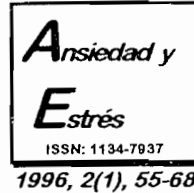


Referencias bibliográficas

- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Dancu, C.V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 109-117.
- Cook, E.W., Melamed, B.G., Cuthbert, B.N., McNeil, D.W. y Lang, P.J. (1988). Emotional imagery and the differential diagnosis of anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 734-740.
- Fowles, D.C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*, 17, 87-104.
- Heimberg, R.G., Hope, D.A., Rapee, R.M. y Bruch, M.A. (1988). The validity of the social avoidance and distress scale and the fear of negative evaluation scale with social phobic patients. *Behavior Research and Therapy*, 26, 407-410.
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlers, A. y Roth, W.T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.
- Knight, M.L. y Borden, R.J. (1979). Autonomic and affective reactions of high and low socially-anxious individuals awaiting public performance. *Psychophysiology*, 16, 209-213.
- Matias, R. y Turner, S.M. (1986). Concordance and discordance in speech anxiety assessment: The effects of demand characteristics on the tripartite assessment method. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 537-545.
- McNeil, D.W., Vrana, S.R., Melamed, B.G., Cuthbert, B.N., y Lang, P.J. (1993). Emotional imagery in simple and social phobia: Fear versus anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 212-225.
- Puigerver, A., Martínez Selva, J. M., García Sánchez, F. A. y Gómez Amor, J. (1989). Individual differences in psychophysiological and subjective correlates of speech anxiety. *Journal of Psychophysiology*, 3, 75-81.
- Schlenker, B.R. y Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Smith, T.W., Houston, B.K. y Zurauski, R.M. (1984). Finger pulse volume as a measure of anxiety in response to evaluative threat. *Psychophysiology*, 21, 260-264.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, L. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists' Press.
- TEA Ediciones S.A. (1982). *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*: Adaptación española. Madrid: TEA, S.A.
- Turner S.M. y Beidel D.C. (1988). Some further comments on the measurement of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 26, 411-413.
- Turner, S.M. McCanna, M. y Beidel D.C. (1987). Validity of the social avoidance and distress and fear of negative evaluation scales. *Behavior Research and Therapy*, 25, 113-115.
- Vasey, M.W. y Thayer, J.F. (1987). The continuing problem of false positives in repeated measures ANOVA in psychophysiology: a multivariate solution. *Psychophysiology*, 24, 479-486.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 438-447.



1996, 2(1), 55-68

CUANDO LA EMOCIÓN ES UN PROBLEMA: UN ESTUDIO META-ANALÍTICO DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS CON SUJETOS DIAGNOSTICADOS COMO PSICÓPATAS

Cristina Esteban Martínez*, Vicente Garrido Genovés*, Julio Sánchez Meca**

*Universidad de Valencia, ** Universidad de Murcia

Resumen: Este artículo revisa la efectividad del tratamiento de la psicopatía empleando la técnica del meta-análisis. En realidad se realizaron dos meta-análisis: el "A", con n=34, que revisó la eficacia del tratamiento aplicado a los psicópatas en comparación con otros grupos diagnósticos, y el "B", que comparó en estudios pre-post el resultado del tratamiento en grupos de psicópatas. El hecho de que la mayoría de los estudios no emplearan un grupo de control o de comparación (con la excepción de cuatro estudios que, incidentalmente, mostraron un efecto positivo de 0.12), y que los análisis de la variable resultado reincidencia sean poco frecuentes, no justifica el que regresemos a los sujetos con este diagnóstico la oportunidad de recibir más programas de tratamiento con una mejor evaluación.

Palabras Clave: psicópatas, tratamiento, efectividad, meta-análisis

Abstract: This paper reviews the effectiveness of treatments applied to psychopaths, employing the technique of meta-analysis and trying to study which are the variables that can be responsible of the results obtained. With the selected studies, two meta-analysis were carried out: the meta-analysis "A" (N= 34) reviews the effectiveness of the different types of treatments in the different groups of psychopath versus non-psychopath groups (i.e. other diagnostic categories); the meta-analysis "B" (N= 19) analyses the effectiveness of the treatments applied to psychopaths, before and after the intervention (pre-post design). The fact that most of the studies have not a control/comparison group (with the exception of four studies which, incidentally, showed also a positive effect size: 0.12), and that the analysis of recidivism is very poor, can not be an excuse for denying the necessity of more treatment programmes with better research.

Key words: psychopaths, treatment, effectiveness, meta-analysis

Title: When emotion is a problem: A meta-analytic study of the treatment effectiveness about people diagnosed as psychopaths

Introducción

En 1835, el psiquiatra J.C. Prichard definió el concepto de "locura moral" (moral insanity), de la siguiente forma: "Los principios activos y morales de la mente se han depravado o pervertido en gran medida; el poder de autogobierno se ha perdido o ha resultado muy dañado, y el individuo es incapaz, no de razonar a propósito de cualquier asunto que se le proponga, sino de comportarse con decencia y propiedad en la vida" (citado por Lykken, 1984, pág. 165).

La misma idea parece resumirse en el concepto de "manie sans délire", propuesto

por Phillipe Pinel en 1812, o a los sujetos definidos, ese mismo año, por el psiquiatra norteamericano Benjamin Rush como disponiendo de una "depravación moral innata". A finales de ese siglo, los grandes psiquiatras germanos, vinieron a sistematizar un conjunto de personas extravagantes, de conducta perversa y en ocasiones antisocial, pero no alejado del contacto con la realidad, con el rótulo de "inferioridades psicopáticas", debido a Koch. En las sucesivas ediciones del clásico de Emil Kraepelin "Psiquiatría", aparecido por vez primera en 1883 estos términos fueron respetados, pero ya en la séptima edición (1903) este autor introdujo el término que todavía hoy se conserva: personalidad psicopática.

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Vicente Garrido Genovés. Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibañez 21, 46010 Valencia.

© Copyright 1996: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*
Artículo recibido: 6-4-96, aceptado: 20-5-96

Sin embargo, otro autor importante, Kurt Schneider, en su influyente "La personalidad psicopática", publicado por vez primera en 1923, separaba el término psicópata de la antisocialidad necesaria de sus conductas, huyendo de la definición sociológica funcional de sus colegas anteriores. Todo lo contrario de G.E. Partridge, quien empleó la expresión personalidad sociopática para designar, precisamente, la incapacidad o falta de voluntad de estos sujetos para sujetarse a las leyes de la sociedad.

