



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal

PROPIETATS PSICOMÈTRIQVES DE L'ADAPTACIÓ  
ESPANYOLA DEL PSYCHOPATHY CHECKLIST:  
SCREENING VERSION  
(PCL:SV)

Tesi doctoral presentada per  
Àngel Cuquerella Fuentes

Director:  
Dr. Rafael Torrubia Beltri

Bellaterra, 24 de maig de 2018

## AGRAÏMENTS

En primer lloc, voldria referir-me al meu director de Tesi. Dr. Rafael Torrubia Beltri. A ell li dec un inabastable agraïment, per l'esforç extraordinari en transformar una persona com jo, dedicada bàsicament a l'àmbit forense i clínic, en un apassionat de la psicopatia i un etern deixeble. Vaig conèixer un professor titular, i acabo la tesi amb un referent, un amic i una persona amb innegable carisma i lideratge científic. Em sumo amb infinita modèstia, al llarg regitzell de deixebles que ha deixat en la seva llarga, prolífica i activa vida universitària.

També voldria agrair als meus, a Montse, David i Anna, la paciència amb mi i la meua necessària dedicació a la Tesi i a la docència, que a cops no m'ha permès veure el seu valor en un segon pla, ajudant-me en tasques iguals o més importants que la meua.

Un record emocionat també als meus pares i avis, presents per sempre al meu cor i als meus pensaments. I gràcies a germans i família per haver-nos retrobat, quan la vida ens ha permès asserenar-nos i madurar.

Un especial agraïment també a Joan Carles Navarro, Joan Manel López Capdevila i a Ferran Genís. Sense ells aquesta Tesi no existiria, segur. Els seu esforç per un objectiu alié, la meua Tesi, no sé si mai el podré agrair prou. Del seu exemple, saviesa i companyonia, n'espero gaudir molts més anys.

També he fer palès el suport i especial sensibilitat que a la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat, no només per allò relatiu a necessaris permisos, autoritzacions i tràmits administratius, sinó pel tarannar i ajut constant que he rebut des d'àmbits de gestió i des de tots els professionals que m'han donat acollida, ajut i coneixements.

Un especial agraïment als Drs. Albert Bonillo, Óscar Andi3n, Yolanda Pardo i Beatriz Molinuevo, pel suport en aspectes estadístics i en el recolzament en aquelles dificultats que implicava per a un novell, aprendre d'un àmbit complex com la psicometria.

Finalment, agraïment per totes aquelles persones que d'una manera o altra m'han permès arribar aquest punt. No totes hi són, física o espiritualment, però la vida m'ha

esenyat a valorar l'esforç que moltes persones fan, sense demanar res a canvi i que ens fa a tots millors persones.

Finalment, també una forta abraçada a tots aquells amics/gues i companys/gnyes de feina que m'han recolzat sempre, especialment en moments de fatiga o defalliment, i també a totes aquelles persones que, tot i mostrar potser certa incredulitat, finalment han pogut veure com aquesta Tesi deixava de ser etèria i es consolidava com una realitat.

## RESUM

Pritchard, Kurt Schneider i Cleckley, entre d'altres, han anat definint al llarg dels darrers dos segles el constructe de la psicopatia, fins que a les últimes dècades de la segona meitat del segle XX Hare l'operativitza en un inventari de 20 ítems anomenat *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; 1991, 2003), que agrupa en dos Factors i després dividiria en quatre Facetes: "Interpersonal", "Afectiva", "d'Estil de vida" i "Antisocial". Posteriorment i com a versió de garbellat (del PCL-R) és va dissenyar el *Psychopathy Checklist: Screening Version* (Hart, Cox i Hare, 1995) amb 12 ítems i un temps d'administració molt menor, apte per a entorns forenses i clínics.

L'objectiu general d'aquesta Tesi va ser l'estudi de les propietats psicomètriques (fiabilitat i validesa) de l'adaptació espanyola del PCL:SV (Cuquerella i Torrubia, 1996) en mostres forenses (judicial, psiquiàtrica, penitenciària i d'agressors sexuals) del nostre medi cultural. Com a objectius específics es va estudiar: a) la fiabilitat de consistència interna; b) la fiabilitat entre avaluadors; c) l'error estàndard de mesura; d) la validesa estructural, mitjançant anàlisis factorials exploratòries i confirmatòries; e) la validesa concurrent, amb l'estudi de l'associació amb el PCL-R; f) la validesa convergent, amb instruments com les *Karolinka Scales of Personality*, *Escala de Sensibilitat al Càstig* i de *Sensibilitat a la Recompensa*, amb el Qüestionari de Psicopatia experimental i amb variables sociodemogràfiques, penitenciàries i delictives; i g) la validesa discriminat, amb mesures d'intel·ligència (Test de Matríus Progressives de Raven) i algunes variables sociodemogràfiques. La mostra fou de 394 participants voluntaris, agrupats en les quatre submostres esmentades.

El resultat més important foren: Pel que fa a la fiabilitat, la consistència interna fou força acceptable i la fiabilitat Inter-avaluadors superior, fins i tot, a la mitjana de resultats del Manual original (Hart et al, 1995). En relació a la validesa, i pel que fa específicament a la validesa estructural (estructura factorial), la solució que millor va explicar els resultats obtinguts a la nostra Mostra va ser la tetrafactorial (anàlisi factorials confirmatòries), si bé al Manual descrivia la solució bifactorial com la més parsimoniosa i amb millor bondat d'ajustament (Hart et al, 1995). Les dades de validesa convergent, aportaren correlacions en el sentit esperable, destacant, entre d'altres: a) que escales com *Evitación de la monotonía* i *Agresión verbal* es mostraren associades a major Puntuació Total PCL:SV; b) correlacions del Factor 2 negatives amb l'escala *Socialización* i positives amb *Sensibilitat a la recompensa* (SR); i c) correlacions positives del Factor 2 i la Puntuació Total amb el Qüestionari de Psicopatia experimental (QPe). Pel que fa a correlats sociodemogràfics, delictius i penitenciaris (submostra Penitenciària) destacaríem l'associació entre la Puntuació total (PCL:SV) i tipologies delictives relacionades amb "trencament de condemna" i "lesions", o amb variables criminològiques com *Precocitat en la primera detenció*, *Edat del primer ingrés a presó*, *Edat del primer judici*, *Nombre de regressions (de grau)*, *Nombre de sancions greus* o *Nombre de trencaments de condemna*.

Ratifiquem doncs, la similitud de resultats del present treball amb els del Manual, els quals confirmen una fiabilitat i una validesa acceptables de l'adaptació espanyola del PCL:SV, permetent, doncs l'aplicació en l'àmbit forense i d'investigació d'aquest instrument com a eina de cribratge de la psicopatia.

## RESUMEN

Pritchard, Kurt Schneider y Cleckley, entre otros, han ido definiendo a lo largo de los últimos dos siglos el constructo de psicopatía, hasta que en las últimas décadas del siglo XX Hare lo operativiza en un inventario de 20 ítems denominado *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; 1991, 2003), que agrupa en dos Factores y después dividiría en cuatro Facetas: "Interpersonal", "Afectiva", "de Estilo de vida" y "Antisocial". Posteriormente y como versión de cribado (del PCL-R) se diseñó el *Psychopathy Checklist: Screening Version* (PCL: SV; Hart, Cox y Hare, 1995) con 12 ítems, un tiempo de administración mucho menor y apto para entornos forenses y clínicos.

El objetivo general de esta Tesis fue el estudio de las propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) de la adaptación española del PCL: SV (Cuquerella y Torrubia, 1996) en muestras forenses (judicial, psiquiátrica, penitenciaria y de agresores sexuales) de nuestro medio cultural. Como objetivos específicos se estudió: a) la fiabilidad de consistencia interna; b) la fiabilidad entre evaluadores; c) el error estándar de medida; d) la validez estructural, mediante análisis factoriales exploratorios y confirmatorios; e) la validez concurrente, con el estudio de la asociación con el PCL-R; f) la validez convergente, con instrumentos como las *Karolinska Scales of Personality*, Escalas de Sensibilidad al Castigo y de Sensibilidad a la Recompensa, el Cuestionario de Psicopatía experimental y con variables sociodemográficas, penitenciarias y delictivas; y g) la validez discriminante, con medidas de inteligencia (Test de Matrices Progresivas de Raven) y algunas variables sociodemográficas. La muestra fue de 394 participantes voluntarios, agrupados en las cuatro submuestras mencionadas.

Los resultados más importantes fueron: En cuanto a la fiabilidad, la consistencia interna fue bastante aceptable y la fiabilidad Inter-evaluadores superior, incluso, a la media de resultados del Manual original (Hart et al, 1995). En relación con la validez y por lo que respecta específicamente a la validez estructural (estructura factorial), la solución que mejor explicó los resultados obtenidos en nuestra Muestra fue la tetrafactorial (análisis factoriales confirmatorios), si bien en el Manual se describía la solución bifactorial como la más parsimoniosa y con mejor bondad de ajuste (Hart et al, 1995). Los datos de validez convergente, aportaron correlaciones en el sentido esperable, destacando, entre otros: a) que escalas como Evitación de la monotonía y Agresión verbal se mostraron asociadas a mayor Puntuación Total PCL: SV); b) correlaciones del Factor 2 negativas con la escala Socialización y positivas con Sensibilidad a la Recompensa; y c) correlaciones positivas del Factor 2 y la Puntuación Total con el Cuestionario de Psicopatía experimental. En cuanto a correlatos sociodemográficos, delictivos y penitenciarios (submuestra Penitenciaria) destacaríamos la asociación entre la Puntuación total (PCL: SV) y tipologías delictivas relacionadas con "quebrantamiento de condena" y "lesiones", o con variables criminológicas como Precocidad en la primera detención, Edad del primer ingreso en prisión, Edad del primer juicio, Número de regresiones (de grado), Número de sanciones graves o Número de quebrantamientos de condena.

Ratificamos pues, la similitud de resultados del presente trabajo con los del Manual, los cuales confirman una fiabilidad y una validez aceptables de la adaptación española del PCL: SV, permitiendo, pues, la aplicación en el ámbito forense y de investigación de este instrumento como herramienta de cribado de la psicopatía.

## ABSTRACT

Pritchard, Kurt Schneider and Cleckley, among others, have defined over the last two centuries the psychopathy construct. More recently, in the two last decades of the 20th century, Hare operationalized it into a 20-item checklist called the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; 1991, 2003), which groups them into two Factors and four Facets: "Interpersonal", "Affective", "Lifestyle" and "Antisocial." Subsequently, a screening version of the PCL-R, the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV; Hart, Cox and Hare, 1995), was developed, including 12 items, with a much lower administration time and that is useful for forensic and clinical purposes.

The general aim of this Thesis was the study of the psychometric properties (reliability and validity) of the Spanish adaptation of the PCL:SV (Cuquerella and Torrubia, 1996) in forensic samples (judicial, psychiatric, penitentiary and sexual aggressors). As specific objectives, we studied: a) internal consistency reliability; b) interrater reliability; c) the standard measurement error; d) structural validity, through exploratory and confirmatory factorial analyses; e) concurrent validity, through the study of the association with the PCL-R; f) convergent validity, with instruments such as Karolinska Scales of Personality, Scales of Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward, the Experimental Psychopathy Questionnaire and sociodemographic, penitentiary and criminal variables; and g) discriminant validity with intelligence measures (Raven Progressive Matrices Test) and some sociodemographic variables. The sample was composed by 394 voluntary participants, grouped in the four above mentioned sub-samples.

The most important results were: As far as reliability is concerned, internal consistency was quite acceptable and the interrater reliability superior, even the average results of the original Manual (Hart et al., 1995). Regarding the validity, and with regard to the structural validity (factor structure), the solution that best explained the results obtained in our sample was the four-factor one (confirmatory factor analysis), although the Manual described the two-factor solution as the most parsimonious and with the best goodness of fit (Hart et al., 1995). Data about convergent validity showed correlations in the expected direction, emphasizing, among others: a) that scales such as Monotony Avoidance and Verbal Aggression were shown to be associated with a higher Total Score (PCL:SV); b) negative Factor 2 correlations with the Socialization scale and positive ones with Sensitivity to Reward; and c) positive correlations of Factor 2 and Total Score (PCL:SV) with the Experimental Psychopathy Questionnaire. As regards sociodemographic, criminal and penitentiary correlates, we would highlight the association between Total Score (PCL: SV) and criminal typologies related to "conviction breaks" and "injuries", or with criminological variables such as Precocity in the First arrest, Age of first admission to prison, Age of first trial, Number of regressions (of degree), Number of serious penalties or Number of sentences breaks.

It is noticeable the similarity of the results of the present study with those from the Manual, which confirm an acceptable reliability and validity of the Spanish adaptation of the PCL: SV, allowing, therefore, the application of this instrument as a screening tool for psychopathy both in forensic contexts as well as for research purposes.

# ÍNDEX



# ÍNDEX

ÍNDEX GENERAL

GLOSSARI D'ABREVIATURES

ÍNDEX DE FIGURES

ÍNDEX DE TAULES

## 1. PART TEÒRICA

### 1.1. EVOLUCIÓ HISTÒRICA DEL CONCEPTE DE PSICOPATIA

1.1.1. Introducció.....	pàg. 1
1.1.2. Desenvolupament històric.....	pàg. 2
1.1.2.1. Segles XVIII-XIX.....	pàg. 3
1.1.2.2. Segle XX	
(a) Psiquiatria germànica.....	pàg. 16
(b) Corrent psicoanalítica.....	pàg. 20
(c) Psiquiatria angloamericana.....	pàg. 21
(d) Concepte modern de psicopatia: Hervey Cleckley.....	pàg. 24

### 1.2. EVOLUCIÓ DEL CONSTRUCTE PSICOPATIA AL LLARG DE LES

#### CLASSIFICACIONS PSIQUIÀTRIQUES: DSM i CIE

1.2.1. DSM.....	pàg. 32
1.2.2. CIE/CIM.....	pàg. 36
1.2.3. REFLEXIONS FINALS.....	pàg. 38

### 1.3. BASES NEUROBIOLÒGIQUES DE LA PSICOPATIA

1.3.1. Introducció.....	pàg. 39
1.3.2. Neurodesenvolupament.....	pàg. 40
1.3.3. Psicopatia i aspectes neurobiològics.....	pàg. 42

### 1.4. TEORIES EXPLICATIVES. COMORBIDITATS

1.4.1. Introducció.....	pàg. 47
1.4.2. Teories explicatives de la psicopatia	
1.4.2.1. Teories adaptatives.....	pàg. 50
1.4.2.2. Teories de reactivitat emocional i conductuals.....	pàg. 53
1.4.2.3. Teories neurobiològiques.....	pàg. 57

1.4.2.4. Model triàrquic.....	pàg.	60
1.4.3. Psicopatia primària i psicopatia secundària.....	pàg.	62
1.4.4. Psicopatia i genètica.....	pàg.	64
1.4.5. Psicopatia i gènere.....	pàg.	65
1.4.6. Psicopatia i suïcidi.....	pàg.	67
1.4.7. Psicopatia i trastorn per abús/dependència de substàncies (TUS).....	pàg.	67
1.4.8. Comorbiditat psicopatia i Psicosi.....	pàg.	67
1.5. PSICOPATIA I VALORACIÓ MEDICOLEGAL. ASPECTES CRIMINOGENÈTICS.....	pàg.	73
1.6. INSTRUMENTS DIAGNÒSTICS D' AVALUACIÓ DE LA PSICOPATIA		
1.6.1. Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)		
1.6.1.1. <i>Introducció</i> .....	pàg.	79
1.6.1.2. <i>Descripció i característiques psicomètriques del PCL-R</i> .....	pàg.	83
1.6.1.3. Estructura Factorial/Facetes.....	pàg.	86
1.6.2. Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)		
1.6.2.1. <i>Desenvolupament i característiques generals. Normes d'ús</i> .....	pàg.	89
1.6.2.2. <i>Descripció i definició dels ítems (PCL:SV)</i> .....	pàg.	92
1.6.2.3. Propietats psicomètriques del PCL:SV (Manual).		
Fiabilitat i validesa.....	pàg.	97
1.6.2.4. Altres estudis de fiabilitat i validesa.....	pàg.	100
1.6.2.5. Estandardització del PCL:SV als diferents països.....	pàg.	105
1.6.3. Mesures relacionades amb PCL-R/PCL:SV.....	pàg.	110
1.6.4. Altres escales que avaluen trets psicopàtics-antisocials		
1.6.4.1. <i>Introducció</i> .....	pàg.	113
1.6.4.2. <i>Autoinformes</i> .....	pàg.	113
2. PLANTEJAMENT EXPERIMENTAL		
2.1. INTRODUCCIÓ.....	pàg.	118
2.2. OBJECTIUS I HIPÒTESI GENERALS.....	pàg.	119
2.3. OBJECTIUS I HIPÒTESI ESPECÍFIQUES.....	pàg.	119
3. MÈTODE		
3.1. PARTICIPANTS.....	pàg.	123
3.2. MATERIALS		
3.2.1. PCL:SV.....	pàg.	125

3.2.2.PCL-R.....	pàg.	126
3.2.3.Test de Matris Progressives de Raven.....	pàg.	126
3.2.4.Versió experimental del Qüestionari de Psicopatia.....	pàg.	127
3.2.5.Qüestionari de Sensibilitat al Càstig i de Sensibilitat a la Recompensa.....	pàg.	127
3.2.6.Escales de Personalitat de Karolinka.....	pàg.	128
3.3.PROCEDIMENT.....	pàg.	129
3.4.ANÀLISI DE DADES.....	pàg.	133
4. RESULTATS		
4.1. Descriptius.....	pàg.	137
4.2.Anàlisi de fiabilitat.....	pàg.	142
4.2.1. <i>Fiabilitat de consistència interna</i> .....	pàg.	143
4.2.2. Fiabilitat inter-avaluadors.....	pàg.	145
4.2.3. Error Estàndard de Mesura.....	pàg.	146
4.3.Anàlisi de la validesa		
4.3.1. Validesa estructural.....	pàg.	147
4.3.2. Validesa concurrent.....	pàg.	157
4.3.3. Validesa convergent i validesa discriminant.....	pàg.	157
5. DISCUSSIÓ.....	pàg.	165
6. RESUM i CONCLUSIONS.....	pàg.	178
7. OBJECTIUS DE FUTUR.....	pàg.	180

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

ANNEXOS

## GLOSSARI D'ABREVIATURES

AFC	Anàlisi Factorial Confirmatori
AFE	Anàlisi Factorial Exploratori
AG	Amígdala/Complex Amigdalari cerebral
AGRE. SEX.	Agressors Sexuals (submostra 4)
Alfa	Alfa de Cronbach
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CCI	Coeficient de Correlació Intervaluadors ( <i>ICC</i> en anglès)
CFI	<i>Comparative-fit Índex</i>
CPF	Còrtex (pre)Frontal
CPI	<i>California Personality Inventory</i> (Inventari de la Personalitat de Califòrnia)
DA-CA	Nucli dorsal anterior del còrtex cinglat anterior
DE	Desviació Estàndard
F1	Factor 1 (PCL-R/SV/YV)
FAC	Faceta (PCL-R/SV/YV)
DTI	<i>Diffusion Tensor Imaging</i> (Tensor per Difusió d'Imatges)
EEM	Error Estàndard de Mesura
EXT	Externalitzant

GFI	<i>Goodness-of-fit Index</i>
HCR-20	<i>Historical, Clinical and Risk (scales)</i> (Escala de predicció de violència: ítems Històrics, Clínics i de Gestió)
ICC	<i>Intraclass Correlation</i> (Correlació Intraclasse: Inter-avaluadors)
JUC	Judicial (submostra 1)
KSP	<i>Karolinska Scales of Personality</i> (Escala de Personalitat de Karolinska)
MCI	Mitjana de correlacions Inter-ítem
NNFI	<i>No-Normative Fit-Index</i> . Sinònim de TLI o Índex de Tucker-Lewis
PCL	<i>Psychopathy Checklist</i> (versió inicial de 22 ítems)
PCL-R	<i>Psychopathy Checklist - Revised</i> (o R)
PCL:SV	<i>Psychopathy Checklist: Screening Version</i> (o SV)
PCL:YV	<i>Psychopathy Checklist: Youth Version</i> (o YV)
PD (MMPI)	Escala de <i>Desviació psicopàtica</i> (Inventari de Personalitat de Minnesota)
PEN	Penitenciària (submostra 3)
PSI	Psiquiàtrica (submostra 2)
QPe	Qüestionari de Psicopatia experimental
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SEM	<i>Standard Error of Measure</i>

SRMR	<i>Standardised Root Mean square Residual</i>
TAP	Trastorn antisocial de la personalitat
TLI	Tucker-Lewis Índex
TOTALPRO	Puntuació del Factor Total, prorratejada

## ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1: Facetes i dominis del DSM-5.

Figura 2: Neurobiologia, conductes antisocials i raonament moral (Raine et al, 2008).

Figura 3: Relació entre gènere i Facetes (PCL-R), emocions negatives i conducta (por, ira, reforç) i estructures neurobiològiques (Carrè et al, 2013).

Figura 4: Model Triàrquic (Patrick et al, 2009) on es relacionen aspectes conductuals (*meanness, boldness, disinhibition*) amb elements temperamentals (temperament difícil i escassa por).

Figura 5: Comorbiditat o exclusió simptomàtica entre psicopatia i psicosi ((Hodgins, Cote i Toupin, a Cooke, Forth i Hare, 1998).

Figura 6: Distribució Puntuacions totals del PCL:SV a la submostra 1 (Judicial) (n=51).

Figura 7: Distribució Puntuacions totals del PCL:SV a la submostra 2 (Psiquiàtrica) (n=18).

Figura 8: Distribució Puntuacions totals del PCL:SV a la submostra 3 (Penitenciària) (n=173)

Figura 9: Distribució Puntuacions totals del PCL:SV a la submostra 4 (Agressors sexuals) (n=152).

Figura 10: Distribució Puntuacions totals del PCL:SV a la Mostra Total (n=394).

Figura 11: Anàlisi factorial confirmatòria (4 factors).

Figura 12. Anàlisi factorial confirmatòria (3 factors) amb 9 ítems.

Figura 13. Anàlisi factorial confirmatòria (3 factors) amb 12 ítems.

## ÍNDEX DE TAULES

Taula 1: Neurobiologia, conductes antisocials i raonament moral (Raine, 2008).

Taula 2: Trets conductuals de la psicopatia i valència d'aquests, en termes adaptatius (beneficis/costs) (Glenn, Kurzban i Raine, 2011).

Taula 3: Relació entre variables fisiològiques, PCL-R i subtipus de psicopatia definides per autors rellevants (Skeem et al, 2011).

Taula 4: Ítems del PCL-R (Hare, 1991, 2003) corresponents al Factor 1 (1-2, 4-8, 16), els corresponents al Factor 2 (3, 9-10, 12-15, 18-20) i els no-classificables (11, 17).

Taula 5: Comparació entre el PCL-R, PCL-YV (*Youth Version*) i PCL:SV (Hare i Newman, 2010, modificat per Cuquerella i Torrubia).

Taula 6: Instruments d'avaluació del constructe psicopàtic (Patrick, Fowles i Krueger, 2009, modificada per Cuquerella i Torrubia, 2016).

Taula 7: Estadístics descriptius del PCL:SV, per submostres i de tota la Mostra.

Taula 8: Mitjana i desviació estàndard de les submostres i de la Mostra total.

Taula 9: Percentatges de psicopatia de la Mostra i submostres (Tesi).

Taula 10: Alfa de Cronbach i Mitjana de correlacions Inter-ítem de les Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV per a la Mostra total (n= 360-390).

Taula 11: Alfa de Cronbach i Mitjana de correlació Inter-ítem de les Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV, i l'alfa de Cronbach, per a la submostra 1 (Judicial) (n=41- 50).

Taula 12: Alfa de Cronbach i Mitjana de correlacions Inter-ítem de les Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV per a la submostra 2 (Psiquiàtrica) (n=12-17).



Taula 13: Alfa de Cronbach i Mitjana de correlacions de les Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV per a la submostra 3 (Penitenciària) (n=155-171).

Taula 14: Alfa de Cronbach i Mitjana de correlacions de les Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV per a la submostra 4 (Agressors Sexuals) (n=152).

Taula 15: Correlació ítem-total de la Mostra total.

Taula 16: Fiabilitat inter-avaluadors. Coeficients de Correlació Intraclasse, individual (ICC1) i promig (ICC2), per cadascun dels Ítems, Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV (n=19).

Taula 17: Error estàndard de mesura (EEM) de la Mostra total (n=394) i de les submostres.

Taula 18: Matriu de correlacions entre els ítems del PCL:SV.

Taula 19: Matriu de correlacions entre Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV (Mostra total) (n=360).

Taula 20: Anàlisi de components principals amb rotació Oblimin dels 12 ítems del PCL:SV (solució de 2 factors) (N=394).

Taula 21: Anàlisi de components principals amb rotació Oblimin dels 12 ítems del PCL:SV (solució de 2 factors) (N=394).

Taula 22: Anàlisi de components principals amb rotació Oblimin dels 12 ítems del PL:SV (solució de 4 factors) (N= 394).

Taula 23: Anàlisi de components principals amb rotació Oblimin dels 9 ítems del PL:SV segons model de Cooke i Michie (N= 394)

Taula 24: Índexs d'Ajustament dels AFC de diversos models d'estructura factorial del PCL:SV.

Taula 25: Matriu de correlacions PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) amb PCL-R (Facetes, Factors i Puntuació total).

Taula 26: Correlacions entre escales KSP i PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) (n= 59-60).

Taula 27: Correlacions entre escales SR-SC i PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) (n=60).

Taula 28: Correlacions entre escales QPe i PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) (n=60).

Taula 29: Correlacions PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) amb les matrius de Raven (n=89).

Taula 30: Correlacions PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) amb les variables sociodemogràfiques (n=71-89).

Taula 31: Correlacions PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) amb les variables criminològiques. (N:77-84).

Taula 32: Correlació variables penitenciàries i PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) amb les variables penitenciàries (N=57-89).

Taula 33: Correlacions (Kendall) entre PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) i nombre de delictes de cada tipologia delictiva (n=99-107).

ASPECTE TEÒRICS  
PLANTEJAMENT EXPERIMENTAL  
MÈTODE  
RESULTATS  
DISCUSSIÓ  
RESUM I CONCLUSIONS  
OBJECTIUS DE FUTUR

## 1. PART TEÒRICA:

### 1.1. EVOLUCIÓ HISTÒRICA DEL CONCEPTE DE PSICOPATIA

#### 1.1.1. Introducció:

La psicopatia no és un concepte modern, ja ve d'antic. Millon, Simonsen, Birket-Smith i Davis (1998) descriuen ja, a la cultura grega, referències a l'home "poc escrupolós" per part del deixeble d'Aristòtil, Teofrast (Millon, Simonsen i Birket-Smith, 1998) o figures com el general atenienso Alcibiades, la deessa Medea o l'emperador romà Calígula, que serien compatibles amb un perfil psicopàtic (Kiehl i Hoffman, 2011).

Tot i les referències al llarg del temps, és als darrers dos-cents anys on les referències al concepte de psicopatia han estat constants i creixents en la literatura referida a la personalitat, sota innumerables apel·latius, en concret en allò relatiu als trastorns de personalitat (TP, a partir d'ara).

Des d'una percepció purament moral o ètica (ja a mitjans del segle XVIII es parlava de bogeria moral), passant per teories degeneratives i hereditàries al món germànic o francòfon, diversos autors ja van considerar un tipus especial d'individus que transgredien contínuament la norma, mostrant antisocialitat sense que estiguessin afectades les seves facultats intel·lectuals, sense cap estigma d'alienació. Les teories degeneratives van donar lloc al llarg del segle XIX a consideracions ambientalistes, de predisposició individual o de la influència d'ambdues, sent predominants escoles com la germànica, que destacava les deficiències emocionals pròpies de individu, o l'escola angloamericana que va definir des d'un inici la característica antisocial o delictiva dels psicòpates, com la més rellevant per a diagnosticar-los.

El segle XX i XXI han estat clau per a l'actualització i l'homogeneïtzació del concepte, especialment en països com Estats Units, Canadà, Alemanya, Gran Bretanya, França o Dinamarca, aportant a la literatura científica aspectes rellevants en la consideració del trastorn. Així, podem identificar tres línies genèriques per entendre el naixement del concepte de psicopatia en l'àmbit científic (Pichot, 1978). La primera, nascuda a França, però la expressió clàssica de la qual trobem a Anglaterra, seria la que defineix la *moral insanity* o bogeria moral, que prioritzava la presència de la conducta antisocial de determinats subjectes. La segona, integrada en la teoria de la "degeneració mental", englobava a subjectes amb conducta antisocial i amb una

personalitat peculiar, presentant per sobre de tot una "vulnerabilitat i propensió a estats psicòtics d'especial naturalesa". El tercer corrent, essencialment germànic, rebutjaria qualsevol component d'antisocialitat, negant la rellevància d'aquesta dins del concepte, i parlava de "personalitats psicopàtiques" (Torrubia i Cuquerella, 2008).

Des dels diversos corrents psiquiàtrics, psicològics i mèdics s'han anat descrivint doncs, característiques de comportament i de personalitat del trastorn psicopàtic, amb el focus en àmbits tan diversos com el clínic, el psicomètric, els factors neurobiològics, els aspectes conductuals o d'aprenentatge, o fins i tot les repercussions legals del constructe. A tots aquests en farem referència en aquest relat, actualitzant les troballes científiques i les diferents perspectives teòriques que intenten explicar-les.

Ja a l'època contemporània, l'evolució de les classificacions internacionals de l'OMS (CIM<sup>1</sup> 10, 1990) i de l'Associació de Psiquiatria Americana (DSM-5, 2013) mostren aquests intents per objectivar i racionalitzar un concepte encara debatut avui en dia (Torrubia i Cuquerella, 2008), encara quan les línies conductual (antisocial) i caracterial (de personalitat) sembla que volen convergir en un futur pròxim cap a una valoració consensuada i unitària de l'esmentat trastorn.

L'evolució històrica que s'exposa continuació, mostra pas a pas les diverses consideracions que els autors més rellevants en l'àmbit de la psicopatia han anat publicant al llarg d'aquestes dues darreres centúries.

### 1.1.2. **Desenvolupament històric:**

La consideració de la bogeria al *Corpus Iuris Civilis* (Campillo, 2013) o al *Codi Justinià* (ambdós del segle VI) es definien a través de diferents estats: *capitis diminutio*, *dementia*, *insania*, *fatuitas*, *moria*, *furiosi i mente capti*. Fins el naturisme del segle XVI, la edat mitjana sotmetrà als alienats a càstigs en funció del delictes comés, i no per la condició del propi individu. Legislacions com la *Constitutio Carolina Criminalis* (*Lex Carolina*, 1532) i la *Ruota romana*, apunten ja la necessitat de consultar als metges, per tal d'apreciar correctament els fets (Kraft-Ebing, s.d.).

L'estudi de la alienació, bogeria o malaltia mental, des d'on naixerà el concepte de psicopatia, s'origina dins del camp de la Medicina legal. Així, metges legistes com

---

<sup>1</sup> Classificació Internacional de les Malalties.

Esquirol (1772-1840) i Pinel (1745-1826) que citarem més endavant, ja parlaven entre d'altres conceptes, i respectivament, de la *monomanie affective* o "monomania afectiva" i la *manie sans délire* o "mania sense deliri". Posteriorment Emil Kraepelin (1856-1926) creava el primer manual relatiu a aquest camp i donava ja cos a una nova especialitat, la psiquiatria, nascuda des del tronc comú medicoforense, on el component antisocial dins de les seves tipologies delictives era ja un fet significatiu.

## P. ZACCHIAS

Ja al XVI el primer que tracta com un *tot científic* les dades medico psicològiques, fou Paolo Zachias (1584–1659) dins de les *Quaestiones Medico-legales* (1621-1635) consolidant les bases del que seria la psicologia jurídica. Dins de la *dementia* distingeix la (a) *fatuitas* (debilitat, retard mental), (b) *frenitis*, (perversió, deliris) i la (c) *insania* (pèrdua completa de lucidesa mental). Fins el moment, no s'havia aconseguit separar la bogeria del defecte en la intel·ligència.

### 1.1.2.1. Segles XVIII-XIX

El concepte de psicopatia podria situar-se genèricament al segle XVIII, dins del que llavors anomenaven delirium (equivalent a bogeria), contrari a la cordura o presència de raó. El límit entre els dos estats era fonamentalment cognitiu, racional. A finals del segle XVIII, s'aprecia als debats científics la diferència entre la bogeria total o *total insanity*, i la denominada *partial insanity*, en la que inclouríem l'actual concepte de psicopatia. Així, ja no existia un defecte en l'àmbit de la raó, el pensament o intel·lecte sinó que com veurem més endavant, es distingia la denominada *moral insanity* (Pritchard, 1835), referint-se a anomalies en aquells aspectes de la persona no relacionats amb la esfera intel·lectual però sí amb el vessant emocional, l'afectiu, el sensitiu o l'instintiu de la personalitat.

## B. RUSH

Una de les primeres descripcions clíniques de la psicopatia -que no del terme- fou la realitzada per Benjamin Rush (1745-1813), galè nord americà. Dins del seu assaig *The influence of physical causes upon the moral faculty* parlava de subjectes "lúcids de ment que mostraven comportaments socials persistentment desviats, sense cap sentiment de culpa o dubte", subsumibles segons ell en l'anomenada *moral derangement* o pertorbació moral (1786, 1812), juntament amb d'altres anomalies

com el trastorn del desig (*derangement in the will*) i el trastorn de les passions (*derangement of the passions*). Fortament impregnat de continguts morals i religiosos, va orientar l'esmentada descripció científica cap a una condemna moral i social, acotant el seu origen en una "depravació moral innata".

La consideració de la malaltia mental dins de l'àmbit judicial, al segle XVIII, s'origina de fonts anglosaxones, en les quals havia de valorar-se la responsabilitat total o parcial del presumpte incapaç davant la justícia, pel que la bogeria es dividia en total o parcial segons afectés de forma plena o parcial a l'esmentada responsabilitat (imputabilitat, en termes jurídics<sup>2</sup>) (Poy, 1999). La perspectiva era doncs, totalment racionalista, mental, gens "afectiva". Recordem que estem en plena il·lustració, on el coneixement, la raó i l'enciclopèdia (l'*Encyclopédie*, de Denis Diderot i Jean-le-Rond D'Alembert) defineixen ja una moderna cultura industrial.

El *total insanity* (alienat<sup>3</sup> plenament) era el que no raonava en absolut, mentre el *partial insanity* tenia minvada però no abolida la capacitat de seny, en la seva resposta davant la justícia respecte a la imputabilitat.

Centrant-nos al terreny de la bogeria "parcial", que és com es considerava llavors a l'actual psicòpata, aquesta fou derivant cap a la consideració de menysteniment o anomalies de l'afecte, la moral o els instints, no estrictament en l'àmbit de la raó. Originava conductes pertorbadores a la societat, però sense retards intel·lectuals o pensaments disgregats associats. Dins d'aquesta *partial insanity* es parlava llavors d'un subgrup de subjectes afectes de *moral insanity*, això és, persones que mantenen el senderi aparentment intacte però que presenten defectes en la conducta moral o ètica, incloent en aquesta definició els continguts religiosos i morals de l'època: és la *folie raisonnante*.

---

<sup>2</sup> Això és, capacitat per conèixer allò que estem fent, i actuar en conseqüència, preveient les conseqüències de l'esmentada deliberació i execució.

<sup>3</sup> El terme alienat identifica al/la subjecte *fora de sí*, al *boig*, sent la terminologia que utilitzava l'antic Codi Penal (CP) espanyol com causa de inimputabilitat. Actualment el CP de 1995 (L.O. 10/95, de vint-i-tres de novembre; revisat per darrer cop, el tres de novembre de 2016) parla "(a) d'anomalia o alteració psíquica, equivalent a anomalies o lesions físiques o orgàniques cerebrals, i (b) d'alteració a defectes de la psique, això és, de malalties psiquiàtriques funcionals".

## P. PINEL

Fou Philippe Pinel (1745-1826) pare de la psiquiatria francesa qui, en el seu llibre *Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale* al 1801, definia l'*aliénation mentale*, on va incloure l'exitós terme *manie sans délire*. De forma empírica va estudiar i va definir una patologia mental que implicava actes impulsius i autolesius als que la patien, aparentment amb la raó i el coneixement plenament de les seves accions antisocials (Millon, Simonsen i Birket-Smith, 1998). El terme *manie* implicava una exaltació de la activitat motriu, irreflexiva, impulsiva, mentre que l'adjectiu *sans délire* associava un pensament no disgregat ni afectat per deliris o d'altres trastorns del contingut del pensament i sense connotacions morals<sup>4</sup>.

Pinel parlava de defectes en l'afectivitat i defectes en la comprensió, però dominats per un gran "instint de furor" -*instinct de fureur*-, de tal manera que només semblaven afectades les facultats volitives o afectives. Intenta explicar la gènesi de l'esmentada anomalia, associant disfuncions en l'educació del subjecte (poca o nul·la criança) a l'existència d'una disposició "perversa o incorregible". D'aquesta manera neix la inquietud, doncs, per a valorar el paper dels factors externs o constitucionals, en subjectes que poden presentar aquest trastorn.

## J. ESQUIROL

En la mateixa línia, és un deixeble de l'anterior, Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) qui al 1838 va diferenciar bé (a) les anomalies conductuals secundàries a trastorns intel·lectuals, (b) les compatibles amb les actuals psicosis (*folie raisonnante*), o bé (c) defectes aïllats de les diverses funcions mentals (*folie morale*).

Situava la seva tipologia dins de la bogeria parcial, en concret, la monomania afectiva, la monomania intel·lectual i la monomania instintiva<sup>5</sup>. La monomania afectiva d'Esquirol coincidiria parcialment amb la *mania sans délire* de Pinel, és a dir, un trastorn diferent al defecte de la raó o la ment, per la qual cosa ambdós termes van arribar a fer-se paral·lels. Va arribar a assimilar el concepte de bogeria parcial amb el de monomania afectiva.

---

<sup>4</sup> Literalment: *Moral neutrality of Pine formulations*. Recordem que Rush explicava els ara entesos com a comportaments psicopàtics, com una alteració ("depravació") moral i innata.

<sup>5</sup> En l'àmbit psiquiàtric encara al segle XIX persistia la divisió entre raó, instint i emocions com a fonts de psicopatologia.



Intentava explicar conductes delictives, sobre la base d'una tendència de determinades persones cap a actes criminals o moralment repressibles. Potser amb un defecte del raonament, però que no era la causa dominant de les seves accions (Pichot, 1978).

#### J. PRICHARD

Contemporanis als anteriors, Grohman (1819) va encunyar el terme idiòcia moral, categoritzant als qui definia com *Moralische Krankheiten der Seele*. Però fou el gal·lès anglès James Cowles Prichard (1786-1848), metge britànic de Bristol, qui al 1835 va separar definitivament, el menysteniment o trastorn *afectiu* (segons alguns autors és el primer en referir-se als termes *moral insanity* i *moral imbecility*) del purament intel·lectual (bogeria parcial, mania i demència-incoherència).

Obria pas definitivament a la possible consideració de la malaltia mental fora de l'àmbit intel·lectiu, en allò referent a l'àmbit conatiu i emotiu, això és, en l'esfera de la voluntat i la afectivitat pròpies de tot individu. Definia cap al 1835 a un grup de subjectes heterogeni, però compatible amb el que actualment esmentaríem comportament psicopàtic, a través d'un element comú: eren posseïdors d'un defecte al caràcter que era reprobable amb incapacitat per a guiar-los d'acord amb uns sentiments normals, com la correcció, la bondat i la responsabilitat. Podien oscil·lar entre la capacitat de comprendre els avisos de l'exterior (ambient) i el domini d'aquells impulsos que els impel·lien cap a conductes repugnants, les quals eren reprovables socialment. Contrari a la concepció neutra de Pinel i comú a Rush, Prichard afegeix una valoració "moral" al terme psicopatia.

També podia considerar-se a aquest autor destacat, pel que fa a la diferència d'aquells estats passatgers deguts a sobrecàrregues o reaccions davant estímuls situacionals estressants, recuperables, d'aquells trastorns predeterminats per trets anòmals de personalitat, que persistirien al llarg de la vida de l'individu (Millon et al, 1998).

#### J. FALRET

Posteriorment, el terme de monomania cauria en desús. Trelat (1861) es referia ja a la *folie lucide*, i Marce (1862) a la *intelligence anormale*. En 1866, davant una reunió monogràfica sobre la *folie raissondavant*, la *Société Médico-Psychologique* va

postular la *artificial distinció entre les diverses facultats del pensament*. Jean-Pierre Falret (1794-1870) per exemple, definia persones amb un aparentment (i normal) desenvolupament de les facultats afectives, que presentaven instints perversos, sentiments depravats i aprenentatges violents, suggerint una completa absència del sentiment moral. Delesiauve proposa el terme *pseudomonomanie* per a definir als subjectes inestables, perversos en la seva instintivitat i malfactors (Pichot, 1978).

Dins de la psiquiatria anglosaxona, Tuke proposa rebatejar la *moral insanity* en *inhibitory insanity*, refusant interpretacions moralistes (Rush, Pritchard) i recordant el primitiu concepte de Pinel (1892).

#### TEORIES DEGENERATIVES:

En l'àmbit anglosaxó, sorgirien en països com Alemanya, Dinamarca, França o Gran Bretanya, diferents autors que proposaven un origen genètic, orgànic, dels subjectes amb característiques psicopàtiques. Si bé l'esmentada concepció era pejorativa, s'iniciava un model a partir del qual parlàriem d'una "predisposició individual" fet que, juntament amb les teories ambientalistes, definiria un concepte més modern del trastorn.

L'Escola danesa, en primer lloc, a través d'autors com Schack (1858), es van decantar per "aspectes hereditaris i de predisposició genètica en gent depravada", correlacionant trets caracterials amb la fesomia facial. Knud Pontoppidan (1857-1943) al seu tractat *Psychiatriske Forelæsninger og Studier*, relaciona trets anòmals de personalitat amb anomalies cranials i facials, referint-se als "anatòmicament degenerats" (1895). El terme original fou *wanderlust*, referint-se a persones "que referirien voler veure l'ampli mon [...] sense cap pla preestablert i amb sentiments poc concrets, de desconfort, estat d'ànim disharmònic i amb un *drive* instintiu inestable i tendent a errar". Destacava també els estímuls socials com a factors precipitants.

#### B. MOREL

A la escola francesa destaca un autor com Bénédicte Augustin Morel (1809-1873), psiquiatra francès, qui al 1857 publica la seva Teoria de la Degeneració (*Traité des Dégénérescence Phisiques Intellectuelles et Morals de l'Espèce Humaine et des Causes qui Produisent ces Varietes Maladives*) (Debuyst, 1994).

Morel Definia a l'èsser humà com un ésser invulnerable, degenerant o degradant-se fins a la vulnerabilitat mitjançant un procés degeneratiu patològic, extern i ambiental, que es transmetia genèticament. Parlava doncs, de causes externes i de causes endògenes en la degeneració, així com d'un "estat entremig" de degeneració, on existia una predisposició caracteritzada per "vicis de l'estructura interna". Aquesta degeneració la definia com una "desviació morbosa d'un tipus primitiu ideal i perfecte, creat per Déu [...] A partir del pecat original, l'espècie humana havia començat a degenerar, al estar indefensa davant les agressions externes de la més variada natura".

Més enllà d'un grau entremig de predisposició a la degeneració" (o *prédisposés*), caracteritzat per defectes d'aquesta estructura interna (*vices de structure intérieure*) referia quatre tipus "d'*insània hereditària*" (Carmona, 1994, Millon, 1998, Pichot, 1978), "*bogeria dels degenerats*" (Andrade, 1993) o *folies héréditaires*, definint-los com a subtipus de desordre mental sever.

El primer tipus o *hereditary insanities*, degudes a una simple exageració de la disposició nerviosa dels progenitors) seria compatible amb l'actual trastorn esquizoide de la personalitat, i el quart amb un trastorn del desenvolupament intel·lectual (*imbecility, idiocy i creatinism*, segons terminologia de la època).

Les "classes intermèdies" relacionades amb el nostre perfil psicopàtic, eren les següents: (a) Segona classe, amb "deliris dels sentiments i actes" amb aparent conservació de les facultats intel·lectuals (*le délire des sentiments et des actes avec conservation apparent des facultés intellectuelles*), corresponents a la *reasoning insanity* o *instinctive mania* d'alguns autors, la *reasoning mania* de Pinel, la *moral insanity* de Prichard, la *monomanie* d'Esquirol, o la monomania homicida i la suïcida, cleptomania, dipsomania o perversions sexuals; (b) Tercera classe, o "mania instintiva", que incloïa a subjectes limitats intel·lectualment, amb una "tendència precoç a la maldat".

## V. MAGNAN

Com veurem més endavant, Morel coincidiria amb Valentin Magnan (1835 -1912) pel que fa al concepte de degeneració mental, i encara afegirà a aquests subjectes una (d) particular "fragilitat, que predisposa amb més freqüència a psicosis transitòries i a

estats psicopàtics, més que en aquells subjectes sense lesions al sistema nerviós", tal i com va descriure al 1895.

Va crear, doncs, una línia que seria àmpliament seguida per diversos autors. Així, Lange (1904), referint-se a la teoria degenerativa de Morel, estableix "com a causants de l'esmentada degeneració en l'àmbit familiar antecedents com contusions cerebrals, enverinaments, abús d'alcohol o narcòtics, malnutrició, debilitat física general, o atacs epilèptics, els quals desencadenaven la desintegració i degeneració - en les successives generacions- de la ment, finalitzant amb l'extinció de la família afectada". Establia, dins de l'apartat trastorns degeneratius la "insània puberal", la "insània impulsiva" i la "insània moral". Això induïa a determinats subjectes segons Lange, "a la seva minusvàlua i empobriment personal, sent incapaços d'autogovernar-se amb llibertat i superioritat en un estat d'avaluació i raonament [...] sent incapaços per tant d'aprendre amb l'experiència, provocant en alguns casos actes antinormatius". Establia un cert cicle oscil·lant en el seu curs, així com un pobre pronòstic i tractament.

Magnan, per altra banda, canvia les al·lusions religioses de Morel i les modifica per referències Darwinianes pròpies de l'època, adaptant també aspectes de la neurofisiologia que Ribot, a França, importa de Jackson. Proposava en la seva visió particular de la degeneració, un "estat patològic de debilitat psicofísica constitucional, sense les condicions biològiques necessàries per a la supervivència vital". L'esmentada degeneració, "redundava en permanents i progressius estigmes físics, comportant la desaparició de les espècies en aquells casos en els que no existia una regeneració intercurrent". Sobre unes bases neurofisiològiques, descrivia una "disharmonia entre els diversos centres nerviosos de la medulla espinal, l'equilibri del qual desapareix, que provocava un desequilibri i a la fi, la degeneració". En relació al desequilibri-degeneració, descrivia diferents estats de permanència i intensitat. En relació a la permanència, al primer nivell estava alterada la intel·ligència, amb diferents tipologies: idiotes, dèbils mentals *-feeble-minded-*, imbècils i retardats mentals *-mental defectives-*. El més alt subtipus parlava dels *dégénérés supérieurs* o degenerats superiors.

El segon nivell de permanència es basava en un desequilibri de la sensibilitat, i es trobava en subjectes emotius, l'estil de reacció dels quals eren la depressió *-moral hypochondriasis-* o l'excitació *-agressivitat, violència-*: en aquest grup incloïa obsessius, altruistes i egoistes patològics, subjectes no-passionals (*impassioned persons*) i persones

incapaces de sotmetre's a les normes morals (*morally insanes*). El tercer nivell de permanència incloïa el desequilibri del desig, fonamentalment amb trastorns de la impulsivitat.

Quant a la intensitat, al més alt nivell incloïa els "deliris dels degenerats", a l'entremig la *moral insanity* i la "mania sense alteració del pensament" *-reasoning mania-*, deixant a l'últim i inferior nivell aquells "episodis transitoris de degeneració" *-síndromes épisodiques de la dégénérescence-*, subsumint dins les diferents monomanies d'Esquirol com la "folie du doute<sup>6</sup>, *délire de toucher*<sup>7</sup>, agorafòbia, ludopatia, piromania, sitomania, pirofòbia, cleptomania, cleptofòbia, oniomania, ecolàlia, coprolàlia, perversions sexuals, abúlia, homicidi impulsiu, suïcidi impulsiu, dipsomania o zoomania".

De forma resumida Magnan postulava doncs, una degeneració-desequilibri caracteritzada per (a) personalitat anormal, eventualment amb (b) estigmes físics, acompanyada de (c) manifestacions congènites, síndromes episòdics, mania raonant, insania moral i deliris (Pichot 1978). Per altra banda, Magnan i l'escola per ell creada, rebutjava associar la delinqüència a aquest tipus de la subjectes com a criteri diagnòstic, si bé era un fet freqüent entre ells.

Legrain, deixeble de Magnan, descrivia al seu llibre *On delusion in Degenerates individus* (1986) d'altres estrats socials, com advocats, metges, polítics, als qui defineix com seductors, loqaços i incapaços de frenar les seves passions. Equivaldria, en l'actualitat, i fora de l'àmbit delictològic o penal, amb els anomenats *successful psychopaths* o "psicòpates exitosos".

A partir de Magnan, el concepte de desequilibri mental *-déséquilibré mental-* de la psiquiatria francesa coincidiria fonamentalment amb la *moral insanity* de Prichard, afegint una veritable fragilitat mental. Anys més tard, Dupré (1925) parlarà de *constitution perverse*, definint-la en subjectes "amb anomalies constitucionals de la seva moral i activitat social".

A, LACASSAGNE

En l'àmbit forense, Alexandre Lacassagne (1912) diferenciava dins de la bogeria moral

---

<sup>6</sup> Literalment: *bogeria de la indecisió*.

<sup>7</sup> Lit.: *deliri del tacte*.

(a) l'idiotisme moral, (b) la ceguesa moral, (c) l'anestèsia moral i (d) l'astènia moral. Si bé eren sinònims, els grups (a) i (b) implicaven una intel·ligència dèbil, i entre els anestèsics i els astènics morals existia una intel·ligència mitjana comuna, normal, però s'apreciava una diferència quantitativa, de tal manera que els astènics tenien criteris morals però eren vençuts per les tendències egocèntriques i els anestèsics serien els plenament amorals (Lacassagne, 1912).

A Gran Bretanya, a l'igual que a França, s'apel·lava també a "dèficits del sentiment moral". Henry Maudsley (1835-1918) psiquiatra britànic, descriu a determinats subjectes "amb anomalies específiques en determinats locus cerebrals responsables dels sentiments morals normals", definint als qui presentaven aquesta minusvàlua per dèficit en les emocions com "cecs o daltònics morals". Era un intent per diferenciar als que únicament mostraven una bogeria moral, amb els que associaven a l'esmentat menysteniment una discapacitat intel·lectual (1874).

Eminents criminòlegs com Cesare Lombroso (1835-1909) o Gouster (citats a Millon et al, 1998) van desenvolupar també una teoria antropològica, coneguda als anys 1872 i 1885, segons la qual els actuals antisocials eren descrits llavors mitjançant determinats trets antropomòrfics, en una sort de correlació entre components morfològics del subjecte i variables conductuals delictives i depravades dels mateixos. És a Lombroso a qui s'atribueix l'històric concepte de *reo nato*, en la línia que ambdós autors proposaven a través d'estigmes antropològics, considerant al delinqüent com una mena d'home atàvic i biològicament predeterminat als comportaments antisocials (Chico, 1993). Parlem doncs, de determinisme conductual associat a trets físics, antropomòrfics. Gouster descriu al 1878, un conjunt de símptomes de perversió moral des de etapes primerenques a la vida, incloent fossuderia, malícia, desobediència, irascibilitat, mentida, negligència i violència, mostrant-les en conductes com bretolades, intrigues, excitació i arravataments.

Ja a l'època moderna, diversos autors constitucionalistes associaran variables morfològiques amb determinades conductes. Així, Sheldon (1942) associa als endomorfs-mesomorfs amb la delinqüència, és a dir, a conductes antisocials, i Cortés (1972) els mesomorfs amb els agressius, extravertits i impulsius.

A Alemanya, si bé als últims decennis del segle XIX veiem també rellevants autors que continuaven en la línia de la degeneració, apareix una corrent paral·lela i distintiva entre malaltia mental i variables anòmales i permanents de la personalitat normal. Fou

imposant-se progressivament, i és on a la fi es consolidaria la base de l'actual concepció europea de la psicopatia, és a dir, com un reguitzell de trets anòmals de personalitat (CIM). Així, Schüle i Kraft-Ebing, tot i que van il·lustrar-se dins de la concepció degenerativa de l'escola francesa, afirmaven el caràcter de "deficiència mental, estacionària i heretable" del concepte de psicopatia.

Ziehen o Kretschmer, per exemple, s'allunyarien de la teoria degenerativa, afirmant no obstant la heretabilitat del trastorn. Kretschmer, seguint aquesta línia de pensament en la qual existia un continuum entre el subjecte normal, la psicopatia i la psicosi, establí un paral·lelisme entre prims, obesos i atlètics (normalitat), temperament esquizotímic-ciclotímic-viscós, psicopaties esquizoide-hipertímic/depressiva-fanàtica/explosiva i malalties mentals vertaderes com la psicosi esquizofrènica, psicosi bipolar i psicosi endògena, respectivament. Fou un intent d'associar morfotipus i constitucions corporals, amb caracteropaties i psicosi, de certa rellevància al seu moment.

#### R. KRAFT-EBING

A Richard Von Kraft-Ebing (1840-1902) se li atribuï el concepte de sadisme associat a la personalitat humana, definint-lo com un innat desig de desitjar la humiliació i crueltat, associant el dolor i el plaer sexual. El referit autor definia una exacerbació del natural impuls i desigs sexuals al psicòpata, amb respostes tipus *acting-out* generalitzades. Actualment, sadisme i psicopatia es consideren conceptes que correlacionen positivament, tot i que no co-extensius (Robertson, 2014). És a dir, el sadisme agreuja comportaments psicopàtics violents, recidivants i versàtils, però no s'assimila al propi concepte de psicopatia, sent doncs constructes diferents.

#### J. KOCH

Ja en la línia de l'anormalitat crònica de personalitat, trobem al rellevant Julius Ludwig August Koch (1843-1910). Fou a qui s'atribuï per primer cop, al 1891, el terme psicopatia sota el terme "inferioritat psicopàtica" (*Psychopathysche Minderwertigkeiten*) enlloc del pejoratiu terme de *moral insanity*, concepte britànic influent en l'àmbit germànic. Inclou a tots aquells subjectes "afectes de patologia congènita o adquirida, amb repercussió vital i personal significatives, determinant encara en el millor dels casos no estar en possessió de la seva capacitat mental normal". S'entenia sota aquest terme una base orgànica per a l'esmentada "inferioritat", més que una "degeneració".

Distingia diversos grups, sent una part mínima de les referides "inferioritats" la que actualment entroncaria amb l'actual concepte de psicopatia; així, parlava d'una innata "disposició" psicopàtica -*Zartheit*- amb tensió i alta sensibilitat, innata "xacra" psicopàtica -o *belestung*- amb individus egocentristes, peculiars i impulsius, i innata "degeneració" psicopàtica, pròpia de retards intel·lectuals *border-line*. Incloua en aquelles denominacions, patologies tals com la psicopatia, el trastorn histriònic o la neurastènia, per exemple.

Andrade (1993) atribuïa a Koch (1891) la diferència qualitativa entre les psicosis ("tornar-se així") i les psicopaties ("ser així", és a dir, amb un caràcter constitucional).

Podem afirmar, per tant, que Koch aportava (a) una nova terminologia -*inferioritat psicopàtica*-, (b) un nou concepte, considerant diferents anomalies psíquiques, amb influència vital però encara en casos especialment greus sense una consideració plena de trastorn o malaltia mental. Pel que fa a les persones amb un psiquisme normal, amb plenes facultats i capacitats doncs, va aportar també (c) una descripció polimòrfica quant a les diferents expressions de la inferioritat psicopàtica, on en ocasions utilitzava diferents conductes antisocials.

Finalment, podem dir que Koch va estudiar les inferioritats psicopàtiques més en l'àmbit social que al psiquiàtric, propi dels psiquiatres alienistes de l'època (Pichot, 1978).

#### E. KRAEPELIN

Deixeble i referent germànic de les seminals idees de Koch, Emil Kraepelin (1856-1926) va consolidar la terminologia i concepte d'aquell, atribuint-se la separació conceptual entre la psicopatia lligada a una anormalitat permanent de l'àrea afectivo-conativa (*psychopathische Persönlichkeiten*) d'aquella associada a naturaleses mentals malaltes (*originäre Krankheitszustände*). Va rebre la influència francesa del concepte de degeneració, i a l'hora serà la base de les tipologies de Kurt Schneider, i de la concepció germànica de la psicopatia.

A la segona edició de la seu llibre *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierend'und Ärzte*, al 1887, Kraepelin va definir aspectes rellevants al concepte modern de psicopatia com la gratificació lligada a la temeritat o l'egocentrisme. A la cinquena edició (1896) ja descrivia els anomenats "estats psicopàtics" (*Die psychopathischen Zustände*) en lloc



de les “inferioritats psicopàtiques”) als qui associava *trastorns constitucionals* una crònica i vital personalitat mòrbida (Millon 1989). La sisena edició (1899) parlava dels “estats psicopàtics” com formes de degeneració, juntament amb les obsessions, la insània impulsiva i les perversions sexuals (*Entartungsirresein*).

Posteriorment, i a la setèima edició (1903-1904), ja s'observava un canvi qualitatiu important. Així, Kraepelin va aportar una classificació clàssica dins de la psiquiatria alemanya de les personalitats psicopàtiques, relativa a la “*naturalesa antisocial* del trastorn”, similar a l'enfocament de Pritchard. Descriu en determinades persones una “persistent i patològica reacció emocional a les vivències vitals” i distingia quatre tipologies humanes comparables a les actuals personalitats antisocials. Subdividia doncs: (a) mentiders patològics i estafadors, amb làbia i encant però sense valors morals, i irresponsables, posseïdors d'àlies, fraudulents i amb deutes impagades amb freqüència. El segon tipus (b) incloïa delinqüents impulsius associats a piromania, violació o cleptomania, i amb incapacitat per controlar els seus desigs; rarament buscaven beneficis materials de les seves accions. El tercer tipus (c) descriu delinqüents professionals que no mostraven indisciplina o impulsivitat sinó més bé una actitud interna de manipulació, astúcia i egocentrisme. Finalment, el darrer grup (d) definia a rodamons mòrbids, que eren aquells amb una vida erràtica, sense arrels, segurs de sí mateixos i que no assumien les responsabilitats adultes (*Triebmenschen*).

A la vuitena edició, entre 1909 i 1915, l'element *antisocial* deixa de ser preeminent per a Kraepelin en la seva classificació, multiplicant per altre banda les tipologies.

Més endavant, diferents autors germànics com Guala, Tramer, Homburger, Kahn o Schultz aportaran d'altres classificacions, algunes sistemàtiques basades en models de personalitat, i altres no-sistemàtiques (segons terminologia de Schneider) com Bleuler (1857-1939) al seu escrit *Lehrbuch der Psychiatrie*, Martin Reichardt a la segona edició del llibre *Allgemeine und spezielle Psychiatrie* de 1944, o Bumke al seu recull *Handbuch der Psychiatrie*, al 1928.

Theodor Ziehen (1862-1950) parlava de les “constitucions psicopàtiques” (*Doctrine of Psychopathic Constitutions: Die Geisteskrankheiten des Kindesalters*) de forma similar a Dupré. Eugen Kahn (1887-1973) després d'autors com Kahlbaum, Maudsley, Ziehen o Rado (citats per Millon et al, 1998) descriu als psicòpates com persones amb qui el tractament rarament era exitós, que no canviaven al llarg del temps, i els va classificar en relació als instints (impulsius, dèbils impulsius i els psicòpates sexuals), al

temperament (hipertímics, hipotímics i poiquilotímics) i al caràcter (sobrevaloradors del jo, els infravaloradors del jo, i els ambitendents).

W. WEYGANDT

Wilhelm Weigandt més tard, al 1928, definiria la psicopatia com un sumatori d'anomalies psíquiques que es caracteritzaven clínicament per no presentar en general, greus desordres mentals i que solament amb excepcions, podien ser tributaris de tractament puntual. No obstant la relativa integritat de les seves facultats mentals, el psicòpata produïa potser la impressió de quelcom "anòmal psíquicament" si bé aquesta anormalitat (en les diverses àrees del psiquisme) sí era l'origen de la conducta extraviada i que freqüent era causa de topades amb l'entorn social.

Distingia la (a) neurastènia constitucional (neurosis histeriformes, debilitat mental, psicosis degeneratives), (b) pseudologia fantàstica (mentiders patològics, mitòmans, anestèsics morals, egocentristes), (c) patologia sexual (onanisme, rigidesa, pèrdua/exacerbació desig, narcisisme, exhibicionisme, bestialitat, fetitxisme, algolagnia, transvestisme, homosexualitat), (d) psicosis obsessiva i neurosis obsessiva, (e) psicosis impulsiva (impuls morbós a l'incendi, homicidi impulsiu), i (f) caràcter patològic, degenerat.

D'alguna manera antecessora de Schneider, Weigandt distingeix sis subtipus mòrbids als que podrien incloure's actuals comportaments antisocials i psicopàtics:

- (a) Caràcter irritable, colèric: contradictori, violent
- (b) Caràcter reivindicador, pseudopleitista, camorrista, litigant
- (c) Caràcter inconstant, abúlic
- (d) Caràcter ciclotímic innat, humor expansiu i depressiu periòdics
- (e) Caràcter indiferent, desinteressat, embrollador, desconfiat, amb matisos esquizofrènics i paranoides
- (f) Caràcter entusiasta, il·lús, optimistes incorregibles, inventors i col·leccionistes patològics.

#### 1.1.2.2. Segle XX

- (a) Psiquiatria germànica

A cavall entre ambos segles, la psiquiatria alemanya a través de Birnbaum, qui al 1909 (*Die psychopathischen Verbrecher*) concebia a alguns delinqüents, no a través de trets anòmals de personalitat sinó com a resultat de la intervenció de determinades forces socials, que impedièn la seva correcta adaptació. Fou el primer en utilitzar el terme "sociopatia", base de la concepció americana del psicòpata. Canviava doncs el paradigma, amb una hipòtesi ambiental, sociològica, més que degenerativa o constitucional.

Aquesta concepció menys heretable i més ambientalista va deixar empremta, descrita com a desviació social, a les diferents versions del DSM. Va descriure l'anomenada "personalitat psicopàtica", associant doncs a conductes delictives aquells trets de personalitat que eren disfuncionals, en l'estabilitat mental del subjecte, i per tant indirectament, en l'adaptació social.

Serà ja a la dècada dels anys vint (s. XX) quan el terme tindria una major eclosió, especialment a través de autors com William Healy (1869-1963) a *The Individual Delinquent*, i Augusta Bronner (1881-1966), els quals descriuen les influències del medi en els comportaments delictius juvenils especialment. Partridge (1930) ho faria a Nord-Amèrica, com veurem més endavant.

#### K. SCHNEIDER

Kurt Schneider (1887-1967), va integrar les diverses conceptes sobre la psicopatia que existien a Alemanya, al llarg de les nou edicions del seu llibre "Personalitats psicopàtiques" (1923-1950). Schneider definia variants qualitatives de la personalitat normal, descrivint el caràcter innat de moltes carreres criminals des de la joventut, algunes de les quals eren incorregibles. Diferenciava doncs, varietats passives i actives, coincidint amb trets esquizoïdes o antisocials respectivament. Coincidia amb Kraepelin en l'atribució de l'agressivitat i la impulsivitat a diferents psicopaties, afirmant ambdós que la característica d'hostilitat "era inespecífica".

Fou prototípica d'aquest autor, en primer lloc, l'atribució del caràcter psicopàtic a molts subjectes no-delinqüents, en la població normal, compatible amb determinats trastorns de personalitat (TP) de forma similar a com avui en dia definiríem el concepte dels *successful psychopaths* (psicòpates amb èxit). En segon lloc, també fou coneguda l'afirmació de Schneider qui considerava que les diferents psicopaties "eren personalitats que patien per la seva anormalitat o que feien patir a la societat",

descripció que encara avui en dia és utilitzada per a definir els TP. En tercer lloc, malgrat afirmar factors constitucionals propis del trastorn, i senyalant la personalitat psicopàtica com una variant de la personalitat normal, Schneider no exclouïa la possible intervenció de factors exògens com l'entorn familiar o educatiu (Pichot, 1978).

D'acord amb criteris clínics i psicològics descartava la concepció moral o neuròtica. La seva nosologia de personalitats psicopàtiques es basava en els trets dominants de cada individu (Marcó, Martí i Pons, 1990; Pichot, 1978), on eren equiparables la majoria dels trastorns de personalitat amb les classificacions actuals<sup>8</sup>:

1. *Hipertímics*<sup>9</sup>
2. *Depressius*<sup>10</sup>
3. *Insegurs de si mateixos*<sup>11</sup>
4. *Fanàtics*<sup>12</sup>
5. *Filotímics o necessitats d'estimació*<sup>13</sup>

---

<sup>8</sup> DSM i ICD.

<sup>9</sup> Són altament la superficials en el tracte i vincle cap als demás, sent arrogants i d'elevada autoestima, reivindicatius i litigants. Son alegres, actius, canvien constantment de col·locació i es manifesten com inestables.

<sup>10</sup> Són el revers de la moneda dels hipertímics. Hipotímics, coincidirien conductualment amb trets del trastorn per depressió major (DSM-5), amb una visió negativa i distorsionada de sí mateixos i del entorn, hostil. Infravaloren el seu passat, percebent com amenaçant el futur. Es divideixen en *malenconiosos*, tous i bondadosos, i en *freds*, excitables i queixosos. Bona part dels querulants pertanyen al cercle dels psicòpates d'aquest grup.

<sup>11</sup> Equiparable al TP obsessiu-compulsiu i TP passivo-agressiu. Són anomenats també *anancàstics* (Donath). Es caracteritzen per la seva inseguretats i ineficiència interna. Personalitats metòdiques rutinàries, escrupoloses i perfeccionistes, amb baixa autoestima. Solen ser poc finalistes en les seves accions, precisament pel fet de millorar-les constantment. En ocasions poden ser contradictoris, oposicionistes i conflictius amb l'entorn. Associen ruminacions persistents, de les que en són conscients però que no poden evitar, amb gran angoixa per a ells/elles.

<sup>12</sup> Equivalent als actuals TP paranoide, esquizoide, o esquizotípic. Solen ser persones amb una forta por escènica en la seva personalitat i extraordinàriament actius. Mostren fredor, hostilitat i reivindicacions constants contra l'entorn, una afectivitat distorsionada, amb absència de modulació afectiva, o ansietat al contacte social, la qual cosa fa que l'evitin. És freqüent en àmbits judicials, amb nombrosos litigis. Schneider descrivia a fanàtics personals (*querellants*) i fanàtics d'idea (*lànguids*).

6. *Làbils d'estat d'ànim*<sup>14</sup>
7. *Explossius*<sup>15</sup>
8. *Desalmats*<sup>16</sup>
9. *Abúlics*<sup>17</sup>
10. *Astènics*<sup>18</sup>

Des d'un punt de vista medicolegal es podia associar llavors, a partir de l'esmentada classificació, una determinada delictologia o cada perfil criminogènic, a cada subtipus. De forma resumida seria la següent:

- a. *Hipertímics*: insults, lesions, rodamons, prostitució, estafes.
- b. *Depressius*: baixa criminalitat, delictes per omissió.
- c. *Insegurs de si mateixos*: delictes per omissió.
- d. *Fanàtics*: pleitista, agressions, desacatament autoritat, amenaces
- e. *Necessitats d'estimació*: falses denúncies d'agressió sexual, fugides,

---

<sup>13</sup> Compatible amb TP histriònic. Tota la personalitat d'aquests psicòpates està doncs, al servei de semblar més del que són, estan sempre pendents del que és extraordinari, i poden ser excèntrics, fanfarrons.

<sup>14</sup> Compatible amb TP límit, TP amb impulsivitat, i immaduresa. Judicialment són candidats als consums tòxics, hetero o autoagressions, a conflictes conjugals, deserció, o vagabundeig. Reaccionen desproporcionadament davant estímuls mínims, estan sotmesos a "tempestes depressives".

<sup>15</sup> Mostren freqüents comportaments tipus *acting out* o en curtcircuit, amb alliberació sobtada i incontrolada d'agressivitat cap al seu entorn, cap a persones.

<sup>16</sup> TP autodestructiva, sàdica. Anomenats també psicòpates d'ànim fred, coincidirien, segons Schneider, amb els moral insanity, o fins i tot amb la característica del plaer amb el dolor aliè (Krafft-Ebing). Amorals i faltats d'escrúpols, no mostren lligams afectius amb els iguals, parasitant freqüentment l'entorn. Schneider no els distingia d'aquells qui la moral insanity era secundària a traumatismes cranials, o a la post-encefalitis de Von Economo.

<sup>17</sup> Els caracteritza la manca de voluntat, la incapacitat de resistir a totes les influències. Schneider deia d'ells que eren com una ploma al vent. sense decisió, manca d'iniciativa, són fàcilment suggestionables per terceres persones la seva característica fonamental és la de que són incapaços de resistir qualsevol influència de l'exterior, ben al contrari, si les seves companyies són malfactors, es comporten com a tals. Es diu (i amb raó) que tan dolent és tenir uns instints forts i dominar als demés, com mancar d'aquests, sent la personalitat massa fàcilment mal-leable i sense possibilitat d'oposició davant estímuls exteriors.

<sup>18</sup> TP narcisista, TP per evitació. Per motius caracterològics tendeixen a fracassar, sent psíquicament dèbils. Constantment dirigeixen la seva atenció al propi cos, alterant la funció de l'organisme, funcionant de forma normal quan s'escapa al control de la consciència.

prodigalitat.

f. *Làbils d'estat d'ànim*: delictes passionals, inducció a delictes, fugides.

g. *Explosius*: danys, lesions, desacatament.

h. *Mancats de consciència*: variabilitat delictiva, violència desmesurada, brutalitat, delictes de lesions i contra la propietat.

i. *Abúlics*: delictes per omissió, prostitució.

j. *Desalmats*: homicidi, violació, robatoris amb intimidació, estafes, suplantació de personalitat.

k. *Astènics*: toxicofília.

Veiem doncs, que tot i que encara és molt genèrica, i no-coincident amb la tradició anglo-francòfona dels *morally insanity-mentally unbalanced*, sí existien trets dels anteriors en tres de les *personalitats psicopàtiques* de Schneider: l'íestable o Làbil d'estat d'ànim; el Desalmat, anètic o apatètic<sup>19</sup> i l'Abúlic. El primer, Làbil, correspondria doncs als subjectes sotmesos conductualment a constants oscil·lacions emocionals, com tendències periòdiques a reaccions depressives de origen endogen, diferents al trastorn bipolar; El cruel o *Desalmat* equivaldria exactament a la *moral insanity* de Prichard, essent subjectes privats d'afecte, compassió, modèstia, honor, consciència, freds i brutals, explosius; Finalment, l'Abúlic seria aquella persona incapaç de resistir qualsevol tipus d'influència externa, absorbent com una esponja tot allò nociu que l'envolta: Schneider els considerava com altament degenerats.

Malgrat tot, Schneider no es va mostrar disposat a extraure un factor comú d'aquests tres tipus ja que els considerava amb trets específics a cadascun.

#### A. WIMMER

August Wimmer (1872-1937), psiquiatra danès, va dividir les personalitats psicopàtiques (1929) en (a) histèrica, (b) explosiva, (c) íestable, (d) sexualment pervertida, (e) asocial i (f) antisocial. Si bé criticava les teories degeneratives seguides fins el moment, implicava en la seva teoria elements d'heretabilitat (genètica Mendeliana) i d'altres, criticant aspectes relatius a confluències amb atavismes com el *reo nato* de Cesare Lombroso, o mesures socials agressives com l'esterilització o la prohibició de matrimoni, entre d'altres.

---

<sup>19</sup> Etimològicament: *a*=negació, *pathos* =malaltia, patiment, dolor.

(b) Corrent psicoanalítica

Una línia de pensament també important a partir de la dècada dels anys vint fou la psicoanàlisi, que aportarà la seva visió particular sobre la psicopatia. Entre els autors que destacaríem, Aichorn (1925) es referia a una excessiva sobreprotecció o indulgència, o a una excessiva duresa i càstig, les quals fonamentarien la renúncia del nen als valors socials. L'absència de normes interioritzades a través dels pares promouria la cerca de gratificacions immediates a través de comportaments impulsius, base dels comportaments antisocials i psicopàtics".

Abraham (1925) intentava justificar els aspectes narcisistes, d'una banda, i els components antisocials, per l'altra, d'acord amb "l'existència o absència de tendresa a edats infantils".

Reich (1925) es referia a l'absència de control del superjò, responent a les tendències instintives mitjançant comportaments reactius de tipus impulsiu. En la línia, Alexander a la primera meitat del segle XX també va argumentar l'absència de control del jo i la traducció en conductes impulsives, i va distingir diferents subgrups en funció del control/descontrol de l'ego: (a) neurosi, (b) caràcter neuròtic, (c) psicosi, i (d) criminalitat certa. Fenichel, en la línia de Reich, distingia al 1945 entre la impulsivitat de l'antisocial i la compulsivitat del neuròtic.

Coriat (1927) descrivia les psicopaties constitucionals com degudes a una "fixació en una etapa infantil d'oralitat, sense resolució del complex Edípic". Juni (2010) finalment, descrivia tres tipologies psicopàtiques, en termes psicodinàmics: (a) psicopatia amb "dèficit de Súper ego", (b) psicopatia amb un *drive* agressiu, secundari a conductes oposicionistes i amb poca adaptació social, i (c) psicopatia sàdica, on la satisfacció (fins i tot de criminalitat sexual) radicava en el dany als altres.

Wittels (1937) diferenciava a la psicopatia "neuròtica" de la psicopatia "simple", en la fixació fàl·lica d'aquesta última i egodistonia respecte a les seves impulsos bisexuals, de la primera, sent la segona indulgent respecte als mateixos. Finalment, Friedlander (1945) parlava del principi del plaer com a motor del comportament dels joves psicòpates.

Kernberg va anar integrant els punts de vista dels seus antecessors en la corrent psicoanalítica i va jerarquitzar els comportaments antisocials, col·locant en la base dels

severament afectats. Concebia les personalitats antisocials amb un element comú de personalitat narcisista, més una inusual alteració de la moralitat, això és, de la funció del superego. Centrava una especial atenció a l'anomenat per ell "narcisisme maligne", que es caracteritzava per la combinació d'un (a) trastorn narcisista de la personalitat, (b) conducta antisocial i (c) agressió egodistònica o sadisme directe, amb auto o hereroagressivitat. L'esmentat "narcisisme maligne produïa un pervers sentit de triomf en l'automutilació o el suïcidi, i una forta orientació paranoide" (Millon et al, 1998).

Tot i ser, la perspectiva psicoanalítica, valuosa des d'un aspecte clínic i psicopatològic (Rorschach), no semblava útil des d'un punt de vista diagnòstic, per tal de diferenciar psicòpates dels no-psicòpates (Wood et al, 2010). Sí en canvi podia permetre'ns entendre aspectes nuclears d'aquest perfil, des de la teoria de les relacions objectals, com els dèficits associats a l'egocentrisme, l'alienació i el vincle insegur (Brody i Rosenfeld, 2002).

### (c) Psiquiatria angloamericana

En l'àmbit angloamericà, es va desenvolupar una línia científica que a la fi seria determinant en la avaluació actual de la psicopatia, encara que la principal projecció teòrica fou als Estats Units, més que al Regne Unit.

Ja al segle XIX, i de forma contemporània a Pinel i Morel, a Anglaterra autors com Clapham i Clark escriuen *The Criminal outline of the insane and criminal*, Minslow: *Lettsonian lectures on insanity*, o Thompson: *Psychology of criminals*, i *The hereditary nature of crime* al *Journal of Mental Science*. Aquests autors van ser precursors de Maudsley (ja mencionat anteriorment), qui fou contemporani de Lacassagne, Kraft-Ebing, Lombroso o Schneider, entre d'altres, i sent qui es referia al criminal com a *morally insane*, amb una "vasta zona intermitja entre criminalitat i malaltia mental".

