y 89% respectivamente). Hart, Forth y Hare (1992), utilizaron el MCMI-II en una muestra de 199 delinquentes varones adultos que habían sido también diagnosticados a través de la PCL-R y de los criterios TAP del DSM-III-R. Informaron que la escala 6A correlacionaba .45 con la puntuación Total de la PCL-R, .24 con la puntuación del Factor 1 y .52 con la puntuación del Factor 2; también correlacionaba .33 con el diagnóstico TAP y .51 con el número de síntomas TAP de la edad adulta (este patrón de correlaciones sugiere que los ítems de la escala 6A están sesgados hacia medidas de la vertiente de desviación social de la psicopatía, aunque pueda parecer lo contrario; (Hart et al., 1992)). Estas correlaciones aunque moderadas en su magnitud, realmente reflejan el relativamente pobre acuerdo entre las medidas. Por ejemplo, el acuerdo entre las puntuaciones altas en la escala 6A y el diagnóstico de psicopatía por la PCL-R fue pobre, más aún cuando se utilizaron TB con puntos de corte  $>75$  o  $>85$  ( $kappa = .08$  y  $.14$  respectivamente); el acuerdo entre 6A y el diagnóstico TAP fue un poco más alto, pero aún así bajo ( $kappa = .25$  y  $.23$ , respectivamente). En una muestra de 34 agresores domésticos, Hart, Dutton y Newlove (1993) encontraron una correlación de .53 entre 6A y puntuaciones dimensionales del TAP hechas a través de una entrevista diagnóstica estructurada. En el campo de trabajo del TAP en el DSM-IV, la 6A en general correlacionó moderadamente (alrededor de .35 a .40) con los síntomas de TAP del DSM-III-R y del trastorno disocial de la personalidad del ICD-10, y con los criterios de personalidad psicopática basada en la evaluación con la PCL-R (Widiger et al., pendiente publicación).

El manual del MCMI-III presenta información relativa a la validez de constructo de la escala 6A. No nos sorprende, si tenemos en cuenta la sobreposición de ítems descrita anteriormente que la 6A correlaciona alto con otras escalas del MCMI-

III, incluyendo (entre corchetes se indican los valores  $r$ ):  $T$  (.82),  $B$  (.78),  $6B$  (.65),  $C$  (.61) y  $7$  (-.61). Relativamente a otras medidas, la correlaciones convergentes más altas fueron con escalas relacionadas con el abuso de alcohol, ira y hostilidad (todas entre  $r=.31$  y  $r=.39$ ). Infelizmente la  $6A$  presenta baja validez discriminante: correlaciona casi siempre alto con medidas teóricamente no relacionadas, tales como la depresión (.29), síntomas obsesivo-compulsivos (.29) y ansiedad (.26).

Aparentemente no disponemos de datos relativos a la validez predictiva de la  $6A$  con respecto a la conducta delictiva. Tampoco disponemos de datos concernientes a la validez de constructo (ej. validez experimental o factorial).

**Resumen.** La escala  $6A$  tiene, en alguna medida, mejor validez de contenido que las escalas  $Pd$  y  $So$ ; por lo menos sus ítems tienen mayor validez y son más homogéneos. Su validez concurrente es también tan buena o mejor que las otras medidas de autoinforme. Al contrario de las otras medidas de autoinforme, posee un punto de corte determinado empíricamente, para identificar personas con elevaciones absolutas, más que relativas, en escenarios clínicos. Finalmente, el MCMI-III contiene escalas que intentan evaluar y controlar el estilo de respuesta.

Teniendo en cuenta sus promesas, la escala  $6A$  tiene aún puntos flacos. Le falta una estructura bifactorial clara y aún está sesgada hacia la vertiente de la desviación social de la psicopatía. Su validez concurrente es aún moderada en términos absolutos; su validez de constructo y validez predictiva son aún desconocidas. No hay evidencia de que los controles para el estilo de respuesta sean efectivos. Finalmente, no disponemos de normalización en población general ni en población penitenciaria. En el momento actual, no hay literatura científica publicada con relación al MCMI-III.