Tuvo éxito el nuevo término de Partridge, ya que fue adoptado por la Sociedad Psiquiátrica Americana en la primera edición del Manual diagnóstico y estadístico (DSM-I), perdurando en la edición de 1980, año en el que el DSM-III emplea el término de "personalidad antisocial" para referirse al psicópata, esta vez cerca del concepto originalmente empleado por Prichard. Las posteriores ediciones del DSM-III-R y el muy reciente DSM IV siguen respetando el término trastorno antisocial de la personalidad, si bien esta última edición incluye, de modo consultivo, las características de la psicopatía debidas a la obra de Cleckley (1976) y de Hare (1991), quienes explícitamente asientan la fuerza de la definición en una serie de rasgos de personalidad, asegurando que la definición de trastorno antisocial de la personalidad, al poner el énfasis en los aspectos conductuales antisociales, en la práctica lo que consigue es incluir a los delincuentes comunes reincidentes, con un historial delictivo largo, pero prescinde de muchos sujetos realmente psicópatas que no mostrarían esa actividad tan marcadamente antisocial.

Los rasgos que describió Cleckley, origen de la obra de Hare, son los siguientes:

1. Inexistencia de alucinaciones o de otras manifestaciones de pensamiento irracional.
2. Ausencia de nerviosismo o de manifestaciones neuróticas
3. Encanto externo y notable inteligencia
4. Egocentrismo patológico e incapacidad de amar
5. Gran pobreza de reacciones afectivas básicas
6. Sexualidad impersonal, trivial y poco integrada
7. Falta de sentimientos de culpa y vergüenza
8. Indigno de confianza
9. Mentiras e insinceridad
10. Pérdida específica de intuición
11. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida
12. Conducta antisocial sin aparente remordimiento
13. Amenazas de suicidio raramente cumplidas
14. Razonamiento insuficiente o falta de capacidad para aprender de la experiencia vivida.
15. Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales.
16. Comportamiento fantástico y abuso del alcohol

Un hecho que singulariza de manera importante a este grupo de sujetos es su cualidad emocional. Aquí sólo podemos anotar la idea esencial, muy bien reflejada por Meloy (1988) utilizando la analogía de los estados reptilianos¹. Su fundamento es que los mamíferos, a través del sistema límbico (un grupo diverso de estructuras cerebrales, como el hipocampo y la amígdala, ubicado en el telencéfalo) tienen la capacidad de relacionarse entre sí de manera significativa, "emotiva", haciendo de la vida afectiva consciente un aspecto singular en sus pautas de crianza e interacción diarias. Los reptiles, a diferencia de los mamíferos, no cuentan con un sistema parecido, estando ausente de su cerebro la respuesta emotiva hacia sus crías, así como la conducta de acumular para hacer frente a periodos de escasez y la conducta social.

Estos tres aspectos son bien característicos de los mamíferos. En primer lugar, el

almacenar implica la capacidad de proyectar en el futuro, y anticipar consecuencias aversivas. El psicópata anticipa de forma deficiente las situaciones aversivas, como ha enseñado la biología (véase Hare y Cox, 1978). En segundo lugar, el impulso paterno de los mamíferos, ausente en la mayoría de los reptiles, nos recuerda esta ausencia de cuidado hacia la prole típica de los psicópatas, así como la historia de abuso en muchas de sus biografías. Finalmente, los psicópatas "comparten con los reptiles la incapacidad para socializar de un modo afectivo y genuinamente expresivo" (p. 68), recordándonos la proverbial ausencia de empatía y de vínculos significativos en aquellos sujetos.

Meloy asegura: "Aunque no existe una investigación neuroanatómica o neurofisiológica que apoye una correlación entre la conducta psicopática y la prevalencia funcional del cerebro tipo reptiliano, los paralelismos conceptuales son chocantes. Formularé la hipótesis de que el término estado reptiliano describe la psicobiología funcional de ciertos caracteres psicopáticos primarios. Sin embargo, la etiología de esta regresión conductual, o quizás la disfunción genética del sistema límbico, no se conoce todavía" (1988, p.69).

Haciendo gala de su experiencia clínica, Meloy encuentra otro apoyo a la hipótesis reptiliana en "la ausencia de emoción percibida en los ojos de los psicópatas", una mirada que provoca en quien la observa "una respuesta primitiva, autonómica, temerosa frente a un depredador" ... "los ojos reptilianos son, en cierto sentido, la antítesis del reflejo afectuoso del niño en los ojos de la madre (...) la mirada fija del psicópata es el preludio de la gratificación instintiva, en vez de una relación empática" (pp. 70-71). Además, en dicha mirada suele darse la sexualización de la sensación de mirar, ya que el psicópata "puede desear ver con objeto de destruir el

objeto de un modo fantasioso, y sado-sexual" (p.72).

Los procesos psicopáticos permiten la experiencia consciente de la emoción, pero tal emoción se estructura en relación al propio yo, es decir, como una extensión del sentimiento grandioso del yo del sujeto (lo cual nos recuerda el marcado carácter narcisista que el autor confiere a la psicopatía).

Investigación

Esta investigación, surge o se justifica de una serie de hechos muy precisos en relación con la psicopatía y su tratamiento, y tiene su ímpetu inicial en una investigación anterior desarrollada por Redondo (1994) en relación a la efectividad de los tratamientos de delincuentes aplicados en Europa. En primer lugar, es común, entre investigadores y clínicos la opinión de que el tratamiento de la psicopatía es ineficaz o de que los psicópatas son intratables (véase Quality Insurance Project, 1991). Ahora bien, también es cierto, que la evidencia empírica que dé base a estas afirmaciones y opiniones es muy escasa y de poca calidad (Dolan y Coid, 1993). No obstante, en los años más recientes, los investigadores abogan más por la búsqueda de factores, de diversa índole, como responsables de tal pesimismo e ineficacia de los programas.