Recordem que hem parlat, per referir-nos a la actual psicopatia, als termes: "monomania racional o emocional" (Esquirol), "l'instintiu o l'impulsiu" (Morel), *insanity of action* (Brièrre de Boismont), "mania del caràcter" (Pinel), *lucid insanity* (Trélat), *insanity with conscience* (Baillarger), "zona intermitja amb baixa insania i molta perversitat" (Maudley) o la *moral insanity* (Pritchard) (Bernaldo de Quirós, 1912).



Des d'un punt de vista legislatiu, la *Mental Deficiency Act* (1913), vigent en Anglaterra i Gales, diferenciava quatre classes de subjectes: "idiotes, Imbècils, dèbils mentals" (*feeble-minded*) i "imbècils morals" -*moral imbeciles*-. En aquesta darrera categoria, incloïa a aquelles persones que des d'una edat tendra mostraven un "permanent defecte moral", a més d'una forta "propensió viciosa, en les quals el càstig tenia poca o nul·la efectivitat". La *New Mental Deficiency Act* (1927) simplement va modificar *moral imbeciles* per *moral defectible* (deficient moral) sent tributaris els subjectes de fortes predisposicions criminals, i a cures, supervisió i control per la protecció dels altres.

Finalment, al 1959, la quarta versió de la *British Mental Health Act* introdueix el concepte de trastorn psicopàtic, definint-lo com un "trastorn o discapacitat persistent de la ment (que pot incloure o no, una intel·ligència inferior a la normalitat) que produeix una conducta del pacient anormalment agressiva o greument irresponsable i requereix o és susceptible de tractament mèdic, motiu de les controvèrsies i confusió actuals" (Torrubia i Cuquerella, 2008).

Cyril L. Burt (1883-1971) definia un ampli i heterogeni grup de subjectes amb *moral defectiveness*, des d'una òptica de deficiència "primàriament intel·lectual" (1927).

#### D. HENDERSON

David K. Henderson (1884-1965), psiquiatre escocès, va publicar el seu llibre "Estats Psicopàtics" al 1939, on descrivia la anormalitat del perfil psicopàtic, diferenciant la *constitucionalitat* (que no l'heretabilitat) d'aquest, i distingint a més tres grups de subjectes: els (a) "predominantment agressius", (b) els "predominantment passius o inadequats", i (c) els "predominantment creatius". Original fou en el seu moment, la percepció que Henderson deia tenien de sí mateixos els propis psicòpates, els quals manifestaven "sentir-se pàries, rebutjats per la societat, caps de turc, incompresos per la resta". Al "creatiu" el definia com "brillant, agressiu, actiu i inestable emocionalment".

#### G. PARTRIDGE

George E. Partridge (1930) va aportar el terme "sociopatia". Parlava de subjectes amb

“mal ajustament personal al llarg del temps, inadaptats al medi<sup>20</sup> i sense resposta efectiva a la punició<sup>21</sup>”. Advertia a més de la poca atenció prestada a aquells individus que mostraven “anormalitats conductuals sense activitats delictives, existint una petita proporció dels subjectes amb personalitat psicopàtica dins de l'ampli grup de delinqüents en general”.

Es mostrava contrari al diagnòstic purament conductual per part dels psiquiatres, en lloc d'apreciar anormalitats estructurals profundes de la personalitat. Com Birnbaum, utilitzava el terme sociopatia per referir-se “a aquells subjectes caracteritzats per l'associabilitat i criminalitat”, definint un subtipus denominat “sociopatia essencial” quan la tendència estava profundament arrelada al subjecte.

Preu, a mitjans del segle XX, concebia l'esmentat trastorn caracteritzat per: (a) desajustament social, i (b) impossibilitat de subsumir-lo en d'altres categories diagnòstiques (Carmona, 1994).

## B. KARPMAN

Benjamin Karpman, un dels precursors de l'estudi sobre les “personalitats antisocials” als Estats Units, va organitzar el primer simposium sobre el tema (1923), sumant elements diagnòstics i teòrics. Definia la psicopatia amb trets com: predisposició delictiva, egocentrisme, impulsivitat, o agressivitat, entre altres. Va definir (1941) les variants “idiopàtica” i “simptomàtica” de la psicopatia, corresponent la primera “als psicòpates de veritat, sense sentiments de culpa ni empatia, i disposats a la cobdícia i a la agressió sense explicació psicodinàmica alguna i mancats de consciència”. Els “simptomàtics”, altrament, s'associaven a trets de neuroticisme. En aquest sentit, Helweg (1939) al seu llibre *Den Retslige Psikiatri i Kort Omrids* parlava de la cleptomania i la piromania com a símptomes inclosos en la *psicopatia* “constitucional, neonatal o precoçment predeterminada”, motivant una anormalitat del caràcter.

## J. GRAY i G. HUTCHINSON

---

<sup>20</sup> Va precisar el que correctament d'alguna manera, havien avançat, de forma imprecisa, Rush i Prichard (Poy, 1999).

<sup>21</sup> Coincidiria amb la actual concepció del psicòpata en relació a una “persistent i crònica conducta antisocial” (Factor 2 de Hare, PCL).

Jeffrey A. Gray i Geoffrey T. Hutchinson, a mitjans del segle XX, agrupant ítems que recullen d'un qüestionari contestat per 677 psiquiatres de Canadà ja van destacar com a patognomònics (de la psicopatia) els següents trets:

1. No saben aprofitar l'aprenentatge de l'experiència passada
2. Manca de sentit de la responsabilitat
3. Incapacitat per establir relacions interpersonals
4. Manca de control dels impulsos
5. Manca de sentit moral
6. Actitud crònica i reiteradament antisocial
7. Ineficàcia dels càstigs per fer-los canviar de conducta
8. Immaduresa emocional
9. Incapacitat per experimentar sentiments de culpa
10. Egocentrisme

(d) Concepte modern de psicopatia: Hervey Cleckley

Hervey M. Cleckley, psiquiatra nord-americà, en la 5a edició del seu llibre *The Mask of Sanity* (Cleckley, 1976) descriu amb expertesa clínica, setze criteris relatius a la psicopatia que posteriorment seran coneguts com els moderns criteris de la psicopatia.

Seguint la "bogeria moral" de Prichard (Buzina, 2012) definia, tot i que no fou exitós el terme, l'anomenada "demència semàntica" de la psicopatia, on ja valorava un aspecte per a ell nuclear del trastorn, això és, la manca d'associació de contingut emocional al llenguatge, neutre, d'aquests subjectes. La psicopatia doncs, explica que imita la personalitat humana, sense poder-la sentir en realitat (Hare, 1974), en persones que diuen una cosa i després en fan una altra, no tenien problemes intel·lectuals per a la comprensió de les normes socials, i als qui simplement els manca el component afectiu subjacent a les normes socials.

Va postular la hipòtesi d'un defecte del processament cognitiu d'aquest contingut emocional, o afàsia semàntica (Lykken, 1995), de tal manera que serien subjectes incapaços d'analitzar, valorar o utilitzar el llenguatge adequadament. A diferència de Pritchard o Rush (1786; 1812) els quals creien que al psicòpata li mancava un mode innat de sensibilitat moral, Cleckley explicava que els sentiments i valors morals els adquiríem mitjançant una socialització adequada, apareixent la psicopatia "quan els sentiments emocionals són dèbils" (Cleckley, 1976). Considerava a més, que la

psicopatia no associava indefectiblement a una història de conducta antisocial o delictiva, ampliant el possible diagnòstic a la població general. Encara incloïa alguns indicadors de desviació social, mantenint "que la conducta antisocial i destructiva, per sí mateixa, no era la suficient per establir un diagnòstic de psicopatia, pel que s'havia de tenir cura en distingir la psicopatia de la criminalitat comuna". Referia el propi Cleckley pel que fa a l'antisocialitat del psicòpata, que existia una fúria excessivament violenta per a una emoció dèbil i uns límits "encara més dèbils" (citada per Poy, 1999).

Era notori en els seus postulats la necessitat de diagnosticar el trastorn fora de l'àmbit penitenciari, especialment els relacionats amb la *successful psychopathy*. A la inversa, la conducta antisocial crònica tampoc implicaria el diagnòstic de psicopatia (Lykken, 1984). Quant al tractament dels psicòpates, a l'intuir una base orgànica al dèficit nuclear que els caracteritzava, era pessimista pel que feia a les reals opcions de tractament que tenien.

Sumant criteris de diferents psiquiatres de l'època, Cleckley va modernitzar i conceptualitzar aquells trets o característiques que considerava patognomòniques del trastorn, definint una sèrie de criteris qualitius, no un *continuum* que a la fi significarien la moderna i focalitzadora base del que avui coneixem com a psicopatia. El perfil clínic del psicòpata segons Cleckley es resumiria amb setze criteris o ítems clau per a entendre el constructe, i que són:

#### PERFIL CLÍNIC DEL PSICÒPATA SEGONS CLECKLEY (1941; 1976)

1. Encant la superficial i bona intel·ligència
2. Absència de deliris o d'altres signes de pensament irracional
3. Absència de nerviosisme o manifestacions psiconeuròtiques
4. Poc fiable
5. Falsedat o manca de sinceritat
6. Manca de penediment o vergonya
7. Conducta antisocial sense un motiu que la justifiqui
8. Judici deficient i dificultat per a aprendre de l'experiència
9. Egocentrisme patològic i incapacitat d'estimar
10. Pobresa generalitzada en les principals relacions afectives
11. Pèrdua específica de la intuïció
12. Insensibilitat en les relacions interpersonals generals
13. Conducta extravagant i desagradable sota els efectes de l'alcohol (i a cops, sense)

14. Amenaces de suïcidi rarament consumades
15. Vida sexual impersonal, frívola i poc estable
16. Incapacitat per a seguir qualsevol pla de vida

R. D. HARE

El concepte de psicopatia de Cleckley seria operativitzat més endavant per Robert D. Hare (1970). Així, i basant-se en el criteris de Cleckley, Hare va dissenyar una escala o sistema d'avaluació conductual de 22 ítems inicialment anomenat *Psychopathy Checklist* (PCL) per a poder investigar. Posteriorment ho poliria i transformaria en un inventari de 20 ítems, matriu del conegut PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*).

Defineix el constructe de psicopatia com un conjunt de símptomes interpersonals, afectius i conductuals. Buscarem doncs a una persona "explotadora, pomposa, manipuladora i superficial, egocèntrica i dominant, interpersonalment parlant". En allò afectiu, es mostren "amb nul vincle emocional cap a les persones, principis o objectius, amb manca d'empatia i penediment". Conductualment serien "impulsius, amb percaça de sensacions i inestabilitat, propensos a infringir les normes socials i a no complir amb les responsabilitats i obligacions, tant explícites com implícites" (Torrubia i Cuquerella, 2008).

Distingeix tres tipus clàssics de psicopatia:

- a) Psicòpates primaris: coincidents amb els criteris de Cleckley
- b) Psicòpates secundaris: subjectes amb trets psicopàtics i conductes antisocials però que mostrarien frustracions emocionals i conflictes interns.
- c) Psicòpates subculturals: mostrarien conductes antisocials, adquirides i pròpies d'àmbits subculturals i delinqüencials, sent capaços de sentir culpabilitat i penediment i de crear vincles de lleialtat al grup.

Si bé podem percebre la comunalitat de trets psicopàtics als tres tipus, les variables (a) motivacions de conducta, (b) estructura de personalitat, (c) patocronobiografia i (d) resposta al tractament, diferenciarien clarament a la psicopatia primària, de la resta de psicopaties descrites per Hare.

Robert D. Hare operativitza doncs, la concepció clínica que Cleckley descriu acuradament a mitjans del segle XX, essent tots dos els referents de la moderna

concepció de psicopatia, a partir de la qual s'ha desenvolupat nombrosa investigació. L'instrument que fa possible aquesta investigació serà la *Psychopathy Checklist (PCL)*, de la qual en parlarem abastament més endavant. Sí podem afirmar també que Hare basa aquesta moderna consideració de la psicopatia en (a) aspectes interpersonals com la grandiositat, la manipulació i la mentida, (b) aspectes afectius, que podríem considerar com el "rovell de l'ou" d'aquest constructe, amb afecte superficial, manca d'empatia, absència de sentiments i de (sentiment de)culpa, (c) una vessant d'estil de vida, amb trets d'impulsivitat, percaça de sensacions, manca d'objectius vitals i irresponsabilitat (pel que fa a obligacions ètiques, financeres o familiars p. ex.) i (d) una història de conducta antisocial, que podríem descriure a través problemes de conducta en la infància, pobre control de conducta, conducta antisocial en l'adolescència i versatilitat criminal. L'estil interpersonal, l'afecte inapropiat, l'estil de vida i l'historial de conductes antisocials configurarien doncs, la base de la concepció de Hare sobre aquest trastorn i que correlacionarà com veurem, amb troballes i teories explicatives relacionades amb tots aquests trets.

L'encert d'aquest autor serà doncs, elaborar un patró estàndard a partir del qual els diferents investigadors, clínics, estudiosos i científics, es referiran a un ens més o menys unificat i comú, al menys pel que fa als aspectes nuclears de la psicopatia. Aquest quatre fonaments bàsics de la seva concepció de psicopatia, a través de la *Psychopathy Checklist* han permès qualificar i quantificar la psicopatia, i diferenciar-la dels casos purament antisocials, que abans eren confosos o utilitzats com a sinònims d'aquesta.

## R. BLACKBURN

Ronald Blackburn al 1975 també diferencia als psicòpates primaris, que definia com a impulsius, agressius, brillants, sense sentiment de culpabilitat ni consciència moral forta i eficaç, insensibles al càstig, dels psicòpates secundaris, que serien també impulsius i agressius però amb en canvi tindrien sentiment de culpa i introversió. Blackburn enquadra a través de dues dimensions (hostilitat/afectuositat i dominància/submissió) als quatre subtipus de psicòpates: els "primaris", els "secundaris", els "controlats" i els "inhibits".

Així, els primaris i els secundaris divergien en que els primers tenien un baix retraïment social (Blackburn, 1988) és a dir, baixa timidesa, introversió, ansietat i depressió, si bé ambdós compartien una alta bel·ligerència. Els controlats i els inhibits tindrien una

baixa bel·ligerància social si bé en el primer cas (controlats) tenen una baix retraïment social i en el segon (Inhibits) mostrarien una alta retirada social. Afirmar Blackburn que el delinqüent difereix del psicòpata en la impulsivitat, l'agressivitat i l'hostilitat, mentre que entre el psicòpata primari i el secundari els trets contraposats serien la sociabilitat i el retraïment social.

Megargee i Bohn, a les darreries dels anys setanta, descriuen una taxonomia basada en el *Minnesota multiphasic personality inventory* (MMPI) d'on extrauen a partir de les dades psicomètriques, deu tipus de delinqüents, amb noms força originals (*Abel, Baker, Charlie, Delta, Easy, Foxtrot, George, How, Item o Jupiter*). D'aquests, el grup "Abel" serà el que coincideixi amb allò definit com a psicopatia primària, definint doncs subjectes brillants, atractius, actius, segurs de sí mateixos, no massa agressius, sovint de bona família i amb elevades probabilitats de reincidència delictiva.

W. McCORD i J. McCORD

D'acord amb la línia avançada per Cleckley, William i Joan McCord (1956; 1964) també van intentar unificar el constructe de psicopatia, i defineixen dos elements per a ells essencials: (a) absència de sentiments de culpabilitat, i (b) incapacitat per a estimar als seus congèneres. Consideraven adient una perspectiva dimensional del trastorn, d'acord amb la etiologia neuro-psico-social en la gènesi del trastorn, al que denominaven una personalitat "perillosament desajustada que es movia per desitjos primaris i un exagerat deler per l'excitació".

Al Regne Unit, la *Mental Health Act* (1959) va introduir el *psychopathic disorder*, en lloc de la vella *moral defectiveness*, aplicant terminologia germànica al concepte britànic, definint-lo com un "trastorn o incapacitat mental persistent que dona lloc a una conducta anormalment agressiva o serialment irresponsable". En realitat, només va significar un canvi nominatiu, no conceptual, ateses les frustrades expectatives d'afegir aspectes substancials del concepte de Schneider de psicopatia, i la seva relació amb la neurosi (Poy, 1999).

J. JOHNS i H. QUAY

John H. Johns i Herbert C. Quay (Hare, 1973) descriuen gràficament al psicòpata "com un individu que coneix la lletra però no la música, sent manipuladors, egoistes, mitòmans i aparentment senzills". El psicòpata, diu Quay (1965; 1977) "manté una

conducta de percaça d'estimulacions exagerada", postulant com a trets característics "la impulsivitat i la intolerància a la monotonia". En relació a aquest tret, Shapiro (1965) defineix diferents estils impulsius, descrivint alguns subjectes "amb absència de planificació de futur, mancats de concentració, abstracció i reflexió" (Millon, 1998).

Poc a poc veiem que els diferents autors van definint els aspectes principals de l'actual trastorn psicopàtic de la personalitat, en relació a aspectes conductuals i trets de personalitat, i la percaça de sensacions n'és un d'ells.

#### H. J. EYSENCK

Hans Eysenck va identificar la psicopatia primària amb la dimensió "psicoticisme" (escala P), definint-la amb trets com "la manca de sociabilitat, hostilitat, despreocupació, duresa emocional, percaça de sensacions i impulsivitat", que intentaran explicar la conducta delictiva i psicopàtica, en el marc del seu model de personalitat. Així, va descriure aspectes relatius a la disfunció en l'aprenentatge i la biologia com associats a la psicopatia, definint-la amb una combinació d'altres puntuacions en extraversió (escala E), neuroticisme (escala N) i psicoticisme (escala P) (Eysenck, Eysenck i Barrett, 1985).

L'alta extraversió feia que els subjectes condicionessin deficientment la capacitat d'aprendre les normes o valors i les inhibicions del seu entorn social, en subjectes amb elevada reactivitat davant d'estímuls ambientals. D'afegitó, mostrarien poca activació durant la resta de la seva vida diària, amb elevada distractibilitat i relativa desinhibició (Carmona, 1994) i baixa "condicionabilitat". Per tant, doncs, amb alt llindar del dolor i sensibilitat a estímuls, sociabilitat, impulsivitat i cerca de sensacions (baix *arousal*).

El neuroticisme associaria inestabilitat emocional, ansietat i intolerància a l'estrès (emocionabilitat elevada a estímuls, major reactivitat).

Bandura i Walters (1959) consideren no la concepció innata o congènita d'Eysenck en la predisposició psicopàtica de tipus temperamental, sinó que justificaven el comportament agressiu sociopàtic a través d'un aprenentatge vicari i un reforçament positiu de les esmentades conductes. El model d'inter-relació parental oferia en aquells casos de severitat, un patró hostil de relació futura amb els congèneres. En casos de poca supervisió doncs, no existirà l'establiment de l'anomenada consciència moral. I si



finalment la relació parental o maternal amb el/la fill/a era de recompensa però sense càstig, en termes de condicionament instrumental la conducta futura sempre seria probablement superficial i "encobridora d'intencions ocultes". Inclourien ja doncs, estils disfuncionals de parentalitat com l'autoritari, el permissiu i l'absent.

#### M. CRAFT

Craft (1965) considerava com a nuclears del trastorn (a) l'absència de sentiments, afecte i amor cap als altres i (b) la tendència a actuar per impulsos i sense cap perjudici. De forma secundària, afegia (c) agressivitat, (d) falta de vergonya i de culpabilitat, (e) ineptitud per aprofitar l'experiència viscuda i (f) absència de motivacions adequades (Hare, 1974).

#### J. A. GRAY i D. C. FOWLES

Gray i Fowles, entre els anys 1975 i 1987, postulen a través de l'anomenat Sistema d'Inhibició Conductual -SIC- i el Sistema d'Activació Conductual -SAC- una interpretació de la psicopatia primària i la psicopatia secundària, respectivament. Aquests conceptes seran ampliadetes a l'apartat de teories explicatives.

#### E. GORESTEIN i J. NEWMAN

Gorenstein i Newman (Cooke, Forth i Hare, 1998) proposen als anys vuitanta una *teoria de la desinhibició*, amb un potencial defecte orgànic estructural o funcional cerebral i suggerint conductes anòmales d'aproximació-evitació, en psicòpates extravertits. En relació a lesions estructurals encefàliques, podem afirmar que les lesions septals (*cavum septum pellucidum*; Toivonen et al., 2013) i del còrtex cerebral prefrontal (CPF) que generen lentitud, perseverança, consciència de sí mateix deficient i actitud concreta i incapacitat de planificar el futur o seguir un objectiu, símptomes similars - *psychopathic-like*- als descrits en alguns psicòpates, especialment a les lesions ventral medials i orbital frontals.

Altres autors (Koenigs, Kruepke i Newman, 2010; Koenigs, Kruepke, Zeier i Newman, 2012) validen aquest dèficit estructural ventral i medial prefrontal com un dels referents estructurals de la psicopatia *primària*, especialment pel que fa al dèficit moral o ètic en l'avaluació dels seus actes.

## MODEL TRIÀRQUIC

No podem acabar aquest recull històric sense referir-nos a la teoria que des del 2009, ha unificat totes les característiques fenotípiques que la psicopatia ofereix. Patrick, Fowles i Krueger des d'un punt de vista estrictament fenomenològic, un model "triàrquic" que integraria la Desinhibició ("desinhibition"), la Maldat ("meanness") i l'Audàcia ("boldness"). A cada element d'aquest "trípode" de factors explicatius li corresponen diverses característiques o trets. Així, a la Desinhibició s'associarien trets com la irresponsabilitat, la impulsivitat problemàtica, els furs, la incapacitat de planificació o la alienació; A l'Audàcia, subfactors com la eficàcia social (dominància, control social, capacitat persuasiva); A la Maldat s'associarien trets com la fredor emocional, la manca de compassió, l'antagonisme, explotació de l'entorn o la confrontació.

Aquests factors s'associarien per un factor comú. És a dir, la Desinhibició i la Maldat tindrien en comú un "temperament difícil", i l'Audàcia i la Maldat, un "quocient d'escassa por", com Lykken referia.

## HARE, PCL i DISCUSSIÓ ACTUAL

Des de la moderna concepció de Cleckley de la psicopatia, en àmbits clínics fonamentalment, hem vist que sorgeix Robert D. Hare, qui donarà un tomb important a la investigació, recerca i estudi de la psicopatia des de la darrera dècada del segle XX. Serà ell qui a través de la *Psychopathy Checklist* i derivats, conceptua la psicopatia com una entitat diagnòstica definida per dos factors (que es dividiran a l'hora, en dues facetes cadascun) que seran l'Interpersonal-afectiu (Factor 1) i l'Estil de vida-antisocial (Factor 2), diferenciant-la clarament del trastorn antisocial de la personalitat per la seva major violència, severitat en les conductes i reincidència delictiva.

Hare dissenya i evoluciona la inicial proposta del PCL per la poca definició de les fins llavors classificacions (DSM<sup>22</sup>, CIM<sup>23</sup>) en copsar el perfil precís d'aquells individus que podien ser antisocials, però amb unes característiques personals i afectives pròpies, diferents al gran *pool* de personalitats antisocials conegudes. Aquesta especificitat ha

<sup>22</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA)*

<sup>23</sup> *Classificació Internacional de les Malalties (OMS)*.

repercutit en aspectes com el tractament, els estudis neurobiològics o els relatius a l'estudi del desenvolupament de la personalitat en nens i adolescents.

Sí hem de referir-nos a una controvèrsia important que més endavant ampliarem. Hare agrupa els ítems del seu instrument PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised) en dos Factors com dèiem, que després dividirà en quatre Facetes: "Interpersonal", "Afectiva", "d'Estil de vida" i "Antisocial". És precisament la Faceta antisocial (a) la que ha estat motiu de controvèrsia per autors com Cooke o Michie, precisament per què no consideren que sigui un aspecte "nuclear" dins el trastorn, sinó una conseqüència d'aquest, cosa que Hare i col·laboradors ja van replicar.

D'aquesta controvèrsia, vigent a dia d'avui, han sorgit models factorials explicatoris tetrafactorials (Hare, 2003) o trifactorials (Cooke i Michie, 2001) segons entenem que calgui incloure l'element antisocial al diagnòstic o no del propi constructe. Un segon motiu de controvèrsia seria (b) que el PCL no està associat amb baixa ansietat com proposa Cleckley, i el darrer (c) que ja hem apuntat: el PCL no està pensada per població no-penitenciària; Sabem que en grups socials com les corporacions (Babiak, Neumann i Hare, 2010), segments com el femení (Wynn, Høiseth i Pettersen, 2012) o a la primer infància (s'investiguen els trets DIA: duresa i insensibilitat afectiva) s'investiga el perfil psicopàtic, doncs existeixen subjectes que tot i no haver delinquit (tal i com descriu Hare a ítems com la "versatilitat delictiva") també responen a aquest perfil. Avui en dia se'ls qualifica com psicòpates "subclínic o exitosos".

## 1.2. EVOLUCIÓ DEL CONSTRUCTE PSICOPATIA A LLARG DE LES CLASSIFICACIONS PSIQUIÀTRIQUES: DSM i CIE

### 1.2.1. DSM

El concepte de personalitat antisocial del DSM (*Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals*) de l'*American Psychiatric Association* (APA) respon a la concepció inicialment britànica i francesa de desajustament social.

En un context marcat per la segona guerra mundial, i per la necessitat de diagnosticar i tractar adequadament als soldats, va aparèixer el manual, amb 106 tipus diagnòstics. En relació al tema motiu de la Tesi, als criteris inicials del DSM-I (APA, 1952) ja es parlava de la "alteració sociopàtica de la personalitat" (*sociopathic personality disturbance*) que agruparia els epígrafs: *reacció antisocial, reacció dissocial, desviació sexual* i

*addiccions*. Es una concepció de personalitat *pura* basada als trets de Cleckley, amb criteris afectius i conductuals. El DSM-I descrivia cinc grups de personalitat, sent el tercer el corresponent a les *alteracions sociopàtiques* (de la personalitat) on feia referència a les conductes conflictives amb el medi cultural “com les conductes antisocials, els actes socialment inacceptables, l'homosexualitat i l'alcoholisme” (Calvo, 2007). Tal i com referíem anteriorment, la influència del model mèdic i les necessitats dels veterans de guerra van modular decisivament l'elaboració d'aquesta primera versió. Referint-nos estrictament a l'etiqueta diagnòstica, el DSM-I (1954) doncs, es referia al “desordre de la personalitat psicopàtica”.

El DSM-II (APA, 1968) parlava ja de *trastorn antisocial*, unificant la *reacció antisocial* i la *dissocial*, en una única categoria. Descriu un funcionament deteriorat i del patiment personal però encara amb criteris poc vàlids i fiables. Es va abandonar el terme “reacció” i es va incloure els trastorns *paranoide*, *ciclotímic*, *esquizoide*, *explosiu* (trastorn de personalitat epileptoide), *obsessiu-compulsiu*, *histèric*, *astènic*, *antisocial*, *passivo-agressiu*, i la *personalitat inadequada*. Distingia doncs, un “patró” de personalitat alterat -inadequat, esquizoide, ciclotímic paranoide-, “trets” de personalitat alterats –emocionalment inestable, passiu, agressiu, compulsiu, altres- i finalment parla “d'alteració (de personalitat) sociopàtica”<sup>24</sup>, com a la versió DSM-I, incloent també les variants o subtipus: *reacció antisocial*, *reacció dissocial*, *desviació sexual i addicció*- definint-la com un “conjuntament de trets tals com la crueltat, l'egoisme, la impulsivitat, l'absència de culpa i de lleialtat, l'exculpació de responsabilitats i la incapacitat per a aprendre de l'experiència”. Afirmava explícitament que la reincidència en actes antisocials “no induïen directament” al diagnòstic d'aquesta “alteració sociopàtica”, i que per tant “no eren condició suficient” per a justificar aquest diagnòstic.

El DSM-III (APA, 1980) significarà un canvi importat dins d'aquest sistema de classificació, amb un sistema multiaxial d'avaluació. A partir del DSM-III ja apareix el trastorn antisocial de la personalitat, substituint anteriors categories diagnòstiques com psicopatia, sociopatia o trastorn dissociat de la personalitat, amb la eliminació també dels criteris afectius, basant-se estrictament en els criteris conductuals, d'acord amb les classificacions de Feighner al 1972 i de la sociòloga Robins al 1966 (Crego i Widiger,

<sup>24</sup> Diferenciant-la de la personalitat *asocial* o astènica. La vessant d'antisocialitat del comportament al DSM-II és criticada per Theodore Millon, que defineixi als sociòpates com amb una personalitat *agressiva* (patró actiu-independent), amb què els subjectes “necessiten afirmar la seva superioritat, independents per desconfiança” (Millon, 1976).

2014). Concretament i en relació al trastorn antisocial ja defineix una “*violació persistent de les normes socials*” (Poy, 1999) amb una major consistència diagnòstica. Aquest canvi també s’inclourà al model següent (1987). A partir del DSM-III ja es valoren de forma més explícita aspectes influents en la criminalitat de la conducta, dins del propi diagnòstic, en especial la considerada des de la infància i l’adolescència (trastorns conductuals, baix estatus socioeconòmic, hiperactivitat, o indisciplina dels pares cap al fill/a, entre d’altres) fins l’edat adulta. Aquests ítems sí seran rellevants a partir d’ara pel que fa a la *reincidència delictiva*, d’acord als denominats *Saint Louis Criteria* (1972) i *Research Diagnostic Criteria* (1975). Aquests estàndards ja contemplaven la conducta antisocial com a element diagnòstic prínceps. L’avaluació de conductes antisocials (i repetides) augmentarà l’objectivitat, amb menor necessitat d’inferència que l’anàlisi dels trets que les provocaven (Robins, 1978a). Augmentarà així la fiabilitat intervaluadors.

El DSM-III-R (APA, 1987) els *indicadors evolutius* de disfunció del DSM-III, i afegeix actes delictius més violents. El DSM-III no discriminava, doncs, entre el psicòpata fins ara contemplat, i el delinqüent repetidament antisocial, creant un punt d’inflexió amb anteriors postulats clínics com els de Cleckley, Karpman, McCord i McCord, Gray i Hutchinson o Millon. Cercant similituds entre la classificació ja descrita de Schneider i el DSM, podríem afirmar que les personalitats psicopàtiques de Schneider relatives a psicòpates desalmats, psicòpates explosius, i/o psicòpates necessitats d’estimació, coincidirien amb diferents TP definits pel DSM-III-R, i amb característiques conductuals i afectives del constructe psicopàtic actual. Les tradicions anglosaxona i continental doncs, tornen a confondre la personalitat psicopàtica, entesa de forma moderna, amb característiques de diferents TP segons l’òptica del DSM.

El DSM-IV va introduir per primer cop (APA, 1994) una definició i criteris generals pels trastorns de personalitat, incloent el deteriorament en diferents àmbits, la inflexibilitat adaptativa i la durada temporal. Es defineix la psicopatia formalment com a trastorn antisocial de la personalitat. A partir d’aquesta versió en endavant, i amb criteris clínics relativament objectius (Lykken 1995), es re-introdueixen els criteris afectius, però sense indicacions clares de com fer-los servir per al diagnòstic. No obstant això, autors com Livesley i Widiger promouen una unificació dels eixos I i II, considerant als TP com una forma *crònica* d’algunes patologies mentals.

Al DSM-IV-TR (APA, 2000) s'afegien símptomes que formaven part del constructe de psicopatia, com l'encant superficial, l'egocentrisme i la manca d'empatia, als quals es relacionava amb reincidència en àmbits forenses.

Al DSM-5 (APA, 2013) canvia respecte als models anteriors, de tal manera que ja no hi trobem eixos, els trastorns de personalitat estan inclosos dins d'altres trastorns, barrejats, i es també es parla de conductes "externalitzants" i "d'internalitzants". En aquesta línia, el TAP s'inclouria per dues vies a la actual classificació: (a) dins del capítol de Trastorns disruptius, del control dels impulsos i dels trastorns de conducta o (b) al capítol de trastorns de la personalitat. Dins del capítol de trastorns disruptius, trobaríem "l'especificador" anomenat "amb emocions prosocials limitades" que inclou quatre criteris: (a) manca de penediment o culpa, (b) duresa i insensibilitat afectiva, (c) despreocupació pel seu rendiment i (d) afecte superficial o deficient. Aquest especificador correspondria aproximadament al que denominarem, quan expliquem l'instrument, la Faceta 2 del *Psychopathy Checklist*. En un altre capítol del DSM-5, dèiem, hi trobaríem una combinació de 25 facetes i cinc dominis, en línia amb la teoria dels *Big Five*, com veiem a la Figura 1.

D'acord amb aspectes teòrics que veurem en capítols ulteriors, el DSM-5 (TAP) i amb l'aportació de la secció III del "especificadors" de trets psicopàtics (baixa ansietat, baixa evitació social, i elevada cerca d'atenció) i trets antisocials, aquesta versió sembla que aportaria més variància predictiva especialment pel que fa a la maldat (*boldness*) i al control de l'absència de por (*fearless-dominance*) i l'externalització impulsiva, per sobre dels estrictes especificadors d'antisocialitat (fredor emocional o *callousness*, i irresponsabilitat) (Anderson, Sellbom, Wygant, Salekin i Krueger, 2014; Strickland, Drislane, Krueger i Patrick, 2013). No obstant això, sembla que no s'han inclòs tots aquells avenços que darrerament identifiquen la psicopatia com un constructe qualitativa i quantitativament diferent del trastorn antisocial de la personalitat, i que l'augment de la variància predictiva o explicativa seria més aviat discret (Few, Lynam, Maples, MacKillop i Miller, 2015).

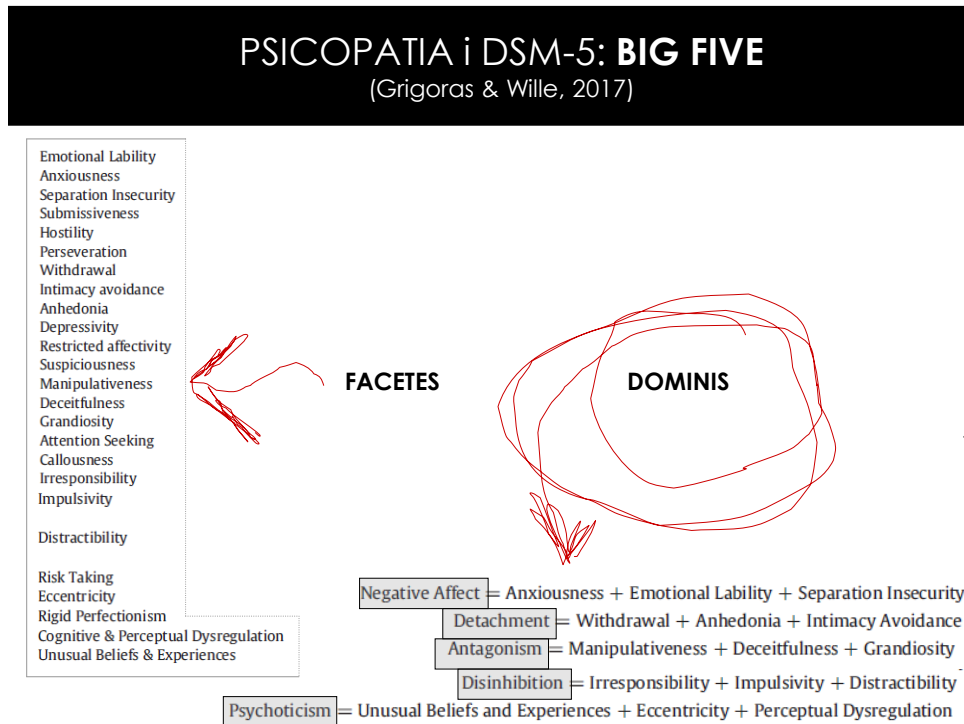


Figura 1: Facetes i dominis del DSM-5.

Veiem, d'acord a allò descrit fins al moment, que es descriu molt bé al llarg de les darreres versions del DSM (DSM-IV, DSM-IV-TR) un perfil de la psicopatia clínicament molt explícit, però en canvi s'inclouen paradoxalment criteris dins del trastorn antisocial de la personalitat majoritàriament conductuals. Es descriu doncs molt bé el constructe al redactat, però els criteris operatius es limiten a allò que considerem genèricament trastorn antisocial de la personalitat. Malgrat tot, poc a poc el constructe de la psicopatia va agafant major solidesa i fiabilitat, especialment a la segona meitat del segle XX (Davies i Feldman, 1981; Fotheringham, 1957; Gray i Huchinson, 1964; Hare, Hart i Harpur, 1991; Livesley i Jackson, 1986; Livesley i Schröder, 1991; Tennent, Prins i Bedford, 1990) (citats per Poy, 1999).

### 1.2.2. CIE/CIM

A finals dels anys quaranta també apareix la sisena edició de la CIM (o *International Classification of Diseases*, en anglès) dins de la influència de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), on ja s'inclou com a principal novetat, un apartat específic per a les malalties mentals. Tot i haver participat activament la psiquiatria americana en la seva elaboració, aquests conjunt de criteris no va ser gaire utilitzat. Sembla ser que per les

dificultats que presentava quan s'havia d'aplicar en el diagnòstic dels problemes de salut dels militars que havien participat en la segona guerra mundial (Calvo, 2007).

D'acord amb les recents evolucions dels manuals i classificacions psiquiàtriques el CIM<sup>25</sup> (OMS) ja al 1965 ja va introduir en la seva versió 8a, una ampla categoria de personalitats psicopàtiques, corresponents de fet a la classificació de Schneider i a la concepció germànica de desviacions qualitatives i permanents de la personalitat. Són també patològiques en relació al criteri del patiment personal o social, i diferencien les variants de personalitat: (a) paranoide, (b) afectiva, (c) esquizoide, (d) explosiva, (e) anancàstica, (f) histèrica, (g) astènica i, (h) antisocial. Posteriorment, el CIE-9 i CIE-10, publicats successivament els anys 1977 i 1992, ja parlaran de personalitat dissocial, descrivint trets de la personalitat, i no conductes explícitament antisocials, a diferència del que fa el DSM.

En relació a l'CIM-10 (o CIE 10) de l'Organització Internacional de la Salut (OMS), el constructe psicopatia s'ha definit amb l'epígraf "F60" amb la categoria trastorn dissocial, on pretén incloure categories diagnòstiques prèvies de trastorn sociopàtic, amoral, asocial, antisocial i psicopàtic (Torrubia i Cuquerella, 2008). Si bé associa trets de personalitat i de conducta, a diferència del DSM aquí focalitza més la definició en aspectes emocionals i de personalitat (despreocupació, determinades actituds específiques, o la incapacitat per a experimentar sentiments). Paradoxalment, inclou el tret irritabilitat persistent, comú al perfil de personalitat "emocionalment inestable".

La nova versió CIE-11, de propera aparició, sembla que graduarà la gravetat dels TP des de "sense trastorn" (de la personalitat), passant per "dificultats", "pertorbació simple", "trastorn", "trastorn complex" fins al "trastorn greu"), és a dir, des de la normalitat fins a la severitat. També tindrà en compte el "quan" es descompensa la personalitat, sota quines circumstàncies (a l'adolescència, per exemple), considerant períodes "normals" o diversos trets poden maximitzar-se (estrès). Es parlaria de quatre "dimensions" o Factors, el primer dels quals inclouria un factor externalitzant potencialment agressiu i hostil, i que ubicaria trastorns com el límit, l'antisocial, el narcisista, l'histriònic i sovint també trets del trastorn Paranoide de personalitat. Alguns autors descriuen la possible escissió d'un factor que incorporaria la fredor emocional (*callousness*), la manca de penediment i la conducta criminal (psicopatia) (Tyrer et al, 2010; Tyrer et al, 2015).

---

<sup>25</sup> CIE, o *Clasificación Internacional de las Enfermedades*.



### 1.2.3. REFLEXIONS FINALS

Sembla que ens apropem més a un diagnòstic *dimensional* i no *categorial* del constructe psicopatia (Edens et al, 2006; Guay et al, 2007; Marcus et al, 2006; Salekin et al, 1996; Walters et al, 2007). Tradicionalment la psicologia ha utilitzat més les classificacions dimensionals, partint de la idea que els TP són extrems d'un *continuum* de la personalitat. Aquestes dimensions s'han identificat a partir de les respostes donades a qüestionaris auto administrats en poblacions normals. Pel contrari, des de la psiquiatria, el mètode de classificació més popular ha estat el categorial, seguidor del model mèdic (Calvo, 2007). És a dir, de forma similar als TP, considerem la psicopatia com una configuració extrema de trets de personalitat, afectius i de competències cognitives, o de processos neurobiològics que es defineixen dins d'un *continuum*, dins l'espectre de conductes externalitzants. Inclouria, aquesta concepció dimensional, diferents subtipus de psicopatia com a combinació fenotípica de la interacció entre diferents sistemes neurobiològics. Les evidències suggereixen doncs, un caràcter dimensional dels trets de fredor emocional i d'impulsivitat-antisocialitat (Guay et al, 2007).

Un enfocament que subjau al llarg de les diferents classificacions psiquiàtriques (DSM, CIM) seria el cultural. D'acord amb possibles biaixos com el cultural, en factors com l'afectivitat, l'aspecte interpersonal i els patrons conductuals (Berry, Poostinga, Segali i Dasen, citats per Douglas, Strand, Fransson i Levander, 2005) sembla que es demostraria el caràcter transversal de la psicopatia constructe mitjançant la teoria de la Resposta a l'Ítem (IRT) (Cooke, Michie, Hart i Hare, 1999).

A partir d'aquest punt, ja descriurem les principals troballes (teories explicatives) neurobiològiques, relacionades amb el condicionament o amb aspectes neurofisiològics, entre d'altres. Tot i que seria propi de l'apartat de les teories explicatives, destacaríem (i ampliarem posteriorment) hipòtesi que permeten entendre els diferents enfocaments teòrics que volen donar resposta a les esmentades troballes, d'entre les quals citaríem la hipòtesi del quocient d'escassa por de Lykken, al 1995 (citada a Fowles i Lindo, 2005), la hipòtesi de la disfunció del sistema integrat emocional<sup>26</sup> (Blair et al, 2005), la hipòtesi de modulació de resposta (Newman, Schmitt i Voss, 1997) o la hipòtesi de disfunció para-límbica (Kiehl, 2006). Altrament, trobarem la hipòtesi de Gray i Fowles (1970) relacionada amb una baixa activitat del Sistema

<sup>26</sup> *Integrated Emotion System* (IES) (sic).

d'Inhibició Conductual (SIC) i normalitat o major excitabilitat del Sistema d'Activació Conductual (SAC), i finalment la hipòtesi de disfunció del Sistema d'Inhibició de la Violència<sup>27</sup> de Blair (1995).

Per a resumir allò que les classificacions psiquiàtriques DSM i CIM aporten en aquests moments, autors com Esbec i Echeburúa (2015) mostren certes reserves amb aquests models actuals. Descriuen el model "híbrid" de l'actual DSM-5, amb un llistat de trastorns i un conjunt de facetes que engloben cinc dominis, i un concepte dimensional des de la normalitat a la gravetat, dels TP, amb l'esborrany de l'ICM-11. Paradoxalment, expliciten, un concepte com el de la psicopatia l'hem de continuar entenent encara, "amb el perfil antisocial descrit pel DSM-5 d'una banda, i més els components afectius d'aquest trastorn (com serien la manca de penediment, la crueltat i la manca d'empatia) de l'altre".

### 1.3. BASES NEUROBIOLÒGIQUES DE LA PSICOPATIA

#### 1.3.1. Introducció

Centrant-nos específicament en el substrat neuropsicològic del perfil psicopàtic, hem de fer prèviament algunes consideracions. En primer lloc, entenem el paper dels lòbuls frontals com l'organització neuronal i física de l'adaptació social i evolutiva de l'ésser humà, de tal manera que des d'un cervell instintiu o *archipalli*, passant per un cervell emocional o límbic (*paleopalli*, paleomamífer), fins el desenvolupament del còrtex cerebral o *neopalli* (McLean, 1990) sorgeixen unes estructures socialitzadores. Els lòbuls frontals seran els encarregats de planificar i racionalitzar els impulsos, conductes i afectes, sorgits de nostre passat "reptilià" (agressivitat territorial, sexual, alimentària) i emocional (sistema límbic/paralímbic).

L' encaix entre la raó i emoció preocupa des de antuvi, sent Damasio qui en el seu famós llibre "El error de Descartes" (Damasio, 2006) postula les bases neurobiològiques que integren la pretèrita i superada dualitat cartesiana. L'equilibri doncs, entre instint, afecte i raó està orquestrat (Gazzaniga, 2012) per una superestructura (funcional i psicodinàmicament, un "superego") anomenat lòbul frontal, que ha adaptat a l'entorn evolutiu, aspectes ancestrals i no racionals de la nostra conducta y emocions. Aquestes, precisament, s'ubiquen en estructures como l'amígdala (AG) cerebral,

<sup>27</sup> *Violence Inhibition System (VIS)* (sic).

relacionada amb la memòria emocional (hipocamp), circuits neuronals primaris associats als inputs somàtics de les emocions (tàlem, tronc cerebral) i a les conductes d'aproximació, inhibició o fugida (cos estriat, i la seva part ventral o nucli accumbens). Aquests darrers rebrien connexions glutamaèrgiques i dopaminèrgiques.

La disfunció emocional es un element nuclear en la comprensió del perfil psicopàtic. Hipòtesis sorgides des de la Teoria de la Ment, com el descobriment per Rizzolatti de les neurones mirall al 2004, o la Teoria de la no-inhibició de l'agressió (Blair, 1995; Blair, 2005) inclouen a l'absència de empatia, la manca de penediment i l'absència de culpa, en relació a les seves accions. Mostren també, com ja referíem anteriorment, dificultat en el reconeixement facial d'emocions. El nucli de duresa emocional i insensibilitat afectiva (*callous-unemotional traits*) és el rovell de l'ou pel que fa a precursors essencials (per la seva estabilitat) en nens i adolescents que, juntament amb la impulsivitat i la desinhibició, poden acabar desenvolupant el fenotipus de la psicopatia (Frick i White, 2008; Salekin i Frick, 2005).

Veurem més endavant com la disfunció amigdalar també evidencia símptomes com alteracions del reflex d'ensurt periorbicular (o *starttle reflex*), dèficit del condicionament d'evitació passiva, i dificultats en el reconeixement de les microexpressions facials. Veurem que els subjectes amb perfil psicopàtic mostren dificultats en el reconeixement facial de determinades emocions, en especial emocions negatives com la por, tristesa, i expressions afectives facials en general (Hastings et al, 2008). Gillespie, Rotshtein, Beech i Mitchell (2017) associen el component de "audàcia" (*boldness*) del model Triàrquic de la psicopatia, a la menor capacitat de mantenir el contacte ocular i associar atenció i emocions facials.

### 1.3.2. Neurodesenvolupament

La psicopatia, neurobiològicament parlant doncs, és un trastorn del desenvolupament (Blair 2006, 2008, 2010; Dolan, 2004; Gao, Glenn, Schug, Yang i Raine, 2009) que en la etapa adulta associa agressivitat impulsiva (Brower i Price, 2001) i sobretot, instrumental (Anderson i Bushman, 2002; Dhingra i Boduszek, 2013; Woodworth i Porter, 2002) i que implica una alteració emocional y atencional, especialment de la atenció executiva (Blair i Mitchell, 2009; Glass i Newman, 2009) amb conductes antisocials freqüents, i més recidivants, versàtils i violentes que en la població delictiva habitual. Com a trastorn del neurodesenvolupament doncs, definim la psicopatia des d'un punt de vista fenomenològic, no explicatiu.

A banda de l'amígdala (Patrick, 1994) i del circuit paralímbic (Kiehl, 2006), cal sempre considerar les connexions a les xarxes orbital-frontal-límbica i prefrontal-temporal-parietal-límbica (Del Casale et al, 2015).

Podríem afirmar doncs, des d'un punt de vista del neurodesenvolupament, que la psicopatia és una anomalia de personalitat que implica (a) trastorns de la conducta infanto juvenil, especialment associats a activitats transgressores y (para)delictives, (b) elements estructurals de la personalitat (emocionals, cognitius, interpersonals) i (c) un mal pronòstic vital per la incapacitat d'aprenentatge en base a l'experiència, la necessitat de recompensa immediata i la difícil dilació de la satisfacció dels impulsos (Blair et al, 2006) que l'ambient (educació) modularà d'acord amb factors de reforçament positiu i càstig, i culturals.

Té implicació per tant en àmbits como el familiar, escolar, relacional o delictiu. Els factors nodridors i de criança, especialment quan de forma precoç s'afecten, es relacionen amb violència i antisocialitat (Liu, 2011): nutrició pre/postnatal, tabaquisme durant l'embaràs, depressió materna, complicacions al naixement (trauma obstètric per exemple), traumatisme encefàlics, exposició al plom, o abús infantil, en són diversos exemples de noxes ambientals que poden interferir el neurodesenvolupament.

D'acord amb aspectes de neurodesenvolupament, també hi trobem la hipòtesi de Raine, Lee, Yang i Colletti (2010) al voltant de l'anomenat *cavum septum pellucidum*, les imatges radiològiques del qual, mostrem en la Figura 2.

Aquest defecte (*cavum septum pellucidum*) consistiria en la presència, sense desaparèixer amb el creixement i maduració cerebral, d'un envà o *septum* que divideix els dos ventricles cerebrals laterals, i que en circumstàncies normals s'atrofia i comunica llavors aquests ventricles amb el ventricle central o tercer ventricle, situat al voltant i per sobre, del cos callós. Aquesta anomalia estructural s'ha relacionat, segons els autors, amb conductes antisocials, criminalitat i, pel seu component antisocial al Factor 2, amb la pròpia psicopatia.

Factors biosocials (Raine, 2002), factors com el temperament i la disposició fisiològica (Glenn, Raine, Venables i Mednick, 2009) o el patró persistent d'inatenció i/o hiperactivitat-impulsivitat (Colledge i Blair 2001) augmenten la vulnerabilitat infanto juvenil en l'expressió ambiental de trets psicopàtics mitjançant la impulsivitat.

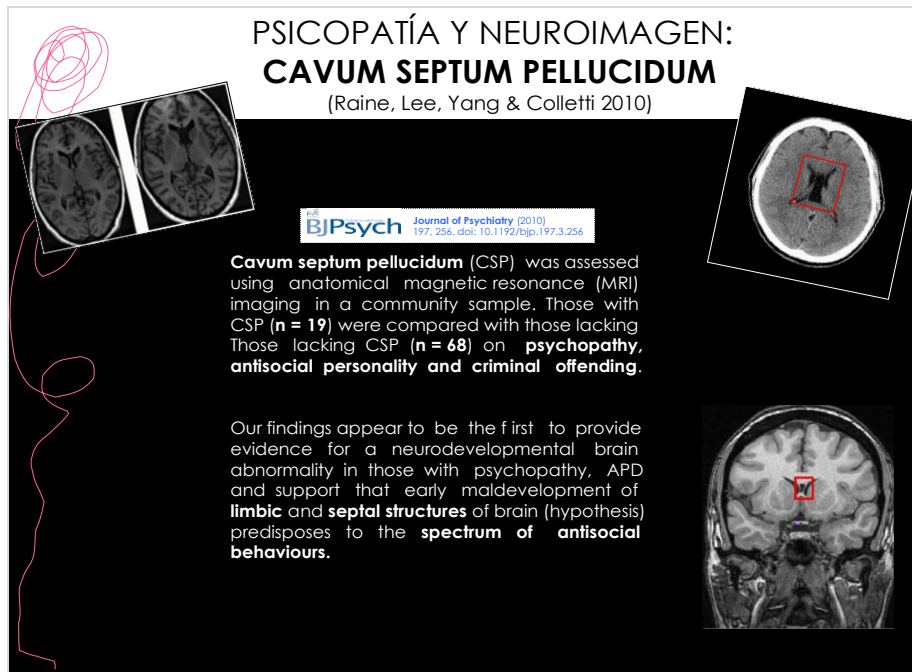


Figura 2: Neurobiologia, conductes antisocials i raonament moral (Raine et al, 2008).

El Factor 2 del PCL-R (estil de vida crònicament inestable i antisocial) posseeix una potent capacitat predictora de la reincidència delictiva. No obstant això s'ha desenvolupat un instrument (CAPP: *Comprehensive Assessment of Psychopathy Personality*; Cooke, Hart, Logan i Michie, 2004) que pretén integrar els perfils psicopàtics als trets que determinen i modulen carreres delictives cròniques, greus i violentes, apropant conceptes clínics, diagnòstics, d'investigació i criminològics-criminogènics (Corrado, DeLisi, Hat i McGuish, 2015).

Alguns autors conclouen doncs, que en la determinació dels processos que contribueixen a l'expressió cognitiva, afectiva i conductual de la psicopatia, influeixen etiologies específiques que inclouen orígens genètics concrets, determinants biològics pre/peri/post natal i experiències vitals impactants, amb conseqüències neurobiològiques, dins del perfil psicopàtic (Guay et al, 2007).

### 1.3.3. Psicopatia i aspectes neurobiològics

Existeixen altres estructures que integren els aspectes emocionals i els racionals, i que funcionen com "estacions transformadores", integrant amb èxit o no (Müller et al, 2008) ambdós aspectes, com el còrtex cinglat anterior i posterior, el còrtex orbital frontal, el

còrtex ventral medial o lateral, el còrtex dorsal lateral, i feixos de substància blanca como el fascicle uncinat (Glenn i Raine, 2009) que connecten la regió amigdalar amb el CPF, orbital i ventral principalment.

El lòbul frontal integra funcions executives que poden avaluar-se neuro-psicològicament (Flores Lázaro et al, 2008), la disfunció de les quals inclou al perfil psicopàtic en major o menor grau (Pineda, 2000). Associa també estructures i vies connectores associades al desenvolupament ètic i moral (Marazziti et al, 2013) que actuen com a substrat receptor al subjecte, entre la ment i el seu llenguatge intern, els aspectes metacognitius (transcendentals, filosòfics, existencials) i els inputs de l'entorn adaptatiu.

Una incorrecta maduració prefrontal (dis-sinaptogènesi) amb anomalies estructurals ventrals i medials de còrtex prefrontal i del sistema paralímbic impedirien l'autoconsciència i associarien dèficits en funcions executives, una baixa empatia i un pobre condicionament a la por (Pement, 2012). Des d'un punt estrictament de desenvolupament moral, aquesta disfunció ventral medial també suposaria per l'individu un posicionament egocèntric i mancat d'actituds prosocials o normatives interioritzades, que definim com "anomia".

L'individu doncs, es governa per l'instint i la necessitat immediata, enlloc de dependre totalment dels demés ("prenomia"), de les normatives i codis legals ("heteronomia"), de la vocació cap als demés ("socionomia"), per la regulació en cada moment vital de la fase que sigui més adaptativa a l'individu i al medi on està ("autonomia"). Aquesta darrera fase seria maduratívament la més evolucionada (Villegas, 2008).

Des d'un punt de vista del posicionament vital, aquesta anomia implica una visió de sí mateixos egocèntrica, impulsiva i amb atribució externa de la culpa (Batson, Gudjonsson i Gray, 2010). D'acord amb vulnerabilitats i factors de risc ambientals, la anòmia persistiria juntament amb la maduració i l'eclosió del conjunt de trets psicopàtics, al llarg de la infància i la adolescència, fins a la edat adulta. No seria un efecte deleteri "d'etiquetatge i manca de tractament", ans al contrari, la detecció precoç que sí ajudaria a intervenir amb més eficàcia en població infanto juvenil, més que diagnosticar casos ja evolucionats adults atesa la persistència i estabilitat del constructe (Lynam et al, 2009).

L'actual classificació dels trastorns mentals DSM-5 (APA, 2013) "només" ha incorporat "especificadors" associats al trastorn antisocial de la personalitat, on es poden descriure (o no) manifestacions psicopàtiques (Esbec i Echeburúa, 2014). Continua doncs, dins de la categoria "trastorn", amb una evident incapacitat per a evitar situacions adverses.

Davant de possibles estímuls i contexts, podria doncs minvar la responsabilitat penal (Halwani i Krupp, 2004). Són ben coneguts en aquest sentit els anomenats "*dilemes morals*", o *el paper de les "intuïcions morals"* (Greene et al, 2001), els resultats èticament correctes dels quals depenen de la indemnitat de diverses estructures, entre elles el còrtex ventral medial o el còrtex dors lateral (Redding, 2006).

L'anomenada síndrome dors lateral (o dèficit funcional d'aquesta regió prefrontal) implicaria, a més, simptomatologia pseudodepressiva i símptomes disexecutius (Pineda, 2000). La síndrome orbital frontal s'associaria a la ja mencionada *pseudopsicopatia*, i la disfunció cortical prefrontal ventral medial i cinglada, a símptomes i signes apàtics i hipocinètics (Navas i Muñoz, 2003).

La *pseudopsicopatia*, associada a trastorns conductuals i cognitius post traumàtics, seria doncs secundària a dany en el CPF orbital (Weber et al, 2008). Malgrat el nom ("pseudo" psicopatia) no té a veure amb el dèficit emocional i alteracions neurobiològiques pròpies del constructe psicopàtic, on podem observar violència externalitzant i criminalitat freqüentment (Boes et al, 2011).

La combinació de processos de raonament social, funcions executives i la resolució de dilemes morals, implica a estructures como el còrtex prefrontal orbital en el primer i tercer cas (ètica social y dilemes morals) i al còrtex prefrontal ventral medial, al propi còrtex orbital i a l'amígdala, en el segon cas (decisions executives). Conclouríem doncs el paper prínceps del còrtex orbital frontal en el desenvolupament moral, i el de l'amígdala en el processament d'emocions bàsiques i expressivitat facial (Adolphs, 2003; Jochem, 2011) amb conductes antisocials, quan precisament el còrtex orbital frontal (si bé rarament) s'associa amb violència física (Séguin, 2004) o a conductes psicopàtiques (Blair, 2010).

El dany a estructures orbitals-ventrals medials (Motzkin, Newman, Kiehl, i Koenigs, 2011) després de l'esmentada maduració neuronal, sí augmenta la probabilitat de violència impulsiva (Brower i Price, 2001) però no altera el desenvolupament ètic (normatiu) ja

aconseguit. En canvi lesions precoces, fins i tot abans dels cinc anys, a la regió ventral medial, poden determinar un posicionament egocèntric i autocomplaent, des d'un punt de vista ètic (Finger et al, 2008; Taber-Thomas et al, 2014).

El dèficit CPF en la supervisió dels centres emocionals subcorticals (complex amigdalari, hipocamp, ganglis basals), en la planificació i en el desenvolupament moral, augmenta la incidència d'agressivitat impulsiva (Fumagalli i Priori, 2006) especialment si el còrtex cinglat disfuncional no articula adequadament la connexió entre emoció i raó, entre cervell emocional i cervell racional.

Lligant alteracions estructurals i psicopatia, especialment pel que fa a la connectivitat, en relació als factors i facetes del *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) parlem d'hiperconnectivitat cortical del Factor 2 i d'hipoactivitat connectiva cortical relacionada amb el Factor 1, també paral·lela a la hipoactivitat de les Facetes 1 i 2, i la hiperconnectivitat cortical de les Facetes 3 i 4 (Philippi et al, 2015), sent més evident aquesta dissociació (hipo/hiper connectivitat) entre l'ínsula anterior i el còrtex cinglat anterior. És a dir, a la psicopatia hi ha disfuncions, entre d'altres, amb un centre de connectivitat cerebral (*hubs neurals*) com el cinglat anterior.

Els psicòpates anomenats "exitosos" posseeixen un correcte funcionament de les funcions executives i major memòria de treball que els "no-exitosos" (Pement, 2012). Dins de l'instrument PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*), que explicarem més endavant, s'identifiquen dos factors o eixos principals. Si bé el Factor 1 (Factor Interpersonal i afectiu del (PCL-R) no s'associa directament amb millors funcions executives, si que el dèficit d'aquestes correlaciona directament amb el Factor 2 (Estil de vida + antisocialitat) i que va paral·lel amb la predicció d'agressivitat i conductes violentes) (Baskin-Sommers et al, 2015). Proves específiques com l'*Iowa Gambling Test* (IGT) permeten objectivar la validesa ecològica dels dèficits executius (Beszterczey et al, 2013).

Els maltractaments crònics, de tipus físic i a la etapa infantil, poden determinar una reducció del còrtex temporal bilateral, uncus dret i regions cervel·losoes dretes, en agressors violents amb perfil psicopàtic (Kolla et al, 2014). Si bé existeix una relació provada entre els abusos infantils i la gènesis de la violència adulta (Perri, 2002; Reif et al, 2007) a partir dels vuit anys d'edat, la maduració neuronal del còrtex prefrontal mitjançant la sinaptogènesi (Tranel i de Haan, 2007) permet a l'infant protegir-se parcialment ja, davant del medi.



La psicopatia pot mostrar també conductes denominades externalitzants, definides per una excessiva cerca de recompensa, intensa hostilitat i agressivitat reactiva, i un pobre control dels impulsos (Baskin-Sommers i Newman, 2013). Podríem parlar també de psicopatia "femenina", més internalitzant i somatitzadora, projectada a àmbits propers i relacionals (entorn familiar i amical) i associada a ansietat i emocionalitat negativa (Wynn et al, 2012).

La psicopatia femenina secundària exhibiria més facilitat per a la antinormativitat en institucions (de salut mental) i també mostrarien de forma més prevalent que els homes, major freqüència d'estrès post traumàtic, abús de substàncies, i història d'intents de suïcidi (Hicks et al. 2010).

L'anomenat "dany cerebral frontal" pot avaluar-se també, i entre moltes d'altres, mitjançant proves como el *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST), el *Trail Making Test* (TMT), el *Stroop interference Test*, l'*Iowa Gambling Test* (IGT), entre d'altres bateries de funcions executives, atencionals, de sensibilitat a la recompensa i/o al càstig, o amb proves estructurals i funcionals cerebrals (MRI, PET, fMRI, DTI) Podrem així objectivar el grau de disfunció i/o alteració estructural de les diferents àrees cerebrals i per exemple, podríem ajudar a matissar la denominada *legal insanity* en termes anglosaxons (Redding, 2006), la imputabilitat del nostre Codi penal.

D'altres juristes (Litton, 2008) consideren que, malgrat les troballes neurocientífiques, la imputabilitat no disminueix, requerint aquest tema doncs, més investigacions, com veurem en l'apartat de la tesi dedicat a aquest tema.

D'acord amb les troballes neurobiològiques referides fins al moment, podríem organitzar les principals estructures i funcions relacionades i, en conseqüència, les repercussions emocionals i conductuals a la Taula 1.

Moralitat, maduresa psicològica i responsabilitat legal son termes relacionats, però no sinònims. Així, i en relació a la capacitat per conèixer la il·licitud dels seus actes dins del Dret Penal (imputabilitat) alguns autors (Nieva Fenoll, 2015) esmenten la necessitat de la predicció de risc o d'avaluació de la personalitat en sentit ampli, per tal de perfilar la cerca d'indicis i potencial reconstrucció dels fets.

Taula 1: Neurobiologia, conductes antisocials i raonament moral (Raine, 2008).

	Regió cerebral disfuncional	Processos/factors de risc	Conseqüències
Còrtex frontal	Dorsal lateral	Perseveració de resposta Pobre planificació/organització Teoria de la Ment	Incapacitat d'aturar una conducta sancionada Disfunció laboral i social, baixos ingressos Percepció errònia d'intencions/conductes alienes
	Ventral-Orbital	Decisions executives Mediació en respostes emocionals, orientant la conducta Empatia/preocupació pels demés	Decisions vitals dolentes Pobre control de la ira Fredor/Indiferència als sentiments/situacions alienes
	Medial-polar	Judicis morals-ètics Introspecció	Incompliment de les normes socials
Estructures límbiques	Cinglat anterior	Inhibició Processament d'errors/conflictes	Fracàs en contenir respostes antisocials Dificultat per a negociar situacions de conflicte
	Cinglat posterior	Execució decisions ètiques Introspecció	Incompliment de les normes socials Pobre atribució de conseqüències vital desfavorables a sí mateix
	Amígdala	Condicionament a la por Judicis sobre emocions socials Emocions ètiques/morals Evaluació confiança	Absència d'afecte i pobre desenvolupament de la consciència Malinterpretació dels sentiments/intencions alienes Incompliment de les normes socials Hipersociabilitat i victimització
	Hipocamp	Condicionament ambiental a la por	Inadequació de les respostes punitives en el context social
Còrtex Temporal	Circumvolució Temporal pol superior	Teoria de la Ment, percepció social	Mala atribució d'intencions als demés
	Circumvolució Temp. post-superior	Judici moral-ètic	Incompliment de les normes socials
Còrtex Parietal	Circumvolució Angular	Judici moral-ètic Sentit de la responsabilitat en les accions	Incompliment de les normes socials Conducta irresponsable

Quant al perfil psicopàtic, diversos autors postulen, d'acord als errors en la presa de decisions, la seva baixa ansietat-tret i l'absència de culpa, la possibilitat d'una alteració en l'esmentada imputabilitat. L'amoralitat, l'absència d'efectes punitius en la seva estructura de personalitat o la reducció del risc de violència futura mitjançant l'engarjolament prolongat, en absència de tractaments eficaços suggereixen d'una banda, un potencial agreujament de la normal capacitat (responsabilitat) per a entendre els actes i elegir en un sentit determinat, per un altre.

#### 1.4. TEORIES EXPLICATIVES. COMORBIDITATS

##### 1.4.1. Introducció

Psicopatia i Trastorn antisocial de la personalitat (TAP) són entitats anàlogues però no idèntiques (Torrubia i Cuquerella, 2008). El TAP ve definit al DSM-5 (APA, 2013) com un

patró general de conducta que inclou menyspreu i violació dels drets dels demés, fracàs en la adaptació a las normes, deshonestat, impulsivitat, agressivitat, irresponsabilitat, imprudència i absència de remordiments, i abasta fins a un 65% de la població penitenciària.

Pel que fa la psicopatia, la hi trobem en un 11%-31,4% dels homicides (Dhingra i Boduszek 2013; Laurell i Dåderman, 2007) o un 13-15% d'assetjadors (Storey, Hart, Reid i Reavis, 2008). Babiak situa un 3,5% de psicopatia dins el món dels negocis (Persson, 2013). Personatges tan dispars como Churchill, Picasso, Idi Amin Dada, Stàlin o Madoff, entre d'altres, en són un exemple. Suposa un 1% de la població general, un 15% de la població penitenciària, en front del 50-80% de les personalitats antisocials (Ogloff, 2006).

En relació a d'altres indicadors criminològics d'impacte en la seva conducta criminal, el 78% dels empresonats per delictes violents són psicòpates, com també un 50% d'assassins de policies (USA). Tenen un 2,5 més probabilitats d'obtenir la llibertat condicional, i als tres anys el 80% han estat novament detinguts o condemnats (Kiehl i Hoffman, 2011).

El perfil psicopàtic el definim especialment per Facetes, com descriurem més endavant quan parlem del PCL-R o el seu variant *Screening Version* (PCL:SV) com la 1 o *Interpersonal*, la 2 o *Afectiva* (nucli essencial de duresa o insensibilitat emocional), la Faceta 3 o *d'Estil de vida* i finalment la *Faceta 4* o *Antisocial*, amb un estil impulsiu/irresponsable (Frick 1995; Hare et al 1991; Harpur, Hakstian i Hare, 1988; Mahmut, Homewood i Stevenson, 2008), corresponents a l'esmentat perfil. Avançant l'apartat que en parlarà abastament del PCL-R, podríem dir que aquestes Facetes corresponen a un diagnòstic clínic. El *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 2003) es basa en uns criteris diagnòstics, puntuats quantitativament a partir d'una entrevista semiestructurada, juntament i d'informació complementària, ambdues necessàries per avaluar conjuntament els seus 20 ítems. Així, la suma total dels ítems hauria de ser igual o superior a 30 en nostre medi cultural para considerar l'esmentat constructe como significatiu. Existeixen, com veurem, models factorials bi, tri i tetrafactorials (Neumann, Hare i Newman, 2007) per a agrupar els diversos ítems del constructe (Kholer, Geiger i Huchzermeier, 2013). Com a teoria vigent més rellevant avui en dia, parlaríem del ja esmenat anteriorment *Model Triàrquic* (Patrick, Fowles i Krueger, 2009).

S'han definit subtipus de TAP (Lykken, 2000; Poythress et al, 2010), alguns sobreposant aspectes relacionats amb conductes antisocials i psicopatia. El trastorn antisocial de la personalitat, amb el que cal fer el diagnòstic diferencial vers a la psicopatia (i del que en farem esment reiteradament al llarg d'aquesta tesi) és un dels trastorns de personalitat amb més acord entre avaluadors, amb una Kappa de Cohen: 0,70 (Tyrer et al, 2007). En subjectes amb insensibilitat afectiva i pobre condicionament amb l'aprenentatge de la por, els estils de vincle insegurs o ambivalents poden afavorir l'aparició del constructe psicopatia (Gullhaugen i Nøttestad, 2012; Pérez, 2012; Schimmenti et al, 2014). A diferència dels individus "estricteament" amb trastorn antisocial de la personalitat, els psicòpates mostrarien a més, determinades característiques interpersonals i afectives. Per exemple, observarem en la psicopatia (a) una facilitat reduïda per a prendre decisions lèxiques davant estímuls afectius, (b) dèficits en la reacció de sobresalt utilitzant senyals aversives i (c) una reduïda reactivitat davant les expressions emocionals facials (Pera, 2015) especialment de la tristesa i la por (Hastings et al, 2008). Són propis també del constructe psicopàtic, el dèficit en evitació passiva, quan les tasques impliquen objectius no únicament referits a l'evitació del càstig (Newman i Kosson, 1986).

Alguns autors atribueixen al trastorn antisocial i a la psicopatia, dèficits comuns com les disfuncions en la memòria de treball i en les decisions adaptatives, amb incapacitat per aprendre de les senyals de càstig, canviar el seu comportament en funció de les contingències, o prendre decisions equivocades tot i haver-les "pensat" aparentment (De Brito, Viding, Kumari, Blackwood i Hodgins, 2013). Hi hauria una tendència més sensible a la recompensa dels subjectes antisocials, mentre que els no-antisocials serien més sensibles al càstig (Aluja i Torrubia, 1996).

Com a mecanisme filogenèticament evolutiu (d'espècie), dins la pròpia ontogènia (o individu) podríem trobar teories anomenades "adaptatives" (Babiak et al, 2012; Babiak i Hare, 2006) com veurem a continuació.

Des d'un punt de vista fenomenològic, podríem referir-nos als models de xarxes neurals i desconnectivitat (degeneració) que s'explicarien amb neuroimatge, aspectes crucials del perfil cognitiu-conductual de la personalitat psicopàtica, especialment la disfunció executiva, o al fenomen de les neurones mirall i la manca d'empatia (si aquestes són hipofuncionants). El Tensor de Difusió d'Imatge (o DTI) permet, entre d'altres, l'estudi de la disfunció estructural de la xarxa neural del fascicle uncinat, del

dany cerebral lleu-moderat (Zappalà, de Schotten i Eslinger, 2012) o del dèficit en la xarxa dorsal prefrontal medial-cinglat posterior (Sethi et al, 2015).

D'acord amb les teories explicatives del trastorn psicopàtic, hem esmentat anteriorment hipòtesis també centrades en aspectes emocionals i/o neurocognitius (del constructe psicopàtic), de les que destacarem la hipòtesi del baix quocient de por (Lykken 1995), la hipòtesi de disfunció en la modulació de la resposta (Casey, 2013, Newman et al, 1997), la disfunció del sistema integrat emocional (Blair et al, 2005), o la hipòtesi de disfunció del sistema paralímbic, de base netament neurobiològica (Khiehl, 2006; Boccardi et al, 2013). Altres hipòtesis plantejarien un sistema d'inhibició conductual dèbil (de resposta als estímuls, doncs) i normalitat o major excitabilitat del SAC de Gray i Fowles (1970-1987). Darrerament, i com a teoria més integradora, basada en aspectes fenotípics del constructe, destacarem el Model Triàrquic de Patrick et al. (2009) que incorporar tres fenotips (Maldat, Audàcia i Desinhibició) i dos variables temperamentals (temperament difícil i quocient d'escassa por).

Finalment, fem un breu esment a un altre punt de vista que tractarem, i que és la repercussió judicial i criminològica de la psicopatia. La literatura científica sobre imputabilitat i psicopatia, sobre psicopatia i neurociències és vasta, extensa, prolífica i, d'interès creixent, i exponencial. Què en pensa l'autor de el PCL, Hare? És un tema a debat, on la *normalitat* on situàvem fins ara al/la psicòpata, fora de "trastorns" o "disfuncions" és discutida per les troballes neuroafectives i neurocognitives (Hare i Newman, 2010). El terme *psicopatia* suscita *per se* tòpics, reaccions i prejudicis en la població, específicament en allò referit a la seva relació amb la violència y criminalitat. La seva potencial relació amb greus delictes, crims serials (Pérez, 2012) o la seva suposada "elevada capacitat intel·lectual", entre d'altres, són tòpics freqüents que és necessari precisar, juntament amb algunes bases neurobiològiques (Debowska et al, 2014) i les seves possibles repercussions legals.

D'acord amb aquesta introducció, desenvolupem doncs les principals teories explicatives relatives a la psicopatia.

## **1.4.2. Teories explicatives de la psicopatia**

### *1.4.2.1. Teories adaptatives*

Des d'una perspectiva purament filogenètica, alguns autors (Krupp et al, 2013) expliquen el comportament seductor, manipulador, violent i associat a la recompensa immediata, com un estil de supervivència i de dominació a curt termini. És doncs un fenomen intraespècie, de mamífers (Cheng et al, 2013) els objectius dels quals serien eliminar oponents, cercar femelles per plaer, venjança o nepotisme (Krupp et al, 2012) i transmetre la genètica del seu poder físic. Una part doncs, del comportament instintiu, atàvic, primari, estaria doncs determinada per instints primaris (Knight-Jadczyk, 2008; McHoskey, 1995).

Dins de les conductes adaptatives en la evolució dels primats, es destaquen la vinculació, cura maternal, dominància i sistemes sexuals. D'acord amb aquests paràmetres, també podríem definir la psicopatia com una conducta amb excessives respostes sexuals, manca de cura als fills, i respostes dominants aberrants (Leedom i Almas, 2012).

Segons la teoria del vincle (Bowlby) autors com Schimmenti et al. (2014) postulen en psicòpates un dèficit vincular o d'aprenentatge empàtic, dels seus progenitors cap al nadó, juntament amb d'altres disfuncions del desenvolupament emocional. Seria un vincle fred-distant (Gacono et al, 2000). D'altres tipologies criminogèniques com els paidòfils, per exemple, associarien vinculació sovint de tipus ansiós-ambivalent, o preocupat.

Les disfuncions del vincle, juntament amb abusos infantils i la estructura psicopàtica de personalitat, han estat també tres variables esmentades en la gènesi d'assassins en sèrie organitzats (Knoll, 2006). Els abusos (físics, com a mínim), el record disfuncional dels pares mostren una clara associació amb la psicopatia i relacions objectals, en concret, amb les subescales egocentrisme, alienació i vincle insegur (Brody i Rosenfeld, 2002). Una sexualitat inapropiada en la relació matern filial, també es postula com a predictor o factor de vulnerabilitat en predadors sexuals (Knoll, 2006).

En un altre ordre de coses, i des d'un punt de vista filogenètic i evolutiu, podem dividir les teories en (a) evolucionistes i (b) psicobiològiques. També podem considerar les teories de *selecció-balanç*, teories *antagònico-pleiotròfiques*, i teories o models de *selecció-dependència-freqüència*.

En primer lloc, la teoria de selecció-balanç (Skeem et al, 2011) postulen el caràcter adaptatiu del perfil psicopàtic en la societat actual, seguint les teories evolucionistes

darwinianes. Així, dins la teoria darwiniana, trets com la insensibilitat-crueltat ("callousness"), promiscuïtat i versatilitat criminal, amb sexualitat precoç, freqüent i coercitiva, seria una mena "d'estratègia reproductiva", amb heretabilitat elevada (Quinsey, 2009). Es postula mitjançant una mena de *balança*, que el al·lels que contribueixen als constructes de psicopatia, compensen els desavantatges adaptatius, com "nius" (no ecològics) de tipus financer, lideratge o similars. En organitzacions empresarials ja es defineix, i mesura, al constructe psicopàtic (Babiak, Neumann i Hare, 2010; Mathieu, Hare, Jones, Babiak i Neumann, 2012).

La teoria antagonista-pleiotròfica valida els al·lels avantatjosos en fases inicials del desenvolupament, com poden ser: la sexualitat precoç, promíscua i coercitiva, incloent la violació i assalt a d'altres mascles. Canvis en un gen poden generar alteracions fenotípiques (conductes) amb símptomes molt diversos. L'antagonisme pleiotròfic es referiria als aparents beneficis dels gens a edats precoces, mentre aquests efectes del genoma, paradoxalment, podrien ser desavantatjosos a edats més madures (Novartis Foundation, 2000).

