

Agresividad y evolución de la personalidad. Un enfoque dinámico-vincular

Carlos Rodríguez Sutil

Resumen:

En este artículo se presenta la evolución de la agresividad a través de tres prototipos básicos de la personalidad: agresiva (o antisocial), explosivo-bloqueada y rígida (obsesivo-compulsiva). Se muestra como la agresividad se expresa de forma directa, en el primer nivel, es bloqueada y expresada con explosividad, en el segundo nivel, o se expresa de manera continua pero indirecta, desplazándose al respeto de las normas y el orden, en el tercer nivel. Se compara este esquema con las tres fases del desarrollo moral, según Kohlberg (1964): preconventional, convencional y postconventional.

Aggression and evolution of the personality. A *vinculum* psychodynamic perspective:

In this paper we present the evolution of aggression through three basic personality prototypes: aggressive personality (antisocial), explosive-block, and rigid (obsessive-compulsive). It is showed how aggression is expressed directly, at the first level, blocked and expressed by means of the explosion, at the second level, or aggression is expressed continuous but indirectly, displaced to the norms and order, at the third level. We compare this scheme with that of three stages in the moral development, following Kohlberg (1964): pre-conventional, conventional, and post-conventional.

Aggression et évolution de la personnalité. Une perspective psychanalytique vinculaire:

Cet article montre l'évolution de l'agressivité à travers de trois prototypes fondamentales de la personnalité: agressive, explosif-bloquée et rigide. L'agressivité s'exprime directement dans le premier, se bloque et surge violemment dans le deuxième, ou sort indirectement à travers le respect aux lois et l'ordre dans le troisième. L'auteur fait une comparaison de cet schéma et les trois phases du développement moral de Kohlberg (1964): pré-conventionnel, conventionnel et post-conventionnel.

C. Rodríguez-Sutil: Fuenlabrada, 5. 28901 Getafe

INTRODUCCIÓN

Lo que define a la personalidad son las pautas *semipermanentes* de comportamiento, manifestadas principalmente en la relación interpersonal. El enfoque interpersonal en psicopatología posee ilustres antecedentes, como H.S. Sullivan (1953), así como la más reciente exposición de D.J. Kiesler (1986) y, desde otra perspectiva, J.S. Wiggins (1979; Wiggins, Phillips y Trapnell, 1989) y su utilización de descriptores de la conducta interpersonal derivados de la teoría interpersonal de la personalidad y de la psicoterapia. Nuestra línea de inspiración más directa es la psicopatología vincular (Caparrós, 1980, 1992, 1993) y la teoría de las relaciones objetales de influencia kleiniana (Kernberg, 1984, 1994, 1996).

Pero, aunque defendemos una definición de la personalidad que busca la consistencia no somos partidarios de posturas internalistas o esencialistas, como parece habitual desde los trabajos de Allport (1937). La perspectiva interpersonal es la que, precisamente, debería permitir superar dicho conflicto, como hemos señalado en otros lugares (Rodríguez Sutil, 1993, 1998). La crítica de las entidades internas que llevó a cabo el filósofo vienés Ludwig Wittgenstein, muestra con claridad que no es que los términos mentales sean traducibles a términos conductuales, sino que o son términos conductuales o no son nada. Los rasgos de la personalidad no deben ser inferidos del comportamiento y atribuidos a una instancia interna del individuo, sino que son nuestra manera de tipificar el comportamiento de dicho individuo, si bien no en secuencias breves pues el diagnóstico de la personalidad requiere un examen cuidadoso de la historia vital del paciente. El estudio de autobiografías se ha mostrado sumamente productivo en nuestra práctica.

La mejor manera de entender la personalidad en el ámbito clínico, consiste en la descripción de los comportamientos en su contexto significativo, junto con las circunstancias, históricas y actuales, que pueden haberlos producido o mantenerlos. Las pautas de comportamiento se pueden agrupar, a su vez, en un segundo nivel de semejanza. Para esa agrupación recurrimos al concepto de *núcleo* de los trabajos de Caparrós (1980, 1992, 1993). Caparrós entiende por “núcleo” una estructura inconsciente, la internalización de los vínculos fundantes de la personalidad, vínculos que se componen de tres elementos: el self, el objeto y la situación, justifica así que se trata de un concepto puente entre la psicología profunda y la psicopatología fenomenológica. Aunque su antecedente más directo está en las posiciones intrapsíquicas de la teoría kleiniana (esquizo-paranoide y depresiva) también describe el núcleo como un *conjunto de conductas automatizadas* y como filtro en la percepción de la realidad.

Desde la psicología cognitiva clínica, Aaron T. Beck (Beck, Freeman y otros, 1995) ha propuesto un concepto semejante, que es el de *esquema*, utilizado con anterioridad por autores tan relevantes como Bartlett y Piaget, que supone también una serie inconsciente de conductas automatizadas, una forma peculiar de procesar las percepciones y de tomar decisiones. El concepto de “esquema”, junto con el de “internalización”, pueden ser engañosos por la connotación de interioridad que sugieren, pero también pueden ser interpretados desde la visión externa del comportamiento y nos sirven para agrupar las regularidades.

En este trabajo nos proponemos ahora fundamentar desde la teoría y la práctica la línea evolutiva que lleva desde la expresión directa de la agresividad (personalidad agresiva o antisocial), a su total control y desplazamiento (personalidad rígida u obsesiva), pasando por el mecanismo inestable del estancamiento y la descarga brusca, propia del núcleo confusional, que se produce en la personalidad explosivo-bloqueada¹.

CLASIFICACIONES CATEGORIALES FRENTE A DIMENSIONALES

Las clasificaciones de *categorías* diagnósticas fueron criticadas por Eysenck (*et al.*, 1983; Eysenck, 1986), quien afirma que sólo son adecuadas en especies cuyas diferencias son muy amplias, por ejemplo, las enfermedades infecciosas o genéticas. Postura a la que recientemente se han adherido los investigadores que siguen el modelo de los *cinco grandes* (Widiger y Frances, 1994). Las conductas patológicas, según estos autores, forman un continuo con la conducta "normal", y toda clasificación por categorías produce numerosos casos límite, que no se ajustarían a un tipo u otro. Por otra parte, se afirma que, desde un punto de vista científico, son más adecuadas las clasificaciones dimensionales, que permiten una manipulación científica. Los defensores de las categorías, en cambio, mantenemos que los modelos de clasificación categorial y dimensional no son excluyentes (Kernberg, 1994; Millon, 1984, 1986; Mezzich, 1984, Rodríguez Sutil, 1992). Las evaluaciones pueden ser formuladas en estilo categorial (cualitativo) y luego establecer una mayor diferenciación en estilo cuantitativo, dimensional. La manera de clasificar más usual es la que se realiza mediante categorías, es más familiar a los clínicos y responde a necesidades psicológicas profundas (Mezzich, 1984). Tal vez esas necesidades psicológicas profundas están en la base de la *tipificación* que, según Michael Schwartz y Osborne P. Wiggins (1987) es el primer paso de todo diagnóstico clínico. Esta capacidad para reconocer los trastornos mentales no surge del dominio conceptual de las definiciones sino, más bien, de la observación directa de los pacientes que manifiestan dichos trastornos (Schwartz y Wiggins, 1987, p. 69).

