

# *El meta-análisis: un proyecto de revisión literaria cuantitativa de los resultados del tratamiento de la psicopatía en la investigación*

Cristina ESTEBAN\*, Vicente GARRIDO\*\*, Carmen MOLERO\*

## INTRODUCCION

La psicopatía como concepto ha sufrido diversas oscilaciones, inherentes a la propia evolución del término y de su definición. Tras registrar diferentes acepciones en su nomenclatura, así como en su caracterización, en nuestros días, se ha llegado al consenso de que hay dos términos paradójicamente diferentes y equivalentes a la vez. Estos dos términos son la Psicopatía y el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP). Son términos equivalentes en el sentido de que muchos autores consideran el Trastorno Antisocial de la Personalidad como el término moderno con el que nos referimos a la Psicopatía. El término psicopatía implica siempre connotaciones que hacen referencia a los rasgos de la personalidad, y el TAP sería fruto de una evolución con tintes más sociológicos de este término. Sin embargo, si analizamos los criterios con los que se operacionalizan ambos términos, y tomaremos para ello el criterio de Cleckley<sup>1</sup> (1976) y el

---

\* Departamento de Psicología Básica. Universidad de Valencia.

\*\* Departamento de Teoría de la Educación. Universidad de Valencia.

<sup>1</sup> Los rasgos más característicos de la psicopatía tipificados por Cleckely son: encanto externo y notable inteligencia; ausencia de alucinaciones y otros signos de pensamiento irracional; ausencia de «nerviosismo» o manifestaciones neuróticas; indigno de confianza; mentiras e insinceridad; ausencia de remordimientos o de sentimientos de culpabilidad; conducta antisocial sin motivo aparente; poca capacidad de juicio e incapacidad para aprender de la experiencia; egocentrismo patológico e incapacidad para amar; gran pobreza de reacciones afectivas significativas; pérdida específica de intuición; irresponsabilidad en las relaciones interpersonales corrientes; comportamiento fantástico y peculiar inducido o no por el alcohol; amenazas de suicidio raramente cumplidas; vida sexual impersonal, trivial y poco integrada; e incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

DSM-III<sup>2</sup> (1987) respectivamente, vemos cómo afloran diferencias sustantivas que hacen que no sean totalmente equivalentes. Así, a la problemática de la terminología y caracterización, uniríamos la problemática diagnóstica, ya no sólo por la indiscriminada utilización de estos criterios, sino de otros menos reconocidos como criterios de evaluación de este trastorno, tales como los empleados por tantos clínicos como el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Hataway & McKinley, J. C., 1983) o el *California Psychological Inventory Socialization Scale* (CPI-So; Megargee, 1972). Como características más generales y distintivas destacaríamos que el DSM-III más que a rasgos de personalidad hace referencia a una serie de conductas antisociales, por lo que fácilmente nos llevaría a equiparar la psicopatía con la delincuencia. Por el contrario, el criterio de Cleckley hace referencia tanto a conductas como a rasgos de personalidad. Por otra parte, el DSM-III es un criterio muy amplio, en el sentido de que muchos sujetos diagnosticados mediante este criterio no se hallarían dentro de un criterio más estrictamente psicopático, en el que realmente se atiende a los rasgos de personalidad.

A esta problemática añadiríamos la que supone la solapación entre trastornos, a la que nos llevaría al tomar como criterio el DSM-III, muy criticado en este aspecto, y que añade dificultades a la hora de realizar un diagnóstico claro y diferencial. Entre estas solapaciones estarían las del Trastorno Antisocial de la Personalidad con trastornos como el de la personalidad borderline, la personalidad narcisista, etc. Además de la solapaciones nos encontramos con la coexistencia de trastornos. En el caso de las solapaciones nos referimos a trastornos que por poseer una sintomatología común, en ocasiones son difíciles de diferenciar. En el caso de la coexistencia o concurrencia de trastornos, haríamos referencia a aquellos trastornos que son susceptibles, y ello es frecuente, de aparecer en un mismo individuo, en este último caso hablamos del alcohol, las drogas o la delin-

---

<sup>2</sup> Los criterios diagnósticos del «Trastorno Antisocial de la Personalidad» de acuerdo con el DSM-III, y de forma sucinta son:

A) La persona debe tener al menos una edad actual de 18 años.

B) Debe haber manifestado un trastorno e conducta evidente antes de los quince años, indicado por un hospital de tres o más de un listado de 12 conductas (entre ellas fugas del hogar y de la escuela, inicio de peleas, utilización de armas, crueldad física contra personas o animales, provocación de incendios, etc.).

C) Después de los 15 años, el sujeto debe haber mostrado un patrón de conducta irresponsable y antisocial, indicado por al menos cuatro de un listado de conductas (entre otras: irresponsabilidad laboral; inadaptación a las normas sociales (con o sin arresto); irritabilidad y agresividad, maltrato a la esposa e hijos; irresponsabilidad financiera, incluso con la familia; impulsividad e incapacidad para planear el futuro; mentiras persistentes; temeridad contra su seguridad y la de los demás; irresponsabilidad como padre; incapacidad para mantener relaciones monógamas, más allá de un año; falta de remordimiento).

