

La sociopatía adquirida

Carlos Sirvent Ruiz

Psiquiatra. Investigador Clínico.

Fundación Instituto Spiral. Madrid. Oviedo

Resumen

Así como el uso de sustancias puede acarrear un trastorno mental, el *modus vivendi* del consumidor puede reportar una sociopatía adquirida cuyo núcleo mediador es el eje progresivo engaño-autoengaño-mixtificación. Se describe el origen y desarrollo del autoengaño (o incapacidad para percibirse de los efectos negativos del propio comportamiento) cuyo siguiente grado es la mixtificación (forma extrema de autoengaño que afecta al quehacer entero del sujeto). En origen el síntoma- mentira, por reiteración, se convierte en estado-autoengaño el cual puede abocar a rasgo- mixtificación. En efecto, el engaño y el autoengaño forman parte de la constelación sociopática general del sujeto, condición no connatural sino aprendida y desarrollada a lo largo de la azarosa vida adictiva.

Se presentan datos extraídos de la línea de investigación abierta sobre el eje engaño-autoengaño-mixtificación-sociopatía adquirida en el ámbito de las adicciones de la que han surgido varios estudios, dos de los cuales aplicaron el *Inventario de Mixtificación y Autoengaño* (IAM, ©Sirvent, 2007) para demostrar la existencia del fenómeno junto a sus dimensiones y componentes clínicas.

Las tres primeras dimensiones: manipulación, mecanismos de negación y autoengaño propiamente dicho, describen el “síndrome de autoengaño” del adicto, en tanto que la cuarta representa el rasgo “personalidad mixtificada”.

Las doce componentes clínicas serían: Insinceridad. Opacidad comunicativa. Egoísmo y egotismo. Rechazo. Reiteración. Proyección. Pensamiento fantaseado. Distorsión autoperceptiva. Registro interesado de la realidad. Engaño como forma de vida. Coraza defensiva con rigidez y desconfianza. Deseabilidad social.

Palabras Clave

Engaño. Autoengaño. Mixtificación (o mistificación). Negación. Mentira. Deseabilidad. Sociopatía. Caracteropatía. Trastorno de la personalidad. Inventario. Adicción. Drogodependencia

Correspondencia a:
sirvent@lasdrogas.info



Summary

Just as substance abuse can entail a mental disorder, the modus vivendi of the consumer can also report an acquired sociopathology whose mediating nucleus is the progressive deception-self-deception-mystification axis. The origin and development of self-deception (or the inability to realize the negative effects of one's behavior) is described. Its next degree is mystification (extreme form of self-deception that affects the subject's entire behavior). Originally, the symptom- lie, by reiteration, is converted into self-deception-state, which can end in -mystification. Indeed, deception and self-deception form part of the subject's general sociopathic constellation, not a connatural condition, but rather learned and developed along their turbulent addictive life.

The information presented is extracted from the open investigation on the acquired deception-self-deception-mystification-sociopathology axis in the area of addictions from which many studies have arisen, two to which the *Mystification and Self-deception Inventory* (IAM, ©Sirvent, 2007) was applied in order to demonstrate the existence of this phenomenon together with its dimensions and clinical components. The three first dimensions: manipulation, denial mechanisms and self-deception strictly speaking, describe the "self-deception syndrome" of the addict, and the fourth dimension represents the "mystified personality" trait. The twelve clinical components would be: Insincerity. Communicative opacity. Egoism and egotism. Rejection. Reiteration. Projection. Fantasized thought. Self-perceptive distortion. Selective register of reality. Deception as a way of life. Defensive front with strictness and distrust. Social desirability.

Key Words

Deception. Self-deception. Mystification. Denial. Lie. Desirability. Sociopathology. Characterpathology. Personality disorder. Inventory. Addiction. Drugdependency.