Pero además considero que las pautas comportamentales de los sujetos no son reducibles a dimensiones. Si aceptamos, pongamos por caso, que la depresión es una dimensión distribuida gradualmente en la población, incluso siguiendo la curva normal, estamos suponiendo sin tener una justificación científica que los mecanismos subyacentes son los mismos en una persona que sufre un duelo, en un histérico que ha recibido un ascenso, en un melancólico que delira culpas inexistentes, o en un narcisista que ha sufrido una herida en su orgullo. La tristeza, probablemente, es el estado de ánimo común a todos estos trastornos y puede ser medida dimensionalmente. Pero la depresión es una pauta compleja de comportamiento, difícilmente reducible a sus dimensiones, sino que requiere una

¹ Para una exposición completa del cuadro clasificativo pueden consultarse los trabajos de Caparrós (1993), así como los nuestros (Rodríguez Sutil (1991, 1995).

Carlos Rodríguez

descripción comportamental. La depresión, por otra parte, sólo posee un componente interno, que es la sensación subjetiva de tristeza y malestar, y una serie de elementos comportamentales e interpersonales, por principio, observables. La sensación subjetiva sólo existe en la medida en que es comunicable (Cf. Rodríguez Sutil, 1998).

Las dimensiones permiten un cálculo estadístico más sofisticado y, en apariencia, más científico. No obstante, cuando Eysenck o los defensores de los *cinco grandes* seleccionan sujetos para comprobar mediante experimentos las hipótesis de sus teorías, incluyen de preferencia aquellos que puntúan en los extremos de las escalas. Nos encontramos, pues, con una tipología encubierta.

LA AGRESIVIDAD A TRAVÉS DE LOS NÚCLEOS DE LA PERSONALIDAD

Una estrategia que se nos ha mostrado fructífera, tanto en términos teóricos como en consecuencias prácticas, consiste en clasificar las personalidades partiendo, por un lado, de los núcleos básicos y, por otro, del área pulsional donde se presenten la mayoría de los conflictos del individuo, siempre en el plano interpersonal: sexualidad, agresión o indiferenciación (Rodríguez Sutil, 1991, 1995).

Un importante rasgo diferenciador de los tres grupos es la imagen de sí mismo del sujeto; mientras los sujetos próximos al núcleo esquizoide se caracterizan por una autoimagen omnipotente, en el núcleo confuso se produce una oscilación entre una autoimagen omnipotente y otra deteriorada, y el núcleo depresivo muestra una imagen predominantemente deteriorada. Podemos intentar las distinciones diagnósticas, además de por la autoimagen, por otras tres dimensiones: la culpa y la ansiedad y el control de los impulsos sexuales y agresivos. En cuanto a la culpa, en el núcleo esquizoide o se halla totalmente ausente (personalidades agresiva y narcisista), o es tan hipertrofiada que pierde realidad: el sujeto con una personalidad esquizoide no se siente culpable de algo sino “premoralmemente” malvado. El confuso se siente culpable no tanto de lo que ha hecho como de lo que no ha sido capaz de hacer, es decir, no haber cumplido las expectativas (grandiosas) suyas y del entorno familiar. El depresivo, en cambio, hace suya la culpa y suya la penitencia para hacerse perdonar, ya sea conquistando al otro (histeria), cumpliendo con el deber (p. rígida) o sometándose por completo a los mandatos del otro (p. sumisa).

En cuanto a la ansiedad habría que decir que es tanto más grave y tanto más inespecífica cuanto más cercano se halla el sujeto al núcleo esquizoide. Se trata precisamente de las personalidades menos sofisticadas y cuyas reacciones podríamos considerar más primitivas. La ansiedad que experimentan el agresivo, el esquizoide y el narcisista se encuentra emparentada con el temor pánico, desestructurante, que caracteriza las psicosis esquizofrénicas, pero también su duración suele ser más breve ².

² Por ese motivo se afirma con frecuencia que los psicópatas, con el sentido anglosajón del término que lo aproxima a lo asocial y antisocial, no experimentan ansiedad. Sin embargo se señala que su tolerancia

No ocurre así con el núcleo confuso, donde la presencia de la ansiedad es más evidente, tanto de un tipo como de otro, con la sensación, a veces, de despersonalización y el temor a “volverse loco”; temor que, por otra parte, no suele tener fundamento. El núcleo depresivo, finalmente, es el que dispone de los mejores mecanismos, al menos de los más estables, para controlar la irrupción de la ansiedad. La ansiedad se halla presente pero sólo en raras ocasiones amenaza con desorganizar la personalidad. De la misma forma es en el núcleo depresivo donde se produce un control de los impulsos más estricto, que se expresan de forma indirecta o incompleta, la sexualidad especialmente en la personalidad histriónica y la agresión en la rígida u obsesiva. En el núcleo confuso se produce una oscilación entre explosión y bloqueo, tanto de impulsos agresivos como sexuales, si bien la agresión es más evidente en el explosivo-bloqueado y la sexualidad en el fóbico. Mientras que en el núcleo esquizoide las defensas son de tipo más global, las descargas impulsivas están menos moduladas y se producen de forma continua, en el agresivo y narcisista, en la personalidad propiamente esquizoide lo que predomina es la inhibición y el aislamiento interpersonal por temor a la retaliación.

La personalidad paranoide, como señalan Siever y Kendler (1987), es un trastorno muy infrecuente y cuyos rasgos se solapan con otras personalidades: la tendencia a la sospecha y la ideación paranoide es común con la personalidad esquizoide, la constricción afectiva es común con esquizoides y rígidos (obsesivo-compulsivos), y la rigidez es común con estos últimos. Esta personalidad paranoide parece heredera directa de la paranoia que Kraepelin separó de la parafrenia (correspondiente con la actual esquizofrenia paranoide), y que se caracteriza por la existencia de delirios muy sistematizados pero que no se acompañan de trastornos de pensamiento ni de un deterioro progresivo (Cf. Lewis, 1970). Pero de existir la paranoia como cuadro aislado, como así nos parece, se trataría de una psicosis y no de una personalidad, en el sentido que damos aquí al término.