D) La conducta antisocial no debe manifestarse durante el curso de episodios esquizofrénicos o maníacos.

cuencia en los psicópatas. En ambos casos, de solapación o de coexistencia, se han aislado diferentes subtipos dentro de la psicopatía, con el fin de perfilar diagnósticos más fiables y «puros» y también con el fin de derivar diferentes implicaciones en el tratamiento.

En todo caso, cualquiera que sea el criterio del que nos valgamos, es unánime entre los investigadores del área la opinión pesimista ante los resultados del tratamiento de estos sujetos. Esta opinión pesimista, sin embargo, no siempre viene avalada por la investigación empírica, es decir la investigación en el campo es escasa, y la poca que hay se ve muy afectada por toda esta problemática que hemos resaltado, brevemente y a muy grandes rasgos, a saber, la diferencia terminológica, el diagnóstico, la solapación de síntomas, la coexistencia de trastornos, etc. Por todo ello, consideramos que para proseguir la investigación en este campo, es necesario hacer un alto en el camino y analizar muy minuciosamente la investigación llevada a cabo, para aclarar cuál es la situación real actual, antes de proseguir con la andadura científica. Y este es nuestro propósito: realizar una revisión de la literatura referente a la investigación realizada sobre los resultados del tratamiento de psicópatas entre los años 1982-1993, utilizando una técnica de reciente creación como es el meta-análisis, y abordando las diferentes cuestiones.

### **El meta-análisis y su aplicación en nuestras investigaciones**

Una investigación aislada, es tan sólo una pequeña pieza dentro de todo el entramado que supone un cuerpo de investigación científica referente a cualquier tema, en cualquier disciplina. Si consideramos un cuerpo de investigación referente a un determinado tema como un continuo, vemos cómo las diferentes investigaciones tienen un carácter acumulativo. Por ello, cuando nos disponemos a efectuar una investigación, debemos retomar las investigaciones anteriores. Es decir, en el progreso científico deben haber etapas intermedias entre la investigación pasada y futura. Esta etapa supone realizar un alto en el camino para realizar una revisión de la literatura con el fin de aclarar las contradicciones empíricas, determinar qué hallazgos pueden ser considerados relevantes y proyectar qué carácter deben tomar las investigaciones futuras.

Hasta fechas recientes esta tarea era relativamente sencilla, ya que la investigación se solía limitar a unos cuantos estudios. Hoy en día la proliferación de la investigación, sobre todo en las ciencias del comportamiento, ha sobrepasado a los investigadores. A esto, hay que unir la multiplicación de fuentes y de los medios de acceso a la información, entre los que destacaríamos la búsqueda informatizada de la literatura. Como consecuencia, ha surgido una alternativa que permite integrar la investigación y realizar un estudio sistemático de las investigaciones sobre un tema. Su nombre más común es el de *meta-análisis*<sup>3</sup>. El meta-análisis es una estra-

tegia de evaluación cuantitativa para efectuar una revisión de las investigaciones existentes dentro de la literatura referente a un campo de investigación (ver gráfico 1). Una revisión teórica, recoge las teorías y las contrasta. Una revisión metodológica examina la adecuación de los métodos utilizados en la investigación. Las revisiones de la investigación pretenden integrar la investigación dedicada a un tema y extraer conclusiones. Este último tipo de revisión literaria, objeto de nuestro proyecto, puede ser cualitativa y cuantitativa. La revisión cualitativa<sup>3</sup> hace una síntesis de las investigaciones en las que el método de integración no incorpora técnicas estadísticas formales. Este tipo de revisión es útil cuando los estudios sobre un tema son pocos, pero cuando el número de trabajos es amplio, la tarea es casi imposible. Frente a la revisión cualitativa estaría la revisión cuantitativa, que realiza una síntesis de los resultados cuantitativos de las investigaciones en la que el método de integración incorpora alguna técnica estadística. Dentro de las revisiones cuantitativas ha sido muy utilizado el *método del recuento*. Este método consiste en resumir los resultados de los estudios clasificándolos según su significación estadística (es decir, en resultados positivos y negativos). Pero este método puede llevar a conclusiones erróneas, y no tiene en cuenta muchas variables que pueden afectar a esa significación, como son las variables moderadoras, el tamaño de las muestras, los estadísticos utilizados, etc.

Pasando ya a definir el meta-análisis, como estrategia que intenta superar muchos de los inconvenientes que plantean otros tipos de revisión, podemos decir que el meta-análisis es el análisis de los análisis.

**Gráfico 1**  
Las revisiones de la literatura



<sup>3</sup> También suele denominarse revisión cuantitativa, integración de investigaciones, o análisis cuantitativo de dominios de investigación.

<sup>4</sup> También se denominan revisiones narrativas, tradicionales, literarias o verbales.