Sin embargo, a la hora de plantearnos cuáles son los factores que podrían estar influyendo en los resultados de un tratamiento aplicado a psicópatas, nos encontramos con una serie de cuestiones a priori, que añadirían complejidad al problema (véase Garrido, 1993; Dolan y Coid, 1993):

En primer lugar estaría la propia conceptualización del problema: la psicopatía, no es un concepto unitario, en el sentido de que existen diversas acepciones del término.

Grosso modo contaríamos con tres conceptualizaciones genéricas del trastorno:

- La personalidad psicopática como desviación personal o psicológica.
- La personalidad psicopática como desviación/deterioro social.
- y, la personalidad psicopática como un tipo específico de deterioro de la personalidad caracterizado por la desviación social, es decir un híbrido de las acepciones anteriores.

De la propia problemática en relación a la conceptualización del trastorno se deriva la de la medida de la psicopatía. Es decir, cada una de éstas se va a operacionalizar en unos instrumentos diagnósticos diferentes no siempre equivalentes o equiparables, lo que va a dificultar el que podamos comparar los resultados de las investigaciones.

Pero al margen del tipo de instrumento utilizado para la evaluación de la psicopatía, y de la conceptualización que tenga el investigador/clínico del trastorno, surgen toda una serie de variables sintomatológicas de la psicopatía, que pueden por una parte, llevar a confusión a la hora de diagnosticar el trastorno de una forma fiable y válida, y por otra pueden influir en los resultados del tratamiento de forma directa, si no se tienen en cuenta. Serían por ejemplo, la asociación de la psicopatía con la delincuencia, con la adicción a las drogas, o su propia concurrencia con otros trastornos, cuestiones todas ellas que darían lugar a lo que se podríamos llamar subtipos dentro del trastorno.

Junto a esta serie de problemas a priori, que tantos obstáculos suponen a la hora de comparar las diferentes investigaciones acerca de la psicopatía, añadiríamos toda una serie de variables a posteriori, cuya influencia también necesita ser demostrada.

Objetivos

De hacemos eco de que existen diversos factores, cuya influencia podría ser responsable de la ineficacia de los tratamientos aplicados a psicópatas, y ante el hecho de que no existen revisiones que hayan tenido en cuenta la influencia de éstos, surge el objetivo general de esta investigación, y con ello la importancia de la misma: Realizar una revisión exhaustiva de la eficacia de los tratamientos aplicados, a sujetos clasificados como psicópatas, con el fin de poder determinar:

¿Qué tratamientos son los más efectivos y bajo qué circunstancias treatmentales? ¿Qué características de los sujetos, del ambiente de la intervención, o de la propia investigación y su calidad metodológica, pueden estar influyendo en la determinación de que un tratamiento sea o no eficaz?

En definitiva, aislar aquellos factores que potencialmente pueden intervenir en la eficacia/ineficacia de los tratamientos aplicados a sujetos psicópatas.

Método

Al enfrentarnos con la tarea de realizar una revisión de la eficacia de los tratamientos, consideramos que la metodología más apropiada para llevar a fin tal tarea era realizar una revisión dual, es decir, tanto cualitativa como cuantitativa o meta-analítica. En este artículo nos centramos en la perspectiva fundamentalmente cuantitativa, aportando los resultados del meta-análisis (véase entre otros Gómez, 1987; Sánchez Meca y Ato, 1989; Redondo, 1994).

El meta-análisis es un método de revisión cuantitativa de la literatura que incluye procedimientos estadísticos formales, con el fin de integrar las evaluaciones de un sector científico, obteniendo para cada una de ellas

un estadístico común, que permita comparar la magnitud de sus efectos. Es decir, el meta-análisis nos va a permitir 1) comparar y/o combinar diferentes resultados de tratamiento, de una forma estadística, como si se tratase de una investigación primaria, la única diferencia será la unidad experimental: mientras que en la investigación primaria la unidad de análisis es habitualmente la observación de cada sujeto, en la revisión cuantitativa lo es un índice descriptivo de la eficacia de un programa. Pero tal vez la virtualidad más importante del meta-análisis es que 2) permite efectuar un "análisis diferencial" de los efectos en función de diversas variables.

El primer paso en un meta-análisis consiste en determinar qué es lo que queremos estudiar, de forma que los estudios o investigaciones impliquen una hipótesis conceptual común. En nuestro caso, ésta sería, la efectividad de diversos programas de tratamiento, aplicados a sujetos psicópatas, en función de los componentes que den mayor cuenta, y medida, de esa efectividad.

Una vez determinada la relación que queremos estudiar, procedimos a recopilar y seleccionar aquellos estudios primarios que consideren tal relación. Una vez en nuestro poder el grueso del material que había de ser analizado, se estableció un criterio de selección, de forma que nuestros estudios se adaptasen a las necesidades y requisitos de un meta-análisis. Como criterios de selección, bajo los cuales se localizaron 26 trabajos, establecimos los siguientes:

1. Que los programas se dirigieran a sujetos adultos -hombres o mujeres-.
2. Que los sujetos fuesen diagnosticados formalmente, de algún tipo de trastorno antisocial/psicopático, mediante un criterio diagnóstico estandarizado.
3. Otro criterio fue que estos sujetos recibiesen algún tipo de intervención.

4. El cuarto criterio fue que se empleara y describiera algún tipo de investigación, que pusiera en relación la aplicación de las estrategias interventivas con la recogida de datos.
5. El quinto criterio fue que se ofreciesen resultados cuantitativos de los efectos producidos por el programa.
6. y, por último que los trabajos hubiesen sido publicados en inglés y durante los años 1983-1993.

La determinación de incluir tan sólo programas publicados en inglés se debió principalmente a la diferencia proporcional entre los trabajos publicados en este idioma frente a los publicados en otras lenguas como el ruso, el checo, etc., y a la dificultad de trabajar con algunas de estas lenguas.

Una vez recopilados y seleccionados los trabajos primarios, codificamos éstos en consonancia con diversas categorías de nuestro interés. Entre éstas, las que formarían parte de nuestro análisis final fueron:

En relación con el tratamiento aplicado seleccionamos un total de seis variables o características moderadoras.