Siguiendo con el repaso, la personalidad límite (*borderline*), que guarda gran semejanza con la personalidad confusa de Caparrós, nos pareció durante un tiempo, como a Frances y Widiger (1987), un conjunto demasiado heterogéneo de rasgos que podría no ser más que una dimensión de inestabilidad o severidad, con el significado que confiere Kernberg (1984) de trastorno grave de la personalidad, a caballo entre las neurosis y las psicosis, y dudábamos de su inclusión. Sin embargo, son varios los casos de personalidad confusa que se nos ha dado tratar en los últimos años, cumpliendo las características que describiremos después, por lo que conviene mantenerla en el esquema. Por otra parte, en el DSM-IV (APA, 1994) se incluye en la personalidad límite una tendencia a las reacciones de ira que considero más propia del explosivo-bloqueado

Se ha dudado (Frances y Widiger, 1987) de si la personalidad pasivo-agresiva no será una reacción defensiva situacional, más que un síndrome de personalidad en sentido estricto. De hecho, la versión más reciente la elimina de la clasificación

a la frustración es baja, reconociendo, de forma indirecta, aquello que se pretende negar.

“oficial” y la sitúa en el APÉNDICE B, la sección de los diagnósticos que requieren estudio adicional (APA, 1994). También encuentro que la reacción pasivo-agresiva es frecuente en la personalidad explosivo-bloqueada, aunque también se ha observado en rígidos y en agresivos, sobre todo en los segundos, cuando no se les permite otra expresión de la agresión, así como en muchos otros cuadros.

PERSONALIDAD AGRESIVA O ANTISOCIAL

Según la definición ya clásica de Cleckley (1964) estos sujetos padecen de *demencia semántica*: falta de capacidad para experimentar los componentes emocionales de la conducta personal e interpersonal, puede mostrar interés por los demás pero, en realidad, los utiliza como instrumentos para sus propios fines. Ya Schneider (1974) hablaba de los psicópatas desalmados destacando su embotamiento afectivo frente a las otras personas, carentes de compasión, de vergüenza y de conciencia moral, y recogía las denominaciones de “locura moral”, “estupidez moral” (Baez), “idiocia moral”, “oligofrenia moral” (Bleuler). La descripción que ofrece Cleckley (1964) de la psicopatía ha sido muy influyente en toda la investigación posterior, por ejemplo, en la escala de Hare (1991), que examinaremos después, y en la clasificación del DSM. Incluye seis elementos: (1) ausencia de culpabilidad, (2) incapacidad para beneficiarse de la experiencia, (3) incapacidad para demorar las gratificaciones, (4) incapacidad para establecer lazos emocionales duraderos, (5) búsqueda de estímulos y (6) encanto superficial.

En las sucesivas revisiones de la investigación realizadas por Hare (1970, 1991; Hare y Hart, 1993) se observa que los psicópatas no experimentan las manifestaciones fisiológicas ni psicológicas del miedo. Sus respuestas electrodérmicas relativamente pequeñas en situaciones de estrés y de detección de mentiras. Tienen una recuperación homeostática más rápida, bajo nivel de activación cortical, mayor necesidad de estimulación y búsqueda activa de la misma (impulsividad). Muchos psicópatas presentan EEG anormales. Se supone que las ondas lentas que producen reflejan ciertas alteraciones del sistema límbico cuyo papel es predominante en el aprendizaje debido al miedo (pasivo-preventivo) en evitación del castigo. Mal funcionamiento de los sistemas inhibidores.

En muchas investigaciones empíricas, como las que acabamos de resumir, se ha utilizado la *Hare Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) (Hare, 1991; Hare y Hart, 1993) cuyos elementos aparecen recogidos en la tabla 1.

Se trata de una escala de valoración aplicada a partir de una entrevista con el sujeto y una revisión de su historial. Según Hare y Hart (1993) los psicópatas son mucho más activos en su historia delictiva que ningún otro sujeto delincuente, son más violentos que los otros. La severidad de la conducta psicopática se reduce con los años en muchos casos, a partir de los 35-40. Aunque lo que se reduce, sobre todo, son los delitos no violentos. Relación con abuso de sustancias.

Como han advertido Millon (1981) y Kernberg (1994), entre otros, el DSM presta escasa atención a los rasgos de la *personalidad* antisocial, frente a las *conductas* antisociales que dan lugar a lo delictivo. No son muchos los casos de personalidad agresiva que he atendido en consulta ambulatoria, pues su medio

principal son los ambientes carcelarios. Los que he podido observar presentan rasgos semejantes a los antes enumerados, pero debo poner en guardia frente a atribuciones precipitadas de impulsividad. De los seis elementos ofrecidos por Cleckley (1964) el único auténticamente definitorio es el primero, la ausencia de culpabilidad y - de alguna manera relacionado - estaría el cuarto, la incapacidad para establecer lazos emocionales duraderos. El encanto superficial puede hallarse totalmente ausente. La "muestra" de sujetos agresivos que habitualmente ha sido dado estudiar se compone de aquellos que han logrado un menor éxito adaptativo y, por tanto, poseen una menor sofisticación cognitiva. Entiendo, pues, que se confunde la evolución del pensamiento operatorio con la maduración moral; aunque lo primero sea condición de lo segundo, no lo determina.

Un psicópata que alcance el nivel de las operaciones formales se puede beneficiar de la experiencia. Feldman (1993) resume una serie de investigaciones en las que se muestra que la incapacidad para evitar los estímulos aversivos puede modificarse si se les refuerza para ello (p. ej. con cigarrillos o con dinero) y, además, su rendimiento es semejante a los sujetos control cuando la probabilidad de castigo es alta, no así cuando es baja.