Résumé

Ainsi que l'usage de substances peut emporter un dérangement mental, le modus vivendi du dépendant peut rapporter une sociopathie acquise dont le noyau médiateur est l'axe progressif tromperie-autoerreur-mystification. Il décrit l'origine et le développement de l'autoerreur (ou incapacité pour remarquer des effets négatifs de la propre conduite), dont le degré suivant est la mystification (une forme extrême de l'autoerreur qui touche au travail entier du sujet). A l'origine le symptôme-mensonge, par réitération, se transforme en état -autoerreur qui peut approcher à un trait -mystification. En effet, l'erreur et l'autoerreur font partie de la constellation sociopathique général du sujet, une condition non propre à la nature de l'être vivant mais apprise et développée en long de la vie malheureuse des dépendants.

Des renseignements se présentent, extraites de la ligne de recherche ouverte sur l'axe tromperie-autoerreur-mystification-sociopathie acquise dans le cadre des addictions dont

quelques études ont surgi, deux desquels ont appliqué *l'Inventaire de Mystification et de l'Autoerreur* (IAM, © Sirvent, 2007) pour démontrer l'existence du phénomène avec ses dimensions et composants cliniques. Les trois premières dimensions: manipulation, des mécanismes de négation et d'autoerreur proprement dite, elles décrivent le "syndrome d'autoerreur" du dépendant, alors que la quatrième représente le trait "personnalité mystifiée". Les douze composants cliniques seraient: Insincérité. Opacité communicative. Égoïsme et égotisme. Refus. Répétition. Projection. Pensée rêvassée. Distorsion autoperceptive. Registre intéressé de la réalité. L'erreur comme forme de vie. Cuirasse défensive avec rigidité et méfiance. Désir social.

Mots Clés

Tromperie. Autoerreur. Mystification. Négation. Mensonge. Désir. Sociopathie. Caractéropathie. Déangement de la personnalité. Inventaire. Dépendance. Toxicomanie.

A quienes aseguran odiar la mentira replico que el humano miente hasta cuando cree decir verdad.

Sabemos bien de mentiras honestas, falacias complacientes y verdades licenciosas.

La vida es un formidable embaucamiento. ¿Nos acercaremos algún día al quicio de la sinceridad recóndita?

Aceptemos nuestra personal e ilusoria fantasía

David Ros

INTRODUCCIÓN

El mundo de las adicciones es ejemplo y quintaesencia de las secuelas que puede provocar un tipo o estilo de vida pernicioso que sobrelleva gran parte de la población adicta, donde la atmósfera de engaño (hacia los demás y hacia sí mismo) desencadena el desmoronamiento del aparato ético-moral del sujeto. El sujeto se hace insincero porque acaba indiferenciando la realidad de manera

que responde lo que más le conviene, sea o no mentira, teniendo como gran prioridad su satisfacción objetal por la droga. Partimos de la hipótesis de que el nocivo aprendizaje vivencial del adicto puede transportar, previa escala en la desadaptación neurótica, hasta una sociopatía adquirida cuyo núcleo mediador es el eje progresivo engaño-autoengaño-mixtificación.

Datos todavía incipientes cifran la prevalencia de este fenómeno en más del 70% de la población adicta.

Resúmenes de dos recientes estudios dirigidos sobre engaño, autoengaño y adicción muestran algunos resultados experimentales que confirman el valor heurístico de la mixtificación o sociopatía adquirida (se presentan más adelante).