1. En primer lugar registramos la modalidad de tratamiento: Las modalidades de tratamiento consideradas en nuestro estudio, fueron cinco: a) El enfoque socio-médico, b) El enfoque psicoterapéutico, c) La terapia cognitivo-conductual, d) La comunidad terapéutica, y, e) La terapia milieú u hospitalización a largo plazo.
2. En segundo lugar, codificamos si la intervención estaba dirigida al tratamiento de drogas, y el tipo de drogas.
3. También, consideramos si el régimen de vida de los sujetos era residencial o ambulatorio.
4. En cuarto lugar, analizamos el tipo de tratamiento, haciendo referencia a que fuese individual, grupal o mixto.

5. Así mismo, se consideró si la participación del sujeto en el tratamiento era voluntaria o no lo era.

6. Y por último analizamos la duración de la intervención en semanas.

En relación con las características de los sujetos seleccionamos un total de siete posibles variables moderadoras.

1. En primer lugar consideramos la influencia de la edad de los sujetos.

2. En segundo lugar, su raza.

3. En tercer lugar, el abuso de drogas y el tipo de droga objeto de abuso.

4. En cuarto lugar, si los sujetos eran delincuentes o no lo eran.

5. Así como, la intensidad de la psicopatía que fue dicotomizada en psicopatía alta o baja.

6. La sexta característica de los sujetos considerada fue la tipología psicopática, que encerraba dos posibilidades: a) que la psicopatía fuese mixta, si concurría con otro trastorno; b) o fuese pura, cuando no concurría con otro trastorno.

7. Por último, se analizó la influencia del sexo de los sujetos, codificando el tanto por cien de varones contenidos en la muestra.

En relación con las características ambientales de la intervención, seleccionamos un total de tres posibles variables.

1. En primer lugar el contexto de la intervención: clínico, penitenciario o comunitario.

2. También se consideró el tipo de centro, hasta un total de 5 centros diferentes.

3. Por último, consideramos, el país donde se había aplicado el tratamiento: Australia, Italia, Inglaterra, Canadá o Estados Unidos.

En relación con las características metodológicas/extrínsecas, seleccionamos un total de 5 posibles variables moduladoras.

1. En primer lugar consideramos la fuente de publicación del trabajo. Es decir, si se trataba de un trabajo publicado o no publicado.

Introducimos esta variable con el fin de estudiar el posible sesgo de publicación que hace referencia a que los trabajos publicados suelen poseer una significación estadística mayor que los trabajos no publicados, por ello, resultaría problemático aplicar meta-análisis sólo a los estudios publicados, ya que la efectividad media podría resultar una sobreestimación de la verdadera efectividad global (véase Lipsey y Wilson, 1993).

2. También introducimos la variable operador, que haría referencia a la participación del investigador en alguna de las fases del proceso interventivo.

3. En tercer lugar, codificamos el instrumento diagnóstico utilizado para la evaluación de la psicopatía, con un total de cinco instrumentos diferentes.

4. Así mismo, consideramos el año de publicación del estudio.

5. En quinto lugar la influencia de la longitud del seguimiento en meses.

6. Y, por último, se consideró la calidad metodológica.

Aunque en principio hubiese sido nuestro deseo dimensionar de una forma menos global las variables dependientes utilizadas, esto no fue posible debido al exiguo tamaño muestral. Por ello, tuvimos que aglutinar las diferentes medidas de resultados en ocho grandes categorías:

1. Las variables relacionadas con el consumo de alcohol.

2. las relacionadas con el consumo de otras drogas.

3. con el funcionamiento del sujeto durante el tratamiento.

4. Variables psicosociales.

5. Medidas psicológicas.

6. El estatus médico/salud física.

7. La delincuencia/reincidencia, y por último

8. La conducta agresiva/hostil.

En consecuencia de todo lo dicho, nuestro diseño de investigación quedó configurado de la siguiente forma. Analizaríamos los resultados en relación a la serie de características moduladoras descritas, en función de variables independientes, y en relación a la serie de medidas de resultados citadas, en función de variables dependientes.

Antes de codificar la información de los estudios seleccionados y en un estudio piloto previo, nos encontramos con que muy pocos consideraban en su investigación un grupo de control. Concretamente tan sólo cuatro, por lo

que optamos por eliminar estos trabajos.

Una vez codificada la información pertinente, surgiría otra cuestión. Eliminados los diseños que empleaban un grupo de control, mayoritariamente los estudios utilizaban un grupo de comparación de "no psicópatas", con otros trastornos psiquiátricos tratados. El resto se limitaba a utilizar un sólo grupo experimental de psicópatas considerando sus puntuaciones pre-post tratamiento. Tras toda una serie de ajustes y conversiones, los registros incluidos en el Meta-análisis A fueron 34, y 19 los incluidos en el meta-análisis B.

Tabla 1: Resumen de la efectividad media y de la homogeneidad de los distintos meta-análisis A posibles

		k	d	95% CI	GL	Qw	p	r
GLOBAL		34	-0,4238	-0,49/-0,36	33	184,628	0,0000	-0,2073
GLOBAL POSTEST		13	-0,2445	-0,35/-0,14	12	27,856	0,0000	-0,1213
GLOBAL SEGUIMIENTO		22	-0,5148	-0,59/-0,44	21	141,785	0,0000	-0,2493
VD1	POST-TEST	7	-0,1615	-0,43/+0,33	6	13,171	0,0404	-0,0805
	SEGUIMIENTO	8	-0,3850	-0,51/-0,26	7	34,939	0,0000	-0,1890
VD2	POST-TEST	4	0,4037	0,14/+0,67	3	5,896	0,1168	0,1979
	SEGUIMIENTO	1	0,5287	-	-	-	-	-
VD3	POST-TEST	5	-0,1493	-0,37/+0,07	4	11,165	0,0248	-0,0745
	SEGUIMIENTO	5	0,0063	-0,37/+0,14	4	0,492	0,9996	0,0031
VD4	POST-TEST	6	-0,1359	-0,29/+0,02	5	2,321	0,8032	-0,0678
	SEGUIMIENTO	7	-0,0566	-0,20/+0,08	6	6,077	0,4147	-0,0283
VD5	POST-TEST	6	-0,2415	-0,40/-0,09	5	1,777	0,8790	-0,1199
	SEGUIMIENTO	7	-0,4181	-0,56/-0,28	6	10,876	0,0923	-0,2046
VD6	POST-TEST	4	-0,0213	-0,18/+0,14	3	11,804	0,0081	-0,0107
	SEGUIMIENTO	7	0,1890	0,01/+0,36	6	3,486	0,7458	0,0941
VD7	POST-TEST	1	-0,4181	-	-	-	-	-
	SEGUIMIENTO	10	-0,6246	-0,73/-0,52	10	95,830	0,0000	-0,2981
VD8	POST-TEST	0	-	-	-	-	-	-
	SEGUIMIENTO	6	-0,3828	-0,56/-0,20	5	4,027	0,5456	-0,1880