En cuanto a la incapacidad para demorar las gratificaciones, considero que la barrera que los psicópatas deben saltar es física, si el castigo es evidente demorarán la gratificación, pero carecen de cualquier tipo de barrera moral: su deseo es soberano, carecen de vergüenza o escrúpulo. Su autoimagen es hipertrofiada con independencia de que sus logros reales sean escasos o nulos. Un paciente que pude observar durante unas sesiones, presumía de su gran capacidad intelectual, aunque no había logrado terminar los estudios primarios; había sido encarcelado por amenazar e intentar matar a las dueñas de la fábrica donde trabajó. Las acusaba de deberle dinero de la liquidación. El sujeto recordaba estas escenas sin ningún tipo de remordimiento, salvo el de no haber logrado su objetivo, y calculaba las posibilidades de volver a llevar a la práctica sus propósitos. En una ocasión atendí durante varios meses a un paciente, que todavía pasaba las noches en prisión, condenado por asesinar a una mujer a la que había recogido en carretera. Después de las primeras aproximaciones eróticas la víctima le rechazó y, ante la insistencia del paciente, comenzó a gritar. Éste le apretó el cuello para que no gritara, con el resultado ya conocido. La manera de contar los hechos era minuciosa y totalmente desapasionada. Su reconocimiento de la culpabilidad daba el aspecto de una aceptación cognitiva pero no vivenciada.

La actitud ante el entorno es de tipo paranoide, mostrando su escasa adaptabilidad cuando se sienten amenazados, lo que ocurre a menudo. A diferencia del narcisista esta amenaza no tiene que ver tanto con su imagen, sino con temores relacionados con la no-satisfacción de sus necesidades o con la retaliación. No llego a estar, por tanto, de acuerdo, con Kernberg (1994, 1996) cuando afirma que todos los pacientes con trastorno antisocial cumplen, al mismo tiempo, los criterios de trastorno narcisista de la personalidad. Considero, más bien, que la narcisista es una personalidad más evolucionada y que, aunque carece por igual de sentimiento de culpa, siente la necesidad de adaptarse a una imagen externa socialmente aceptada que cumpla de forma conveniente sus designios grandiosos. El apego hacia los

objetos en el narcisista es también mayor

LA PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA Y TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

Frances, First y Pincus (1997), en su *Guía de Uso* del DSM-IV, valoran el trastorno explosivo intermitente como categoría de límites imprecisos que requeriría numerosos estudios adicionales (El DSM-II incluía el trastorno explosivo de la personalidad). Consiste en explosiones agresivas desproporcionadas respecto a los estresores precipitantes, que provoca remordimientos o arrepentimiento. Difícil diferenciar el diagnóstico respecto a cambio de personalidad debido a enfermedad médica, trastorno antisocial o límite de la personalidad e intoxicación por sustancias. Véanse los criterios del DSM-IV, para este trastorno, en la tabla 2. En los individuos con un Trastorno explosivo intermitente, comentan estos autores, suele haber hallazgos inespecíficos en el examen neurológico (p. ej., asimetrías reflejas), alteraciones electroencefalográficas inespecíficas o antecedentes en la infancia de traumatismos craneales (Frances, First y Pincus, 1997, p. 424).

Ya hace más de cincuenta años, cuando Kurt Schneider (1974) hablaba de los psicópatas explosivos, dudaba que se tratara de un tipo específico o, más bien, siguiendo a Kretschmer, de una “reacción primitiva”. Los relacionaba con los epileptoides, con los ataques convulsivos psicógenos y, también, destacaba que las excitaciones explosivas podían convertirse ocasionalmente en estados crepusculares psicógenos. Fuera de esos estados, estos sujetos, comenta, se presentan habitualmente tranquilos y dóciles. Respecto a los epileptoides, propiamente, recupera de Kretschmer la valoración del temperamento viscoso, la labilidad de ánimo; dice que son ceremoniosos, pesados y perseverantes. Y añade:

La *importancia social* de este grupo es grande. Los lábiles irritados llegan, a veces, a delitos afectivos; los inestables, a toda clase de delitos ocasionales. Soportan muy mal la disciplina militar. No es raro que, a consecuencia de crisis de labilidad de ánimo, se marchen sin permiso y deserten, aunque la mayoría de estos delitos tengan que interpretarse de otra manera. (p. 163)

Este tipo de carácter ha recibido el nombre, en la psicopatología escandinava (Strömngren), de *ixotímico* o *ixoide*, emparentado con la epilepsia y con el biotipo atlético de Kretschmer (Cf. Bohm, 1973, pp. 218 y ss.). Un síndrome culturalmente específico, que guarda gran semejanza con la secuencia de explosión-bloqueo, es el *amok* observado principalmente en la zona de Indochina y considerado de tipo psicótico (Cf. Ionescu, 1994):

Por lo general el paciente no presenta ningún signo de trastorno mental. Tras alguna frustración menor que no produce ninguna reacción (aparte de entregarse a la melancolía durante un tiempo), el paciente ataca a todas las personas que encuentra. Este ataque es perpetrado por el sujeto a riesgo de su propia vida, a veces hasta con los ojos cerrados y utilizando generalmente una espada corta llamada *Kris*. (p. 173)

Según nuestra descripción de la personalidad explosivo-bloqueada, comparte con la personalidad fóbica la secuencia de acumulación y descarga - paralela a la

oscilación de la autoimagen -, si bien la problemática se muestra especialmente en el control de la agresión y no en el emparejamiento.

Un joven acudió a consulta por su malestar al ser abandonado por su novia (herida narcisista), a la que, por razones laborales, seguía viendo todos los días, junto con el joven que era su pareja actual. Se sentía frustrado y agresivo y les había amenazado varias veces de muerte. No aparece en la segunda entrevista y, tras unos meses, un hermano nos solicita un informe para el proceso judicial que se sigue contra el sujeto por haber asesinado a la pareja. Años después atiendo a otro paciente en una situación similar, aunque su antigua novia no tenía pareja también la había amenazado de muerte. La intensa sensación de frustración se descargaba a menudo con exceso de consumo alcohólico y conductas suicidas y de destrucción de objetos, con ingresos hospitalarios frecuentes solicitados por el propio paciente. La petición de ayuda y el malestar por su estado de descontrol diferencia esta reacción de la frialdad propia del psicópata agresivo. La elaboración de la culpa es escasa, frente a la personalidad rígida, y lo que puede predominar es el sentimiento de *vergüenza* por los actos realizados, por no haber sido capaz de cumplir el papel grandioso que le viene asignado, el *ideal del yo*.