El meta-análisis «...es el análisis estadístico de una gran colección de resultados de análisis de trabajos individuales, con el propósito de integrar los hallazgos obtenidos» (Glass, 1976, p. 3). Para una mayor comprensión imaginemos que se trata de integrar un conjunto de trabajos que estudian un tema común, como si fueran una gran muestra, y de someter sus resultados a una métrica común, para poderlos comparar. Y luego, analizar las características diferenciales de cada trabajo (dividiendo así la gran muestra de trabajos de submuestras), para analizar su influencia en los resultados globales. Por ejemplo, en nuestro caso, nos podemos encontrar con muestras de psicópatas evaluados por diferentes criterios diagnósticos, psicópatas con características adicionales como el alcoholismo, el tipo de delito, etc., y el meta-análisis nos permite obtener resultados para esas submuestras.

Tantas son las ventajas de las revisiones meta-analíticas sobre las revisiones narrativas, incluso con literaturas pequeñas, que se ha convertido muy difícil publicar una revisión sobre un tema psicológico sin primero llevar a cabo un meta-análisis de la literatura. Sin embargo, aunque es obvio que las revisiones meta-analíticas ofrecen un gran número de ventajas sobre las revisiones narrativas, debería enfatizarse que las mejores revisiones de la literatura combinan lo mejor de estos enfoques. Y este es nuestro objetivo: combinar la revisión cualitativa con la revisión cuantitativa.

Al realizar un meta-análisis, deben seguirse determinados pasos. Los cinco pasos generales incluidos en un meta-análisis, y que a continuación desarrollaremos de la mano de nuestra propia investigación, siguiendo a Johnson (1989), se ilustran en la tabla 1.

**Tabla 1**  
Pasos ordenados para llevar a cabo una revisión meta-analítica

<b>Paso 1</b>	<i>Conceptualización de la relación.</i> Especificar con detalle la relación a ser examinada, prestando atención a las principales teorías y métodos importantes en la literatura.
<b>Paso 2</b>	<i>Recopilar las fuentes de información relevantes.</i> Tan completamente como sea posible, localizar y recoger los informes pertinentes que contengan pruebas de la relación especificada.
<b>Paso 3</b>	<i>Codificar las características de los estudios y calcular la magnitud de los efectos.</i> Recoger las cualidades importantes de cada estudio, y si es posible computar una magnitud del efecto para cada prueba de la relación informada.
<b>Paso 4</b>	<i>Analizar los datos.</i> Determinar la media y la consistencia de los valores del efecto; utilizar las cualidades del estudio para explicar cualquier inconsistencia.
<b>Paso 5</b>	<i>Escribir el informe.</i> Expresar la revisión meta-analítica de forma escrita.

### *Paso 1.—Conceptualización*

*Especificación de las relaciones a probar.* El primer paso para realizar un meta-análisis es especificar con la máxima claridad teórica y metodológica qué relaciones, entre qué variables y bajo qué condiciones, serán objeto de la revisión. Es decir, se deben definir las variables X e Y y las posibles variables moderadoras del efecto de X sobre Y.

La Variable X: la variable X es aquella que puede ser manipulada en el contexto de un experimento, de forma que existan dos o más niveles para esta variable. Pero ocasionalmente la variable X puede ser supuesta, por existir anteriormente al estudio, y es medida con el propósito de correlacionarla con la variable Y. Caso este último el de nuestro estudio. Los trabajos que analizaremos, por tanto, deberán contener como variable X *la psicopatía, el trastorno antisocial de la personalidad, la conducta antisocial, la desviación psicopática, etc.*, como niveles de la conducta antisocial, para luego analizar la repercusión de los diferentes diagnósticos en el tratamiento. En nuestro diseño consideramos la variable X como una única variable independiente y dado que a su vez puede actuar como una variable moderadora, la consideraremos como tal. Y es que los criterios diagnósticos utilizados para evaluar esta variable, no son intercambiables totalmente, lo que puede influir en los resultados.

La Variable Y: es la variable dependiente sobre la que se recae el efecto de la variable X. En nuestro caso, la variable Y son *los resultados del tratamiento*.

Las Variables W: son todas aquellas variables que podemos esperar que alteren la magnitud o dirección de la relación X-Y. Consideramos a la luz de los antecedentes ya comentados en la introducción que podrían ser posibles variables moderadoras (W) *el abuso del alcohol, la adicción a los opiáceos y a otras drogas, el criterio diagnóstico utilizado, la depresión, el tipo de tratamiento, el sexo, la edad, etc.*

*Debates teóricos.* Si hay debates teóricos o metodológicos sobre X, Y o W, su naturaleza debe ser explicada, y se debe intentar encontrar las formas de resolver tales debates por medio del diseño del meta-análisis. En nuestro caso, nos encontramos, como ya hemos comentado en la introducción, con numerosos debates tanto teóricos como metodológicos. Nuestra forma de resolverlos ha sido incluir las variables sobre las que existe un debate o polémica como variables moderadoras. Por ejemplo, respecto al criterio diagnóstico, es tal la diversidad, que no podemos atenernos a uno y realizar un meta-análisis. Sin embargo, tampoco serían firmes los resultados, incluyendo todos los criterios como equiparables, si el meta-análisis no nos diese la oportunidad de analizarlos como niveles de X y, por tanto, como submuestras a relacionar (de aquí que consideremos la variable X como una variable moderadora en su tratamiento). También nos encontramos con el debate acerca de las solapaciones y subtipos, que