Siendo: K= nº de estudios; d= Tamaño del Efecto (TE). Las variables dependientes son: consumo de alcohol, otras drogas, funcionamiento del sujeto en el tratamiento, variables psicosociales, psicológicas, salud física, reincidencia y conducta agresiva/hostil

El cómputo del tamaño del efecto se realizó de forma diferencial para cada uno de los meta-análisis. El Tamaño del Efecto, o diferencia media tipificada, es el estadístico común al que se reduce cualquier resultado obtenido por el investigador, para poder comparar los resultados de los diferentes estudios. De forma general, el TE es la diferencia entre la puntuación media del grupo experimental y de comparación, en el caso del Meta-análisis A, o bien la diferencia entre las puntuación media en el post-test y en el pre-test, en el caso del Meta-análisis B, divi-

dida por la desviación conjunta en ambos casos.

El análisis de datos constó de:

1. Un estudio del sesgo de publicación, que en ambos meta-análisis pudimos concluir que no suponía una amenaza para nuestros resultados.
2. Una exploración de los posibles estudios meta-analíticos, y
3. Una exploración de la influencia de las variables moderadoras, en cada uno de los meta-análisis.

Tabla 2: Resumen de la efectividad media y de la homogeneidad de los distintos meta-análisis B posibles

	k	d	95% CI	GL	Qw	p	r
GLOBAL	19	0,4048	0,30/+0,51	18	301,387	0,0000	0,1984
GLOBAL POSTEST	13	0,9129	0,78/+1,05	12	22,301	0,0000	0,4152
GLOBAL SEGUIMIENTO	7	0,0144	-0,13/+0,16	6	128,867	0,8436	0,0072
VD1							
POST-TEST	6	0,2757	0,07/+0,48	5	1,964	0,0078	0,1366
SEGUIMIENTO	6	-0,4800	-0,66/+0,66	5	48,710	0,0000	-0,2334
VD2							
POST-TEST	5	0,9965	0,77/+1,22	4	34,507	0,0000	0,4460
SEGUIMIENTO	1	0,0295	-	-	-	-	-
VD3							
POST-TEST	1	3,4398	-	-	-	-	-
SEGUIMIENTO	0	-	-	-	-	-	-
VD4							
POST-TEST	7	0,6137	0,45/+0,78	6	26,816	0,0000	0,2934
SEGUIMIENTO	1	-0,0295	-	-	-	-	-
VD5							
POST-TEST	12	0,3815	0,24/-0,52	11	36,803	0,0000	0,1874
SEGUIMIENTO	1	0,0295	-	-	-	-	-
VD6							
POST-TEST	5	0,0387	-0,17/+0,24	4	2,367	0,7109	0,0194
SEGUIMIENTO	1	-0,0492	-	-	-	-	-
VD7							
POST-TEST	0	-	-	-	-	-	-
SEGUIMIENTO	1	0,9439	-	-	-	-	-
VD8							
POST-TEST	5	0,0279	-0,25/+0,31	4	1,475	0,8455	0,0140
SEGUIMIENTO	0	-	-	-	-	-	-

Siendo: K= nº de estudios; d= Tamaño del Efecto (TE). Las variables dependientes son: consumo de alcohol, otras drogas, funcionamiento del sujeto en el tratamiento, variables psicosociales, psicológicas, salud física, reincidencia y conducta agresiva/hostil

Tabla 3: Resumen de los cuatro meta-análisis A

	META-ANALISIS				+
	G	GP	GS	VD7S	
Nº de registros meta-analizados	34	13	22	11	
Efectividad media (d+)	-0,424	-0,2445	-0,515	-0,625	
Qw Homogeneidad, p =	0,0000	0,0058	0,0000	0,0000	
FACTORES EXPLORADOS					
SESGO DE PUBLICACION	NS	NS	NS	NS	
Modalidad de tratamiento	*	**	**	***	4/4
Tratamiento de drogas	***	NS	NS	∅	1/3
Tipo de drogas	***	NS	NS	∅	1/3
Régimen de vida	*	NS	NS	∅	1/3
Tipo de tratamiento	***	*	∅	∅	2/2
Duración del tratam.(semanas)	**	NS	NS	NS	1/4
Participación de los sujetos	NS	NS	*	NS	1/4
Edad media de los sujetos	**	NS	**	∅	2/3
Edad dicotomizada de los sujetos	NS	NS	NS	∅	0/3
% de varones de la muestra	***	***	*	∅	3/3
Raza mayoritaria de los sujetos	NS	NS(+)	NS	∅	0/3
Presencia de abuso de drogas	*	NS	NS	NS	1/4
Tipo de droga objeto de adicción	**	NS	NS	NS	1/4
Delincuencia	***	***	**	∅	3/3
Intensidad de la psicopatía	***	NS	***	***	3/4
Tipología psicopática	**	NS	**	NS	2/4
Contexto de la intervención	***	*	*	∅	3/3
Tipo de centro	*	*	***	**	4/4
País del programa	***	*	*	*	4/4
Investigador operador	NS	NS	NS	NS	0/4
Criterio diagnóstico empleado	***	NS	***	***	3/4
Aleatorización de los sujetos	∅	∅	∅	∅	∅
Tipo de diseño	∅	∅	∅	∅	∅
Tamaño muestral total	∅	∅	∅	∅	∅
Mortalidad experimental	*	*	***	NS	3/4
Medidas pre-test	*	NS	NS	NS	1/4
Seguimiento dicotomizado	NS	∅	∅	∅	0/1
Tipo de variable dependiente	***	NS	***	∅	2/3
Información de resultados	***	*	***	NS	3/4
Igualación de los grupos	NS	NS	***	*	3/4
Calidad global	NS	NS	NS	*	1/4
Fecha de publicación	*	NS	**	**	3/4
Seguimiento (en meses)	***	∅	**	***	3/3