Otro paciente, alcohólico, recordaba la reacción agresiva, con tempestad de movimientos, que experimentó contra su familia, tras el fallecimiento del padre en un hospital a quien había atendido sin recibir apoyo de los demás; llegó a autolesionarse en esa ocasión. Otras veces, en cambio, la agresión se dirige claramente a los demás. El sujeto siente remordimientos por su conducta pero con frecuencia justifica su comportamiento por circunstancias externas: "lo que hice no estuvo bien pero no fui capaz de reaccionar de otra manera". Utilizan a menudo expresiones del estilo "fue la gota que colmó el vaso", lo que explicaría esa agresividad desproporcionada con respecto al estresante que menciona el DSM. Es desproporcionada si no tenemos en cuenta, desde la historia personal, la pauta de acumulación y descarga. A veces los comportamientos agresivos deben ser inferidos a partir del relato de los rechazos sucesivos de que ha sido objeto, pues ante nosotros aparece como una persona sumisa. Las relaciones son muy cambiantes pues rápidamente se producen conflictos y, tras la explosión agresiva, la solución frecuente es la huida. No son desconocidos tampoco los cambios frecuentes de domicilio, de ciudad o, incluso, de país. La necesidad de contacto y aceptación por parte del otro es muy intensa, mostrándose adherentes, o *viscosos*. Eso es algo que a menudo se expresa en una producción verbal abundante cuya ordenación lógica no es muy precisa pero, a diferencia del paciente fóbico, la vivencia de la ansiedad se halla mucho menos presente, aunque puede ser más intensa. El deterioro de la autoimagen es también menos evidente que en el fóbico pues aquí, a pesar de que la necesidad de contacto sigue siendo grande, la expresión directa de la afectividad positiva o tierna es sentida como una debilidad. Más acorde con el estereotipo que se asigna al varón en nuestra cultura, esta personalidad es característica de sujetos que exhiben una conducta hipermasculina, autosuficiente. Un joven, diagnosticado por nosotros de personalidad explosivo-bloqueada, encarcelado por asesinar al hombre que le quitó a su antigua novia, no reconocía en absoluto que esa pérdida afectiva hubiera tenido ninguna relación con

su reacción violenta.

Kernberg (1994) recoge la distinción entre dos tipos de antisociales, el *pasivo-agresivo* (mentira, robo, falsificación, estafa y prostitución) y el *agresivo* (asalto, asesinato, robo a mano armada) que, en la práctica, vemos asociados con la personalidad explosivo-bloqueada (o la narcisista) y la agresiva, respectivamente.

PERSONALIDAD CONFUSIONAL O LÍMITE

Con la personalidad confusional o límite nos apartamos de la línea pura en la elaboración de la agresividad, pero debemos recurrir a ella por la semejanza que guarda en muchos sentidos con el explosivo-bloqueado. Podríamos pensar en la semejanza con los mecanismos de acumulación y descarga de la personalidad explosivo-bloqueada, pero aquí la secuencia es mucho más breve, una resolución inmediata del conflicto sin ninguna acumulación. Encaja mejor con la fragmentación de impulsos propia de la personalidad confusa.

En el caso de un sujeto pirómano (Rodríguez Sutil, 1995b) encontré que la elaboración de la culpa es escasa, pero reconoce que lo que ha hecho está mal. Tiende a disimular sus comportamientos alterados, o delictivos en compañía de otros, y a inventar mentiras torpes para ocultarlos. Ahora bien, la confusión o no diferenciación, en este sujeto, encuentra un origen importante en el bajo nivel intelectual y, en general, en la escasez de recursos psicológicos.

La personalidad confusa se caracteriza por una mayor desorganización impulsiva que la fóbica o la explosivo-bloqueada. Las oscilaciones de carga-descarga son menos evidentes, aunque se pueden producir, así como la huida, pero de manera más inmediata a una situación de conflicto emocional, es decir, ciclos más breves. Podría llamársele, por tanto, "impulsivo", aunque la agresividad no se suele concretar. Fuera de eso, como advierte Caparrós (1980, 1992), nos encontramos con una total ausencia de rasgos llamativos, con una torpeza psicológica general. Estas personas tienen escasa iniciativa, por lo que nuestra descripción se hace heredera de la clásica definición de "psicastenia" o "neurastenia", de Schneider (1974). Ahora bien, Schneider sitúa claramente a los pirómanos en el grupo de los psicópatas inestables (pp. 157 y ss.)

En la casuística de la personalidad confusa que, por su escasa conciencia de enfermedad, no es muy numerosa, nos hemos encontrado, como era previsible, con problemas frecuentes de los impulsos. Así encontramos varios homosexuales, tal vez más por indefinición de su sexualidad, pues seguramente el sentimiento primario es la gran necesidad de ser aceptado o querido, propia del núcleo confusional. Otras características comportamentales que aparecen, y que también recoge la literatura, son la tendencia al suicidio, el alcoholismo y el abuso, en general, de sustancias.

Un hombre de 30 años, técnico de grado medio en una empresa electrónica, casado y con dos hijos pequeños, que acude a consulta tras repetidas reacciones de huida, sin motivo aparente. Dice que se puede sentir agobiado en casa, otras veces es por no haber sido capaz de resolver una situación de la que se siente responsable, aunque no esté claro el porqué. Cada dos o tres meses desaparece uno o dos días, se

emborracha y puede conducir en estado de ebriedad. Pocos meses antes de la primera consulta tuvo un accidente serio, que pudo haber tenido consecuencias graves. Su autoimagen es pobre, sobre todo después de incidentes de este tipo.

A menudo se pone de parte del perdedor, aunque éste no lleve la razón: “no aguanto ver a una persona acosada por un grupo”. Esto le ha llevado, a veces, a ponerse de parte del jefe “que es muy dictatorial en las formas”, en contra del resto del equipo, que le ha llegado a considerar como un traidor. Aquí vemos encarnado el mecanismo de *identificación proyectiva*. Se siente obligado a responder a cualquier seducción, a “estar disponible”, pudiendo interpretar como insinuaciones comentarios que no lo son. En determinadas fases de su historia personal ha tendido al donjuanismo. Por otra parte se siente muy agradecido y se entrega cuando le muestran cariño “ya sea un hombre o una mujer”, y es capaz de declarar todas sus intimidades. En lo anterior descubrimos algunos aspectos de su tendencia a la *idealización*. No encontramos las situaciones de abandono físico durante la infancia, tan evidentes en los otros dos casos, pero tampoco están ausentes: padres que trabajaban fuera, violencia verbal y física entre ellos, comportamientos agresivos y de violencia sexual de otros hermanos, etc.

La ausencia en este caso de comportamientos agresivos lo separa de la personalidad agresiva o explosivo-bloqueada. Tampoco aparecen con claridad la fase de acumulación previa a la descarga, más clara en las otras dos personalidades del grupo confuso. La tendencia a las conquistas sexuales podría hacernos pensar en la personalidad fóbica, pero vemos mucha menos tensión sexual que en esta última y más un deseo general de agrandar y de ser acogido. Por otra parte no hay, desde luego, un acercamiento contrafóbico a la posible pareja.