ya nos viene en parte resuelto por la investigación. Es el caso, por ejemplo, de los psicópatas sintomáticos o neuróticos, que en realidad no son psicópatas puros o idiopáticos<sup>5</sup>, y de hecho la literatura es unánime en cuanto considera que es un subtipo dentro de la psicopatía susceptible de beneficiarse en mayor grado del tratamiento. Lo mismo ocurriría con los psicópatas adictos, cuyo tratamiento tiene un pronóstico más negativo que los adictos sin la psicopatía (Collins et al., 1988; Gerstley et al., 1990; Gertley, et al., 1989; Helzer & Prybeck, 1988; Hesselbrock et al., 1985; Lewis & Bucholz, 1991; Zucker, 1987). Así nuestra forma de resolver ese inmenso debate existente entorno a la personalidad psicopática, ha sido considerar cada variable como características submuestrales. Por tanto, consideramos como grupos experimentales, aquellos que posean rasgos o características psicopáticas, pero dividimos los grupos experimentales en tantos subgrupos como variables moderadoras nos dicte la revisión cualitativa de la literatura. Y como grupos de control todos aquellos que no posean características antisociales.

### *Paso 2.—Recopilación de estudios*

*Perfiles de búsqueda en la literatura de investigación.* La conceptualización de X, Y y W (paso 1), debe servir para definir los límites de la literatura de investigación a ser examinada. X e Y deben estar operacionalizadas en el estudio. Pero hay otras variables que a criterio del propio investigador pueden intervenir. Nuestra investigación se limitará a los años comprendidos entre 1982 y 1993, y a los trabajos en lengua inglesa, dado que tras los primeros sondeos, pudimos comprobar que en otros idiomas la literatura es muy escasa. Dada nuestra definición de X, Y y W, en concreto, nuestro perfil de búsqueda fue el siguiente:

Variable X		Variable Y	
(Psychoapaty <b>or</b>	(Psicopatía o	(treatment <b>or</b>	(Tratamiento o
psychoapathies <b>or</b>	psicopatías o	posttreatment <b>or</b>	postratamiento o
psychopathic <b>or</b>	psicopático o	psychotherappy <b>or</b>	psicoterapia o
psychopath <b>or</b>	psicópata o	therapy <b>or</b>	terapia o
psychopaths <b>or</b>	psicópatas o	therapeutic <b>or</b>	terapéutico o
sociopathy <b>or</b>	sociopatía o	psychoterapeutic <b>or</b>	psicoterapéutico o
antisocial)	antisocial)	rehabilitation <b>or</b>	rehabilitación o
	intervention)	intervención)	intervención)
<b>and</b>	y		

<sup>5</sup> La clasificación entre psicópatas sintomáticos y psicópatas idiopáticos responde a la consideración de que existen sujetos cuyos problemas de índole neurótica han provocado el surgimiento de conductas antisociales, que a su vez han llevado a diagnosticarlos como psi-

Este perfil fue determinado tras realizar diversos sondeos en diferentes bases de datos informatizadas asegurándonos de que ningún otro término aparecía en los estudios.

*Técnicas de búsqueda:* Las técnicas de búsqueda defendidas por Johnson (1989) son las siguientes:

a) Enfoque ascendente. Es la localización de trabajos por medio de las referencias incluidas por los autores que han realizado revisiones narrativas anteriores. También pueden ser retomadas una vez que se han localizado nuevos trabajos con las demás técnicas.

b) Enfoque descendente. Es la localización de trabajos por medio de las citas de los artículos críticos.

c) Bases de datos informatizadas. Se localizan trabajos que incluyen en sus títulos o *abstracts* las palabras clave, seleccionadas en el perfil de búsqueda. Ello requiere un sondeo inicial para determinar las palabras clave apropiadas.

d) La técnica del colegio invisible. Es la localización de trabajos mediante la puesta en contacto con los investigadores que posean publicaciones de interés. Es un importante medio de obtener literatura fugitiva, que aún no ha sido publicada o que nunca lo será.

e) Búsquedas manuales en las revistas importantes. Para utilizar esta técnica es necesario identificar las revistas en las que suelen aparecer más trabajos sobre un tema determinado.

Hasta el momento, nuestra búsqueda, aunque sustanciosa, no ha sido concluida. Las técnicas A y B, las realizaremos cuando poseamos todos los trabajos posibles dentro de la técnica C. Esta última, ya muy avanzada, incluye ahora las referencias hasta el año 1992. En cuanto a la técnica D, aunque ha sido iniciada, tampoco podemos darla por concluida, al igual que la técnica E. Los resultados obtenidos con la técnica C aparecen en la tabla 2. Los resultados obtenidos con la técnica D, aparecen en la tabla 3.

---

cópatas. Es decir, su problema primario sería el trastorno neurótico y su problema secundario la conducta antisocial, siendo a su vez susceptibles de experimentar signos de culpabilidad, remordimiento, lazos interpersonales, depresión, ansiedad, etc., que podría decirse con «incompatibles» con la psicopatía como tal. A este grupo se le denominaría *psicópatas sintomáticos* o secundarios. Frente a este, estaría el de *psicópatas idiopáticos*, puros o primarios, cuya conducta antisocial en sí misma, sería una manifestación de su propio trastorno y estructura de carácter antisocial.