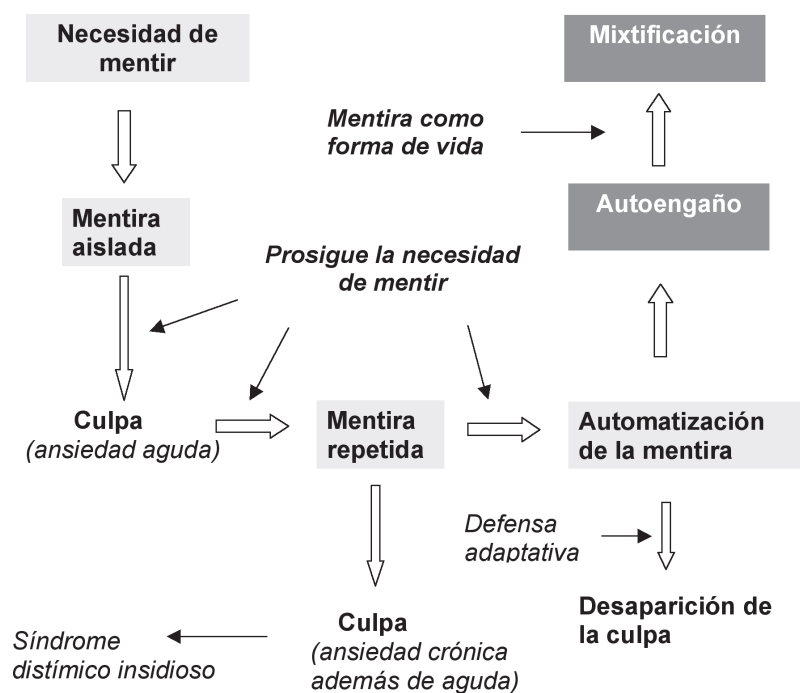
Desarrollo del autoengaño

Si nos remontásemos al origen de cada historia de adicción comprobaríamos que –ya desde los primeros consumos– el sujeto

se ve en la tesitura de mentir para justificar transgresiones (hurtos domésticos, problemas académicos, horarios laxos, deterioro psicofísico, etc.). Dicha necesidad de engañar aparece incluso antes de hacerse adicto, cuando el individuo se ve impelido a cometer actos contraventivos. Esas primeras mentiras aisladas le generan culpa, y subsiguientemente ansiedad aguda¹. Al progresar el comportamiento adictivo prosigue la necesidad de engañar; repitién-

dose el embaucamiento y la mentira la cual, a su vez, sigue produciendo culpa; ésta provoca más tensión y así sucesivamente hasta que se va fraguando un estado de ansiedad crónica, menos intenso pero más pernicioso, que puede provocar un **síndrome distímico insidioso** propio de sujetos que están empezando a ser adictos a quienes la ansiedad crónica se suma a la ansiedad aguda en forma de síndrome pernicioso (distímico) (V. esquema 1).

Esquema 1: “Desarrollo del autoengaño y la mixtificación” (Sirvent, 2002)



¹ La mentira genera ansiedad, bien por remordimiento, bien por el esfuerzo de distinguirla de la verdad y encima recordarla. Cuanto más se miente mayor es el esfuerzo recordatorio y la ansiedad acumulada.

Si el ciclo **engaño- mentira- embaucamiento** sigue repitiéndose (en frecuencia y/o malignidad), el sujeto desarrolla una peculiar suerte de mecanismo defensivo adaptativo cual es la **automatización de la mentira**, evitando que dicha mentira pase el filtro consciente que hace sufrir; de manera que el individuo responde lo que conviene a sus propósitos, sea verdad o mentira o –lo que es igual– convirtiendo el engaño en autoengaño, es decir incorporando la mentira acomodaticia a su estructura de personalidad. Como decía Goebbels “una mentira repetida mil veces se convierte en una verdad”. A partir de aquí se puede decir que el comportamiento falsario del adicto sería más fabulador que mentiroso toda vez que el afectado ni se molesta en comprobar si lo que dice es o no mentira; su respuesta será sistemáticamente acomodaticia y condicionada por la utilidad de la misma. Por ejemplo, en todo lo relativo a conseguir drogas a justificar su consumo el sujeto no miente conscientemente, lo que está haciendo es respondiendo automáticamente en función sus intereses, que siempre antepone a la verdad. (V. esquema 1).

De paso consigue que le desaparezca la culpa, neutralizando la ansiedad aguda y parte de la ansiedad crónica: el sujeto ya está autoengañado, es decir, antepone el interés o beneficio de su respuesta, de su comportamiento, a toda veracidad o ética.

En definitiva, la función del autoengaño es reequilibrante, sirve para neutralizar la ansiedad y (auto) justificarse comportamientos que de otro modo no tendrían viabilidad ética.

¿Está todo dicho? Aunque parezca increíble, el proceso puede ir aun más lejos, es decir; si el sujeto no solamente engaña y se autoengaña en contextos determinados, por ejemplo en la relación con los padres a efecto de conse-

guir droga, sino que su comportamiento se extiende a muchos ámbitos de su vida hasta un punto donde la mentira, el engaño es una constante, una forma de vida, entonces se alcanza otro nivel de perturbación mayor que es la mixtificación, la cual equivale a que todo el engranaje intelectual del sujeto está asentado sobre un formidable autoengaño que se extiende a los aparatos perceptivo, elaborativo y comportamental del sujeto (V. esquema 1).