Podem veure a la Taula 2, els avantatges a curt termini de conductes (inter)personals que podem observar a la psicopatia, amb els costos, normalment socials i grupals, que això comporta (antagonisme pleiotròfic).

Els models de selecció-freqüència-dependència impliquen la coexistència d'al·lels relacionats amb trets prosocials i freqüents, altament valorats, i d'altres al·lels menys estimats (engany, aprofitament dels recursos maliciosament, conductes sexuals promíscues) que castiguen per tal de mantenir la seva *baixa prevalença*. Krupp et al (2012) postulen el dany a tercers (fins i tot, amb agressió sexual) dins d'un mecanisme d'*estratègia evolutiva que afavoreix l'explotació de desconeguts*. També es proposen els trets psicopàtics com una bona estratègia dins de les organitzacions empresarials (Boccio i Beaver, 2015).

Finalment, Glenn, Kurzban i Raine (2011), a banda de les teories basades en l'anàlisi adaptatiu suggereixen també un origen genètic del constructe psicopatia, que seria producte de mutacions, com observem a la Taula 2. Així, "no podem reduir la psicopatia a una teoria purament evolutiva ni explicaria completament el trastorn", en no ser les estratègies pròpies del psicòpata que reflexin "genuïnes disfuncions desadaptatives". Sí podria ser possible que la psicopatia "fos un cúmul de mutacions que s'han transmès entre generacions, per l'èxit en la persistència reproductiva".

Coincidirien els autors que les mutacions amb “greus danys fenotípics” serien eliminades ràpidament, mentre aquelles amb un perjudici “moderat o relatiu” podrien trigar generacions en ser eliminades del genotip. Mutacions com (a) el marcador cerebral septum pellucidum persistent, descrit per Raine et al (2010), (b) la elevada comorbiditat entre el constructe de psicopatia i el trastorn per dèficit d’atenció i hiperactivitat de tipus combinat (75% en la mostra de Blair, Colledge, Murray i Mitchell, 2001) o (c) el tipus propi d’agressivitat psicopàtica, instrumental, mostren la elevada associació entre mutació i perfil psicopàtic.

Taula 2: Trets conductuals de la psicopatia i valència d’aquests, en termes adaptatius (beneficis/costs) (Glenn, Kurzban i Raine, 2011).

TRET	BENEFICIS	COSTS
CONDUCTA SEXUAL PROMISCUA / MOLTES RELACIONS DE PARELLA DE CURTA DURADA	Èxit en l'aparellament	Absència d'estabilitat familiar; pobre dedicació a la criança
ESTAFA	Habilitat per a guanyar recursos; habilitat per a atraure parelles, al menys a curt termini, amb enganys com adquirir recursos, aparentment amb finalitats parentals; negociació asimètrica	Exil de la comunitat (engarjolament o sanció social); manca d'accés a recursos compartits; absència d'harmonia en les relacions interpersonals; càstig
EMOCIONS SIMULADES		
COERCIÓ	Habilitat per a guanyar recursos; accés a parelles (per ex.: violació); Habilitat per a aconseguir parelles d'altres	Exil de la comunitat (engarjolament o sanció social); manca d'accés a recursos compartits; càstig
LÀBIA ENCANT SUPERFICIAL	Alliats socials; atracció cap a les parelles; negociació asimètrica; inici de relacions de parella de curta durada; Habilitat per a aconseguir parelles d'altres	Menor capacitat per a establir relacions de parella duradores
IMPULSIVITAT	Habilitat per adquirir avantatge en oportunitats immediates	Pobre planificació i capacitat executiva a llarg termini
ABSÈNCIA DE POR	Exploració de l'entorn; resiliència a l'estrès i a la depressió (i a les conseqüències associades)	Riscs físics; expectativa de vida reduïda
ABSÈNCIA D'EMPATIA EMOCIONS SUPERFICIALS	Resiliència a l'estrès i a la depressió (i a les conseqüències associades); incontrolable capacitat per a adquirir avantatges davant els demés; absència de neuroticisme o ansietat, que pot facilitar la consecució d'objectius personals en condicions adverses; Facilitat per a abandonar responsabilitats parentals	Absència d'aliances a llarg termini; potencial exil de la comunitat; pobre criança dels fills (que redueix a mera supervivència)
TREBALL/RELACIONS CURTA DURADA	Capacitat d'adquirir recursos i evitar ser descobert	Pèrdua de guanys en associacions estables
AGRESSIVITAT REACTIVA	Castigar individus que s'interposen al propi camí	Absència d'harmonia en les relacions interpersonals; càstig; riscs físics; expectativa de vida reduïda
AGRESSIVITAT INSTRUMENTAL	Capacitat per a obtenir recursos dels demés	Absència d'harmonia en les relacions interpersonals; càstig; riscs físics; expectativa de vida reduïda

#### 1.4.2.2. Teories de reactivitat emocional i conductuals

En relació a deficiències en reactivitat emocional, Lykken proposa un model anomenat “baix quocient de por” que impedeix el condicionament davant situacions aversives, similar a les investigacions del propi Hare i d’altres (Rothmund et al, 2012). Mostraria reserves respecte a la distinció entre psicopatia primària i secundària en base



al nivell d'ansietat, si bé Newman, MacGoon, Vaughn i Sadeh (2005) proposen aquest tret d'ansietat, i els sistemes motivacionals BAS/BIS, com a necessaris per a distingir la psicopatia primària de la secundària.

Gray i Fowles, a través dels anomenats Sistema d'Inhibició Conductual -SIC- i Sistema d'Activació Conductual -SAC- una interpretació de la psicopatia primària i la psicopatia secundària, respectivament. Entenem per SAC (sistema motivacional activador) com aquell sensible als senyals de recompensa i per tant, iniciador de conductes, mentre que el sistema inhibidor de conducta (o amb l'acrònim: SIC) seria aquell sensible als senyals de càstig, i provocaria conductes d'aprenentatge d'evitació passiva.

Si ens apropem una mica (després ho ampliarem) a aspectes neurobiològics relacionats amb el condicionament i aspectes atencional, diríem que (a) el còrtex prefrontal ventral medial esquerre sembla estar relacionat amb l'autocontrol i la impulsivitat, en la seva connexió amb l'estriatum (Boccardi et al, 2013); (b) Les funcions executives prefrontals dependrien del nucli prefrontal dors medial (incloent el cinglat dorsal anterior) mentre que les funcions atencional depenen d'una altra neurotransmissió, que es localitzaria al frontal dret i a regions parietals corticals, i que interaccionen amb l'amígdala davant d'estímul apetitiu o aversiu.

De forma introductòria podríem dir que els individus amb un SIC hipoactiu, i un SAC normal, amb baixa ansietat, mostrarien desinhibició; És a dir, no aturarien respostes prèviament castigades, i mostrarien dèficits d'evitació passiva (Lykken), amb poca ansietat general. Estaríem parlant doncs, de la psicopatia primària. No respondran per tant, davant del potencial càstig a les seves accions delictives. A la psicopatia secundària trobaríem individus amb un SAC fort, hiperactiu i un SIC normal, que tendiran a fer conductes antisocials per tal d'obtenir un reforçament positiu, ràpid, immediat.

Els psicòpates tindrien un sistema d'inhibició conductual dèbil (*Behavioral Inhibition System: BIS* en anglès.), amb un sistema d'activació conductual (reforçador) normal (*Behavioral Activation System: BAS*, o *SAC: Sistema d'Activació Conductual*, en català). Gray proposa, dèiem, la Teoria de la Sensibilitat al Reforç, amb dos sistemes que modulen la motivació i orientació cap a objectius: el Sistema d'Activació-apropament Conductual (SAC/BAS) i el Sistema d'Inhibició (allunyament) Conductual (SIC/BIS).

El SAC implicava la tendència a l'espontaneïtat, les conductes no deliberades associades a la psicopatia *secundària*, i amb el comportament antisocial en general. Es localitza a les regions d'estimulació i reforçament dopaminèrgic, és a dir, al nucli estriat ventral, una regió dels ganglis basals que inclou el nucli accumbens, i que s'associa en psicopatologia a trastorn del control dels impulsos (toxicomanies, joc patològic, hipersexualitat, compres compulsives o trastorns de la conducta alimentària, entre d'altres).

El SIC/BIS està condicionat pels càstig i experiències aversives sofertes al passat, que modulen l'aprenentatge davant d'aquests estímuls, amb una resposta d'inhibició o rebuig. Hi ha també un relació recíproca entre ambdós sistemes (BAS-BIS), de tal manera que davant un BAS prou "fort", el BIS es mostra incapaç d'interrompre conductes reactives a estímuls de càstig/aversius (Baskin-Sommers et al, 2010). El dèficits en la resposta anormal a les senyals de càstig estarien localitzades al cinglat posterior i a la ínsula, amb dèficits doncs en l'*aprenentatge revers* associat a estímuls aversius (Gregory et al, 2015).

A la psicopatia *secundària* trobem un SAC amb *major* reactivitat, i BIS normal; en canvi, als anomenats psicòpates primaris, trobem un SAC amb *baixa* reactivitat (o reactivitat normal) i un BIS "dèbil" (Corr, 2010; Skeem, Johansson, Andershed, Kerr i Loudon, 2007). En resum: la psicopatia primària correlaciona amb el constructe BIS, i la psicopatia secundària, amb el constructe BAS (Newman et al, 2005). En relació als Factors PCL-R, el BIS superior al BAS respecte al Factor 1 i BAS superior al BIS respecte al Factor 2 (Wallace et al, 2009). D'altres autors relacionen el funcionament del BIS, amb la psicopatia, la percaça de recompenses i la memòria executiva (Baskin-Sommers et al, 2010).

El BIS pot inhibir conductes orientades a objectius, quan apareixen estímuls discrepants, interns o externs, modulant la resposta. L'amígdala en aquest sentit te un rol determinant en la gestió d'estímuls "significatius" (o no), des de xarxes neurals com sistemes sensorials majors, hipocamp, substància gris periacueductal, hipotàlem, estriatum ventral o còrtex prefrontal ventral, entre d'altres (Murphy i Giurgiu, 2011). Així, amb volums amigdalars reduïts associem alteracions o disfuncions associades a trets interpersonals i afectius relacionats amb la psicopatia. Ja des de la infància, el condicionament aversiu davant la por o amenaces ambientals, es veurà reduït (Glenn et al, 2009).

També hi ha coincidències entre aquests dos sistemes i els constructes de la psicopatia i la psicosi (Corr, 2010). Així, la psicopatia primària i el psicoticisme comparteixen, relativament, un SIC dèbil, mentre el psicoticisme i la psicopatia secundària comparteixen, també relativament, una elevada impulsivitat (*fun seeking*).

Finalment, Blair proposa d'acord amb els extensos *dèficits afectius*, deficiències tant en la reactivitat d'emocions positives com negatives, a diferència de Lykken (només a les "negatives"). Les personalitats (anòmales) mixtes amb trets antisocials i límits, mostrarien conductes secundàries a desregulació emocional i elevada impulsivitat, com expressions emocionals d'ira i baix control (Howard, Huband, Duggan i Mannion, 2008). La teoria del *dèficit atencional* de Blair i Mitchell (2009) descriu, en cas de disfunció, trets d'impulsivitat, pobre conducta evitativa, dèficits de processament emocional, ja que el psicòpata no diferencia informació "perifèrica" o "nuclear" on ha de centrar l'atenció. També mostra elevats nivells d'agressivitat reactiva, producte dels dèficits cognitius i afectius, secundària a la repetitiva intolerància a la frustració (Blair) per afectació, entre d'altres del còrtex ventral medial (Harenski i Kiehl, 2010; Sobhani i Bechara, 2010). Aquest dèficit emocional, combinat amb el medi o entorn del nen/nena amb trets de duresa emocional, poden motivar agressivitat reactiva, o instrumental, en funció de la contenció de la frustració i/o impulsivitat per l'ambient (Blair et al, 2006).

Aprofundint en les teories de deficiència emocional, com a tret nuclear de la psicopatia, Brook, Brieman i Kosson (2013) en una extensa metanàlisis, descriuen les deficiències (a) associades a un dèficit general afectiu, amb incapacitat per a experimentar i processar emocions dins de l'espectre de la normalitat, i (b) dèficit emocionals *específics* en alguns tipus d'emocions. Així, observen que dins de les anomalies "específiques", les classificacions d'acord amb l'autoactivació i els valors d'intensitat/valència no difereixen en relació als grups control. Cal analitzar cadascuna de les emocions de forma específica.

Pel que fa a teories basades en la desviació cognitiva del processament, Newman et al proposen la teoria del dèficit en la modulació de resposta, és a dir, la dificultat per canvis d'estratègia cognitiva un cop els estímuls contingents així ho demanen, tot i l'objectiu inicial. Els psicòpates primaris mostrarien un dèficit en evitació passiva en contextos de reforçament-càstig, degut al dèficit atencional, que dificultaria la modulació de resposta als senyals d'inhibició (Zeier et al, 2009).

Els models basats en correlats de neuroimatge inclouen deficiències estructurals i funcionals en àrees com l'amígdala, circumvolució hipocampal i parahipocampal, còrtex cinglat anterior i posterior, estriat, insula i còrtex prefrontal i temporal, que ja s'han explicat a l'apartat neurobiològic. Una estructura essencial en el reforç o processament davant d'estímuls apetitius o aversius, en psicòpates, és l'àrea del nucli accumbens dret, dins de l'estriat (Pujara, Motzkin, Newman, Kiehl i Koenigs, 2013) especialment en joves (Blair, 2013).

#### 1.4.2.3. Teories neurobiològiques

Aprofundint en les bases i determinants neurobiològics de la conducta i de la psicopatia, autors com Koenigs (2012) destaquen estructures encefàliques preeminents pel que fa a la comprensió dels aspectes afectius, cognitius, interpersonals i conductuals de la psicopatia. Per exemple, el còrtex ventral medial i el cinglat anterior, es consideren mediadors en nombrosos processos socials i en les funcions executives, i són la base de la *Teoria del Marcador somàtic* de Damasio (Damasio, 1996) (Koenigs, 2012; Raine, Lee, Yang i Colletti, 2010; Sobhani i Bechara, 2010) entre d'altres. La hipòtesi es refereix a la base neurològica per a la presa de les nostres decisions, de tal manera que regions com el còrtex orbital frontal, el cinglat anterior, el còrtex ventral medial, l'amígdala, els còrtex somàtic sensorial i de la ínsula, o el sistema nerviós perifèric, serien les principals àrees neuronals o prendríem "pre-decisions"; Es a dir, on es desencadenaria el seguit de decisions de la voluntat, d'acord però amb records anteriors positius o negatius d'experiències passades, que promourien la motivació cap a l'objectiu (acció) o frenarien l'acte volitiu (en cas de records aversius). En la presa de decisions, sovint de manera "pre-conscient" convergeixen doncs, aspectes cognitius i afectius.

Philippi et al (2015; Ly et al, 2012) proposen un nou marcador somàtic, el nucli dorsal anterior del còrtex cinglat anterior (DA-CA), relacionat amb les xarxes neurals fronto-parieto-temporals; El Factor 1 (PCL-R) s'associa amb hipoactivat de la connexió del còrtex DA-CA amb estructures parietals laterals, i el Factor 2 s'associa amb la hiperactivitat d'aquesta xarxa.

Respecte a les funcions executives, s'associa el trastorn antisocial de la personalitat i correlacions positives amb abús de substàncies i trastorn combinat d'atenció i hiperactivitat (TDAH) amb abús d'alcohol i dependència i d'afegitó, el TDAH i l'abús de substàncies, amb disfunció frontal (Morgan i Lilienfeld, 2000).

Raine, Lencz, Bihrlé, LaCasse i Colletti (2000) objectiven, arran de les lesions estructurals prefrontals, un baix arousal, un pobre condicionament de la por, absència de consciència ètica i moral, i dèficits en la presa de decisions, propis de les conductes antisocials i psicopàtiques. La troballa fonamental de l'estudi, transcendent, fou la reducció al còrtex prefrontal d'un 11% del gruix del còrtex.

Barbey, Krueger i Grafman (2009) associen les regions corticals prefrontals amb allò contrafactual, és a dir, un pensament metacognitiu sobre possibles conseqüències en cas d'antecedents diferents als fets avaluats, il·lusoris però imaginables. Així, adscriu la regió dors lateral al pensament actiu/inactiu, la regió ventral medial, a la cognició cap a sí mateix/cap als demés i, finalment, la regió orbital frontal, associada en aquest cas al pensament ascendent o descendent (*upward vs downward*). La regió orbital frontal s'associaria també a una disfunció en tasques d'inversió de resposta, en decisions amb risc, en psicòpates (Blair, 2001; Mitchell, Colledge, Leonard i Blair, 2002). Des d'un punt de vista "transversal" o hemisfèric, podríem associar també la psicopatia primària (manca d'empatia, absència de por, capacitat de manipulació i engany i absència de penediment i culpa) amb una "hipoactivitat hemisfèrica dreta". A l'inrevés, amb una "hiperactivitat dreta" associaríem la psicopatia secundària (impulsivitat, agressió reactiva, cerca de sensacions i situacions de ric) (Hecht, 2011).

En qualsevol cas, la disfunció prefrontal és comunament recollida per diversos autors (Del Casale et al, 2015) els quals recullen els efectes en decisions morals, empatia, funcions executives i senyals relacionades amb la Teoria de la Ment. També descriuen alteracions en xarxes prefrontals-parietals-límbiques (De Oliveira-Souza et al, 2008) i orbitals-límbiques, relacionades amb aspectes afectius.

Glenn et al (2009) mitjançant neuroimatge reafirmen la centralitat de la *disfunció amigdal* dins de la psicopatia, amb repercussions en l'afecte interpersonal, pensament autoreferencial ("automonitorització") i, en resum, una deficient integració entre les variables cartesianes d'emoció i afecte. Recordem també les potencials lesions del tracte uncinat (matèria blanca que connecta les estructures amigdalars, subcorticals i basals, amb el còrtex prefrontal orbital) (Craig et al, 2009; Motzkin, Motzkin et al, 2011; Sobhani et al, 2015). D'afegitó, Carré, Hyde, Neumann, Viding i Hariri (2013) exposen correlacions entre vies i nuclis encefàlics, i les facetes PCL-R, com mostrem a la Figura 3. Aquesta taula relacionaria aspectes neurobiològics, amb les Facetes en que es basa la teoria de la psicopatia de Hare (Interpersonal, Afectiva, Estil de vida i Antisocial), i amb el gènere, obtenint associacions amb correlats neurals davant

estímul visual relacionats amb la por, la ira i els reforços positius i negatius. L'única correlació negativa apareix entre la reactivitat amigdalar a expressions de por, i la Faceta Interpersonal, congruent amb la hipofunció de l'amígdala davant les expressions de patiment aliè, amb més facilitat per a l'agressivitat instrumental. Hi ha però correlacions positives entre la reactivitat amigdalar a expressions d'enuig i la Faceta d'Estil de vida, associades a agressivitat reactiva, en aquest cas. També el Factor 2 o Antisocial s'associa positivament amb l'anticipació al reforç econòmic, independentment de la impulsivitat. D'alguna manera, la hipoactivitat neurofisiològica del circuit de la recompensa es compensaria amb activitats de risc i de percaça de sensacions.

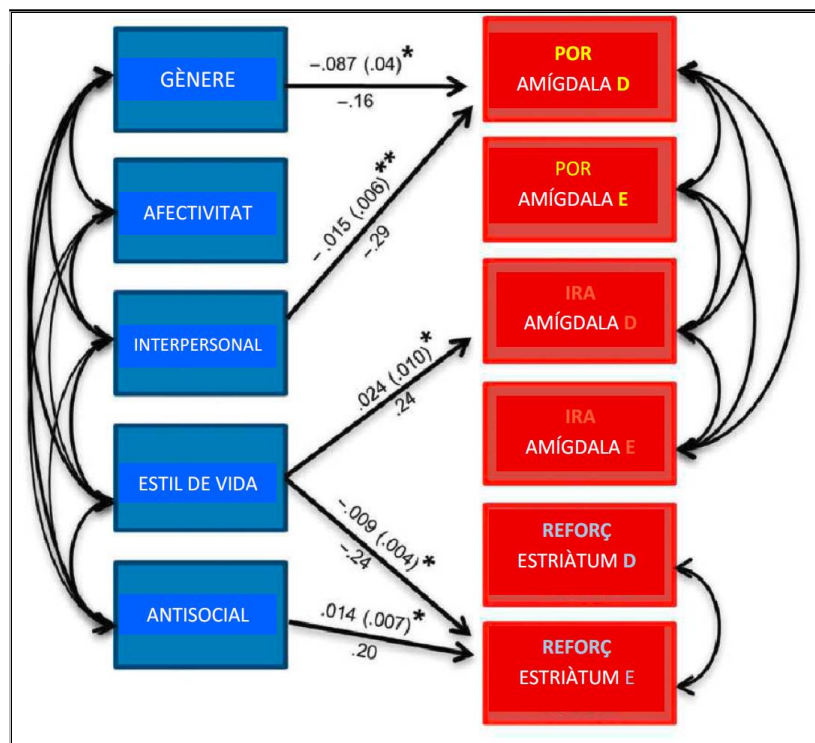


Figura 3: Relació entre gènere i Facetes (PCL-R), emocions negatives i conducta (por, ira, reforç) i estructures neurobiològiques (Carrè et al, 2013).

Seguint l'empremta d'autors com Blair i Raine, Kiehl (2006) proposa, també des d'una perspectiva neuropsicològica, una alteració prínceps del sistema Paralímbic (includria doncs, a l'amígdala i nuclis paraamigdalars i prefrontals medials).

#### 1.4.2.4. Model Triàrquic

Des d'un punt de vista criminal, hem vist que el perfil psicopàtic suposa un greu risc per a l'entorn del predador (DeLisi, 2009), especialment pel seu encant superficial, el perfil narcisista i manipulador, la capacitat de dominació i parasitació, l'absència d'empatia, penediment i la nul·la assumpció de responsabilitats (delictives, personals), juntament amb la impulsivitat i la seva elevada intolerància a la frustració, entre d'altres. Des d'un punt de vista pragmàtic, Patrick et al (2009) i d'altres autors que ho repliquen (Skeem et al, 2011) descriuen el model triàrquic com un marc eclèctic que vol reunir competències i, en ocasions, perspectives oposades, amb una funció doncs, integradora, pedagògica i inclusiva.

El model triàrquic proposa tres fenotips i dos genotips. Els fenotips serien: Desinhibició, Maldat ("meanness") i Audàcia ("boldness"), i els genotips correspondrien al baix quocient de por, i al temperament difícil, tal i com mostrem a la Figura 4.

La Desinhibició inclouria la tendència a la impulsivitat (incloent manca de planificació i previsió), la mala gestió de desitjos i de l'afecte, la necessitat de gratificació immediata i el dèficit en restricció conductual; La Maldat inclouria la manca d'empatia, el despreu o manca de relacions properes als demés, la rebel·lia, la cerca d'excitació, l'explosivitat, i la dominància a través de la crueltat; Finalment, el constructe Audàcia associaria el control davant situacions d'amenaça o estrès, la recuperació ràpida davant d'impactes vitals, una elevada autoestima i eficàcia social, i la tolerància a allò desconegut i perillós.

La Desinhibició es relacionaria amb la debilitat del BIS (inhibició conductual) i la hiperreactivitat del BAS (activació conductual), tal i com descriu Gray i Fowles (Patrick et al, 2012; Sellbom i Phillips, 2013). Integrant fenotips i genotips, el temperament difícil seria la base genètica comuna entre la Desinhibició i la Maldat, i el baix quocient de por, la base de l'Audàcia i la Maldat. La interacció entre aquests genotipus i l'ambient donaria lloc als fenotipus.

L'idea seria que la combinacions dels tres fenotips i dels dos genotips inclouria qualsevol dels models teòrics de psicopatia, o dels subtipus de psicòpates, segons les diferents combinacions possibles d'aquests fenotips. Per exemple, el psicòpata de Cleckley es caracteritza per alta Audàcia i alta Desinhibició. El psicòpata del PCL

tindria un component de Maldat i de Desinhibició, però sense ser gaire rellevant en canvi, l'Audàcia.

L'Audàcia (*boldness*) diferencia els constructes de psicopatia i trastorn antisocial de la personalitat (Venables et al, 2013), associant-se especialment a la Faceta 1 del PCL-R o d'estil interpersonal.

Els psicòpates subclínic o exitosos (*successfully*) associen des d'un punt de vista neurobiològic una P300 davant d'estímuls, i menor prevalença d'abusos físics a la infància que els no-exitosos (*unsuccessfully*, o clínicament més "visibles") (Gao et al, 2011).

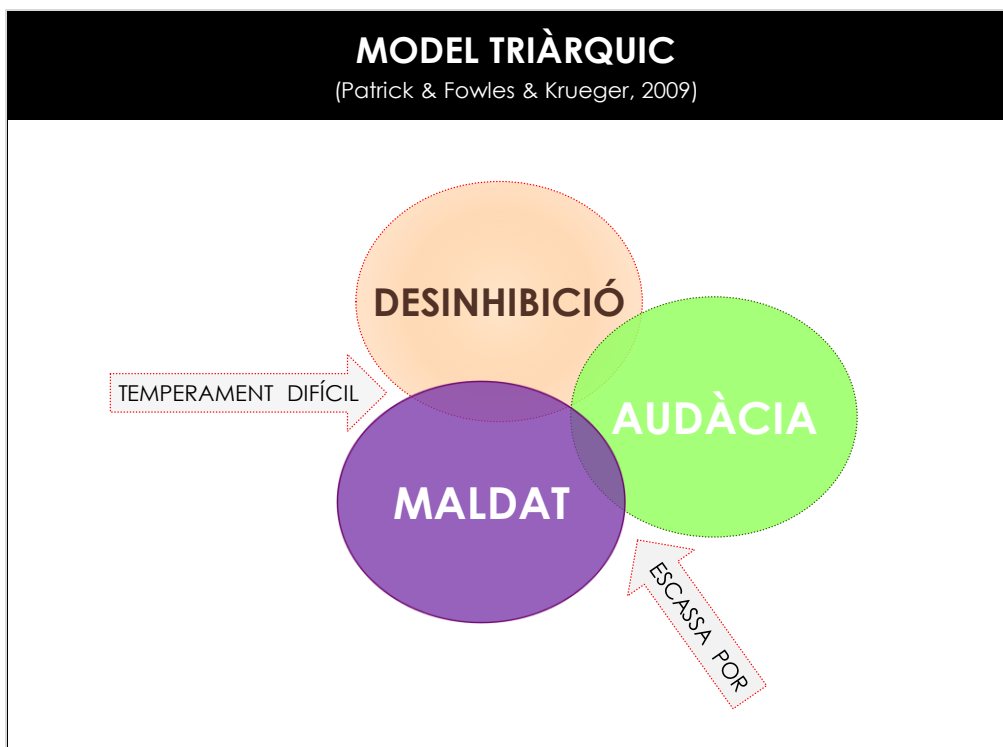


Figura 4: Model Triàric (Patrick et al, 2009) on es relacionen aspectes conductuals (*meanness, boldness, disinhibition*) amb elements temperamentals (temperament difícil i escassa por).

En una mostra de dones empresonades i estudiants de grau superior, l'Audàcia s'associa preferentment a narcisisme, percaça de sensacions i hipofunció del sistema d'inhibició conductuals, i la Maldat amb maquiavel·lisme, baixa empatia i hipofunció del sistema d'inhibició conductual. Finalment, la Desinhibició s'associa amb impulsivitat



i percaça de sensacions (Sellbom i Phillips, 2013). Sica et al (2015) en una mostra de 286 voluntaris (civils) en 10 petites poblacions del nord i centre d'Itàlia descriu puntuacions fortament associades amb la Desinhibició, que eren: impulsivitat, irresponsabilitat, conducta antisocial i neuroticisme (semblants doncs, a la psicopatia); Associades amb l'Audàcia: aspectes adaptatius (immunitat a l'estrès, influència social, absència d'instabilitat emocional) però també desajust psicològic (incloent antisocialitat-impulsivitat), baixa simpatia; Finalment, la Maldat s'associa a fredor, maquiavel·lisme i un sentiment general d'alienació.

### 1.4.3. Psicopatia primària i psicopatia secundària

Podem diferenciar la psicopatia primària per la baixa ansietat i reactivitat a l'estrès, o el baix neuroticisme en general, de la secundària, on aquesta paràmetres s'inverteixen (és a dir, elevada ansietat, elevada reactivitat a l'estrès, i elevat neuroticisme) (Blackburn, 1975, citat per Cooke et al, 2012; Cleckley, 1976; Lykken, 2000), repetint-se aquesta sent aquests perfils reiteradament a diferents estudis (Drislane et al, 2014; Swogger i Kosson, 2007).

Hare d'altra banda, diferencia el psicòpata primari, el secundari i el subcultural, diferenciant-los per la seva motivació, de conducta, biografia, estructura de personalitat i resposta terapèutica; Per Hare, són pròpies del primari essencialment, alteracions emocionals i absència d'ansietat davant de situacions potencialment perilloses, entre d'altres. A diferència de Hare i Lykken, els quals associen la baixa ansietat (i por) amb un dèficit en el condicionament d'evitació passiva, Schmitt i Newman (1999) descriuen perfils psicopàtics amb alta i baixa ansietat, i no valoren el PCL-R com una eina adequada per a mesurar estrictament psicopatia primària, atesa la seva manca de correlació amb l'ansietat i, per tant, amb la capacitat de diferenciar entre primaris (baixa ansietat) i secundaris (elevada ansietat).

Hem vist també com Gray i Fowles descriuen la psicopatia primària associada a un SIC dèbil o hipoactiu amb un SAC normal, una baixa ansietat i una conducta desinhibida sense aturar respostes prèviament sancionades (criminalitat) amb dèficits d'evitació passiva (Lykken). Els psicòpates secundaris, en canvi, serien individus amb un SAC/BAS hiperactiu i un SIC/BIS normal, que tendrien a realitzar conductes antisocials per reforç positiu, ràpid i immediat que proporcionen.

També ens hem referit, entre d'altres, a la tipologia Abel de Megargee i Bohn, o a la dimensió Psicoticisme d'Eysenck, per a identificar als psicòpates primaris.

Podríem explicar els diversos tipus de psicopatia (primària, secundària) en funció de les variables neurobiològiques. Així, la *psicopatia primària* descriu una innata anormalitat en la naturalesa de l'individu, amb baixa ansietat i elevat control atencional, i narcisisme (Blagov et al, 2011) mentre la psicopatia secundària ("sociopatia") s'associa amb una disfunció de les funcions executives (Sadeh i Verona, 2008) i amb possibles traumatismes i altres defectes del desenvolupament i cria dels subjectes (amb possible predisposicions: genètica i del neurodesenvolupament (Murphy i Giurgiutiu, 2011). La psicopatia secundària mostra subtipus amb hostilitat i desadaptació emocional (Blagov et al, 2011).

La impulsivitat (*Barrat Impulsivity Scale*, o BIS-11) s'associa a la psicopatia secundària, específicament al Factor 2 del PCL-R o Factor d'Estil de vida i antisocialitat) i les Facetes 3 i 4 correlacionen amb les escales motora (BIS *motor*) i amb la manca de planificació (BIS *non-planning*) però no amb les escales pobre concentració i distracció (BIS-*Attention*). La psicopatia primària (Factor 1, PCL-R) s'associa amb impulsivitat reduïda, quan es relaciona amb planificació futura (Snowden i Gray, 2011).

Intentant cercar Factors comuns entre diferents plantejaments teòrics Skeem i cols. (2011), en el subtipus de psicopatia secundària, els comparen amb a) factors de el PCL-R de Hare (que explicarem posteriorment), (b) l'ansietat o les emocions negatives, i (c) la relació de l'etiologia primària amb l'ambient o aspectes més constitucionals, com veiem a la taula 3.

Taula 3: Relació entre variables fisiològiques, PCL-R i subtipus de psicopatia definides per autors rellevants (Skeem et al, 2011).

	Trets interpersonal-afectius		Trets impulsius & antisocials	
	F1	F2	ansietat, por o emocionalitat negativa	etiologia primària
<b>Neuròtic</b> (Karpman)	=	+	+	Ambiental
<b>Sensible a la recompensa</b> (Lykken)	-	=	+	Biològic
<b>Límitrofe</b> (Blackburn)	-	+	+	Ambiental
<b>Desvalgut</b> (Mealey)	-	=	+	Ambiental
<b>Dissociat</b> (Porter)	-	=	+	Ambiental

+: menys, similar a, o més gran que a la psicopatia primària

Així, Karpman es refereix a la psicopatia secundària com una “reacció” davant episodis estressants a la infància; Lykken prima el component temperamental o biològic en la base d'ambdós subtipus (psicopatia primària i secundària) però a la secundària li atribueix un dèficit en la inhibició de conductes potencialment punibles, generant així les conductes antisocials. Blackburn coincideix amb una major sensibilitat davant la por en la psicopatia secundària, davant de la major sensibilitat a la recompensa de la primària, associant certa disfòria, ansietat i retraïment social i, presentant segons el seu parer, major probabilitat de comportaments similars al trastorn límit de la personalitat que la psicopatia primària, on el narcisisme seria més representatiu.

Finalment, Mealey també proposa una dissociació en la psicopatia secundària com a “reacció” també davant d'un entorn de criança disfuncional, que exigeix “desactivar” la part emocional i la consciència, per evitar més patiment; Porter també destaca l'efecte ambiental en el desenvolupament i aparició de la psicopatia secundària, però com a fenomen epigenètic, és a dir, amb iguals gens, alguns individus mostren conductes i estils interpersonals i afectius, reactius a la situació de pobresa o adverses circumstàncies vitals viscudes.

#### 1.4.4. Psicopatia i genètica

D'acord amb diversos estudis recollits, entre bessons fonamentalment (Skeem et al, 2011), els trets de fredor i insensibilitat afectiva són moderadament a altament heretables (>60%), i els trastorns de la conducta sembla més heretables en nens/es alts en fredor i insensibilitat afectiva (70-80%) que aquells amb baixos trets de duresa i insensibilitat afectiva (30-50%). Els trets denominats *fearless dominance* i *impulsive antisociality* mostren un rang d'heretabilitat entre 45-47%, amb un 76% de la covariància entre aquesta darrera i psicopatologia *externalitzant* (Blonigen et al, 2005), aspecte que en dones s'eleva al 89% respecte al mateix Factor 1 a patologies *internalitzants*.

També cal parlar de genotipus, quant a la neurobiologia del neurodesenvolupament. Es descriu un genotip de l'enzim *monoaminoxidasa A* (MAO-A), implicada entre d'altres processos, en el metabolisme de l'alcohol, on els al·lels H (*high activity*) > L (*low activity*), és a dir, MAOA-H actua més eficaçment que la MAOA-L, i que s'associarien amb més recidives en violència impulsiva (Tikkanen et al, 2011). Tant elevacions com baixes concentracions de MAO-A s'associarien amb violència

impulsiva i antisocialitat, mentre que només una MAO-A elevada s'associaria amb conducta antisocial.

La presumpta "determinació" genètica de la conducta en alteracions de la MAOA és discutida especialment per genetistes, en aquells delictes no impulsius i planificats com estafes o delictes de "coll blanc" (Gonzalez-Tapia et al, citat a Martínez, 2015) o en sentències que ja han inclòs aspectes hereditaris, des d'una perspectiva determinista i aplicant atenuants no-qualificades, en joves (Baum, 2011).

Una variable ambiental important pot ser la major estança dels pares a la llar, per problemes relacionats amb l'atur o consum de tòxics, amb major repercussió de la disfunció parental (psicopàtica, s'entén) sobre els fills (Auty et al, 2015). De Bellis (2005, citat a: Seruca i Silva, 2015) descriuen una alteració del desenvolupament encefàlic, i per tant, dels circuits frontals límbics, per estils parentals negligents (malnutrició, violència domèstica, o manca d'oportunitats d'educació) i per factors genètics (malaltia mental, ús de substàncies), amb seqüeles neurocognitives i dèficits psicosocials degut al dany als propis circuits.

#### 1.4.5. **Psicopatia i gènere**

La prevalença de la psicopatia en mostres femenines (15%) de penades, és sensiblement menor a la masculina (25-30%). Hi ha també, un baix percentatge d'assassines serials de gènere femení: 0,5-1% (Myers et al, 2005).

La baixa prevalença de psicopatia en dones és un fet (Patrick, 2006) probablement atribuïble a aspectes interpersonals, afectius i cognitius. El perfil antisocial fenotípicament mostrat associa conductes disruptives relacionades amb xarxes socials, fratria (abandonament, manca responsabilitat), prostitució, agressivitat verbal i inestabilitat emocional, amb menys intensitat i prevalença d'agressivitat instrumental i menors conductes criminals però, respecte als homes (Verona i Vitale, 2006; Wynn et al, 2012). En l'àmbit interpersonal preval l'agressivitat relacional on el buit, la maleficència amb comentaris falsos i l'aïllament de la víctima, en seran objectius principals. La psicopatia femenina correlaciona amb la violació de les normes penitenciàries, no seguiment del tractament, evitació dels control de tòxics en orina, i incidents generals i violents dins de presó (Nicholls et al, 2004).

Des d'un punt de vista cognitiu, i d'acord amb les estratègies per a resoldre problemes, les dones adopten solucions més analítiques, mitjançant l'element verbal, amb una mena de "predominança hemisfèrica esquerra", mentre que els homes adopten estratègies més holístiques, Gestàltiques, amb "predominança hemisfèrica dreta" (Tranel et al, 2005). Les lesions al còrtex prefrontal ventral medial dret, en homes, generen severes conseqüències, no així a l'hemisferi esquerre. En dones, hi ha estats defectuals associats a dany prefrontal ventral medial esquerre, amb dany moderat o absent si és al còrtex ventral medial dret. De forma resumida, sí podem afirmar que el dany al còrtex prefrontal ventral medial és rellevant en el dèficit de socialització moral, presa de decisions i major risc d'agressió reactivo-impulsiva (Blair, 2008b; Sobhani i Bechara, 2010). Jonason et al. (2014) associen la psicopatia a un mecanisme d'adaptació evolutiva al medi "on els homes tenen menys a perdre que les dones", en relació als factors *maquiavel·lisme* i *narcisisme*.

L'estructura factorial (del PCL-R, en dones) és també bifactorial, amb menor intensitat i gravetat dels símptomes (Salekin et al, 1997) en el cas de dones empresonades. Al Factor 1 (PCL-R) estaria més ben descrit per ítems com l'absència d'empatia o culpa, engany interpersonal, tendència a l'avoriment, i percaça e sensacions, mentre que el Factor 2 estaria millor descrit per trastorns de conducta precoços, promiscuïtat i conducta antisocial adulta. Canvien les característiques associades a cada factor, però el Factor 1 es continua associant a personalitat, i el Factor 2 a conducta.

El propi Hare indica que la lleu però significativa prevalença de psicopatia en homes per sobre de les dones, pot respondre a biaixos de la investigació, i del gènere dels avaluadors, aspecte que cal valorar. En un estudi de validació del PCL:SV a una mostra d'estudiants, Forth et al. (1996) ja obtenia una consistència interna similar en homes i dones, sense prevalença de psicopatia (n=75 homes i 75 dones) al PCL:SV clínicament significativa, tot i la coneguda prevalença del 30% en delinqüents masculins i del 3% en delinqüents femenines. Insisteixen els autors en el gènere dels avaluadors com a potencial biaix de resultats. Jones, Cauffman, Miller i Mulvey (2006) reiteren una estructura factorial similar entre adolescents d'ambdós sexes.

Sembla que la *inestabilitat afectiva* seria un símptoma prototípic de la psicopatia femenina, un constructe que en dones és comòrbid amb el Clúster B de trastorns de la personalitat. També els delictes violents, en dones, mostren més impulsivitat i reactivitat que en homes (Weizmann-Henelius et al, 2015).

#### 1.4.6. Psicopatia i suïcidi

Pocs estudis relacionen, altrament, psicopatia i suïcidi, en tot cas amb una molt dèbil associació amb el Factor 2 (PCL-R) (Douglas, Herbozo, Poythress, Belfrage i Edens, 2006), o una dèbil (o tendent a zero) correlació positiva amb Factor 2 (PCL-R), i correlacions negatives amb el Factor 1 (PCL-R) (Walsh, Swogger, Walsh i Kosson 2007).

#### 1.4.7. Psicopatia i trastorn per abús/dependència de substàncies (TUS)

El diagnòstic de psicopatia no és significativament co-mòrbid amb l'abús-dependència de tòxics (Hemphill, Hart i Hare, 1994), si bé l'esmentat abús-dependència, com l'ansietat i les alteracions de l'humor, poden associar-se tant amb el trastorn antisocial de la personalitat com amb la pròpia psicopatia (Werner, Few i Bucholz, 2015). També el TUS correlaciona de forma moderada a alta amb el Factor 2 del PCL-R (Manual Hare, 1995), és a dir, amb el Factor d'estil de vida crònicament inestable i antisocial, especialment pel que fa a ítems relacionats amb la impulsivitat, el pobre control de conducta i la delinqüència. Precisament amb la impulsivitat i l'emocionalitat negativa, Magyar, Edens, Lilienfeld, Douglas i Poythress (2011) estimen una elevada correlació amb la *severitat* de l'abús de substàncies a la psicopatia *secundària*.

McDermott et al (2000) (citats per Patrick, 2015) postulen a favor d'un únic factor per a explicar els 20 ítems del PCL-R en una mostra forense de dependents a substàncies, i descriuen un ampli ventall de perfils antisocials associats a la psicopatia, començant pels delinqüents "de coll blanc". D'altres autors (Kay, 1985) ja conclouïen un pitjor pronòstic per a consumidors amb perfil sociopàtic o depressiu major, o una associació entre una alteració de la funció serotoninèrgica i l'agressivitat i disfòria en antisocials (Moss, Yao i Panzak, 1990) però no la impulsivitat.

#### 1.4.8. Comorbiditat psicopatia i Psicosi

Podríem definir etimològicament la psicosi com una ruptura (*esquizo*) entre la psique (*frènia*) i la realitat, relacionada amb possibles alteracions de tipus (a) dopaminèrgic, (b) predisposició genètica familiar (perspectiva biologicista), (c) comunicació fallida amb "doble vincle" (perspectiva social, comunicativa) o (d) l'agreujament de trastorns de la personalitat premòrbids com personalitats esquizoides (perspectiva clínica diagnòstica). Així, observem genèricament dins la ruptura del pensament i la

sensopercepció alteracions primàries del contingut del pensament, on els deliris impliquen un conjunt de presumptes coneixements, raonaments, sistema lògic o cognició incoherents, irreductibles a l'argumentació lògica i allunyat absolutament del sentit comú, amb o sense alteracions sensoperceptives en forma de pseudoal·lucinacions auditives (sovint imperatives) i autoreferencialitat.

Els trastorns de l'espectre de l'esquizofrènia i d'altres trastorns psicòtics (DSM-5), impliquen alteracions del contingut del pensament i de la percepció, mentre que el perfil psicopàtic els localitzem dins les caracteropaties de l'antic eix II (DSM-IV-TR, 2000) pròxim al TAP i amb trets tangencials també, amb l'histrionisme, narcisisme i el Trastorn límit de la personalitat. Si bé alguns trastorns de la personalitat, sota determinats estressants externs o interns, són més fàcilment "psicotitzables", al menys transitòriament (trastorn límit, paranoidisme, esquizoidia), la coexistència de psicosi i psicopatia no és incompatible.

Altres símptomes com les pseudoal·lucinacions (auditives fonamentalment) poden explicar-se a cops com una neogènesi psicòtica construïda quan "pel subjecte la realitat provoca un immens dolor i cal protegir-se" (Eigen, 2008) dissociant-se llavors de la realitat viscuda.

Des d'un punt de vista clínic psicopatològic, la psicosi associa símptomes positius i símptomes negatius. Els positius inclouen anomalies cognitives, emocionals i conductuals. Cognitives, amb deliris primaris o secundaris, sistematitzats o disgregats; emocionals, amb hipertímia, disfòria, disfímia, inestabilitat, expansivitat o labilitat; Conductuals, amb manierismes o automatismes. Els símptomes negatius inclouen empobriment cognitiu, deliri de ruïna o de culpa, apatia, abúlia, astènia, anhedònia, hipotímia, mutisme, angoixa psicòtica, inhibició motriu o paràlisi ("catalèpsia"). Conrad descriu (1958) les fases d'aparició i progressió d'una psicosi: *trema*, *epifania*, *anàstrofe*, *apocalipsi* i *residu*.

Altrament la psicopatia inclou –dèiem– trets cognitius, interpersonals, afectius, socials, o conductuals. L'estil cognitiu és egocèntric, narcisista, amb trets interpersonals de seducció i persuasió (coercitiva si cal), parasitisme emocional, impulsivitat, intolerància a la frustració i agressivitat instrumental sovint (Reidy, Zeichner i Seibert, 2011). També possible explosivitat, reactivitat immediata a conductes primàries (sexualitat, alimentació, recompenses relacionades amb el joc) i conductes sovint tòxiques més per l'entorn que per sí mateixos/as com la promiscuïtat, prodigalitat o toxicofílies.

Observem d'afegitó immaduresa emocional, irresponsabilitat personal i social, manca d'empatia i de penediment, aspectes aquests relacionats directament amb la versatilitat, gravetat i agreujament de les conductes antinormatives o directament, il·legals. Al rerefons hi ha realment una baixa autoestima real, amb "compensació" narcisista d'un ego deficitari (Juni, 2010).

Psicopatia i psicosi es localitzen a capítols diferents del DSM-5, i en eixos diferents al seu antecessor, el DSM-IV-TR (APA, 2000). Si recordem aquesta versió pretèrita, situaríem la psicopatia dins "l'eix I" com a malaltia alienant de grau major, sovint amb inimputabilitat dels qui la pateixen (durant les crisi o descompensacions) i la segona (psicopatia) dins "l'eix II" (TP). Calldria doncs, entendre psicopatològicament ambdues entitats dins la mateixa persona, pel que fa a cognició, emocions i conducta (personalitat) i la seva relació amb el grau de responsabilitat, culpabilitat i imputabilitat dels presumptes delictes que cometen.

Semblaria incompatible apriorísticament, que símptomes positius o negatius clínicament evidents d'una psicosi s'associïn amb trets de personalitat o cognicions relacionades amb perversió, dolo o manipulació/mitomania, pel que fa a la delictogènesi. La baixa freqüència o implicació d'aquests en delictes elaborats, greus i/o premeditats (contra la vida, contra la llibertat sexual, delictes econòmics complexos) en psicòtics, s'explicaria per la seva manca de lògica i incomprensió, impulsivitat, caràcter sobtat i manca d'empatia o penediments primaris, a cops amb aberracions (mutilació, desmembració, relacions sexuals *post mortem*, o introducció d'objectes no sexuals per orificis perineals, entre d'altres).

Tot això descartaria una comorbiditat simultània amb una personalitat antisocial de perfil psicopàtic. Sí poden mostrar conductes antisocials, però impulsives, amb pobre control conductual, amb agressivitat afectiva i no instrumental i sense manipulació post delicte de la víctima o de l'entorn, precisament per la seva desconexió de l'ordre lògic. Les precaucions que un delinqüent professional o no psicòtic assumirien, per tal evitar el càstig/detenció, fan incompatible generalment, la planificació i intencionalitat del dany, amb una crisi psicòtica activa.

Cal doncs, diferenciar cadascuna de les patologies per poder estimar el risc de violència, el tipus de tractament i el grau de responsabilitat penal-imputabilitat en funció dels símptomes (psicosi) o estructura de personalitat (psicopatia) que motiven i executen el delicte (Declerq, Vandenbrouke i Storne, 2008).



Veiem doncs que l'existència de símptomes positius de la psicosi d'alguna manera protegeix o anul·la el rerefons de personalitat psicopàtica que un individu pugui exhibir, mentre que la contenció farmacològica, toxicològica o l'absència de crisi o descompensacions permeten d'alguna manera aflorar aquells símptomes temperamentals, caracterials o afectius com la manipulació, egocentrisme patològic, manca d'empatia o de penediment vers a les seves accions i l'entorn.

De forma gràfica, la comorbiditat i/o els trets mútuament excloents entre totes dues patologies s'expressaria a la Fig. 5, on hi ha símptomes incompatibles entre els constructes psicopatia i psicosi, i d'altres potencialment coexistents, cas que la psicosi tingui compensats els símptomes positius i negatius (Cooke, Forth i Hare, 1998).

En relació a la criminalitat, i específicament als assassins serials amb psicosi descompensada, mai trobarem en els seus delictes actes sàdics, ritualístics o d'empremta personal (Schlesinger, Martin-Kassen, Blair-Mesa i Pinizzotto, 2013).

Goethals, Fabri, Buitelaar i Van Marle (2007) descriuen als agressors amb psicosi i psicopatia amb un perfil de psicòpates sense psicosi activa, més que psicòtics sense psicopatia. De manera similar, Néstor, Kimble, Berman i Haycock (2002) diferencien dos subgrups dins una mostra de vint-i-un homicides, un primer grup amb baixa psicopatia i símptomes positius (psicosi) i un segon grup amb psicopatia clínicament significativa i baixa psicosi.

Pel que fa a la associació entre els dos constructes, psicosi i psicopatia, diversos estudis avalen la seva comorbiditat, si bé amb confusió terminològica pel que fa al trastorn antisocial versus perfil psicopàtic. En àmbits forenses, pot establir-se una associació entre esquizofrènia i psicopatia des d'una prevalença del 4-8% (Hart i Hare, 1989; Rice i Harris, 1995), entre esquizofrènia i TAP entre el 21.63% en interns penats (Coté i Hodgins, 1990; Hodgins et al, 2003; Hodgins, Toupin i Coté, 1996), 22-33% de psicopatia en pacients violents amb psicosi esquizofrènica, amb conductes antisocials molt precoces (Rasmussen i Levander, 1996; Tengström, Hodgins, Grann, Långström i Kullgren, 2004) o que el 20-30% de pacients mostren elevades puntuacions de psicopatia (Dolan i Fullam, 2008) amb un risc elevat de recidives i violència, implicant una disfunció del circuit prefrontal límbic que els únicament psicòtics no pateixen. Els mateixos autors identifiquen similars disfuncions en el reconeixement d'expressions facials a ambdues patologies, associades a heteroagressivitat (Fullam i Dolan, 2006).

D'afegitó, s'ha associat igualment al grup "d'alta psicopatia" un reconeixement alterat de la emoció de tristesa en baixa intensitat comparat amb el grup de "baixa psicopatia", i per a l'emoció de fàstic la correlació és negativa pel que fa a símptomes cognitius. Pacients amb alta psicopatia i esquizofrènia, mostraven dèficits similars en el processament de la informació que aquells descrits a mostres psicopàtiques "no psicòtiques". La mitjana del tamany de l'efecte ens indica que la psicosi està significativament associada amb un increment del 49-68% del tamany de l'efecte (Odds) de la violència. No obstant això, hi ha una substancial dispersió entre els valors d'aquesta mesura (Douglas, Guy i Hart, 2009).



Figura 5: Comorbiditat o exclusió simptomàtica entre psicopatia i psicosi (Nedophil, Hollweg, Hartmann i Jaser, a Cooke, Forth i Hare, 1998).

Com podem observar a la Figura 5, hi ha símptomes com la disfunció social i ocupacional, els deliris, possibles conductes desorganitzades i els símptomes negatius (associats al deteriorament cognitiu) que serien difícilment observables en delictes o conductes criminals o purament psicopàtiques, mentre que existeixen d'altres símptomes comuns a la psicopatia i la psicosi, com la impulsivitat, la manca d'empatia l'absència de penediment o l'absència d'objectius vitals, que podrien ser comuns a les dues. Finalment, conductes com la versatilitat criminal, la delinqüència juvenil o la revocació de la llibertat condicional, s'associarien indefectiblement a carreres criminals i a la psicopatia, però mai a la psicosi.

En termes de violència *instrumental*, el perfil psicopàtic és més freqüent en aquells pacients amb esquizofrènia i habilitats cognitives preservades, però que tenen dificultats per a percebre emocions o estats mentals afectius ("*mentalizing*") dels altres (Bo, Abu-Kel, Kongerslev, Haahr i Bateman, 2014).

Pel que fa a la reincidència violenta, Grann, Långström, Tengström i Kullgren (1999) a Suècia troben que la taxa de reincidència violenta en delinqüents amb trastorns de personalitat fou del 65%, 48% i 22%, per als individus amb puntuacions altes, mitjanes i baixes respectivament en PCL-R. Tengström, Grann, Långström i Kullgren (2000) en una mostra de 202 delinqüents violents, molts d'ells esquizofrènics, associen una puntuació de 26 o superior en el PCL-R (22% de la mostra) a una probabilitat de reincidència de 66%, mentre que puntuacions de 25 o inferiors estaven associades a una taxa de reincidència del 18%.

En un estudi sobre el perfil de criminalitat en pacients esquizofrènics amb trets psicopàtics (Fullam i Dolan, 2006) utilitzant el PCL:SV en un grup de 61 esquizofrènics dins l'àmbit forense, conclouen que el grup amb psicopatia psicomètricament significativa ( $x \geq 18$ ) en aquests pacients es relaciona amb elevats nivells de grandiositat i hostilitat (PANSS; Kay, Fiszbein i Opler, 1987), i altes puntuacions d'impulsivitat i agressió, sent més coercitius i amb simptomatologia hostil, amb un estil menys adaptatiu en les relacions interpersonals, per sobre doncs dels que puntuaven baix en el rang de psicopatia. El grup "alt" s'implicava més en agressions institucionals, amb un llinar més elevat de violència. D'altres estudis (Nolan, Volavka, Mohr i Czobor, 1999) amb el PCL:SV també descriuen una personalitat prèvia (de perfil psicopàtic) als símptomes psicòtics, i correlació també amb major violència.

En resum, pacients amb esquizofrènia i elevats nivells de psicopatia comòrbida, tenen un estil interpersonal que contribuïa a la major conflictivitat dins la institució. Dolan i Fullam (2009), altrament mostren estudis amb Ressonància Magnètica Nuclear funcional (fMRI) on observen una disfunció del nucli ventral medial del còrtex prefrontal en agressivitat instrumental, mentre que al trastorn explosiu intermitent, amb agressivitat *reactiva*, immediata, hi ha una activitat reduïda del nucli orbital frontal, davant cares enutjades és a dir, en els aspectes emocionals del llenguatge no-verbal.

Tant la psicosi com la psicopatia evidencien doncs un (a) dèficit en el reconeixement de les expressions facials (llenguatge no-verbal) i (b) ambdues entitats estan relacionades amb la predisposició a conductes agressives (Fullam i Dolan, 2006), juntament amb abusos infantils soferts i/o abús-dependència de tòxics (Spidel, Lecomte, Greaves, Sahlstrom i Yuille, 2010).

Pel que fa a la intel·ligència, dins una mostra de 26 homicides ingressats a un Hospital psiquiàtric de màxima seguretat, sembla que psicosi i psicopatia mostren similars correlacions quant a rendiment genèric, amb diferents resultats al clúster psicòtic, on la intel·ligència verbal supera l'executiva, amb discapacitat amb l'aprenentatge del llenguatge formal. Igualment, si controlem les diferències en capacitats verbals i executives, sorgeixen diferències en intel·ligència social, amb èmfasi en la intel·ligència maquiavèlica dins la psicopatia on hi trobem associats trets d'absència d'emocions socials com amor, vergonya, culpa o penediment a una mostra (Nestor et al, 2002).

En malalts mentals, la psicopatia és el millor predictor de violència futura (Hodgins et al, 2003) especialment, indiquen, si hi ha simptomatologia psicòtica positiva i alteracions de l'estat d'ànim dins l'espectre d'ansietat i/o depressió, o són especialment greus aquests símptomes psicòtics o d'obsessiu compulsivitat, com *amenaces* i *pèrdua de control*. Finalment, en un estudi relativament proper (2012) McGregor, Castle i Dolan postulen com a millor predictor de violència futura en malalts mental la Faceta 4 o Faceta Antisocial, juntament amb l'abús de substàncies, són potents predictors de violència en malalts mentals, i en mostres sense malaltia mental.

### 1.5. PSICOPATIA I VALORACIÓ MEDICOLEGAL. ASPECTES CRIMINOGENÈTICS

Des d'un punt de vista penal-judicial, anteriorment ja hem introduït el concepte jurídic penal d'imputabilitat. El perfil psicopàtic, *per se*, no associa atenuants o eximents de la responsabilitat penal si bé quan pot ser comòrbid o associar-se a trastorns per

dependència a tòxics (cocaïna, alcohol, estimulants), impulsivitat patològica o possible deteriorament cognitiu (patologia dual, psicosis breus) on sí que pot ser llavors objecte de atenuació.

Cal parlar doncs, de culpa i culpabilitat com a variables relacionades amb la responsabilitat penal, que des d'un punt de vista psicològic es relacionaria amb la maduresa per tal d'acceptar l'agentivitat i, per tant, les conseqüències (culpabilitat, reprovació, responsabilitat) pels actes comesos (Fombellida, 1995). Des d'un punt de vista jurídic es relacionaria amb la imputabilitat, concepte molt més complex (i d'altra banda, inabastable per a un/a metge/essa forense), però sí que entendríem des d'un punt de vista medicoforense, l'estudi de les bases del coneixement i la voluntat "per fer allò que volem (i sabem que hem de) fer".

Culpa i vergonya es relacionen. La vergonya es relaciona amb allò comés (o omès) i afecta al "ser" o al "semblar" davant dels altres, i genera rubor, necessitat d'ocultació (Villegas i Mallor, 2012). La culpa, en canvi, seria posterior a la vergonya i afectaria al "fer" o al "deure de fer". Existeixen tipologies de culpa com la culpa "ontològica" ("per existir, per haver nascut"), "existencial" ("fracassar o no trobar sentit a la vida"), "moral" ("causar dany propi o a tercers"), "legal" ("infringir la Llei"), o "neuròtica" (per atribució indeguda o sentiment d'amenaça existent de causa indeguda). En "sentiment de culpa" implicaria doncs, el reconeixement o atribució de la causa d'un fet/omissió, amb pena, por al càstig, i ràbia per l'error comés. El "sentiment de culpabilitat", en canvi, implicaria ansietat lligada a la possible atribució de culpa (acusació), amb cerca del perdó aliè, intent reversibilitat o "dissimulació", amb justificació-racionalització, i una incapacitat moral per assumir realment la culpa.

En relació al constructe motiu de la meua tesi, hi ha un concepte que identifica la psicopatia, pel que fa al desenvolupament dels estadiatges vitals (Villegas, 2008) i seria la "anomia", o estadiatge on l'esser es mou per impulsos i estímuls immediats, reforçadors instintius, per un *drive* que podríem associar amb trastorns del control dels impulsos, addiccions amb/sense substància, o al propi constructe psicopàtic.

Si parlem doncs de "culpa anòmica", diríem que Villegas (2008) la identifica amb una "manca d'estructura interna reguladora (moral) davant les experiències de l'entorn, amb absència de reconeixement (o negació) de la culpa, per projecció i atribució externa, on les necessitats pròpies són obligacions pels demés".

Aquesta culpa implica una escassa o nul·la empatia i per tant, una no-reparació (ni percepció de la seva necessitat) del dany, i un càstig incomprès i indignant per aquell/a qui no percep l'autoria d'aquest. Finalment, l'autor (Villegas) associa a la "culpa anòmica" les característiques de manipulació, dependència important del subjecte, necessitat d'aïllament de la víctima, i inseguretat d'aquesta, amb estratègies d'aïllament i invalidació, i una imatge externa "d'encant, respectabilitat, culpabilització i autoritarisme".

La culpabilitat del/de la psicòpata vers als seus actes és encara, una qüestió controvertida (Siffert i Hirstein, 2013) si atenem a les potencials deficiències estructurals d'una banda, i a la gravetat dels seus delictes i accions antinormatives, de l'altra. Amb visió de futur, Hare (1996) pronosticava que, amb una òptica judicial, podríem passar d'una perspectiva agreujant, vers als presumptes delictes comesos, fins a aplicar circumstàncies atenuants, d'acord amb les futures troballes (s'entén, neuropsicològiques, psicofisiològiques o de neuroimatge, entre d'altres). Es postula, per exemple, i a banda d'altres anomalies o disfuncions, una asimetria hipocampal als psicòpates no-exitosos (Raine et al, 2004) o un processament d'aspectes morals-ètics per vies neuronals diferents clarament als qui no son identificats com a psicòpates (Harenski, Harenski, Shane i Kiehl, 2010).

La psicopatia inclou a persones que *saben i coneixen perfectament la diferència entre allò lícit i allò il·lícit*, però que elegeixen segons les seves necessitats i instint, no en base a la seva maduresa, ni a aspectes prosocials (altruisme, caràcter associatiu y gregari) o d'identitat grupal. No entenen la repercussió emocional de les seves accions, sent més o menys capaços (psicòpates exitosos o no exitosos respectivament) d'ocultar les seves intencions reals, i mostrant difícil control i contenció social, en conseqüència.

En aquest sentit, tal i com insistim al llarg d'aquesta tesi, tot i no ser l'objectiu principal, diversos autors consideren el constructe psicopatia com una variant dins de la població normal (Krupp et al, 2013).

Des d'un punt de vista "d'èxit evolutiu" autors com Ullrich, Farrington i Coid (2008) posen en dubte la diferència entre psicòpates exitosos i no-exitosos atès que la primera condició, tot i associar-se a majors habilitats cognitives i socials, especialment per a passar desapercibuts, no augmenten precisament l'expectativa de vida ni l'estatus, a llarg termini i de forma consistent. Els psicòpates exitosos mostren egocentrisme predatori i empatia reduïda, com els psicòpates primaris, però sense que els afecti una

impulsivitat patològica ni pobres controls conductuals, com als *no-exitosos* (Murphy i Giurgiutiu, 2012).

La diferència entre la criminalitat (o no criminalitat) com a factor dependent, associat a perfils psicopàtics, no es pot explicar només amb un únic factor (Mahmut et al, 2008) proposant-se tres possibilitats per a entendre l'existència de criminalitat o no en la psicopatia: (a) que hi hagi un *continuum* dins del constructe, amb individus a ambdós bandes dins del rang de possible tendència a la criminalitat, amb una "versió no-delictiva" a un dels extrems; (b) Podrien existir factors de vulnerabilitat ens els psicòpates-delinqüents, com una baixa i precoç supervisió parental, un baix nivell socioeconòmic familiar, tenir un progenitor convicte, i un baix quocient, verbal i no verbal, d'intel·ligència; En darrer lloc (c) els psicòpates amb criminalitat associada, presentarien les característiques interpersonals, afectives i d'estil de vida del constructe, més un necessari component antisocial.

Impulsivitat, premeditació, psicopatia, neurobiologia i responsabilitat legal s'uneixen doncs, en un "còctel de risc" al que les autoritats i acadèmics d'aquestes ciències han de respondre. La neurobiologia explica en funció del context, personalitat prèvia, desencadenants o neuromoduladors (serotonina, dopamina, nor/epinefrina, acetilcolina, glutamat, àcid gammaaminobutíric) per exemple, l'agressió reactiva (impulsiva) o instrumental (premeditada) que el perfil psicopàtic mostra conductualment (Siever, 2008). L'agressivitat *instrumental*, pròpia d'aquest trastorn, s'associa a un estil interpersonal manipulador (PCL-R), en relació als ítems interpersonals i afectius (Walsh et al, 2009) i es proposa la seva utilització en la interacció violenta amb els altres, com una eina de plaer pròpia del psicòpata (Glenn i Raine, 2009).

Alguns autors, però, prefereixen parlar de violència "predadora" més que instrumental, discutint la seva adscripció única amb la psicopatia (Camp, Skeem, Barchard, Lilienfeld i Poythress, 2013).

També hi ha debats oberts, en relació a l'etiologia o el caràcter patològic o de variant de la normalitat del constructe psicopàtic. En l'àmbit anglosaxó distingeixen entre "desordre" i "malaltia mental", incloent clarament al perfil psicopàtic en la primera categoria (Mei-Tal, 2005). En segon lloc, la legislació psiquiàtrica obliga a avaluar la possible perillositat, valorant la seva inclusió o no en els anomenats *Dangerous and Severe Personality Disorders* cosa que implica potencialment, pitjor pronòstic legal i psiquiàtric. També associa una necessària avaluació mitjançant instruments actuarials

de predicció de risc (Douglas i Skeem, 2005) i orientació terapèutica cap a la focalització en evitació i autocontrol, més que en habilitats socials o orientacions empàtiques (Gullhaugen i Nøttestad, 2012).

Autors com Howard, Khalifa i Duggan (2014) associen factors d'agreujament de la violència pròpia dels psicòpates, en concret, els trets límits de la seva personalitat (impulsivitat, buidor vital i/o inestabilitat emocional).

Abans però, de la *era neurocientífica*, Holmes (1991) ja proposa però, mantenir la *moral insanity* del constructe psicopatia com a eix nuclear, sense necessitat de medicalitzar ni categoritzar aquest perfil en cap classificació psicopatològica ni psiquiàtrica. Aquesta seria una qüestió important a debatre quan parlem d'imputabilitat i aspectes medicolegals del constructe psicopàtic. La manca de culpabilitat legal i ètica que els psicòpates associen als seus actes criminals, seria un tret relacionat especialment amb el Factor 1 (Batson et al, 2010).

En l'actualitat, i relacionant les troballes neurocientífiques amb aspectes legals de la criminalitat psicopàtica (Hauser, 2016), podríem associar estructures encefàliques amb trets, aspectes de la personalitat o de la maduresa legal, de forma significativa.

Així, dèficits (del neurodesenvolupament o per raons ambientals) al CPF, s'associen a impulsivitat, irresponsabilitat, pobres decisions executives i dèficit en el processament emocional; Dèficits orbitals i ventral medials, amb desinhibició, decisions morals errònies, mal condicionament davant la recompensa o el càstig; Dèficits dors laterals, amb perseveració en les respostes i dèficit en l'atenció sostinguda; Dany al còrtex temporal superior, i en el complex amigdal·lar-hipocàmpic, amb conductes disruptives amb la Llei, dèficit en la valoració ètica de les accions/omissions, i no eficiència del càstig; Dany al *gyrus* temporal superior, amb la manca d'empatia cap als altres i manca d'emocions prosocials; Volum reduït amigdal·lar i al complex amigdal·lar-hipocàmpic, amb dèficits d'empatia i en intel·ligència emocional, i en el condicionament davant la por; Finalment, dany al còrtex cinglat anterior, s'associaria amb desinhibició, perseveració, i pobre regulació emocional.

Altra cosa seria, i el propi autor ho apunta amb forces reserves (Hauser, 2016) la implicació d'aquestes deficiències o danys, en aspectes del comportament, pensament i emocions tan complexos com "els estats mentals (en un moment



determinat), la intencionalitat, el lliure albir, la culpabilitat o el risc de recidives (delictives)".

Finalment, i pel que fa al tractament o *gestió*, més pròpiament, del constructe psicopatia, existeix un rang ampli de resultats segons els estudis valorats (Rodrigo et al, 2010). Sorgeixen nous enfocaments més eficients, la implementació dels quals requereix un elevat grau d'expertització (Wong, 2011) o bé una aplicació encara experimental como la *teràpia dialèctico-conductual* (Galietta i Rosenfeld, 2012; McCann, Ball i Ivanoff, 2000), ja utilitzada en el trastorn límit de la personalitat (TLP) o la utilització d'escala de risc de reincidència delictiva per precisar el tipus de tractament (Logan i Hare 2009; Skeem et al, 2002; Seto, 2005; Wong 2009).

Existeix una relació entre el grau d'incompliment del tractament i les recidives ulteriors (Olver i Wong, 2009), i fins i tot un augment de les recidives post tractament (Rice, Harris i Cormier, 1992), aspecte que per a alguns autors ha plantejat la inexistència d'un tractament real davant d'estructures de personalitat "predadores" i adaptades al medi (Harris i Rice, 2006).

Lluny d'associar neuroimatge i possibles atenuants o eximents de responsabilitat legal (Aharoni, Sinnott-Armstrong i Kiehl, 2012; Glenn i Raine 2009; Morse, 2008) hem d'estudiar cada cas concret de forma multidisciplinària, plantejant fins i tot la possible incapacitació legal o l'aplicació de mesures de seguretat en hospitals psiquiàtrics. També cal fomentar l'ús del diagnòstic de psicopatia (PCL-R) als tribunals, en adults (d'origen europeu: Walsh i Walsh, 2006) per conscienciar de la potencial perillositat i risc de violència futura, i també evitar posicionaments de la defensa minimitzadors (DeMatteo i Edens, 2016)).

La psicopatia s'associa a d'altres constructes criminogènics o "tòxics" per la comunitat on viu l'individu, com és l'anomenada *Dark Triad* ("triada fosca"). Aquesta triada associa: Psicopatia, juntament amb Maquiavel·lisme i Narcisisme. La triada fosca correlaciona negativament (els seus trets) amb el Factor *Honestedat-humilitat* (del Model de personalitat HEXACO, associat al Model *Big Five*) i l'escala Narcisisme correlaciona (positivament, amb  $r: 0,49$ ) també amb el Factor d'*Extraversió* del *Big Five* (Lee i Ashton, 2005). S'ha desenvolupat una eina (*Dirty dozen*) per a mesurar aquesta triada, amb bones propietats psicomètriques (Jonason i Webster, 2010).

En relació a la Triada obscura i el *Big Five*, podem definir la psicopatia *subclínica* en termes de baix neuroticisme, i també elevada auto aprovació (*self-centered*), si bé els narcisistes estarien en primera posició en aquest tret (Paulhus i Williams, 2002).

El narcisisme i la psicopatia podrien tenir orígens comuns (Schoenleber et al, 2011) però amb expressió fenotípica diferent. Autors com Yildirim i Derksen (2015) relacionen els subtipus primari i secundari de la psicopatia dins d'un *continuum*, que es podria explicar per dos eixos ortogonals, d'abscissa: autocontrol, i d'ordenada: perfil de processament emocional i alteracions associades. Els mateixos autors, a més de les variants primària i secundària, relacionen amb aquests dos eixos, perfils com el narcisista, l'antisocial i el límit (de personalitat). El narcisisme també s'associa a l'agressió ("ferida narcisista"), dominància i manteniment d'estatus (Cheng, Tracy i Henrich, 2010).

En aspectes tan concrets de la criminogènesi com les agressions sexuals, hi trobem una elevada puntuació del PCL-R, juntament amb les fantasies parafíliques i el Trastorn parafílics (DSM-5) segons Hare i Neumann (2010). Més d'un 84,7% d'homicides sexuals puntuen en un rang moderat a elevat (PCL-R), amb algun grau sempre de sadisme (82,4%) versus els baixos (PCL-R), amb un 52,6% de trets sàdics (Porter, Woodworth, Earle, Drugge i Boer 2003).

Si bé el PCL-R és la variable individual que té millor capacitat predictiva, les eines de predicció del risc de violència futura són instruments específics que per a aquesta tasca són superiors, pel que fa a l'eficàcia predictiva, respecte a la pròpia PCL-R (Gann, 1999; Singh, Grann i Fazel, 2011). En qualsevol cas, per a predicció de violència en agressors i en malalts mentals (Douglas, Guy i Hart, 2009) o en pacients psiquiàtric-forenses institucionalitzats (Dolan i Doyle, 2000, citant Hill et al, 1996) el PCL:SV és una eina valuosa.

## 1.6. INSTRUMENTS DIAGNÒSTICS D' AVALUACIÓ DE LA PSICOPATIA

### 1.6.1. **Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)**

#### 1.6.1.1. *Introducció*

Ha hagut un creixent interès en l'avaluació de la personalitat psicopàtica al darrer mig segle, des de la moderna concepció de Cleckley (1941) en la seva publicació del llibre

*The Mask of Sanity*, a partir del qual el pare de la psicopatia moderna Robert D. Hare va operativitzar aquest constructe, a través dels 22 ítems del Hare *Psychopathy Checklist* (PCL: Hare, 1980), amb una versió evolucionada, el *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R: Hare, 1991), de 20 ítems. A la Taula 4 podem veure la distribució dels ítems en factors, menys els ítems 11 i 17.

Posteriorment, i com a versió de garbellat, és va dissenyar el *Psychopathy Checklist: Screening Version* (Hart, Cox i Hare, 1993) amb 12 ítems i un temps de administració molt menor, apte per a entorns forenses i clínics.

Menys de l'1% de la població, a la mostra comunitària McArthur analitzada per Neumann i Hare (2008) tenia una puntuació superior a 18 (Hare i Neumann, 2010). Diversos autors (Rogers i Rogstad, 2010) afirmen que aquest 75% de percentatge del punt de tall sobre la potencial puntuació total de l'instrument (18/24 a PCL:SV; 30/40 a PCL-R) té una capacitat de predicció de violència superior als comuns (i sobre utilitzats) criteris de trastorn antisocial de la personalitat (DSM-IV).

Taula 4: Ítems del PCL-R (Hare, 1991, 2003) corresponents al Factor 1 (1-2, 4-8, 16), els corresponents al Factor 2 (3, 9-10, 12-15, 18-20, i els no-classificables (11, 17).

PSYCHOPACHY CHECKLIST-REVISED (PCL-R)	
<p>FACTOR 1: INTERPERSONAL -AFECTIU</p> <p>1. FACILITAT DE PARAULA-ENCANT SUPERFICIAL</p> <p>2. SENTIT DESMESURAT DE L'AUTOVÀLUA</p> <p>4. MENTIDER PATOLÒGIC</p> <p>5. ESTAFADOR-MANIPULADOR</p> <p>6. ABSÈNCIA DE PENEDIMENT O CULPA</p> <p>7. AFECTE SUPERFICIAL</p> <p>8. INSENSIBILITAT AFECTIVA i ABSÈNCIA D'EMPATIA</p> <p>16. INCAPACITAT PER A ACCEPTAR LA RESPONSABILITAT DE LES PRÒPIES ACCIONS</p>	<p>FACTOR 2: ESTIL DE VIDA - ANTISOCIAL</p> <p>3. NECESITAT D'ESTIMULACIÓ-TENDÈNCIA A L'AVORRIMENT</p> <p>9. ESTIL DE VIDA PARASITARI</p> <p>14. IMPULSIVITAT</p> <p>15. IRRESPONSABILITAT</p> <p>13. ABSÈNCIA D'OBJECTIUS REALISTES A LLARG TERMINI</p> <p>10. POBRE AUTOCONTROL DE LA CONDUCTA</p> <p>12. PROBLEMES DE CONDUCTA EN LA INFÀNCIA</p> <p>18. DELINQÜÈNCIA JUVENIL</p> <p>19. REVOCACIÓ DE LA LLIBERTAT CONDICIONAL</p> <p>20. VERSATILITAT CRIMINAL</p>
<p>TRETS NO ASSOCIATS A CAP FACTOR</p> <p>11. CONDUCTA SEXUAL PROMÍSCUA</p> <p>17. FREQUËNTS RELACIONS MARITALS DE CURTA DURADA</p>	

La utilitat d'aquest instrument rau en la validesa predictiva respecte al comportament criminal. La fiabilitat i validesa del PCL-R fa d'aquest un instrument d'elecció en la avaluació de la psicopatia, i ha estat validat en nombrosos països, entre d'altres a Espanya (Moltó, Poy i Torrubia, 2000). En àmbits de política criminal i penitenciària

(eximent per malaltia mental, llibertat condicional, presó provisional, tractament d'agressors i avaluació de programes, entre d'altres) l'avaluació del perfil psicopàtic és important (Rice, 1997).

És un constructe de personalitat sòlid i d'ús generalitzat gràcies a seva operativització en el PCL-R, que és un instrument bàsic per al diagnòstic, pronòstic i possible tractament de subjectes, les variables de personalitat i conducta dels quals concorden amb la psicopatia tant en l'àmbit clínic com en el psiquiàtric forense (Douglas, Ogloff, Nicholls i Grant, 1999; Skeem i Mulvey, 2001).

Pel que fa a la relació entre el PCL-R i d'altres variables delictives, concretament amb conductes violentes i la seva predicció, Kennealy, Skeem, Walters i Camp (2010) en una metanàlisi descriuen la desviació social com un factor més predictiu ( $d=0.40$ ) que els trets interpersonals-afectius del PCL-R sense cap interacció entre el 81-96% dels estudis. És a dir, a l'inrevés, (a) la etiqueta "psicopatia" no implica més risc de violència que la utilització d'escala de desinhibició i criminalitat crònica associades als perfils antisocials, o instruments ad hoc de predicció de violència; (b) els perfils antisocials no expliquen totes les conductes violentes; (c) calen instruments per a predir i reduir el risc de conductes violentes amb major eficàcia clínica que el PCL-R.