**Tabla 2**  
Resultados de la búsqueda preliminar mediante la técnica C.

N.º de trabajos	Seleccionados	Localizados	Aptos. Meta-análisis
<b>PSYCHO-INFO. Artículos en revistas años 1982-1986</b>			
624	22	6	1
<b>PSYCHO-INFO. Artículos en revistas años 1987-1992</b>			
414	104	18	2
<b>PSYCHO-INFO. Libros y capítulos en libros años 1987-1992</b>			
155	6 (libros)-7(cap.)	6 (libros)-5(cap.)	
<b>MEDLINE: Artículos en revistas años 1982-1987</b>			
208	82	8	0
<b>MEDLINE: Artículos en revistas años 1988-1992</b>			
327	81	11	1
<b>SSCI: Artículos en revistas años 1989-junio de 1992</b> (esta búsqueda está incompleta en años, y se utilizó un perfil no definitivo)			
108	42	13	1
<b>TOTAL</b>	<b>315</b>	<b>67</b>	<b>5</b>

Así pues, hemos localizado 56 trabajos (exceptuando libros y capítulos en libros), en tres diferentes bases de datos y hemos recibido directamente de los autores 89 trabajos. De estos 89 trabajos, 26 ya los poseíamos por estar incluidos en las bases de datos, lo que en realidad supone 63 trabajos, 7 de los cuales son trabajos no publicados. En total hemos localizado por medio de estas técnicas 119 trabajos. Sin embargo, el número de trabajos de los que disponemos es de 224, muchos de los cuales proceden de fuentes informales y de búsquedas anteriores para otros trabajos. Hay que advertir que han sido consultadas otras bases de datos sin éxito hasta el momento. Si tenemos en cuenta que las búsquedas son incompletas todavía y que faltan ser utilizadas otras técnicas, se puede esperar que el número de trabajos total se incremente de forma sustancial.

Por otra parte, y hasta el momento, de este conjunto de trabajos sólo son aptos para la revisión meta-analítica 18. De estos 18 sólo han sido localizados mediante las bases de datos 5, procediendo el resto de trabajos de los que ya poseíamos y de los enviados por los diferentes autores. Este número de trabajos esperamos sea pronto mayor, dada la cantidad de trabajos con expectativas de ser localizados.

**Tabla 3**  
Resultados de la búsqueda preliminar mediante la técnica D.

Total de autores contactados .....	74
Autores sin respuesta .....	47
Autores con respuesta .....	27
Trabajos enviados .....	89
No publicados .....	7
Incluidos en bases de datos .....	26
No incluidos en bases de datos .....	56

*Paso 3.—Codificación de los estudios y cálculo de la magnitud de los efectos*

Una vez que la muestra de trabajos está en nuestras manos, el siguiente paso es codificar las características de los estudios y calcular la magnitud de los efectos<sup>6</sup>, a través de los resultados que ofrece el trabajo. Para ello es importante elaborar un libro de codificación en el que aparezcan todas las características del trabajo.

*Características del trabajo:* Entre estas características, las más importantes son los datos relativos a las variables moderadoras (W), que se espera produzcan variaciones en la magnitud de los efectos de los trabajos. Pero también es importante codificar otras características, como la fecha del trabajo, el contexto donde se realiza, la procedencia de los autores, etc. Una muestra de nuestro libro de codificación, aún en fase piloto, aparece en la tabla 4, de forma resumida<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Generalmente la magnitud del efecto es la diferencia entre dos grupos de interés expresada en unidades de desviación estándar.

<sup>7</sup> Según un diseño adaptado del profesor Santiago Redondo, del Centro de Estudios Jurídicos de Barcelona.

**Tabla 4**

Manual de codificación del meta-análisis (Adaptado de S. Redondo)

**A. IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO**

Incluimos en este apartado el idioma del documento, el tipo de publicación, la afiliación de los autores, el año de publicación del trabajo, la fuente de localización del trabajo, etc.

**B. DESCRIPCION DEL DOCUMENTO****B.1. Filosofía del programa/introducción**

Incluimos en este apartado, los objetivos del trabajo, el modelo teórico, sus antecedentes, etc.

**B.2. Método***Características de la muestra*

Se describe en este apartado las características de la muestra global, el número de sujetos que la integran, la edad, el sexo, la raza, el nivel educativo, el nivel socio-económico, etc., así como el número de grupos experimentales y de comparación.

*Grupo experimental*

Descripción de las características de los grupos experimentales, edad, sexo, raza, consumo de drogas, etc.

Procedimiento de selección de la muestra y cambios operados en el/los grupos (tamaño, composición, etc.) a lo largo del programa.

*Variables del contexto de aplicación*

Se incluye la información referente al lugar de aplicación del tratamiento y su localización.

*Diseño***ESQUEMA GRAFICO DE LAS INTERVENCIONES/EVALUACIONES**

Especificación del tipo de diseño utilizado y si es inter o intra. Fuera de la base de datos, el esquema básico del proceso interventivo/evaluativo.