La mixtificación (o mistificación)

Este autor describió en 1994 la mixtificación (o mistificación) intrínseca como **“una forma extrema de autoengaño que afecta al quehacer entero del sujeto, el cual acaba envuelto en una coraza de desconfianza denominada coraza mistificadora que le ensimisma y aísla del mensaje interpersonal. Se trata de un patrón actitudinal, cognitivo y comportamental de morfología sociopática atribuible al modus vivendi propio de sujetos adictos de larga, intensa o arraigada trayectoria”** (Ver cuadro 1)

Algunos aspectos sustanciales de la mixtificación serían:

1. Autoengaño no circunscrito al ámbito adictivo sino extensible al quehacer cotidiano. Engaño como forma de vida con insinceridad. En casos extremos el sujeto rehúye el contacto social.

2. Suspiciousidad y desconfianza a todo mensaje ajeno que colisione con el propio interés. La suspicacia a veces puede llegar al pensamiento paranoide.

3. Coraza de mistificación: impermeabilización cognitiva al mensaje externo con una personalidad opaca y respuestas elusivas o interesadamente acomodaticias como estructura defensiva.

**Cuadro 1:** “Síntomas frecuentes en la mixtificación”

1. Insinceridad
2. Heteromanipulación y automanipulación
3. Incredulidad
4. Falta de sentido de realidad
5. Autodesconocimiento
6. Talante hosco e irritable (a veces)

4. El pensamiento propio es irreductible e irrefutable y muchas veces irreflexivo cerrándose el sujeto en sí mismo, reaccionando con defensividad reactiva.

5. Respecto a la imagen exterior el sujeto puede mantenerse hosco, huraño y misántripo, expresarse con lenguaje defensivo y/o irascible, o bien mantener una falsa apariencia, con deseabilidad, y respuestas adaptativas. Es frecuente también tener personalidad egoísta.

Consideramos así a la mixtificación como una forma extrema de autoengaño en el que el sujeto se instala y vive envuelto en una coraza reactiva de desconfianza que le impermeabiliza al cambio entre otras razones por una presunción de desconfianza sistemática hacia los demás.

Naturaleza de la sociopatía adquirida

A efectos prácticos el autoengaño vendría cualificado por la incapacidad para apercebirse de los efectos negativos del propio comportamiento; y, si se da cuenta, no adopta soluciones o espera que estas vengan desde fuera. La insinceridad y la fabulación también son parte importante del problema, y el sujeto

(por autoengañado) embauca nocivamente y sin dificultad aparente tanto a los demás como a sí mismo.

La ya aludida necesidad de mentir inicial de un futuro adicto es un mecanismo adaptativo que el sujeto vive como egodistónico², esto es, de adaptación traumática acompañada de ansiedad, provocando el ya referido síndrome distímico insidioso. Esa egodistonía es la fuente generadora de un estado de tensión o ansiedad permanente (V. esquema 2)

La repetición crónica y frecuente del engaño se convierte así en un síntoma determinado por el comportamiento disruptivo de mentir. Dicha mentira tiene que estar emergiendo constantemente de forma egodistónica, porque el sujeto se ve forzado por requerimientos exógenos y **todavía no tiene** incorporada la mentira a su estructura de personalidad. Pero cuando la repetición y elaboración del engaño se automatiza e instala en el sujeto todo cambia, desaparece la culpa, principal surtidor de ansiedad, y el engaño deja de provocar tensión en el sujeto, es decir, el

² La **egodistonía** se refiere a las evaluaciones negativas de nuestro propio sentir y actuar, a la disconformidad con nuestra manera de ser y sobre muchas de las experiencias vitales que vivimos

sujeto ya no sufre, adaptándose perfectamente a un entorno en el que se desenvuelve con mucha mayor fluidez. El síntoma se convierte en rasgo. El sujeto que antes sufría cuando engañaba no solo deja de sufrir sino que utiliza sin remordimiento la mentira para conseguir lo que desea. (V. esquema 2 y cuadro 2).