Laurell i Daderman (2007) van observar també a Suècia, però amb el PCL-R, un 31,4% entre homicides amb psicopatia, respecte al punt de tall de 30/40, amb una Kappa de Cohen de 0,81 ( $p>.001$ ), tot associant el diagnòstic de psicopatia amb delictes que implicaven agressivitat instrumental: en una mostra de pacients psiquiàtrics, el 80% ho eren, i per contra el 69% cometien delictes impulsius, reactius (Laurell et al, 2010).

En l'àmbit iberoamericà, Ábalos, Esquivel i Gallardo (2004), en una mostra xilena de 60 penats, i León-Mayer, Asún-Salazar i Folino (2010), també en una mostra de 293 penats xilens, van validar el PCL-R. Quiñones-Maldonado et al (2014) descriuen la prevalença del constructe de la psicopatia (PCL-R) a Puerto Rico. En interns penitenciaris de Brasil (Flores-Mendoza, Silva Alvarenga, Herrero i Abad, 2008) el percentatge era del 13,7%. A Mèxic (Fernández-Montalvo i Echeburúa, 2008): 14,4%, i a Veneçuela, el 20% (Alvarado, Bueno i Krivoy, 2006) (citats a Quiñones-Maldonado et al, 2013).

Si bé hi ha entre 50-80% de presoners amb diagnòstic de trastorn antisocial de la personalitat, Ogloff (2005) descriu una prevalença de psicopatia amb el PCL-R d'aproximadament un 15% dels homes empresonats, 10% dels pacients forenses, 7% de

dones empresonades i l'1% de pacients psiquiàtrics. En pacients psiquiàtrics amb discapacitat intel·lectual podem situar un 11,8% de la mostra amb psicopatia en un estudi britànic (Morrissey et al, 2005).

Un element clau quant a la seva importància és el factor *predictiu de reincidència* (Hare, Clark, Grann i Thornton, 2000; Salekin et al, 1996) i la gravetat de les conductes delictives, especialment les associades a delictes violents (Douglas, Yeomans i Boer, 2005; Hare, 1999) i a delinqüència serial o sexual (Macpherson, 2003) en general. S'inclou el PCL-R, com a predictor de risc de violència, de forma aïllada (McNiel, Gregory, Lam, Binder i Sullivan, 2003), o com un element en d'altres instruments d'avaluació del risc de violència como l'HCR-20 (versió 2) (Douglas et al, 1999; Nicholls et al, 2004) amb augment del seu potencial predictiu, com a conseqüència. En versions ja pretèrites com el DSM-IV-TR (APA, 2000) és rellevant en l'avaluació de pacients les correlacions amb l'eix I (Hill, Neumann i Rogers, 2004) si bé Hare adverteix del seu ús en pacients amb Trastorn Mental Greu (Hare, 1985, citat a Rogers et al, 2000).

Pel que fa a homicides amb perfil de personalitat psicopàtica, s'objectiva una tendència incrementada en abandonar l'escena del crim, negar la responsabilitat del delicte comés, rebre sentències amb atenuants i apel·lar amb èxit, a Instàncies judicials superiors (Häkkinen-Nyholm i Hare, 2009).

El grau de violència i homicidis consumats sempre és superior en perfils psicopàtics (Williamson, Hare i Wong, 1987) que en aquells que no ho són. Un 93,3% dels homicidis són primàriament instrumentals en els psicòpates, comparats amb un 48,4% d'homicidis en els no-psicòpates (Woodworth i Porter, 2002), si bé la majoria de psicòpates instrumentals atribueixen (als auto informes) la seva conducta com reactiva a provocacions alienes (Porter i Woodworth, 2007).

En l'àmbit criminogènic i policial, la psicopatia podria integrar-se en la categoria descrita com de *predador sexual*, sent comòrbid amb entitats diagnòstiques com el perfil sàdic de personalitat (no reconegut pel DSM) o conductes parafíliques actualment descrites al DSM-5 (Logan i Hare, 2009). El sadisme i la psicopatia, conjuntament, prediuen més nombrosos i més greus actes de violència (en joves i adults, respectivament), i l'agressivitat sexual correlaciona amb les facetes antisocial i afectiva, no amb impulsivitat (Robertson, 2011). Els dos constructes (psicopatia i parafília sàdica) són constructes independents i no estan associats (Reidy et al, 2011;

Holt, Reid Meloy i Strack, 1999), si bé sí correlaciona aquesta conducta parafilica amb elevat risc d'agressió no-provocada, especialment amb el Factor 1 elevat (PCL-R).

Els dèficits afectius i la desinhibició conductual podrien ser importants en l'expressivitat del comportament sexualment sàdic, entenent que pot (o no) haver-hi *empatia cognitiva* "entenent" allò que la gent pateix, però "sense sentir-ho", a l'igual que la dificultat en interpretar expressions facials de por o vergonya (Blair, 2005, 2007 i 2008, citats a: Mokros, Osterheider, Hucke i Nitschke, 2011).

Cooke, Michie, Hart i Clark (2005) descriuen un biaix cultural en el diagnòstic del PCL-R del constructe psicopatia, mitjançant l'anàlisi amb la Teoria de Resposta a l'Ítem (IRT), en allò relatiu a la naturalesa dels símptomes (especialment als interpersonal, i menys als afectius) i la ubicació de la prova, amb una proporció de psicopatia doble a USA que al Regne Unit. En aquest país (UK) trobem, tal i com ja avançàvem anteriorment, entre un 4-7% de psicòpates en subjectes empresonats. Descriuen similars símptomes del constructe entre USA i UK, però menor *intensitat* del desordre (al Regne Unit). Coid et al (2009b) troben un 7,7% de psicòpates en presons d'Escòcia i Gales. En aquest sentit, proposen (Cooke et al, 2005) modificar a Europa el punt de tall de 30/40 (USA) a 25 (sobre 40).

Es va intentar inicialment cercar diferències significatives en la aplicació del PCL-R a mostres racials de blancs i negres nord-americans, amb diferències en la distribució de les puntuacions i en escales com la impulsivitat o el factor estructural latent de la psicopatia (Kosson, Smith i Newman, 1990).

Algun detractor (Martens, 2008) al·lega una incorrecta relació entre les puntuacions PCL-R i el tractament, la baixa fiabilitat de l'instrument, i el mal ús en l'àmbit forense i legal, que "aconsellarien el seu "no-ús". Basa la seva crítica en la "no-oficialitat" dels termes diagnòstics del constructe (com sí, del Trastorn antisocial de la personalitat), la indubtable i positiva intervenció psicofarmacològica, o dos casos concrets als que el diagnòstic PCL-R fou perjudicial, presumptament (agreujant, en una condemna a mort; defensa, d'un agressor sexual). D'afegitó, sembla que en àmbits judicials o, fins i tot, en l'enjudiciament de sentències *capitals* (USA), la psicopatia segons el patró PCL-R és menys utilitzada que els diagnòstics antisocial (DSM) o dissocial (CIM) més usuals i coneguts (Edens i Cox, 2012).

En resum, podem concloure que el *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare 1991; 2003) és l'escala d'avaluació conductual o patró *gold standard* per a l'avaluació de la psicopatia en població penitenciària y en l'àmbit forense. Així, la concessió, revisió o progressió de grau, els permisos penitenciaris, l'avaluació de programes específics o l'atorgament de la llibertat condicional d'una banda, i la predicció de violència i/o reincidència, l'avaluació en fase d'instrucció dels delictes (greus) o el tipus de pena a imposar (mesura de seguretat, engarjolament, sanció administrativa) de l'altra, s'haurien d'estimar tenint en compte entre d'altres variables, la puntuació en el PCL-R. És directament proporcional la gravetat, reincidència i agreujament de la violència delictiva.

#### 1.6.1.2. Descripció i característiques psicomètriques del PCL-R

El PCL-R és una escala d'avaluació conductual de 20 ítems clínics, creada per ús en àmbits forenses (àmbits penitenciaris i psiquiàtrics forenses) que minimitza els efectes de la manipulació mitjançant una entrevista semiestructurada, juntament amb la revisió de tota la informació col·lateral. El PCL-R es pot puntuar sense l'entrevista però mai sense la informació col·lateral.

Cal estar graduat en ciències socials, mèdiques o de la conducta, estar familiaritzat amb entorns forenses, en psicopatologia i avaluació mental, així com amb instruments psicomètrics, amb un entrenament previ en el PCL-R. Aquest entrenament inclouria en coneixement ampli del constructe *psicopatia* així com la discussió de casos i l'establiment d'un llistat de casos *prototípics*, un per cada ítem. Igualment, és recomanable, si es pot, fer la mitjana de cada cas per dos avaluadors independents, per incrementar la fiabilitat.

En relació a la administració del PCL-R/SV, un cop consolidat l'entrenament, obtindrem la puntuació de dues fonts essencials: (a) entrevista semiestructurada i (b) fonts d'informació col·lateral. En aquest darrer cas, és imprescindible l'obtenció d'informació externa al propi subjecte, per la poca fiabilitat del contingut del que ens explica (recordem el perfil que volem diagnosticar, i l'àmbit forense en el que ens trobem), no així pels aspectes no verbals, emocionals i interpersonals durant l'entrevista.

Cas que rarament, no disposéssim d'informació col·lateral (antecedents penals, policials o penitenciaris, informació de familiars, amics/ges o del darrer treball, per

exemple) cal donar com a provisional la puntuació, que validarem amb informes longitudinals d'observació-progrés, dades d'interconsultes, i similars. Serin (1993) adverteix sobre el biaix del 30% de casos quan no duem a terme l'oportuna entrevista, basant-nos només en arxius i dades anamnèsiques, aspecte que refermen Laurell i Dåderman (2007).

Cada ítem disposa d'una descripció, especialment per a aquells ítems complexos i d'alt nivell, amb un rang de puntuació de 3 valors, sent la puntuació de 0 per a l'absència d'aplicabilitat de l'ítem al cas concret, la puntuació d'1, amb una "gairebé" concordança entre ítem i cas i finalment, una tercera puntuació de 2, si l'ítem és totalment aplicable al tret avaluat. El punt de tall que cal utilitzar en l'àmbit anglosaxó és  $x \geq 30$  per diagnosticar psicopatia, i  $x \leq 29$  per descartar-la, si bé dona un rang per al punt de tall entre 28-32 de forma genèrica (Hare, 1995).

Els 20 ítems descriuen els dos factors de la psicopatia, (Interpersonal/afectiu i Desviació social). L'administració i puntuació dels ítems requereix unes dues i mitja o tres hores. En l'adaptació espanyola (Moltó, Poy i Torrubia, 2000) també es recomana un punt de tall de 30, ja que els valors mitjans de les puntuacions obtingudes són força semblants als que s'obtenen a Nord-Amèrica.

Pel que fa a possibles ítems omesos (no avaluats amb 0, 1 o 2) per manca de dades d'entrevista o informació col·lateral, el Manual tècnic permet com a molt, la omisió de com a màxim dos ítems per fFactor , és a dir, una o dues possibles omissions al Factor 1, i una o dues com a màxim al Factor 2. En cas, d'omisió d'1, 2, 3 o 4 ítems, cal acudir llavors a les taules de prorrateig, per arrodonir la xifra resultant del PCL-R total, en funció dels ítems omesos (a) i d'aquesta puntuació final (b).

Podem resumir, pel que fa a les propietats psicomètriques, les dades principals del PCL-R. Així, pel que fa a la fiabilitat, la consistència interna (alfa de Cronbach) fou de 0,87, la correlació mitjana inter-ítem (MIC): 0.27, *Intraclass correlation* (ICC1<sup>28</sup>): 0.88, ICC2 (ICC efectiva): 0.94, coeficient *Kappa*<sup>29</sup> oscil·la entre 0.50 i 0.80 i fiabilitat test-retest r: 0.89. En relació a la validesa (PCL-R), als Manual es defineix una estructura bifactorial, una validesa concurrent: 0.55-0.85 (TAP) i de 0,30 per a l'escala de desviació

---

<sup>28</sup> Fiabilitat intervaluadors.

<sup>29</sup> Acord entre avaluadors independents.



psicopàtica (Dp) del MMPI-2; la escala 6A (antisocial) del MCMI-II i la de socialització (So) del CPI (Hart, Cox i Hare, 1995).

Les dades de l'adaptació espanyola del PCL-R (Moltó, Poy, Torrubia, 2000) indiquen que es un a mesura fiable i vàlida en població penitenciària espanyola masculina. La fiabilitat de consistència interna es equiparable a la del Manual original, la anàlisi de les correlacions ítem-total corregides eren superior a 0,30 en 38/20 ítems, amb unes alfas de Cronbach i mitjana de correlacions inter-ítem, iguals o superiors a les mostres americanes. La fiabilitat entre avaluadors també era equiparable a la del Manual, amb unes ICC entre 0,87 i 0,96. L'anàlisi de components principals era compatible amb una estructura bifactorial. Finalment, pel que fa a la validesa concurrent i convergent, la correlació amb la PCL:SV, escales de personalitat de Karolinska, correlats sociodemogràfics i criminològics respectivament, va mostrar resultats acceptables i concordants amb els del Manual original (1995). Moltó et al (2000) obtenen correlacions positives entre els alts en psicopatia i variables penitenciàries-delictives com la Varietat de substàncies consumides, Edat de la primera detenció, Nombre d'empresonaments i de condemnes i l'Índex de faltes regimentals.

En una mostra asturiana, amb PCL-R també (Pérez, Herrero, Velasco i Rodríguez-Díaz, 2015) els psicòpates correlacionaven significativament amb la Edat de primera detenció, Edat de la primera condemna, Nombre de condemnes de presó, i amb Temps d'estança a presó. Al mateix estudi, obtenen correlacions també positives, per Tipologies delictives greus com vandalisme, possessió il·legal d'armes, amenaces, robatoris amb intimidació, injúries-obstrucció a la justícia i homicidi-assassinat.

En l'àmbit llatinoamericà, León-Mayer et al. (2010) a una mostra de 293 penats obtenen uns índex de consistència interna, validesa externa i anàlisi factorial confirmatori (parcel·lament) foren bons o excel·lents, corroborant la seva capacitat i potencial diagnòstic i predictiu del *gold standard* (PCL) del constructe psicopatia, amb una millor solució de quatre factors, replicada en una mostra, al mateix país, de 209 presoners (León-Mayer, Folino, Neumann i Hare, 2015).

### 1.6.1.3. Estructura Factorial/Facetes

L'estructura de quatre Facetes del PCL-R fou descrita per Hare i Neumann (2008) d'acord amb una mostra de 6.929 subjectes, en la que es va descriure: Factor/Faceta interpersonal (escant superficial, grandiositat, mentider patològic, estafador-

manipulador), Factor/Faceta afectiu/va (absència de penediment o culpa, afecte superficial, absència d'empatia, no acceptació responsabilitats), Factor/Faceta d'estil de vida (cercador de sensacions, impulsiu, irresponsable, orientació parasitària, absència d'objectius realistes) i Factor/Faceta antisocial (pobres controls conductuals, problemes conductuals precoços, delinqüència juvenil, revocació de la llibertat condicional, versatilitat criminal), amb correlacions entre Factors d'un rang d'entre 0.42-0.73, altament acceptable doncs (Hare i Neumann, 2008).

Autors com Palermo (2012) fan referència a certes distorsions cognitives associades als Factors (citant Magyar i cols.), associant concretament "l'empoderament" com a predictor significatiu del Factor 1 (PCL:SV) i a "l'excés d'optimisme" com a predictor del Factor 2. Així, conclou que el Factor d'assertivitat-engany, puntuats per l'empoderament i l'excés d'optimisme, és un potent predictor de psicopatia.

D'acord amb l'evolució històrica del constructe psicopatia, veurem a continuació, pel que fa especialment a l'anàlisi factorial, dues corrents representades per Robert D. Hare i David J. Cooke en relació a la centralitat o no, respectivament, de la *conducta antisocial* dins el concepte de psicopatia (Blackburn, 2007).

Basant-se en Schneider, Cooke exclou el comportament antisocial en la seva definició de psicopatia, com McCord i McCord, associant una condició biològica més que un *defecte moral*. En canvi, aquest comportament es considerat per Hare "nuclear" en la seva concepció del constructe; així doncs, de la *moral insanity* vam passar a *reo nato* de Lombroso, incloent-se a la legislació anglesa, per exemple, la imbecilitat moral o trastorn psicopàtic com una categoria que incloïa la desviació social, i permetia per tant detenir i ingressar delinqüents als hospitals psiquiàtrics. El trastorn antisocial del DSM-III recull novament aquesta tradició. La tradició nord-americana observarà una posició híbrida entre els "postulats Schneiderians" (Cooke) i els *moral insanity*, associant per tant el psicòpata amb un tipus de criminal (Hare), amb una *necessària* conducta antisocial. Blackburn obté resultats que descriuen com nuclear les conductes antisocials, si bé, contràriament a Hare, no necessàriament els hi assigna una valència criminal o de transgressió legal.

Tot i haver-se proposat, a banda del model bifactorial de Hart, Cox i Hare (1995) un model triactorial revisat, diversos autors afirmen que aquell es mostra menys predictor de violència que el trifactorial. Així, al model bifactorial, una part significativa de la

variància en la predicció estava basada en índex no específics de criminalitat dependents del Factor antisocial (Skeem, Mulvey i Grisso, 2003).

D'acord amb metanàlisi fets per Hare i Neumann, Patrick, o Cooke i Michie entre d'altres, s'albira des de fa anys una diferència en l'àmbit científic profunda, entre un únic factor *supraordinal*, que inclouria la estructura bifactorial i quatre Facetes de Hare, d'una banda, i una estructura bifactorial (Patrick, 2007) amb dos factors independents, o trifactorial (Cooke i Michie, 2001) d'una altra. Cooke i Michie no consideren "essencial" per a definir el constructe psicopatia la antisocialitat-criminalitat associada, sinó un factor comòrbid o conseqüent al perfil de personalitat i conductual, establint un model de tres factors on es contempla un Factor 1 "dividit" en dos subfactors, separats: Estil Interpersonal Arrogant i falsari (encant superficial, grandiositat, mentida patològica, manipulador) i Deficient Experiència Afectiva (afecte superficial, absència d'empatia, manca de penediment, manca d'acceptació de responsabilitats); el tercer Factor, Estil Conductual Impulsiu i Irresponsable compren alguns ítems del Factor 2 original (necessitat d'estimulació, impulsivitat, irresponsabilitat, estil de vida parasitari i absència d'objectius realistes). No inclou 7 ítems del PCL-R original.

Patrick et al (2007) postulen un model bifactorial (PCL-R) on, reconeixen també un Factor *supraordinal*, afirmen que el model de dos Factors explicaria millor el constructe psicopatia, amb un Factor *General*, i un segon Factor que inclouria globalment l'*estil de vida* i el perfil *antisocial*. Aquest model pretén explicar els ítems inclosos al model trifactorial (13), els 18 del model tetrafactorial (Hare, 2003), i la graella de 20 ítems del PCL-R.

Hare i Neumann (2009; 2010; Newman et al, 2005; Vitacco i Neumann, 2007) sí consideren el Factor antisocial com una part nuclear i no *una conseqüència* dins el constructe psicopatia. Consideren que l'anàlisi factorial descriu un constructe robust, amb implicacions en justícia criminal, neurociències, psicopatologia del desenvolupament, genètica de la conducta i la teoria general de personalitat.

Guy i Douglas (2006) d'acord amb la relació entre el PCL:SV i la matriu (PCL-R) en una mostra dues mostres de d'homes (175 d'una mostra forense, prejudicial, i 188 ja penats) on estudien la potencialitat dels dos models (tetra/bifactorial) pel PCL:SV. Les correlacions entre PCL:SV i PCL-R per a les mostres forense i penats són 0,95 i 0,94 respectivament, molt elevades, amb correlacions entre els Factors/Facetes 1 i 4

d'ambdues proves que oscil·len entre 0,87 i 0,92 (mostra forense) i des de 0,88 a 0,95 (penats). Pel PCL:SV, la sensibilitat i especificitat per al punt de tall de 18, és del 90% i 89%, amb Poder Predictiu Positiu (PPP) i Poder Predictiu negatiu (PPN) de 0,53 i 0,99 respectivament. Conclouen la similar validesa predictiva dels models trifactorial i bifactorial, (a) requerint estudis amb investigadors diferents pel PCL-R i pel PCL:SV, confirmant (b) la validesa i fiabilitat del PCL:SV com a instrument de garbellat de la matriu PCL-R, per les seves robustes i comunes propietats psicomètriques i (c) reafirmant amb correlacions de 0,42 i 0,37 la validesa predictiva amb mesures de recidives violentes del PCL-R i PCL:SV, respectivament.

Finalment, i associant la validesa de constructe amb aspectes de reforç i evitació, sabem que la psicopatia primària, és a dir, aquella definida entre d'altres, per una baixa ansietat, associa un dèbil sistema d'inhibició conductual (BIS, en anglès) i un sistema d'activació (BAS, en anglès) normal (Newman et al, 2005).

La discussió entre la nuclearitat o no de la *antisocialitat*, dins el model bifactorial de Hare (Hare 2003; Neumann, Vitacco, Hare i Wupperman, 2005) o del model jeràrquic trifactorial de Cooke i Michie (Cooke i Michie 2001; Cooke et al, 2004; Skeem i Cooke, 2010a, 2010b) encara resta latent.

La validesa predictiva també ha estat positiva, en *agressió i no-seguiment del tractament*, en una mostra psiquiàtrica forense (Hill, Rogers i Bickford, 1996), i també amb correlacions positives amb *antisocialitat, ús de substàncies*, i *autoregistre d'activitats delictives* (Forth et al., 1996). El constructe de la psicopatia s'associa amb l'espectre dels trastorns externalitzants (Neumann i Hare, 2008), és a dir, amb símptomes de trastorns de la conducta, conducta antisocial adulta, ús/abús d'alcohol, abús/dependència de tòxics, i trets de personalitat desinhibitoris. Però ho fa amb el Factor 2 (PCL:R) no amb el Factor 1, que és irrellevant en aquest aspecte (Patrick, Hicks, Krueger i Lang, 2005).

## 1.6.2. Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)

### 1.6.2.1. Desenvolupament i característiques generals. Normes d'ús

Amb la finalitat de reduir el temps mitjà d'administració del PCL-R i per la seva utilitat en l'àmbit forense, es va crear un instrument de garbellat, la versió *screening* (*Psychopathy Checklist: Screening Version*, PCL:SV; Hart, Cox i Hare, 1995), que

suposava menor temps en la seva administració, la possibilitat d'una administració més rutinària, fàcilment aplicable doncs, a àmbits clínics i forenses, mantenint propietats psicomètriques semblants a l'instrument matriu PCL-R (Douglas et al, 2005a).

Un cop Hare dissenya i operativitza els criteris de Cleckley en un format d'avaluació conductual amb entrevista semiestructurada i informació col·lateral mitjançant el PCL (1980) i la versió derivada PCL-R (1991, 2003) se n'adona del temps necessari consumit en l'administració d'aquestes proves, per la qual cosa dissenya un nou instrument (PCL:SV) el qual, amb un format de 12 ítems, que permet descartar el perfil psicopàtic en cas de negativitat de la prova a subjectes d'entorns forenses (centres penitenciaris i casos psiquiàtrics) en un temps "operatiu". Pràcticament no obtenim falsos negatius, si bé per tal d'evitar falsos positius cal sempre, cas que el PCL:SV sigui positiu, administrar llavors el PCL-R (serà un nombre limitat, en tot cas) per tal de confirmar el diagnòstic i poder prendre llavors les oportunes decisions regimentals i/o clíniques.

Si bé el PCL:SV es un instrument específicament dissenyat per a l'avaluació de la psicopatia en àmbits forenses, s'ha demostrat la seva utilitat també en d'altres àmbits (Forth et al, 1995). El PCL:SV mostra una adequada correlació amb d'altres instruments de mesura d'antisocialitat com el *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991; Edens, Hart, Johnson, Johnson i Olver, 2000) especialment amb l'escala de característiques antisocials (ANT), suggerint una utilitat en l'avaluació dimensional més que categorial del constructe psicopatia. D'afegitó, també es va replicar la associació entre variables rellevants de l'avaluació en contextos forenses i el constructe de psicopatia, com la història criminal respecte a les característiques més conductuals i d'antisocialitat avaluades, o conductes agressives intrapenitenciàries, o reincidència delictiva, i la Puntuació total.

En mostres no-forenses mixtes, s'ha observat una clara disminució de la prevalença de psicopatia, utilitzant el PCL:SV (Forth et al, 1996). Amb el Manual del PCL:SV, els autors (Hart, Cox i Hare, 1995) descriuen una proporció de psicopatia dins les seves submostres (forense i civil) amb un rang d'entre el 6.1-37% (PCL:SV > 18). Fins i tot el PCL:SV permet estudiar la prevalença de psicopatia dins d'organitzacions (Babiak et al, 2010) amb un 3%, clarament superior al 0,2% de la mostra comunitària McArthur.

La versió *Screening* derivada del PCL-R de Hare (PCL:SV; Hare, 1995) consta de 12 ítems extrets dels 20 originals. Inicialment es van agrupar en dues Parts (o "Factors"): la Part 1, que engloba l'estil interpersonal (Kosson, Steuerwald, Forth i Kirkhart, 1997) i afectiu, i

que els autors denominen "d'egoisme, insensibilitat i absència de penediment", i la Part 2 ("Factor 2"), que Kosson et al (1977) defineixen com "d'un estil de vida persistentment antisocial, crònic i inestable".

Als darrers anys s'ha vingut discutint el model factorial de la psicopatia i han aparegut diferents solucions. S'ha proposat també un model de 3 factors etiquetats com (a) estil interpersonal arrogant i mentider, (b) deficient experiència emocional i (c) estil de conducta impulsiu i irresponsable (Cooke i Michie, 2001), més predictor de violència que l'anterior (Skeem, Mulvey i Grisso, 2000). Recentment Hare proposa un model de 3 o 4 factors que recull determinats ítems que quedaven exclosos al model de Cooke i Michie (Hare, 2003). Finalment, una anàlisi confirmatòria de quatre factors (Hill et al, 2004), distingeix entre el Factor Interpersonal, Afectiu, Conductual i un quart Factor Antisocial.

El PCL-SV és una escala clínica que utilitza informació procedent de les respostes de l'individu a una entrevista semiestructurada (antecedents personals, familiars, laborals, afectius, delictius), i per altra banda la informació que s'obté d'arxius penitenciaris i també altres possibles fonts d'informació col·lateral (dades obtingudes de entrevistes a familiars, informes psicològics previs, antecedents penals, proves psicomètriques anteriors, informes escolares) que completen i objectiven la anterior. Sense la informació complementaria doncs, és innòcua la valoració només en funció de les dades que en la entrevista el subjecte ens hagi pogut donar, doncs evidentment és informació fàcilment manipulable i ha de ser sempre contrastada amb fonts externes (objectives) al subjecte.

La puntuació dels 12 ítems de que consta la prova oscil·la entre el 0 (no aplicació ítem) fins a dos 2 (total concordança amb l'ítem). La puntuació total oscil·la entre 0 y 24 punts, amb un punt de tall igual o superior a 18 per tal de considerar la psicopatia com a clínicament significativa (18/24: 75% del total), sent la puntuació total la suma de la corresponent al parcial del primer factor o *Factor 1* ("egoisme, insensibilitat i absència de penediment") més la del *Factor 2* ("estil de vida crònicament inestable i antisocial") de l'anàlisi factorial.

Pel que fa a possibles ítems omesos (no avaluats amb 0, 1 o 2) per manca de dades d'entrevista o informació col·lateral, el Manual tècnic permet com a molt, una omisió d'ítem per factor, és a dir, una possible omisió dels ítems 1 al 6, i una possible omisió dels ítems 7 al 12. No poden ometre's dos ítems dins un mateix factor. En cas, d'omisió

d'1 o 2 ítems, cal acudir llavors a les taules de prorrateig, per arrodonir la xifra resultant del PC:SV total, en funció dels ítems omesos (a) i d'aquesta puntuació final (b).

En la seva utilització, són els propis autors (Hart, Cox i Hare, 1995) els qui recomanen un període d'entrenament amb casos reals i un supervisor, per tal d'homologar (a) l'actual concepte de psicopatia (Hare) en el que es basa el PCV:SV, (b) la pròpia administració de l'entrevista sense biaixos per part de l'entrevistador, i (c) la correcta puntuació dels 12 ítems a avaluar, la ponderació dels quals només s'obté avaluant tipologies o perfils delictius.

Així, podríem considerar determinats perfils amb finalitats únicament metodològiques, amb (a) individus *tipus I*, amb un prototipus de significatius trets caracterials de tipus psicopàtic (Factor 1 de Hare +) sense greus conductes antisocials; (b) *tipus II*, amb un perfil que correspondria al TAP (DSM-5, 2013), amb una puntuació al Factor 2 de Hare significativa i trets caracterials poc relacionats amb la psicopatia; (c) *tipus III*, sense puntuacions significatives en cap dels dos Factors (delinqüent comú, per exemple), i (d) *tipus IV*, amb puntuacions elevades als dos Factors que orientarien a una psicopatia clara i concordant plenament amb l'actual concepte que d'ella en tenim, actualment.

#### 1.6.2.2. Descripció i definició dels ítems (PCL:SV)

El llistat d'ítems<sup>30</sup> que integra el PCL:SV és el següent:

- Ítem 1: Superficial
- Ítem 2: Grandiositat
- Ítem 3: Falsari/mentider
- Ítem 4: Absència de penediment
- Ítem 5: Absència d'empatia
- Ítem 6: No acceptació de responsabilitats
- Ítem 7: Impulsivitat
- Ítem 8: Pobre autocontrol de conducta
- Ítem 9: Absència d'objectius
- Ítem 10: Irresponsabilitat
- Ítem 11: Conducta antisocial a l'adolescència
- Ítem 12: Conducta antisocial adulta

<sup>30</sup> Traduïts al català.

Els ítems formen part de la versió original o matriu PCL-R, en algun cas reunificats (Ítem 3: falsari + mentider). A la introducció del Manual del PCL:SV (Hart, Cox i Hare, 1995) s'expliquen una sèrie de consideracions generals que s'han de tenir en compte abans d'avaluar cadascun dels ítems.

La descripció clínica de cada ítem està descrita acuradament al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995). A les línies següents es presenta un breu resum, **no literal**, de la descripció d'aquests ítems que en cap cas pot ser utilitzat per puntuar-los. Per valorar els ítems del PCL: SV és imprescindible utilitzar les descripcions completes de cada ítem que es troben al Manual.

#### -ÍTEM 1: Superficial

Aquest ítem descriu a un individu un estil interpersonal que és valorat com fals i superficial per la resta d'observadors, en una persona amb elevada desitjabilitat social, amb habilitats verbals i capacitat de seducció elevades, sovint amb històries fantàstiques que aconseguen atraure l'atenció de l'entorn. Poden ser mitòmanes, fins i tot davant fets contradictoris que se'ls confrontin. Altament seductor, pot donar una aparença altament "creïble".

#### -ÍTEM 2: Grandiositat

Les persones que puntuen de forma significativa en aquest ítem són freqüentment egocèntriques, amb elevada autoestima i arrogància, sobrevalorant les pròpies capacitats. És interessant destacar que, en una situació de necessària contenció i agradabilitat, com és l'entrevista, aquests individus mostren una elevada vanitat, protagonisme i tossuderia fins i tot, afirmant-se de manera explícita. Estan "relativament" preocupats per la seva situació penal, penitenciària o judicial.

#### -ÍTEM 3: Mentider - manipulador

Els individus amb aquesta característica són mitòmans, és a dir, fan un ús freqüent de la mentida, la manipulació o la falsedat, per a finalitats personals (domini i apoderament, diners, sexualitat). Manipulen i modelen l'entorn al seu lliure albir sense mostrar cap neguit.

#### -ÍTEM 4: Absència de penediment

Aquí hi trobem individus que no han desenvolupat una culpa "real" sinó, potser, un fals "sentiment de culpabilitat". Poden manifestar sentiments de culpa, verbalment, però sense



impregnar-los d'emoció o sense poder donar una argumentació convincent per defensar-los. Fins i tot poden justificar fer mal algú, sense que tinguin consciència de fer mal o perjudicar d'altres. La repercussió emocional de les seves accions en tercers, o en ells mateixos, és baixa o nul·la. Davant d'un fet, es posicionen de forma egocèntrica, referint-se al seu propi patiment o afectació, a les repercussions sobre els seus interessos, que no pas sobre els altres o per les repercussions socials de les seves accions.

#### -ÍTEM 5: Absència d'empatia

Aquesta característica defineix persones que són incapaces de vincular-se afectivament amb els altres, sense capacitat per a compartir emocions negatives o positives. Aquest ítem descriu a individus que es mostren freds, insensibles i allunyats del patiment al seu voltant, amb importants dificultats per experimentar emocions intenses o estats emocionals reals, reactius a situacions impactants. Mostren indiferència, i fins i tot dissociació entre allò que diuen "sentir" (empatia cognitiva) amb la seva conducta no-verbal real.

#### -ÍTEM 6: No acceptació de responsabilitats

Les persones que puntuen alt en l'ítem no se'n fan responsables dels actes que perjudiquen als altres o dels delictes/pels quals els investiguen o els condemnen, amb distorsions cognitives. Racionalitzen, minimitzen o neguen la seva participació o implicació, sovint amb arguments poc consistents o sense justificació, a banda de la seva loquacitat. La majoria de les seves argumentacions poden dirigir-se cap a la pròpia víctima, com a causant o detonant dels fets (atribució externa). Les minimitzacions normalment tendeixen a reduir l'impacte econòmic, personal o físic. Finalment, la seva negació de la participació, responsabilitat dels propis fets, pot implicar un conxorxa, traïdoria o mentida per part de tercers.

#### -ÍTEM 7: Impulsivitat

Aquest ítem descriu a individus que es comporten sense fer balanç dels aspectes positius i negatius dels seus actes, elegir, decidir, i actuar en conseqüència. Sovint actuen pel desig i la necessitat immediata de satisfacció (anòmia) sense pensar en les conseqüències dels seus actes. En aquest sentit, són persones imprevisibles, inestables i amb canvis constant d'estil de vida, sense aparent justificació.

#### -ÍTEM 8: Pobre autocontrol de conducta

Les persones que puntuen alt en aquest ítem mostren un baix autocontrol davant situacions de frustració, sovint amb conductes externalitzants de tipus heteroagressiu.

Podem identificar conductes abusives i agressives com cridar, colpejar, trencar objectes o intimidar gestualment.

-ÍTEM 9: Absència d'objectius

Aquest ítem identifica a subjectes parasitaris, que cerquen el benefici personal a través de l'apropament a persones del seu entorn que els hi poden proporcionar diners, acolliment o beneficis (sexe, poder), sense donar res a canvi. Tenen un curt bagatge personal, formatiu o laboral. Són incapaços de respondre quan se'ls interpel·la sobre objectius a mig o llarg termini .

-ÍTEM 10: Irresponsable

L'ítem d'irresponsabilitat es refereix, a diferència del 6, a aquella persona que és incapaç de respondre a les seves obligacions personals, familiars, de parella, filials, laborals o vitals en general. Les seves accions impliquen risc, temeritat o perill pel seu entorn, de qualsevol tipus.

-ÍTEM 11: Conducta antisocial a l'adolescència

Per a puntuar de forma elevada aquest ítem, observariem individus que han mostrat trastorns de la conducta en el seu desenvolupament infanto-juvenil, en diferents àmbits (llar familiar, escola, barri), amb precocitat en les fugides del domicili, les relacions íntimes o la manca de respecte als límits imposats. Les conductes no seran només reactives a situacions de maltractament. Poden haver tingut ja contactes amb justícia juvenil, policia o problemes amb l'autoritat.

-ÍTEM12: Conducta antisocial adulta

Aquest ítem descriu a persones que sovint transgredeixen la llei, les normes i allò que regeix l'ordre social, les convencions. Poden haver estat investigats o condemnats per diferents delictes o faltes, d'adults, incloent sancions econòmiques, crides i cerques, trencaments de condemna, retirades del permís de conducció o bretolades. El propi Manual categoritza les puntuacions en aquest ítems amb criteris objectius.

Si comparem els ítems de la versió espanyola del PCL-R (Moltó, Poy i Torrubia, 2000) i del PCL:SV (Hart, Cox i Hare, 1995) veurem que les correspondències entre aquests són bastant precises, però no "exactes". Així, i comparant els ítems respectius:

L'ítem 1 (PCL:SV): Superficial, correspon a l'ítem 1 (PCL-R): Facilitat de paraula i l'encant superficial.

L'ítem 2: Grandiositat (PCL:SV) correspon a l'ítem 2 (PCL-R): Sentit desmesurat de l'auto vàlua.

L'ítem 3 (PCL:SV): Mentider, i inclou els ítems 4 (PCL-R): Mentida patològica i l'ítem 5: Estafador/Manipulador (PCL-R).

L'ítem 4: Absència de penediment (PCL:SV) es correspon amb l'ítem 6 (PCL-R): Absència de Penediment o sentiment de culpabilitat.

L'ítem 5: Absència d'empatia (PCL:SV) l'associaríem a l'ítem 8: Insensibilitat afectiva-Manca d'empatia (PCL-R). A diferència de l'Absència d'empatia del PCL:SV (ítem 5), el PCL-R diferencia la Insensibilitat afectiva-Manca d'empatia (ítem 8) de l'afecte superficial (ítem 7).

L'ítem 6: No acceptació de responsabilitats (PCL:SV), equivaldria a l'ítem 16: Incapacitat per a acceptar la responsabilitat de les pròpies accions (PCL-R).

L'ítem 7: Impulsiu (PCL:SV) equival a l'ítem 14 (PCL-R): Impulsivitat. La Impulsivitat al PCL:SV (ítem 7) és genèrica, mentre que al PCL-R diferencia impulsivitat de l'ítem 14 i la Necessitat d'estimulació de l'ítem 3.

L'ítem 8: Pobre autocontrol de conducta (PCL:SV) equival a l'homònim ítem 10 (PCL-R).

L'ítem 9: Absència d'objectius (PCL:SV) es correspondria amb l'ítem 13: Absència de metes realistes a llarg termini (PCL-R).

L'ítem 10: Irresponsabilitat (PCL:SV) equivaldria també a l'homònim ítem 15 (PCL-R).

L'ítem 11 Conducta antisocial adolescent (PCL:SV) la compararíem a l'ítem 18: Delinqüència juvenil (PCL-R). Al PCL:SV veiem que, en relació a aspectes relacionats amb trastorns de la conducta infanto juvenil, associa l'ítem 11 (Conducta antisocial adolescent), mentre que el PCL-R diferencia la Delinqüència juvenil (ítem 18) dels Problemes de conducta precoços (ítem 12).

En darrer lloc, l'ítem 12: Conducta antisocial adulta (PCL:SV) es correspondria amb l'ítem 20: Versatilitat criminal (PCL-R). La Conducta antisocial adulta (ítem 12) del PCL:SV es defineix de forma genèrica i paral·lela als criteris DSM per al Trastorn antisocial, afegint la variabilitat, freqüència i persistència dels signes i símptomes, mentre que al PCL-R hi trobem l'ítem 12 de Versatilitat criminal i l'ítem 19: Revocació de la llibertat condicional.

Finalment, i quant a la interpretació de les puntuacions del PCL:SV, cal distingir sempre els Factors quan la fem. Per a una mateixa puntuació final, per exemple, no és el mateix que obtinguem una elevada puntuació pel Factor 2 (més proper a l'estil de vida inestable i a l'antisocialitat) que per un Factor 1 alt, relacionat amb aspectes més interpersonals i afectius, propers a un "perfil de personalitat psicopàtica", per exemple. Podem assimilar ítems (i Facetes) de les proves sorgides de la matriu inicial PCL, és a dir, el PCL-R, PCL:YV i PCL:SV. La Taula 5 mostra una comparació entre les tres proves, on podríem afirmar que, sense equiparar-los amb precisió, els ítems del PCL:SV i el PCL:R són "similars" però no "idèntics".

Taula 5: Comparació entre el PCL-R, PCL-YV (Youth Version) i PCL:SV (Hare i Newman, 2010, modificat per Cuquerella i Torrubia).

PCL-R	PCL:YV	PCL:SV
<b>F1</b>	<b>INTERPERSONAL</b>	<b>F1</b>
1. Facilitat de paraula/encant superficial 2. Sentit desmesurat de l'autovàlua 4. Mentider patològic 5. Estafador/manipulador	1. Maneig de la impressió 2. Sentit desmesurat de l'autovàlua 4. Mentira patològica 5. Manipulació per a l'obtenció de beneficis personals	1. Superficial 2. Grandiositat 3. Mentider
	<b>AFFECTIU</b>	
6. Absència de penediment o sentiment de culpa 7. Afecte superficial 8. Insensibilitat afectiva i absència d'empatia 16. Incapacitat per a acceptar la responsabilitat de les pròpies accions	6. Absència de penediment 7. Afecte superficial 8. Crueltat/manca d'empatia 16. Incapacitat per a acceptar la responsabilitat dels actes propis	4. Absència de penediment 5. Absència d'empatia 6. No acceptació de responsabilitats
<b>F2</b>		<b>F2</b>
<b>ESTIL DE VIDA</b>	<b>CONDUCTUAL</b>	<b>ESTIL DE VIDA</b>
3. Necessitat d'estimulació/tendència a l'avorriment 9. Estil de vida parasitari 13. Absència d'objectius realistes a llarg termini 14. Impulsivitat 15. Irresponsabilitat	3. Cerca de sensacions 9. Orientació parasitària 13. Absència d'objectius 14. Impulsivitat 15. Irresponsabilitat	7. Impulsivitat 9. Absència d'objectius 7. Impulsivitat 10. Irresponsabilitat
	<b>ANTISOCIAL</b>	
10. Pobre autocontrol de la conducta 12. Problemes de conducta en la infància 18. Delinqüència juvenil 19. Revocació de la llibertat condicional 20. Versatilitat criminal	10. Pobre control de la ira 12. Problemes de conducta precoços 18. Conducta delictiva greu 19. Trencaments de la llibertat condicional 20. Versatilitat criminal	8. Pobre autocontrol conducta 11. Conducta antisocial adolescent 12. Conducta antisocial adulta
11. Conducta sexual promísdua 17. Freqüents relacions maritals de curta durada	Ítem 11: Conducta sexual impersonal Ítem 17 Relacions interpersonals inestables	

### 1.6.2.3. Propietats psicomètriques del PCL:SV (Manual). Fiabilitat i validesa

(a) Mostra

La mostra original (Hart, Cox i Hare, 1995) estava formada per 586 persones, repartides en 11 submostres formades per reclusos de centres penitenciaris, estudiants universitaris, i pacients psiquiàtrics de jurisdicció civil (forensic/non-psychiatric, forensic/psychiatric, civil/psychiatric i non-criminal/non-psychiatric, respectivament).

(b) Fiabilitat (PCL:SV)

Pel que fa a la homogeneïtat d'ítems, independent del nombre d'ítems, es va calcular la mitjana de correlacions inter-ítem. La mitjana ponderada d'aquest estadístic per al total d'ítems fou de 0,32, elevada. La mitjana ponderada de correlacions inter-ítem per als ítems del Factor 1 (Part1) va ser 0,42 i la corresponent al Factor 2 va ser de 0,35 per

En relació a la fiabilitat entre avaluadors ítem a ítem els coeficients de correlació de cada ítem, ponderats per totes les mostres, oscil·laren entre 0,50 i 0,79, essent la mitjana ponderada de correlacions de tots els ítems  $r = 0,61$ . La mitjana ponderada de correlacions ítem-Total corregides fou acceptable, amb cap valor per sota de 0,40. Per Factors, la mitjana ponderada de correlacions ítem-Total fou de  $r = 0,59$  i  $r = 0,52$  pels Factors 1 i 2 (PCL:SV) respectivament i  $r = 0,53$  per la Puntuació total.

Pel que fa a la fiabilitat entre avaluadors de la Puntuació total i de les puntuacions en el Factor 1 i en el Factor 2, el Manual descriu els coeficients de correlació intraclasse (CCI per puntuacions individuals -CCI1- i per puntuacions promig -CCI2). La mitjana ponderada d'ICC1 fou de 0,84 per a la Puntuació total, de 0,77 pel Factor 1 i de 0,82 pel Factor 2. La mitjana ponderada d'ICC2 fou de 0,92 per a la Puntuació total, de 0,88 per al Factor 1 i de 0,91 pel Factor 2.

La fiabilitat de consistència interna (alfa de Cronbach) en les diverses mostres oscil·laren entre 0,69 i 0,91 per a la Puntuació total, essent la mitjana ponderada de 0,84. Pel Factor 1 les alfas oscil·laren entre 0,58 i 0,89, essent la mitjana ponderada de 0,81, i pel Factor 2: les alfa oscil·laren entre 0,52 i 0,84, essent 0,75 la mitjana ponderada.

L'error estàndard de mesura per les Puntuacions totals al Manual (1995) mostrava uns valors que oscil·laven entre les diferents mostres amb un rang d'entre 1,34 (individus no-delinquents/no-psiquiàtrics) i 1,92 (individus psiquiàtrics civils).

(c) Validesa

En relació a la validesa de constructe, l'estructura bifactorial del PCL:SV (Manual) fou descrita com el millor model confirmatori, fins i tot tenint en compte variables com el gènere. La correlació ponderada entre els dos Factors del PCL:SV al Manual fou de 0,53, superior a la trobada amb el PCL-R (Hare, 1991, 2003) amb un rang entre 0,14 i 0,73, en funció de les mostres.

Al Manual, la validesa concurrent es va estudiar amb la correlació entre els Factors i Puntuació total entre el PCL:SV i el PCL-R. La mitjana ponderada de correlacions amb el PCL-R era: 0,80 en Puntuació total, amb un rang d'entre 0,55-0,84. Entre Factors, el Factor 1 (PCL:SV) correlacionava un 0,68 amb el Factor 1 (PCL-R), i els respectius Factor 2 (PCL:SV, PCL-R): 0,81. Les correlacions creuades Factor 1/Factor 2 (SV/R): 0,48 i 0,40 respectivament.

La validesa concurrent també es va estudiar cercant correlacions amb escales que avauen el trastorn antisocial de la personalitat (DSM-III-R; APA, 1987) amb una mitjana de correlacions per a la Puntuació total de 0,70 i un rang: 0,52 i 0,85. Amb la Part 1, les correlacions significatives oscil·laven entre 0,46\*\* i 0,73\*\*, amb una mitjana de 0,49; Amb la Part 2, totes les mostres eren significatives i oscil·laven entre 0,56\*\* i 0,75\*\*, amb una mitjana de 0,72. També es van cercar correlacions de validesa concurrent amb la CPI (*California Psychological Inventory*), *Self-Report Psychopathy Scale* (SRPS) i el MCMI-II, escala Antisocial (6A), amb una mitjana de correlacions que fou moderada a bona en magnitud. Per cada prova, amb l'escala de Socialització del CPI, la correlació de l'ítem era significativa amb la mostra 10, pel que fa a la Puntuació total (-0,47\*\*), Part 1 del PCL:SV (-0,27\*) i Part 2 (-0,59\*\*). Amb l'escala SRP, les mostres 2, 4, 10 i 11 correlacionaven significativament: amb la Puntuació total del PCL:SV amb un rang d'entre 0,53\*\* i 0,69\*\*, amb la Part 1 amb un rang d'entre 0,41\* i 0,48\*\*, i amb la Part 2 amb un rang d'entre 0,48\*\* i 0,70\*\*. Finalment, amb l'escala d'Antisocialitat del MCMI-II, les correlacions amb la Puntuació total, Part 1 i Part 2 eren de 0,68\*\*, 0,53\*\* i 0,67\*\* respectivament.

L'estudi de la validesa convergent es va fer amb proves relatives a diversos trastorns de personalitat. Així, al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) es va cercar les associacions amb els diferents trastorns de personalitat (amb l'instrument: *Personality Disorder Examination*, de Loranger) obtenint-se correlacions significatives de la puntuació Total, Factor 1 i Factor 2 de PCL:SV, amb els trastorns antisocial (0,74\*\*, 0,46\*\* i 0,83\*\* respectivament), amb el trastorn histriònic (0,45\*\*, 0,45\* i 0,36\* respectivament), amb el

trastorn narcisista (0,58\*\*, 0,63\*\* i 0,41\* respectivament) i finalment amb el trastorn límit, correlacions que eren significatives amb la Puntuació Total del PCL:SV (0,48\*\*) i amb el Factor 2 (0,59\*\*).

També van cercar validesa convergent utilitzant algunes escales del MCMI-II, el *Revised Interpersonal Adjective Scales, Big Five Version* (IAS-R B5), així com mesures d'addicció a l'alcohol i a drogues (*Michigan Alcoholism Screening Test, MAST; Drug Abuse Screening Test, DAST*) amb correlacions elevades. Les correlacions significatives amb les escales Histriònica, Narcisista i Agressiu-Sàdica d'una banda, i amb la Puntuació total, amb la Part 1 i amb la Part 2 d'una altra, eren 0,44\*\*, 0,48\*\* i 0,30\* (Histriònica), 0,68\*\*, 0,53\*\* i 0,67\*\* (Narcisista) i 0,44\*\*, 0,50\*\* i 0,29\* (Agressiu-Sàdica), i amb altres escales com la Passiu-Agressiva, Esquizotípica, Límit i Paranoide d'una banda, amb la Puntuació total, amb la Part 1 i amb la Part 2, que eren 0,48\*\*, 0,43\*\* i 0,42\*\* (Passiu-Agressiva), 0,50\*\*, 0,32\*\* i 0,55\*\* (Esquizotípica), 0,45\*\*, 0,34\*\* i 0,46\*\* (Límit) i 0,40\*, 0,39\* i 0,33\* (Paranoide). Finalment, l'escala Autodestructiva correlacionava positivament amb la Puntuació total (0,28\*) i amb la Part 2 (0,37\*).

La validesa discriminant al Manual (1995) es va cercar amb autoinformes de depressió (*Beck Depression Inventory*) i ansietat estat/tret (*State-Trait Anxiety Inventory*), sense cap correlació com s'havia hipotetitzat, validant doncs la independència del constructe psicopatia respecte a aquestes variables. Amb edat i sexe, a les mostres del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) les Puntuacions totals ns'associaven de forma significativa amb l'edat a la mostra 2 (Penal provincial) amb una correlació negativa de -0,37\*, amb el gènere a les mostres psiquiàtriques i civils núm. 6, 7 i 8, amb correlacions negatives de -0,43\*\*, -0,35\* i -0,27\*\* respectivament, i amb les motres 10 i 11 (no criminals ni psiquiàtriques) amb correlacions negatives de -0,39\*\* i -0,33 respectivament.

Amb la variable Grups ètnics el Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) no obté cap correlació ni per la Puntuació total ni per la Part 1 o la Part 2.

#### 1.6.2.4. Altres estudis de fiabilitat i validesa

##### (a) Fiabilitat interavaluadors (PCL:SV)

Malterer et al (2010) obtenen una *Intraclass Correlation* (ICC) per la Puntuació Total, per Factor 1 i per Factor 2 (PCL:SV) de 0,90, 0,80 i 0,93, respectivament.

(b) Validesa estructural (PCL:SV; PCL-R; PCL:YV)

Neumann et al. (2007) descriuen estructuralment un superfactor o factor supraordinal, que associaria les quatre facetes (Interpersonal, Afectiu, Estil de vida i Antisocial) relacionades amb el constructe multifacetari psicopatia. Els quatre factors principals, de primer ordre, s'estructurarien llavors al voltant d'un factor cohesiu de segon ordre, ja postulat en estudis anteriors (Rogers et al., 2000).

L'anàlisi factorial exploratòria (AFE) del PCL:SV (Hill et al. (2004) prediu, amb aquests 4 "Factors", el 31% de la variància en agressió d'interns, a sis mesos vista.

Tot i haver-se proposat, a banda del model bifactorial de Hart, Cox i Hare (1995) un model trifactorial revisat, diversos autors afirmen que aquell es mostra menys predictor de violència que el bifactorial. Així, en aquest model (bifactorial) una part significativa de la variància en la predicció estava basada en índexs no específics de criminalitat, dependents del Factor antisocial (Skeem et al., 2003). En una mostra de pacients psiquiàtrics Boduszek, Dhingra, Hyland i Debowska (2015) conclouen, després d'examinar els diversos models factorials proposats, que és el bifactorial (com al Manual) el que millor explicava els dotze ítems del PCL:SV, amb sis ítems per factor, acompanyats de quatre factors subordinats (Facetes), quan s'avalua la dimensionalitat del constructe psicopatia. Skeem et al. (2003), pel PCL:SV, obtenen com a més plausible el model trifactorial de Cooke i Michie (sense el Factor antisocial), en relació al model bifactorial (Hare). Els autors, d'acord amb els postulats de la teoria de Cooke i Michie, consideren la fredor emocional com un factor més important que la Faceta Antisocial. D'acord amb la teoria de Resposta a l'Ítem, el Factor emocional seria més específic i precís en definir el constructe de la psicopatia, o més discriminant amb elevades puntuacions del tret, fins i tot per a predir violència.

També en una mostra iraniana (Shariat et al., 2010) el model jeràrquic trifactorial es va mostrar com el més coherent.

Hare i Newman (2010; Newman et al., 2005) sí consideren el Factor antisocial com una part nuclear i no una conseqüència dins el constructe psicopatia. Els quals consideren que l'anàlisi factorial descriu un constructe robust, amb implicacions en justícia criminal, neurociències, psicopatologia del desenvolupament, genètica de la conducta i la teoria general de la personalitat. Així, el PCL:SV Total correlaciona de



forma moderada amb increments del Factor 2 (o Factor antisocial) (Leitisco et al., 2008). També la Faceta Antisocial (Faceta 4) és més predictiva, pel que fa a la reincidència, que la Faceta d'Estil de vida (Faceta 3) (Walters et al., 2008).

Žukauskienė et al. (2010) en una mostra lituana, obtenen amb el PCL:SV resultats similars a l'anàlisi factorial confirmatòria (model tetrafactorial i model bifactorial).

Podem relacionar també la validesa estructural del PCL:SV amb la d'altres proves, com la seva matriu PCL-R i el PCL:YV. Guy i Douglas (2006) d'acord amb la relació entre el PCL:SV i la seva matriu, el PCL-R, estudia la correlació d'ambdues en dues mostres d'homes, una de 175 homes (mostra forense) i una de 188 homes ja penats, on avaluen la potencialitat dels dos models (tetra/bifactorial) pel PCL:SV. Les correlacions entre PCL:SV i PCL-R per a les mostres forense i penats foren molt elevades. Pel PCL:SV, la sensibilitat i especificitat per al punt de tall de 18, eren del 90% i 89%, amb Poder Predictiu Positiu i Poder Predictiu negatiu de 0,53 i 0,99 respectivament. Conclouen la similar validesa predictiva dels models trifactorial i bifactorial, (a) requerint estudis amb investigadors diferents pel PCL-R i per al PCL:SV, confirmant (b) la validesa i fiabilitat del PCL:SV com a instrument de garbellat de la matriu PCL-R, per les seves robustes i comunes propietats psicomètriques i (c) reafirmant amb correlacions de 0,42 i 0,37 la validesa predictiva amb mesures de recidives violentes del PCL-R i PCL:SV, respectivament.

La discussió entre la nuclearitat o no de la antisocialitat, dins el model bifactorial de Hare (Hare, 2003; Neumann et al., 2005; Rogers et al., 2000) o del model jeràrquic trifactorial de Cooke i Michie (Cooke i Michie 2001; Skeem i Cooke, 2010) encara resta latent. El factor d'ajust global fou millor amb el model de 4 Factors pel PCL:SV amb el major percentatge de variància explicada (31%) (Hill et al., 2004). Aquesta darrera, la Faceta Antisocial, és la que prediu amb més validesa, comportaments delictius futurs (Walters et al, 2008). No obstant això, el model trifactorial de Cooke i Michie rebutja la conducta criminal (Faceta Antisocial) com a "nuclear" dins el constructe de psicopatia, diferenciant ambdós constructes, especialment en l'anàlisi de Trastorns Greus i Perillosos de Personalitat (DSPD, en anglès)(Cooke et al., 2007).

D'acord amb metanàlisi fets per Hare i Newmann, Patrick, o Cooke i Michie entre d'altres, del PCL-R, s'albira des de fa anys una diferència profunda en l'àmbit científic, d'una banda entre un únic factor supraordinal, que inclouria la estructura bifactorial i quatre Facetes de Hare, i una estructura bifactorial (Patrick, Hicks, Nichol i Krueger,

2007) amb dos factors independents, o d'altra banda, una estructura trifactorial (Cooke i Michie, 2001). Cooke i Michie no consideren "essencial" per a definir el constructe psicopatia la antisocialitat-criminalitat associada, sinó un factor comòrbid o conseqüent al perfil de personalitat i conductual, establint un model de tres factors on es contempla un Factor dividit en dos factors, separats: "estil interpersonal arrogant i falsari" (Encant superficial, Grandiositat, Mentider-manipulador) i "deficient experiència afectiva" (Afecte superficial, Absència d'empatia, Manca de penediment, No acceptació de responsabilitats); El tercer Factor, Estil Conductual Impulsiu i Irresponsable compren alguns ítems del Factor 2 original (Necessitat d'estimulació, Impulsivitat, Irresponsabilitat, Estil de vida parasitari i Absència d'objectius realistes). No inclou set ítems del PCL-R original.

Cooke i Michie afirmen que "definir el constructe" no implica "definir la mesura que l'avalua", considerant que psicopatia i antisocialitat "són entitats separades [...] relacionades sí, però no-dependents" (Skeem i Cooke, 2010a; 2010b).

Skeem et al. (2003) associen una capacitat predictiva de violència similar entre el model trifactorial revisat versus el bifactorial i tetrafactorial de Hare (2003).

Patrick et al (2007) postulen un model bifactorial (PCL-R) on, reconeixent el Factor supraordinal (Walters et al., 2007), afirmen que el model de dos Factors explicaria millor el constructe psicopatia, amb un Factor General, i un segon Factor que inclouria globalment l'Estil de vida i el perfil Antisocial. Aquest Model pretén explicar els ítems inclosos al model trifactorial (13), els 18 del model tetrafactorial (Hare, 2003), i la graella de 20 ítems del PCL-R. De fet, Patrick obté les correlacions (i regressions Beta) entre la Desinhibició, l'Astúcia i la Maldat, amb les quatre Facetes PCL-R (Patrick, 2010).

D'altres instruments relacionats, com el PCL:YV (2003) oscil·len com una frontissa entre un model de tres o quatre Factors, d'acord amb el paradigma jeràrquic trifactorial de Cooke i Michie, o al model tetrafactorial (Hare, 2003) segons alguns autors (Jones et al., 2006).

(c) Validesa convergent i discriminant (PCL:SV)

A l'estudi de Rigazio (2006) paradoxalment, el nivell socioeconòmic i el Factor 1 del PCL:SV correlacionen positivament (0,4\*), així com el Nivell educatiu i el Factor 2 (0,45\*) o el Nivell socioeconòmic i el Factor 1 (0,38\*).

En relació a la intel·ligència i el PCL:SV, podem concloure que la relació és complexa, de tal manera que diferents estudis (DeLisi et al, 2010; Heinzen, Köhler, Godt, Geiger i Huchzermeier, 2011; Newmann i Hare, 2008; Salekin et al, 2004; Vitacco, Neumann i Bodushek, 2008) hi trobem normalment correlacions positives entre intel·ligència i Factor 1, i negatives amb el Factor 2. Tampoc sembla estar associada la intel·ligència amb les tipologies primària i secundària de la psicopatia (Bate, Boduszek, Dhingra i Bale, 2014, si bé l'elevada psicopatia i la resposta anormal davant estímuls emocionals suggereixen un rol diferent de cadascun dels Factors del PCL:SV en la resposta emocional disfuncional. Mesurada la intel·ligència en una mostra psiquiàtrica, amb la *Whechsler Adult Intelligence Scale-Revised* (WAIS-R) la correlació entre aquesta i els Factors 1 i 2 del PCL:SV són negatives tot i que significatives, conclouent també que la baixa intel·ligència era predictiva de criminalitat únicament si s'associava a psicopatia (Evans, Ioannou i Hammond, 2015).

Vitacco et al. (2005) troben una correlació positiva entre la intel·ligència verbal (WAIS-R) i la Faceta interpersonal (FAC1), i correlacions negatives amb la Faceta afectiva (FAC2) i antisocial (FAC4).

En relació a les variables sociodemogràfiques i d'intel·ligència, Heilbrun (citada a Porter i Woodsworth, 2006) descriu la psicopatia, baix QI, exclusió social i història de violència, com a característica d'agressors especialment perillosos.

(d) Validesa predictiva, Predicció de risc i PCL:SV

El PCL:SV és un instrument útil per a estimar la gravetat i la versatilitat en conductes criminals greus (Pedersen, Kunz, Rasmussen i Elsass, 2010), no lleus (Nicholls et al, 2004) sent una eficaç versió reduïda del PCL-R (Cooke et al, 1999).

És també, una eina útil en la predicció de violència (Douglas, Ogloff, Nicholls i Grant, 1999) tant reactiva (Zwets et al, 2015) com instrumental, tot i que no exclusiva ni única, mantenint una correlació similar o fins i tot menor amb eines de predicció de risc que l'HCR-20. En àmbit forenses, cal la seva utilització amb cura, especialment pel que fa a la necessitat de conèixer bé l'instrument, no estigmatitzar amb la teoria de l'etiquetatge, i no establir biaixos quant a possibles eines de gestió o "tractaments" d'aquesta mena de perfil a nivell, judicial o penitenciari (Edens, 2006).

Si dividim en Facetes les dues proves (PCL-R i PCL:SV) queda clara la contribució de la Faceta d'antisocialitat en la predicció de violència i reincidència, per sobre de la Faceta d'estil de vida, sent doncs un robust predictor (Walters, Knight, Grann i Dahle, 2008), d'acord amb el caràcter nuclear dins del constructe psicopàtic que Hare atorga a aquesta Faceta.

El Factor 2 del PCL:SV s'ha mostrat més predictiu per a recaigudes delictives en general, i per a recidives en delictes violents en particular i en criminalitat sexual. D'afegitó, el Factor 2 elevat, juntament amb el Factor 1 prediuen risc elevat de violència (Walsh i Kosson, 2008) si bé no així un únic Factor 2 elevat, amb Factor 1 baix, que identificaria un factor protector, segons postulen els autors, davant "l'antisocialitat impulsiva".

En qualsevol cas, la predicció és major si el termini de la conducta violenta y antisocial és curt (Leitisco, Salekin, DeCoster i Rogers, 2008).

En una mostra psiquiàtrica no forense, Edens, Skeem i Douglas (2006) reforcen la validesa del PCL:SV quan s'utilitza conjuntament amb un instrument de predicció de risc com el *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG). Específicament, i en delictes especialment violents, el patró instrumental (80% mostra: Laurell, Belfrage i Hellström, 2010) l'associen aquests autors, a la Faceta interpersonal o Faceta 1 (FAC1) del PCL:SV. L'HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves i Hart, 1997) i el PCL:SV, pels diferents espectres i intensitats d'avaluació i de predicció també són més útils, utilitzats conjuntament (Arbach-Lucioni i Andrés-Pueyo, 2007).

#### 1.6.2.5. Estandardització del PCL:SV als diferents països

(a) En l'àmbit europeu, obtenim les següents dades psicomètriques:

##### SUÈCIA

Pel que fa a aspectes d'estandardització en mostres culturals semblants (europees) a una mostra sueca de validació (Douglas et al, 2005; veure annex) del PCL:SV (n=560, homes i dones) les puntuacions mitjanes en homes (H) foren superiors a les dones (D) al Factor 1 i a la Puntuació total, i no al Factor 2. La mitjana d'edat (DE) era 36,11 ( $\pm 10,49$ ), i respecte a les puntuacions PCL:SV Total, Factor 1 i Factor 2: 12,91 ( $\pm 5,95$ ), 6,30 ( $\pm 3,44$ ) i 6,62 ( $\pm 3,47$ ) respectivament. L'alfa de Cronbach era de 0,95, amb una fiabilitat Inter

avaluadors de 0,81 (W de Kendall. Amb algunes excepcions, la Puntuació total correlacionava significativament amb agressió a tercers, mesura del risc de violència, abús de substàncies, trastorn de personalitat (correlació positiva) i amb psicosi (correlació negativa). També el Factor 2 correlacionava amb l'ítem qualsevol agressió amb un tamany moderat per sobre del PCL:SV Total, i amb correlacions molt baixes o no significatives respecte al Factor 1.

## DINAMARCA

A una mostra danesa (Pedersen, Kunz, Rasmussen i Elsass 2010) la mitjana d'edat i DE dels 96 pacients psiquiàtrics, era  $36 \pm 9,1$  (rang 19-62), amb una mitjana (DE) de puntuació de PCL:SV Total, Factor 1 i Factor 2:  $14,19 (\pm 5,12)$ ,  $6,45 (\pm 2,75)$  i  $7,74 (\pm 2,77)$  respectivament, pràcticament igual a la mostra sueca (Douglas et al, 2005). El 63% tenien una puntuació total PCL:SV superior a 12 dies, fet que s'associava a una probabilitat x4 de reincidència, amb un 53% de noves condemnes per delictes violents. Andersen et al. (1999) objectiven un 6% de psicopatia a una mostra també danesa de 178 presos preventius.

Pedersen et al, (2010) en una mostra de pacients psiquiàtrics forenses (n=149) van obtenir una mitjana ( $\pm$ DE):  $14,19 \pm 5,0$  i una fiabilitat Inter avaluadors (CCI1) per PCL:SV Total, Factor 1 i Factor 2: 0,82, 0,80 i 0,85. També van obtenir una correlació positiva amb l'índex de sentències prèvies en aquells amb  $PCL:SV > 12$ , i també ho era la reincidència en condemnes per delictes violents (53%).

La correlació amb l'índex de sentències prèvies era positiva (11,9) en aquells amb  $PCL:SV > 12$  (4,7 en puntuadors baixos), i també ho era la reincidència en condemnes per delictes violents (53%). A Dinamarca (Pedersen et al, 2010),

## LITUÀNIA

També es va obtenir una estandardització d'una mostra penitenciària bàltica, lituana concretament (Žukauskienė, Laurinavičius i Čėsniėnė, 2010) descriu una mitjana de 14,59 (DE:  $\pm 5,12$ ), amb una prevalença del 34,6% de psicopatia (punt de tall= 18). Per factors, les mitjanes (DE) eren per Factor 1:  $6,76 \pm 3,03$ , Factor 2:  $7,82 \pm 2,79$ , amb alfas de Cronbach de 0,81 i 0,78 respectivament, i per Facetes, les mitjanes (DE) i correlacions inter-ítem: FAC1:  $2,99 \pm 1,75$  i 0,46; FAC2:  $3,80 \pm 1,77$  i 0,62; FAC3:  $3,68 \pm 1,59$  i 0,39; FAC4:  $4,45 \pm 1,49$  i 0,36, amb alfas respectives de 0,72 (FAC1), 0,83 (FAC2), 0,39 (FAC3) i 0,36

(FAC4).

També hi trobem correlacions negatives entre PCL:SV Total amb Edat del primer contacte amb la policia ( $r: -0,31^{**}$ ), Edat a la primera condemna ( $r: -0,23^{**}$ ), Anys d'educació ( $r: -0,16^*$ ) i amb correlacions positives amb Tractament psiquiàtric ( $r: 0,13^*$ ),. Elevades puntuacions del PCL:SV Total correlacionaven amb Nombre total de condemnes ( $r: -0,26^{**}$ ), Nombre de delictes violents ( $r: -0,22^{**}$ ), Total de temps en centre d'internament ( $r: 0,20^{**}$ ), i Nombre de treballs estables ( $r: -0,20^{**}$ ).

## BULGÀRIA

A Bulgària, Wilson, Abramowitz, Vasilev, Bozgunov i Vassilieva (2014) recorden la possibilitat d'establir un punt de tall diferent al de les mostres Nord americanes (PCL:SV >18) i proposen el llindar de 14 per evitar sobredimensionar el constructe a entorns com Suècia o Noruega. A la mostra búlgara, la mitjana i del PCL:SV Total, Factor 1 i Factor 2 foren:  $9,2 \pm 5,4$ ,  $3,7 \pm 2,6$  i  $5,5 \pm 3,3$  respectivament, i amb un punt de tall de 18, la prevalença del constructe psicopatia era del 7%, mentre que amb 14 com a llindar per Europeus, era del 24%.

També Wilson i cols. descriuen alfas de Cronbach/correlacions Ítem-Total (consistència interna) per facetes: 0,34/0,21 (FAC1), 0,67/0,48 (FAC2), 0,61/0,42 (FAC3) i 0,77/0,61 (FAC4) respectivament. Les fiabilitats Inter avaluadors (CCI) pel PCL:SV Total, Factor 1 i Factor 2 eren: 0,96, 0,93 i 0,81 respectivament. Finalment, i en relació a la validesa estructural, també Wilson et al descriuen el model tetrafactorial com el que millor ajustament aconseguia, si bé el model bifactorial mostrava millor consistència interna.

## SUISSA

La validació en població suïssa (Endrass, Rossegger, Frischknecht, Noll, i Urbaniok, 2008) obtenia una edat mitjana a la mostra ( $n=114$ ) de  $35,3 \pm 8,9$ , amb aproximadament un 50% d'homicides. També el PCL:SV Total correlacionava amb la Agresión verbal, predient la seva ocurrencia, si bé en general va mostrar un baix grau de predicció de conductes agressives entre interns.

## ALEMANYA

A la mostra alemanya (Huchzermeier, Bruß, Geiger, Kernbichler i Aldenhoff, 2008) van estudiar la validesa predictiva en una mostra de 48 subjectes, dels quals el PCL:SV era significativa (high scorers) al 20,8% (10/48) i un 18,75% (9/48) puntuava baix en psicopatia (low scorers: PCL:SV < 12), de tal manera que el grau de psicopatia era proporcional al grau d'incidents presentats durant el període d'estudi. Igualment, a Alemanya, la prevalença (per sobre del punt de tall significatiu: 18/24) en un grup de 48 (delinqüents i agressors amb trastorn mental) s'estableix en un 18-19% (mostra penitenciària i psiquiàtrica, respectivament) amb una significativa capacitat predictiva del PCL:SV Total pel que fa al comportament intracondemna o de la mesura aplicada.

Sabem que alts índex de psicopatia preveuen un major nombre de faltes greus i molt greus a interns penitenciaris (Huchzermeier et al, 2008). D'una forma exploratòria, i pel que fa també a la psicopatia clínica (PCL:SV $\geq$ 18) vam obtenir resultats significatius a la mostra de la nostra Tesi entre l'ítem Grau de psicopatia i les variables: *Edat de primera detenció*, *Edat 1r ingrés a presó*, *Índex de delictes/temps en llibertat*, *Índex de delictes violents* i *Índex trencament de condemna*.

#### REGNE UNIT

A Gran Bretanya (en concret, a Anglaterra, Gales i Escòcia) en una mostra de 638 subjectes d'àmbit comunitari (no forense, no psiquiàtrica) es va descriure una prevalença del 0,6% (95%, CI: 0.2-1.6) amb un punt de tall de 13/24 al PCL:SV (Coid et al, 2009) i entre 4-7% a una mostra de penats (Cooke et al, 2005).

També podem comparar les dades d'entorns culturals com el canadenc o el sud-americà.

Fora de la descripció dels Kungaleta, dins de la població Inuit d'Alaska, que la antropòloga Dra. Murphy va descriure (1976) hi trobem un estudi canadenc (Toupin, Basque, Côté, i Deshaies, 2008) amb un punt de tall de 18, es descriuen alfas de Cronbach per PC:SV Total: 0,84, Factor 1: 0,80 i Factor 2: 0,87 per una n=48, amb edat mitjana: 17,6 $\pm$ 1,2 i puntuacions a PCL:SV Total, Factor 1 i Factor 2: 9,2 $\pm$ 4,8, 3,9 $\pm$ 2,3, i 5,4 $\pm$ 3,2 respectivament. La correlació inter-Ítem (consistència interna): 0,28, amb una fiabilitat interjutges (simple/promig) per PCL:SV Total, Factor 1 i Factor 2: 0,88/0,96, 0,80/0,92 i 0,83/0,94 respectivament, amb acord Kappa: 0,50.

En una mostra de 144 interns penats, en població mexicana (Ostrosky-Solís, Ruiz Ortega,

Arias García i Vázquez Vera, 2008) es descriuen uns estadístics descriptius (i una estructura bifactorial) amb el PCL-R similars als de la població espanyola, també amb el PCL-R (Chico, 1993; Chico i Tous, 2003; Moltó, Poy i Torrubia, 2000). León-Mayer (2012) obté una correlació de  $r=0,87$  ( $p < 0,001$ ) entre PCL:SV i PCL-R, amb una validesa concurrent doncs, elevada. La correlació entre les facetes 1 i 2 (PCL-R) amb la part 1 (PCL:SV) és  $r: 0,85$  ( $p < 0,001$ ) i entre les facetes 3 i 4 (PCL-R) i el Factor 1 (PCL:SV):  $0,30^*$  ( $p < 0,05$ ). Les facetes 3 i 4 PCL-R correlacionaven amb Factor 2 (PCL:SV)  $r: 0,44^{***}$  i  $r: 0,88^{***}$  ( $p < 0,001$ ).

Pel que fa a la fiabilitat (consistència interna), a la mostra de León-Mayer (2012) pel que fa al PCL:SV aporta una alfa de Cronbach de 0,80, amb alfes per Factor 1 i Factor 2: 0,79 i 0,70, amb elevada congruència interna doncs.

En relació a la prevalença de psicopatia clínicament significativa (PCL:SV > 18) entre membres de bandes delictives, Valdez, Kaplan i Codina (2000) troben una baixa prevalença de subjectes, concretament un 4% dels seus membres (població americana mexicana), postulant una influència ambiental (subcultura criminal) reforçadora de conductes de recompensa, sense trastorns de personalitat associats.

(b) En mostres culturals de l'orient i de les antípodes, hi podem trobar les següents dades de validació.

## IRÁN

En estudi iranià (Mohammad et al, 2006) es va fer una avaluació de forma voluntària en condemnats que complien sentència de presó ( $n=351$ ) amb aproximadament un 25% de prevalença de psicopatia clínicament significativa (PCL:SV>18) dels quals el 98,8% mostraven trastorns de l'eix I (DSM-IV) especialment abús de substàncies (78%) i trastorns de l'estat d'ànim (48,7%).

## AUSTRÀLIA i NOVA ZELANDA

En l'àmbit cultural de les antípodes, a la mostra penitenciària australiana de Hugues, Stout i Dolan (2013) les mitjanes (i DE) del individu per PCL:SV Total, Factor 1, Factor 2 i Facetes foren:  $12 \pm 4,86$ ,  $5,27 \pm 3,40$ ,  $6,69 \pm 3,04$ , i per Facetes:  $2,48 \pm 2,04$  (FAC1),  $2,79 \pm 1,81$  (FAC2),  $2,77 \pm 1,48$  (FAC3) i  $3,92 \pm 1,90$  (FAC4). La mostra australiana (Hugues, Stout i Dolan, 2013) descriu alfes per PCL:SV Total: 0,75, Factor 1: 0,81 i per Factor 2: 0,72.



Wilson (2003) en una mostra neozelandesa de 199 criminals, obté una prevalença de psicopatia (PCL:SV $\geq$ 18) del 34%. A les dues submostres (A-B) descriu un rang de mitjana (i DE) per PCL:SV Total, Factor 1 i Factor 2: 12,1 $\pm$ 6,4-18, 4 $\pm$ 4,4, 6,1 $\pm$ 3,5, 8,8 $\pm$ 2,6, i 5,9 $\pm$ 3,6-9, 4 $\pm$ 2,6 respectivament. Proposa un punt de tall de 16 per a una òptima AUC (0,83), per tal de predir recidives, tot i no considerar-se el llindar de psicopatia clínicament significativa. També a la mostra neozelandesa (Wilson, 2003) les alfas de Cronbach de la puntuació PCL:SV total i a Factor 1-Factor 2, eren superiors a 0,80, i l'error estàndard de mesura fou de 2,30, cinc dècimes superior a la del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995).

### 1.6.3. Mesures relacionades amb PCL-R/PCL:SV

Hem parlat doncs del PCL (1990) i els seus derivats, és a dir, del PCL-R (Hare, 1991; 2003) i el PCL:SV (Hart, Cox i Hare, 1995). Per tal d'esquematzar les escales, autoinformes i instruments directament relacionats amb el PCL, els seus ítems, Factors o facetes, i en general el constructe de la psicopatia, proposem la Taula 6, de Patrick et al. (2009) i modificada per Cuquerella i Torrubia (2016). S'ha dividit la Taula 6 amb les dicotomies edat adulta i edat infantil-juvenil, instruments per a població civil-població penitenciària, incloent un apartat adreçat a la psicopatia i les organitzacions.