**POSIBLES VARIABLES EXTRAÑAS**

Especificación de cualquier variable que pueda contaminar los efectos supuestos de la variable independiente, al confundirse con ella.

**Tabla 4** (continuación)

<p><b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b></p> <p>En este apartado de la codificación incluimos la descripción del tratamiento, sus niveles, su duración, frecuencia, etc. Así como la duración e intensidad de los períodos de evaluación y seguimiento.</p> <p><i>Profesionales de la intervención</i></p> <p>Se incluyen los datos referentes a los profesionales de la intervención.</p> <p><i>VARIABLES MODERADORAS</i></p> <p>Se incluye la descripción de las variables moderadoras, sus niveles y los instrumentos utilizados para su medición.</p> <p><i>VARIABLES DEPENDIENTES</i></p> <p>Se incluye la descripción de las variables dependientes, sus niveles y los instrumentos utilizados para su medición.</p> <p><b>B.3. Resultados cualitativos/cuantitativos</b></p> <p><i>Resultados</i></p> <p>Información acerca de los estadísticos utilizados, las técnicas empleadas y las posibles interacciones. Registro de todos los resultados, tanto cualitativos como cuantitativos, dejando casillas en blanco en la que aparezcan las magnitudes de los efectos.</p> <p><b>B.4. Discusión</b></p> <p>Principales conclusiones de los autores del trabajo.</p>
---

*Fiabilidad de la codificación:* Con el fin de que la codificación carezca de errores, es importante que la codificación la realicen dos codificadores por separado para contrastar la codificación.

*Magnitud del efecto de los trabajos:* Cada trabajo debe contener algún estadístico respecto a la relación X-Y. El objetivo es convertir esos estadísticos en una magnitud del efecto estandarizada, de forma que pueda ser integrada estadísticamente.

*Información múltiple.* Cuando se ofrecen dos o más estadísticos para medir un resultado, es aconsejable calcular una magnitud del efecto para cada resultado y promediarlas.

**Paso 4.—Análisis**

En esta fase, se analizan mediante procedimientos estadísticos la magnitud de los efectos obtenidos en la fase anterior. Esta fase incluye a su vez cuatro pasos, que se incluyen en la tabla 5. En esta fase se analizan las magnitudes de los efectos y las características de los trabajos. Se determina la media global y la consistencia de las magnitudes del efecto; se utilizarán las características de los trabajos para explicar cualquier inconsistencia.

En nuestra fase de la investigación, podemos adelantar algunas de las características de los trabajos, aunque los datos cuantitativos están todavía en fase de elaboración, como veremos en el próximo apartado.

**Tabla 5**

Pasos ordenados para llevar a cabo un análisis de la magnitud de los efectos.

- |               |  |
|---------------|--|
| <b>Paso A</b> | <i>Calcular una magnitud del efecto compuesta.</i> Evaluar la magnitud, dirección, significación y consistencia de la magnitud de los efectos. Si la magnitud de los efectos es consistente (no hay diferencias significativas) para el paso D.      |
| <b>Paso B</b> | <i>Comprobar modelos.</i> Intentar explicar la variabilidad entre la magnitud de los efectos utilizando las características de los estudios. Aplicar primero modelos <i>a priori</i> , y utilizar sólo como último recurso modelos <i>post-hoc</i> . |
| <b>Paso C</b> | <i>Diagnóstico periférico.</i> Si la comprobación de modelos no tiene éxito, determinar si hay variables externas que afecten a los resultados.  |
| <b>Paso D</b> | <i>Expresión visual.</i> Examinar las distribuciones de los datos con el fin de determinar cualquier irregularidad.  |

**Paso 5.—Escribir el informe de la revisión meta-analítica**

Deberá tener el formato de un informe de investigación. De acuerdo con el modelo tradicional de la Asociación Americana de Psicología (APA, 1983), los elementos principales son: a) Abstract; b) Introducción; c) Método; d) Resultados, y e) Discusión. (Para recomendaciones de cada sección de un informe de una revisión meta-analítica ver Johnson, 1989.)

**Conclusiones preliminares**

Aunque pendientes de un análisis más exhaustivo, nos hemos encontrado con ciertas tendencias en los trabajos utilizados para el análisis.

En primer lugar, los trabajos referentes a la evaluación de resultados de tratamiento, a menudo, no ofrecen una descripción detallada del tipo de tratamiento o programa de tratamiento que se está aplicando.

Por otra parte, los tratamientos aplicados, en muchas ocasiones no forman parte de un programa específico para el tratamiento de los sujetos antisociales, sino que por el contrario se dirigen al tratamiento del abuso de sustancias, o bien son tratamientos genéricos aplicados a muestras más amplias de delincuentes o de pacientes psiquiátricos, sin tener en cuenta las características de personalidad de los sujetos que van a ser tratados, y evaluándose éstas como un proceso más, dentro del proceso interventivo. Dato que nos parece importante tener en cuenta antes de concluir —como es habitual— que ningún tratamiento ha demostrado tener eficacia para este tipo de población. Es decir, quizá los resultados serían más positivos —o al menos más clarificadores— si los programas atendieran a los diferentes tipos de sujetos que van a ser objeto de intervención.