La anterior egodistonia se convierte en egosintonía³, o –lo que es lo mismo– un rasgo propio y estable que anuncia el trastorno sociopático adquirido (o mixtificación) en el que se ha instalado. Ocurre que el dicho “todos los adictos se parecen” radica en este repertorio de rasgos comunes en la tendencia a mentir; a fabular; la desconfianza basal, la coraza defensiva de mixtificación, etc. Hace que grupo de adictos con este problema se

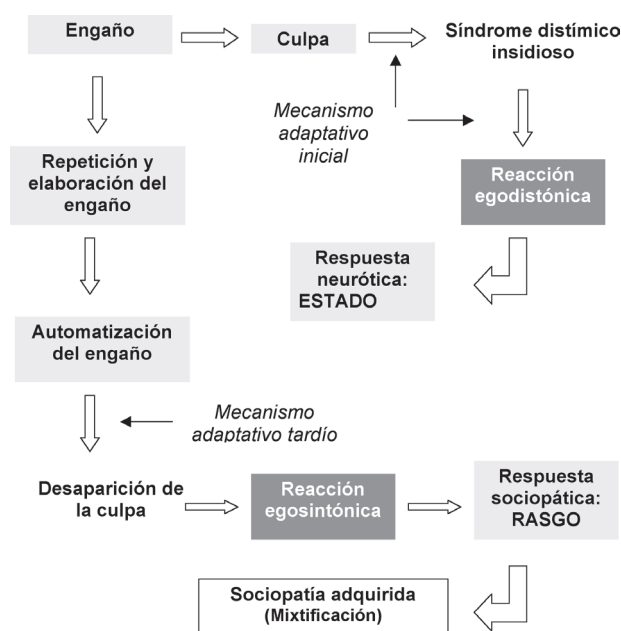
homogenice y en definitiva les lleve a vivir en un mundo propio y mixtificado. (V. esquema 2 y cuadro 2)

Quienes tienen dilatada experiencia en la asistencia a drogodependientes observan que el sentido práctico y la objetividad brillan por su ausencia y eso a veces se hace evidente en instrucciones sencillas, por ejemplo realizar una gestión o cualquier cometido se convierte en labor ímproba. En conclusión, el autoengaño sería una especie de lenguaje automático que está regido por un impulso mediatizado por las necesidades apremiantes y acomodaticias. Esa necesidad es la búsqueda de droga o de sustancia para mantener un mínimo equilibrio homeostático.

Cuadro 2: “Consideraciones respecto al binomio autoengaño- adicción”

1. El sujeto adicto aprende a mentir como respuesta adaptativa a su difícil vida en la que debe justificar (falazmente) comportamientos socialmente inaceptables
 2. El engaño forma parte de la constelación sociopática general del adicto, condición aprendida y desarrollada a lo largo de la vida adictiva.
 3. El adicto se (auto) desconoce, comportándose de acuerdo con patrones que le resultan cómodos pero que le son ajenos.
 4. La propia desconfianza le provoca un rechazo reactivo: en lo relativo al engaño muchos adictos se parecen entre sí
 5. El drogodependiente vive en un mundo propio dominado por la falta de objetividad, perdido el sentido práctico y alejado del mundo natural
 6. En síntesis, el autoengaño sería como un lenguaje automático regido por un impulso mediatizado por necesidades apremiantes y acomodaticias
-

³ La **egosintonía** corresponde al juicio positivo que hacemos de nuestro bienestar personal. Es una evaluación personal que refleja el agrado, cercanía y aceptación de las propias expresiones emocionales y conductuales que desarrollamos habitualmente.