D'acord amb la Taula 6, on s'expliquen els paral·lelismes (aproximat) entre aquestes eines diagnòstiques, ens referirem també al *Psychopathy Checklist: Youth Version* (PCL:YV) de Forth, Kosson i Hare, aparegut l'any 2003. Aquesta versió descriu igual, com a les versions del PCL-R i el PCL:SV, una Faceta Interpersonal (Faceta 1), una Afectiva (Faceta 2), una d'Estil de Vida (Faceta 3) i la Faceta 4, Antisocial.

Un altre instrument que avalua psicopatia és el *Psychopathic Personality Inventory* (PPI, 1990) de Lilienfeld i Andrews amb les seves versions PPI-S (Lilienfeld i Andrews, 1996) i *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R, Lilienfeld i Widows, 2005). És una mesura auto informada de 187 ítems (la versió revisada: 154, i la reduïda: 56). La PPI-R mostra una estructura bifactorial similar a la presentada pel PCL-R (Salvador, 2014).

L'escala *Levenson's Self-Report Psychopathy Scale* (LSRP) o Escala Auto Informada de Psicopatia de Levenson (Levenson et al., 1995). La LSRP, es una mesura de 26 ítems que avalua psicopatia en mostres no institucionalitzades, amb dues puntuacions parcials i una total.

La *Self-Reported Psychopathy Scale* (SRP) o Escala Auto informada de Psicopatia de Hare (SRP-I, Hare, 1985; SRP-II, Hare, Harpur, y Hemphill, 1989; Hare, 1990; SRP-III, Paulhus, Neumann i Hare, en premsa) ha tingut tres versions com veiem, i discrimina bé grups amb alta o baixa psicopatia.

La tercera i darrera versió (SRP-III) consta de 64 ítems. La *Antisocial Process Screening Device* (APSD; Frick i Hare, 2001) és una eina elaborada per a ser utilitzada en nens/as de 6-13 anys, amb 20 ítems basats en el PCL-R (Hare, 1991), i que s'estructura en dos Factors: la impulsivitat i els problemes de conducta (incloent la grandiositat i la dificultat per a acceptar la responsabilitat) i un segon que inclouria la duresa i insensibilitat afectiva. S'aplica en nens/nas que han mostrat trastorns de conducta (Salvador, 2014).

El CPS o Child Psychopathy Scale (Lynam, 1997) té una versió recent, la mCPS o versió modificada (modified-Child Psychopathy Scale; Lynam i Gudonis, 2005) que deriva originàriament del PCL-R i que en la versió per als pares tindria 55 ítems, que es classificarien en 11 dimensions "limitades" associat al trastorns de conducta. L'absència d'aquestes emocions prosocials s'associaria amb el "rovell de l'ou" afectiu de la psicopatia, és a dir, amb el nucli de duresa i insensibilitat afectiva o trets CU (callousness and unemotional traits).

Més actuals serien el TriPM (Patrick, 2010) i el CAPE 1.1. (Frick, 2013). El TriPM o Triarchic Psychopathy Measure de Patrick, compta amb tres escales: Desinhibició, Audàcia i Maldat, amb 20, 19 i 19 ítems cadascuna respectivament (Patrick, 2010). L'astúcia sembla que contribueix a incrementar, per sobre de la Desinhibició i la Maldat, la predicció de psicopatia del PCL-R, concretament en allò referit al component interpersonal, cosa que no succeeix amb el trastorn antisocial de la personalitat (Venables, Hall i Patrick, 2014; Wall, Wygant i Sellbom, 2015). Tal i com ja s'ha esmentat anteriorment, el genotipus Temperament difícil seria comú a la Desinhibició i a la Maldat, i el genotipus d'Escassa por, comuna als fenotipus Maldat i Audàcia.

El CAPE o *Clinical Assessment of Prosocial Emotions* (avaluació clínica de les emocions prosocials) és una entrevista estructurada que mesura emocions com la empatia, el penediment, la despreocupació afectiva, la superficialitat (afectiva) o la culpa, entre d'altres, d'acord amb l'especificador del DSM-5 "emocions prosocials limitades".

Taula 6: Instruments d'avaluació del constructe psicopàtic (Patrick, Fowles i Krueger, 2009, modificada per Cuquerella i Torrubia, 2016).

AVALUACIÓ PERFIL PSICOPÀTIC						
	MOSTRA	INVENTARI		AVALLIADOR	TOTAL ÍTEMS	FACETES/FACTORS AVALUATS
ADULTS	Delinqüents	Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)	Hare (1991; 2003)	Entrevistador/a	20	Interpersonal Afectiva Estil de vida Antisocial
		Triarchic Psychopathy Measure (TriPM)	Patrick (2010)	Autoinforme	58	Desinhibició Audàcia Maldat
	No delinqüents	Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R)	Lilienfeld i Widows (1996; 2005)	Autoinforme	154	Afectiu-Interpersonal Alteració conductual
		Psychopathic Personality Inventory-Short Form (PPI-SF)	Lilienfeld & Hess (2001)		56	
	Mostres forenses i no forenses	Clinical Assessment of Prosocial Emotions (CAPE)	Frick (2013)	Versió autoinformada Versió Entrevistador/a Versió educadors/familiars	33	DSM 5: Trastorn de la conducta: Especificador "amb emocions prosocials limitades"
		Interpersonal Measure-Psychopathy (IM-P)	Kosson (1997)	Entrevistador/a	21	Factor interpersonal (psicopàtia)
		Psychopathy Checklist: screening Version (PCL:SV)	Hart, Cox i Hare (1995)	Entrevistador/a	12	Interpersonal Afectiva Estil de vida Antisocial
	& Big Five	Elemental Psychopathy Assessment (EPA)	Lynam, Gaughan, Miller, Miller, Mullins-Sweatt & Widiger (2011)	Autoinforme	178	Antagonisme (6 escales) Meticulositat (3 escales) Extraversió (3 escales) Neuroticisme (6 escales)
		Elemental Psychopathy Assessment-Short Form (EPA-SF 88)	Lynam, Sherman, Samuel, Miller & Widinger (2013)		72	
	Població general	Levenson Self-Report Psychopathy (Scale) (LSRP)	Levenson, Kiehl, Fitzpatrick (1995)	Autoinforme	26	-Factor Primari (actitud insensible i manipulativa cap als demés) -Factor Secundari: Impulsivitat i estil de vida autodestructiu
Self-report Psychopathy Scale: Version III (SRP-III)		Paulhus, Newmann & Hare (2012)	Autoinforme	64	Manipulació interpersonal Afecte superficial Estil de vida erràtic Conducta antisocial	
JOVES-ADULTS	Mostres forenses i no forenses	Inventory of Callous-Unemotional (traits) (ICU)	Frick (2004)	Autoinforme	24	Fredor emocional Manca de compassió Manca d'afectivitat
JOVES	Delinqüents	Psychopathy Checklist: Young Version (PCL:YV)	Forth, Kosson & Hare (2003)	Entrevistador	18	Interpersonal Afectiu Estil de vida
		Antisocial Personality Screening Device (APSD)	Frick & Hare (2001)	Pare/Mare-Professor	20	Impulsiu/Problemes conductuals Fredor-insensibilitat
		Childhood Psychopathy Scale (CPS)	Lynam (1997)	Pare/Mare-Professor	41	Afectiu-Interpersonal Alteració conductual
		Youth Psychopathic (traits) Inventory (YPI)	Andershed, Kerr, Stattin & Levander (2002)	Autoinforme	53	Grandios-Manipulatiu Fred-Insensible Impulsiu-Irresponsable
	No delinqüents	Child Problematic Traits Inventory (CPTI)	Collins, Bijttebier, Broekaert, Andershed, (2014)	Pare/Mare-Professor	28	Grandios-Manipulatiu Fred-Insensible Impulsiu-Necessitat d'estimulació
ORGANITZACIONS	Directius/ves	Ibusiness-Scan 360 (B-scan)	Babiak, P. & Hare, R. D. (2004)	Autoinforme	113	Interpersonal Afectiva Estil de vida Antisocial

#### 1.6.4. Altres escales que avaluen trets psicopàtics-antisocials

##### 1.6.4.1. Introducció

Hare (1991) descriu cinc procediments utilitzats usualment per a diagnosticar la psicopatia: tres mesures tipus autoinforme com són el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), versió II, els autors de la qual són Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen i Kaemmer (1989), el *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI) versió III (Millon, 1987) i el *California Psychological Inventory* (CPI) de Gough i Bradley (1987), així com dues mesures clínic-conductuals com són els criteris d'antisocialitat del DSM-III-R (APA, 1987) i la pròpia PCL-R (Hare, 1991, 2003). Descriu diversos hàndicaps relacionats amb aquestes proves i el diagnòstic de psicopatia, que resumirem a continuació.

Podríem afegir com autoinforme l'*Escala de Trastorno Antisocial de la Personalidad* (ETAPA) d'Aluja (1991), amb validesa concurrent també robusta (com les escales Pd i Ma del MMPI) amb el Factor de Desviació Social i les seves facetes, del PCL-R.

##### 1.6.4.2. Autoinformes

Les proves MMPI-II i CPI podríem dir que són bons instruments en població adulta "no forense" i el MCMI-III té aplicabilitat en avaluació o tractament en institucions mentals. En concret, les escales de desviació psicopàtica (PD) i de socialització (So) del MMPI-II permeten avaluar aspectes antisocials. La fiabilitat dels criteris o del constructe de psicopatia limitada a instruments com la CPI o MMPI-2 és baixa, atesa la distinció d'aquests entre subjectes "normals" o "delinqüents" però no pel que fa a la precisió relativa al diagnòstic de psicopatia.

El MCMI-II també és una bona mesura per avaluar el component antisocial de la psicopatia (com reflexa a les puntuacions del Factor 2-PCL-R) si bé mostra un evident dèficit en captar aspectes afectius i interpersonals essencials de la psicopatia, com sí reflexa el Factor 1 (PCL-R). Les escales del MCMI-II tindrien una bona sensibilitat però una baixa eficàcia predictiva en la mostra de l'estudi (119 interns a un penal de mitjana seguretat, Vancouver, Canadà), en relació al diagnòstic clínic de la psicopatia i del trastorn antisocial de la personalitat (Hart, Forth i Hare, 1991).

D'acord amb les correlacions entre la Puntuació total (PCVL:SV; Manual, 1995) de la psicopatia i l'escala 6A o escala antisocial (MCMI-II) Hare troba a la mostra 3 (penats

federals forenses, no psiquiàtrics) una correlació de 0,68\*\* ( $p < 0,01$ ). Murrie i Cornell (2000) postulen que amb l'escala (a) tendència a l'abús de substàncies, del *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI: Millon, 1993) pot distingir el 79% de casos d'alts i baixos (pel que fa al perfil psicopàtic) en una mostra de 90 adolescents. D'afegitó, afegeix a aquest perfil la (b) rebel·lia, (c) delinqüència i (d) impulsivitat, per a poder investigar mitjançant el MACI perfils d'aquesta mena. L'escala Antisocial (6A) correlacionava clínica i psicomètricament amb el Factor 2 del PCL-R (Hart, Cox i Hare, 1991) si bé la prova MCMI-II (*Millon Clinical Multiphasic Inventory*: Millon, 1983) no correlacionava amb aspectes afectius i interpersonals.

Cap d'aquests autoinformes té en compte la variable "manipulació". Poden incloure algunes escales de validesa (MMPI-2, MCMI-III) però no de control del biaix d'estil de resposta, per exemple. La tercera variable seria l'estabilitat temporal de les mesures, de tal manera que la variable psicopatia en aquests autoinformes depèn de l'estat emocional al moment de fer l'avaluació.

Pel que fa a la validesa de contingut, els autoinformes focalitzen sovint les escales en aspectes delinqüencials o criminals, més que en variables afectives o interpersonals. No obstant això, qüestionaris com el *Gudjonsson Blame Attribution Inventory-Revised* (GBAI-R) de Gudjonsson i Singh (1989) mostren correlacions significatives entre el Factor 1 i la puntuació Total de la PCL:SV i la escala d'Atribució externa (GBAI-R) de la culpa (0,34\*\* i 0,24\* respectivament) però no entre psicopatia i els sentiments de culpa.

Les dimensions de la psicopatia podrien ser considerades variants de la personalitat normal, tal i com descriu el Model dels cinc Factors o Big Five Model (FFM) de Costa i McCrae (1990). L'antagonisme o no-amabilitat era la dimensió més robusta que correlacionava amb els 2/3 Factors que expliquen el PCL:SV (Walters et al, 2007).

S'ha desenvolupat un instrument que avalua aspectes del Big Five relacionats amb la psicopatia, anomenat *Elemental Psychopathy Assessment* (EPA) de Lynam, Gaughan, Miller, Miller, Mullins-Sweatt i Widiger (2011) amb una versió *Short Form* o abreujada (o EPA-SF 88) de Lynam, Sherman, Samuel, Miller i Widinger (2013).

#### (a) Mesures clínic-conductuals

El desenvolupament de les versions DSM ha estat clínic i d'investigació, no psicomètric, amb criteris "si/no" sense punt de tall, de tal manera que obtenim puntuacions

dimensionals a base de sumar llistats de símptomes presents. No hi ha doncs, criteris pel que fa a la fiabilitat, relatius a normes relatives a la prevalença dels símptomes del trastorn antisocial de la personalitat o del seu diagnòstic. En relació a la validesa, s'esmenten punts febles dins els diagnòstics TAP dels DSM com (1) gran heterogeneïtat de subjectes inclosos, (2) l'absència ja descrita de símptomes afectius i interpersonals, (3) la impossibilitat de diagnosticar TAP si els símptomes remeten després de la adolescència o (4) la validesa de constructe si avaluem el perfil TAP associat a toxicomanies o la comorbiditat amb d'altres patologies (psicosi, perfils del Clúster B).

#### (b) MMPI-II

Tot i la baixa fiabilitat dels autoinformes, el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) podria ser usat (a) per a obtenir validesa convergent en investigacions, (b) com a autoinforme de psicopatologia, sensible a distorsió, (c) mesurar dominis de conducta no empíricament anormals, i (d) per a trobar evidències probatòries dins el mètode científic, davant els tribunals.

L'escala adient "en el sentit de la psicopatia" és la Pd, escala 4 (MMPI-I i MMPI-II) o escala de desviació psicopàtica, més relacionada amb el Factor 2 del PCL-R que amb la puntuació total d'aquesta, incloent dins dels seus 50 ítems cinc Factors: timidesa, hipersensibilitat, delinqüència, control dels impulsos i neuroticisme. Les subescales de Harris i Lingoes sí que van minvar quant als ítems totals analitzats a la versió MMPI-II. La subescala Pd3, tot i perdre la meitat dels ítems, reflexaria la correlació amb l'agressivitat social (Meloy i Gacono, 2000). D'acord amb aquesta escala (Harris-Lingoes) Pd, de desviació psicopàtica, Lilienfeld identifica els aspectes antisocials de la psicopatia.

El propi Manual (Hare, 1995) troba una modesta associació entre la escala 4 (Pd) del MMPI-II i el constructe psicopatia, mentre Lykken estima aquesta escala com un indicador de desviació social general, més que de psicopatia. Selbom, Ben-Porath i Stafford (2007) també valoren la validesa de la escala 4 per objectivar la desviació social, és a dir, el Factor 2 al constructe psicopatia, però no el propi constructe.

Blackburn defineix (Murphy i Vess, 2003) d'acord amb una anàlisi tipus clúster de les puntuacions MMPI, els delinqüents sobrecontrolats (SC), i els infracontrolats (IC). D'aquí se'n dedueixen quatre subtipus, dos SC i dos IC: definia la psicopatia primària (extravertits, segurs de sí mateixos, impulsius i hostils), psicopatia secundària (impulsius, hostils, socialment ansiosos, tímids i malhumorats), personalitats controlades (defensives,

conformables socialment, no emocionals) i personalitats inhibides (introvertides, tímides, controlades, deprimides). La psicopatia primària, no obstant, no equivaldria però, al trastorn antisocial de la personalitat (DSM): "el TAP és heterogeni i no isomòrfic amb la psicopatia primària" (Poythress et al, 2010).

Folino i Mendicoa (2006) indiquen una dèbil correlació (Kappa: 0.40;  $p=0.01$ ) de la escala Pd i de la Ma (Hipomania, escala 9) amb el PCL-R. López (2005) recull d'altres autors l'elevació de la escala Pd, amb la elevació comòrbida de les escales de Paranoia (Pa, escala 6), Psicoastènia (Pt, escala 7), i/o Esquizofrènia (Sc, escala 8). També associa l'elevació de la escala Pd a la persistència de l'antisocialitat, més que a la gravetat de la conducta. L'escala 9 (Ma) del MPI indicaria "elevada energia" en la conducta, parla i sensopercepció, per la qual cosa diversos autors han establert la combinació del MMPI "49" com la més pròxima al constructe de la psicopatia (Lilienfeld i Andrews, 1996).

#### (c) PAI

El *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991), i específicament, la seva escala de trets antisocials (ANT) mostra una correlació de 0,54 i 0,40 amb el llistat de símptomes PCL:SV i PCL-R respectivament (Edens et al, 2000), amb xifres similars a la mostra de Douglas, Guy, Edens, Boer i Hamilton (2007) (citats per Gacono, 2015) i Richards et al (2016) (citats per Gacono, 2015). Aquesta escala es subdivideix en les subescales de Conductes antisocials (ANT-A): Història de problemes de conducta i delictius); subescala ANT-E: egocentrisme: insensibilitat, i conducta sense penediment o "egocentrisme patològic i narcisisme, sovint pensant en mentir com a eix nuclear del trastorn"; Finalment, la subescala ANT-S o de cerca de sensacions reflectiria "la tendència a cercar emocions i excitació i baixa tolerància a l'avorriment". Malgrat tot, mostra una baixa validesa de contingut.

Les mesures sobre conductes internalitzants (INT: depressió unipolar, ansietat) i externalitzants (EXT: trastorn per ús de substàncies, conductes antisocials), es relacionen amb el constructe de psicopatia. De forma consistent amb estudis anteriors, les puntuacions del Factor afectiu-interpersonal (Factor 1, PCL-R) correlacionen negativament amb INT, mentre que el Factor 2 (desviació social) correlaciona positivament amb EXT (Blonigen et al, 2010). Psicopatia i conductes externalitzants són disfuncions conductualment semblants però amb vies (neurals) diferents (Baskin-Sommers i Newman, 2013).

## (d) RORSCHACH

Tot i no ser una teoria prevalent, ni que es disposi d'instruments específics, també s'han estudiat des d'una perspectiva psicodinàmica els trets i dimensions relacionats amb el constructe psicopàtic. Des d'una perspectiva psicodinàmica, Millon i Davis (citats a Murphy i Vess, 2003) defineixen el psicòpata sense principis, el cobdiciós i el malvolent, relacionats amb perfils de personalitat antisocials, narcisistes i sàdics, respectivament.

Relacionant les tipologies anteriors, Murphy i Vess (2003) descriuen quatre possibles tipologies dins de la psicopatia: narcisista, límit, sàdica i antisocial. Trets com l'*acting out*, el dèficit del superego (o del SAC, en termes conductuals, de reforç o motivacionals, sense internalització de les normes), l'agressió immotivada (defensiva, protectora davant d'actituds, interpretades com ofensives i/o lesives) o el sadisme (projectat en autoritarisme o en accions socialment acceptades: empresarials, parafíliques) permeten entendre aquest constructe des de la perspectiva psicodinàmica (Juni, 2010).

La prova projectiva Rorschach s'adaptaria idealment al diagnòstic de la psicopatia (Meloy i Gacono, 2000). Evita la validesa aparent dels autoinformes, tot i aportar fiabilitat i validesa sobre l'estructura de personalitat i el seu funcionament, segons referia Exner (1986), especialment si seguim el Sistema Comprensiu (SC) amb que aquest autor sistematitza l'obtenció d'informació. Per a complementar el SC, es proposa l'anàlisi de les defenses i la mesura de les relacions objectals. Defineixen un perfil amb trets límits, amb l'ús de mecanismes de defensa com la devaluació, negació, identificació projectiva, omnipotència i dissociació, amb absència de la idealització i neuroticisme, emmirallament narcisista, transgressió dels límits i relacions objectals totals, en comparació amb els no-psicòpates. Finalitza l'autor (Exner) referint l'aplicabilitat als Tribunals d'aquesta perspectiva psicoanalítica.

D'altres autors (Wood et al 2010) obtenen correlacions significatives entre la família PCL (incloent un estudi amb la Screening Version) i la Prova Comprensiva del Rorschach, on s'obtenen correlacions positives moderades, amb el factor: Respostes Potencialment Agressives, i petites però significatives, amb respostes Suma de Textures, Moviment Cooperatiu, nombre de respostes Personals, i l'Índex d'egocentrisme.



## 2. PLANTEJAMENT EXPERIMENTAL

### 2.1. INTRODUCCIÓ

La psicopatia es defineix com un constructe que inclou alteracions conductuals en presència de significatius indicadors emocionals i interpersonals. Els components emocionals inclourien l'afecte superficial, la manca d'empatia i de sentiment de culpa, i els aspectes interpersonals, la loquacitat, la grandiositat, la manipulació i la mentida patològica, amb escassa vinculació interpersonal, i un repertori de coercions i actituds manipuladores (Patrick et al, 2009) i antisocials (Blair, 2008). És inherentment doncs, un constructe multifacètic, que implica la confluència de múltiples disposicions, símptomes o trets, diferenciant-se del Trastorn antisocial de la personalitat (DSM-5, 2014) per les característiques interpersonals i afectives (p. ex.: audàcia) d'aquella (Venables, Hall i Patrick, 2014).

Si bé el *gold standard* per avaluar psicopatia és el PCL-R (Hare, 1991; 2003), el PCL:SV és un instrument de garbellat que mostra una elevada correlació amb el PCL-R, i pot utilitzar-se en entorns penitenciaris, forenses i psiquiàtrics, amb adequada validesa, i acceptable consistència interna i fiabilitat Inter-avaluadors (Walters et al, 2007). Té propietats psicomètriques semblants doncs, a l'instrument matriu PCL-R (Douglas et al, 2005). Tant la puntuació total com les puntuacions dels dos Factors (interpersonal-afectiu i d'Estil de vida-antisocial) poden ser dimensionals, si bé la puntuació total també s'avalua categorialment, estimant una puntuació llindar  $\geq$  de 18 (sobre un màxim de 24) per tal de confirmar el constructe psicopàtic.

El PCL:SV és un instrument especialment útil en l'avaluació davant la possible presència d'una psicopatia elevada o severa (Richards et al, 2016) i permet descartar un perfil psicopàtic en cas de negativitat de la prova, si bé cal administrar la versió matriu PCL-R per tal de confirmar el diagnòstic, a ser possible amb dos avaluadors independents (Monahan i Steadman, 1994). Altrament, no és un instrument *strictu sensu* de predicció de risc de violència (Douglas et al, 1999).

S'ha validat i/o aplicat en poblacions com Austràlia (Hugues, Stout i Dolan, 2013; Wilson, 2003;), Bulgària (Wilson, Abramowitz, Vasilev, Bogunov i Vassileva, 2014), Iran (Assadi et al, 2006), Xile (León-Mayer 2012; León-Mayer et al, 2015), Mèxic (Ostrosky-Solís, Ruiz Ortega, Arias García i Vásquez Vera, 2008), Suïssa (Endrass, Rossegger, Frischknecht, Noll i Urbaniok, 2008), Canadà-Quèbec (Toupin, Basquie, Côté i Deshaies,

2008), Lituània (Žukauskienė, Laurinavičius i Čėsniėnė, 2010), Suècia (Douglas et al, 2005a), Dinamarca (Andersen, Sestoff, Lillebæk, Mortensen i Kramp, 1999; Pedersen et al, 2010), Gran Bretanya (Coid, Yang, Ullrich, Roberts i Hare, 2009; Cooke et al, 2005) i Alemanya (Huchzermeier et al, 2008).

## 2.2. OBJECTIU I HIPÒTESI GENERAL

L'objectiu general d'aquest treball de recerca és l'estudi de les propietats psicomètriques (fiabilitat i validesa) de l'adaptació espanyola del *Psychopathy Checklist: Screening Version* (PCL:SV; Hart, Cox i Hare, 1995) en població judicial a Catalunya. Aquest instrument d'avaluació és una versió de garbellat del *Psychopathy Checklist-Revised* desenvolupat per Hare (1991; 2003). Ens referim a població judicial incloent aquelles persones avaluades en un context medicoforens (pre-judicial), o ja sentenciades com el grup de mesures de seguretat, de compliment en medi tancat tipus psiquiàtric civil (subgrup Psiquiàtric), els condemnats (subgrup Penitenciari) o al subgrup específic per la seva tipologia criminal) d'Agresors Sexuals, també en fase de compliment de sentència judicial.

La hipòtesi general és que el PCL:SV, aplicat en població judicial (forense), presentarà uns nivells de fiabilitat i validesa equiparables als obtinguts pels autors en la versió original (Hart, Cox i Hare, 1995).

## 2.3. OBJECTIUS I HIPÒTESIS ESPECÍFICS/QUES

Els objectius específics plantejats a la present Tesi són:

2.3.1. **Objectiu 1.** Estudi de la fiabilitat. Aquest es desglossa també, en els següents apartats:

2.3.1.1. L'estudi de la *consistència interna* de cada Faceta<sup>31</sup>, de cada Factor , i de la puntuació total.

2.3.1.2. L'estudi de la *fiabilitat Inter-avaluadors* de cada ítem, de cada Faceta, de cada Factor i de la Puntuació total.

---

<sup>31</sup> Tot i que en el Manual original (Hart, Cox i Hare, 1995) no es presenten les anàlisis per facetes, al nostre estudi sí l'implementarem, atès que hi ha molts estudis publicats amb posterioritat al Manual on sí ho fan, alguns d'ells signats pels propis autors de l'instrument.

2.3.1.3. L'estudi de l'*error estàndard de mesura*, de la mostra general i de les diferents submostres que la integren.

2.3.2. **Objectiu 2.** Anàlisi de la validesa de l'instrument. Aquest objectiu el subdividirem en dos apartats:

2.3.2.1. Estudi de la *validesa estructural* mitjançant les anàlisis factorials exploratòries<sup>32</sup> i confirmatòries, per tal de replicar les estructures ja publicades.

2.3.2.2. Estudi de la validesa basada en l'evidència sobre les relacions amb altres variables. S'analitzaran:

2.3.2.2.1. *Validesa de criteri concurrent*, amb el PCL-R.

2.3.2.2.2. *Validesa convergent i discriminant*. Aquesta, al seu torn, es desglossarà en: a) *Validesa en relació a altres constructes psicològics* i b) *Validesa en relació a variables sociodemogràfiques i variables relacionades amb la conducta antisocial i delictiva, variables penitenciàries i amb les diferents tipologies delictives*.

També, i d'acord amb els objectius general i específics proposats, i basant-nos en la fonamentació teòrica descrita fins ara, i en la proposada al Manual tècnic del PCL:SV (Hart, Cox i Hare, 1995) les hipòtesis específiques serien:

2.3.3. **Hipòtesi de fiabilitat de consistència interna:** S'espera trobar uns nivells de consistència interna adequats, i concordants amb l'instrument original (Manual tècnic de la versió original) pel que fa als Factors i als diversos estudis consecutius (Hare i Neumann, 2010; Newmann et al, 2005), També pel que fa a les facetes, esperem trobar dades similars a les obtingudes posteriorment (al Manual), pel propi Robert Hare i d'altres autors. Avaluarem la fiabilitat de consistència interna (o grau d'homogeneïtat dels ítems) amb l'alfa de Cronbach, la mitjana de correlacions inter-ítems i la correlació ítem-total del PCL:SV.

---

<sup>32</sup> Alguns resultats preliminars es van presentar en àmbits nacional o internacional (Cuquerella et al, 2005, i Torrubia, 2005) respectivament.

2.3.4. **Hipòtesi de fiabilitat Inter avaluadors:** S'espera també obtenir uns índexs de fiabilitat, per Factors, i per Puntuació total, similars als obtinguts al Manual tècnic original, i per facetes, igualment. La fiabilitat Inter avaluadors la mesurarem amb el coeficient de correlació intraclasse (*Intraclass correlation*) simple i combinat, que mesurarà el grau d'acord amb iguals subjectes, entre diferents avaluadors.

2.3.5. **Hipòtesi d'error estàndard de mesura (EEM):** S'espera trobar un Error Estàndard de Mesura similar a l'obtingut amb l'instrument original (Manual tècnic de la versió original) pel que fa a la puntuació total de les quatre submostres, i de la mostra Total.

2.3.6. **Hipòtesi de validesa estructural:** S'espera trobar una estructura factorial compatible amb un model de dos factors (com al Manual original) i un de quatre facetes, de forma semblant a la que s'ha mostrat en diversos estudis ja publicats en altres països.

2.3.7. **Hipòtesi de validesa de criteri concurrent:** S'espera trobar correlacions positives elevades amb altres mesures de psicopatia. Més concretament, s'esperen correlacions positives i significatives amb la puntuació total del PCL-R. També s'espera que cada faceta i cada factor presenti la correlació més alta amb la Faceta i Factor homòlegs.

2.3.8. **Hipòtesi de validesa convergent i discriminant:** D'acord amb les dades del Manual tècnic, les hipòtesi plantejades són:

2.3.8.1. *Personalitat:* S'espera trobar una relació positiva entre les puntuacions del PCL:SV (Factors i Puntuació total) i variables de personalitat *externalitzants*, i una associació negativa amb variables de personalitat *internalitzants*. També s'espera que les puntuacions en el PCL:SV no estiguin associades amb l'edat.

2.3.8.2. *Variables sociodemogràfiques:* S'espera trobar associació *moderada* entre les puntuacions en el PCL:SV i l'*historial delictiu*, una associació negativa amb el *nivell educatiu*, i una associació positiva amb *varietat de substàncies consumides*.

2.3.8.3. *Conducta antisocial i delictiva:* S'espera que les puntuacions en el PCL:SV estiguin associades negativament amb l'edat d'inici de conducta delictiva i l'*edat del primer ingrés* en un Centre de justícia i, en sentit positiu, amb d'altres aspectes associats a la *conducta antisocial com el nombre de delictes* en

general, el nombre de delictes violents, el nombre d'ingressos en centre/s penitenciari/s i amb el temps d'estada a presó, durant aquests ingressos. S'espera també trobar una associació positiva entre les puntuacions en psicopatia (PCL:SV) i el nombre de fugides i nombre de sancions per infracció dins de la institució. Pel que fa a les tipologies delictives, seria lògic trobar correlacions positives entre PCL:SV i delictes violents i/o greus (lesions, robatori amb violència, trencament de condemna o homicidi, p. ex.)

2.3.8.4. *Intel·ligència*: S'espera que les puntuacions en el PCL:SV, en les Facetes y els Factors siguin independents de la intel·ligència (QI).

Tot i que no es formulen hipòtesis específiques es realitzarà una anàlisi de l'associació entre cadascuna de les facetes del PCL:SV i les anteriors variables, per perfilar possibles correlacions i estadístics significatius amb Factors i/o Puntuacions totals del PCL:SV.

### 3. MÈTODE

#### 3.1. PARTICIPANTS

La mostra inicial del nostre estudi va estar formada per 394 subjectes de diverses procedències, tots ells homes majors d'edat, que acceptaren voluntàriament de participar en l'estudi i que complien els següents criteris d'inclusió: a) voluntarietat en la resposta a les qüestions de l'entrevista del PCL:SV i en els seu cas, del PCL-R, i autorització per consultar informació col·lateral; b) denúncia, processament, imputació o condemna per una falta o delictes relatiu al Codi Penal (antic o recent<sup>33</sup>), i c) capacitat cognitiva mínima per a la comprensió i resposta de l'entrevista semiestructurada del PCL:SV. Els criteris d'exclusió foren: (I) gènere femení, per la baixa freqüència dins la mostra global; (II) dificultats idiomàtiques (barrera cultural significativa); (III) participants amb deteriorament cognitiu significatiu diagnosticat, o estimat després de l'entrevista, i/o amb sospites d'alteració de la consciència; (IV) manca de dades anamnèsiques o de l'entrevista suficients, que impossibilitessin puntuar no menys de 10 ítems del PCL:SV<sup>34</sup>. La mostra Total estava formada per quatre submostres que descrivim a continuació:

3.1.1. Submostra 1 (*JUDICIAL*): Estava composta per un grup de 50 participants, amb una edat mitjana: 33,16 anys ( $\pm 10,71$  DE), entre un mínim de 19 i un màxim d'edat de 69 anys, tots ells homes en fase d'instrucció judicial i processats/imputats per faltes/delictes, que eren sotmesos a una avaluació pericial forense, incloent-hi de forma voluntària el PCL:SV dins d'aquesta avaluació pericial. Els reus no havien estat jutjats encara, aspecte que era un biaix important a l'entrevista, amb una importància notòria en aquest grup, de la informació complementària, especialment els antecedents penals, penitenciaris, policials i les declaracions de les víctimes, si n'hi havia.

La selecció es va fer en funció de la gravetat del delictes o de la falta pel que eren acusats, o d'acord amb les referències potencials a un perfil psicopàtic amb que alguns metges/esses forenses derivaven els casos. La mostra judicial-forense es va obtenir no aleatòriament, sinó per selecció de casos, especialment en aquelles

<sup>33</sup> És a dir, amb delictes tipificats abans o després del Codi Penal de 1995.

<sup>34</sup> El PCL:SV permet, prorratejant després els resultats, ometre un ítem per Factor (no dos d'un mateix Factor) excepcionalment, si bé el desitjable és puntuar els 12 ítems de forma completa.

avaluacions en les que es presumia un comportament delictiu reiterat o especialment greu del subjecte imputat en la causa (homicidi, agressions sexuals, lesions, etcètera).

3.1.2. *Submostra 2 (PSIQUIÀTRICA)*: Estava formada per 19 subjectes, amb una mitjana: 33,36 anys ( $\pm 7,83$  DE), entre un mínim de 22 i un màxim d'edat de 53 anys. Eren persones als qui es va aplicar una mesura de seguretat, per eximents completa o incompleta a l'hora de cometre el delictes, que complien en institucions psiquiàtriques civils, en règim d'internament (Unitat Patologia Dual Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i Mòdul penitenciari Hospital psiquiàtric Benito Menni, Sant Boi de Llobregat). El nombre d'interns amb aquest perfil era limitat, per la qual cosa el criteri d'inclusió era, a banda de la capacitat cognitiva, la seva conformitat a l'administració de l'entrevista semiestructurada del PCL:SV.

3.1.3. *Submostra 3 (PENITENCIÀRIA)*: Amb una  $n=166$ , vàrem incloure una submostra de persones ja jutjades i amb sentència ferma, mentre complien la condemna de reclusió major. La mostra tenia una mitjana d'edat: 35,56 anys ( $\pm 10,29$  DE), amb rang entre el mínim de 20 i un màxim d'edat de 72 anys. Disposàvem per tant d'un grup de reclusos en segon grau al moment de l'entrevista (règim normal intrapenitenciari) i de l'expedient obert d'Institucions Penitenciàries, on hi constaven dades de l'actual i anteriors delictes, inclosos testimonis de sentències, antecedents penals, estades a anteriors Centres Penitenciaris i historial mèdic (psiquiàtric, toxicològic).

El criteri genèric per a l'obtenció de la mostra fou una selecció aleatòria de subjectes, dins dels Mòduls 1 i 2 del Centre Penitenciari (CP) de Can Brians 1, on dins del pool general d'interns se'n seleccionava un de cada deu al llistat. En cas de negativa es passava al següent dins del llistat de 10 on s'havia seleccionat el primer subjecte. En aquesta mostra es disposava doncs, de la conformitat dels interns dins d'una mostra aleatòria, per a l'entrevista i per a la consulta de les seves dades penals i penitenciàries, que hi constaven a l'expedient obert en aquell moment.

També es va seleccionar subjectes dins d'aquesta submostra, del ja pretèrit centre Penitenciari d'Hommes de Barcelona (conegut popularment com "La Model"). En aquest cas, es van seleccionar interns d'acord amb la gravetat delictiva (homicidis, incendis o agressions sexuals a menors/adults, entre d'altres).

S'interpel·lava prèviament al subjecte pel psicòleg/loga del Mòdul, qui l'informava dels objectius de l'estudi i de la sol·licitud de la seva participació en aquest. En cas afirmatiu, s'entrevistava llavors l'intern.

En un subgrup d'interns es van realitzar tres administracions conjuntes dels autoinformes i de la prova de les Matrius Progressives de Raven (Raven, 1938).

El perfil sociodemogràfic de la submostra 3 (Penitenciària) mostra que estava format per subjectes amb un estat civil predominantment casat (46%) o solter (29%), un nivell socio-econòmic baix (57%), un grau d'estudis similar (o inferior) al "Certificat escolar" (30%) o equiparable a l'antic "Graduat escolar" (25%) i inestabilitat laboral i amb treballs poc qualificats (48%). Pel que fa a parelles estables, mostra un promig d'1 a 5 (35%), i en relació als antecedents psiquiàtrics, una absència d'aquests al 42%, amb un percentatge de trastorn per ansietat, trastorns psicòtics o de l'estat d'ànim respectivament del 7%, 4% i 3%.

En relació a variables toxicològiques, tot i l'escassetat de dades objectives obtingudes, vam obtenir una prevalença d'absència de consums, o de la pertinença a programes de tractament/manteniment, tant pel que fa a al trastorn per ús de substàncies en general (26%), com al consum d'alcohol, cocaïna i/o heroïna del 30%, 43% i 50%, respectivament.

3.1.4. *Submostra 4 (AGRESSORS SEXUALS)*: Estava formada per un total de 152 condemnats del centre penitenciari Brians 1, per delictes contra la llibertat sexual, amb una mitjana d'edat: 43,21 anys ( $\pm 10,34$  DE), i un rang entre el mínim de 24 i un màxim d'edat de 73 anys. La mostra d'agressors sexuals era un grup específic de delinqüents penats i en fase de compliment de sentència, l'avaluació dels quals havia estat necessària (a) per establiment i/o progressió de grau (penitenciari) i (b) per avaluar la resposta al tractament específic per a aquesta tipologia criminogènica específica (delictes sexuals). Alguns subjectes eren reincidents, i/o agressors serials. D'aquest grup no vàrem extraure les dades sociodemogràfiques per a estudiar potencials correlacions.

## 3.2. MATERIALS: PCL-SV, PCL-R, RAVEN, QPE, SCSR i KSP. DESCRIPCIÓ

### 3.2.1. PCL:SV



El PCL:SV (Hart, Cox i Hare, 1995) es un instrument de cribratge que operativitza, com ja hem explicat, el constructe clínic de psicopatia, mitjançant l'avaluació dels trets de personalitat i les conductes que el configuren. Consta de 12 ítems (dels 22/20 originals del PCL/PCL-R respectivament), que s'agrupen per anàlisi factorial en dos Factors: Factor 1 (o *Part 1* com l'anomena el Manual), que engloba els ítems 1 a 6, que descriu l'estil interpersonal i afectiu que implica, entre altres, egoisme, insensibilitat i absència de penediment, i el Factor 2 (o *Part 2* com l'anomena el Manual) que inclou els ítems 7 al 12, definit per un estil de vida persistentment antisocial, crònic i inestable; o també en quatre facetes (no contemplades al Manual) que són: Relacions interpersonals (Faceta 1; ítems 1, 2 i 3), Estil afectiu (Faceta 2; ítems 4, 5 i 6), Estil de vida (Faceta 3; ítems 7, 9 i 10) i Antisocialitat (Faceta 4; ítems 8, 11 i 12). La puntuació oscil·la, doncs, entre 0 i 24 punts, amb un punt de tall a partir de 18 (inclòs) per al diagnòstic categorial de psicopatia.

Cada ítem es puntua en una escala de tres punts que oscil·la entre el 0 (l'ítem no és aplicable a l'individu), 1 (l'ítem és aplicable fins a un cert punt), 2 (l'ítem és aplicable plenament a l'individu), o NE (no avaluable) si no existeixen dades suficients per a puntuar l'esmentat ítem després de consultades l'entrevista i la informació col·lateral. Per obtenir una puntuació total es poden ometre com a màxim 2 ítems, i ha de prorratejar-se llavors la puntuació en base a la taula corresponent. També es pot ometre un màxim d'un ítem per tal de poder obtenir una puntuació de cada Factor. Per a una descripció més àmplia, veure capítol 1.6 (instruments diagnòstics d'avaluació de la psicopatia, pàg. 92) d'aquesta Tesi.

### 3.2.2. PCL-R

El PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*; Hare 1991; 2003) és una escala d'avaluació conductual de 20 ítems clínics basada en el judici clínic, específica per a àmbits forenses (penitenciari i psiquiàtric) que es basa en una entrevista semiestructurada, juntament amb la revisió de tota la informació col·lateral. És el patró *gold standard* per a l'avaluació de la psicopatia. Per a una descripció més àmplia, veure també el capítol 1.6 d'aquesta tesi.

### 3.2.3. Test de les Matrius Progressives de Raven

El Test de les Matrius Progressives de Raven (Raven, 1938) es va crear al 1936/38, i fou editat per Mepsa al 1970. És una prova no-verbal que mesura el Factor general "g"

d'intel·ligència. Consta de dues parts, i la persona ha d'analitzar la sèrie que se li proposa on, d'acord amb la seqüència vertical i horitzontal, ha d'escollir una de les sis o vuit peces suggerides, per tal que encaixi al dibuix original, tant en sentit vertical com horitzontal. Requereix habilitats perceptives, raonament analògic i d'observació. Vàrem utilitzar la versió 1, en administracions conjuntes als subjectes, com veurem a continuació.

#### 3.2.4. Versió experimental del Qüestionari de Psicopatia

El Qüestionari de Psicopatia (QPe) és un autoinforme experimental no publicat de 42 ítems, amb resposta dicotòmica sí/no, i ha estat utilitzat per a la validació concurrent del constructe psicopatia. Està basat en l'escala d'avaluació de psicopatia de Hare: PCL-R (1990; 2003). Fou dissenyat pels autors Tejero i Torrubia, al 1985, i per Ávila, Torrubia, Aluja i Tejero, al 1992 (veure Annexos)

#### 3.2.5. Qüestionari de Sensibilitat al Càstig i de Sensibilitat a la Recompensa

El Qüestionari de *Sensibilitat al Càstig* i *Sensibilitat a la Recompensa* (SCSR; Torrubia, Ávila, Moltó i Caseras, 2001) és un qüestionari de personalitat que avalua diferències individuals, en la dimensió *ansietat* del model de la personalitat de J.A. Gray (Gray, 1987; depenent segons el seu autor, del Sistema d'Inhibició Conductual: SIC) i en la dimensió *impulsivitat* (relacionada, segons Gray, amb el Sistema d'Activació Conductual: SAC). L'escala Sensibilitat al càstig avalua diferències individuals en el SIC, mentre que l'escala de Sensibilitat a la recompensa avalua diferències individuals en el SAC.

L'escala de Sensibilitat al Càstig (SC), està força relacionada amb escales d'ansietat-tret, inclou qüestions relacionades amb la vida quotidiana on es pot inhibir la conducta davant de situacions que impliquin amenaces de càstig o situacions noves. L'escala de Sensibilitat a la Recompensa (SR) inclou ítems o determinades situacions que impliquen la tendència a fer conductes per tal per tal d'obtenir reforçament positiu. Estudis sobre les propietats psicomètriques de l'instrument aporten una alfa de Cronbach (fiabilitat de consistència interna) que oscil·la entre 0,75-0,83, una fiabilitat test-retest ( $r = SC: 0,89$  i  $SR: 0,87$ , als tres mesos) i bona validesa estructural, convergent i discriminant (veure Torrubia, Ávila, Moltó i Caseras, 2001) (Veure Annexos).

### 3.2.6. Escales de Personalitat del Karolinska

Les *Karolinska Scales of Personality* (KSP) de Af Klinteberg, Schalling i Magnusson (1986) (traduïdes per Ortet, Ibáñez, Llerena i Torrubia, 2002), consten de 135 ítems agrupats en 15 escales, elegint el subjecte en una escala tipus Likert entre les opcions "totalment en desacord", "en desacord", "d'acord" i "totalment d'acord". Les escales són: *Ansiedad somática*, *Evitación de la monotonía*, *Tensión muscular*, *Inhibición de la agresión*, *Ansiedad psíquica*, *Culpa*, *Psicastenia*, *Irritabilidad*, *Socialización*, *Impulsividad*, *Frialdad emocional (Detachment)*, *Agresión verbal*, *Agresión indirecta*, *Susplicacia* i finalment, *Deseabilidad social* (veure Annexos).

La *Ansiedad somática* mesura símptomes del Sistema Nerviós Autònom (SNA), les dificultats de concentració, l'angoixa flotant i el pànic. La *Evitación de la monotonía* es referiria a l'evitació de la rutina, la necessitat de canvis, d'acció, i/o la cerca de sensacions. La *Tensión muscular* descriu allò propi de la tensió esquelètica, tremolor, sensació de rigidesa, i el bruxisme o fregament de les dents.

La *Inhibición de la agresión* avalua la tristor, la manca de fermesa o assertivitat, l'absència de ràbia davant una frustració, així com la dificultat per parlar alt. La *Ansiedad psíquica* mesura la inquietud, preocupació, inseguretat i l'ansietat anticipatòria i social. L'escala de *Culpa* mesura la vergonya pels pensaments negatius i el penediment. La *Psicastenia* objectiva esgotament, fatiga, debilitat i els sentiments de malestar o inquietud quan és necessari parlar amb veu elevada o fer quelcom nou. La *Irritabilidad* avalua el que pròpiament descriu, i la manca de paciència.

L'escala *Socialización* objectiva les experiències infantils positives, la bona adaptació familiar i escolar, i la satisfacció en general. La *Impulsividad* és la conducta reactiva a l'estímul del moment, la manca de planificació, la preferència per la rapidesa més que per la precisió i exactitud, i la despreocupació. La *Frialdad* o distanciament emocional es refereix a les conductes d'evitació de les relacions càlides o afectives amb els altres, i a l'allunyament dels altres.

L'escala *Agresión verbal* avalua la implicació en discussions i enfadar-se amb la gent. La *Agresión indirecta* defineix conductes com colpejar la porta, danyar objectes quan un/a s'enfada, o el mal humor. La *Susplicacia* es referiria a la deshonestedat i/o manca de confiança.

Finalment, la *Deseabilidad social* avalua la conformitat social, afabilitat o desig de mostrar-se socialment acceptable.

Les proves esmentades foren aplicades a un subgrup de la submostra penitenciària, excepte el PCL:SV que, òbviament, s'ha aplicat a la mostra completa.

### 3.3. PROCEDIMENT

#### 3.3.1 Condicions d'administració de proves PCL:SV i PCL-R

3.3.1.1 Submostra 1: El PCL:SV es va administrar a aquesta submostra, originada per subjectes que estaven en fase d'avaluació medicoforensa, durant la fase d'instrucció judicial, amb informació obtinguda de l'expedient relativa als antecedents penals i penitenciaris, antecedents psicopatològics i anamnèsics, dades medicoforenscs i les relatives a víctimes, delictologia i atestats policials, entre d'altres.

L'avaluació (entrevista i recull d'informació del subjecte) es feia sempre abans de judici, pel mateix avaluador, bé al Servei de Clínica medicoforensa de l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (IMLCFC), bé a les garjoles de l'edifici I de la Ciutat de la Justícia de Barcelona i l'Hospitalet. En aquesta submostra no es van administrar altres proves. La valoració del PCL:SV va ser feta sempre per l'autor d'aquesta Tesi.

3.3.1.2 Submostra 2: la submostra Psiquiàtrica es va entrevistar a una Unitat de patologia dual i a una altra de compliment de mesures (judicials) de seguretat, enlloc d'una pena de presó, amb l'obtenció d'informació necessària per als ítems respectius, dels arxius i d'entrevistes amb professionals adscrits a cada cas concret. L'avaluador era el mateix sempre (l'autor d'aquest treball), i les dades col·laterals s'obtenien de la història clínica i penal del subjecte, sota custòdia de la institució i del Jutjat de Vigilància Penitenciària (JVP des d'ara) corresponent.

3.3.1.3 Submostra 3: aquesta submostra 3 o Penitenciària, fou la que es va utilitzar per a estudiar, entre altres, la fiabilitat intervaluadors, la validesa concurrent i la validesa convergent i discriminant, tal i com ja s'ha descrit anteriorment. La dinàmica d'avaluació en aquesta mostra fou la següent:

A. S'entrevistava els subjectes en fase de compliment de sentència dins de presó. Un cop s'accedia a l'intern, se li explicava l'origen universitari de l'estudi a realitzar, identificant els entrevistadors (*Departament de Justícia*) i les finalitats d'aquest, així com la confidencialitat, anonimat i codificació de les dades, i un retorn genèric (i verbal) dels resultats, als interns, un cop escrutades les proves complementàries, si així ho demanaven. Les dades criminològiques, penals i penitenciàries les vam codificar amb el Codi de dades (veure Annex 1).

En aquesta submostra, i específicament amb els participants del CP Brians 1, dos avaluadors del propi centre, i dos avaluadors externs (un d'ells, l'autor d'aquest treball) es van encarregar de la valoració del PCL:SV i del PCL-R (en els casos utilitzats per avaluar la validesa concurrent).

De forma genèrica, les instruccions per a les proves s'iniciaven amb la presentació de l'avaluador o avaluadors presents i tot seguit es comentava: (a) la referència a una investigació que realitzava la UAB amb col·laboració amb la DGSPiR (Direcció General de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació), amb participació de personal d'aquest ens, (b) la recollida de dades sobre diferents comportaments relacionats amb la personalitat, amb l'objectiu d'assolir un major coneixement de la població penitenciària, associant la recollida de dades identificatives amb informació dels diferents qüestionaris i de l'entrevista, (c) recordar que a la recollida de dades s'inclou aquesta administració col·lectiva, i una entrevista individual, voluntàries ambdues, (d) aleatorietat de la mostra escollida i e) confidencialitat de la informació recollida, amb devolució a tots aquells interns que la sol·licitessin.

B. Ordre de les proves:

Es van administrar en diferents sessions, de la manera següent: (a) Sessió 1: administració del PCL:SV, (b) Sessió 2: administració del PCL-R en un subgrup de participants, (c) Sessió 3: administració dels qüestionaris KSP, SCSR, QPe i de les Matrius Progressives de Raven ("Factor g" d'intel·ligència).

C. Administració de les proves:

C.1. Administració del PCL:SV

En una primera fase s'administrava inicialment l'entrevista del PCL:SV per un dels quatre entrevistadors, que en 20 casos era amb un observador que estava present en l'entrevista però únicament obtenint dades, sense participar activament en aquesta. Posteriorment, entrevistador i observador puntuaven el cas de forma totalment independent.

## C.2. Administració del PCL-R

Posteriorment, en altres 35 casos, i per tal d'analitzar la validesa concurrent amb el PCL-R, s'avaluava al mateix subjecte amb el PCL-R i el PCL:SV. En cap cas un mateix avaluador puntuava al mateix subjecte dos cops. El PCL-R era administrat de forma independent per un avaluador diferent al que havia fet d'entrevistador o d'observador, amb el PCL:SV.

## C.3. Procediment de valoració del PCL:SV i PCL-R

Generalment es consultaven els arxius penitenciaris abans de l'entrevista (arxius de tractament, arxius de règim i testimonis de sentència, fonamentalment), amb la intenció de contrastar i ampliar les dades procedents de l'entrevista semi estructurada PCL:SV i/o PCL-R. En casos puntuals se seguia el procediment invers, és a dir, un cop entrevistats els interns, es recollia la informació dels arxius penitenciaris.

L'arxiu de tractament se centrava fonamentalment en dades de caràcter educatiu, social, psicològic i mèdic, incloent, a més, dades relacionades amb el procés de rehabilitació i programes afins en els que participava l'intern (programes educatius, de tractament, esportius), amb informació procedent dels tutors, monitors i educadors.

A l'arxiu de règim apareixien les dades relacionades amb el sistema judicial i/o penitenciar, incloent situació preventiva o penal de compliment, grau de classificació i situació regimental dins de la institució. Incloïa, doncs, delictes presents i anteriors, sentències judicials, condemnes, ingressos a presó (a la Comunitat Autònoma de Catalunya, no a d'altres, per la no disponibilitat d'accés al Programa oportú), trasllats a d'altres centres (des de Catalunya), i d'altra banda, les sancions (faltes i tipus de faltes), trencaments, permisos, regressions de grau o qualsevol aplicació del règim penitenciar.

Els testimonis de sentència es trobaven a l'Expedient de Règim, si bé s'inclouïen de forma separada pel volum de la informació continguda. Inclouïen (i havia de valorar-se a efectes de puntuar els diferents ítems del PCL:SV) els esdeveniments ocorreguts al judici, arguments dels acusats, testimonis de les víctimes, testimoni de pèrits, lletrats, Ministeri Fiscal, si estaven disponibles o reflectits a l'acta del propi judici. La informació per tal d'analitzar l'associació entre PCL:SV i dades sociodemogràfiques, criminològiques i penitenciàries també es va obtenir a partir dels arxius de règim i de tractament.

Un cop obtingudes les dades, cada entrevistador/observador avaluava cadascun dels ítems de forma independent, un cop valorada la informació de l'entrevista i la procedent dels arxius penitenciaris, ometent aquells ítems que no podien ser avaluats per l'absència d'informació o la poca fiabilitat d'aquesta.

#### C.4. Administració de les proves QPe, KSP i SCSR:

En una segona fase d'administració de proves, un total de 60 interns d'aquesta submostra van respondre el Qüestionari de Psicopatia, versió experimental (QPe), l'Escala de Factor "g" de Matrius progressives de Raven (N=89), les escales de Sensibilitat al Càstig i Sensibilitat a la Recompensa (SCSR) (N=60) i les escales de Personalitat del Karolinska (KSP) (N=60) (veure Annexos 3, 4 i 5).

La majoria d'interns que van contestar les proves ho van fer en un matí en sessions d'administració col·lectiva. La resta, per incompareixença voluntària (amb o sense contestar prèviament el PCL:SV/PCL-R) o per problemes logístics (citació a judici, regressió de grau, sancions, activitat a presó, no disponibilitat de monitors o psicòlegs/logas per al trasllat dels interns des dels Mòduls) no van realitzar les proves. L'administració era conjunta, iniciant primer el test de les Matrius progressives i posteriorment, les proves de personalitat.

L'administració d'aquestes proves fou col·lectiva, en tandes de 20 interns cada cop. És a dir, en grups de 20 interns, vam fer tres administracions en tres dies diferents, per a completar els 60 subjectes de la investigació.

Pel que fa a la temporalització, les quatre proves (Raven, QPe, SCSR i KSP) es feien pel mateix subjecte el mateix dia i en el mateix moment (matí o tarda). La

seva distribució era la següent: Raven, QPe, SCSR i KSP. Després del Raven hi havia un breu descans de deu-quinze minuts. Les proves s'anaven lliurant per a la seva implementació d'una en una, i a mesura que tot el grup acabava una prova, es lliurava la següent. Els interns eren ubicats, dins cada grup de vint, en taules separades i amb espai suficient entre elles, i es repartia un llapis a cada taula. Es passava intermitentment per les taules per a comprovar el correcte compliment dels qüestionaris, sobretot en el cas del Raven. S'aprofitava l'entrega dels qüestionaris respostes per comprovar la concordança de les dades d'identificació.

El temps total era de dues hores i mitja. A diferència de l'anterior prova (Raven), en les proves de personalitat s'explicava que no hi havia respostes "vertaderes o falses" sinó respostes "que s'ajustaven a la manera de ser de cada persona" atès que no tothom és igual i per tant, les respostes no podien ser idèntiques. Se'ls detallava que calia encerclar la resposta que fos correcta en el seu cas, i en cas d'equivocació, calia posar una creu i encerclar l'altra, la correcta; També se'ls demanava que responguessin sense pensar excessivament el significat de cada pregunta.

3.3.1.4 Submostra 4: la submostra 4 d'agressors sexuals provenia d'una mostra d'interns de la presó de Can Bians 1, avaluats dins del medi penitenciari, i d'acord amb l'expedient penitenciari oportú de cada cas. Estaven doncs, en fase de compliment de sentència per delictes estrictament d'agressió i/o abús sexual. Com a les submostres 1 i 2 (Judicial i Psiquiàtrica) es va administrar i puntuar estrictament el PCL:SV, sense altres proves, per part d'un sol avaluador, qui obtenia també les dades col·laterals dels arxius penitenciaris, regimentals i de classificació. Aquest avaluador, que era un dels dos avaluadors del centre que havien participat en la recollida de dades de la submostra 3, tenia expertesa en l'avaluació i tractament d'aquest perfil criminològic (Agressors sexuals).

#### 3.4. ANÀLISI DE DADES

Les dades de l'estudi van ser analitzades amb el paquet estadístic SPSS (Statistical Package for Social Sciences) per a Windows, versió 14.0. Es van calcular els estadístics descriptius dels diferents instruments i proves aplicades, obtenint-se els paràmetres de tendència central i de dispersió (mitjana, desviació estàndard) per les variables contínues. En relació a les Puntuacions Totals del PCL:SV, també es va estudiar la



distribució de puntuacions. Les anàlisis es van fer per a la mostra total i per a cada submostra. En els casos en què el PCL:SV havia estat avaluat per dos avaluadors per calcular la fiabilitat entre avaluadors, es van utilitzar com a puntuacions les puntuacions mitjanes de les dues avaluacions.

Els instruments de mesura en psicologia han de ser fiables, i d'acord amb la teoria clàssica dels tests, busquem, entre d'altres, la fiabilitat de consistència interna, la fiabilitat entre avaluadors i l'error estàndard de la mitjana. La primera (consistència interna) analitza l'homogeneïtat entre ítems que, en cas de ser adequada, indica l'existència d'un constructe homogeni. La segona és una mesura d'objectivitat i descriu el grau en que diversos avaluadors proporcionen resultats similars quan avaluen als mateixos subjectes; quan els resultats són similars en una mateixa persona puntuada per diversos avaluadors concloem que els resultats de la prova no depenen de l'avaluador. Finalment, l'error estàndard de mesura indica la desviació estàndard de les puntuacions observades, si la puntuació verdadera es manté constant. L'error estàndard de mesura (anomenat en anglès "standard error of the mean" (SEM) quantifica les oscil·lacions de la mitjana mostral (Mitjana obtinguda a les dades) al voltant de la mitjana poblacional (verdader valor de la mitjana).

En el present treball, en relació a la fiabilitat de consistència interna, calculàrem l'alfa de Cronbach, la mitjana de correlacions interítem i les correlacions ítem-total corregides. El coeficient alfa de Cronbach mesura l'homogeneïtat dels ítems, és a dir, el grau amb que els ítems avaluen el mateix constructe, la qual cosa depèn de la qualitat dels ítems de cada Factor. És un estadístic que quan més proper és a l'1, més consistència interna ens indica. Té com a limitació que és una funció directa del nombre d'ítems de l'escala. En el present estudi, es van calcular per a cada submostra i per a la mostra total les alfa de les Facetes, dels Factors i de la Puntuació total.

L'anàlisi de la consistència interna també inclogué el càlcul de la mitjana de correlacions inter-ítem. La mitjana de correlacions inter-ítems és un indicador d'homogeneïtat el qual no depèn, a diferència de la alfa de Cronbach, del número d'ítems, per la qual cosa és complementari i reforça el coneixement de la consistència de les diverses escales. En el present estudi, es van calcular per a cada submostra i per a la mostra total les alfa de les Facetes, dels Factors i de la Puntuació total.

Finalment, les correlacions ítem-total corregides ajuden a conèixer la contribució de cada ítem a la puntuació de l'escala. Com més s'apropen a 1 els seus valors, major és

l'associació de l'ítem amb el total de l'escala. En el present estudi, aquest estadístic es va calcular per al total de l'escala en la mostra total.

Pel que fa a la fiabilitat intervaluadors aquesta es va calcular per a cadascun dels ítems, per a les facetes, per als Factors i per a la puntuació total amb el coeficient de correlació intraclasse individual i promig, a partir de les puntuacions de l'entrevistador i de l'observador. El ICC es considera generalment baix quan  $x \leq 0,40$ ; d'acceptable a bo entre  $0,75 > x > 0,40$ , i elevat o excel·lent quan  $x \geq 0,75$ .

Finalment, l'error estàndard de la mesura (SEM, en anglès) es va calcular per a la puntuació total, en les submostres i en la mostra total.

Pel que fa a la validesa, aquesta mesura la capacitat d'un instrument per a mesurar allò que realment pretén mesurar, en el nostre cas, el constructe de psicopatia. En aquest treball es va analitzar la validesa estructural, la validesa concurrent, i les valideses convergent i discriminant.

La validesa estructural es va analitzar amb la mostra total mitjançant l'estudi de a) les correlacions entre ítems; b) correlacions entre les puntuacions de les facetes, els Factors i total; c) anàlisis factorials exploratòries, concretament, anàlisis de components principals amb rotació obliqua Oblimin, forçant solucions de dos, tres i quatre Factors; i d) anàlisis factorials confirmatòries. En aquest darrer cas, es va fer servir el software MPLUS.

Pel que fa a les anàlisis confirmatòries, els índexs d'ajustament per als models examinats, van ser els següents: CFI (*Comparative-fit Index*), el TLI (índex de Tucker-Lewis, 1975), el SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) i el RMSEA (*Root Mean Square Error of Aproximation*, de Steiger i Lind, 1980).

La validesa concurrent pretén cercar la associació entre l'instrument avaluat i altres mesures que pretenen mesurar el mateix constructe. L'anàlisi de la validesa de criteri concurrent es va fer a partir del càlcul de les correlacions entre les puntuacions (Facetes, Factors i total) del PCL:SV i les obtingudes amb un instrument que mesura trets idèntics, com és el PCL-R, del qual el PCL:SV n'és un derivat.

La validesa convergent i discriminant es va calcular a partir de les correlacions entre les puntuacions del PCL:SV i els instruments de mesura (autoinformes) que es relacionen

amb personalitat, com són les Escales KSP, QP i SCSR, i amb intel·ligència (Raven). També es van calcular les correlacions amb variables sociodemogràfiques, criminològiques, penitenciàries i delictives. En alguns casos es van calcular coeficients de correlació de Pearson i en altres la prova no paramètrica Tau de Kendall.

En totes les anàlisis, a més de considerar la Puntuació Total i les puntuacions en cada Factor (Interpersonal/Afectiu i Estil de vida/Antisocial), es van considerar les quatre facetes (Interpersonal, Afectiva, Estil de vida i Antisocial), atès que tot i que aquestes no figuren al Manual, estudis posteriors dels propis autors ja les han pres en consideració.

## 4. RESULTATS

### 4.1. Descriptius

A la Taula 7 es presenten les mitjanes i les desviacions típiques per a cada submostra i per tota la Mostra, de les puntuacions en les Facetes, els Factors i la Puntuació total.

Taula 7. Estadístics descriptius del PCL:SV, per submostres i de tota la Mostra.

Escala	n	SUBMOSTRA 1	SUBMOSTRA 2	SUBMOSTRA 3	SUBMOSTRA 4	PUNTUACIÓ
		JUDICIAL (44-51)	PSIQUIÀTRICA (15-18)	PENITENCIÀRIA 163-173	AGR. SEXUALS 152	TOTAL (374-394)
FACETA 1 Interpersonal	Mitjana	2,14	1,65	2,27	2,11	2,16
	DE	1,97	1,94	1,83	1,91	1,89
FACETA 2 Afectiva	Mitjana	4,49	3,18	4,17	4,41	4,27
	DE	1,48	2,01	1,63	1,58	1,63
FACETA 3 Estil de vida	Mitjana	4,13	3,94	3,68	2,94	3,46
	DE	1,96	1,98	1,77	1,83	1,87
FACETA 4 Antisocial	Mitjana	3,55	3,27	3,48	1,55	2,70
	DE	1,89	1,79	1,92	1,89	2,12
FACTOR 1 Interpersonal/ Afectiu	Mitjana	6,49	4,83	6,32	6,52	6,35
	DE	2,84	2,98	2,89	2,95	2,92
FACTOR 2 Estil de vida / Antisocial	Mitjana	7,72	7,44	7,26	4,49	6,25
	DE	3,39	3,26	3,26	3,41	3,61
Puntuació TOTAL	Mitjana	14,35	12,17	13,75	11,01	12,70
	DE	4,92	5,18	5,03	5,28	5,29

Per Facetes, la submostra 3 té la mitjana més elevada de puntuació a la Faceta 1 o Interpersonal (2,27), sent la submostra 1 (Judicial) la que més puntuava a la Faceta 2 o Afectiva (4,49), les submostres 2 i 1 a la Faceta 3 o d'Estil de vida (3,94 i 4,13 respectivament), i finalment la submostra Judicial mostraria la mitjana de puntuació més elevada (3,55) en la Faceta 4 o Antisocial.

Per Factors, a la Taula 7 les submostres 4 i 1 obtenen unes puntuacions similars, pel que fa al Factor 1 (6,52 i 6,49 respectivament), destacant la baixa puntuació relativa de la submostra 2 (Psiquiàtrica) amb una mitjana de 4,83. El Factor 2, curiosament, evidencia puntuacions similars a les submostres 1, 2 i 3 (7,72, 7,44 i 7,26 respectivament), amb una

puntuació a la submostra 4 (Agressors sexuals) amb una mitjana de 4,49, clarament inferior. És a dir, puntuen menys en Estil de vida inestable/Antisocial. Finalment, les Puntuacions totals, per mostres, són més elevades també a les submostres 1, 3 i 2 (14,35, 13,75 i 12,17 respectivament) que a la submostra d'Agressors sexuals (11,01). Pel que fa a la Mostra Total, s'observa una mitjana grupal més elevada a la Faceta 2 (Afectiva). El Factor 1 és discretament més elevat que el Factor 2 (6,35 i 6,25 respectivament), amb una Puntuació total mitjana de  $12,70 \pm 5,29$ .

La distribució de les Puntuacions totals del PCL:SV a les diferents submostres (veure a continuació, Figures 6, 7, 8 i 9) evidencia una distribució similar a la corba de Gauss de normalitat, si bé en la submostra 2, com veurem al llarg de l'exposició de resultats, l'escassetat de subjectes ha parcel·lat aquesta distribució en diverses columnes amb poca continuïtat entre elles. A la distribució de puntuacions del PCL:SV de tota la Mostra (Figura 9) sí que s'observa una corba propera a la normal (recordem que la mitjana de puntuacions era 12,70, amb una desviació estàndard: 5,29) sent el màxim possible del PCL:SV: 24 i el punt de tall establert igual o superior a 18 (Hart, Cox i Hare, 1995)

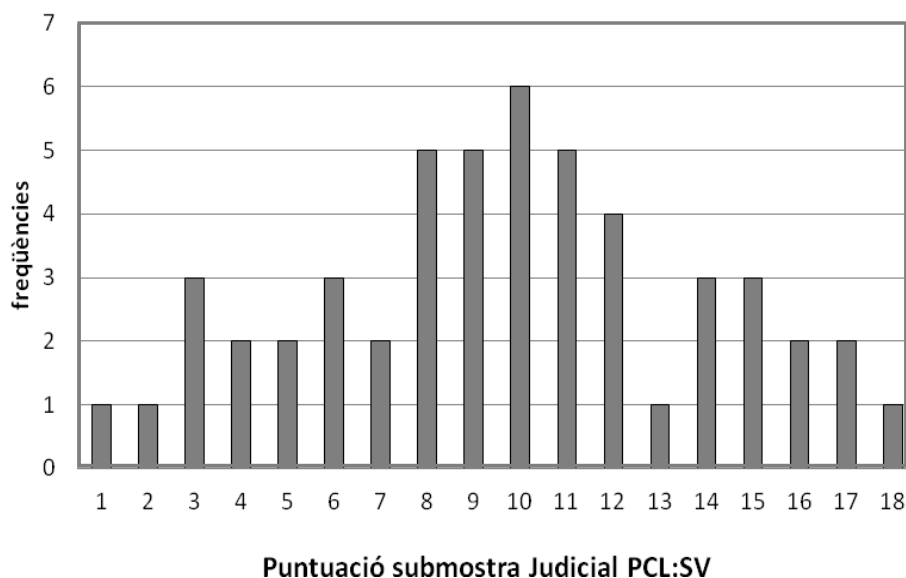


Figura 6. Distribució Puntuacions totals del PCL:SV a la submostra 1 (Judicial) (n=51).

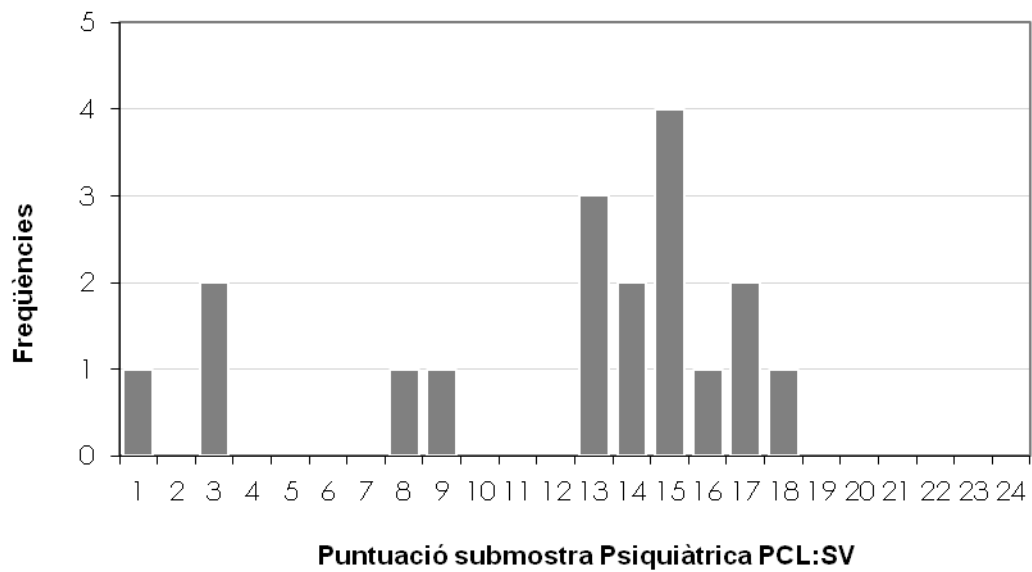


Figura 7. Distribució Puntuacions totals del PCL:SV a la submostra 2 (Psiquiàtrica) (n=18).

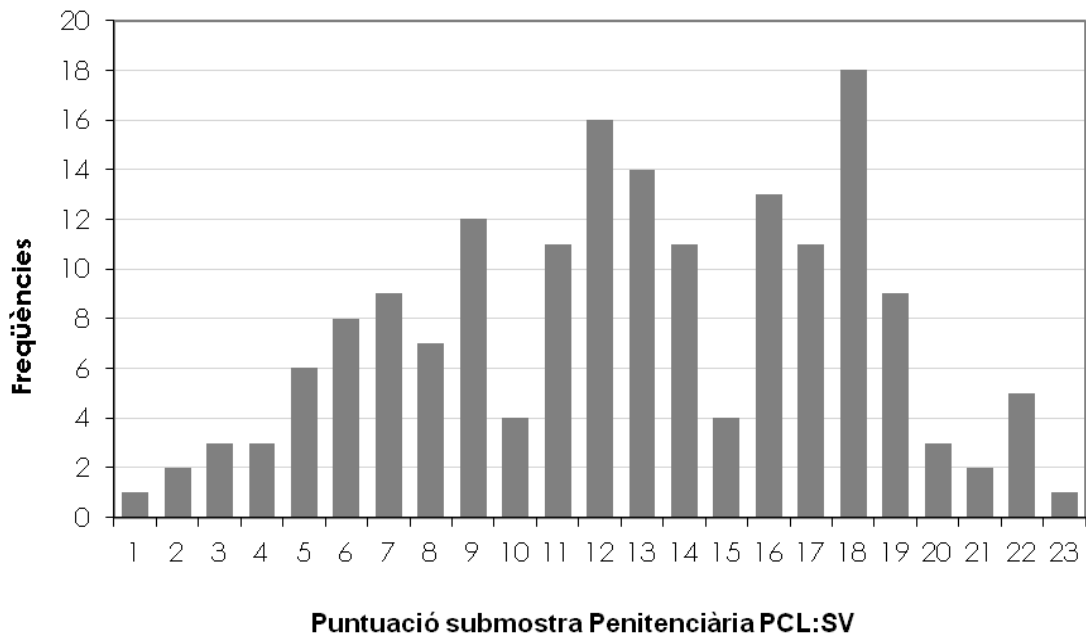


Figura 8. Distribució Puntuacions totals del PCL:SV a la submostra 3 (Penitenciària) (n=173).

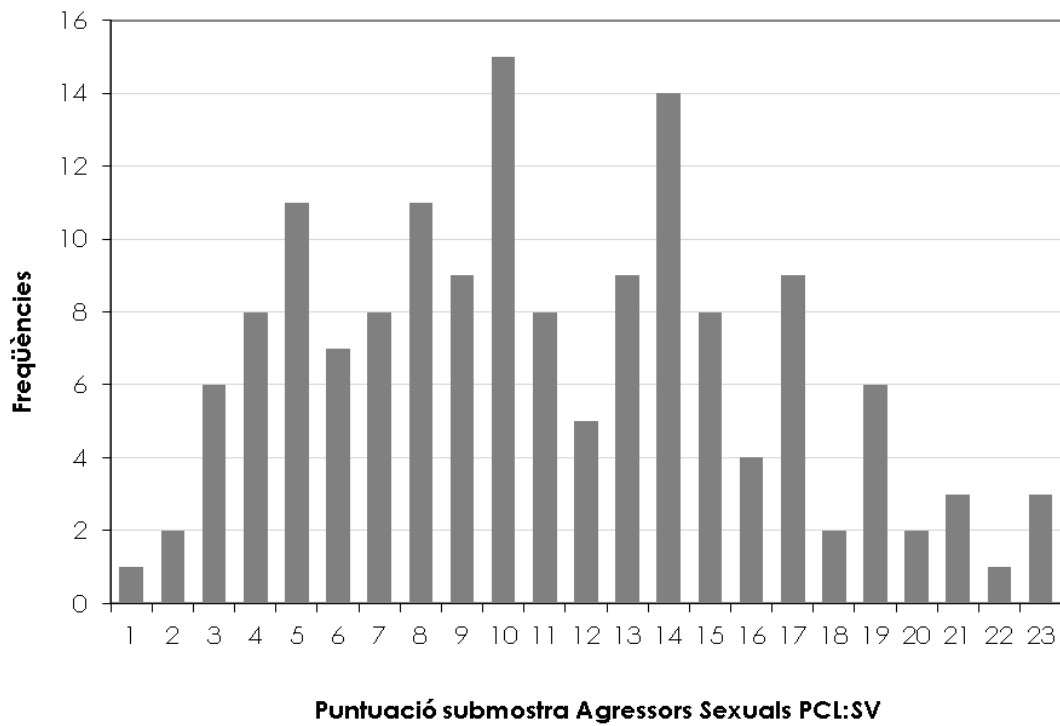


Figura 9. Distribució Puntuacions totals del PCL:SV a la submostra 4 (Agressors sexuals) (n=152).

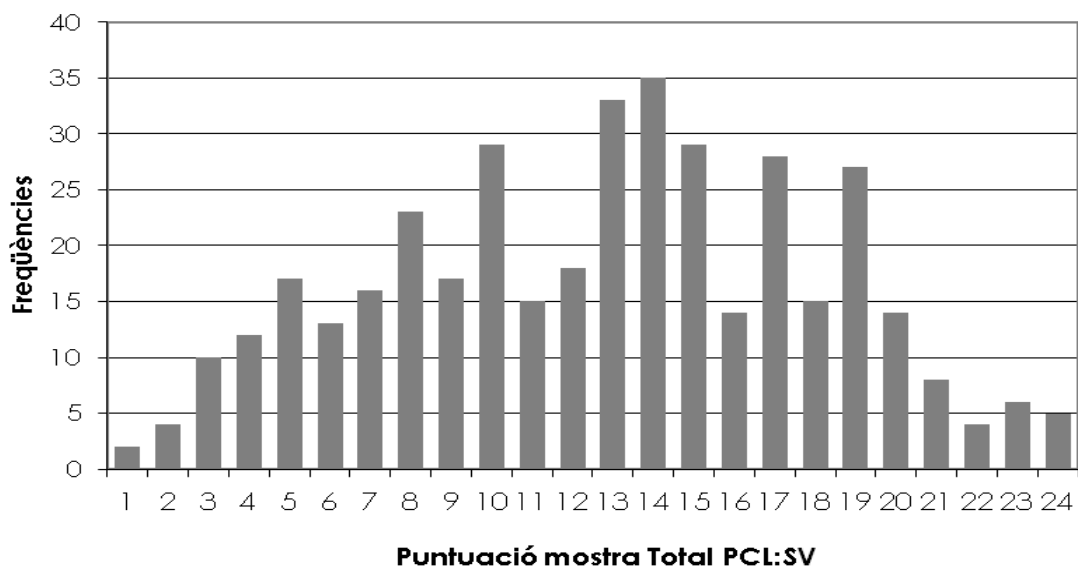


Figura 10. Distribució Puntuacions totals del PCL:SV a la Mostra Total (n=394).