Nota: La última columna muestra el número de contrastes significativos del total realizado. ∅ indica que no hay datos para el análisis

Tabla 5. Resumen de los cuatro meta-análisis B
META-ANÁLISIS

	G	GP	GS	VD5P	
Nº de registros meta-analizados	19	13	7	12	
Efectividad media (d+)	0,4048	0,9129	0,0144	0,3815	
Qw Homogeneidad, p =	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
FACTORES EXPLORADOS					+
SESGO DE PUBLICACION	NS	0,0000	δ	0,0013	
Modalidad de tratamiento	***	***	***	***	4/4
Tratamiento de drogas	***	***	***	NS	3/4
Tipo de drogas	***	***	***	NS	3/4
Régimen de vida	***	***	***	***	4/4
Tipo de tratamiento	***	***	NS	***	3/4
<i>Duración del tratam. (semanas)</i>	***	***	δ	***	3/3
Participación de los sujetos	***	***	***	NS	3/4
<i>Edad media de los sujetos</i>	***	1	δ	***	3/3
Edad dicotomizada de los sujetos	***	NS	δ	NS	1/3
<i>% de varones de la muestra</i>	*	NS	δ	***	2/3
Raza mayoritaria de los sujetos	*	NS	δ	NS	1/3
Presencia de abuso de drogas	***	***	***	NS	3/4
Tipo de droga objeto de adicción	***	***	***	NS	3/4
Delincuencia	***	***	***	NS	3/4
Intensidad de la psicopatía	*	***	*	***	4/4
Tipología psicopática	NS	NS	δ	NS	0/3
Contexto de la intervención	***	***	***	***	4/4
Tipo de centro	*	***	NS	***	3/4
País del programa	***	***	***	***	4/4
Investigador operador	***	δ	***	δ	2/2
Criterio diagnóstico empleado	***	***	***	***	4/4
Aleatorización de los sujetos	δ	δ	δ	δ	δ
Tipo de diseño	**	*	NS	δ	2/3
Tamaño muestral total	***	***	***	*	4/4
<i>Mortalidad experimental</i>	***	NS	δ	***	2/3
Medidas pre-test	δ	δ	δ	δ	δ
Seguimiento dicotomizado	*	δ	NS	δ	1/2
Tipo de variable dependiente	NS	***	NS	***	2/4
Información de resultados	NS	***	NS	***	2/4
Igualación de los grupos	NS	δ	δ	δ	0/1
<i>Calidad global</i>	NS	NS	δ	NS	0/3
<i>Fecha de publicación</i>	***	NS	δ	NS	1/3
<i>Seguimiento (en meses)</i>	***	δ	δ	δ	1/1

Nota: La última columna muestra el número de contrastes significativos del total realizado. δ indica que no hay datos para el análisis.

En el Meta-análisis A, se exploraron todas las posibilidades teóricas de análisis. De éstas, se seleccionaron aquéllas en que teníamos un mínimo de diez registros. Como se observa en la tabla resumen, este criterio lo cumplieron cuatro comparaciones, lo que nos condujo a la realización de cuatro meta-análisis distintos: 1) global, con 34 registros, 2) global en el post-test, con 13 registros, 3) global en el seguimiento, con 22 registros, y 4) la reincidencia en el seguimiento, con 11 registros, la variable dependiente 7 en la Tabla 1.

En el meta-análisis B, el criterio de un N superior a 10 lo cumplieron, como se observa en la tabla, tres comparaciones. Sin embargo, a pesar de que el análisis global en el seguimiento sólo hacía referencia a 7 registros, optamos por incluir su análisis dada la importancia de este período de medida. Ello nos llevó a la realización de cuatro meta-análisis: 1) global, con 19 registros, 2) global en el post-test, con 13 registros, 3) global en el seguimiento, con 7 registros, y, 4) medidas psicológicas en el post-test, con 12 registros, en la Tabla 2 la variable dependiente 5.

Resultados

En el meta-análisis A, un TE negativo significativo (para nuestros análisis con una probabilidad de $p < .01$), nos indicaría que el grupo de no psicópatas obtiene un mejor resultado tras el tratamiento que el grupo de psicópatas. Como norma general, estas diferencias serían pequeñas con un TE de .20, moderadas con un TE de .50 y grandes con un TE de .80.

Para el Meta-análisis global A, se obtuvo un TE promedio significativo de -.42, lo que significaría que en comparación con los grupos de psicópatas, los grupos de comparación de no psicópatas se benefician en mayor grado de los tratamientos.

En el meta-análisis global en el post-test, se obtuvo un TE medio significativo de -.24, lo que nos indica que los programas fueron globalmente menos efectivos para promover cambios para los grupos de sujetos psicópatas. Sin embargo, a diferencia del resto de meta-análisis estas diferencias fueron las menores.

El meta-análisis global en el seguimiento, logró un TE promedio de -.51. Este resultado nos informa de que los programas se toman menos efectivos todavía durante el periodo de seguimiento, en los grupos de psicópatas. Diferencias que se pronunciarían más al considerar la reincidencia al alcanzar ésta un TE medio de -.62.

Ahora bien, el meta-análisis nos permite efectuar un "análisis diferencial" de los efectos en función de diversas variables. De las variables moderadoras analizadas con una influencia significativa, aquéllas que marcan una mayor diferencia en la eficacia entre psicópatas y no psicópatas, indicativa, en todos los casos, de un peor resultado de los psicópatas, fueron (Ver Tabla 3):

- 1) que la modalidad de tratamiento aplicada fuese la Comunidad Terapéutica;
- 2) que no se dirigiese al abuso de drogas;
- 3) que el régimen de vida de los sujetos fuese residencial;
- 4) que el tratamiento fuese grupal;
- 5) que los sujetos fuesen de una edad avanzada;
- 6) no consumiesen drogas;
- 7) fuesen delincuentes;
- 8) y tuviesen una psicopatía alta y pura;
- 9) que el tratamiento se aplicase en un contexto penitenciario;
- 10) en un Centro de Salud Mental;
- 11) y en ámbitos canadienses;
- 12) que los psicópatas fuesen diagnosticados con el PCL;

y, por último, que la longitud del seguimiento fuese extensa.