PERSONALIDAD RÍGIDA (OBSESIVO-COMPULSIVA)

De la misma manera que al tratar las personalidades de núcleo confuso señalábamos que el área de conflictos más evidentes era la sexual en el fóbico y la agresividad en el explosivo-bloqueado, podemos hacer un paralelo con los dos prototipos más abundantes del núcleo depresivo. Es grande la problemática sexual que suele acompañar a los pacientes diagnosticados como histéricos, eso no quiere decir que su manejo de la agresión sea perfecto, pero sí que desempeña un papel comparativamente menor.

El rígido (*obsesivo-compulsivo*), que ahora nos ocupa es particularmente restrictivo en la expresión de sus afectos, ya sean positivos o agresivos. A pesar de la falta de expresión afectiva, como señala Cooper (1987), es dependiente del objeto, dependencia que quizá sólo se descubre cuando lo puede perder. La espontaneidad puede ser vivida como un descontrol amenazador. Sin embargo puede considerar más natural dar satisfacción a sus impulsos eróticos, aislados de afecto en la medida de lo posible si no van mezclados de cierto sadismo, que no una expresión clara y directa de la agresión. Aunque en el relato de su pasado no suele faltar la descripción de alguna escena violenta, e incluso macabra, vivida por el sujeto. Un sujeto nos narra, por ejemplo, con minuciosidad cómo murió por accidente un compañero del colegio, cuyo cuerpo no llegó a ver, pero sí un gran

charco de sangre y muchos cromos manchados³.

La aparición de un conato de descontrol agresivo, que rara vez llega a la explosión auto o heteroagresiva del explosivo-bloqueado, trae consigo muestras posteriores de culpabilidad. Algún paciente ha acudido a consulta después de un episodio de esas características.

No obstante, estos sujetos no llegan al bloqueo y a la actitud sumisa del grupo confuso, sino que pueden comunicar una permanente agresividad a los demás, de forma indirecta, por su adherencia a las normas, horarios y ordenanzas, aplicadas de forma rígida y con independencia de las personas y las situaciones, mostrando así el *desplazamiento* de la agresividad. También la agresividad se puede mostrar de manera más directa pero controlada: gritos, reprimendas, malos gestos. No debemos caer en el error de pensar que la personalidad rígida es siempre respetuosa de la autoridad, pues a menudo se comporta de forma querulante con sus superiores en razón de dichas normas y ordenanzas, que cobran un carácter general y abstracto.

El perfeccionismo y la inflexibilidad interfiere con el desempeño de las tareas y puede llevar a estas personas al síndrome de *adicción al trabajo*: eliminación completa del tiempo de ocio, deben trabajar cada vez más para obtener los mismos o peores resultados.

Los “criminales por sentimiento de culpa inconsciente” de Freud (1916), como señala Kernberg (1994, p. 120 y ss.), ha sido una hipótesis psicoanalítica muy utilizada para explicar la conducta antisocial, pero sólo sería aplicable en este nivel de evolución, es decir, y siguiendo nuestro esquema, para las personalidades del núcleo depresivo. Según la terminología de Kernberg, se trata de la *organización neurótica de la personalidad*: histérico, obsesivo-compulsivo y depresivo masoquista. Identifico esas personalidades, de forma aproximada, con nuestros histriónico, rígido y sumiso, si bien nuestros prototipos son más globales, pues no separamos, por ejemplo, histérico de histriónico, ni dependiente (sumiso) de depresivo-masoquista. Opino que habría de incluirse en el grupo de las “personalidades neuróticas” al fóbico (evitativo) que, para nuestra sorpresa, no es recogido por Kernberg en su sistemática. Las personalidades neuróticas son también aquellas que pueden desarrollar síntomas neuróticos y presentarse, por tanto, como neurosis. Volviendo al tema de los “criminales por sentimiento de culpa inconsciente” debo mostrar un acuerdo total con Kernberg cuando plantea que no debemos confundir la formación reactiva contra la culpa, de estos sujetos, con la expresión de carencias en el desarrollo del superyo, del psicópata.

Para terminar diremos que las obsesiones y compulsiones no definen a este prototipo de personalidad, pero que suelen aparecer asociadas con el mismo.

³ Para valorar esta historia es primordial atender al tono de neutralidad o dramatismo con que el sujeto nos la cuenta, que aquí no pretendía producir una reacción en el entrevistador del tipo de la seducción histérica.

LAS FASES DEL DESARROLLO MORAL

La descripción que he presentado sobre cómo evoluciona el control de la agresividad puede recibir un importante apoyo de las investigaciones sobre el desarrollo moral del niño realizadas por Lawrence Kohlberg (1964; Kohlberg, Levine y Hower, 1984) cuyas fases vienen recogidas en la tabla 3. Las tres etapas de moral preconvencional, convencional y postconvencional encajan de forma sorprendente con los tres prototipos de la personalidad enunciados: agresivo, explosivo-bloqueado y rígido. En líneas generales se podría afirmar lo mismo de las otras personalidades que se agrupan en cada uno de los núcleos, pero su demostración nos obligaría a realizar una serie de matizaciones muy onerosas. Puedo decir que la línea de la sexualidad supone una mayor evolución en el control de los impulsos, lo que lleva a que el narcisista, en muchos aspectos, se halla más cerca de la moral convencional, y el fóbico de la moral postconvencional, sin llegar a abandonar la definitoria de su propio núcleo. El cuadro que ofrecen Shweder, Mahapatra y Miller (1987) (véase tabla 4) permite observar el paralelismo en la evolución del pensamiento moral y cognitivo y suministra tres expresiones en la toma de decisión individual que sintetiza la actitud vital de los tres prototipos que se descubre con facilidad en la clínica: “yo lo quiero”, “el grupo lo aprueba” y “es lo correcto”. Considerando los estadios intermedios de cada nivel, tal como los postula Kohlberg, la observación clínica me lleva a pensar que son más bien actitudes que se pueden producir de forma simultánea en cada núcleo. Por ejemplo, en la etapa de moral preconvencional, la moral basada en reglas concretas y la búsqueda del máximo rendimiento son dos reacciones que encontramos en sujetos agresivos.