Pese a estas objeciones o carencias de las investigaciones, los trabajos y sus conclusiones no carecen de interés, ya que los propios autores proponen nuevas líneas de investigación, directrices y tendencias muy estimables (Stoundenmire et al., 1989; Alterman et al., 1993; Copas et al., 1984; Knight-Law et al., 1988; Kadden et al., 1989; Lennings, 1990; Gerstley et al., 1989; Woody et al., 1985; Vaillant & Antonowick, 1991, etc.)

En primer lugar, es de destacar la unanimidad con que los autores sugieren que los mayores beneficios del tratamiento en sujetos antisociales tienen lugar cuando éstos poseen un diagnóstico adicional de depresión. Y no sólo obtienen mayores beneficios de los tratamientos en general, sino que son susceptibles de beneficiarse de ciertos tipos de tratamiento (ej.: psicoterapia individual, terapia de grupo interaccional, etc.), los cuales obtienen una evidente ineficacia en sujetos antisociales sin ese diagnóstico adicional de depresión.

Ello nos llevaría a la necesidad esencial de establecer un diagnóstico cuidadoso dentro de la tipología existente en relación al trastorno antisocial (ej.: psicopatía idiopática vs. sintomática)<sup>8</sup>.

Pero los resultados no sólo varían en cuanto a la tipología del trastorno antisocial, sino en cuanto a la tipología dentro del trastorno e la adic-

---

<sup>8</sup> La clasificación entre psicópatas sintomáticos y psicópatas idiopáticos responde a la consideración de que existen sujetos cuya implicación con el alcohol y/o las drogas ha provocado el surgimiento de conductas antisociales, que a su vez han llevado a diagnosticarlos como psicópatas. Es decir, su problema primario sería la adicción y su problema secundario la conducta antisocial, siendo a su vez susceptibles de experimentar signos de culpabilidad, remordimiento, lazos interpersonales, depresión, ansiedad, etc., que podría decirse son «incompatibles» con la psicopatía como tal. A este grupo se le denominaría *psicópatas sintomáticos* o secundarios. Frente a este, estaría el de *psicópatas idiopáticos*, puros o primarios, cuya conducta adictiva, se consideraría una conducta antisocial en sí misma, manifestación de su propio trastorno y estructura de carácter antisocial.

ción, muy solapada con la anterior (ej.: alcohólico esencial vs. alcohólico reactivo; alcoholismo primario vs. secundario). Pero no vamos a entrar en los aspectos diagnósticos y tipológicos. Tan sólo pretendemos señalar, a la luz de las investigaciones, la importancia de utilizar un sistema de clasificación fiable y válido, haciéndonos eco de numerosos autores, para la asignación de diferentes tratamientos.

Otro punto a destacar sería la necesidad de evaluar el posible deterioro neuropsicológico del sujeto, a la hora de asignar qué tratamiento es susceptible de ser el más eficaz para el sujeto en cuestión. Es evidente, por tanto, que es necesaria una investigación futura, basada en una cuidadosa delimitación de estos diagnósticos.

En otra línea, es de interés destacar el acuerdo de muchos autores en abogar, para el tratamiento de este tipo de pacientes, por tratamientos y ambientes altamente estructurados, en centros residenciales, con objetivos claramente marcados, con un control conductual significativo, con actividades programadas, etc. (ej.: *Coping Skills Training*) y objetar por el contrario la aplicación exclusiva de tratamientos en que se exija al paciente cierta implicación con el terapeuta, grupo, etc. o el compromiso de sus emociones (ej.: psicoterapia tradicional). Entre otras razones, se apunta a que los pacientes con personalidades psicopáticas severas pueden llegar a ser extremadamente problemáticos y con frecuentes conductas perturbadoras, así como manipulativos y explotadores. Sin embargo no siempre se destacan como negativas este último tipo de intervenciones, aludiendo a que existe adictos antisociales al alcohol y/o a las drogas susceptibles de beneficiarse de tales intervenciones, pero de nuevo surgiría la pregunta: ¿qué tipología es dentro del trastorno antisocial, susceptible de tal beneficio?...

En suma, destacaríamos:

— Es preferible la aplicación de tratamientos bajo condiciones de institucionalización.

— El entrenamiento en habilidades de afrontamiento, parece más apropiado para los psicópatas «idiopáticos», frente a cualquier otro tipo de tratamiento (habría que destacar que este es uno de los tratamientos más carente de investigación).

— Aunque la psicoterapia tradicional/individual es ineficaz para la mayor parte de abusadores antisociales, existen subtipos susceptibles de beneficiarse de la misma, como serían los psicópatas sintomáticos.

— Los grupos de terapia son efectivos para la prevención de la conducta de negación de los pacientes, requiriendo que el paciente asuma la responsabilidad de sus acciones.

— Las técnicas de modificación de conducta, basadas en la administración de contingencias o recompensas (premios y castigos), pueden ser útiles para este tipo de pacientes. Sin embargo, dado que los refuerzos pueden ser difíciles de definir para los psicópatas, tal técnica debería ser aplicada de forma individual.