En el meta-análisis B, se analizaba la eficacia de los tratamientos aplicados a grupos de psicópatas, considerando los cambios pre-post tratamiento.

Para el Meta-análisis global se obtuvo un TE promedio significativo de .40, lo que significaría que considerados los tratamientos globalmente sí fueron eficaces para promover cambios.

El meta-análisis global en el post-test obtuvo un TE medio significativo de .91, lo que nos indica que los programas fueron globalmente muy efectivos para promover cambios en este período. Sin embargo, al considerar las medidas psicológicas en el post-test, el TE promedio fue de .38.

En el meta-análisis global en el seguimiento se logró un TE promedio de .01, no significativo. Este resultado nos informa de que los programas no resultaron globalmente efectivos, en mejorar las medidas tomadas durante el periodo de seguimiento.

Con respecto a qué variables influirían en la eficacia de los tratamientos, desafortunadamente, y de nuevo dado el exiguo tamaño muestral, no todas las variables que evidenciaron una influencia significativa permitieron una interpretación clara de los resultados y por tanto concluyente.

De aquellas variables que han permitido realizar alguna interpretación pausable de los resultados (Ver Tabla 5), aunque en ocasiones bajo matizaciones, concluiríamos que la mayor eficacia de los tratamientos aplicados a psicópatas vendría determinada por:

- 1) tratamientos no dirigidos al abuso de drogas;
- 2) aplicados bajo un régimen de vida residencial,
- 3) a sujetos con una edad inferior o igual a los 30 años, disminuyendo la eficacia a medida que la edad media de los sujetos aumenta;

4) siendo además mayor la eficacia de los tratamientos a mayor duración de la intervención,

5) aplicados a sujetos delincuentes;

6) con una psicopatía "baja"; y, por último,

7) aplicados en contextos penitenciarios.

Conclusiones

En primer lugar, los resultados de nuestra investigación deben ser tomados con suma cautela, dadas las limitaciones analíticas derivadas de los pocos registros que poseemos.

Por otra parte, la escasez de estudios referentes al tratamiento de la psicopatía radicaría en la misma naturaleza del problema tratado. Podemos estar en un círculo vicioso: Como consideramos a los psicópatas "intratables", apenas desarrollamos programas de tratamiento para ellos, con el resultado de que sabemos muy poco sobre cómo intervenir de manera efectiva, esto a su vez, reforzaría la imagen de que se trata de sujetos intratables.

• Los psicópatas versus otros grupos diagnósticos

1. Debería ser estudiada la posible presencia de un efecto de halo negativo por parte de los investigadores que tratan a los psicópatas, esto es, una especie de profecía autocumplida que relegaría a los psicópatas a ocupar un rol secundario acerca del interés y los esfuerzos de tratamiento puestos en práctica en cada programa.

2. Por otra parte, es muy probable que en la comparación entre psicópatas y otros grupos diagnósticos hubiera un número mayor de delincuentes "ocultos" entre los grupos de psicópatas, y que fuese la delincuencia, como conducta especialmente difícil de modificar, la responsable de que los psicópatas "pierdan" al compararlos con otros grupos

diagnósticos. Explicación que podría extenderse al hecho de que los psicópatas obtienen pocos resultados tras el tratamiento que los no psicópatas, cuando son delincuentes y son tratados en contextos penitenciarios. Podríamos concluir por tanto, que el cometer delitos supone un indicador de una mayor gravedad de la psicopatía, y con ello de una menor eficacia de los tratamientos.

3. El que los psicópatas sean más difíciles de tratar puede ser un hecho incluido dentro de la propia construcción de este desorden, ya que muchas veces se ha utilizado el término psicópata para incluir a los sujetos incurables.

4. Por otra parte, la Comunidad Terapéutica desfavorece a los psicópatas, mientras que las técnicas cognitivo-conductuales liman las diferencias. Son precisamente las técnicas cognitivo-conductuales las más eficaces en el tratamiento de la delincuencia, como otros meta-análisis han observado. La psicopatía está cerca de la delincuencia, de ahí que en una Comunidad Terapéutica los psicópatas mejoren menos que los otros grupos diagnósticos.

5. En quinto lugar, los psicópatas que abusan de las drogas, se equiparan en cuanto a resultados a los otros grupos diagnósticos. Creemos que la explicación podría ser que se trataría en realidad de una psicopatía secundaria al abuso de drogas; es decir, en verdad estaríamos comparando drogadictos con otros grupos diagnósticos.

6. Por otra parte, el grupo de psicópatas presenta mayores diferencias con respecto a los otros grupos, cuando el tratamiento es residencial. Podría sugerirse entonces que los psicópatas tratados en un régimen residencial son más difíciles de tratar al ser los más problemáticos quienes se juntan allí.

7. Así mismo, podríamos concluir que la psicopatía "alta y pura" discrimina con una gran claridad el resultado terapéutico de los psicópatas (siempre mucho peor) en comparación a los otros grupos diagnósticos.

8. Finalmente, la conclusión que puede extraerse sobre la utilización del PCL como diagnóstico de la psicopatía es que realmente selecciona los psicópatas más duros.

• Psicópatas versus psicópatas

1. En primer lugar, nuestra investigación tiene una limitación básica y es que nuestros estudios no utilizan grupo de control. El análisis que efectuamos con los 4 estudios que sí utilizan grupo de control, obtuvo un TE medio de sólo .12, lo cual es muy inferior al .40 que se obtiene para los estudios pre-post-test. Pero hemos de estar de acuerdo en que ambos resultados tomados conjuntamente sirven para sugerir con cierta insistencia que el tratamiento de los psicópatas no es un esfuerzo baldío.

2. Los resultados son más negativos a medida que aumenta el periodo de seguimiento. Sin embargo, la evidencia es demasiado escasa como para concluir de una forma sólida.