La Taula 8 mostra les mitjanes i desviacions estàndard de les submostres i de la mostra Total, per cadascun dels ítems del PCL:SV. Pel que fa a la mostra total, destacar que les mitjanes de puntuacions més elevades corresponen a l'ítem 4 (*Ausencia de remordimiento*: 1,56), l'ítem 6 (*No aceptación de responsabilidades*: 1,43) i als ítems 5 (*Ausencia de empatía*: 1,27) i 7 (*Impulsivo*: 1,38), els tres primers dels quals formen part de la faceta Afectiva, nuclear dins el perfil psicopàtic de les classificacions actuals. La puntuació mitjana més baixa correspondria als ítems 1 i 2 (*Superficial* i *Vanidoso*: 0,53 i 0,64 respectivament, ambdós de la faceta 1).

Per submostres, a la 4 (Agressors Sexuals) observem els ítems 7 al 12 (Faceta Estil de vida inestable i Faceta Antisocial) amb puntuacions sensiblement més baixes que la resta de submostres. Les mostres 1 (en fase pre-judicial) i 3 (ja amb sentència i compliment penitenciari) mostren resultats similars.

Taula 8. Mitjana i desviació estàndard de les submostres i de la Mostra total.

		SUBMOSTRES				MOSTRA TOTAL
		JUDICIAL	PSIQUIÀTRICA	PENITENCIÀRIA	AG. SEXUALS	
1. Superficial	Mitjana	0,54	0,28	0,58	0,50	0,53
	DE	0,73	0,67	0,71	0,76	0,73
2. Grandiosidad	Mitjana	0,71	0,56	0,80	0,44	0,64
	DE	0,81	0,71	0,80	0,74	0,79
3. Manipulador	Mitjana	0,94	0,82	0,87	1,16	0,99
	DE	0,84	0,81	0,72	0,79	0,78
4. Carece de remordimiento	Mitjana	1,61	1,28	1,56	1,58	1,56
	DE	0,67	0,90	0,65	0,66	0,67
5. Carece de empatía	Mitjana	1,53	0,76	1,18	1,35	1,27
	DE	0,64	0,75	0,72	0,75	0,74
6. No acepta responsabilidades	Mitjana	1,35	1,11	1,44	1,49	1,43
	DE	0,77	0,68	0,65	0,62	0,66
7. Impulsivo	Mitjana	1,53	1,17	1,39	1,34	1,38
	DE	0,78	0,92	0,73	0,66	0,72
8. Pobre autocontrol de la conducta	Mitjana	1,30	1,33	1,26	0,68	1,05
	DE	0,84	0,77	0,79	0,82	0,86
9. Carece de objetivos	Mitjana	1,20	1,56	1,09	0,82	1,02
	DE	0,85	0,71	0,79	0,91	0,86
10. Irresponsable	Mitjana	1,40	1,29	1,19	0,78	1,06
	DE	0,74	0,77	0,73	0,77	0,79
11. Conducta antisocial EN la adolescencia	Mitjana	1,00	0,87	1,02	0,38	0,75
	DE	0,80	0,83	0,86	0,74	0,86
12. Conducta antisocial adulta	Mitjana	1,29	1,11	1,23	0,49	0,94
	DE	0,73	0,76	0,78	0,76	0,84



A la Taula 9 podem observar el percentatge de casos amb diagnòstic de psicopatia a la Mostra total i a les diferents submostres de la Tesi, prenent com a punt de tall una puntuació igual o superior a 18. A la submostra PENITENCIÀRIA es van elegir els subjectes de forma aleatòria, mentre que a les submostres forenses JUDICIAL, PSQUIÀTRICA i d'AGRESSORS SEXUALS, la selecció no fou randomitzada.

Taula 9. Percentatges de psicopatia (PCL:SV) de la Mostra i submostres (Tesi).

	<b>PCL:SV</b> x <sub>≥18</sub>
<b>MostresTESI</b>	
Submostra 1: JUDICIAL	23,60%
Submostra 2: PSQUIÀTRICA	5,60%
Submostra 3: PENITENCIÀRIA	28,30%
Submostra 4: AGR.SEXUALS	11,18%
<b>Mostra TOTAL</b>	<b>20,05%</b>

El percentatge total de casos amb puntuació  $\geq 18$  n(possible diagnòstic clínic de psicopatia) de la nostra Mostra (n=394) és del 20,05%. Per submostres, la submostra 1 (JUDICIAL), amb casos avaluats en fase per-judici oral, i amb alguna comorbiditat amb patologia psiquiàtrica, el percentatge era del 23,60%, mentre que el més elevat correspon a la submostra 3 (PENITENCIÀRIA) d'interns en fase de compliment de sentència a centre penitenciari (28,30%). La submostra 2 de la tesi (PSQUIÀTRICA) mostra un percentatge de psicopatia: 5,6% i realment correspondria a les mesures de seguretat judicial aplicades als/les interns/es, en casos d'inimputabilitat (aplicació d'una eximent completa de responsabilitat penal). Finalment, la submostra 4 (AGRESSORS SEXUALS) de la tesi objectiva un percentatge de psicopatia: 11,18%, el més baix del grup d'individus de l'àmbit forense, també sentenciats ja i en fase de compliment de condemna.

#### 4.2. Anàlisi de fiabilitat

En relació a la fiabilitat (PCL:SV) es va analitzar: (a) la consistència interna (o grau d'homogeneïtat dels ítems) amb l'alfa de Cronbach, la mitjana de correlacions inter-ítem i la correlació ítem-total, en aquest darrer cas només per a tota la mostra, (b) la fiabilitat intervaluadors (que mesura el grau d'acord de diferents avaluadors avaluant el mateix subjecte), i finalment (c) l'error estàndard de mesura (EEM).

#### 4.2.1 Fiabilitat de consistència interna

En relació als estadístics alfa de Cronbach i la mitjana de correlacions inter-ítem per a tota la mostra, els valors foren acceptables tant per a les facetes, com per als Factors i la puntuació total, essent indicadores de bona consistència interna (Taula 10). Per altra banda, les anàlisis per submostres mostraren bons nivells de consistència interna (alfa i mitjana de correlacions inter-ítem en totes les escales per a les submostres 3 i 4 i algun valors lleugerament inferiors als desitjables en la submostra 1 (Faceta 2) i en la submostra 2 (Faceta 4) (veure Taules 11, 12, 13 i 14).

Taula 10. Alfa de Cronbach i Mitjana de correlacions Inter-ítem de les Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV per a la Mostra total (n= 360-390).

	alfa de Cronbach	Mitjana de correlacions Inter-ítem
PCL:SV FACETA 1	0.76	0,51
PCL:SV FACETA 2	0.69	0,43
PCL:SV FACETA 3	0.70	0,43
PCL:SV FACETA 4	0.77	0,53
PCL:SV FACTOR 1	0.75	0,33
PCL:SV FACTOR 2	0.83	0,45
PCL:SV TOTAL	0.81	0,26

Taula 11. Alfa de Cronbach i Mitjana de correlacions Inter-ítem de les Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV per a la submostra 1 (Judicial) (n=41- 50).

	alfa de Cronbach	Mitjana de correlacions Inter-ítem
PCL:SV FACETA 1	0,78	0,55
PCL:SV FACETA 2	0,50	0,26
PCL:SV FACETA 3	0,76	0,51
PCL:SV FACETA 4	0,71	0,45
PCL:SV FACTOR 1	0,68	0,25
PCL:SV FACTOR 2	0,80	0,41
PCL:SV TOTAL	0,76	0,22

Taula 12. Alfa de Cronbach i Mitjana de correlacions Inter-ítem de les Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV per a la submostra 2 (Psiquiàtrica) (n=12 -17).

	alfa de Cronbach	Mitjana de correlacions Inter-ítem
PCL:SV FACETA 1	0,84	0,65
PCL:SV FACETA 2	0,79	0,57
PCL;SV FACETA 3	0,75	0,52
PCL:SV FACETA 4	0,55	0,29
PCL:SV FACTOR 1	0,75	0,32
PCL:SV FACTOR 2	0,81	0,42
PCL:SV TOTAL	0,85	0,31

Taula 13. Alfa de Cronbach i Mitjana de correlacions inter-ítem de les Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV per a la submostra 3 (Penitenciària) (n=155-171).

	alfa de Cronbach	Mitjana de correlacions Inter-ítem
PCL:SV FACETA 1	0,76	0,52
PCL:SV FACETA 2	0,73	0,48
PCL;SV FACETA 3	0,69	0,43
PCL:SV FACETA 4	0,70	0,44
PCL:SV FACTOR 1	0,75	0,34
PCL:SV FACTOR 2	0,80	0,40
PCL:SV TOTAL	0,80	0,25

Taula 14. Alfa de Cronbach i Mitjana de correlacions inter-ítem de les Facetes, Factors i puntuació Total del PCL:SV per a la submostra 4 (Agressors Sexuals) (n=152).

	alfa de Cronbach	Mitjana de correlacions Inter-ítem
PCL:SV FACETA 1	0,78	0,55
PCL:SV FACETA 2	0,67	0,40
PCL;SV FACETA 3	0,67	0,40
PCL:SV FACETA 4	0,75	0,50
PCL:SV FACTOR 1	0,77	0,35
PCL:SV FACTOR 2	0,82	0,44
PCL:SV TOTAL	0,83	0,28

Respecte a la correlació ítem-total per al total de la mostra, que avalua la relació o capacitat de discriminar de cada ítem respecte de la puntuació total del constructe, en el nostre cas, i tret de l'ítem 6 ("No acepta responsabilidades"), a la Taula 15 observem que les correlacions oscil·len entre 0,34 (ítem 1: "Superficial") i 0,63 (ítem 12: "Conducta antisocial adulta"), superiors a 0,30 que és el llindar per considerar acceptables les correlacions. També cal destacar que els ítems del Factor 2 presentaven, en línies generals, correlacions ítem-total corregides més elevades que els del Factor 1.

Taula 15: Correlació ítem-total de la mostra Total.

PCL:SV	Correlació ítem-Total corregida
1. Superficial	0.34
2. Grandiosidad	0.39
3. Manipulador	0.36
4. Carece de remordimiento	0.49
5. Carece de empatía	0.52
6. No acepta responsabilidades	0.24
7. Impulsivo	0.44
8. Pobre autocontrol de la conducta	0.37
9. Carece de objetivos	0.56
10. Irresponsable	0.53
11. Conducta antisocial en la adolescencia	0.57
12. Conducta antisocial adulta	0.63

#### 4.2.2 Fiabilitat entre avaluadors:

Els coeficients de correlació intraclasse, per analitzar la fiabilitat interavaluadors (ICC1/ICC2) han estat força acceptables, sent més elevats els promig (ICC2) que els individuals (ICC1). Com a d'altres estadístics, les Facetes 3 i 4 (Estil de vida i Antisocial, respectivament) són les que presenten valors més elevats a ICC1 (0,86/0,87) i a ICC2 (0,93/0,94). Per Factors, el Factor 2 és més elevat respecte al Factor 1 tant a la ICC1 (0,95/0,72) com en l'ICC2 (0,98/0,84). Pel que fa als ítems, destacar que en l'ítem 6 ("No acepta responsabilidades") fou on s'observà la concordança entre avaluadors més baixa. La fiabilitat Inter avaluadors de la puntuació Total és també força acceptable: 0,89/0,94 respectivament (Veure Taula 16).

Finalment, i pel que fa a les Puntuacions Totals, l'ICC2 i l'ICC1 mostren respectivament unes elevades concordances (0,94 i 0,89) la qual cosa també enforteix la fiabilitat del PCL:SV pel que fa a diferents entrevistadors en un mateix subjecte.

Taula 16. Fiabilitat inter-avaluadors. Coeficients de Correlació Intraclasse, individual (ICC1) i promig (ICC2), per cadascun dels Ítems, Facetes, Factors i Puntuació Total del PCL:SV (n=19).

	ICC1 INDIVIDUAL	ICC2 PROMIG
1: Superficial	0,68	0,81
2: Grandiosidad	0,80	0,89
3: Manipulador	0,72	0,84
4: Carece de remordimiento	0,86	0,92
5: Carece de empatía	0,72	0,83
6: No acepta responsabilidades	0,33	0,49
7: Impulsivo	0,73	0,85
8: Pobre autocontrol de conducta	0,77	0,87
9: Carece de objetivos	0,82	0,90
10: Irresponsable	0,70	0,82
11: Conducta antisocial en la adolescencia	0,88	0,94
12: Conducta antisocial adulta	0,82	0,90
FACETA 1: Interpersonal	0,84	0,92
FACETA 2: Afectiva	0,73	0,85
FACETA 3: Estilo de vida	0,86	0,93
FACETA 4: Antisocial	0,87	0,94
FACTOR 1	0,72	0,84
FACTOR 2	0,95	0,98
PUNTUACIÓ TOTAL:	0,89	0,94

#### 4.2.3 Error Estàndard de Mesura

En la Taula 17 observem les puntuacions corresponents a l'error estàndard de mesura (EEM) que es calcula dividint la desviació estàndard per l'arrel quadrada d'1 menys l'alfa de Cronbach. Els valors per les submostres han estat 2,41 (1: Judicial), 2,18 (2: Psiquiàtrica), 2,26 (3: Penitenciària) i 2,17 (4: Agressors Sexuals) i 2,33 per la mostra Total.

Taula 17. Error estàndard de mesura (EEM) de la Mostra total (n=394) i de les submostres.

	EEM
Submostra 1: Judicial	2,41
Submostra 2: Psiquiàtrica	2,18
Submostra 3: Penitenciària	2,26
Submostra 4: Agressors Sexuals	2,17
<b>TOTAL</b>	<b>2,33</b>

### 4.3. Anàlisi de validesa

#### 4.3.1. Validesa estructural

##### A. Correlacions entre ítems

La matriu de correlacions entre ítems (Taula 18) mostra en general una correlació positiva entre la majoria d'ítems, amb elevada significació. Així trobem una associació elevada (0,65\*\*) de l'ítem 1 (*Superficial*) amb el 2 (*Grandiosidad*) i entre el 11 (*Conducta antisocial adolescente*) i el 12 (*Conducta antisocial adulta*) amb una  $r=0,70^{**}$ , sent aquestes les associacions més robustes.

En general, els ítems del Factor 2 (7: *Impulsivo*; 8: *Pobre control de conducta*; 9: *Ausencia de objetivos*; 10: *Irresponsable*; 11: *Conducta antisocial adolescente* i 12: *Conducta antisocial adulta*) mostren correlacions entre ells més elevades que les observades entre els ítems del Factor 1. l'associació entre els ítems 1 (*Superficial*) i 3 (*Mentiroso/Manipulador*) amb  $r=0,48^{**}$ , i entre l'ítem 2 i l'ítem 3 (*Grandiosidad* i *Mentiroso/Manipulador*) amb  $r=0,41^{**}$ , ens donen uns coeficients també força elevats.

La matriu de correlacions entre Facetes, Factors i puntuació Total de la PCL:SV (Taula 19), mostra en general, correlacions amb una elevada significació ( $p<0,001$ ). Com era d'esperar, les correlacions entre les Facetes 3 (Estil de vida) i 4 (Antisocial) mostren elevades correlacions amb el Factor 2, a l'igual que les Facetes 1 (Interpersonal) i 2 (Afectiva) amb el Factor 1, sent menors les altres correlacions creuades però igualment altament significatives.

Taula 18. Matriu de correlacions entre els ítems del PCL:SV.

ÍTEMS PCL:SV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ítem 1	1										
Ítem 2	0,65**	1									
Ítem 3	0,48**	0,41**	1								
Ítem 4	0,25**	0,28**	0,29**	1							
Ítem 5	0,20**	0,25**	0,39**	0,57**	1						
Ítem 6	0,10*	0,12*	0,22**	0,42**	0,28**	1					
Ítem 7	0,03	0,07	0,09	0,16**	0,24**	0,02	1				
Ítem 8	-0,04	0,07	-0,03	0,16**	0,18**	0,06	0,29**	1			
Ítem 9	0,06	0,08	0,19**	0,26**	0,36**	0,08	0,42**	0,33**	1		
Ítem 10	0,17**	0,25**	0,16**	0,22**	0,27**	0,09	0,40**	0,35**	0,48**	1	
Ítem 11	0,04	0,13*	0,09	0,24**	0,23**	0,02	0,48**	0,47**	0,57**	0,43**	1
Ítem 12	0,17**	0,26**	0,17**	0,30**	0,29**	0,11*	0,36**	0,42**	0,50**	0,44**	0,70**

r Pearson (\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ )

Taula 190. Matriu de correlacions entre Facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV (Mostra total) (n=360).

	FACETA 1	FACETA 2	FACETA 3	FACETA 4	FACTOR 1	FACTOR 2	Puntuació Total
FACETA 2	0,37**						
FACETA 3	0,20**	0,32**					
FACETA 4	0,12**	0,28**	0,65**				
FACTOR 1	0,83**	0,79**	0,30**	0,23**			
FACTOR 2	0,19**	0,33**	0,89**	0,92**	0,29**		
Puntuació Total	0,60**	0,65**	0,78**	0,76**	0,72**	0,85**	

r Pearson (\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ )

És important remarcar doncs que, en general, (a) les correlacions entre les facetes i el Factors als qual pertanyen eren superiors a les correlacions a l'altre Factors, i (b) cada faceta correlaciona més amb l'altre faceta del Factor al qual pertany, que amb les altres facetes.

## B. Estructura Factorial

L'anàlisi factorial (AF) és un mètode estadístic que pretén, dins d'una mostra, reduir variables a un nombre acceptable, agregant-les i facilitant la comprensió de l'estructura subjacent o variables *latents* (anomenades "Factors"). L'AF permet, a més d'explorar aquestes variables *latents*, *disminuir redundàncies* (d'informació), poder ser inclòs en *estudis complexos* (regressió per ex.) *mesurar variables no observades* o constructes teòrics, o per augmentar la *validesa i avaluació d'escalles de percepció subjectiva* (convergent, discriminant, consistència interna).

Finalment, pot servir per a valorar l'estructura *dimensional* d'un test (Ferrando i Anguiano-Carrasco, 2010), a partir de les puntuacions dels seus ítems.

L'AF pot ser *explorativa* (AFE) o *confirmatòria* (AFC). L'*explorativa* parteix de les dades i genera un *model* mentre que l'*AFC* parteix d'un *model* i intenta *explicar les dades*.

### B.1 Anàlisi Factorial Exploratori (AFE)

Dins dels mètodes d'extracció de factors ("latents") a l'AFE, per tal d'explicar millor una estructura supranominal com la psicopatia, es pot utilitzar el *mètode de components principals*, on les contribucions (*Factor loading*) són calculades utilitzant el quadrat de les correlacions múltiples, com a estimació de les comunalitats. El *kaiser-criterion* determina que es tinguin en compte factors amb un valor propi (*eigenvalue*) superior o igual a 1.

El mètode de rotació de factors pot ser ortogonal (Varimax, per ex.) que implica independència o absència de correlació entre factors (forçada) i facilita la seva interpretació, o obliqua (Promax o Oblimin). Sempre es manté constant el percentatge de variància explicada, tot i que es modifiqui el "pes" de cada factor de forma parcial, amb les diferents rotacions.

Per tal d'avaluar l'estructura factorial o interna del PCL:SV, es van considerar de forma conjunta les quatre submostres estudiades (*Judicial, Psiquiàtrica, Penitenciària i d'Agressors Sexuals*) per tal d'augmentar la robustesa i validesa estructural dels resultats. A banda de la consistència interna i de l'homogeneïtat dels ítems, demostrada amb altres estadístics ja esmentats, amb l'AF es pretén doncs, demostrar



que, a banda d'un constructe d'ordre superior (psicopatia), hi ha factors intercorrelacionats.

Al Manual Hart, Cox i Hare, 1995) es descriuen dos factors correlacionats: un factor que englobava trets afectius i interpersonals nuclears del trastorn, i un segon factor relatiu a un estil de vida inestable, antisocial i socialment desviat. D'acord amb aquests paràmetres, no només s'ha provat l'AFE amb dos factors, sinó que també s'han estudiat solucions amb tres i quatre factors, per tal de veure quina era la solució factorial que millor explicava el constructe. És a dir, que buscàvem quins factors latents agrupaven millor els ítems del PCL:SV.

Es van realitzar anàlisis de components principals dels 12 ítems del PCL:SV amb rotació Oblimin forçant solucions de dos, tres i quatre factors. A més, es va realitzar una anàlisi forçant a tres factors amb els nou ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 i 10) proposats per Cooke i Michie (Skeem i Cooke, 2010a).

En relació a les anàlisis basades en els 12 ítems, abans d'efectuar-se l'AF es va comprovar si les dades eren estadísticament adequades per al fi buscat. Tant la prova de la mesura d'adequació mostral de Kaiser-Meyer-Olkin (= 0,801), com la prova d'esfericitat de Bartlett [(66) = 1491,35,  $p < 0,001$ ], suggerien l'esmentada adequació.

El *scree test* va mostrar l'existència de tres factors amb valors propis  $> 1$  que explicaven un 60,9 % de la variància total. Abans de la rotació, el primer Factor, amb un valor propi de 3,95, explicava un 32,9% de la variància, el segon, amb un valor propi de 2,10, n'explicava un 17,47% i el tercer (valor propi de 1,27) un 10,5%. Un quart factor amb valor propi 0,82, afegia un 6,8% de la variància.

La matriu d'estructura de la solució de dos factors després d'aplicar la rotació Oblimin es pot observar a la Taula 20. És important remarcar que cada ítem presentava les saturacions més elevades en el factor esperat en funció del model bifactorial de la psicopatia. Els sis primers configuraven clarament el Factor Interpersonal/afectiu i els sis darrers el Factor Estil de vida/Antisocial. La variància explicada per aquesta solució va ser del 50,3%. La correlació entre factors va ser de 0,24.

Taula 20. Anàlisi de components principals amb rotació Oblimin dels 12 ítems del PL:SV (solució de 2 factors) (N= 394).

PCL:SV	ANÀLISI FACTORIAL	
	FACTOR 2	FACTOR 1
1: Superficial	0,30	<b>0,75</b>
2: Grandiosidad	0,14	<b>0,73</b>
3: Manipulador	0,12	<b>0,73</b>
4: Carece de remordimiento	0,36	<b>0,64</b>
5: Carece de empatía	0,42	<b>0,61</b>
6: No acepta responsabilidades	0,10	<b>0,45</b>
7: Impulsivo	<b>0,66</b>	0,11
8: Pobre autocontrol de conducta	<b>0,65</b>	0,02
9: Carece de objetivos	<b>0,76</b>	0,25
10: Irresponsable	<b>0,67</b>	0,30
11: Conducta antisocial en la adolescencia	<b>0,84</b>	0,14
12: Conducta antisocial adulta	<b>0,78</b>	0,31

La Taula 21 mostra la matriu d'estructura de la solució de tres factors després d'aplicar la rotació Oblimin, Es pot observar que en aquest cas els ítems interpersonals saturaven al Factor 2, els ítems afectius en el tercer i els d'estil de vida i antisocials al Factor 1. La correlació entre Factors va ser:  $r (F1-F2) = 0,16$ ;  $r (F1-F3) = 0,23$ ;  $r (F2-F3) = 0,27$ .

Taula 21. Anàlisi de components principals amb rotació Oblimin dels 12 ítems del PL:SV (solució de 3 factors) (N= 394).

PCL:SV	ANÀLISI FACTORIAL		
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
1: Superficial	0,08	<b>0,88</b>	0,18
2: Grandiosidad	0,19	<b>0,85</b>	0,19
3: Manipulador	0,13	<b>0,69</b>	0,44
4: Carece de remordimiento	0,30	0,32	<b>0,81</b>
5: Carece de empatía	0,38	0,33	<b>0,75</b>
6: No acepta responsabilidades	0,04	0,11	<b>0,75</b>
7: Impulsivo	<b>0,66</b>	0,06	0,12
8: Pobre autocontrol de conducta	<b>0,64</b>	-0,05	0,12
9: Carece de objetivos	<b>0,75</b>	0,11	0,29
10: Irresponsable	<b>0,68</b>	0,28	0,18
11: Conducta antisocial en la adolescencia	<b>0,85</b>	0,10	0,13
12: Conducta antisocial adulta	<b>0,79</b>	0,26	0,23

La Taula 22 mostra la matriu d'estructura de la solució de quatre factors, després de la rotació. El segon factor i el tercer agrupen respectivament, els ítems de la faceta Interpersonal i de la faceta afectiva, els ítems d'Estil de vida mostren les saturacions més elevades en el primer factor, però aquest també presenta saturacions importants per part dels dos ítems de conducta antisocial. Finalment, el quart Factor presenta saturacions clares i específiques de l'ítem Pobre autocontrol de la conducta a l'hora que saturaven en el Factor 1. Les correlacions entre els factors foren:  $r$  (Factor 1-Factor 2) = 0,22;  $r$  (Factor 1-F3) = 0,23;  $r$  (Factor 1-F4): 0,27;  $r$  (Factor 2-F3) = 0,28;  $r$  (Factor 2-F4): -0,01;  $r$  (F3-F4): 0,03.

Taula 22. Anàlisi de components principals amb rotació Oblimin dels 12 ítems del PCL:SV (solució de 4 factors) (N= 394).

PCL:SV	ANÀLISI FACTORIAL			
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
1: Superficial	0,09	<b>0,89</b>	0,19	-0,09
2: Grandosidad	0,13	<b>0,88</b>	0,22	0,11
3: Manipulador	0,30	<b>0,65</b>	0,41	-0,34
4: Carece de remordimiento	0,30	0,33	<b>0,82</b>	0,08
5: Carece de empatía	0,49	0,30	<b>0,72</b>	-0,09
6: No acepta responsabilidades	-0,04	0,12	<b>0,78</b>	0,09
7: Impulsivo	<b>0,75</b>	0,06	0,08	0,16
8: Pobre autocontrol de conducta	0,38	0,04	0,18	<b>0,79</b>
9: Carece de objetivos	<b>0,81</b>	0,12	0,25	0,26
10: Irresponsable	<b>0,66</b>	0,31	0,18	0,36
11: Conducta antisocial en la adolescencia	<b>0,74</b>	0,16	0,14	<b>0,61</b>
12: Conducta antisocial adulta	<b>0,64</b>	0,33	0,26	<b>0,63</b>

Pel que fa a l'anàlisi de tres factors amb els nou ítems proposats per Cooke i Michie, la mesura d'adequació mostrada de Kaiser-Meyer-Olkin (= 0,731), com a prova d'esfericitat de Bartlett [ $\chi^2(36) = 911,23, p < 0,001$ ], suggerien l'esmentada adequació. El scree test va mostrar l'existència de tres factors amb valors propis  $> 1$  que explicaven un 65,6 % de la variància total. Abans de la rotació, el primer factor, amb un valor propi de 3,07, explicava un 34,06% de la variància, el segon, amb un valor propi de 1,61, n'explicava un 17,88% i el tercer (valor propi de 1,23) un 13,67%.

La Taula 23 mostra la matriu d'estructura de la solució de tres factors, després de la rotació. El Factor 1 englobaria els ítems de la Faceta Interpersonal, el Factor 2, els de l'Antisocial, i el Factor 3, amb correlacions negatives, inclouria essencialment els ítems de la Faceta Afectiva. Les correlacions entre els Factors va ser:  $r$  (Factor 1 – Factor 2) = 0,19;  $r$  (Factor 1 – Factor 3) = -0,28;  $r$  (Factor 2 – Factor 3) = -0,21.

Taula 23. Anàlisi de components principals amb rotació Oblimin dels 9 ítems del PCL:SV segons model de Cooke i Michie (N= 394).

PCL:SV	ANÀLISI FACTORIAL		
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
1: Superficial	<b>0,89</b>	0,10	-0,17
2: Grandiosidad	<b>0,86</b>	0,17	-0,19
3: Manipulador	<b>0,69</b>	0,19	-0,43
4: Carece de remordimiento	0,33	0,29	<b>-0,82</b>
5: Carece de empatía	0,33	0,44	<b>-0,73</b>
6: No acepta responsabilidades	0,12	-0,01	<b>-0,77</b>
7: Impulsivo	0,06	<b>0,77</b>	-0,09
9: Carece de objetivos	0,10	<b>0,80</b>	-0,27
10: Irresponsable	0,28	<b>0,77</b>	-0,16

### B.1 Anàlisi Factorial Confirmatori (AFC)

El model confirmatori (AFC) vol generar un model que sigui compatible amb la matriu de variàncies-covariàncies entre les variables. Es van estudiar, sis models, per tal de veure quin s'ajustava més als resultats obtinguts. En aquest sentit, l'estructura de 12 ítems del PCL:SV es va analitzar mitjançant un model d'un únic factor, un de dos factors (Interpersonal-afectiu, i Estil de vida-antisocial) que era el proporcionat originalment en el manual del PCL:SV, un model de 3 factors amb 12 ítems basat en el factorial exploratori del nostre estudi, un model de tres factors amb 9 ítems (interpersonals, afectius i d'estil de vida) d'acord amb la proposta de Cooke i Michie, i un model de quatre factors amb els 12 ítems.

En relació a l'AFC, cal parlar dels índex d'ajustament, o de la seva bondat, parlant amb precisió. Aquests índex serien el CFI, TLI, SRMR i, RMSEA. El CFI (*Comparative-fit Índex*, en anglès) seria un índex relatiu d'ajustament del model, comparat amb el model Nul (el que no s'ajustaria a res), és a dir, com més gran és punt de tall (PT), millor s'adaptarien les dades al model examinat. Oscil·la entre 0 i 1, de tal manera que amb PT

> 0,9, l'ajustament és *moderat*; amb  $PT > 0,95$ : ajustament és *òptim*; i amb  $PT < 0,90$ , l'ajustament seria *mediocre* i no serviria per a poder defensar el Model. És un dels índex relatius de major ús i millor comportament.

El TLI (Índex de Tucker-Lewis, 1975) mesura l'ajustament també a un model Nul, però premia la parsimònia o senzillesa del model i no resta afectat pel tamany de la mostra. Amb igual PT que els estadístics anteriors.

El SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) Índex és un indicador del rang dels valors residuals estandarditzats entre allò observat i les hipotètiques matrius de covariàncies. No proporciona informació però, sobre la direcció de les discrepàncies entre la matriu de covariàncies i els valors residuals. És acceptable per sota de 0,05 (Batista-Foguet, Coenders i Alonso, 2004).

El RMSEA (*Root Mean Square Error of Aproximation*, de Steiger i Lind, 1980) mesuraria com el model s'ajustaria a les covariàncies poblacionals en cas de tenir-les, o sigui, també premia la parsimònia. Estima l'error d'aproximació al model proposat, és a dir, la discrepància entre la matriu de correlació poblacional i la reproduïda pel model proposat, també d'aquella població. A més, sí es veu afectat pel tamany de la mostra, és a dir, com més petit és el PT, millor és l'ajustament. Per exemple, valors < 0.05 indicarien un bon ajustament, entre  $0.05 < x < 0.08$ : ajustament *raonable, admissible*,  $x < 0,10$  seria *mediocre*, i un valor > a 0.10 seria un ajustament *pobre*.

Un cop descrits els índex d'ajustament per l'AFC, els resultats que hem obtingut han estat els descrits a la Taula 24.

Taula 24. Índexs d'Ajustament dels AFC de diversos models d'estructura factorial del PCL:SV.

MODEL	df	$\chi^2$ ML	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
1: Unifactorial	54	633.447	0.596	0.506	0.125	0.173
2: Bifactorial (Hare)	53	354.840	0.789	0.738	0.081	0.126
3: Trifactorial (Cooke i Michie)	24	85.510	0.927	0.891	0.056	0.084
4: Trifactorial (amb 12 ítems)	51	168.550	0.918	0.894	0.059	0.080
6: Tetraactorial (Hare)	48	146.769	0.931	0.905	0.055	0.076

n=360 ML Estimation (STDYX)

Amb un estudi acurat dels paràmetres de bondat, observem que el model tetractorial (Hare) té un CFI moderat (gairebé òptim), TLI moderat, SRMR gairebé acceptable

(discretament superior a 0,05) i RMSEA raonable (pràcticament òptim), per la qual cosa seria el model que millor s'ajustaria a les dades del nostre estudi, confirmant la validesa de l'estructura de quatre facetes proposades al 2003 per Hare, no incloses al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995). No obstant això, els dos models de tres factors també presenten uns ajustos acceptables, contràriament al que succeeix amb els models de un i dos Factors que presenten índexs d'ajust inacceptables.

A la Figura 11 hem descrit les correlacions (i grau d'associació) de cadascun dels ítems amb el seu factor, en l'AFC tetrafactorial. Si bé hi ha correlacions baixes (Factor Interpersonal amb (a) Factor 1 Estil de vida: 0,23, o amb (b) Factor 2 Antisocial: 0,19) la resta són moderades o fins i tot elevades, donant per tant una bona consistència al Model.

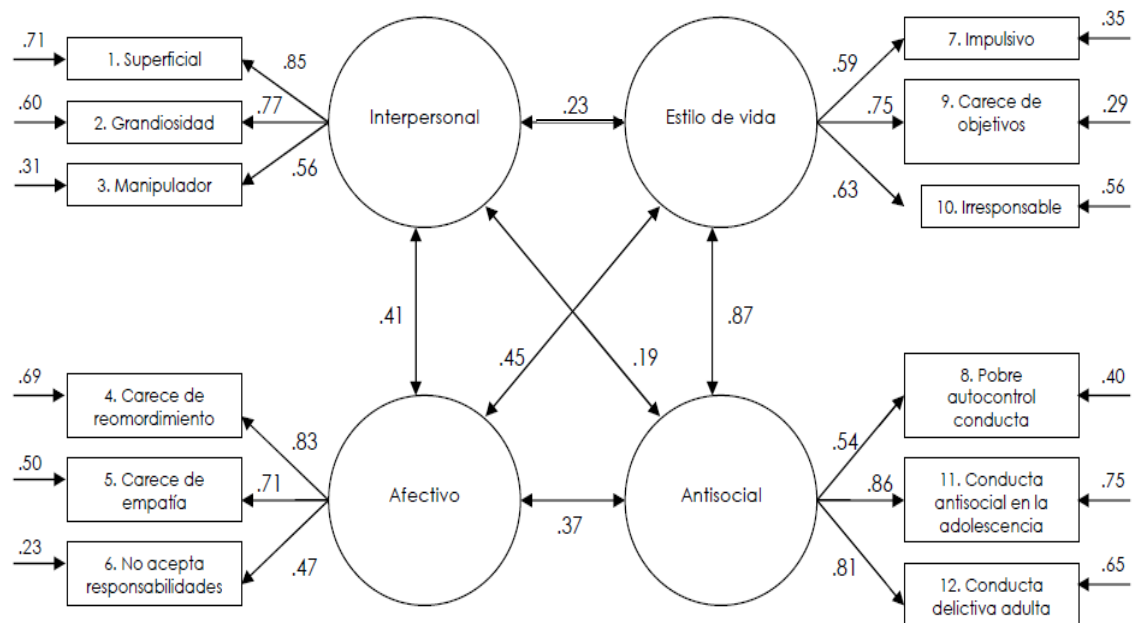


Figura 11. Anàlisi Factorial confirmatòria (4 factors).

No obstant, el model Trifactorial (Cooke i Michie) també podria ser adient als nostres resultats. En les Figures 12 i 13 descrivim respectivament el Model trifactorial, si bé a la Figura 12 "sense els ítems antisocials" mentre que a la Figura 13 el Model trifactorial "inclou" els ítems d'Antisocialitat. Els respectius AFC d'aquest models són:

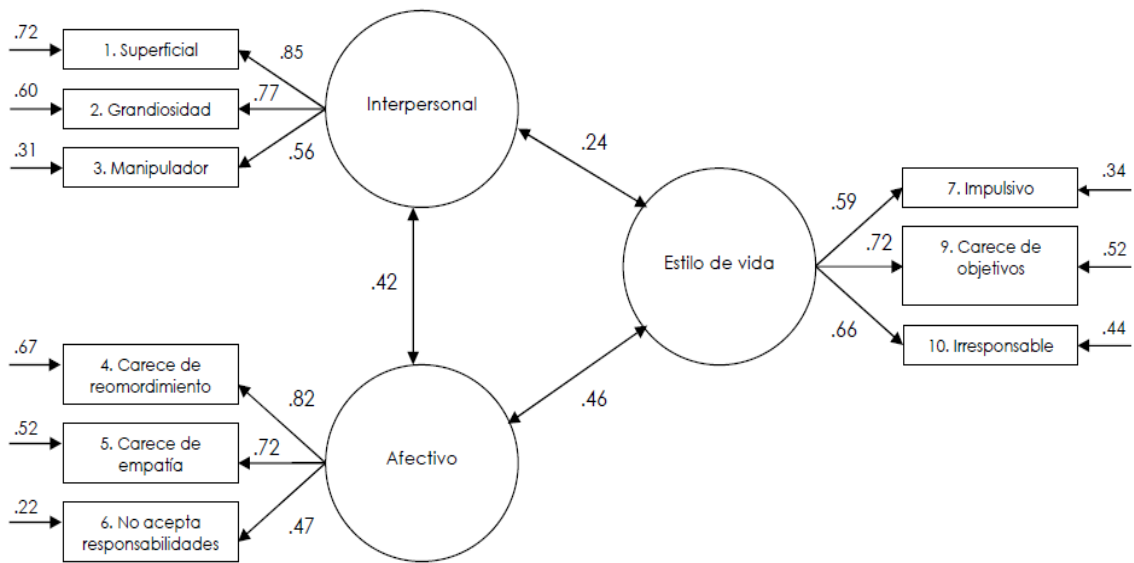


Figura 12. Anàlisi Factorial confirmatòria (3 factors) amb 9 ítems

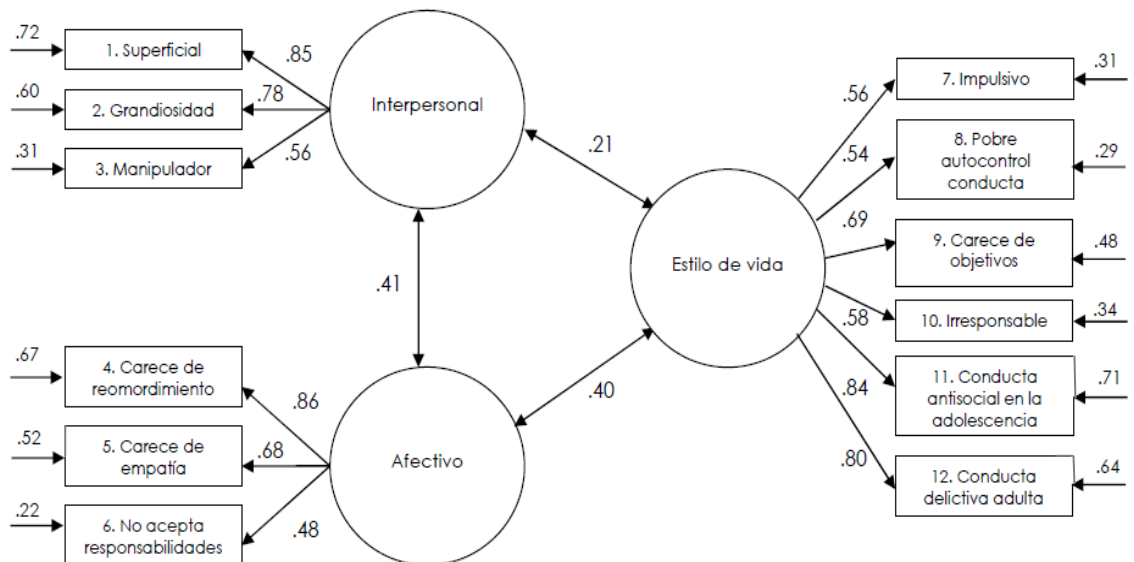


Figura 13. Anàlisi Factorial confirmatòria (3 factors) amb 12 ítems.

#### 4.3.2. Validesa concurrent

Les correlacions entre l'instrument matriu PCL-R i el PCL:SV han estat força acceptables (veure Taula 25), validant doncs la similitud de constructe que mesuren una mesura (PCL-R) i el seu derivat (PCL:SV). Especialment destacables són les correlacions entre els respectius Factors, o entre les puntuacions Totals (0,90\*\*\*). El grau de significació, a banda de les elevades puntuacions, també ha estat important ( $p < 0,001$ ). És important destacar que cada faceta del PCL:SV presenta la correlació més elevada amb l'escala homònima del PCL-R.

Taula 25. Matriu de correlacions PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) amb PCL-R (Facetes, Factors i Puntuació total).

PCL-R	PCL:SV						
	FACETA 1	FACETA 2	FACETA 3	FACETA 4	FACTOR 1	FACTOR 2	PUNT. TOTAL
FACETA 1	<b>0,76***</b>	0,36*	0,17	0,11	0,71***	0,17	0,45**
FACETA 2	0,14	<b>0,67***</b>	0,48**	0,48**	0,54***	0,50**	0,61***
FACETA 3	0,19	0,38*	<b>0,83***</b>	0,78***	0,38*	0,86***	0,78***
FACETA 4	0,33	0,49**	0,73***	<b>0,84***</b>	0,54***	0,85***	0,80***
FACTOR 1	0,57***	0,63***	0,40*	0,37**	<b>0,80***</b>	0,41*	0,66***
FACTOR 2	0,16	0,39*	0,82***	0,85***	0,37*	<b>0,90***</b>	0,80***
PUNT. TOTAL	0,41*	0,56***	0,77***	0,81***	0,66***	0,85***	<b>0,90***</b>

Puntuacions prorratejades

\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$ ; \*\*\*\*:  $p < 0,0001$

n=35

#### 4.3.3. Validesa convergent i validesa discriminant

A les taules següents es descriuen les correlacions de les facetes, Factors i Puntuació Total (PCL:SV) amb proves de personalitat (KSP, SCSR, QPe). Si bé podrien ser esperables més correlacions positives, a la Taula 30 destacaríem les correlacions entre puntuació Total (PCL:SV) i els ítems *Evitación de la monotonía* (0,45\*\*), *Socialización* (-0,48\*\*), *Agresión verbal* (0,38\*\*), *Irritabilidad* (0,28\*), *Impulsividad* (0,31\*), compatibles amb les evidències clíniques, científiques, de la psicopatia. La *Suspiciacia* (0,29\*) seria més paradoxal, pel que fa a la seva interpretació.

Per Facetes, destacaríem la Faceta 3 ("Estil de vida"), amb nombroses correlacions amb les escales Karolinska de personalitat.



El Factor 1 en canvi, només correlacionaria significativament, en sentit negatiu, amb l'escala *Inhibición de la agresión* (-0,30\*).

Taula 26. Correlacions entre escales KSP i PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) (n= 59-60)

KSP	PCL:SV						Punt. Total
	FACETA 1	FACETA 2	FACETA 3	FACETA 4	FACTOR 1	FACTOR 2	
Ansiedad somática	-0,20	0,07	0,19	0,45**	-0,08	0,29*	0,19
Evitación monotonía	-0,03	0,28*	0,43**	0,53**	0,16	0,53**	0,45**
Irritabilidad	-0,13	0,11	0,29*	0,39**	0,04	0,34**	0,28*
Tensión muscular	-0,14	-0,02	0,09	0,39**	-0,10	0,22	0,12
Socialización	0,03	-0,19	-0,54**	-0,57**	-0,06	-0,62**	-0,48**
Inhibición de la agresión	-0,24	-0,26*	-0,16	-0,01	-0,30*	-0,16	-0,24
Impulsividad	-0,10	-0,11	0,42**	0,41**	0,01	0,41**	0,31*
Ansiedad psíquica	-0,31*	-0,06	0,19	0,41**	-0,21	0,27*	0,10
Culpa	-0,17	-0,20	0,13	0,08	-0,17	0,06	-0,05
Frialdad emocional	0,05	0,29*	0,07	0,29*	0,19	0,19	0,24
Psicastenia	-0,09	-0,14	0,12	0,23	-0,17	0,14	0,03
Agresión verbal	-0,10	0,29*	0,31*	0,51**	0,13	0,45**	0,38**
Agresión indirecta	-0,17	0,01	0,10	0,36**	-0,09	0,23	0,11
Suspiciacia	-0,06	0,22	0,26*	0,40**	0,07	0,31*	0,29*
Deseabilidad social	0,11	-0,12	-0,09	-0,08	0,05	-0,06	-0,05

\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$

Comparant les correlacions obtingudes a les escales KSP i el PCL:SV (per Factors, Facetes i Puntuació Total) destacaríem les associacions significatives a les Facetes 3 i 4, i oportunament amb el Factor 2, de les escales *Evitación de la monotonía*, *Impulsividad*, *Agresión verbal* i *Suspiciacia* (0,45\*\*\*, 0,31\*, 0,38\*\*\* i 0,29\* respectivament) en sentit positiu, i la correlació negativa amb l'escala de *Socialización* (-0,48\*\*).

La Taula 27 evidencia correlacions positives entre les Facetes 3 ("Estil de vida") i 4 ("Antisocial") amb la Sensibilitat a la Recompensa (0,33\* i 0,28\*\* respectivament), i lògicament amb el Factor 2 (0,34\*\*), sense que haguem obtingut correlacions significatives amb l'escala de Sensibilitat al Càstig. No hi ha correlacions significatives respecte a la Sensibilitat al Càstig (SC), però sí el Factor 2 mostra correlacions positives amb la Sensibilitat a la Recompensa (SR).

La *Impulsividad* i el *Pobre control de conducta* en subjectes poc planificadors (sense objectius vitals) són concurrents amb el que la SR mesura específicament (Torrubia, Ávila, Moltó i Segarra, 1993, citats a Poy, 1999).

Taula 27. Correlacions entre escales SR-SC i PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) (n=60).

	PCL:SV						Punt. Total
	FACETA 1	FACETA 2	FACETA 3	FACETA 4	FACTOR 1	FACTOR 2	
SR Total	-0,09	0,06	0,33*	0,28*	-0,02	0,34**	0,22
SC Total	-0,23	-0,10	0,18	0,29*	-0,19	0,20	0,06

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*. p<0,001

Les correlacions entre l'autoinforme de psicopatia experimental QPe (Taula 28) i el PCL:SV han estat positives i elevades. Així, les correlacions entre el QPe Factor 1 i les Facetes 3 i 4 del PCL:SV han estat respectivament 0,44\*\* i 0,65\*\*, i les correlacions estadísticament significatives entre el QPe Factor 1 d'una banda, i el Factor 2 i la Puntuació total del PCL:SV de l'altra, han estat 0,58\*\* i 0,46\*\* respectivament). També han estat positives i significatives les associacions entre el QPe Factor 2, i les Facetes 2, 3 i 4 del PCL:SV (0,26\*, 0,39\*\*\* i 0,62\*\*\* respectivament), com igualment trobem entre el QPe Factor 2 i el Factor 2 homònim del PCL:SV (0,55\*\*\*), i amb la Puntuació Total del PCL:SV (0,48\*\*\*).

Aquestes correlacions podrien ser coincidents amb la imatge que els propis interns tenen de la psicopatia, els quals la associen amb l'antisocialitat (Factor 2) més que amb els respectius ítems del Factor 1.

Taula 28. Correlacions entre escales QPe i PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) (n=60).

	PCL:SV						Punt. Total
	FACETA 1	FACETA 2	FACETA 3	FACETA 4	FACTOR 1	FACTOR 2	
QPe F1	0,21	0,24	0,03	0,21	0,25	0,16	0,24
QPe F2	-0,03	0,18	0,44**	0,65**	0,09	0,58**	0,46**
QPe TOTAL	0,07	0,26*	0,39***	0,62***	0,19	0,55***	0,48***

\*: p<0,05; \*\*: p<0,01; \*\*\*: p<0,001

A continuació, es descriu (Taula 29) la validesa discriminat amb correlacions de les Facetes, Factors i Puntuació total, amb el test de les Matrius Progressives de Raven.

Taula 29. Correlacions PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) amb les matrius de Raven (n=89).

	PCL:SV						
	FACETA 1	FACETA 2	FACETA 3	FACETA 4	FACT. 1	FACT. 2	Punt. Total
RAVEN	0,05	0,09	-0,04	0,05	0,10	-0,00	0,05

\*: p< 0,05; \*\*: p< 0,01; \*\*\*: p<0,001

Observem, com era esperable, una absència de correlacions significatives entre les puntuacions en el test de Raven i els valors PCL:SV (per Facetes, Factors i Puntuació total), amb la qual cosa no podem relacionar ambdós constructes (intel·ligència i psicopatia).

A les taules següents es descriuen les correlacions de les Facetes, Factors i Puntuació total (PCL:SV) amb variables sociodemogràfiques, criminològiques i penitenciàries.

Pel que fa a les variables sociodemogràfiques, el Nivell d'estudis, el Nivell socioeconòmic (SE) i la Qualificació laboral s'han codificat (veure Annex) de forma categorial i ascendent, és a dir, la categoria 1 correspondria a menor nivell acadèmic i més baix estatus SE, mentre les categories superiors correspondrien a major nivell acadèmic i SE; a l'inrevés, pel que fa a la Qualificació laboral, del nivell 1 al 3 aniria la major o menor qualificació, respectivament.

A la Taula 30 veiem com a resultats destacables doncs, una correlació significativa i negatives entre la variable Edat i el Factor 2 (PCL:SV) (-0,13\*), i entre el Nivell socioeconòmic (SE), i la Faceta 3, el Factor 2 i la Puntuació total del PCL:SV (-0,31\*\*, -0,24\*\* i -0,20\* respectivament). Altres correlacions significatives ho són entre la variable Qualificació laboral i la Faceta 2 i la Faceta 4, el Factor 2 i la Puntuació total del PCL:SV (0,15\*, 0,28\*\*, 0,22\* i 0,18\* respectivament).

Les Facetes 1 i 3, així com el Factor 2 i la Puntuació total del PCL:SV, correlacionen amb les variables Nombre de relacions estables de parella (0,20\*, 0,21\*; 0,19\* i 0,19\* respectivament) i Nombre de parelles esporàdiques (0,19\*, 0,21\*, 0,25\*\* i 0,28\*\*

proporcionalment), afegint-se dues correlacions significatives més d'aquesta darrera variable, amb la Faceta 4 i el Factor 1 del PCL:SV (0,21\* i 0,20\*, corresponentment).

Finalment, pel que fa al Nivell de toxicomania actual, aquest és significatiu amb les Facetes 3 i 4 i amb el Factor 2 (0,40\*\*, 0,40\*\* i 0,40\*\*) i amb la Puntuació total del PCL:SV (0,33\*).

Taula 30. Correlacions PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) amb les variables sociodemogràfiques (n=71-89).

	FACETA 1	FACETA 2	FACETA 3	FACETA 4	FACT. 1	FACT. 2	TOTAL
DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES							
Edat	-0,05	-0,00	-0,11	-0,12	-0,04	-0,13*	-0,09
Nivell estudis	0,07	-0,15	0,01	-0,05	-0,02	-0,03	-0,05
Nivell SE	0,03	-0,16	-0,12	-0,31**	-0,09	-0,24**	-0,20*
Qualificació laboral	-0,02	0,15*	0,12	0,28**	0,07	0,22**	0,18*
Nombre relacions estables parella	0,20*	0,13	0,21*	0,10	0,16	0,19*	0,19*
Edat 1a relació sexual	-0,09	0,05	-0,03	-0,17	-0,05	-0,09	-0,08
Nombre parelles esporàdiques	0,19*	0,19	0,21*	0,21*	0,20*	0,25**	0,28**
Antecedents psiquiàtrics	0,02	0,01	0,14	0,08	0,03	0,12	0,09
Edat independització	-0,03	0,11	-0,09	-0,13	0,06	-0,13	-0,06
Nivell toxicomania actual	-0,03	0,21	0,40**	0,40**	0,13	0,40**	0,33*

\*: p < 0,05; \*\*: p < 0,01; \*\*\*: p < 0,001

A la Taula 31 destacaríem les correlacions significatives entre la Faceta 3 ("Estil de vida") i la 4 ("Antisocial"), del Factor 2 ("Estil de vida/Antisocial") i la Puntuació total, amb l'Edat de primera detenció, l'Edat de primer judici, l'Edat d'ingrés a presó, així com amb els Delictes violents. Paradoxalment, també observem correlacions (amb més significació) amb Delictes no-violents. Destacaríem també les correlacions entre el Factor 2 i la Puntuació total, amb el Nombre de sancions greus (r= 0,32\*\*\* i 0,23\* respectivament), amb el Nombre de trencaments de condemna (r=,28\* i 0,31\*\*) o amb el Nombre de delictes per temps en llibertat (r=0,51\*\*\* i 0,38\*\*) respectivament.

També cal esmentar l'Edat mitjana de la primera detenció, als 22 anys (no constaven les dades de menors als arxius públics d'interns adults), l'Edat mitjana del primer ingrés, als 25 anys, i l'Edat del primer judici als 27 anys. El Nombre mitjà d'ingressos per intern des dels 18 anys fins la data de l'entrevista, era de 5. Les Faltes greus (Reglament penitenciari) suposaven una mitjana de 4 per intern, sent les Molt greus i Lleus 2 i 0 respectivament.

La mitjana de Permisos de segon grau era de 2,6. Es pràcticament menystenible el nombre mitjà de Trencaments de condemna, fugides i permisos interromputs (n=99-110), apropant-se les Revocacions de llibertat condicional a 1 (0,95). Les Incidències se situen al voltant del 2, de promig.

Pel que fa als índexs, l'ÍNDEX de delictes per temps en llibertat es refereix al nombre de delictes (en general) comesos dividit pel nombre de mesos que haurien estat en llibertat des dels 18 anys. l'ÍNDEX de delictes violents/temps en llibertat, es referiria al nombre de delictes de violència física (contra terceres persones: homicidi, homicidi agreujat, agressió, agressió sexual i lesions) dividit pel nombre de mesos que haurien estat en llibertat des dels 18 anys. L'ÍNDEX de delictes no-violents/temps en llibertat inclourien la resta de delictes sentenciats comesos durant el temps que havien estat en llibertat des dels 18 anys.

Taula 31. Correlacions PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) amb les variables criminològiques (N:77-84).

	FACETA 1	FACETA 2	FACETA 3	FACETA 4	FACT. 1	FACT. 2	TOTAL
DADES CRIMINOLÒGIQUES							
Edat 1a detenció	-0,05	-0,14	-0,40**	-0,47**	-0,10	-0,46**	-0,34**
Edat 1r judici	-0,03	-0,10	-0,38**	-0,39**	-0,08	-0,40**	-0,31**
Nombre ingressos fins entrevista	0,11	-0,01	0,17*	0,29***	0,07	0,25**	0,21*
Edat 1r ingrès a presó	-0,04	-0,08	-0,31**	-0,36**	-0,09	-0,37**	-0,30**
ÍNDEX delictes/temps llibertat	0,03	0,11	0,36**	0,40**	0,08	0,41**	0,31**
ÍNDEX delictes violents/temp.llib.	-0,09	0,03	0,24**	0,29**	-0,04	0,31**	0,18*
ÍNDEX delictes no-viol./temp.llib.	0,10	0,15	0,30**	0,41**	0,14	0,37**	0,32**

\*: p < 0,05; \*\*: p < 0,01; \*\*\*: p < 0,001

D'acord amb allò esperable, han estat significatives les associacions entre les Facetes 3 ("Estil de vida") i 4 ("Antisocial") i els ítems Nombre de sancions greus, Nombre de trencaments de condemna i Nombre de delictes (per temps en llibertat), amb correlacions positives i significatives també entre la Faceta 4 i els ítems: Nombre de regressions de grau i Nombre de fugides (Taula 32). Per Factors i Puntuació total, el Factor 2 i la Puntuació total han estat significatives i positives també amb els ítems Nombre de sancions greus, Nombre de trencaments de condemna, Nombre d'incidències (dins de presó) i l'Índex de delictes per temps en llibertat.

Taula 32. Correlació variables penitenciàries i PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) amb les variables penitenciàries (n=57-89).

	FACETA 1	FACETA 2	FACETA 3	FACETA 4	FACT. 1	FACT. 2	TOTAL
DADES PENITENCIÀRIES							
Nombre cops règim tancat	-0,00	-0,00	0,07	0,17	0,03	0,11	0,08
Nombre regressions grau	0,11	-0,03	0,11	0,20*	0,08	0,16	0,14
Nombre sancions LLEUS	0,06	0,02	0,10	0,07	0,03	0,11	0,10
Nombre sancions GREUS	-0,01	0,03	0,28**	0,32**	0,01	0,32**	0,23*
Nombre sancions MOLT GREUS	0,03	-0,01	0,24*	0,17	-0,03	0,18	0,13
Nombre trencaments condemna	0,21*	0,13	0,24*	0,27**	0,20*	0,26**	0,27**
Nombre fugides	-0,04	-0,04	0,05	0,22*	-0,07	0,16	0,06
Nombre permisos interromputs	0,07	-0,07	-0,07	0,01	-0,04	-0,03	-0,03
Índex regressions	0,13	-0,01	0,07	0,18	0,10	0,12	0,13
Índex faltes greus	0,32	0,21	-0,34	-0,44	0,31	-0,39	-0,07
Índex peticions	0,20	-0,06	-0,18	-0,12	0,02	-0,15	-0,07
Índex Incidències	0,07	0,09	0,23**	0,17	0,10	0,23*	0,21*
Índex delictes / temps en llibertat	-0,03	0,12	0,36**	0,40**	0,08	0,41***	0,31**

\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$

Pel que fa a les tipologies delictives de la Taula 33, s'han considerat els tipus penals presents al Codi Penal espanyol, assimilant les tipologies que Hare descriu al seu Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) amb els tipus presents al nostre ordenament jurídic, especialment pel que fa a la seva denominació.

S'ha considerat –quant a les tipologies delictives de la taula 33- que els delictes violents inclourien: tipus 2 (Robatoris con intimidació/violència y atracaments), tipus 4 (Lesions), tipus 5 (Assassinat, homicidi), tipus 7 (Delictes contra la llibertat sexual), tipus 11 (Segrest, retenció il·legal), tipus 13 (Obstrucció a la justícia, Atemptat a l'autoritat).

Les correlacions significatives obtingudes, especialment pel que fa a les Facetes 3 (“Estil de vida”) i 4 (“Antisocial”), i per tant també pel que fa al Factor 2, i les corresponents a la Puntuació total del PCL:SV, ho són amb els delictes Tipus 1 (Robatori), Tipus 3 (Tràfic de drogues), Tipus 4 (Lesions), Tipus 7 (Delictes contra la llibertat sexual) i Tipus 10 (Quebrantaments). Possiblement el baix nombre de subjectes a cada subcategoria (Tipologies delictives) no ha permès major nombre de correlacions significatives.

Taula 33. Correlacions (Kendall) entre PCL:SV (Facetes, Factors i Puntuació total) i nombre de delictes de cada tipologia delictiva (n=99-107).

	FACETA 1	FACETA 2	FACETA 3	FACETA 4	FACT. 1	FACT. 2	TOTAL
DADES DELICTIVES							
Delicte TIPUS 1: ROBATORI	0,05	0,11	0,21**	0,32**	0,10	0,28**	0,24**
Delicte TIPUS 2: ROBATORI-VIOLÈNCIA	-0,01	-0,08	0,07	0,16	-0,10	0,12	0,06
Delicte TIPUS 3: TRÀFIC DROGUES	0,16	0,12	0,17*	0,20*	0,14	0,19*	0,22**
Delicte TIPUS 4: AMENACES-LESIONS	0,06	0,12	0,26**	0,33**	0,09	0,35**	0,28**
Delicte TIPUS 5: HOMICIDI-ASSASSINAT	-0,01	0,13	-0,08	0,14	0,07	0,05	0,06
Delicte TIPUS 6: POSSESIÓ ARMES	0,06	0,02	0,03	0,12	0,06	0,09	0,11
Delicte TIPUS 7: DELICTES SEXUALS	-0,06	-0,05	-0,05	-0,27**	-0,07	-0,19*	-0,16*
Delicte TIPUS 8: DELICTES DE TRÀNSIT	-0,05	-0,07	0,16	0,21*	0,03	0,20*	0,14
Delicte TIPUS 9: FALSIFICACIÓ-FRAU	0,03	-0,02	0,15	0,04	0,02	0,12	0,06
Delicte TIPUS 10: QUEBRANTAMENTS	0,21*	0,13	0,26**	0,35**	0,17*	0,31**	0,28**
Delicte TIPUS 11: RETENCIÓ IL·LEGAL	0,02	0,11	-0,04	0,10	0,09	0,03	0,07
Delicte TIPUS 12: INCENDI	0,03	0,09	0,17	0,06	0,04	0,11	0,09
Delicte TIPUS 13: ATEMPTAT AUTORITAT	-0,01	0,08	0,22*	0,12	0,05	0,20*	0,16
Delicte TIPUS 14: DELICTES VERS L'ESTAT	-0,04	0,10	0,12	0,13	0,05	0,13	0,10
Delicte TIPUS 15: BRETOLADES	-0,07	-0,07	0,16	0,14	-0,07	0,15	0,07

\*: p < 0,05; \*\*: p < 0,01; \*\*\*: p < 0,001

## 5. DISCUSSIÓ

Ens havíem proposat com a objectius analitzar la fiabilitat i la validesa de l'adaptació al castellà del PCL:SV (Hart, Cox i Hare, 1995) en una mostra formada per quatre submostres diferents. Per tal de fer-ho compararem els resultats obtinguts en el nostre estudi amb els publicats al Manual i també amb els obtinguts en altres estudis de validació, amb dades relatives a entorns culturals europeus, orientals, americans o australis.

Dividirem la discussió en diversos apartats, referint-nos en primer lloc a aspectes descriptius de la mostra global i de les diferents submostres i de manera prioritària en segon lloc, als objectius i les hipòtesis específics/ques relatius a la fiabilitat i a la validesa, plantejats com a fonament d'aquesta tesi.

### 5.1. ASPECTES DESCRIPTIUS

Pel que fa a aspectes descriptius, les edats mitjanes de la Mostra total i diferents submostres de la Tesi (JUDICIAL, PSIQUIÀTRICA, PENITENCIÀRIA i AGRESSORS SEXUALS), no difereixen globalment de les de la majoria de les mostres del Manual original (Hart, Cox i Hare, 1995), la qual cosa ha facilitat la comparació entre els nostres resultats i els del Manual. A diferència del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) on hi havia mostres forenses, civils, i no criminals/no psiquiàtriques (estudiants), la Mostra de la nostra Tesi era totalment forense, en el sentit d'avaluació del PCL:SV en pacients (a) abans de judici i (b) que ja estaven complint condemna (submostra JUDICIAL i submostra d'AGRESSORS SEXUALS) així com aquells casos judicials (submostra PSIQUIÀTRICA) on s'havia aplicat una eximent complerta i per tant, el compliment d'una mesura d'internament (no una "pena" en sentit estricte) en un centre psiquiàtric civil.

Sí cal fer palès que a les submostres forenses del Manual les edats mitjanes oscil·laven en un rang d'entre 29,8-37,4 anys, mentre que a les submostres civils ho feien entre els 31,2-34 anys. A les submostres JUDICIAL, PSIQUIÀTRICA i PENITENCIÀRIA de la Tesi, les mitjanes oscil·laven entre 33,16-35,6 anys, similar també a les de les mostres d'estandardització d'altres països (Assadi et al, 2006; Douglas et al, 2005; Endrass et al, 2008; Huchzermeier et al, 2008; Hugues, Stout i Dolan, 2013; Pedersen et al, 2010; Žukauskienė, Laurinavičius i Čėsniėnė, 2010) o fins i tot amb mitjanes més joves de 25,5 anys (Wilson et al, 2014) o de 17,6 en una mostra d'adolescents (Toupin et al, 2008).



D'altra banda, a la submostra 4 de la Tesi (AGRESSORS SEXUALS) la mitjana d'edat fou clarament superior a la resta de submostres estudiades (43,2 anys).

Quant a les puntuacions en el PCL:SV per submostres, i deixant de banda les Facetes que al Manual original no es van descriure, tres de les quatre submostres (JUDICIAL, PSIQUIÀTRICA i PENITENCIÀRIA) evidencien unes puntuacions mitjanes al Factor 1 menors que al Factor 2, de manera similar a les respectives puntuacions del Manual original (Hart, Cox i Hare, 1995) on els valors mitjans de Factor 2 són superiors en dos punts més, als respectius valors de Factor 1. En el nostre cas, la mitjana de les diferències a les tres mostres esmentades és 1,59 (Factor 2-Factor 1). L'altra submostra (AGRESSORS SEXUALS) mostra un Factor 1 clarament superior al Factor 2. Les mitjanes de Factor 1 i Factor 2 a la Mostra total de la Tesi són pràcticament similars entre elles. A mostres com la sueca (Douglas et al, 2005), danesa (Pedersen et al, 2010), búlgara (Wilson et al, 2014), lituana (Žukauskienė et al, 2010), canadense (Toupin et al, 2008), mexicana (Valdez et al, 2000) iraniana (Assadi et al, 2006) o australiana (Hugues et al, 2013), els valors de Factor 2 també van ser superiors als valors del Factor 1.

Si bé al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) no es parlava de Facetes i sí de Factors, estudis ulteriors (Guy i Douglas, 2006; Newmann i Hare, 2008; Walters et al, 2007;) sí han demostrat la validesa i fiabilitat de les Facetes. A la nostra Mostra els resultats han estat similars també a la resta de països, amb una Faceta 1 (o Interpersonal) amb puntuacions més baixes que les Facetes 3 (Estil de vida) i 4 (Antisocial). Si bé a la Tesi, la submostra 4 (AGRESSORS SEXUALS) obté una puntuació de la Faceta 4 sensiblement més baixa que la resta de Facetes.

El PCL:SV s'ha mostrat un instrument útil per a escanejar el constructe de psicopatia en mostres forenses/judicials, o comunitàries no forenses, en diversos entorns culturals i amb resultats força semblants (Hare et al, 2000). Hart, Cox i Hare (1995) descriuen en el Manual del PCL:SV un rang de prevalença de la psicopatia (amb  $PCL:SV \geq 18$ ) a les mostres: forense no-psiquiàtrica i forense psiquiàtrica: 17,9-37,5% i 19,7-34,7% respectivament, un rang de 2,1-23,8% a les mostres civils/psiquiàtriques, i del 0% a les mostres no-criminals/no-psiquiàtriques (estudiantils). També destaca la mitjana de dos punts de les puntuacions corresponents al Factor 2, per sobre del Factor 1, a les diferents submostres.

Pel que fa a la prevalença de psicopatia dins la nostra Mostra (també amb un punt de tall al  $PCL:SV \geq 18$ ) el valor ha estat de 20,1% per a la mostra total, propera a la mitjana

del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995), amb un rang de les nostres submostres "forenses" (JUDICIAL, PENITENCIÀRIA i d'AGRESSORS SEXUALS) d'entre 11,2-28,3%, similars als grups equivalents del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995). La nostra submostra 3 o PSQUIÀTRICA, que correspon a subjectes amb mesures de seguretat en casos amb eximent de responsabilitat penal, és similar també a les mostres civils-psiquiàtriques del Manual (Hart, Cox i Hare 1995).

Huchzermeier et al (2008), utilitzant el PCL:SV, situa el percentatge de psicopatia en presons i en hospitals psiquiàtrics de seguretat, entre el 18% i el 19% respectivament. Fins i tot el PCL:SV permet estudiar la prevalença de psicopatia dins d'organitzacions (Babiak et al, 2010) amb un 3%, clarament superior al 0,2% de la mostra comunitària McArthur (Neumann i Hare, 2008). Si bé hi ha entre 50-80% de presos amb diagnòstic de Trastorn antisocial de la personalitat, recordem que Ogloff (2006) descriu una prevalença de psicopatia amb el PCL-R d'aproximadament un 15% dels homes empresonats, 10% dels pacients forenses, 7% de dones empresonades i l'1% de pacients psiquiàtrics.

A d'altres països, els percentatges de psicopatia amb el PCL:SV oscil·laven entre el 6,3% i el 7,9% de Canadà i Suïssa (Toupin et al, 2008, i Endrass et al, 2008, respectivament), 23%-24% d'Iran i Mèxic (Assadi et al, 2006, i Valdez et al, 2000, respectivament) o el 34,6% (Lituània: Žukauskienė et al, 2010), per exemple.

Com a aspectes més rellevants, podem destacar en tres de les quatre submostres i Mostra total un promig d'edat, puntuacions per Factors i puntuació Total, o una diferència d'entre 1-2 punts entre Factors, similars al Manual original (Hart, Cox i Hare, 1995). La submostra d'AGRESSORS SEXUALS però, evidencia una mitjana d'edat més gran, i un Factor 1 clarament superior al Factor 2. El percentatge de psicopatia a la Mostra total és del 20,1%, dins d'allò esperable, amb percentatges a les submostres PSQUIÀTRICA (6%) i d'AGRESSORS SEXUALS (11%) sensiblement diferents a la resta de submostres.

## 5.2. FIABILITAT

Els objectius de la nostra recerca respecte a la fiabilitat eren analitzar la consistència interna, la fiabilitat inter avaluadors i l'error estàndard de mesura. La discussió d'aquest apartat es fa comparant els nostres resultats amb els del Manual i amb els d'altres

estudis de diversos països, tant pel Factor 1 i Factor 2, com per la Puntuació Total, i també en relació a les Facetes tot i que al Manual original no hi fossin originàriament.

Així i per l'anàlisi de la consistència interna, hem avaluat en primer lloc l'alfa de Cronbach, que ha estat acceptable i pràcticament idèntica a la mitjana de Hart, Cox i Hare (1995) en les seves 11 mostres. Tot i ser discretament inferior l'alfa de Cronbach a la puntuació Total (de la nostra Mostra), la corresponent al Factor 2 era més elevada que la relativa al Factor 1, mentre que en la Mostra original (Hart, Cox i Hare, 1995) l'alfa era més elevada per al Factor 1 que pel Factor 2. Tot i aquestes petites diferències, podem considerar acceptables les alfes obtingudes en el present estudi i similars a les del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995). Per Facetes, les alfes de Cronbach han estat acceptables, tot i que discretament inferiors, com a d'altres estudis de validació (Suècia, Lituània o Bulgària, per exemple). Així, les Facetes 1 i 4 (Interpersonal i Antisocial, respectivament) mostren una alfa més elevada que les Facetes 2 i 3 (Afectiva i d'Estil de Vida, respectivament) a la Mostra de la Tesi. A totes les submostres del nostre estudi, l'alfa de Cronbach més elevada era sempre la corresponent a la Faceta 1 (Interpersonal), amb variabilitat pel que fa a la resta de puntuacions i Facetes.

Pel que fa a l'homogeneïtat d'ítems, les mitjanes de correlació inter-ítem permeten comparar Factors i Total sense el biaix de del nombre d'ítems que formen l'escala, fet que sí succeeix amb l'alfa de Cronbach. En aquest sentit, la mitjana de correlacions inter-ítem de la nostra Mostra (i de les submostres) han estat superiors al punt de tall (0,20) que identifica una escala unidimensional al Manual (Hart et al, 1995) si bé els valors obtinguts han estat discretament inferiors als d'aquest.

Per Facetes, tant a la Mostra Total com a les submostres de la nostra Tesi, les correlacions inter-ítem eren força superiors a la respectiva correlació inter-ítem de la Puntuació Total. En països com Canadà (Toupin et al, 2008) la mitjana de correlacions ha estat similar a la de la nostra Tesi, i en d'altres com Bulgària (Wilson et al, 2014) o Suècia (Douglas et al, 2005), els valors promig de correlacions inter-ítem han estat superiors als nostres, si bé a la mostra búlgara no eren acceptables les correlacions inter-ítem corresponents a l'ítem 1 ("Superficial"), l'ítem 2 ("Vanidoso") i l'ítem 9 ("Carece de objetivos").

A la població de validació espanyola del PCL-R (Moltó, Poy i Torrubia, 2000) les mitjanes de correlació inter-ítem del Factor 2 eren superiors a les del Factor 1 com en el nostre estudi.

En relació a les correlacions ítem-total mitjanes, els resultats de la nostra Mostra són similars als obtinguts al Manual original (Hart et al, 1995) si bé en el nostre cas l'ítem 6 ("No acepta responsabilidades") no el podem considerar amb una correlació acceptable, i al Manual totes les correlacions oscil·len entre la mínima de 0,43 ("Pobre autocontrol de conducta") i les màximes de 0,63 i 0,65 (ítems 5 i 4, corresponents respectivament a "Carece de empatía" i "Carece de remordimiento"). A la mostra búlgara (Wilson et al, 2014) tampoc era acceptable la correlació corresponent a la mitjana de correlacions ítem-Total dels ítems 1 ("Superficial"), ítem 2 ("Vanidoso") i ítem 9 ("Carece de objetivos"), ni de la Faceta 3 (Estil de vida). La baixa correlació obtinguda en el nostre estudi per a l'ítem 6 fa pensar que aquest ítem dependria més de la subjectivitat de l'avaluador que altres ítems més fàcilment objectivables. No obstant, aquest ítem no es presenta problemàtic en la major part de les mostres del Manual.

Quant a la fiabilitat entre avaluadors, els coeficients de correlació intraclasse (individual i promig) per cadascun dels ítems, i per Factors, han estat similars als del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995), fins i tot discretament superiors, excepte els coeficients individual i promig corresponents a l'ítem 6 ("No aceptación de responsabilidades"); aquest ítem 6 també mostrava una baixa correlació ítem-Total en el present estudi, amb una tendència clarament diferent a la resta d'ítems. També és important remarcar que en una de les mostres de baremació original aquest mateix ítem presentava una baixa concordança entre avaluadors. D'altres estudis també han replicat la bona concordança entre avaluadors de facetes, Factors i Puntuació total del PCL:SV (Harris, Boccaccini i Murrie, 2015).

Per Factors, ambdós coeficients han estat acceptables, si bé els valors pel Factor 2 han estat superiors clarament als del Factor 1, de manera força similar al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995), i fins i tot amb valors superiors a aquest. Els propis autors indiquen al Manual un comportament similar en aquest aspecte, entre el PCL:SV i el PCL-R, amb valors CCI superiors del Factor 2 respecte al Factor 1, mostrant la semblança entre els dos instruments. En mostres com la sueca (Douglas et al, 2005), danesa (Pedersen et al, 2010) o canadenca (Toupin et al, 2008) les puntuacions corresponents al Factor 2 han estat superiors a les del Factor 1, mentre que a la mostra búlgara (Wilson et al, 2014) ha

estat a l'inrevés, amb correlacions clarament més elevades en el Factor 1 que en el Factor 2.

Per Facetes, les Facetes 1 ("Interpersonal"), 3 ("Estil de vida") i 4 ("Antisocial") són les que mostraven més concordança entre avaluadors, sent la Faceta 2 (Afectiva) la que obté valors discretament inferiors.

Amb les dades de Wilson et al (Bulgària) la Faceta 2 també obtenia al seu estudi les puntuacions més discretes, si bé en la mostra sueca de Douglas et al (2005) la Faceta amb menor correlació ítem-total era la 4 ("Faceta Antisocial).

Finalment, i pel que fa a l'error estàndard de mesura, els valors d'aquests estadístic a la nostra Mostra i a les diferents submostres de la Tesi foren més elevats que els descrits al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) o d'altres estudis (Douglas et al, 1999) tot i que igualment poden considerar-se vàlids. La tendència d'alguns avaluadors a puntuar més alt o més baix podria influir en la interpretació d'aquesta mesura (Harris et al, 2015).

Concloem doncs, en relació a la fiabilitat del PCL:SV en la nostra mostra, comparada amb la mostra original del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) que les propietats psicomètriques són similars. Així, la hipòtesi de fiabilitat de consistència interna, la hipòtesi de fiabilitat Inter avaluadors i la hipòtesi de l'error estàndard de mesura han quedat confirmades, en el sentit d'obtenir resultats similars al de la fiabilitat del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995). Aquestes dades són compatibles amb una aproximació dimensional del constructe, més que una de categorial (Walters et al, 2007).