Como señala Feldman (1993) estos estadios pueden ser sucesivos, pero su evolución depende del aprendizaje, y ciertos aprendizajes pueden hacerlos reversibles. Ni este sistema, ni el de Piaget, especifican cómo se adquieren estas estructuras de conciencia. La revisión que hemos hecho de numerosos textos no nos permite aclarar, por el momento, cómo se produce esta evolución, aunque supongo que el aprendizaje en el medio familiar y social cercano, la manera en que se establecen las constelaciones relacionales, desempeña el papel central en la formación de la personalidad.

Debo insistir en que la evolución cognitiva es relativamente independiente del desarrollo moral. Así, el síndrome de *narcisismo maligno* de Kernberg (1994, 1996), de sujetos que conservan la capacidad para la lealtad y la preocupación por los demás, con cierta capacidad para sentir culpa y empatía, pero que mantienen conductas antisociales (pasivo-parasitarias) pueden concebirse como auténticos agresivos que han alcanzado el nivel de las operaciones formales, o como casos intermedios entre los prototipos narcisista y agresivo.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLPORT, G. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. Nueva York: Holt.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III*. Washington.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III-R*. Washington.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington.
- AVILA ESPADA, A. y RODRÍGUEZ SUTIL, C. (comps.) (1992). *Psicodiagnóstico Clínico. Aspectos conceptuales y perspectivas*. Madrid: Editorial Universitaria de Madrid.
- BECK, A., Freeman, et al. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós (Orig. De 1992).
- BLASHFIELD, R. (1989). Alternative taxonomic models of Psychiatric classification. En L. Robins y J. Barret (eds.) *The Validity of Psychiatric Diagnosis*. Nueva York: Raven Press.
- BOHM, E. (1973). *Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Morata (Orig. De. 1966).
- CANTOR, N. y GENERO, N. (1986). Psychiatric diagnosis and natural categorization: a close analogy. En Millon y Klerman (eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.
- CAPARROS, N. (1980). *La Construcción de la Personalidad: Las Psicopatías*. Madrid: Fundamentos.
- CAPARROS, N. (1992). Un Enfoque Diagnóstico a Través de los Núcleos de Personalidad de Base. En Avila Espada, A. y Rodríguez Sutil, C. (eds.) (1992).
- CAPARROS, N. (1993). *Psicopatología Analítico Vincular*. Tomos I y II, Madrid: Quipú.
- CCLEKLEY, H. (1964). *The Mask of Sanity*. San Luis: Mosby.
- COOPER, A.M. (1987). Histrionic, narcissistic, and compulsive personality disorders. Tischler, G.L. (comps.) *Diagnosis and Classification in Psychiatry. A critical appraisal of DSM-III*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ECKBLAD, M. y CHAPMAN, L.J. (1983): Magical Ideation as an Indicator of Schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 2, 215-225.
- EYSENCK, H.J.; Wakefield, J.A. y Friedman, A.F. (1983). Diagnosis and Clinical Assessment: The DSM-III. *Annual Review of Psychology*, 34, 167-193.
- EYSENCK, H.J. (1986). A Critique of Contemporary Classification and Diagnosis. En Millon y Klerman (eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.
- FELDMAN, P. (1993). *The Psychology of Crime*. Cambridge: Cambridge University Press.
- FORD, M.R. y WIDIGER, T.A. (1989): Sex Bias in the Diagnosis of Histrionic and Antisocial Personality Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 2, 301-305.
- FRANCES, A., FIRST, M.B. y PINCUS, H.A. (1997). *DSM-IV. Guía de Uso*. Barcelona: Masson (Orig. 1995).
- FRANCES, A. y WIDIGER, T.A. (1987). A critical review of four DSM-III personality disorders. Borderline, avoidant, dependent, and passive-aggressive. Tischler, G.L. (ed.) *Diagnosis and Classification in Psychiatry. A critical appraisal of DSM-III*. Cambridge: Cambridge University Press.
- FREUD, S. (1916). Sobre algunos tipos de carácter descubiertos en la labor analítica. En *Obras Completas* (vol. III). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- HARE, R.D. (1970). *Psychopathy: Theory and Research*. Nueva York: Wiley.
- HARE, D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- HARE, D.; FORTH, A.D. y HART, S.D. (1989). The Psychopath as a Prototype for Pathological Lying and Deception. En J.C. Yuille (ed.) *Credibility Assessment*. Dordrecht: Kluwer
- HARE, D. y HART, S.D. (1993). Psychopathy, Mental Disorder, and Crime. En S. Hodgins (comp.) *Mental Disorder and Crime*. Neubury Park; SAGE.
- IONESCU, S. (1994). *Catorce Enfoques de la Psicopatología*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig. De 1991).
- KERNBERG, O. (1984): *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: El Manual Moderno, 1987