— La medicación de psicofármacos es cautelara para este tipo de pacientes, ya que pueden incrementar la conducta agresiva; en combinación con otras drogas pueden suponer una sobredosis y pueden ser fuente de abuso.

Como líneas generales de actuación, a la hora de implementar un tratamiento para los psicópatas adictos al alcohol y/o las drogas, de acuerdo con las investigaciones realizadas hasta la fecha, propondríamos:

a) Diagnosticar qué patologías concurren de forma adicional con la psicopatía con el fin de determinar las diferentes tipologías dentro de los trastornos, dada su implicación en los resultados de tratamiento.

b) De acuerdo con las tipologías anteriores, seleccionar el tipo de tratamiento, que más se adecúe a las características de personalidad y necesidades del paciente, así como a su posible deterioro neuropsicológico.

## Referencias

- ALTERMAN, A. I.; CACCIOLA, J. S. y RUTHERFORD, M. J. (1993). Psychopathy in substance abusers: an examination of correlates and consequences. Manuscrito no publicado.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders*, 3rd Ed. rev. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1983). *Publication manual of the American Psychological Association* (3rd ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- CLECKELY, H. (1976). *The mask of sanity: A attempt of clarify some issues about the so-called psychopathic pesonality* (5th ed.). St. Louise: Mosby.
- COLLINS, J. J.; SCHLENGER, W. E., y JORDAN, B. K. (1988). Antisocial Personality and Substance Abuses Disorders. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 16, 187-198.
- COPAS, J. B.; O'BRIEN, M.; ROBERTS, J. y WHITELEY, S. (1984). Treatment otucome in pesonality disoreder: The efect of social, psychological and behavioural variables. *Person indiv. Diff.*, 5, 565-573.
- GERSTLEY, L. J.; ALTERMAN, A. I.; McLELLAN, A. T. y WOODY, G. E. (1990). Antisocial Personality Disorders: A Problematic Diagnosis? *Am. J. Psychiatry*, 147, 2, 173-178.
- GERSTLEY, L. J.; McLELLAN, A. T.; ALTERMAN, A. I.; WOODY, G. E.; LUBORSKY, L. y PROUT, M. (1989). Ability to Form an Alliance With the Therapist: A Possible Marker of Prognosis for Patients with Antisocial Personality Disorder. *Am. J. Psychiatry*, 146, 4, 508-512.

- GLASS, G. V. (1976). Primary, secondary, and meta-análisis of research. *Educational Researcher*, 5, 3-8.
- HATHAWAY, S. E. y McKINLEY, J. C. (1983). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- HELZER, J. E. y PRYBECK, T. R. (1988). The occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49: 219-224.
- HESELBROCK, V. M.; HESSELBROCK, M. N. y STABENAU, J. R. (1985). Alcoholism in Male Patients Subtyped by Family History and Antisocial Personality. *Journal of Studies of Alcohol*, 46 1, 59-64.
- LENNINGS, C. J. (1990). Drug dependence and personality disorder: its relationship to the treatment of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 27, 209-212.
- LEWIS, C. E. y BUCHOLZ, K. K. (1991). Alcoholism, antisocial behavior and family history. *British Journal of Addiction*, 86:177-194.
- JOHNSON, B. T. (1989). *DSTAT: Software for the meta-analytic review of research literatures*. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey: Ed. Hillsdale.
- KADDEN, R. M.; COONEY, N. L.; GETTER, H. y LITT, M.D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 57, 698-704.
- KIGHT-LAW, A.; SURGERMAN, A. A. y PETTINATI, H. M. (1988). An application of a MMPI classification system for predicting outcome in a small clinical sample of alcoholics. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4, 325-334.
- MEGARGEE, E. I. (1972). *The California Psychological Inventory handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- STOUNDENMIRE, J.; STEVENS, M. y CUMBEST, SH. (1989). Personality factors in holistic living: Improvement among inpatients alcoholics. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 457-462.
- VAILLANT, P. M. y ANTONOWICK, D. H. (1991). Cognitive behaviour therapy and social skills training improves personality and cognition in incarcerated offenders. *Psychological reports*, 68, 27-33.
- WOODY, G. E.; McLELLAN, A. Th.; LUBORSKY, L. y L'BRIEN, Ch. P. (1985). Sociopathy and Psychotherapy Outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1081-1086.
- ZUCKER, R. A. (1987). The four alcoholisms: A developmental account of the etiologic process. In P. C. Rivers (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: vol. 34 Alcohol and addictive behavior* (pp. 27-83). Lincoln: University of Nebraska Press.

**Abstract**

Este artículo pretende, a la luz de la problemática existente en torno al concepto, definición y diagnóstico de la psicopatía, analizar su influencia en el tratamiento de la psicopatía. Para ello proponemos realizar un estudio exhaustivo de los resultados de los tratamientos aplicados entre 1982 y 1993. Este estudio, en proyecto, hace referencia a la revisión meta-analítica de la literatura referente a este campo de la investigación.