### 5.3. VALIDESA

En relació a la validesa, la hipòtesi proposada era la concordança entre els resultats del Manual original (Hart, Cox i Hare, 1995) i la nostra Mostra, pel que fa a la validesa estructural (estructura factorial), validesa de criteri concurrent, validesa convergent i validesa discriminant.

En primer lloc, i en allò relatiu a la validesa de constructe, hem realitzat dos tipus d'anàlisi factorial, concretament les Anàlisi Factorials Confirmatòries (AFC) i les Anàlisi Factorials Exploratòries (AFE), si bé al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) només hi consten

les Anàlisis Factorials Confirmatòries. Per tant, només podrem comparar les AFC, i no les AFE, ambdues utilitzades a la nostra Mostra.

Centrant-nos en el model confirmatori, atès que al Manual original (Hart, Cox i Hare, 1995) només descriu aquest, sense model exploratori, sí que s'obté una estructura bifactorial, amb adequada correlació entre els dos Factors, com el més adient per tal d'explicar les agrupacions d'ítems, fins i tot tenint en compte variables com el gènere. D'altres estudis factorials amb anàlisis confirmatòries ho repliquen (Rogers et al, 2000).

Pel que fa a les nostres dades, podem afirmar pel que fa a les anàlisis confirmatòries (AFC) que els millors ajustaments els vam trobar amb la solució de quatre factors, tot i que la solució de 3 factors amb 12 ítems, i la solució de 3 factors amb 9 ítems (Cooke i Michie, 2001; Skeem i Cooke 2010; Skeem, Mulvey i Grisso, 2003) presentaren uns índexs d'ajustament acceptables. En canvi la solució de dos factors i la unifactorial mostraren índexs d'ajustament pitjors i inadequats. Les correlacions entre els ítems i la respectiva Faceta, en les estructures de 12 ítems (tetrafacetària i trifactorial) són elevades, amb uns valors menors d'associació entre els factors, a les estructures factorials proposades.

Les correlacions entre Factors del model bifactorial a les mostres del Manual original (Hart, Cox i Hare, 1995) mostraven un rang similar d'associació als obtinguts en la nostra Mostra, mentre que les descrites a la ulterior i actual estructura tetrafacetària (Neumann i Hare, 2008) mostren un rang de correlacions superior a l'estructura tetrafactorial de la Mostra de la Tesi.

Comparant aquests resultats amb els del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) podem destacar la manca de coincidència entre els nostres resultats i els del Manual pel que fa al model de dos Factors, ja que al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) presenta bons índexs d'ajustament, mentre que els índexs d'ajustament són poc adients a la nostra Mostra. En canvi, si es comparen els presents resultats amb anàlisis posteriors fetes per Hare i cols. (Hare i Neumann, 2008; Neumann i Hare, 2008, Neumann et al, 2007) sí es pot constatar que hi ha coincidència en trobar bons índexs d'ajustament per a l'estructura tetrafacetària que és la que defensen aquests autors actualment. L'estructura tetrafacetària seria doncs la més plausible per a explicar globalment els ítems del PCL:SV, corresponent a les Facetes originals: Interpersonal, Afectiva, d'Estil de vida i Antisocial (Babiak et al, 2010; Boduszek et al, 2015; Hill et al, 2004; Neumann et al, 2007; Vitacco, Neumann i Jackson, 2005). Les anàlisi confirmatòries també mostren

índex d'ajustament més plausibles per aquesta solució tetrafactorial a la mostra lituana (Žukauskienė et al, 2010).

A la mostra búlgara (Wilson et al, 2014), les anàlisis confirmatòries es van fer sobre la població masculina i opiaci-dependent, on tots els models estructurals proposats (bi, tri i tetrafactorial) foren acceptats com a vàlids, si bé el "tetrafactorial" (amb chi-quadrat) era millor que el bifactorial, i en canvi el bifactorial mostrava una més elevada consistència interna. Boduszek et al (2015) referma la idea d'una estructura bifactorial (Interpersonal-Afectiu i Antisocial-Estil de vida) i tetrafacetària (Interpersonal, Afectiva, Antisocial i Estil de vida), i també dimensional i no-unitària com Guay et al (2007). Estudis específics també de la validesa estructural del PCL:SV (Guy i Douglas, 2006; Skeem et al, 2003) conclouen uns nivells de validesa similars, com al nostre cas, entre la trifactorial Cooke i Michie (Cooke et al, 1999) i la tetrafacetària de Hare (2003).

Finalment, i centrant-nos en les Anàlisis Factorials Exploratòries (AFE), no estudiades al Manual original (Hart, Cox i Hare, 1995) podem afirmar que a la nostra Mostra les AFE reiteren allò ja descrit inicialment pels autors del PCL:SV en les anàlisis confirmatòries (Hart, Cox i Hare, 1995) en el sentit que l'estructura bifactorial era la més plausible per a explicar globalment els ítems del PCL:SV, tot i que posteriorment ja va canviar la teoria bifactorial per la tetrafacetària (Hare, 2003; Hare i Neumann, 2010; Neumann i Hare, 2008; Walters et al, 2008). En el nostre cas, a banda de l'evident estructura bifacetària, també ens explica les associacions entre ítems una estructura trifactorial clàssica amb nou ítems i tres factors (Cooke i Michie, 2001 i també un possible model de Cooke i Michie "modificat" (incloent els ítems antisocials) el qual mostraria una estructura amb distribució acceptable dels ítems al llarg d'una Faceta 1 o "Interpersonal", una segona Faceta 2 o "Afectiva" i un tercer element o Factor 2 d'Estil de vida-Antisocial, que inclouria els ítems d'antisocialitat. Com que les anàlisis són obliqües, cal mirar i comparar les correlacions entre Factors.

En resum, els nostres indicadors de bondat d'ajustament han estat força semblants als descrits pel Manual (Hart, Cox i Hare, 1995), si bé el model tetrafactorial (Hare, 2003; Hare i Neumann, 2009; Hill et al, 2004) és el que millor explica les puntuacions dels ítems del PCL:SV a la nostra Mostra.

En segon lloc, i referint-nos a la hipòtesi de validesa concurrent, d'acord amb les correlacions entre el PCL:SV i el PCL-R (recordem, el patró *gold standard* per a la

mesura del constructe psicopatia), les puntuacions parcials del Factor 1 i Factor 2, així com la Puntuació total del PCL:SV, correlacionaven significativament amb els Factors i Puntuació total PCL-R. Cal destacar que les correlacions més elevades, ho eren entre Facetes i Factors homònims entre el PCL-R i PCL:SV, per la qual cosa podem inferir una elevada associació i representativitat del PCL:SV amb la seva matriu, PCL-R, especialment pel fet que a la Mostra de la Tesi, on els avaluadors eren diferents, aspecte que cal remarcar per reforçar la vàlua d'aquests resultats. Al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) les correlacions dels Factors i Puntuació Total de cadascun dels instruments (PCL-R, PCL:SV) amb l'altre, són elevades i altament significatives. A la nostra Tesi, les correlacions entre les mateixes Facetes dels dos instruments han estat elevades i significatives, la qual cosa corrobora l'que les dues proves mesuren el mateix constructe (Cooke et al, 1999).

En tercer lloc, i pel que fa a la validesa convergent, que pretén estudiar la associació entre l'instrument avaluat i altres mesures que pretenen mesurar constructes relacionats, al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) aquesta correlació fou positiva amb la puntuació prototípica DSM-III-R del trastorn antisocial de la personalitat. En el nostre cas es va dur a terme aquesta anàlisi amb la submostra Penitenciària, on vam avaluar la correlació entre Factors i Facetes del PCL:SV amb proves com les escales Karolinska (KSP), les escales de Sensibilitat al Càstig (SC) i Sensibilitat a la recompensa (SR) i el Qüestionari Experimental de Psicopatia (QPe) (Tejero i Torrubia, 1985), amb resultats que es mostren congruents amb les hipòtesis de la validesa convergent.

Així, i en relació a les escales Karolinska, hem trobat correlacions significatives entre el Factor 2 i la Puntuació total PCL:SV per una banda i les escales de les KSP (n=60): de signe positiu amb *Evitación de la monotonía*, *Irritabilidad*, *Impulsividad*, *Agresión verbal* i *Suspiciousia*, i negatives amb l'escala de *Socialización*. El Factor 1 correlacionava de forma negativa, estricta i únicament amb la *Inhibición de la agresión* i el Factor 2, aïlladament, amb les escales KSP: *Ansiedad somática* i *Ansiedad psíquica*. Dins de l'àmbit psiquiàtric forense, la *Agresividad verbal* també s'ha mostrat associada en d'altres estudis amb elevada puntuació al PCL:SV (Hill et al, 1996) i amb la psicopatia (Jonason i Webster, 2010). Les correlacions negatives de les escales KSP *Socialización* i *Evitación de la monotonía* coincideixen amb Lindstedt, Söderlund, Stålenheim i Sjöden (2005) pel que fa a agressors amb discapacitat i perfil psicopàtic.

Per Facetes, tot i que al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) no hi consten les Facetes, a la nostra submostra Penitenciària, els resultats han estat concordants amb els Factors



("Parts") del Manual, així com les Facetes que també hem correlacionat. En general, les Facetes 3 i 4 ("Estil de vida" i "Antisocial" respectivament), corresponents al Factor 2, correlacionen amb diversos ítems de les escales KSP. També podríem comparar els nostres resultats amb l'estudi de validació espanyola del PCL-R (Moltó, Poy i Torrubia, 2000), on els autors també van mostrar que les Facetes 3 i 4 (és a dir, el Factor 2) correlacionaven més amb les escales KSP que el Factor 1, sent les correlacions positives més destacades la *Impulsividad* i la *Evitación de la monotonía* amb la Faceta 3 (0,35\*\* i 0,36\*\* respectivament), el *Desapego* amb la Faceta 4 (0,26\*), i amb correlacions significatives (i negatives) la *Psicastènia* i la *Culpa* amb la Faceta 1 (-0,31\* i -0,28\* respectivament), la *Socialización* amb les Facetes 3 i 4 (-0,42\*\*\* i -0,41\*\*\* respectivament), la qual cosa fou interpretada com a coherent amb el constructe que mesura l'esmentat Factor del PCL-R.

Pel que fa a instruments o autoinformes relacionats amb la psicopatia, vam correlacionar el Qüestionari de Psicopatia experimental (QPe; Tejero i Torrubia, 1985) amb el PCL:SV, com al Manual (Hart, Cox i Hare, 1995) s'havia fet amb el *Self Report Psychopathy Scale* en la seva versió inicial (SRP-I; Hart, Cox i Hare, 1995) en quatre de les onze mostres, com anteriorment en d'altres estudis comparatius per avaluar psicopatia (Hare, 1985). Aquest instrument (SRP) és un autoinforme de 64 ítems, actualment ja en la seva versió SRP-III, i quatre escales (Manipulació interpersonal, afecte superficial, estil de vida erràtic i conducta antisocial) semblants doncs a les actuals Facetes (Few et al, 2015; Hare i Neumann, 2008) i també amb alfes de Cronbach força acceptables (Few et al, 2015). D'altres autors (Aluja i Torrubia, 1996) van correlacionar QPe i mesures iguals o similar a les nostres (SCSR i TAP). A la nostra Tesi la Puntuació total-QPe i Factor 2-QPe correlacionen significativament amb el Factor 2 i la Puntuació total del PCL:SV com era d'esperar, i amb les respectives Facetes 3 ("Estil de vida") i 4 ("Antisocial"). La Puntuació total-QPe també correlaciona amb la Faceta 2 ("Afectiva"), indicant que aquest autoinforme sí recull, al menys en part, la deficiència emocional de la Faceta 2 del PCL:SV.

En darrer terme de l'apartat vàlidesa convergent les escales de Sensibilitat al Càstig (SC) i Sensibilitat a la Recompensa (SR), les correlacions per facetes eren positives a les Faceta 3 i Faceta 4) pel que fa a la escala de Sensibilitat a la Recompensa, i entre la Faceta 4 ("Antisocial") i la escala de Sensibilitat al Càstig. És a dir, les Facetes d'Estil de vida (Faceta 3) i Antisocial (Faceta 4) correlacionen amb la recompensa, tal i com esperàvem d'acord amb alguns estudis (Aluja i Torrubia, 1996; Baskin-Sommers et al,

2010; Newman et al, 2005). Observem que les Facetes 3 i 4, i el Factor 2, correlacionen molt més amb mesures d'autoinforme que les Facetes 1 i 2, i el Factor 1.

És evident doncs que és més fàcil captar els trets descrits pel Factor 2 a través de mesures d'autoinforme, que els relatius al Factor 1. És a dir, quan subjectes amb perfil antisocial responen qüestionaris amb ítems relatius a conductes que reconeixen, és més fàcil que els puntuïn afirmativament, que aquells qüestionaris o ítems relacionats no amb conductes (Factor 2), sinó amb perfils de personalitat o afectius, que identifiquen amb menys precisió (Factor 1).

També en relació a la hipòtesi de validesa convergent, s'han calculat correlacions entre ítems, Factors i Facetes del PCL:SV d'una banda, i tipologies delictives i variables i sociodemogràfiques, delictives i penitenciàries, de l'altre.

Pel que fa a les variables sociodemogràfiques, i a variables delictives i penitenciàries, les correlacions significatives han estat congruents amb d'altres estudis (Žukauskienė et al, 2010), especialment pel que fa a les Facetes 3 ("Estil de vida") i 4 ("Antisocial") amb el perfil socioeconòmic (manca d'estudis, estatus socioeconòmic baix), a la precocitat i correlació amb ítems delictiu-penitenciaris (Edat primer detenció, Edat primer judici, Edat primer ingrés a presó, Trencaments de condemna, Regressions de grau, Incidències (intrapenitenciàries), Sancions greus i Sancions molt greus, Ingressos en primer grau) especialment pel que fa al Factor 2 o d'Estil de vida-Antisocial. A la submostra de la nostra Tesi, en Nivell socio-econòmic i Factor 1 PCL:SV correlacionen negativament, mentre que a Rigazzio (2006) paradoxalment, el nivell socioeconòmic i el Factor 1 del PCL:SV correlacionen positivament.

En relació a les variables criminològiques i de Tipologia delictiva, i d'acord amb els quinze tipus de delictes definits per Hart, Cox i Hare al seu Manual (1995) i en relació a les correlacions positives, amb la nostra submostra Penitenciària, entre el Factor 2 i la Puntuació Total (PCL:SV), n'obtenim doncs correlacions positives i significatives amb les variables: Índex de delictes per temps en llibertat, Índex de delictes no-violents i amb delictes Tipus 10.

El Factor 2 també correlaciona (no així la Puntuació Total (PCL:SV) amb l'Índex de delictes violents, la qual cosa s'adiu amb la relació entre psicopatia i violència, en concret amb la definida com violència reactiva o impulsiva del Factor 2. El Factor 2 o

“Antisocial” és altament predictiu de conducta antisocial i s'associa amb major nombre de detencions prèvies als psicòpates (Evans et al, 2015).

L'Índex de regressions també correlaciona amb el Factor 1 i amb el PCL:SV Puntuació Total, en la línia de la reincidència associada a psicopatia, concretament en males conductes pel que fa al règim sancionador intrapenitenciari. Autors com Huchzermeier et al (2008) repliquen l'associació entre major nombre d'Incidents (expedient disciplinaris) en psicòpates (PCL:SV) dins d'hospitals psiquiàtrics de seguretat.

Coid et al (2009a) obtenen correlacions entre el PCL:SV Total i el Total de condemnes, Violència als darrers 5 anys, Sentència d'empresonament o d'Admissió a l'hospital psiquiàtric. Skeem i Mulvey (2001) també repliquen la capacitat predictiva del PCL:SV pel que fa a la violència genèrica en mostres civils, especialment pel Factor 2 (“Antisocial”) més que pels ítems relacionats amb la fredor i insensibilitat afectiva (Factor 1).

No hem obtingut correlacions estadísticament significatives amb variables que sí ho han fet en altres estudis (Harris, Rice, Hilton, Lalumière i Quinsey, 2007) com l'Edat de la primera relació sexual, Nombre de parelles sexuals a l'adolescència o la Història de coerció sexual.

El Factor 2 o antisocial correlaciona, a banda dels delictes Tipus 10 (“reincidència”) ja esmentats, amb els delictes Tipus 4 (lesions) i amb delictes Tipus 1 (robatoris “sense violència”, coincidint amb Boduszek et al (2015) en aquests darrers (delictes no-violents). Precisament els quebrantaments (Tipus 10) correlacionen de forma reiterativa amb la psicopatia, als diferents estudis, juntament amb la major violència i variabilitat delictiva (Hare, 2003).

Observem que els delictes Tipus 10 (reincidència) correlacionen amb PCL:SV Puntuació Total, com lògicament l'Índex de trencament de condemna. Recordem que la psicopatia s'associa amb un major índex de violència genèrica (Hare, 2003), i amb un major índex de delictes o criminalitat, fins i tot amb dos terços dels psicòpates amb antecedents policials (Drislane et al, 2014) o simplement amb un major Nombre d'arrests (Evans et al, 2015).

El Factor 1 o Interpersonal-afectiu, del PCL:SV, a la Mostra de la Tesi correlaciona negativament amb els delictes Tipus 2 (robatoris "amb violència"), és a dir, a més delictes violents d'ús de la força en els robatoris, menys Factor 1.

Resumint, respecte a la validesa postdictiva, són significatives en allò relatiu al Factor 2 i la Puntuació total del PCL:SV, les correlacions negatives del Nivell socioeconòmic i la Qualificació laboral, sense que haguem pogut trobar associacions significatives entre el Factor 2 o la Puntuació total del PCL:SV amb variables d'abús/dependència de tòxics (cocaïna, opiacis, alcohol) tal i com ja esmentaven Hemphill et al (1994). Pel que fa estrictament a la Puntuació total PCL:SV, aquesta és significativa amb l'ítem Nombre de parelles estables. També són significatives les correlacions positives entre psicopatia i la "precocitat" en l'Edat de primera detenció i l'Edat de primer ingrés a presó. A més a més, l'Índex delictiu per temps en llibertat, l'Índex de delictes violents i l'Índex de trencaments de condemna es relacionen amb els constructe psicopatia amb valors significatius, com era esperable a l'igual que la seva prova matriu PCL-R (Hare, 2003).

Pel que fa a la validesa discriminant, i en relació a les proves d'intel·ligència, concretament les Matrius de Raven, la correlació total de la puntuació total Raven amb la Puntuació Total PCL:SV fou mínima i sense significació estadística entre les variables intel·ligència i PCL:SV, com també repliquen diversos autors (Blair, Mitchel i Blair, 2008; Flores-Mendoza et al., 2008; Quiñones-Maldonado, Martínez-Taboas i Rodríguez-Gómez, 2014). La nostra Mostra, en relació al Factor "g" d'intel·ligència (Raven) va donar una correlació negativa i no significativa entre la puntuació Raven i la Puntuació Total (PCL:SV), en la línia de correlació negativa d'altres estudis (Neumann i Hare, 2008), com també la correlació negativa entre el Factor 2 (PCLSV) i intel·ligència (Wilson et al., 2014; Heinzen et al, 2011, citant Forth, Hart i Hare, 1989) o d'ambdós Factors 1 i 2 (Evans et al, 2015; Wilson et al, 2014).

Hem de referir-nos a les limitacions de l'estudi. En primer lloc, la submostra sobre la que hem estudiat la validesa i la fiabilitat ha estat la Penitenciària, mentre que amb la resta de submostres ens hem limitat l'estudi dels aspectes descriptius l'estructura factorial exploratòria i confirmatòria i a la consistència interna. Segurament amb l'augment del tamany de les submostres i amb l'aplicació de determinats autoinformes de forma més generalitzada, les correlacions haurien estat més robustes o fins i tot, significatives en algunes associacions d'ítems. El fet d'utilitzar autoinformes també ha pogut minvar la possible emergència de correlacions de Facetes, nuclears dins dels constructe psicopatia com la Faceta 2 o Afectiva fet ja descrit per autors com Edens et al (2000).

Resten com a objectius de futur per possibles estudis predictius l'estudi *post hoc* de variables criminològiques en individus ja avaluats, per tal de cercar validesa predictiva del PCL:SV, especialment pel que fa a la gravetat, versatilitat i reincidència delictiva, especialment en població psiquiàtrica civil ingressada (Edens et al, 20006). Tampoc hem inclòs ni comparat per gèneres les nostres submostres, aspecte que deixem també obert per futures investigacions dins l'àmbit forense, ja proposats amb el PCL-R (Hicks et al, 2010).

## 6. RESUM I CONCLUSIONS

La hipòtesi i objectiu principals d'aquesta Tesi eren estudiar la fiabilitat i la validesa de l'adaptació espanyola del Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV) en una mostra espanyola, esperant que els indicadors psicomètrics fossin semblants a la Mostra original (Hart et al, 1995) i per tant, permetessin la seva aplicació en el nostre medi cultural. Amb aquest objectiu es va estudiar una mostra de 394 voluntaris agrupats en quatre submostres: judicial, psiquiàtrica, penitenciària i d'agressors sexuals.

D'acord doncs, amb les hipòtesi General i Específiques descrites anteriorment, arribem a les següents conclusions:

1a Primer, i en relació amb la hipòtesi General, sí podem afirmar que el PCL:SV és un instrument fiable i vàlid, com a cribratge dins de la població forense (judicial, penitenciària, psiquiàtrica) per al diagnòstic de psicopatia. És una mesura amb propietats psicomètriques molt similars amb la seva matriu, el Psychopathy Checklist: Revised (PCL-R), però amb un valor específic en àmbits on la estimació permet optimitzar recursos i temps en la presa de decisions i emissió d'informes com és l'àmbit penal, penitenciari, forense, judicial, i legal en general. També podem afirmar que les nostres dades són similars a d'altres estudis de fiabilitat i validesa del nostre àmbit cultural (Suïssa, Alemanya, Bulgària, Suècia) i d'altres entorns (Mèxic, Xile, Iran o Nova Zelanda).

2a De forma específica, podem afirmar que el *Psychopathy Checklist: Screening Version* (PCL:SV) és un mesura amb una fiabilitat semblant a la de les mostres amb les que es va validar la versió original anglosaxona (Hart, Cox i Hare, 1995). Així, la consistència interna (per Factors i per Puntuació Total), la fiabilitat Inter avaluadors (també per Factors i Puntuació Total) i l'Error Estàndard de Mesura mostren

correlacions similars, per la qual cosa avaluem un constructe (psicopatia) similar en les mostres i submostres respectives. En general les puntuacions mitjanes dels subjectes avaluats és similar a la del Manual (Hart, Cox i Hare, 1995), i la seva distribució, aproximadament normal.

3a En relació a la validesa estructural, l'estructura factorial, la solució que millor explica els resultats obtinguts a la nostra Mostra és la tetrafactorial (AFC), si bé al Manual descrivia la solució bifactorial com la més parsimoniosa i amb millor bondat d'ajustament (Hart, Cox i Hare, 1995). És a dir, les anàlisis confirmatòries s'ajusten millor als resultats de la Tesi, amb un model de quatre Facetes (Interpersonal, Afectiva, Estil de vida i Antisocial) de Hare (2003), tot i la solució bifactorial obtinguda també a les anàlisis exploratòries de la nostra Mostra i per d'altres autors (Cooke et al, 1999; Salekin et al, 1996) d'acord amb la Teoria de Resposta a l'Ítem i la bona correspondència entre el PCL-R i el PCL:SV.

4a Pel que fa a la validesa concurrent amb la matriu i *gold standard*: PCL-R, hem evidenciat correlacions força elevades d'ambdues, tant entre Puntuació Total, com entre Factors i Facetes, corroborant la hipòtesi que el PCL:SV és un bon instrument de garbellat i que mesura, de forma breu i representativa, allò que la matriu PCL:R avalua, el constructe psicopàtic.

5a Les dades de validesa convergent, amb escales de personalitat com les KSP, SCSR i QPe, aporten correlacions en el sentit esperable, és a dir, amb ítems com *Evitación de la monotonía* i *Agresión verbal* associats a major *Puntuació Total* PCL:SV), o amb correlacions negatives amb la *Socialización*, per exemple (escales KSP), correlació positiva amb el Factor 2 de la Sensibilitat a la recompensa (SR) o del Factor 2 i la Puntuació Total amb el Qüestionari de Psicopatia experimental (QPe), entre d'altres.

6a La validesa convergent amb variables sociodemogràfiques, penitenciàries i delictives ha estat també satisfactòria, amb dades congruents en general, amb les correlacions per Facetes, Factors i Puntuació Total. Destacaríem l'associació entre PCL:SV i variables sociodemogràfiques, com edat de la *primera detenció*, *Primer ingrés a presó* o *Edat del primer judici*, *Nombre de regressions (de grau)*, *Nombre de sancions greus* o *Nombre de trencaments de condemna*. La baixa *Qualificació laboral* i *l'Estat socioeconòmic*, d'acord amb postulats ja replicats reiteradament en criminologia, s'associen també amb major Puntuació total (PCL:SV) com a

factor de risc. La Faceta 4 especialment (Faceta "Antisocial"), com era esperable, correlaciona amb dades sociodemogràfiques, criminològiques, penitenciàries i delictives de forma raonable, amb matisos propis de les submostres que agrupen als diferents individus. En qualsevol cas, podem assimilar-les amb les obtingudes al Manual. Finalment, el factor 2 (Antisocial) ha correlacionat significativa i positivament amb les Puntuacions totals dels tipus delictius 10 (Quebrantaments) i 2 (Robatoris sense violència).

7a En relació finalment a la validesa discriminant, amb les matrius de Raven hem comprovat la no-associació entre la psicopatia i el Factor "g" d'intel·ligència, tal i com era esperable. Tampoc hem observat correlacions significatives entre la Puntuació total PCL:SV i les variables Edat o Nivell d'estudis.

8a Podem concloure doncs, d'acord amb les premisses anteriors, que el *Psychopathy Checklist: Screening Version* (PCL:SV) és un bon instrument de cribatge, i específicament, en l'àmbit forense, legal i judicial de forma extensa, la qual cosa aporta un instrument més d'avaluació diagnòstic útil en pericials, predicció de risc, elecció de futurs tractaments i/o mesures judicials, així com decisions relatives a la llibertat, permisos o canvis de grau de forma específica, i en actuacions legals, judicials i forenses de forma genèrica, a partir d'ara.

## 7. OBJECTIUS DE FUTUR

D'acord amb les conclusions referides, plantegem els següents objectius de futur:

1r És recomanable la utilització del *Psychopathy Checklist: Screening Version* (PCL:SV) de forma generalitzada en l'àmbit forense, legal i judicial. Aquesta eina seria força útil en l'àmbit pericial, en la elecció de futures mesures judicials (a) de control, gestió d'aquests perfils a nivell clínic, d'incapacitació en l'àmbit civil, fins i tot, (b) en decisions relatives a la llibertat, permisos penitenciaris o canvis de grau, o (c) en la valoració de la imputabilitat, i de les seves circumstàncies modificatives de la responsabilitat penal.

2n Que dins dels Protocols on s'hagin d'avaluar, perfils de personalitat antisocial, s'incorpori aquesta eina de cribatge de la psicopatia, per tal de diferenciar ambdós constructes adequadament. Com a entitats relacionades però no

sinònimes, el PCL:SV és un instrument pràctic, relativament ràpid, i que tan sols requereix un aprenentatge prou qualificat com per optimitzar la seva aplicació.

3a Tot i no ser estrictament un instrument de predicció de risc, sí que de forma col·lateral i coadjuvant s'hauria de tenir en compte la seva capacitat predictiva de risc genèric de conductes delictives i antisocials, especialment pel que fa a la variabilitat delictiva, a la gravetat, i a l'alt índex de trencament de condemnes que implica el propi diagnòstic de psicopatia.

3r Finalment, voldria reiterar la importància en la consideració, avaluació i gestió, del constructe de la psicopatia. Des d'un punt de vista corporatiu (d'organitzacions, empresarial), penal (amb perfils d'agressors, individuals o serials), social (líderatges, figures mediàtiques) o fins i tot de salut comunitària, el fenomen de la psicopatia continua sent d'alt interès i caldria, de forma explícita, potenciar la investigació i gestió individual i grupal d'aquests perfils, si més no per minimitzar la letalitat o morbiditat social que genera. A nivell del tractament penitenciari, en la predicció del risc inherent de violència que comporten, o en el control social del potencial dany que generen (parella, família, entorn econòmic i comunitari) calen noves respostes i una aproximació pragmàtica, coneixedora de la psicopatia, i amb el suficient consens científic i polític. En aquest sentit, la Tesi crec que aporta una eina més, per tal d'apropar-nos una mica més a aquests objectius.



## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Ábalos, C., Esquivel, N. i Gallardo, C. (2004). Adaptación de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R) de Robert Hare en población reclusa del Centro de Detención Preventiva de San Miguel. (Tesis de grado de Psicología). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.
- Adolphs, R. (2003). Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 165-178.
- Aharoni, E., Sinnott-Armstrong, W. i Kiehl, K. A. (2012). Can psychopathic offenders discern moral wrongs? A new look at the moral/conventional distinction. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 484-497.
- Aluja, A. i Torrubia, R. (1996). Componentes psicológicos de la personalidad antisocial en delincuentes: búsqueda de sensaciones y susceptibilidad a las señales de premio y castigo. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Barcelona*, 23(2), 47-56.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. (1a ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. (2a ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. (3a ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. (3a ed. rev.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. (4 ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado (2002)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (Burg Translations Inc., trad.) (5a ed.). Washington, Londres: American Psychiatric Publishing. (Obra original publicada al 2012).

- Andersen, H. S., Sestoff, D., Lillebæk, T., Mortensen, E. L. i Kramp, P. (1999). Psychopathy and psychopathological profiles in prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 33-39.
- Anderson, C. i Bushman, B. (2002). Human aggression. *Annual Reviews Psychology*, 53, 27-51.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Wygant, D. B., Salekin, R. T. i Krueger, R. F. (2014). Examining the associations between DSM-5 section III antisocial personality disorder traits and psychopathy in Community and University samples. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 675-697.
- Arbach-Lucioni, K. i Andrés-Pueyo, A. (2008). *Eficàcia predictiva de l'HCR-20 i del PCL:SV en contextos institucionals (Ajuts a la Investigació, 2007)*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE).
- Assadi, S. M., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan, S., Shariat, S. V. i Fazel, S. (2006). Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: Prevalence study in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 188, 159-164.
- Auty, K. M., Farrington, D. P. i Coid, J. W. (2015). Intergenerational transmission of psychopathy and mediation via psychosocial risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 206, 26-31.
- Avila, C., Torrubia, R., Aluja, A. i Tejero, A. (setembre, 1992). *A questionnaire for the assessment of psychopathy: preliminary results*. Pòster presentat al 22è Congress of the European Association for Behavior Therapy, Coimbra (Portugal).
- Babiak, P., Folino, J., Hancock, J., Hare, R. D., Logan, M., León-Mayer, E.,...Woodworth, M. (2012). *Psychopathy: An important forensic concept for the 21st century*. FBI Law Enforcement Bulletin, July.
- Babiak, P. i Hare, R.D. (2006). *Snakes on suits: When psychopaths go to work*. Nova York, NY: ReganBooks.
- Babiak, P., Neumann, C. S. i Hare, R. D. (2010). Corporate Psychopathy: Talking to walk. *Behavior Science and The Law*, 28(2), 174-193.

- Barbey, A. K., Krueger, F. i Grafman, J. (2009). Structured event complexes in the medial prefrontal cortex support counterfactual representations for future planning. *Philosophical Transactions (The Royal Society)*, 364, 1291-1300.
- Baskin-Sommers, A. R., Brazil, I. A., Ryan, J., Kohlenberg, N. J., Neumann, C. S. i Newman, J. P. (2015). Mapping the association of global executive functioning onto diverse measures of psychopathic traits. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 6(4), 336-346.
- Baskin-Sommers, A. R. i Newman, J. P. (2013). *Differentiating the cognition-emotion interactions that characterize psychopathy versus externalizing disorders*. A M. Robinson, E. Harmon-Jones i E. Watkins (eds), *Cognition and Emotion* (pàgs. 501-520). Nova York: Guilford Press.
- Baskin-Sommers, A. R., Wallace, J. F., MacCoon, D. G., Curtin, J. J. i Newman, J. P. (2010). Clarifying the factors that undermine Behavioral Inhibition System functioning in Psychopathy. *Personality Disorders*, 1(4): 203-217.
- Bate, C., Boduszek, D., Dhingra, K. i Bale, C. (2014). Psychopathy, intelligence and emotional responding in a non-forensic sample: an experimental investigation. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 25(5), 600-612.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G. i Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(1), 21-27.
- Batson, A., Gudjonsson, G., i Gray, J. (2010). Attribution of blame for criminal acts and its relationship with psychopathy as measured by Hare Psychopathic Checklist (PCL:SV). *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 21(1), 91-101.
- Baum, M. L. (2011). The Monoamine Oxidase A (MAOA) genetic predisposition to impulsive violence: Is it relevant to criminal trials? *Neuroethics*, 6, 287-306.
- Bernaldo de Quirós, C. (1912). *Modern Theories of Criminality* (trad. Alfonso de Salvio Ph. D.). Boston, US: Little, Brown and Company. Recuperat de: [www.forgottenbooks.com](http://www.forgottenbooks.com)

- Beszterczey, S., Nestor, P. G., Shirai, A. i Harding, S. (2013). Neuropsychology of decision making and psychopathy in high-risk ex-offenders. *Neuropsychology*, 27(4), 491-497.
- Blackburn, R. (1988). On moral judgements and personality disorders: The myth of psychopathic personality revisited. *British Journal of Psychiatry*, 153, 505-512.
- Blackburn, R. (2007). Personality disorder and antisocial deviance: Comments on the debate of the structure of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 142-159.
- Blagov, P. S., Patrick, C. J., Lilienfeld, S. O., Powers, A. D., Phifer, J. E., Venables, N.,... Cooper, G. (2011). Personality constellations in incarcerated psychopathic men. *Personality Disorders*, 2(4), 293-315.
- Blair, R. J. R. (1995). A cognitive developmental approach to morality: Investigating the psychopath. *Cognitio*, 57, 1-29.
- Blair, R. J. R. (2001). Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71, 727-731.
- Blair, R. J. R. (2005). Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Development and Psychopathology*, 17, 865-891.
- Blair, R. J. R. (2008). The cognitive neuroscience of psychopathy and implications for judgements of responsibility. *Neuroethics*, 1, 149-157.
- Blair, R. J. R. (2010). Neuroimaging of psychopathy and antisocial behavior: A targeted review. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 76-82.
- Blair, R. J. R. (2013). The neurobiology of psychopathic traits in youths. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(11), 786-799.
- Blair, R. J. R., Colledge, E., Murray, L. i Mitchell, D. G. (2001). A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psicopathic tendencies. *Journal of Abnormal Psychology*, 29(6), 491-498.

- Blair, R. J. R. i Mitchell, G. V. (2008). Psychopathy, attention and emotion. (1a Ed.) *Psychological Medicine*, 39, 543-555.
- Blair, J., Mitchell, D. i Blair, K. (2005). *The Psychopath: emotion and the brain*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Blair, R. J. R., Peschardt, K. S., Budhani, S., Mitchell, D. G. V. i Pine, D. S. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 262-275.
- Blonigen, D. M., Hicks, B. M., Krueger, R. F., Patrick, C. J. i Iacono, W. G. (2005). Psychopathic personality traits: Heritability and genetic overlap with internalizing and externalizing pathology. *Psychological Medicine*, 35(5), 637-648.
- Blonigen, D. M., Patrick, C. J., Douglas, K. S., Pytress, N. G., Skeem, J. L., Lilienfeld, S. O.,... Krueger, R. F. (2010). Multimethod assessment of psychopathy in relation to factors of Internalizing and Externalizing from the Personality Assessment Inventory: The impact of Method Variance and suppressor effects. *Psychological Assessment*, 1, 96-107.
- Bo, S., Abu-Kel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H. i Bateman, A. (2014). Mentalizing mediates the relationship between psychopathy and type of aggression in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(1), 55-63.
- Boccaccini, M. T., Turner, D. B. i Murrie, D. C. (2008). Do some evaluators report consistently higher or lower PCL-R scores than others? Findings from a statewide sample of sexually violent predator evaluations. *Psychology, Public Policy, and Law*, 14(4), 262-283.
- Boccardi, M., Bocchetta, M., Aronen, H. J., Repo-Tiihonen, E., Vaurio, O., Thompson, P. M.,...Frisoni, G. B. (2013). Atypical nucleus accumbens morphology in psychopathy: another limbic piece in the puzzle. *International Law and Psychiatry*, 36(2), 157-167.
- Boccio, C. M. i Beaver, K. M. (2015). Psychopathic personality traits, intelligence and economic success. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(4), 551-569.
- Boduszek, D., Dhingra, K., Hyland, P. i Debowska, A. (2015). A bifactorial solution to the Psychopathy Checklist Screening Version in a sample of civil psychiatric patients. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26(3), 174-185.

- Brody, Y. i Rosenfeld, B. (2002). Object relations in criminal psychopaths. *International Journal of Offender Therapy and comparative criminology*, 46(2), 400-411.
- Boes, A. D., Graft, A. H., Joshi, C., Chuang, N. A., Nopoulos, P. I Anderson, S. W. (2011). Behavioral effects of congenital ventromedial prefrontal cortex malformation. *Neurology*, 11, 151.  
Recuperat de <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/11/151>
- Brook, M., Brieman, Ch. L. i Kosson, D. S. (2013). Emotion processing in Psychopathy Checklist-assessed psychopathy: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33, 979-995.
- Buzina, N. (2012). Psychopathy – Historical controversies and new diagnostic approach. *Psychiatria Danubina*, 24(2), 134-142.
- Brower, M. C. i Price, B. H. (2001). Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behavior: A critical review. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 71, 720-726.
- Calvo, N. (2007). Adaptació al castellà del Personality Diagnostic Questionnaire -4+: propietats psicomètriques en població clínica i en estudiants (Tesi Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra.
- Camp, J. P., Skeem, J. L., Barchard, K. Lilienfeld, S. O. i Poythress, N. G. (2013). Psychopathic predators? Getting specific about the relation between psychopathy and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 467-480.
- Campillo, J. (2013). El Corpus Iuris Civilis: La recopilación más importante del derecho romano.  
Recuperat de  
<http://clasicosarchivohistoricour.org/2013/09/03/el-corpus-iuris-civilis-la-recopilacion-mas-importante-del-derecho-romano/>
- Carmona, E. (1994). PCL-R: Estudio de la fiabilidad y de la validez en población penitenciaria catalana (Treball d'investigació no publicat per a l'accés al títol de Magister). Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra.
- Carré, J. M., Hyde, L. W., Neumann, C. S., Viding, E. i Hariri, A. R. (2013). The neural signatures of distinct psychopathic traits. *Social Neuroscience*, 8(2), 122-135.

- Cassey, A. R. (2013). Investigating the relationship between psychopathy, fear conditioning, and facial affect recognitions (Tesi pel doctorat en Psicologia). Universitat de Victòria, Wellington (Australia).
- Cheng, J. T., Tracy, J. L. i Henrich, J. (2010). Pride, personality and the evolutionary foundations of human social status. *Evolution and Human Behavior*, 31, 334-347.
- Cheng, J. T., Tracy, J., Foulsham, T., Kingstone, A. i Henrich, J. (2013). Two ways to the top: Evidence that dominance and prestige are distinct yet viable avenues to social rank and influence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(1), 103-125.
- Chico, E. (1993). Anàlisi dimensional y de validez de constructo de una escala de conducta antisocial (Treball d'investigació no publicat per a l'accés al títol de Magister). Universitat de Barcelona (UB), Barcelona.
- Chico, E. i Tous, J. M. (2003). Estructura factorial i validesa discriminant del llistat de psicopatia de Hare revisat. *Psicothema*, 15(4), 667-672.
- Cleckley, H. M. (1976). *The Mask of Sanity [La máscara de la cordura]* (5a ed.). St. Louis, Mi: Mosby. (Original publicat al 1941).
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A. i Hare, R. D. (2009a). Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 65-73.
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., Moran, A., Bebbington, P..... Hare, R. (2009b). Psychopathy among prisoners in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(3), 134-141.
- Cooke, D. J., Forth, A. E. i Hare, R. D. (1998). *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society. Proceedings of the NATO Advanced Study Institute*. Alvor, Portugal: Springer.
- Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C. i Michie, C. (2012). Explicating the construct of psychopathy: Development and validation of a conceptual model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 242-252.



- Cooke, D. J. i Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13(2), 171-188.
- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D. i Clark, D. A. (2004). Reconstructing: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 337-357.
- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D. i Clark, D. A. (2005). Assessing psychopathy in the UK: Concerns about cross-cultural generalisability. *British Journal of Psychiatry*, 186, 335-341.
- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D. i Hare, R. D. (1999). Evaluating the screening version of the Hare Psychopathy Checklist - Revised (PCL:R): An Item Response Theory analysis. *Psychological Assessment*, 11(3), 3-13.
- Cooke, D. J., Michie, C. i Skeem, J. (2007). Understanding the structure of the Psychopathy Checklist - Revised. An exploration of methodological confusion. *British Journal of Psychiatry*, 190(49), 39-50.
- Corr, P. J. (2010). The psychoticism-psychopathy continuum: a neuropsychological model of core deficits. *Personality and Individual Differences*, 48, 695-703.
- Corrado, R. R., DeLisi, M., Hart, S. D., i McCuish, E. C. (2015). Can the causal mechanisms underlying chronic, serious and violent offending trajectories be elucidated using the psychopathy construct? *Journal of Criminal Justice*, 43(4), 251-368.
- Côté, G. i Hodgins, S. (1990). Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin American Academy of Psychiatry and Law*, 18(3), 271-281.
- Craig, M. C., Catani, M., Deeley, Q., Latham, R., Daly, E., Kanaan, R.,... Murphy, D. G. M. (2009). Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular Psychiatry*, 14, 946-953.
- Crego, C. i Widiger, T. A. (2014). Psychopathy and the DSM. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 500-512.
- Cuquerella, A., Genís, F., López, J. M., Navarro, J. C., Pardo, Y., Andiñón, O. i Torrubia, R. (2005). *Reliability and validity of the Hare Psychopathy Checklist: Screening Version in a Spanish*

*prison sample*. Póster presentat a la "Biannual Conference of the Society for the Scientific Study of Psychopathy (SSSP): Approaches to emotion". Vancouver, Canadà.

Damasio, A. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological sciences*, Pàgs. 1413-1420.

Damasio, A. (2006). *El error de Descartes*. Madrid: Crítica.

De Brito, S. A., Viding, E., Kumari, V., Blackwood, N. i Hodgins, S. (2013). Cool and hot executive function impairments in violent offenders with antisocial personality disorder with and without psychopathy. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23840340>

DeMatteo, D. I Edens, J. F. (2006). The role and relevance of the Psychopathy Checklist - Revised in court. A Case Law Survey of U.S. Courts (1991-2004). *Psychology, Public Policy, and Law*, 12(2), 214-241.

De Oliveira-Souza, R., Hare, R. D., Bramati, I. E., Garrido, G. J, Azevedo Ignácio, F., Tovar-Moll, F. i Moll, J. (2008). Psychopathy as a disorder of the moral brain: fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry. *NeuroImage*, 40(3), 1202-1213.

De Sanctis, S. (1927). *Religious conversion: A bio-Psychological Study (traduït per Helen Agur)*. *The International Library of Psychology* (1a ed.). Abindon (Oxon), UK: Routledge (Francis i Taylor)

Debowska, A., Boduszek, D., Hyland, P. i Goodson, S. (2014). Biological correlates of psychopathy: a brief review. *Mental Health Review Journal*, 19(2), 110-123.

Debuyst, C. (1994). Morel et la psychiatrie légale; la mise en place de la notion de dégénérescence (1830-1860) [article] *Déviance et société Année 1994*, pàgs. 133-152. Recuperat de [http://www.persee.fr/doc/ds\\_0378-7931\\_1994\\_num\\_18\\_2\\_1333](http://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1994_num_18_2_1333)

Declerq F., Vandenbroucke M. i Storne I. (2008). A mixed case of sadistic sexual murder with nocturnal arson: Psychopathy or psychosis?. *Annales Médico-Psychologiques*, 166, 366-374.

- Del Casale, A., Kotzalidis, G., Rapinesi, Ch., Di Pietro, S., Alessi, M. Ch., Di Cesare, G.,... Ferracuti, S. (2015). Functional Neuroimaging in psychopathy. *Neuropsychobiology*, 72, 97-117.
- DeLisi, M. (2009). Psychopathy is the unified theory of crime. *Youth violence and Juvenile Justice*, 7(3), 256-273.
- DeLisi, M., Vaughn, M. G., Beaver, K. M. I Wright, J. P. (2010). The Hannibal Lecter Myth: Psychopathy and Verbal Intelligence in the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 169-177.
- Dhingra, K. i Boduszek, D. (2013). Psychopathy and Criminal Behaviour: A psychosocial research perspective. *Journal of Criminal Psychology*, 3(2), 83-107.
- Dolan, M. (2004). Psychopathic personality in young people. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 466-473.
- Dolan, M. i Doyle, M. (2000). Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry*, 177, 303-311.
- Dolan, M. i Fullam R. (2006). Emotional information processing in violent patients with schizophrenia: Association with psychopathy and symptomatology. *Psychiatric Research*, 141(1), 29-37.
- Dolan, M. i Fullam, R. (2008). Psychopathy and functional Magnetic Resonance Imaging blood oxygenation level-dependent responses to emotional faces in violent patients with schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 66, 570-577.
- Dolan, M. i Fullam R. (2009). Psychopathy and functional magnetic resonanc imaging blood oxygenation level-dependent responses to emotional faces in violent patients with schizophrenia. *Bioloogycal Psychiatry*, 66, 570-577.
- Douglas, K. S., Herbozo, S., Poytress, N. G., Belfrage, H. i Edens, J. (2006). Psychopathy and suicide: a multisample investigation. *Psychological Services*, 3(2), 97-116.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P., Nicholls, T. L. i Grant, I. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy

- Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 917-930.
- Douglas, K. S. i Skeem, J. (2005). Violence risk assessment. Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy and Law*, 11(3), 347-383.
- Douglas, K. S., Strand, S., Belfrage, H., Fransson, G. i Levanter, S. (2005a). Reliability and validity evaluation of the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV) in Swedish correctional and forensic psychiatric samples. *Assessment*, 12(2), 145-161.
- Douglas, K. S., Yeomans, M. i Boer, D. (2005b). Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a sample of criminal offenders. *Criminal Justice and Behaviour*, 32(5), 479-510.
- Drislane, L. E., Patrick, C. J., Sourander, A., Sillanmäki, L., Aggen, S. H., Elonheimo, H.,... Kendler, K. S. (2014). Distinct variants of extreme psychopathic individuals in society at large: Evidence from a population-based sample. *Personality disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 154-163.
- Edens, J. F. (2006). Unresolved controversies concerning psychopathy: implications for clinical and forensic decision making. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(1): 59-65.
- Edens, J. F. i Cox, J. (2012). Examining the prevalence, role and impact of evidence regarding antisocial personality, sociopathy and psychopathy in capital cases: A survey of defense team members. *Behavioral Sciences and the Law*, 30, 239-255.
- Edens, J. F., Hart, S., Johnson, D. W., Johnson, J. K. i Olver, M. (2000). Use of the Personality Assessment Inventory to assess psychopathy in offender populations. *Psychological Assessment*, 12(2), 132-139.
- Edens, J. F., Marcus, D. K., Lilienfeld, S. O. i Poythress, N. G., Jr. (2006). Psychopathic, not psychopath: Taxonometric evidence for the dimensional structure of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 131-144.

- Edens, J. F., Skeem, J. L. i Douglas, K. S. (2006). Incremental validity analyses of the Violence Risk Appraisal Guide and the Psychopathy Checklist: Screening Version in a Civil Psychiatric sample. *Assessment*, 13, 368-374.
- Eigen M. (2008). Hallucination and psychopathy. *International Forum of Psychoanalysis*, 17, 4-15.
- Endrass, J., Rossegger, A., Frischknecht, Noll, T. i Urbaniok, F. (2008). The predictive validity of the PCL:SV among a Swiss prison population. *International Journal of Forensic Health*, 7(2), 191-199.
- Esbec, E. i Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, 32(3), 255-264.
- Evans, L., Ioannou, M. i Hammond, L. (2015). A predictive model of criminality in civil psychiatric populations. *Journal of Criminal Psychology*, 5(1), 1-12.
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J. i Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 1, 21-29.
- Fernández-Montalvo, J. i Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20, 193-198.
- Ferrando, P. J. i Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación de psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Few, L. R., Lynam, D. R., Maples, J. L., MacKillop, J. i Miller, J. D. (2015). Comparing the utility of DSM-5 Section II and III antisocial personality disorder approaches for capturing psychopathic traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(1), 64-74.
- Finger, E. C., Marsh, A. A., Mitchell, D. G., Reid, M. E., Sims, C., Budhani, S.,... Blair, J. R. (2008). Abnormal ventromedial prefrontal cortex function in children with psychopathic traits during reversal learning. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 586-594.
- Flores Lázaro, J. C., Ostrosky-Solís, F. i Lozano, A. (2008). Batería de Funciones Frontales y Ejecutivas. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias (presentación)*, 8(1), 141-158.

- Flores-Mendoza, C. E., Silva-Alvarenga, M. A., Herrero, Ó. i Abad, F. J. (2008). Factor structure and behavioural correlates of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in a Brazilian prisoner sample. *Personality and Individual Differences*, 45, 584-590.
- Folino J. O., i Mendicó, G. (2006). La Psicopatía, el MMPI y la Hare PCL-R. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(2), 43-54.
- Fombellida. L. (1995). Valoración medico-legal de los trastornos de la personalidad. Estudio jurisprudencial. *Revista del Poder Judicial*, 40, 9-56.
- Forth, A. E., Brown, S. L., Hart, S. D. i Hare, R. D. (1996). The assessment of psychopathy in male and female noncriminals: Reliability and validity. *Personality and Individual Differences*, 20(5), 531-543.
- Fowles, D. C. i Lindo, L. (2005). A dual-deficit model of psychopathy. A C. J. Patrick. *Handbook of Psychopathy* (pàgs. 15-34). Nova York, Londres: Guilford Press.
- Frick, P. J. (1998). Callous-unemotional traits and conduct problems: A two factor model of psychopathy in children. A D. J. Cooke, A. E. Forth i R. D. Hare (Eds.). *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society* (pàgs. 161-187), Dordrecht, Holanda: Kluwer Academic Publishers.
- Frick, P. J. i Hare, R. D. (2001). *Antisocial process screening device: APSD*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Frick, P. J. i White, S. F. (2008). Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 359-375.
- Fullam, E. i Dolan, M. (2006). The criminal and personality profile of patients with schizophrenia and comorbid psychopathic traits. *Personality and Individual Differences*, 40, 1591-1602.
- Fumagalli, M. i Priori, A. (2006). Functional and clinical neuroanatomy of morality. *Brain*, 135, 2006-2021.

- Gacono, C. B., Reid Meloy, J. i Bridges, M. R. (2000). A Rorschach comparison of psychopaths, sexual homicide perpetrators, and nonviolent pedophiles: where angels fear to tread. *Journal of Clinical Psychology*, 56(6), 757-777.
- Gacono, C. B. (Ed.). (2015). *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide* (2a ed.). Nova York, Londres: Routledge.
- Galletta, M. i Rosenfeld, B. Adapting Dialectical Behavior Therapy (DBT) for the treatment of psychopathy. *Internacional Journal of Forensic Mental Health*, 11(4). Recuperat de <http://dx.doi.org/10.1080/14999013.2012-746762>
- Gao, Y., Glenn, A., Schug, R., Yang, Y. i Raine, A. (2009). The neurobiology of psychopathy: A neurodevelopmental perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 813-823.
- Gao, Y., Raine, A. i Schug, R. A. (2011). P3 event-related potentials and childhood maltreatment in successful and unsuccessful psychopaths. *Brain and Cognition*, 77(2), 176-182.
- García-Andrade, J. A. (1993). *Psiquiatria Criminal y Forense*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Gazzaniga, M. (2012). *Quien manda aquí*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gillespie, S. M., Rotshtein, P., Beech, A. R., i Mitchell, I. J. (2017). Boldness psychopathic traits reduced gaze forward fearful eyes in men with a history of violence. *Biological Psychology*, 128, 27-38.
- Glass, S. J. i Newman, J. P. (2009). Emotion processing in the criminal psychopath: the role of attention in emotion-facilitated memory. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 229-234.
- Glenn, A. L., Kurzban, R. i Raine, A. (2011). Evolutionary theory and psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 371-380.
- Glenn, A. L., i Raine, A. (2009). Psychopathy and instrumental aggression: evolutionary, neurobiological, and legal perspectives (resum). *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(4), 253-258.

- Glenn, A., Raine, A., Venables, P. i Mednick, A. (2009). Early temperamental and psychophysiological precursors of adult psychopathic personality (resum). *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 46-60. Recuperat de la base de dades PubMed.
- Goethals, K. R., Fabri, V. A. S., Buitelaar, J. K. i Van Marle, J. C. (2007). Temporal relationship between psychotic disorder and criminal offense: Review of the literature and File Review Study. *International Journal of Forensic Mental Health, 6*(2), 153-168.
- Grann, M. (1999). Personality disorder and violent criminality: A follow-up study with special reference to psychopathy and risk assessment. *Nordic Journal of Psychiatry, 53*, 159-160.
- Grann, M., Långström, N., Tengström, A. i Kullgren, G. (1999). Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law and Human Behavior, 23*(2), 205-217.
- Gregory, S., Blair, R. J., Ffytche, D., Simmons, A., Kumani, V., Hodgins, S. i Blackwood, N. (2015). Punishment and psychopathy: a case-control functional MRI investigation of reinforcement learning in violent antisocial personality disordered men. *Lancet Psychiatry, 2*, 153-160.
- Guay, J. P., Ruscio, J., Knight, R. A., i Hare, R. D. (2007). A taxonomic analysis of the latent structure of psychopathy: Evidence for dimensionality (resum). *Journal of Abnormal Psychology, 116*(4), 701-716. Recuperat de la base de dades PsyNET.
- Gullhaugen, A. i Nøttestad, J. (2012). Testing theoretical models for future clinical practice in the treatment of psychopathy. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 23*(5-6), 635-653.
- Guy, L. S. i Douglas, K. S. (2006). Examining the utility of the PCL:SV as a screening measure using competing factor models of psychopathy. *Psychological Assessment, 18*(2), 225-230.
- Hökkänen-Nyholm, H. i Hare, R. D. (2009). Psychopathy, homicide, and the courts: working the system. *Criminal Justice and Behavior, 36*(8), 761-777.
- Halwani, S. i Krupp, D. B. (2004). The genetic defence: the impact of genetics on the concept of criminal responsibility. *Health and Law Journal, 12*, 35-70.



- Hare, R. D. (1970). *Psychopathy: Theory and Research*. New York, John Wiley and Sons (Trad. L. Cuéllar Bassols). Barcelona: Herder.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (1995). Comparison of procedures for the assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(1), 7-16.
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23(1), 25-54.
- Hare, R. D. (1999). Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric Quarterly*, 70(3), 181-197.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd Edition*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D., Clark, D., Grann, M. i Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 623-645.
- Hare, R. D., Hart, S. D. i Harpur, T. J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 391-398.
- Hare, R. D. i Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217-246.
- Hare, R. D. i Neumann, C. S. (2009). Psychopathy: Assessment and forensic implications. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 791-802.
- Hare, R. D. i Neumann, C. S. (2010). The role of antisociality in the psychopathy construct: Comment on Skeem and Cooke (2010). *Psychological Assessment* 22(2), 446-454.
- Harenski, C. L., Harenski, K. A., Shane, M. S. i Kiehl, K. A. (2010). Aberrant neural processing of moral violations in criminal psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 863-874.

- Harenski, C. K. i Kiehl, K. A. (2010). Reactive aggression in psychopathy and the role of frustration: Susceptibility, experience and control. *British Journal of Psychology*, 101(3), 401-406.
- Harpur, T. J., Hakstian, A. R. i Hare, R. D. (1988). Factor structure of the psychopathy checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 741-747.
- Harpur, T. J., Hare, R. D. i 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.
- Harris, P. B., Boccaccini, M. T. i Murrie, D. C. (2015). Rater differences in psychopathy measure scoring and predictive validity. *Law and Human Behavior*, 39(4), 321-331.
- Harris, G. T. i Rice, M. E. (2006). Treatment of psychopathy. A review of empirical findings. A C. Patrick (Ed): *Handbook of psychopathy* (pàgs. 555-572). Nova York, NY: Guilford Press.
- Harris, G. T., Rice, M. E., Hilton, N Z., Lalumière, M. L. i Quinsey, V. L. (2007). Coercive and precocious sexuality as a fundamental aspect of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 21(1), 1-27.
- Hart, S. D., Fort, A. E. i Hare, R. D. (1991). The MCMI-II and psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 5, 318-327.
- Hart, S. D. i Hare, R. D. (1989). Discriminant validity of the psychopathy checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 211-218.
- Hart, S. D., Cox, D. N. i Hare, R. D. (1995). *Manual for The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hart, S. D., Forth, A. E. i Hare, R. D. (1991). The MCMI-II and psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 5(4), 318-327.
- Hastings, M. E., Tangney, J. P. i Stuewig, J. (2008). Psychopathy and identification of facial expressions of emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1474-1483.

- Hauser, L. (2016). Forensic implications of neuroscientific advancements. *Journal of American Academy of Psychiatry*, 44, 193-197.
- Heinzen, H., Köhler, D., Godt, N., Geiger, F. i Huchzermeier, C. (2011). Psychopathy, intelligence and conviction history. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(5), 336-340.
- Hemphill, J. F., Hart, S. D. i Hare, R. D. (1994). Psychopathy and substance use. *Journal of Personality Disorders*, 8(3), 169-180.
- Hecht, D. (2011). An inter-hemispheric imbalance in the psychopath's brain. *Personality and Individual Differences*, 51, 3-10.
- Hicks, B. M., Vaidyanathan, U. i Patrick, C. J. (2010). Validating female psychopathy subtypes: Differences in personality, antisocial and violent behavior, substance abuse, trauma, and mental health. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 1(1), 38-57.
- Hill, C. D., Neumann, C. S. i Rogers, R. (2004). Confirmatory factor analysis of the Psychopathy Checklist: Screening Version in offenders with axis I Disorders. *Psychological Assessment*, 16(1), 90-95.
- Hill, C. D., Rogers, R. i Bickford, M. E. (1996). Predicting aggressive and socially disruptive behaviour in a maximum security forensic psychiatric hospital. *Journal of Forensic Sciences*, 41(1), 56-59.
- Hodgins, S., Hiscoke, U. i Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences and The Law*, 1(4), 523-46.
- Hodgins, S., Toupin, J. i Côté, G. (1996). Men with schizophrenia who behave violently: The usefulness of an early –versus late- start offender typology. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 205-218.
- Homes, C. A. (1991). Psychopathy disorder: A Category mistake? *Journal of Medical Ethics*, 2, 77-85.

- Holt, S. E., Reid Meloy, J. i Strack, S. (1999). Sadism and psychopathy in violent and sexually violent offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27(1), 23-32.
- Howard, R. C., Huband, N., Duggan, C. i Mannion, A. (2008). Exploring the link between antisocial personality disorder and criminality in a community sample. *Journal of Personality Disorders*, 22(6), 589-603.
- Howard, R. C., Khalifa, N. i Duggan, C. (2014). Antisocial personality disorder comorbid with borderline pathology and psychopathy is associated with severe violence in a forensic sample. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 25(6), 658-672.
- Huchzermeier, C., Bruß, E., Geiger, F., Kernbichler, A. i Aldenhoff, J. (2008). Predictive validity of the Psychopathy Checklist: Screening Version for intramural behaviour in violent offenders - A prospective study at a secure psychiatric hospital in Germany. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 384-391.
- Hugues, M. A., Stout, J. C. i Dolan, M. C. (2013). Concurrent validity of the Psychopathic Personality Inventory-Revised and the Psychopathy Checklist. *Criminal Justice and Behavior*, 40(7): 802-813.
- Jochem, C. (2011). Neural correlates of moral decision-making in psychopaths. An fMRI Study. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät Regensburg. Aus dem Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. R. Rupprecht der Medizinischen Fakultät der Universität Regensburg, Regensburg (Alemanya).
- Jonason, P. K., Lyons, M., Baughman, H. M. i Vernon, P. A. (2014). What a tangled web we weave: The Dark Triad traits and deception. *Personality and Individual Differences*, 70, 117-119.
- Jonason, P. K. i Webster, G. D. (2010). The dirty dozen: A concise measure of a dark triad. *Psychology Assessment*, 22(2), 420-432.
- Jones, S., Cauffman, E., Miller, J. D. i Mulvey, E. Investigating different factor structures of Psychopathy Checklist: Youth Version confirmatory factor analysis findings. *Psychological Assessment*, 18(1), 33-48.

- Juni, S. (2010). Conceptualizing psychopathy: a psychodynamic approach. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 777-800.
- Kay, D. C. (1985). Substance abuse in psychopathic states and sociopathic individuals. A *Substance abuse and psychopathology*. Alternam (Ed.): Plenum Press.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. i Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-76.
- Kennealy, P. J., Skeem, J. L., Walters, G. D. i Camp, J. (2010). Do core interpersonal and affective traits of PCL-R psychopathy interact with antisocial behavior and disinhibition to predict violence? *Psychological Assessment*, 22(3), 569-580.
- Köhler, D., Geiger, F. i Huchzermeier, C. (2013). Two, three or four factors? Internal and external validity of different factor models of the german Psychopathy Checklist: Screening Version. *Praxis der Rechtspsychologie*, 23(2), 469-481.
- Kiehl, K. A. (2006). A cognitive neuroscience perspective on psychopathy: Evidence for paralimbic system dysfunction. *Psychiatry Research*, 142(2-3), 107-128.
- Kiehl, K. A. i Hoffman, M. B. (2011). The criminal psychopath: history, neuroscience, treatment, and economics. *Jurimetrics Journal*, 51, 355-397.
- Knight-Jadczyk, L. (2008). A structural theory of narcissism and psychopathy. Recuperat de [www.sott.net](http://www.sott.net)
- Knoll, J. (2006). Serial murder: a forensic psychiatric perspective. *Psychiatric Times*, 64-68.
- Koch, J. L. (1891). *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*. Ravensburg, Baden-Württemberg, Alemanya: Mayer.
- Koenigs, M. (2012). The role of prefrontal cortex in psychopathy. *Reviews in the Neurosciences*, 23(3), 253-262.

- Koenigs, M., Kruepke, M. i Newman, J. P. (2010). Economic decision-making in psychopathy: A comparison with ventromedial prefrontal lesion patients. *Neuropsychologia*, 48(7), 2198-2204. Publicat on-line 18 d'abril de 2010. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.04.012
- Koenigs, M., Kruepke, M. i Newman, J. P. (2012). Utilitarian moral judgement in psychopathy. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(6), 708-714. Madison, WI: Oxford University Press. Publicat on-line 19 de juliol de 2011. doi: 10.1093/scan/nsr048
- Kolla. N. J., Gregory, S., Attard, S., Blackwood, N. i Hodgins, Sh. (2014). Disentangling possible effects of childhood physical abuse on gray matter changes in violent offenders with psychopathy. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 221, 123-126.
- Jonason, P. K. i Webster, G. D. (2010). The Dirty Dozen: A concise measure of the Dark Triad. *Psychological Assessment*, 22(2), 420-432.
- Jones, S., Cauffman, E., Miller, J. D. i Mulvey, E. (2006). Investigating different factor structures of the Psychopathy Checklist: Youth Version: Confirmatory analytic findings. *Psychological Assessment*, 8(1), 33-48-
- Kosson, D. S., Smith, S. S. i Newman, J. P. (1990). Evaluating the construct validity of psychopathy in Black and White male inmates: Three preliminary studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 250-259.
- Kosson, D., Steuerwald, B., Forth, A. i Kirhart, K. (1997). A new method for assessing the interpersonal behavior of psychopathic individuals: preliminary validation studies. *Psychological Assessment*, 9(2), 89-101.
- Kraepelin, E. (1887). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (2ª ed.)*. Leipzig.
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (5ª ed.)*. Leipzig.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (6ª ed.)*. Leipzig.
- Kraepelin, E. (1903-1904). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (7ª ed.)*. Leipzig.
- Kraepelin, E. (1909-1915). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (8ª ed.)*. Leipzig.

- Kraft-Ebing, R. V. (s.d.). *Medicina Legal* (J. Moreno Barutell Trans.). Madrid: La España Moderna. (Original publicat al 1898).
- Krupp, D. B., Sewall, L., Lalumière, M., Sheriff, Cr. i Harris, G. (2012). Nepotistic patterns of violent psychopathy: evidence for adaptation?. *Frontiers in Psychology* (original research article), 3(305), 1-8.
- Krupp, D. B., Sewall, L., Lalumière, M., Sheriff, Cr. i Harris, G. (2013). Psychopathy, adaptation, and disorder. *Frontiers in Psychology* (perspective article), 4(139), 1-5.
- Lacassagne, A. (1912). *Compendio de Medicina Legal* (trad. Dr. Anguera de Sojo). Barcelona: Hereus de Juan Gili.
- Laurell, J., Belfrage, H. i Hellström, A. (2010). Facets on the Psychopathy Checklist Screening Version and instrumental violence in forensic psychiatric patients. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 285-294.
- Laurell, J. i Dåderman, A. M. (2007). Psychopathy (PCL-R) in a forensic psychiatric sample of homicide offenders: Some reliability issues. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(2), 127-135.
- Lee, K. i Ashton, M. C. (2005). Psychopathy, Maquiavelism, and Narcissism in the Five-Factor Model and the HEXACO model of personality structure. *Personality and Individual Differences*, 38, 1571-1582.
- Leedom, L. J. i Almas, L. H. (2012). Is a psychopathy a disorder or an adaptation? *Frontiers in Psychology*, 18(3), article 549, 1-3.
- Leitisco, A. M., Salekin, R. T., DeCoster, J. i Rogers, R. (2008). A large-scale meta-analysis relating the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior*, 32, 28-45.
- León-Mayer, E. (2012). La psicopatía en prisioneros chilenos: prevalencia y métodos de evaluación. (Tesis doctoral). Universidad de la Plata, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Postgrado, Santiago de Chile, Chile.

- León-Mayer, E., Asún-Salazar, D. i Folino, J. O. (2010). Confiabilidad y validez de la versión chilena de la Hare PCR. *Revista de la Facultad de Medicina*, 58(2), 103-114.
- León-Mayer, E., Folino, J. O., Neumann, C. i Hare, R. D. (2015). The construct of psychopathy in a Chilean prison population. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(3), 191-196.
- Lilienfeld, S. O., i Andrews, B. P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment*, 66, pàgs. 488-524.
- Lindstedt, H., Söderlund, A., Stålenheim, G. i Sjöden, P. (2005). Personality traits as predictors of occupational performance and life satisfaction among mentally disordered offenders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5) 357-364.
- Litton, P. J. (2008). *Responsibility status of the psychopath: on moral reasoning and rational self-governance*. University of Missouri, School of Law Scholarship Repository (faculty publications).
- Liu, J. (2011). Early health risk factors for violence: conceptualization, review of the evidence, and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 16(1), 63-73.
- Logan, M. i Hare, R. D. (2009). Criminal psychopathy: an introduction for police. A: Michel St-Yves & Michel Tanguay (Eds), *Psychology of Criminal Investigation*. Cowansville, Quebec, Canada: Yvonblais.
- López, J. M. (2005). *Instrumentos de evaluación de la psicopatía y del Trastorno Antisocial de personalidad. Predicción del riesgo* [DVD]. Ponencia al Curs d'Especialització, per a Metges forenses "Evaluación medicoforense de la psicopatía" dins de la formació anual del Centro de Estudios Jurídicos (CEJ), Madrid, España.
- Ly, M., Motzkin, J. C., Philippi, C. L., Kirk, G. R., Newman, Kiehl, K. A. I Koenigs, M. (2012). Cortical thinning in psychopathy. *American Journal of Psychiatry*, 169(7), 743-749.
- Lykken, D. T. (2000). *Las Personalidades Antisociales (I. Ferrer Trans.)*. Barcelona: Herder. (Original publicat al 1975).



- Lynam, D. R. Pursuing the psychopath: Capturing the fledgling psychopath in a nomological net. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 425-438.
- Lynam, D. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Loeber, R. i Stouthamer-Loeber, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 155-165.
- Lynam D. R., Charnigo, R., Moffitt, T. E., Raine, A., Loeber, R. i Stouthamer-Loeber, M. (2009). The stability of psychopathy across adolescence. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1133-1153.
- Lynam D.R. i Gudonis, L. (2005). The development of psychopathy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pàgs. 381-407.
- MacCan, R., Ball, E. M. i Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 47-456.
- Macpherson, G. J. D. (2003). Predicting escalation in sexually violent recidivism: Use of the SVR-20 and PCL:SV to predict outcome with non-contact recidivists and contact recidivists. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14, 615-627.
- Magyar, M. S., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S. i Poythress Jr., N. G. (2011). Examining the relationship among substance abuse, negative emotionality and impulsivity across subtypes of antisocial and psychopathic substance abusers. *Journal of Criminal Justice*, 39, 232-237.
- Mahmut, M. K., Homewood, J. i Stevenson, R. J. (2008). The characteristics of non-criminals with high psychopathy traits: Are they similar to criminal psychopaths? *Journal of Research in Personality*, 42(3), 679-692.
- Malterer, M. B., Lilienfeld, S., Newmann, C. S. i Newman, J. P. (2010). Concurrent validity of the Psychopathic Personality Inventory with offenders and community samples. *Assessment*, 17(1), 3-15.
- Marazziti, D., Baroni, S., Landi, P., Ceresoli, D. i Dell'Osso, L. (2013). The neurobiology of moral sense: facts or hypotheses? *Annals of General Psychiatry*, 12(6). Recuperat de <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/12/1/6>

- Marcó, J., Martí, J. L., i Pons, R. (1990). *Psiquiatria Forense*. Barcelona: Salvat.
- Marcus, D. K., Lilienfeld, S. O., Edens, J. F. i Poythress, N. G. (2006). Is Antisocial personality disorder continuous or categorical? A taxonometric analysis. *Psychological Medicine*, 36, 1571-1581.
- Martens, W. H. J. (2008). The problem with Robert Hare's Psychopathy Checklist: incorrect conclusions, high risk of misuse, and lack of reliability. *Forensic Psychiatry*, 27, 449-462.
- Martínez, T. (2015). Genes antisociales y exención o atenuación de la responsabilidad criminal. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 17, 50-66.
- Mathieu, C., Hare, R. D., Jones, D. N., Babiak, P. i Neumann, C. S. (2013). Factor structure of the B-Scan 360: A measure of Corporate psychopathy. *Psychological Assessment*, 25(1), 288-293.
- McGregor, K., Castle, D. I Dolan, M. (2012). Schizophrenia spectrum disorders, substance misuse, and four-facet model of psychopathy: The relationship to violence. *Schizophrenia Research*, 136, 116-121.
- McHoskey, J. W. (1995). Narcissism and maquiavellism. *Psychological Reports*, 77, 755-759.
- McNiel, D., Gregory, A., Lam, J., Binder, R. i Sullivan, G. (2003). Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 945-953.
- Meloy, J. R. i Gacono, C. B. (2000). Assessing Psychopathy: Psychological Testing and Reports Writing. A: The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy. A Carl B. Gacono, *Practitioner's Guide* (pàgs.276-292). Nova Jersey, Londres: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna*. Barcelona, Salvat.
- Millon, T, Simonsen, E. i Birket-Smith, M. (1998). Historical conceptions of psychopathy in the United States and Europe. A T. Millon i E. Simonsen (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behaviour* (pàgs. 3-31). Nova York, NY: Guilford Press.

- Mitchell, D. G. V., Colledge, E., Leonard, A. i Blair, R. J. R. (2002). Risky decisions and response reversal: Is there evidence of orbitofrontal cortex dysfunction in psychopathic individuals? *Neuropsychology*, 40, 2013-2022.
- Mokros, A., Osterheider, M., Hucker, S. J. i Nitschke, J. (2011). Psychopathy and sexual sadism. *Law and Human Behavior*, 35, 188-199.
- Moltó, J., Poy, R. i Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish Prison Sample. *Journal of Personality Disorders* 14(1), 84-96.
- Monahan, J. i Steadman, H. J. (Eds.) (1994). *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago, Londres: Chicago University Press.
- Morgan, A. B. i Lilienfeld, S. O. (2000). A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 113-136.
- Morrisey, C., Hogue, T. E., Mooney, P., Lindsley, W. R., Steptoe, L., Taylor, J. i Johnston, S. (2005). Applicability, Reliability and Validity of the Psychopathy Checklist-Revised in Offenders with Intellectual Disabilities: some initial findings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 4(2), 207-220.
- Morse, S. J. (2008). Psychopathy and criminal responsibility. *Neuroethics*, 1(3), 205-212.
- Moss, H. B., Yao, J. K. i Panzak, G. L. (1990). Serotonergic responsivity and behavioral dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. *Biological Psychiatry*, 28, 325-338.
- Motzkin, J. C., Newman, J. P., Kiehl, K. A. i Koenigs, M. (2011). Reduced prefrontal connectivity in psychopathy. *The Journal of Neuroscience*, 30-31(48), 17348-17357.
- Müller J. L., Sommer, M., Döhnell, K., Weber, T., Schmidt-Wilcke, T. i Hajak, G. (2008). Disturbed prefrontal and temporal brain function during emotion and cognition interaction in criminal psychopathy. *Behavioral Sciences and Law*, 26(1), 131-150.
- Murphy, B. i Giurgutiu, D. V. (2012). Personality dimensions in psychopathy: Potential explanatory models for primary and secondary traits. Recuperat de [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1978268](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1978268)

- Murphy, C. i Vess, J. (2003). Subtypes of psychopathy: proposed differences between narcissistic, borderline, sadistic, and antisocial psychopaths. *Psychiatric Quarterly*, 74(1), 11-29.
- Murrie D. C. i Cornell, D. G. (2000). The Millon Adolescent Clinical Inventory and Psychopathy. *Journal of Personality Assessment*, 75(1), 110-125.
- Myers, W. C., Gooch, E. i Meloy, J. R., (2005). The role of psychopathy and sexuality in a female serial killer. *Journal of Forensic Sciences*, 50(3), 652-657.
- Navas E., i Muñoz, J. J. (2003). El síndrome disejecutivo en la psicopatía. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. Recuperat de <http://www.serviciodc.com/congreso/>
- Nedophil, N., Hollweg, M., Hartmann, J. I Jaser, R. (. Comorbidity of psychopathy with major mental disorders. A D. J. Cooke, A. E. Forth i R. D. Hare, *Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society* (pàgs. 257-268). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.
- Nestor, P., Kimble, M., Berman, I. i Haycock, J. (2002). Psychosis, psychopathy, and homicide: a preliminary neuropsychological inquiry. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 138-40.
- Neumann, C. S. i Hare, R. D. (2008). Psychopathic traits in a large community sample: Links to violence, alcohol use and intelligence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 893-899.
- Neumann, C. S., Hare, R. D. i Newman, J. P. (2007). The super-ordinate nature of the psychopathy checklist-revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 102-117.
- Newman, J. P. i Kosson, D. S. (1986). Passive avoidance learning in psychopathic and nonpsychopathic offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 252-256.
- Newman, J. P., MacGoon, D. G., Vaughn, L. J. i Sadeh, N. (2005). Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of Gray's BIS and BAS constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 319-323.

- Newman, J. P., Schmitt, W. i Voss, W. (1997). The impact of motivationally neutral cues on psychopathic individuals: Assessing the generality of the response modulation hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 563-575.
- Neumann, C. S., Vitacco, M. J., Hare, R. D. i Wupperman, P. (2005). Reconstructing the "reconstruction" of psychopathy: A comment on Cooke, Michie, Hart, and Clark. *Journal of Personality Disorders, 19*(6), 624-640.
- Nicholls, T. L., Ogloff, J. R. P. i Douglas, K. S. (2004). Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: The HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behavioral Sciences and the Law, 22*, 127-158.
- Nieva-Fenoll, J. (2015). La psicología y el aprendizaje del derecho: un cambio necesario en los estudios jurídicos. *La Ley, 8643*, 1-7.
- Niv, S. i Baker, L. A. (2015). Genetic markers for antisocial behavior. A C. R. Thomas i K. Pope (ed.): *The origins of antisocial behavior* (pàgs. 3-38). Nova York, NY: Oxford University Press.
- Nolan, K. A., Volavka, J. V., Mohr, P. i Czobor, P. (1999). Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric services, 50*(6), 787-792.
- Novartis Foundation. (2000). *The nature of intelligence: Novartis Foundation Symposium 233*. Gregory Rock, Jamie Goode i Kate Webb (Eds). West Sussex, UK: Wiley and Sons.
- Ogloff, J. R. P. (2006). Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(6-7), 519-528.
- Olver, M. E. i Wong, S. C. P. (2009). Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 328-336.
- Ortet, G., Ibañez, M., Llerena, A. i Torrubia, R. (2002). Underlying traits of the Karolinska Scales of Personality (KSP). *European Journal of Psychological Assessment, 18*, 139-148.