3. Pese a que no se puede confirmar la hipótesis de que la Comunidad Terapéutica sea la modalidad de tratamiento más efectiva para el tratamiento de los psicópatas, establecida por Dolan y Coid en 1993, si es claro que el enfoque cognitivo-conductual supera claramente a la psicoterapia.

4. Por otra parte, definitivamente, la concurrencia de una adicción a las drogas con una psicopatía añadiría complejidad al tratamiento.

5. También parece consecuente, con los datos que tenemos, volver a aconsejar un tratamiento estructurado de los psicópatas de tipo residencial.

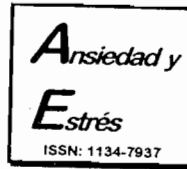
6. Y por último concluiríamos que a mayor intensidad o gravedad de la psicopatía la eficacia de los tratamientos es menor.

Referencias bibliográficas

- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM III* (3a ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- APA (1993). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- Cleckley, H. (1976). *The Mask of Sanity: A Attempt to Clarify some Issues about the So-Called Psychopathic Personality* (5nd ed.). St. Louis: C.V. Mosby Co.
- Dolan, B. y Coid, J. (1993). *Psychopathic and antisocial personality disorders*. London: Gaskell.
- Garrido, V. (1993). *Psicópata*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Gómez, J. (1987). *Meta-análisis*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R., & Cox, D. N. (1978). Clinical and empirical conceptions of psychopathy and the selection of subjects for research. In R. D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic Behaviour: Approaches to Research*. Chichester, U.K.: Wiley.
- Kraepelin, E. (1903). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch* (7th ed.). Leipzig: Barth.
- Lipsey, M. W. y Wilson, D. B. (1993). The efficacy of Psychological, Educational, and Behavioral Treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Lykken, D. T. (1984). Psychopathic Personality. In *Encyclopedia of Psychology*, (pp. 165-167). New York: Wiley.
- Meloy, J. R. (1988). *The Psychopathic mind: Origins, dynamics and treatment*. Northvale, NY: Aronson.
- Pritchard, J. C. (1835). *A treatise on insanity*. London: Sherwood, Gilbert and Piper.
- Quality Insurance Project. (1991). Treatment Outlines for antisocial personality disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 541-547.
- Redondo, S. (1994). *El Tratamiento de la Delincuencia en Europa: Un Estudio Meta-analítico*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Barcelona.
- Sánchez-Meca, J., y Ato, M. (1989). Meta-análisis: Una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación. In J. Mayor y J. L. Pinillos (Eds.), *Tratado de Psicología General* (pp. 617-669).
- Schneider, K. (1923). *Psychopathic Personalities*. London: Cassell.

Notas a pie de texto:

- ¹ Rogamos al lector que no considere que nosotros apoyamos sin reservas un origen biológico pleno de la psicopatía (véase Garrido, 1993). Más bien la referencia a Meloy tiene el valor de la expresividad con que este autor refiere sus estudios de la emoción de los psicópatas.



1996, 2(1), 69-82

PROGRAMA MARCO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON AFECTADOS POR VIH/SIDA

Dolores Baratas, Francisco Montesión, María Parejo, Concepción Peña, Angel Polo* y José Manuel Robledo

Colegio Oficial de Psicólogos

Resumen: El presente artículo muestra el Programa Marco de Intervención Psicológica con afectados por VIH/SIDA que el grupo de trabajo del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid sobre Sida y Drogodependencias, ha desarrollado en el curso 1994/95, apoyándose en investigaciones anteriores realizadas por este mismo grupo y otros profesionales.

La aportación fundamental del programa elaborado consiste en la definición de cuatro momentos clave en la intervención psicológica: La preparación para el análisis de VIH, la comunicación de los resultados del análisis, el tratamiento del afectado por VIH y, finalmente, la preparación para la muerte.

En cada uno de los momentos, hemos definido el tipo de intervención a realizar, su objetivos, técnicas psicológicas a aplicar, equipo de profesionales necesario, evaluación y duración de cada uno de los momentos.

Tras una justificación teórica acerca de la necesidad y urgencia de la intervención psicológica en esta problemática, exponemos con detalle las actuaciones necesarias en cada uno de los momentos para finalizar con las conclusiones extraídas después de la elaboración de este trabajo.

Palabras Clave: Intervención psicológica, momentos de intervención, VIH/SIDA.

Abstract: The present article presents a psychological intervention programme with HIV/AIDS affected people, which has been elaborated in 1994/95 by a Colegio Oficial de Psicólogos committee, working in AIDS and drug-addiction, following the authors and others previous researches.

The programme essential point consists in the definition of four basic moments in the psychological intervention: HIV analysis preparation, results analysis communication, affected people psychological treatment, and finally, preparation for death.

We have defined in every moment, the kind of the intervention, their objectives, psychological techniques, professional team, evaluation and duration.

After a justification about the necessity and urgency of the psychological intervention, we expose every moments and end with our conclusions.

Key words: Psychological intervention, intervention moments, HIV/AIDS.

Title: A frame work programme for psychological intervention in AIDS-HIV patients

Introducción

Desde el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid y a través de la volacía de Drogodependencias, se lleva abordando durante dos años consecutivos, el tema del VIH/SIDA en su dimensión psicológica.

La investigación del primer año detectó la falta de criterios comunes, la falta de profesionales de la psicología y la carencia de intervenciones estructuradas desde el ámbito psicosocial en los recursos existentes¹.

Lo que vamos a exponer a continuación, es un programa marco de intervención psicológica. Un programa genérico, por tanto, donde se definan las grandes etapas de la intervención y los principales propósitos de ésta.

En primer lugar vamos a reflexionar sobre el papel del psicólogo en la intervención con afectados por VIH, aportado referencias de investigadores y resultados de investigaciones sobre el papel de los aspectos emocionales o psicológicos en el desarrollo de la enfermedad derivada de la infección por VIH.

En segundo lugar, presentaremos la principal aportación que creemos poder hacer con

* Dirigir la correspondencia a: Angel Polo. Colegio Oficial de Psicólogos. Cuesta de San Vicente, 4, 5º, 28008 Madrid.
© Copyright 1995: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*
Artículo recibido: 11-12-95. Aceptado: 27-04-96.