- KERNBERG, O. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós (Orig. De 1992).
- KERNBERG, O. (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. En J.F. Clarkin y M.F. Lenzenweger (comps.). *Major Theories of Personality Disorders*. Nueva York: Guilford.
- KIESLER, D.J. (1986): The 1982 Interpersonal Circle: An Analysis of DSM-III Personality Disorders. En Millon,T. y Klerman,G.L. (eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.
- KOHLBERG, L. (1964). The development of moral character. En M.C.C. Hoffmann (comp.) *Child Development*. Nueva York: SAGE.
- KOHLBERG, L., LEVINE, C. y HEWER, A. (1984). *Moral stages: a current formulation and a response to critics*. Basilea: Karger.
- LEWIS, A. (1970): Paranoia and Paranoid: A Historical Perspective. *Psychological Medicine*, 1, 2-12.
- MILLON, T. (1983): The DSM-III: An Insider's Perspective. *American Psychologist*, 38, 804-814.
- MILLON, T. (1984): On the Renaissance of Personality Assessment and Personality Theory. *Journal of Personality Assessment*, 48, 5, 450-466. En Avila Espada,A. y Rodríguez Sutil,C.(eds.)(1992).
- MILLON, T. (1986)a. A Theoretical Derivation of Pathological Personalities. En Millon,T. y Klerman,G.L. (eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.
- MEZZICH, J.E. (1984). Diagnosis and Classification. En S.M. Turner y M. Hersen (comps.) *Adult Psychopathology and Diagnosis*. Nueva York: Wiley.
- MILLON, T. (1986)b. Personality Prototypes and Their Diagnostic Criteria. En Millon,T. y Klerman,G.L. (eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.
- MILLON, T. y KLERMAN,G.L. (eds.)(1986). *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford
- MILLON, T. (1990). *Toward a New Personology*. Nueva York: Wiley.
- RODRIGUEZ SUTIL, C. (1984): Algunas Indagaciones sobre el Carácter en la Histeria. Aspectos Vinculares. *Clinica y Análisis Grupal*, 8, 34, 514-524.
- RODRIGUEZ SUTIL,C. (1988): Una Nota sobre la Psicogénesis de la Personalidad Fóbica. *Clinica y Análisis Grupal*, 10 (3) , 49, 375-379.
- RODRIGUEZ SUTIL, C. (1991): Diagnóstico de los prototipos de la personalidad y de sus trastornos. *Clinica y Análisis Grupal*, 13, 1, 66-87.
- RODRIGUEZ SUTIL, C. (1992). Evaluación del Psicodiagnóstico Tradicional. En A. Avila Espada, A. y Rodríguez Sutil,C. (comps.) *Psicodiagnóstico Clínico. Aspectos conceptuales y perspectivas*. Madrid: Editorial Universitaria de Madrid.
- RODRIGUEZ SUTIL,C. (1993). El problema mente-cuerpo. Un ensayo de antropología wittgensteiniana. *Estudios de Psicología*, 49, 107-120.
- RODRIGUEZ SUTIL, C. (1995). Clasificación y diagnóstico de la personalidad. *Clinica y Salud*, 6, 161-173 (1995).
- RODRIGUEZ SUTIL, C. (1995b). Relación entre la piromanía y la personalidad confusa. *Clinica y Análisis Grupal*, 17, 1, 63-73.
- RODRIGUEZ SUTIL, C. (1998). *El Cuerpo y la Mente. Una antropología wittgensteiniana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- SCHNEIDER, K. (1974). *Las Personalidades Psicopáticas*. Madrid: Morata (Orig.1943).
- SCHWARTZ, M.A. y WIGGINS, O.P. (1987). Typifications. The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 2, 65-77.
- SHWEDER, R.A., MAHAPATRA, M y MILLER, J.G. (1987). Culture and Moral Development. En J. Kagan y S. Lamb (comps.) *The Emergence of Morality in Young Children*. Chicago: The University of Chicago Press.
- SIEVER,L.J. y KENDLER,K.S. (1987). An evaluation of the DSM-III categories of paranoid, schizoid, and schizotypal personality disorders. Tischler,G.L. (ed.): *Diagnosis and Classification in Psychiatry. A critical appraisal of DSM-III*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SULLIVAN, H.S. (1953). *La Teoría Interpersonal en Psiquiatría*. Buenos Aires: Pique, 1964.

Carlos Rodríguez

- WALTON, H.J. (1986). The Relationship between Personality Disorder and Psychiatric Illness. En Millon, T. y Klerman, G.L. (eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guildford.
- WIDIGER, T.A. y FRANCES, A.J. (1994). Toward a dimensional model for the personality disorders. En P.T. Costa y T.A. Widiger (comps.) *Personality Disorders and the Big Five-Factor Model of Personality*. Washington: American Psychological Association.
- WIDIGER, T.A.; FRANCES, A.; WARNER, L. y BLUHM, C. (1986): Diagnostic Criteria for the Borderline and Schizotypal Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 1, 43-51.
- WIGGINS, J.S. (1979). A Psychological Taxonomy of Trait-Descriptive Terms: the Interpersonal Domain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 3, 395-412.
- WIGGINS, J.S.; PHILLIPS, N. y TRAPNELL, P. (1989). Circular Reasoning About Interpersonal Behavior: Evidence Concerning Some Untested Assumptions Underlying Diagnostic Classification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 296-305.

Tabla 1
Elementos de la Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)

1. Locuacidad/encanto superficial¹
2. Sentido grandioso de autovalía¹
3. Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento²
4. Mentir patológico¹
5. Engañoso/manipulador¹
6. Carente de remordimiento o culpa¹
7. Afecto superficial¹
8. Insensible/falto de empatía¹
9. Estilo de vida parasitario²
10. Escasos controles comportamentales²
11. Promiscuidad sexual
12. Problemas comportamentales tempranos²
13. Carencia de objetivos realistas a largo plazo²
14. Impulsividad²
15. Irresponsabilidad²
16. Incapacidad para aceptar su responsabilidad en las acciones¹
17. Muchas relaciones matrimoniales breves
18. Delincuencia juvenil²
19. Revocación de la libertad condicional²
20. Variabilidad en los delitos

FUENTE: Hare, 1991. Los ítems marcados con 1 saturan en el Factor 1 (personalidad psicopática), y los marcados con 2, en el Factor 2 (inestabilidad comportamental).

Tabla 2
Criterios DSM para el trastorno explosivo intermitente

- A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

Tabla 3
Fases en el desarrollo moral según Kohlberg (1964)

- A. El período pre-moral
- Estadio 1. La conducta moral se basa en reglas concretas (el incumplimiento de las leyes da lugar al castigo).
- Estadio 2. Cada persona busca el máximo rendimiento para sí mismo, con independencia del rendimiento para los otros (el incumplimiento de las leyes da lugar a una pérdida para sí mismo).
- B. El período de la conformidad convencional con las reglas
- Estadio 3. Las personas se ajustan a los demás (el incumplimiento de las leyes hace que la gente tenga una mala opinión de ti).
- Estadio 4. Existe un deber y un respeto hacia aquellos que tienen la autoridad, social o religiosa, y es preciso evitar su censura (el incumplimiento de las leyes engendra su menoscabo y puede conducir a la inestabilidad social).
- C. La moralidad de los principios asumidos (el período de autonomía)
- Estadio 5. El desarrollo pleno de los principios universales de la ética y la justicia, que pueden trascender los pertenecientes a los sistemas legales existentes (el incumplimiento de las leyes es inaceptable en general puesto que están hechas por acuerdo mutuo; pero deben ser incumplidas si violan algunos derechos humanos fundamentales, por ejemplo una "orden militar ilegal" de disparar a civiles para "que aprendan la lección").

Tabla 4
Representación esquemática de las distinciones paralelas a través de la teoría
cognitiva del desarrollo moral, en tres niveles, de Kohlberg
(Tomado de Shweder, Mahapatra y Miller)

Nivel 3 Postconvencional	Moralidad Ley natural	Principios	Es lo correcto	Objetividad trascendente	Operaciones formales
Nivel 2 Convencional	Convención Ley positiva	consenso	El grupo lo aprueba	Subjetividad colectiva	Operaciones concretas
Nivel 1 Preconvencional Preoperacional	Preferencia emotivismo personal	Self-yo	Yo lo quiero	Subjetividad solipsista	

Palabras clave: Agresividad. Estructura de personalidad.

Key words: Agresion. Personality structure.

Mots clés: Agresivité. Structure de la personnalité.