- Ostrosky-Solís, F., Ruiz Ortega, A. H., Aria García, N., i Vázquez Vera, V. (2008). Estandarització de la PCL-R en Població Penitenciària Mexicana. *Revista Neuropsicologia, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 8(2), 49-48.
- Palermo, G. B. A new contribution to the assessment of psychopathy. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(6), 863-864.
- Patrick, C. (1994). Emotion and Psychopathy: Startling new insights. *Psychophysiology*, 31, 319-330.
- Patrick, C. (2006). *Handbook of psychopathy*. Nova York, NY: Guilford Press.
- Patrick, C. J. (2010). Operationalizing the triarchic conceptualization of psychopathy: Preliminary description of brief scales for boldness, meanness, and disinhibition (Manual no publicat). Recuperat de:  
<https://www.phenxtoolit.org/index.php?pagelink=browse.protocoldetails&id=121601>
- Patrick, C. J., Drislane, L. E. i Strickland, C. D. (2012). Conceptualizing psychopathy in Triarchic terms: Implications for treatment. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 253-266.
- Patrick, C. J., Fowles, D. C. i Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, 21, 913-938.
- Patrick, C. J., Hicks, B. M., Krueger, R. F. i Lang, A. R. (2005). Relations between psychopathy facets and externalizing in a criminal offender sample. *Journal of Personality Disorders*, 19(4), 339-356.
- Patrick, C. J., Hicks, B. M., Nichol, P. E. i Krueger, R. F. (2007). A bifactor approach to modeling the structure of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 118-220.
- Paulhus, D. L. i Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: narcissism, maquiavellism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556-563.

- Paulhus, D. L., Neumann, C. S. i Hare R. D. (en premsa). *Manual for the Hare Self-Report Psychopathy scale*. Toronto, Ontario, Canadà: Multi-Health Systems.
- Pedersen, L., Kunz, C., Rasmussen, K. i Elsass, P. (2010). Psychopathy as a risk factor for violent recidivism: investigating the Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV) and the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) in a forensic psychiatric setting. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 308-315.
- Pemment, J. (2012). The neurobiology of antisocial personality disorder: The quest for rehabilitation and treatment. *Aggression and Violent Behavior*. doi:10.1016/j.avb.2012.10.004
- Pera, V. (2015). Caracterización del trastorno psicopático de la personalidad: clínica, neuropsicología y neuroimagen (Tesi doctoral). Universitat de Lleida (UdL), Lleida.
- Pérez, P. R. (2012). The etiology of psychopathy: a neuropsychological perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 519-522.
- Pérez, B., Herrero, J., Velasco, J. i Rodríguez-Díaz, F. J. (2015). A contrastive analysis of the factorial structure of the PCL-R: which model fits best the data? *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 7, 23-30.
- Perry, B. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: what childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*, 3, 79-100.
- Persson, B. (2013). Subclinical psychopathy and empathy (Tesi de grau en Neurociències cognitives). University of Skövde, Suècia.
- Philippi, C. L., Pujara, M. S., Motzkin, J. C., Neumann, J., Kiehl, K. A. i Koenigs, M. (2015). Altered resting-state functional connectivity in cortical networks in psychopathy. *The Journal of Neuroscience*, 35(15), 6068-6078.
- Pichot, P. (1978). Psychopathic Behaviour: a Historical overview. A R. D Hare i D. Schalling, (Eds.), *Psychopathic Behaviour: Approaches to Research* (pàgs. 55-70). Chichester, UK: John Wiley and Sons.

- Pineda, D. A. (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. I Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. *Revista de Neurología*, 30(8), 764-768.
- Porter, S. i Woodworth, M. (2006). Psychopathy and aggression. A C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pàgs. 481-494). Nova York, NY: Guilford Press.
- Porter, S. i Woodworth, M. (2007). "I'm sorry I did it...but he started it": A comparison of the official and self-reported homicide descriptions of psychopaths and non-psychopaths. *Law and Human Behavior*, 31(1), 91-107.
- Porter, S., Woodworth, M., Earle, J., Drugge, J. i Boer, D. (2003). Characteristics of sexual homicides committed by psychopathic and nonpsychopathic offenders. *Law and Human Behavior*, 27(5), 459-470.
- Poy, R. (1999). Procesamiento emocional de imágenes en población penitenciaria evaluada mediante el Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Tesi doctoral). Publicacions de la Universitat Jaume I, Castelló de la Plana, València.
- Poythress, N. G., Edens, J. F., Skeem, J. L., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S., Frick, P. J. i Wang, P. J. (2010). Identifying subtypes among offenders with antisocial personality disorder: A Cluster-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 389-400.
- Prichard, J. C. (1835). *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Londres, UK: Sherwood, Gilbert and Piper.
- Pujara, M., Motzkin, J. C., Newman, J. P., Kiehl, K. A. i Koenigs, M. (2013). Neural correlates of reward and loss sensitivity in psychopathy. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, doi:10.1093/scan/nst054
- Quinsey, V. L. (2009). Are we there yet? Stasis and progress in forensic psychology. *Canadian Psychology*, 50(1), 15-21.
- Quiñones-Maldonado, R., Martínez-Taboas, A. i Rodríguez-Gómez, J. (2014). Psicopatía en poblaciones hispanas y consideraciones clínicas para su tratamiento. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(1), 10-28.



- Raine, A. (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review. *Journal of Abnormal Child Pathology*, 30(4), 311-326.
- Raine, A. (2008). From genes to brain to antisocial behaviour. *Current Directions in Psychological Science* 2008, 17(5), 323-328. Recuperat de <http://cdp.sagepub.com/content/17/5/323>
- Raine, A., Ishikawa, S. S., Arce, E., Lencz, T., Knuth, K. H., Bihle, S.,... Colletti, P. (2004). Hippocampal structural asymmetry in unsuccessful psychopaths. *Biological Psychiatry*, 55, 185-191.
- Raine, A., Lee, L., Yang, Y. i Colletti, P. (2010). Neurodevelopmental marker for limbic maldevelopment in antisocial personality disorder and psychopathy. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 197, 186-192.
- Raine, A., Lencz, T., Bihle, S., LaCasse, L. i Colletti, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 119-127.
- Rasmussen, K. i Levander, S. (1996). Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum security psychiatric unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 27-37.
- Raven, J. C. (1938). Standardization of progressive matrices. *British Journal of Medical Psychology*, 19, 137-150. Recuperat de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8341.1941.tb00316.x/full>
- Redding, R. (2006). The brain-disordered defendant: neuroscience and legal insanity in the twenty-first century. Recuperat de <http://law.bepress.com/villanovalwps/art61>
- Reidy, D., Zeichner, A. i Seibert, L. (2011). Unprovoked aggression: effects of psychopathic traits and sadism. *Journal of Personality*, 79(1), 75-100.
- Reif, A., Rösler, M., Freitag, C., Schneider, M., Eujen, A., Kissling, C.,... Retz, W. (2007). Nature and nurture predispose to violent behavior: Serotonergic genes and adverse childhood environment. *Neuropsychopharmacology*, 32, 2375-2383.
- Rice, M. E. (1997). Violent offender research and implications for the criminal justice system. *American Psychologist*, 52(4), 414-423.

- Rice, M. E. i Harris, G. T. (1995). Psychopathy, Schizophrenia, alcohol abuse and violent recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(3), 333-342.
- Rice, M. E., Harris, G. T. i Cormier, C. A. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16(4), 48-61.
- Richards, H. J., Gacono, C. B., Cunliffe, T. B., Kivisto, A. J., Smith, J. M. i Bodholdt, R. (2016). Assessing Psychopathy in Adults. A C. B. Gacono (Ed.), *The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy* (pàgs. 137-166). Nova York, NY: Routledge-Taylor & Francis.
- Rigazzio, J. M. (2006). Psicopatía, agresividad y trastorno antisocial de la personalidad en sujetos homicidas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 22(2), 111-131.
- Robertson, C. A. (2011). Sexual sadism and the psychopathy facets as predictors of general violence and sexual crime behaviors (Tesi per a mestratge). B). Waltham, MA: Randeis University, Department of Psychology (R. Knight, advisor).
- Rodrigo C., Rajapakse, S. i Jayananda, G. (2010). The "antisocial" person: an insight in to biology, classification and current evidence on treatment. *Annals of General Psychiatry*, 9, 31. Recuperat de <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/9/1/31>
- Rogers, R., i Rogstad, J. E. (2010). Psychopathy and APD in non-forensic patients: improved predictions or disparities in cut scores?. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 353-362.
- Rogers, R., Salekin, R., Hill, C., Sewell, K., Murdock, M. i Neumann, Cr. (2000). The Psychopathy Checklist-Screening Version: an examination of criteria and subcriteria in three forensic samples. *Psychological Assessment*, 7, 1-15.
- Rothmund, Y., Ziegler, S., Hermann, Ch., Gruesser, S. M., Foell, J., Patrick, C. P. i Flor, H. (2012). Fear conditioning in psychopaths: even-related potentials and peripheral measures. *Biological Psychology*, 90, 50-59.

- Rush, B. (1786). The influence of physical causes upon the moral faculty. A D. Runes (Ed.) (1947), *The selected writings of Benjamin Rush* (pàgs. 181-21). Nova York: Philosophical Library.
- Rush, B. (1812). *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*. Philadelphia, PE: Kimber and Richardson.
- Sadeh, N. i Verona, E. (2008). Psychopathic personality traits associated with abnormal selective attention and impaired cognitive control. *Neuropsychology*, 22(5), 669-680.
- Salekin, R. T., Rogers, R. i Sewell, K. W. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(3), 203-215.
- Salekin, R. T. i Frick, P. J. (2005). Psychopathy in children and adolescents: the need for a developmental perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(4), 403-409.
- Salvador, B. (2014). *¿Son las medidas de la psicopatía realmente distintas? Una revisión meta-analítica* (Traball Final Mestratge). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Pace, U., Manzella, S., Di Carlo, G. i Caretti, V. V. (2014). The relationship between attachment and psychopathy. A study with a sample of violent offenders. *Current Psychology*, 33(3), 256-270.
- Schlesinger, L. B., Martin-Kassen, M. A., Blair-Mesa, M. A., i Pinizzotto, A. J. (2013). Ritual and signature in serial sexual homicide. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 38(2), 239-246.
- Schmitt, W. A. i Newman, J. P. (1999). Are all psychopathic individuals low-anxious? *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 353-358.
- Schoenleber, M., Sadeh, N. i Verona, E. (2011). Parallel syndromes: two dimensions of narcissism and the facets of psychopathic personality in criminally involved individuals. *Personality Disorders*, 2(2), 113-127.
- Séguin, J. R. (2004). Neurocognitive elements of antisocial behavior: relevance of an orbitofrontal cortex account. *Brain and Cognition*, 55(1), 185-197.

- Selbom, M., Ben-Porath, i Stafford, K. P. A comparison of MMPI-2 measures of psychopathic deviance in a forensic setting. *Psychological Assessment*, 19(4), 430-436.
- Sellbom, M. i Phillips, T. R. (2013). An examination of the Triarchic conceptualizations of psychopathy in incarcerated and nonincarcerated samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 208-214.
- Serin, R. C. (1993). Diagnosis of psychopathology with and without an interview. *Journal of Clinical Psychology*, 49(3), 367-372.
- Seruca, T. i Silva, C. F. (2015). Recidivist criminal behaviour and executive functions: a comparative study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(5), 699-717.
- Seto, M. C. (2005). Is more better? Combining actuarial risk scales to predict recidivism among adult sex offenders. *Psychological Assessment*, 17(2), 156-167.
- Sethi, A., Gregory, S., Dell'Acqua, F., Thomas, E. P., Simmons, A., Murphy, D. G. M.,... Craig, M. C. (2015). Emotional detachment in psychopathy: involvement of dorsal default-mode connections. *Cortex*, 62, 11-19.
- Shariat, S. V., Assadi, S. M., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan, Sh.,... Cooke, D. (2010). Psychopathy in Iran: a cross-cultural study. *Journal of Personality Disorders*, 24(5), 676-691.
- Sica, C., Drislane, L., Caudek, C., Andrilli, A., Bottesi, G., Cerea, S. i Ghisi, M. (2015). A test of the construct validity of the Triarchic Psychopathy Measure in an Italian community sample. *Personality and Individual Differences*, 82, 163-168.
- Siever, L. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 429-442.
- Sifferd, K. i Hirstein, W. (2013). On the criminal culpability of successful and unsuccessful psychopaths. *Neuroethics*, 6(1), 129-140.

- Singh, J. P., Grann, M. i Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25.980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 499-513.
- Skeem, J. L. i Cooke, D. J. (2010a). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22(2), 433-445.
- Skeem, J. L. i Cooke, D. J. (2010b). One measure does not a construct make: Directions toward reinvigorating psychopathy research: Reply to Hare and Neumann (2010). *Psychological Assessment*, 22, 455-459.
- Skeem, J. L., Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M. i Louden, J. E. (2007). Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 395-409.
- Skeem, J. L., Monahan, J. i Mulvey, E. P. (2002). Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26(6), 577-603.
- Skeem, J. L. i Mulvey, E. (2001). Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: Results from the McArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 69(3), 358-374.
- Skeem, J. L., Mulvey, E. P. i Grisso, T. (2003). Applicability of traditional and revised models of psychopathy to the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Psychological Assessment*, 15(1), 41-55.
- Skeem, J. L., Polaschek, D. L. L., Patrick, C. J. i Lilienfeld, S. O. (2011). Psychopathic personality: Bridging the gap between scientific evidence and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 12(3), 95-162.
- Snowden, R. J. i Gray, N. S. (2010). Temperament and character as a function of psychopathy: Relationships between the Psychopathy Checklist-Revised and the Temperament and Character Inventory in a sample of personality disordered serious or repeat offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 21(6), 815-833.

- Snowden, R. J. i Gray, N. S. (2011). Impulsivity and psychopathy: Associations between the Barrett Impulsivity Scale and the Psychopathy Checklist Revised. *Psychiatry Research*, 187, 414-417.
- Sobhani, M., Baker, L., Martins, B., Tuvblad, C. i Aziz-Zadeh, L. (2015). Psychopathic traits modulate microstructural integrity of right uncinate fasciculus in a community population. *Neuroimage: Clinical*, 8, 32-38.
- Sobhani, M. i Bechara, A. (2011). A somatic marker perspective of immoral and corrupt behavior. *Social Neuroscience*, 6(5-6), 640-652.
- Swogger, M. T. i Kosson, D. S. (2007). Identifying subtypes of criminal psychopaths: A replication and extension. *Criminal Justice and Behavior*, 34(8), 953-970.
- Spidel, A., Lecomte, T., Greaves, C., Sahlstrom, K. i Yuille, J. C. (2010). Early psychosis and aggression: predictors and prevalence of violent behaviour amongst individuals with early onset psychosis. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(3), 171-176.
- Stompe, T. i Schanda, H. (2009). Schizophrenia, Psychopathy and Violence. *Neuropsychiatrie: Klinik, diagnostik, therapie und rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 23, 42-47.
- Storey, J. E., Hart, S. D., Reid Meloy, J. i Reavis, J. A. (2008). Psychopathy and stalking. *Law and Human Behavior*, 33(3), 237-246.
- Strickland, C. M., Drislane, L. E., Lucy, M., Krueger, R. F. i Patrick, C. J. (2013). Characterizing psychopathy using DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20(3), 327-338.
- Taber-Thomas, B. C., Asp, E. W., Koenigs, M., Sutterer, M., Anderson, S. W. i Tranel, D. (2014). Arrested development: early prefrontal lesions impair the maturation of moral judgement. *Brain*, 137(4), 1254-1261.
- Tejero, A. i Torrubia, R. (1985). Versión experimental no publicada de la escala de psicopatía según los criterios de Hare (Treball no publicat).

- Tengström, A., Hodgins, S., Grann, M., Långström, N. i Kullgren, G. (2004). Schizophrenia and Criminal Offending: The role of psychopathy and substance use disorders [versió on-line]. *Criminal Justice and Behavior*, 31, 367-391.
- Tengström, A., Grann, M., Långström, N. i Kullgren, G. (2000). Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law and Human Behavior*, 24, 45-58.
- Tikkanen, R., Auvinen-Lintunen, L., Ducci, F., Sjöberg, R. L., Goldman, D., Tiihonen, J.,... Virkkunen, M. (2011). Psychopathy, PCL-R, and MAOA genotype as predictors of violent reconvictions (resum). *Psychiatry Research*, 185(3), 382-386. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20850185>
- Toivonen, P., Könönen, M., Niskanen, E., Vaurio, O., Repo-Tiihonen, E., Seppänen, A.,... Laakso, M. P. (2013). Cavum septum pellucidum and psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 152-153.
- Torrubia, R. (2009). *Psicopatía y predicción de delincuencia*. Conferència pronunciada al "VI Congreso Nacional de Criminología: Criminalidad y riesgo: Predicción y prevención". Santiago de Compostela, España.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J. i Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSCQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31, 837-862.
- Torrubia, R. i Cuquerella, A. (2008). Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Revista Española de Medicina Legal*, 34(1), 25-35.
- Toupin, J., Basque, G., Côté, G. i Deshaies, C. (2008) Adaptation de la PCL :SV à l'évaluation des adolescents suivis en centre jeunesse: Une étude préliminaire. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 50(1), 83-110.
- Tranel, D., Damasio, H., Denburg, N. L. i Bechara, A. (2005). Does gender play a role in functional asymmetry of ventromedial prefrontal cortex?. *Brain*, 128, 2872-2881.
- Tranel, D. i De Haan, E. (2007). Selective developmental neuropsychological disorders. *Cortex*, 43(6), 667-671.

- Tyrer, P. (2014). Time to chose - DSM-5, ICD-11 or both?. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 5-8.
- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahim, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., Ranger, M.,... i Din, R. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(49), 51-59.
- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndeti, D.,... i Barrett, B. (2010). Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*, 9, 56-60.
- Tyrer, P., Reed, G. M. i Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 21, 717-726.
- Ullrich, S., Farrington, D. P. i Coid, J. W. Psychopathic personality traits and life-success. (2008). *Personality and Individual Differences*, 44, 1162-1171.
- Valdez, A., Kaplan, Ch. D. i Codina, E. (2000). Psychopathy among Mexican American gang members: A comparative study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(1): 46-58.
- Vall, T. D., Wygant, D. B. i Sellbom, M. (2015). Boldness explains a key difference between psychopathy and antisocial personality disorder. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22(1), 94-105.
- Venables, N. C., Hall, J. R. i Patrick, C. J. (2014). Differentiating psychopathy from antisocial personality disorder: A triarchic model perspective. *Psychological Medicine*, 44, 1005-1013.
- Verona, E. i Vitale, J. (2006). Psychopathy in women: assessment, manifestations and etiology. A C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy* (págs. 415-436). Nova York, Londres: Guilford Press.
- Villegas, M. (2008). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 199-228.



- Villegas, M. i Mallor, P. (2012). Apuntes del seminario "Trabajar con la culpa y el perdón en psicoterapia". Centro ITACA: Barcelona (España).
- Vitacco, M. J. i Neumann, C. S. (2007). Psychopathy [carta als editors]. *British Journal of Psychiatry*, 191, 357-365.
- Vitacco, M. J., Neumann, C. S. i Jackson, R. L. (2005). Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 466-476.
- Wallace, J. F., Malterer, M. B. i Newman, J. P. (2009). Mapping Gray's BIS and BAS constructs onto Factor 1 and Factor 2 of Hare's Psychopathy Checklist Revised. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 812-816.
- Walsh, Z. i Kosson, D. S. (2008). Psychopathy and violence: the importance of factor level interactions. *Psychological assessment*, 20(2), 114-120.
- Walsh, Z., Swogger, M. T. i Kosson, D. S. (2009). Psychopathy and instrumental violence: facet level relationships. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 416-424.
- Walsh, Z., Swogger, M. T., Walsh, T. i Kosson, D.S. (2007). Psychopathy and violence: increasing specificity. *Netherlands Journal of Psychology*, 63(4), 125-132.
- Walsh, T., I Walsh, Z. (2006). The evidentiary introduction of Psychopathy Checklist-Revised Assessed Psychopathy in US: Courts: Extent and Appropriateness. *Law and Human Behavior*, 30, 493-507.
- Walters, G. D., Gray, N. S., Jackson, R. L., Sewell, K. W., Rogers, R., Taylor, J. i Snowden, R. J. (2007). A taxometric Analysis of the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV): Further Evidence of Dimensionality. *Psychological Assessment*, 19(3), 330-339.
- Walters, G. D., Knight, R. A., Grann, M., i Dahle, K. P. (2008). Incremental validity of the Psychopathy Checklist facet scores: predicting release outcome in six samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 396-405.
- Weber, S., Habel, U., Amunts, K. i Schneider, F. (2008). Structural brain abnormalities in psychopaths - A review. *Behavioral Sciences and the Law*, 26, 7-28.

- Webster, K., Douglas, K., Eaves, D. i Hart, S. (1997). RCR-20. Assessing risk for violence, version 2. *Mental Health, Law and Policy Institute*, 98, 577-578.
- Weizmann-Henelius, G., Virkkunen, M., Gammelgård, M., Eronen, M. i Putkonen, H. (2015). The PCL-R and violent recidivism in a prospective follow-up of a nationwide sample of female offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 26(5), 667-685.
- Werner, K. B., Few, L. R. i Bucholz, K. K. (2015). Epidemiology, comorbidity, and behavioral genetics of antisocial personality disorder and psychopathy. *Psychiatric Annals Journal*, 45(4), 195-199.
- Venables, N. C., Hall J. R. i Patrick, C. J. (2014). Differentiating psychopathy from antisocial personality disorder: A triarchic model perspective. *Psychological Medicine*, 44, 1005-1013.
- Vitacco, M. J., Neumann, C. S. i Jackson, R. L. (2005). Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 466-476.
- Weygandt, W. (1928). *Psiquiatria forense*. Barcelona: Labor.
- Wilson, N. J. (2003). The utility of the Psychopathy Checklist-Screening Version for predicting serious violent recidivism in a New Zealand offender sample (Tesi de Doctorat en Filosofia). Universitat de Waikato, Waikato, Nova Zelanda.
- Wilson, M. J., Abramowitz, C., Vasilev, G., Bozgunov, K. i Vassilieva, J. (2014). Psychopathy in Bulgaria: The cross-cultural generalizability of the Hare Psychopathy Checklist. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 389-400.
- Williamson, S., Hare, R. D. i Wong, S. (1987). Violence: criminal psychopaths and their victims. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 19(4), 454-462.
- Wong, S. (2011). *Treatment of psychopathy: reality or oxymoron*. Nottingham, UK: The Institute of Mental Health.
- Wong, S. i Hare, R. D. (2011). *Program guidelines for the institutional treatment of violent psychopathic offenders*. Toronto, ON: Multi-Health Systems,

- Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., Nezworski, M. T., Garb, H. N., Allen, K. H. i Wildermuth, J. L. (2010). Validity of Rorschach inkblot scores for discriminating psychopaths from nonpsychopaths in forensic populations: a meta-analysis. *Psychological Assessment*, 22(2), 336-349.
- Woodworth, M. i Porter, S. (2002). In Cold Blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 436-445.
- Wynn, R., Høiseth, M. H. i Pettersen, G. (2012). Psychopathy in women: theoretical and clinical perspectives. *International Journal of Women's Health*, 4, 257-263.
- Yildirim, B. O. i Derksen, J. J. L. (2015). Clarifying the heterogeneity in psychopathic samples: Towards a new continuum of primary and secondary psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 9-41.
- Zappala, G., de Schotten, M. T. i Eslinger, P. J. (2012). Traumatic brain injury and the frontal lobes: what can we gain with diffusion tensor imaging?. *Cortex*, 48(2), 156-165.
- Zeier, J. D, Maxwell, J. S. i Newman, J. P. (2009). Attention moderates the processing of inhibitory information in primary psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 554-563.
- Žukauskienė, R., Laurinavičius, A. i Čėsniėnė, I. (2010). Testing factorial structure and validity of the PCL:SV in Lithuanian prison population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 363-372.
- Zwets, A., Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Huijding, J., Kanters, T., Snowden, R.J. i Van Marle, H. (2015). Implicit attitudes toward violence and their relation to psychopathy, aggression, and socially adaptive behaviors in forensic psychiatric inpatients. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 26(5), 632-651.

## ANNEXOS

ANNEX 1:  
LIBRE DE CODIS: DADES DELS SUBJECTES AVALUATS (PCL-R i PCL-SV)

## A.- DADES GENERALS

**Important:** els casos no avaluables els hem codificat amb el nombre 9 (99, 999, etcètera).

### 1. Codi (Codi):

- A cada subjecte se li assignava, fins al darrer, una numeració seqüencialment, començant per l'1 -primer subjecte de la base de dades- fins al darrer subjecte.
- Format: numèric.

### 2.- NIS (NIS).

- Anotar el número de NIS.
- Format: numèric.
- Font: Fitxa bàsica (dades identificatives)

### 3.- Data de naixement (datanci).

- Anotar la data de naixement.
- Format: data.
- Font: Fitxa bàsica (dades de filiació).

### 4.- Localitat de naixement (locnaix).

- Anotar la localitat de naixement. P.ex :
  - . Catalunya: Codi del municipi
  - . Fora de Catalunya: el Codi de la província.
  - . Fora d'Espanya: el Codi 88888.
- Format: codificació numèrica (5 dígits). Valor *missing*: 99999.
- Nivells: relació de municipis i províncies.
- Font: Fitxa bàsica (dades de filiació). Quan no quedava clar es consultava el Llistat de codis (poblacions i municipis).

## 5.- Localitat de residència (locres)

- Anotar la localitat de residència.
  - . Catalunya: codi del municipi
  - . Fora de Catalunya: el codi de la província.
  - . Fora de Espanya: el codi 88888.
- Format: codificació numèrica (5 dígits). Valor *missing*: 99999.
- Nivells: relació de municipis i províncies.
- Font: Fitxa bàsica (dades de filiació). Quan no quedava clar es consultava la llista de codis (poblacions i municipis).

## 6.- Nivell educatiu (nived)

- Anotar el Nivell educatiu.
- Format: codificació numèrica (2 dígits).
- Nivells: segons la taula de codis (16 nivells).
- Font: dades de l'Àrea docent, entrevista, informes de Protocol (prova escolar, informes del tutor, treballador/a social, etcètera), Fitxa bàsica (dades de filiació: grau de instrucció) i Fitxa-resum (activitats). De totes les fonts, utilitzem com a opció preferent les dades de l'Àrea docent, a través d'un registre actualitzat del nivell educatiu dels interns (informe del director docent).

## 7.- Estat civil (estatci)

- Anotar estat civil en el moment d'ingrés en presó.
- Format: codificació numèrica (1 dígit)
- Nivells: veure taula de codis (solter=1, casat=2, vidu=3, separat=4 i divorciat=5) a més del nivell "parella de fet".
- Font: entrevista i Fitxa bàsica (dades de filiació).

## 8.- Nivell socio-econòmic (nivsocec)

- Anotar el Nivell socio-econòmic en el moment de ingrés en presó.
- Format: codificació numèrica (1 dígit).
- Nivells: alt, mig i baix.
- Font: informes de les treballadores/as socials i entrevista. La font d'elecció van ser els informes dels/les treballadors/es socials (de la Classificació inicial, per exemple).

### 9.- Nombre de germans (numger)

- Anotar el nombre de germans (l germanastres), inclòs el subjecte.
- Format: numèric (2 dígits). Valor *missing*: 99.
- Font: entrevista i informes de Protocol (treballador/a social). Aquesta informació es recollia normalment del Protocol (normalment als informes socials de la classificació inicial) i no havia de presentar, per norma general, problemes de validesa. L'entrevista seria per a confirmar los dades del Protocol.

### 10.- Posició entre los germans (posger)

- Anotar la posició relativa del subjecte en relació al resto de germans: del més gran al més petit.
- Format: numèric (2 dígits). Valor *missing*: 99.
- Font: entrevista i informe de Protocol (treballador/a social). Aquesta informació se recollia del Protocol i no presentava, normalment, problemes de validesa. L'entrevista servia para confirmar los dades del Protocol.

### 11.- Qualificació laboral (quallab)

- Anotar la qualificació laboral en el moment de l'entrevista .
- Format: codificació numèrica (2 dígits). Valor *missing*: 99.
- Nivells: ver taula de codis (codificació utilitzada en las fulles de matrícula). El nivell corresponent a "no treballa" es codificava com a 88.
- Font: entrevista, informe de Protocol (treballador/a social) i Fitxa bàsica (dades de filiació: professió).

### 12.- Nombre de relacions estables de parella (numrele)

- Anotar el nombre de relacions estables de parella: relaciones que hagin durat un mínim de dos mesos.
- Format: codificació numèrica (1 dígit).
- Nivells:
  - . 1: cap relació
  - . 2: 1 a 5
  - . 3: de 6 a 10
  - . 4: 11 a 15

- . 5: bastants
- . 6: moltes
- Font: entrevista i informes de Protocol (psicòleg/a/a, treballador/a social, tutor/a). Tret que en el Protocol aparegués algun informe que descrivís detalladament aquest aspecte, l'entrevista era l'instrument que podia aportar la informació necessària per a completar aquest registre. En qualsevol cas, les dades del Protocol (informes genèrics) han de ser congruents amb l'entrevista.

### 13.- Edat de la primera relació sexual (ed1relsex)

- Anotar la edat de la primera relació sexual.
- Format: numèric (2 dígits). Valor *missing*: 99.
- Font: entrevista i informes de Protocol. Aquesta dada no figurava al Protocol. Es tenia que recollir únicament a través de l'entrevista.

### 14.- Nombre de parelles amb relacions sexuals (numpar)

- Anotar el nombre de parelles con las que ha mantingut relacions sexuals.
- Format: numèric (1 dígit).
- Nivells:
  - . 1: cap relació
  - . 2: 1 a 5
  - . 3: 6 a 10
  - . 4: 11 a 15
  - . 5: bastants
  - . 6: moltes
- Font: entrevista i informes de Protocol. Aquesta dada no figurava al Protocol. S'havia de recollir a través de l'entrevista.

### 15.- Antecedents psiquiàtrics (antpsiq)

- Anotar si el subjecte tenia antecedents psiquiàtrics, seguint la classificació de l'antic Eix I (DSM-IV-TR).
- Format: numèric (1 dígit).
- Nivells:
  - . 1: cap trastorn
  - . 2: trastorns d'ansietat



- . 3: trastorns psicòtics
- . 4: trastorns afectius
- . 5: d'altres trastorns
- Font: entrevista i informes de Protocol. Si hi havien antecedents, aquests figuraven al Protocol. No sempre era així, per la qual cosa s'havia d'explorar específicament a l'entrevista. En cas que les dues fonts no coincidissin, donàvem més crèdit a la font que indicava l'existència d'antecedents.

#### **16.- Edat de emancipació (edindep)**

- Anotar la edat en la que el subjecte es va emancipar de la família.
- Format: numèric (2 dígits). Valor *missing*: 99.
  - . En cas que el subjecte no s'hagués emancipat: codi 1
  - . En cas que el subjecte visqués amb la família però estès emancipat a altres nivells (casat, economia independent, etcètera.): codi 2
  - . A la resta de casos, indicarem la edat d'emancipació.
- Font: entrevista i informes de Protocol. Aquesta dada no figurava normalment en el Protocol. Es recollia a través de l'entrevista.

#### **17.- Toxicomania: Estat actual (nivtoxact)**

- Anotar estat actual de la toxicomania. No s'havia de considerar en aquest apartat la dependència alcohòlica.
- Format: codificació numèrica (1 dígit).
- Nivells:
  - 1: Sí, toxicomania activa i sense tractament
  - 2: Metadona,
  - 3: Sí, però seguint programa toxicomania,
  - 4: Dubtosos,
  - 5: No.
- Font: entrevista i informes de Protocol. Els informes del Protocol havien de ser la font més creïble, sobretot en cas de contradicció entre les dues informacions.

#### **18.- Toxicomania: substàncies (toxnum)**

- Anotar el sumatori del nombre de substàncies consumides i el nombre de vies (sense comptar l'alcohol). Les dades es recollien a través de la seva història toxicològica, no en

relació al seu estat actual.

- Format: numèric (2 dígits). Valor *missing*: 99.
- Font: informes Protocol I entrevista. Dada la complexitat d'aquesta informació, els informes del Protocol havien de ser la font d'elecció principal. En cas d'absència o insuficiència d'aquests informes, s'havia de completar amb les dades de l'entrevista.

### **19.- Dependència alcohòlica**

- Atès que és impossible mantenir una dependència enòlica a presó, s'havien de recollir les dades de la possible dependència, en referència a la seva història toxicològica.
- Format: codificació numèrica (1 dígit).
- Nivells:
  - . 1: Problemes evidents amb l'alcohol
  - . 2: Indicis de problemes amb l'alcohol
  - . 3: Absència de problemes amb l'alcohol

Font: dada la complexitat d'aquesta informació, los informes de Protocol eren la font d'elecció principal. En cas d'absència o insuficiència d'aquestes dades, hauríem de completar la informació amb les dades de l'entrevista.

### **20.- Toxicomania: consum actual heroïna (toxacther)**

- Anotar la dependència actual a la heroïna.
- Format: codificació numèrica (1 dígit).
- Nivells:
  - . 1: Habitual
  - . 2: Esporàdic
  - . 3: No consumeix
- Font: informes Protocol I entrevista. Los informes del Protocol eren la Font de elecció principal. En cas de contradiccions entre las dos fonts, la informació valorada era la que figurava en el Protocol.

### **21.- Toxicomania: consum actual cocaïna (toxactcoc)**

- Anotar la dependència actual de la cocaïna.
- Format: codificació numèrica (1 dígit).
- Nivells:
  - . 1: Habitual

- . 2: Esporàdic
  - . 3: No consumeix
- Font: informes Protocol I entrevista. Los informes del Protocol eren la font d'elecció principal. En cas de contradiccions entre ambdues fonts, la informació que es tenia en compte era la que figurava en el Protocol.

## B. DADES PENALS-PENITENCIÀRIES

-Alguns dels indicadors són variables expressades com "raons" o "índex". En aquest cas, el numerador és la existència d'una determinada conducta durant un determinat període temporal, i el denominador, el període temporal a que hem fet referència en el numerador, expressat en mesos. Per tant, numerador i denominador han de fer referència al mateix període temporal.

-La majoria d'interns han estat a centres penitenciaris de Catalunya i moltes de les dades requerides a l'estudi estaven disponibles informàticament: són aquestes dades les que vam, utilitzar (llistats estadístics).

No obstant, alguns interns han romàs a centres de fora de Catalunya i la informació d'aquests períodes resulta més difícil d'obtenir (per exemple, el nombre de sancions). En aquests casos és preferible utilitzar només períodes que corresponen a aquesta Comunitat autònoma. El tipus de període temporal considerat variarà en funció del tipus d'indicador a que fem referència.

### Des del 1r ingrés, inclosos períodes fora de Catalunya

Nombre de ingrés  
 Temps en llibertat  
 Règim tancat (núm. Temps)  
 Regressions de grau  
 Trencaments de condemna  
 Fugides  
 Revocació llibertat condicional

### Dades dels CP Catalunya

Nombre de canvis de centre  
 Sanciones  
 Permisos  
 Interrupció permisos  
 Autolesions  
 Temptatives suïcidi  
 PQR (gener '94)  
 Incidents (juny '93)  
 Canvis de mòdul  
 Redempció tancada  
 Activitats realitzades

-DADES judicials-policials

## **22.- Edat de la primera detenció (ed1def)**

- Anotar la edat de la primera detenció: primera cop que la policia el va dur a comissaria.
- Format: numèric.
- Font: entrevista i informes de Protocol (jurista). Aquesta dada no era habitual que contés al Protocol, recollint-lo doncs, a través de l'entrevista.

## **23.- Edat primer contacte con la justícia (ed1jud)**

- Anotar la edat del primer contacte con la justícia.
  - Format: numèric.
  - Font: entrevista i informes de Protocol (jurista). Nota: aquesta dada sempre hi constava, a partir del recull informàtic de les causes del subjecte.
- DADES penitenciàries

## **24.- Períodes fora de Catalunya (perfora)**

- Anotar si l'intern ha estat ingressat a centres fora de Catalunya
- Format: dicotòmica (SI/NO)
- Font: informe del jurista, Full processal-penal (altes i baixes)

## **25.- Temps que ha romàs fora de Catalunya (tempfora)**

- Anotar el temps en mesos que el interno ha romàs a centres de fora de Catalunya.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: informe del jurista, Full processal-penal (altes i baixes)

## **26.- Nombre de ingrés (numing1)**

- Anotar el nombre de ingrés, des del primer ingrés fins a la data d'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: informe del jurista (Classificació de grau)

**27.- Temps considerat: nombre de ingrés (numing2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés, fins la data de l'entrevista. En mesos.

**28.- Data d'ingrés al centre (dataing)**

- Anotar la data d'ingrés al centre.
- Format: data.
- Font: Fitxa processal-penal (altes i baixes).

**29.- Nombre de centres (nomcen1)**

- Nombre de canvis de centre: anotar totes les dades (Fitxa-resum: altes i baixes) menys les que han estat per conduccions, diligències judicials i sortides hospitalàries.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: Fitxa-resum (altes i baixes)

**30.- Temps considerat: nombre de centres (nomcen2)**

- Anotar el temps transcorregut a presó des del primer ingrés, fins la data de l'entrevista. En mesos.

**31.- Edat del primer ingrés en presó (ed1ingcp)**

- Anotar la edat del primer ingrés en presó. Hem de calcular aquesta dada a partir de l'any del primer ingrés (2 primers dígits del NIS) i l'edat actual.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: Fitxa bàsica (dades identificatives: apareix el NIS i la data de naixement).

**32.- Classificació actual (grauact)**

- Anotar la classificació del grau actual.
- Format: codificació numèrica (1 dígit).
- Nivells:
  - 1: Primer grau
  - 2: Segon grau

3: Tercer grau

- Font: fitxa resum (Fitxa resum actual)

### **33.- Règim tancat: nombre (numregtan1)**

- Anotar el nombre de veges que al intern se li ha aplicat el règim tancat. No s'han de comptabilitzar los compliments de la sanció d'aïllament.

- Format: numèric.

- Font: Fitxa resum (Classificacions i Règim de vida).

### **34.- Temps considerat: Règim tancat (numregtan2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de entrevista. En mesos.

### **35.- Règim tancat: Temps total (temregi1).**

- Anotar el temps total, en mesos, que ha passat en règim tancat, des del primer ingrés fins la data d'entrevista.

- Format: numèric (3 dígit).

- Font: Fitxa resum (règim de vida).

### **36.- Temps considerat: Temps en Règim tancat (temregi2).**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de entrevista. En mesos.

### **37.- Regressions de grau: nombre (numreggra1)**

- Anotar el nombre de regressions de grau, des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista. Incloure regressions de 3r a 2n grau, i de 2n a 1r grau. No s'inclouen les regressions des de la llibertat condicional, que es consideren revocacions i es computen en un altre apartat.

- Format: numèric (1 dígit).

- Font: Fitxa resum (Classificacions).

**38.- Temps considerat: Regressions de grau (numreggra2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins a la data de l'entrevista. En mesos.

**39.- Sancions: nombre de sancions lleus (numsanclleu1)**

- Anotar el nombre de sancions *lleus*, des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: Expedient de l'intern, Protocol (informe del jurista) i Fitxa d'expedients disciplinaris.

**40.- Temps considerat: nombre de sancions lleus (numsanclleu2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista. En mesos.

**41.- Sancions: nombre de sancions greus (numsancreu1)**

- Anotar el nombre de sancions *greus*, des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: Expedient de l'intern I Fitxa d'expedients disciplinaris.

**42.- Temps considerat: nombre de sancions greus (numsancreu2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de entrevista. En mesos.

**43.- Sancions: nombre de sancions molt greus (numsancmg1).**

- Anotar el nombre de sancions *molt greus*, des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: Expedient de l'intern I Fitxa d'expedients disciplinaris.

**44.- Temps considerat: nombre de sancions molt greus (numsancmg2).**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista. En mesos.

**45.- Permisos ordinaris de segon grau (perm2gr1).**

- Anotar el nombre de permisos ordinaris en segon grau, des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista .
- Format: numèric (2 dígit).
- Font: Fitxa resum (permisos)

**46.- Temps considerat: permisos ordinaris de segon grau (perm2gr2).**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista. En mesos.

**47.- Trencaments de condemna (queb1)**

- Anotar el nombre de trencaments de condemna des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (1 dígit).
- Font: Fitxa resum ("altes i baixes").

**48.- Temps considerat: trencaments de condemna (queb2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista. En mesos.

**49.- Fugides (fugue1)**

- Anotar el nombre d'evasions des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (1 dígit)
- Font: Fitxa d'incidents

**50.- Temps considerat: Fugides (fugue2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista . En mesos.

**51.- Nombre d'interrupcions de permisos (interper1)**



- Anotar el nombre de cops que se li han interromput els permisos, des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista. Considerem una interrupció a partir del moment que hagin transcorregut tres mesos després de la concessió del permís anterior. Comptabilitzem ell temps en mesos.
- Format: numèric (1 dígit).
- Font: aplicació informàtica de permisos.

#### **52.- Temps considerat: nombre de interrupcions de permisos (interper2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **53.- Revocació de la llibertat condicional (revlibcon1)**

- Anotar el nombre de cops que al subjecte se li ha revocat la llibertat condicional, des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (1 dígit).
- Font: Expedient de l'intern o Fitxa bàsica ("altes i baixes").

#### **54.- Temps considerat: Revocació de la llibertat condicional (revlibcon2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **55.- Autolesions (autoles1).**

- Anotar el nombre de autolesions, des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (1 dígit).
- Font: Programa d'incidents (funciona des de juny de '93).

#### **56.- Temps considerat: Autolesions (autoles2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **57.- Intents de suïcidi (suïcidi1)**

- Anotar el nombre de intents de suïcidi, des del primer ingrés fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (1 dígit).
- Font: Fitxa de incidents (funciona des de juny del '93).

#### **58.- Intents de suïcidi (suïcidi2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **59.- PQR (pqr1)**

- Anotar el nombre de *peticions, queixes i recursos*, des de la data del primer ingrés fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits)
- Font: Fitxa de PQR (funciona des del '94).

#### **60.- PQR (pqr2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **61.- Incidents (inciden1)**

- Anotar el nombre de incidents des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista .
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: Fitxa de incidents (funciona des de juny del '93).

#### **62.- Temps considerat: incidents (inciden2)**

- Anotar el temps transcorregut en presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista . En mesos.

#### **63.- Temps en llibertat (llibert1)**

- Anotar el temps que ha romàs en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. S'han de comptar els períodes en que estava engarjolat, inclosos els permisos i els trencaments de condemna. Comptabilitzem el temps en mesos.

- Format: numèric (3 dígits).
- Font: Fitxa resum (altes i baixes), aplicació informàtica de sortides.

#### **64.- Temps considerat: Temps en llibertat (llibertat2)**

- Anotar el temps transcorregut (en presó i en llibertat) des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **65.- Data de la condemna: 1/4 part (data1/4)**

- Anotar el compliment de la 1/4 part de la condemna (amb redenció) en el moment de l'entrevista.
- Format: dicotòmic (SI/NO)
- Font: Fitxa de situació processal-penal (Resum penal i Dates de compliment).

#### **66.- Data de la condemna: 2/3 partes (data2/3)**

- Anotar el compliment de las 2/3 parts de la condemna (amb redenció) en el moment de l'entrevista.
- Format: dicotòmic (SI/NO)
- Font: Fitxa de situació processal-penal (Resum penal i Dates de compliment).

#### **67.- Data de la condemna: 3/4 partes (data3/4)**

- Anotar el compliment de las 3/4 parts de la condemna (amb redenció) en el moment de l'entrevista.
- Format: dicotòmic (SI/NO)
- Font: Fitxa de situació processal-penal (Resum penal i Dates de compliment).

#### **68.- Temps total de condemna (tempcon)**

- Anotar el temps total de condemna des del primer ingrés. En mesos.
- Format: numèric (3 dígits).
- Font: informe jurista (Protocol de classificació inicial).

#### **69.- Canvis de mòdul: nombre (numcanmod1)**

- Anotar el nombre de canvis de departament o mòdul, des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista. Es tracta de canvis d'espais físics dins del centre penitenciari (mòdul, departament o galeria), no de canvis de Règim de vida que no impliquen canvi de espai físic (fases). Comptabilitzar el temps en mesos.
- Si l'intern ha estat ubicat sempre en un mateix centre i en un mateix Departament, considerem que no ha tingut cap canvi (0).
- Si l'intern ha canviat de centre però la ubicació ha estat sempre única en cada centre, considerarem que no ha tingut cap canvi (0).
- Comptabilitzàvem només els canvis intercentre que corresponien a centres de Catalunya. No s'havien de comptar els canvis intracentres (incloses les seccions obertes).
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: Fitxa resum (ubicacions).

#### **70.- Temps considerat: nombre canvis de mòdul (numcanmod2)**

- Anotar el temps transcorregut a presó des del primer ingrés fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **71.- Delicte 1: nombre (delic1\_1)**

- Delictes del tipus 1 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): robatoris, violació de domicili, possessió d'objectes robats, rondar de nit, etcètera. Anotar el nombre de Delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: entrevista, informes de Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes).

#### **72.- Temps considerat: nombre delicte 1 (delic1\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista . En mesos.

#### **73.- Delicte 2: nombre (delic2\_1)**

- Delictes del tipus 2 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): atracament a mà armada, atracament amb violència, extorsió, etcètera. Anotar el nombre de delicte des de los 16 anys fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).

- Font: entrevista, informes de Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes).

#### **74.- Temps considerat: nombre delictes 2 (delic2\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **75.- Delicte 3: nombre (delic3\_1)**

-Delictes del tipus 3 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): delictes relacionats amb les drogues (possessió, tràfic, etcètera.). Anotar el nombre de delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista.

- Format: numèric (2 dígits).

- Font: entrevista, informes de Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes).

#### **76.- Temps considerat: nombre delictes 3 (delic3\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **77.- Delicte 4: nombre (delic4\_1)**

- Delictes del tipus 4 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): assalt, assalt amb dany a les persones, amenaces, etcètera. Anotar el nombre de Delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista .

- Format: numèric (2 dígits).

- Font: entrevista, informes Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes)

#### **78.- Temps considerat: nombre delictes 4 (delic4\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **79.- Delicte 5: nombre (delic5\_1)**

- Delictes del tipus 5 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): assassinat, intent d'assassinat, homicidi no premeditat, etcètera. Anotar el

nombre de Delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista .

- Format: numèric (2 dígits).

- Font: entrevista, informes Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes)

#### **80.- Temps considerat: nombre delictes 5 (delic5\_1)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **81.- Delicte 6: nombre (delic6\_1)**

- Delictes del tipus 6 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): possessió d'armes i explosius. Anotar el nombre de delictes des dels 16 anys fins la data de l'entrevista .

- Format: numèric (2 dígits).

- Font: entrevista, informes Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes).

#### **82.- Temps considerat: nombre delictes 6 (delic6\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **83.- Delicte 7: nombre (delic7\_1)**

- Delictes del tipus 7 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): delictes sexuals. Anotar el nombre de Delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista .

- Format: numèric (2 dígits).

- Font: entrevista, informes Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes)

#### **84.- Temps considerat: nombre delictes 7 (delic7\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **85.- Delicte 9: nombre (delic8\_1)**

- Delictes del tipus 8 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): negligència criminal, inclosos delictes majors relacionats amb la conducció (por exemple, conduir begut, conducció temerària, omissió del deure de socors). Anotar el nombre de delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: entrevista, informes Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes)

#### **86.- Temps considerat: nombre delicte 8 (delic8\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **87.- Delicte 9: nombre (delic9\_1)**

- Delictes del tipus 9 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): frau, falsificació, suplantació, usurpació de funcions, etcètera. Anotar el nombre de delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: entrevista, informes Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes)

#### **88.- Temps considerat: nombre delicte 9 (delic9\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **89.- Delicte 10: nombre (delic10\_1)**

- Delictes del tipus 10 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): fugides, comissió de delictes estant en llibertat condicional, trencaments de condemna, incompareixença a judicis, etcètera. Anotar el nombre de delictes des dels 16 anys fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: entrevista, informes Protocol (jurista) i Fitxa processal-penal (Causes)

#### **90.- Temps considerat: nombre delicte 10 (delic10\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

**91.- Delicte 11: nombre (delic11\_1)**

- Delictes del tipus 11 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): raptè, retenció il·legal, segrest, retenció forçada, etcètera. Anotar el nombre de delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista .
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: entrevista, informes de Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes)

**92.- Temps considerat: nombre delicte 11 (delic11\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

**93.- Delicte 12: nombre (delic12\_1)**

- Delictes del tipus 12 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): conductes incendiàries. Anotar el nombre de delictes des dels 16 anys fins la data de l'entrevista .
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: entrevista, informes Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (causes penals).

**94.- Delicte 12: nombre (delic12\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

**95.- Temps considerat: nombre delicte 13 (delic13\_1)**

- Delictes del tipus 13 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): obstrucció a la justícia, fals testimoni, atemptat a l'autoritat, etcètera. Anotar el nombre de Delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: entrevista, informes Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes).

**96.- Temps considerat: nombre delicte 13 (delic13\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En



mesos.

#### **97.- Delictes 14: nombre (delic14\_1)**

- Delictes del tipus 14 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): crims contra l'Estat, incloent traïdoria, espionatge, contraban, evasió de capitals, etcètera. Anotar el nombre de delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista .
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: entrevista, informes de Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes).

#### **98.- Temps considerat: nombre delicte 14 (delic14\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **99.- Delicte 15: nombre (delic15\_1)**

- Delictes del tipus 15 (segons la classificació proposada als criteris de correcció de la PCL-R - ítem 20-): miscel·lània menor, incloent vandalisme, desordres públic, bretolades, dany intencionat, delictes menors en la conducció, etcètera. Anotar el nombre de Delictes des de los 16 anys fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric (2 dígits).
- Font: entrevista, informes Protocol (jurista) I Fitxa processal-penal (Causes).

#### **100.- Temps considerat: nombre delicte 15 (delic15\_2)**

- Anotar el temps transcorregut en llibertat des de los 16 anys fins la data de l'entrevista. En mesos.

#### **101.- Redenció cerrada (redtanc1)**

- Anotar el temps que ha estat donat de baixa en redenció, des del 1r ingrés fins la data de l'entrevista.
- Format: numèric
- Font: Fitxa de la situació processal-penal (abonament de presó preventiva I beneficis penitenciaris: baixa en redenció, per l'antic Codi Penal).



ANNEX 2:  
RESUM ENTREVISTA PCL:SV + RESUM DADES INFORMACIÓ COLATERAL

-ENTREVISTA

A. INFORMACIÓ DEL SUBJECTE:

1. ID:
2. Ètnia:
3. Sexe: Data naixement:

B. INFORMACIÓ ENTREVISTA

1. Entrevistador:
2. Centre:
3. Lloc:
4. Data:
5. Hora:.
6. Observador:

C. INFORMACIÓ DE L'AVALUADOR

1. Avaluador
2. Dara de l'avaluació:
3. Tipus d'entrevista:.....a. Sense gravar  
.....b. Cinta magnetofònica  
.....c. Vídeo

D. SITUACIÓ ACTUAL

1. Quan de temps fa que és en aquest centre?
2. Per quin delicte?
3. Té o ha tingut problemes des que és aquí?

E. HISTÒRIA LABORAL

1. Quins tipus de feines ha realitzat en el passat?  
-Quantes feines diferents ha tingut?  
-Per què ha tingut feines tan diferents?  
-Quan ha treballat en algun lloc durant molt de temps, s'avorria fàcilment?
2. Ha tingut problemes a la feina per manca de puntualitat, per absentisme, per la beguda, per les drogues, o per alguna cosa similar?  
-L'han acomiadat algun cop?  
-Ha estat alguna vegada a l'atur? Com es mantenia? Cercava feina? Ho feia d'una manera seriosa?

- Ha cobrat diners de l'atur, de benestar social, o de qualsevol tipus d'ajut social?
- En alguna ocasió ha tingut que refiar-se'n d'alguna persona per a mantenir-se?

## F. OBJECTIUS

1. Li agradaria tenir algun tipus de feina en especial?
  - Fa molt de temps que ho desitja? S'ha preparat d'alguna manera per aconseguir-ho? Li caldria algun tipus d'aprenentatge?
2. Quins són els seus projectes per quan surti en llibertat?
  - On pensa anar a viure? Com es mantindrà?
3. Té algun objectiu a llarg termini?
  - Quins problemes creu que es pot trobar per aconseguir aquests objectius?
  - Està preocupat pel futur?

## G. SALUT

1. Té algun problema mèdic important?
  - Abans d'entrar aquí l'havia visitat mai un psicòleg o un psiquiatre? Per quin motiu? A quina edat? Què va fer el professional per detectar el teu problema? Quin/s tractament o consell/s va donar-te? Els vas seguir?
  - En alguna ocasió ha estat hospitalitzat per problemes mentals o emocionals? Quins? A quina edat?
  - Alguna vegada ha intentat suïcidar-se?
  - Quantes vegades? Per què? A quina/es edat/s? Els intents foren seriosos o eren una forma de cridar l'atenció?

## H. VIDA FAMILIAR

1. Com era l'ambient familiar quan vostè vivia a casa seva?
  - Amb qui es va criar? Com eren? Com era la seva relació amb ells?
  - Qui més vivia a casa seva? Com era la seva relació amb ells?
  - Com era l'ambient a casa seva? Com era el seu comportament? Es saltava les normes freqüentment? L'havien enxampat? Què passava quan l'enxampaven?
  - Algú dels seus havia tingut problemes amb la justícia?
  - Recorda abusos físics, sexuals o emocionals dins de casa seva?

2. Quina edat tenia quan va marxar de casa?

-Per què va marxar? Què va fer?

3. En l'actualitat, quin tipus de relació manté amb la seva família?

-Amb quina freqüència continua mantenint el contacte amb ells?

4. En alguna ocasió s'ha posat a viatjar sense destinació prefixada i sense cap mena de planificació?

-A quina edat? Quin va ser el període més llarg que va estar fora? On va anar? Què va fer? Li va dir a algú que tenia la intenció de marxar?

5. Ha voltat molt?

-En quants llocs ha viscut? Per què ha voltat tant?

## I. SEXUALITAT. RELACIONS AFECTIVES

1. Quantes convivències de parella ha tingut?

-Si ha contestat cap, preguntar: Ha tingut qualsevol altre tipus de relació estable?  
Quantes?

-Per qué ha tingut tantes relacions?

2. Com han estat aquestes relacions?

-Quina durada tenien habitualment? Quina va ser la més llarga? Quina la més breu? Per qué s'acabaven? Qui les acabava? Quan de temps li costava superar-ho?

-Quin tipus de parella tria habitualment? Què és el que més li agrada de les seves parelles? Normalment s'enamora de les seves parelles, o hi manté únicament una relació física?

-Les seves relacions són generlment estables, o més aviat irregulars? Discuteix molt? En alguna ocasió ha arribat a tenir enfrontaments físics?

3. En alguna ocasió ha estat infidel a alguna de les seves parelles?

-Si la resposta és sí: Amb quina freqüència?

-Com va reaccionar la seva parella?

-Com es sentia vostè?

4. En alguna ocasió ha estat profundament enamorat?

5. Si la resposta es Si:

6. Quantes vegades? De qui?

## J. PROBLEMES DE COMPORTAMENT EN LA INFANTESA I EN L'ADOLESCÈNCIA

1. Quan era jove va realitzar actes com destrosses a l'escola o a les pertineces d'algú, provocar incendis, maltractar animals just per divertir-se, o robar coses dels seus pares?
2. Com era la seva conducta a la escola? Va tenir problemes per fer campana, per barallar-se, per destorbar a classe, per anar begut o anar "col.locat a l'escola", per fer trameses, robatoris i coses similars?  
-El van expulsar temporalment o totalment? Quantes vegades? Per què?
3. El van detenir mai quan era jove?  
-Per què? Va ser condemnat?  
-Va cometre delictes sense que l' enxapessin? Quins?

## K. PROBLEMES DE COMPORTAMENT D'ADULT

1. Ha tingut mai problemes amb l'alcohol o amb les drogues?  
-En alguna ocasió ha tingut problemes per causa de les drogues o de la beguda (com conduir sota els efectes de l'acohol, per ficar-se en baralles, o ser detingut)?
2. Ha fet mai coses perilloses que podrien qualificar-se com a "salvatjades" o "bogeries"?
3. Té mal geni?  
-Quines coses el posen realment furiós?  
-Que fa quan es posa furiós?  
-Arriba a les mans?  
-Quina és la pitjor lesió que ha causat mai a ningú? Per què?
4. Ha fet mai alguna cosa que ferís realment els sentiments d'algú?  
-Descrigui-ho. Perquè ho va fer? Fou intencionat?
5. Diu moltes mentides?  
-Amb quina freqüència? En té facilitat?
6. Creu que la gent és fàcilment manipulable o que se la pot enredar sense dificultat?  
-Ho ha fet en alguna ocasió? Podria explicar alguns exemples.
7. En alguna ocasió ha enganyat o s'ha aprofitat de la seva parella d'alguna altra mena? Si la resposta és afirmativa: Podria explicar-ho?

8. Té fills?

9. Ha tingut mai problemes per no pagar factures, per no pagar deutes, o per no pagar la pensió dels seus fills?

#### L. HISTÒRIA DELICTIVA ADULTA

1. Expliqui què va succeir quan va cometre el delicte pel qual és aquí?  
-Quina durada té la seva condemna? Creu que és justa? Que n'opina de la actuació del seu advocat?

2. Creu que el seu historial delictiu tindrà alguna influència en la seva vida? Quin tipus d'influència? Bona o dolenta?

3. Quines creu que són les causes dels seus problemes?  
-Per què comet delictes?  
-Què podria haver fet per no cometre el delicte?

4. Quines coses haurien servit per evitar els seus problemes?

5. Es penedeix d'haver comés el/s delictes/s?

6. Quins efectes han tingut els seus delictes en les víctimes?

7. Les seves accions delictives són planificades, o bé actua impulsivament?

8. Quines altres penes i condemnes ha tingut?

#### M. NOTES DE LA ENTREVISTA

1. Avalui la claretat i la coherència de les respostes del subjecte durant la entrevista:

- a) Les respostes han estat clares i coherents
- b) Petits problemes per entendre les respostes
- c) Dificultat moderada per entendre les respostes
- d) Respostes molt poc clares o incoherents

2. Avalui la consistència de les respostes del subjecte durant l'entrevista:

- a) Les respostes han estat consistents
- b) Es detecten algunes inconsistències petites





## HISTÒRIA LABORAL

- Treballs antics:
- Observacions:

## RELACIONS MARITALS I DE PARELLA

- Història marital (nombre i duració de les relacions maritals i de parella):
- Nombre de fills:
- Relació amb la/les parella/es i/o fill/s:

## HISTÒRIA MÈDICA

1. Història mèdica
  - Malalties i estatus neurològic:
  - Observacions:
2. Història psiquiàtrica (diagnòstics, tractaments, medicació):

## HISTÒRIA D'ABÚS DE SUBSTÀNCIES

- Tipus de droga:
- Edad d'inici i duració de la addicció:
- Grau d'addicció:
- Observacions:

## HISTÒRIA DELS TESTS PSICOLÒGICS:

- Resultats a intel·ligència:
- Resultats a personalitat:
- Resultats neuropsicològics:
- Comentaris addicionals sobre informes psicològics:
- Nivell de prisionització:

## MISCELÀNIA D'INFORMACIÓ ADDICIONAL

- Miscelània de la família i amics.
- Comentaris dels informes de classificació, pre-sentència i llibertat condicional.
- Altres informacions:

DELICTES

..... inici compliment:

Procediment: Executòria .../95, Audiència provincial secc....

Condemna:

Agreujants:

No consten altres causes

Observacions: .

2. ....Executòria Jutjat penal ....

ANNEX 3  
ESCALES DE KAROLINSKA



Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: V  M   
 Nombre: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Estudios realizados (primarios, secundarios, superiores) especificando su titulación: \_\_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES

Seguidamente encontrará algunas frases relacionadas con sus hábitos, sus opiniones, su forma de reaccionar y cómo se siente habitualmente. Hay 4 respuestas posibles a cada frase: “Completamente en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “De acuerdo”, “Completamente de acuerdo”.

Las frases están escritas como afirmaciones. Usted debe escoger la respuesta que corresponda a su manera general de actuar o sentir.

Ejemplo:

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
Me gustan las actividades al aire libre				

Marque con una **X** la casilla que corresponda a la respuesta con la que usted esté más de acuerdo. Trabaje rápido y no dude demasiado antes de responder. ¡Lo que es importante es su reacción espontánea!

¡Por favor, responda a todas las preguntas!

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
1. A menudo me siento incómodo/a y preocupado/a sin que exista ningún motivo.				
2. Siempre estoy dispuesto/a a probar cosas nuevas.				
3. Algunas veces me molesta la gente por el mero hecho de que esté a mi alrededor.				
4. Suelo tener dolores en los hombros y en la nuca.				
5. He tenido que preocuparme de más cosas de las que son de mi incumbencia.				
6. Hable con quien hable, siempre soy amable y educado/a.				
7. Me cuesta quejarme cuando no me atienden correctamente en un restaurante.				
8. Tengo tendencia a actuar movido/a por el impulso del momento sin pensar en lo que pueda ocurrir.				
9. Habitualmente incluso cuando sé que tengo razón, tengo dificultad para hacer prevalecer mi punto de vista.				
10. A veces he pensado que me gustaría irme de casa.				
11. Raramente hago cosas que más tarde me hacen sentir remordimientos.				
12. Me resulta fácil relacionarme con la gente				
13. Me altero y me canso con excesiva facilidad.				
14. A menudo me doy cuenta que aprieto las mandíbulas sin ningún motivo.				
15. Aunque esté muy enfadado, no digo palabrotas.				
16. Nunca he dicho algo de manera deliberada que haya herido los sentimientos de alguien.				
17. No tengo mucha confianza en mí mismo/a.				
18. Mis padres no siempre han estado de acuerdo con los amigos que tengo.				
19. Cuando alguien se adelanta en una cola, normalmente le digo que espere su turno.				
20. Cuando tengo que tomar una decisión, consulto con la almohada antes de decidirme.				
21. A menudo me siento inquieto/a como si quisiera algo sin saber qué.				
22. Me gusta llevar una vida tranquila y organizada.				
23. Cuando estoy furioso/a, a veces doy golpes en las puertas.				
24. La vida ha sido injusta conmigo.				
25. Cuando estoy preocupado/a y triste, necesito confiar en alguien.				
26. Cuando estoy trabajando en algo, no me importa que me interrumpen.				
27. Me resulta difícil volver a una tienda para pedir que me cambien un producto que he comprado.				
28. Prefiero a la gente que propone actividades excitantes e inesperadas.				

**POR FAVOR, CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**

	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
29. Hable con quien hable, siempre escucho atentamente.				
30. Normalmente, me entusiasmo tanto con ideas y sugerencias nuevas que me olvido de pensar en los posibles inconvenientes de las mismas.				
31. Soy capaz de ponerme lo suficientemente furioso/a como para llegar a tirar cosas violentamente.				
32. La vida familiar en casa era feliz				
33. Habitualmente, siento el cuerpo rígido y tenso.				
34. Algunas veces mi corazón late fuerte o de manera irregular sin motivo alguno.				
35. Pienso que algunas veces una discusión puede ayudar a aclarar las cosas.				
36. Soy del tipo de personas excesivamente susceptibles y que se sienten heridas fácilmente.				
37. Muchas veces he hecho cosas en contra de la voluntad de mis padres.				
38. Evito a la gente que se muestra interesada en mi vida personal				
39. Soy más irritable de lo que la gente piensa.				
40. Creo que debo ahorrar energías.				
41. Nunca dudo un instante en salirme de mi camino para ayudar a alguien que tenga problemas.				
42. Cuando intento dormir, a menudo noto que mis músculos están muy tensos.				
43. Desde que tenía diez años, no he tenido ninguna rabieta.				
44. Tengo una exagerada necesidad de experimentar cambios.				
45. Muchas veces la gente habla de mí cuando no estoy delante.				
46. Estoy bastante pendiente de mí mismo en la mayoría de situaciones sociales.				
47. La gente que no cumple con su deber debería tener muchos remordimientos.				
48. A menudo me lanzo a todo sin pensármelo.				
49. Me cuesta muchísimo tener las ideas claras cuando hablo con alguien.				
50. La vida familiar en casa era siempre muy agradable.				
51. Me cuesta mucho tener que quejarme cuando me devuelven menos cambio del que me corresponde.				
52. Me siento incómodo/a cuando alguien me revela sus secretos.				
53. Necesito gastar más energías que la mayoría de la gente para conseguir cualquier cosa.				
54. Intento estar en los sitios donde se producen los acontecimientos.				
55. Algunas veces tengo el presentimiento de que los otros se ríen de mí.				
56. Algunas veces comienzo a sudar inesperadamente sin motivo alguno.				

**POR FAVOR, CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**

	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
57. Los ruidos imprevistos me sobresaltan y alarman.				
58. Los miembros de mi familia siempre se han avenido entre ellos.				
59. Cuando alguien se está burlando de mí, nunca encuentro la respuesta apropiada en el momento preciso.				
60. Nunca me ha molestado cuando me han pedido un favor, incluso cuando ello me ha representado un inconveniente.				
61. Raramente me atrevo a manifestarme en una discusión, ya que tengo la sensación de que la gente cree que mis opiniones no valen la pena.				
62. Soy una persona muy especial.				
63. Algunas veces tengo malos pensamientos que me hacen sentir avergonzado/a de mí mismo.				
64. De pequeño/a, en mi casa la vida era menos tranquila y calmada que la de la mayoría de la gente.				
65. Me conmueven profundamente las desgracias de la otra gente.				
66. Me resulta fácil volver a conciliar el sueño si me despierto.				
67. Me resulta muy difícil negarme cuando alguien me pide un favor, aunque no tenga ganas de prestar esa ayuda.				
68. Creo que es bastante correcto describirme como una persona que se toma las cosas tal como vienen.				
69. Cuando me equivoco, siempre estoy dispuesto/a a admitirlo.				
70. Cuando leo un periódico, a menudo me doy cuenta que lo sujeto con mucho fuerza.				
71. Generalmente me pregunto qué motivo secreto puede tener una persona para tratarme amablemente.				
72. En la escuela, alguna vez me enviaron al director por mal comportamiento.				
73. Casi siempre estoy deseando que haya más acción.				
74. Me cuesta muchísimo tiempo reponerme de sucesos desagradables.				
75. Me deprime el hecho de no haber hecho más por el bienestar de mis padres.				
76. A veces tengo sensaciones de pánico.				
77. A veces he tenido ganas de irme de casa.				
78. Me siento mejor cuando mantengo a la gente a una cierta distancia.				
79. A veces desearía poder expresarme cuando algo me disgusta.				
80. Normalmente me puedo concentrar en lo que estoy haciendo, aunque esté en un entorno que distraiga la atención.				
81. Normalmente "hablo antes de pensar".				
82. Habitualmente me siento incómodo/a cuando encuentro gente que no conozco muy bien.				

	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
83. Me siento muy incómodo/a cuando veo una pelea en la calle.				
84. Hasta cierto punto, me gusta hacer trabajos rutinarios.				
85. Siempre he intentado hacer las cosas tal como se debe, incluso cuando he tenido problemas.				
86. A veces, si estoy muy preocupado/a, noto, de repente, como si me temblasen las piernas.				
87. A veces hablo mal de la gente que no me gusta.				
88. Me cuesta hallar una posición relajada incluso cuando estoy sentado/a en una silla muy cómoda.				
89. Siempre soy bien educado, incluso con la gente desagradable.				
90. Tal como van las cosas, es difícil mantener la esperanza de llegar a ser alguien en esta vida.				
91. Las pocas veces que he engañado a alguien, me he arrepentido profundamente.				
92. Prefiero no inmiscuirme en los problemas de la otra gente.				
93. Cuando me vienen con prisas, me agobio fácilmente.				
94. Bastante a menudo, especialmente cuando estoy cansado/a, noto como si yo o el mundo que me rodea estuviera cambiando (una sensación de irrealidad).				
95. No puedo evitar discutir cuando la gente esta en desacuerdo conmigo.				
96. Cuando no sé alguna cosa, no tengo ningún inconveniente en admitirlo.				
97. Muchas veces me preocupo por cosas que la otra gente considera banales.				
98. De joven, en la escuela daba muchos quebraderos de cabeza a los maestros.				
99. No puedo evitar ser un poco brusco/a con la gente que no me gusta.				
100. Normalmente me tiemblan las manos.				
101. Cuando estoy a punto de tomar una decisión no me lo pienso dos veces.				
102. Me gusta hacer cosas simplemente por la sensación que producen.				
103. Hay algunas personas que parecen estar celosas de mí.				
104. Mis padres no me han comprendido realmente nunca				
105. Generalmente la gente piensa que escondo mis sentimientos para que no vean como soy.				
106. Me gusta disponer de mucho tiempo cuando hago algo.				
107. Muy pocas veces tengo la sensación de que alguien intenta provocarme o insultarme.				
108. Mis músculos están tan tensos que llego a sentirme cansado/a.				
109. Me gusta el tipo de vida que implica movimiento, viajes, cambio y diversión.				
110. Me preocupo con mucha antelación cuando tengo que empezar alguna cosa.				

**POR FAVOR, CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**

	Completamente En Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Completamente De Acuerdo
111. Siempre soy paciente con los demás.				
112. Creo que me arrepiento de algunas cosas que hago, más a menudo que otras personas.				
113. Me tomo la vida sin preocupaciones.				
114. Ha habido veces en las que he estado muy celoso de la buena suerte de los demás.				
115. No consiento que una serie de sucesos poco importantes lleguen a irritarme.				
116. Algunas veces me sonrojo aunque no haga mucho calor.				
117. Cuando iba a la escuela, hacia novillos muchas veces.				
118. Me considero más reservado/a y frío/a que amable y afectuoso/a.				
119. Tengo tendencia a desconfiar de la gente que se muestra más amable de lo normal.				
120. Me siento calmado/a y seguro/a incluso cuando estoy afrontando nuevas actividades.				
121. Después de haber hecho una compra, frecuentemente me preocupa la posibilidad de no haber escogido bien.				
122. Algunas veces he tenido que mentir para salir de un aprieto.				
123. Si alguien me irrita, soy capaz de decirle lo que pienso de él.				
124. A veces tengo la sensación de que me falta aire para respirar.				
125. Mis padres generalmente me han dejado tomar mis propias decisiones.				
126. Cuando estoy muy enfadado/a digo palabrotas.				
127. Me considero una persona impulsiva.				
128. Muchas veces, a media tarde tengo un dolor de cabeza que me hace sentir como si tuviera un gran peso en la frente.				
129. Si alguien me grita, le respondo gritando.				
130. Me gusta escuchar la radio con mucho volumen para sentirme "enrollado/a".				
131. Muchas veces tengo la sensación de haber hecho algo equivocado o muy mal.				
132. Cuando estoy enfadado/a hago mala cara.				
133. La gente a menudo acude a mí cuando tiene problemas.				
134. Creo que me fatigo más fácilmente que la mayoría de la gente que conozco.				
135. Cuando alguien me reprende, me pongo más triste que enfadado/a.				

***Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas.  
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.***



## ANNEX 4:

## AUTOINFORME: SENSIBILITAT AL CÀSTIG - SENSIBILITAT A LA RECOMPENSA

**Questionario SCSR**

(Torrubia, R; Avila, C; Moltó, J. y Segarra, P.)

Edad: ..... Sexo: M F

Nombre:.....

Profesión: ..... Lugar de nacimiento:.....

Estudios realizados: (primarios, secundarios, superiores).....

**Instrucciones**

Por favor, responda a cada pregunta rodeando con un círculo la palabra SÍ o la palabra NO, según sea su modo de pensar o sentir. No existen respuestas buenas ni malas, ni preguntas con truco. Trabaje rápidamente y no piense demasiado sobre el significado exacto de la pregunta.

**Por favor, trate de responder a todas las preguntas.**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿A menudo deja de hacer cosas por miedo a que puedan ser ilegales? .....  | SÍ | NO |
| 2. ¿La perspectiva de conseguir dinero es capaz de motivarlo fuertemente a hacer cosas? .....  | SÍ | NO |
| 3. ¿Prefiere no pedir una cosa si no está seguro de que se la darán? ..  | SÍ | NO |
| 4. ¿A menudo le estimula a actuar la posibilidad de conseguir el reconocimiento de sus méritos en el trabajo, en el estudio, con los amigos, o con la familia? ..... | SÍ | NO |
| 5. ¿Las situaciones nuevas o inusuales le producen miedo a menudo?   | SÍ | NO |
| 6. ¿A menudo encuentra personas del otro sexo que le gustan? .....   | SÍ | NO |
| 7. ¿Le cuesta llamar por teléfono a personas que no conoce? .....  | SÍ | NO |
| 8. ¿Le gusta tomar algunas drogas por el efecto de placer que producen? .....  | SÍ | NO |
| 9. ¿A menudo prefiere renunciar a sus derechos antes que enfrentarse con alguna persona u organismo? .....   | SÍ | NO |
| 10. ¿A menudo hace cosas para que le alaben? .....   | SÍ | NO |
| 11. ¿De pequeño le preocupaba mucho que le pudiesen castigar en casa o en la escuela? .....  | SÍ | NO |
| 12. ¿Le gusta que la gente esté pendiente de usted en una fiesta o reunión social? .....   | SÍ | NO |
| 13. En las tareas para las que no está preparado, ¿valora mucho la posibilidad de fracasar? .....  | SÍ | NO |

## ANNEX 5:

## AUTOINFORME: QUESTIONARI EXPERIMENTAL PSICOPATIA

**QP**

Sexo..... M          F          Edad.....

Profesi3n .....

1. ¿ Acostumbra a enfadarse intensamente, o se pone agresivo, si las cosas no salen como Ud. espera? .....SI NO
2. ¿ Tiene, habitualmente, sentimientos de culpabilidad ?.....SI NO
3. ¿ A veces se ha visto comprometido por su irritabilidad ?.....SI NO
4. ¿ Le han dicho a menudo que no se adapta a las normas sociales ?..SI NO
5. ¿ Le han dicho a veces las personas que le rodean que se sentían manipuladas por usted ?.....SI NO
6. ¿ Normalmente, sabe salir airoso de las situaciones sociales comprometidas gracias a su facilidad de palabra ?.....SI NO
7. ¿ Tiende a saltarse las normas sociales con facilidad ? .....SI NO
8. ¿ A veces hace promesas sabiendo que no podrá cumplirlas ?.....SI NO
9. ¿ A menudo se deja llevar emocionalmente por los problemas de los demás ? ..... SI NO
10. ¿ Acostumbra a tergiversar la realidad porque se divierte haciéndolo ? ..... SI NO
11. ¿ Se aburre más fácilmente que la mayor parte de la gente, haciendo las mismas cosas ? ..... SI NO
12. ¿ Habitualmente, las personas que viven con Ud. tienen una fuerte influencia sobre su estado de ánimo ? ..... SI NO
13. ¿ Generalmente, consigue dar una buena imagen de si mismo y mostrarse agradable ante personas a las que acaba de conocer ?.... SI NO
14. ¿ Habitualmente, se siente muy seguro de Ud. mismo, tanto en lo que dice como en lo que hace ? ..... SI NO
15. ¿ Ha tenido algún tipo de problema con la justicia antes de los 15 años ? ..... SI NO
16. ¿ Generalmente, le interesa más lo que puede hacer hoy que lo que pueda hacer dentro de un año ? ..... SI NO
17. ¿ Frecuentemente, puede tomar decisiones sin preocuparse por su repercusión sobre los sentimientos de los demás ? ..... SI NO
18. ¿ Le es difícil mantener relaciones estables de pareja durante un período de tiempo largo ? ..... SI NO
19. ¿ Sería capaz de recordar la fecha de nacimiento de cada uno de sus hijos ? ..... SI NO
20. ¿ Ha tenido problemas con la justicia, por cualquier motivo, en más de dos ocasiones durante toda su vida ? ..... SI NO
21. ¿ Habitualmente, cumple lo que promete ? ..... SI NO