Esquema 2: “Autoengaño-estado. Mixtificación-rasgo” (Sirvent, 2002)

PAUTAS DIAGNÓSTICAS

La CIE en su 10ª versión y la DSM en su versión IV consideran las siguientes pautas y criterios diagnósticos de investigación. La CIE aprecia los siguientes criterios:

- Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
- La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios completos de enfermedad mental

- La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales
- Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez
- El trastorno conlleva un considerable malestar personal aunque este puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución
- El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

Por su parte la DSM en su IV versión tiene en cuenta los siguientes criterios:

- A.- Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o mas de las siguientes áreas: (1) Cognición. (2) Afectividad. (3) Actividad interpersonal. (4) Control de los impulsos.
- B.- Patrón persistente, inflexible que se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C.- Dicho patrón provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.- El patrón es estable y de larga duración y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al inicio de la vida adulta.
- E.- El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F.- El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento), ni a una enfermedad médica (p.ej. traumatismo craneal).

Verifiquemos si los criterios diagnósticos se corresponden con la sociopatía adquirida tal y como la definimos en este trabajo y como se recoge en los dos estudios de investigación realizados que se invocan:

Criterio A.- El patrón permanente de experiencia interna y comportamiento no se circunscribe al ámbito adictivo, sino que es extensible al quehacer cotidiano. El individuo mantiene un comportamiento con el engaño connotando toda su forma de vida. Cuando está mixtificado, maneja verdad y mentira según sus bizarros intereses. En casos extremos el sujeto rehúye el contacto social.

Áreas afectadas

Cognición.- Suspiciacia y desconfianza a todo mensaje ajeno que colisione con el propio interés. La suspiciacia a veces puede llegar al pensamiento paranoide.

Afectividad.- son características la labilidad afectiva y la coexistencia de dos niveles sindrómicos: tensión aguda y distimia insidiosa.

Actividad interpersonal.- Es en este plano donde están los más floridos elementos sintomáticos, como la manipulación, mecanismos defensivos como la negación, la proyección, la coraza defensiva, el rechazo, la fantasía y distorsión autoperceptiva, etc. La sociopatía adquirida recibe dicho nombre porque no se circunscribe al ámbito adictivo sino que es extensible al quehacer cotidiano. El Engaño es una forma de vida que condiciona la particular y siempre pobre socialización del individuo. En casos extremos el sujeto rehúye el contacto social.

Control de los impulsos.- No parece un área directamente afectada, si bien la inmersión en un mundo falaz y de autoengaño hace especialmente vulnerable al individuo.

Criterio B.- Ya se comentó el manejo acomodaticio que el sujeto adicto hace de la verdad, sea cual fuere la situación social o personal y lo pertinaz e irreductible de este.

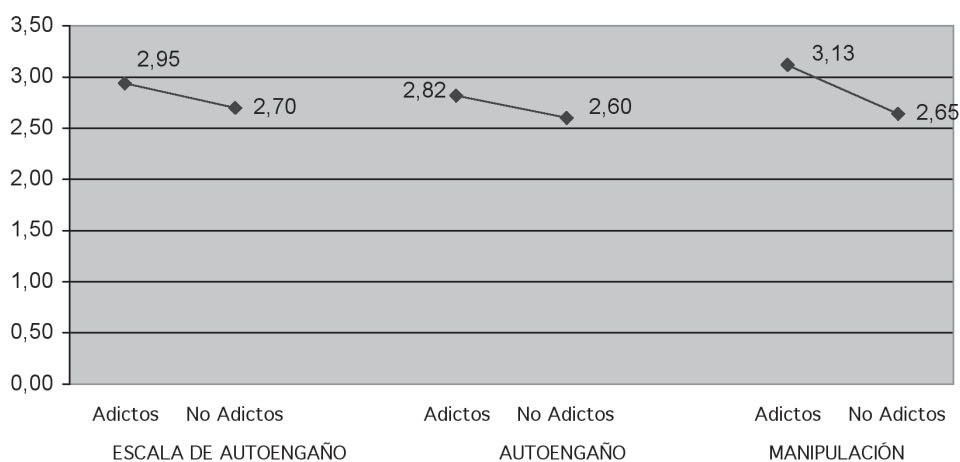
Criterio C.- Resulta obvio que el anterior patrón actitudinal, de conducta y pensamiento provoca malestar clínicamente significativo además de un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad y particularmente grave en estos individuos.

Criterio D.- Evidentemente, el patrón es estable y de larga duración, pero su inicio se remonta a cualquier edad de la vida.



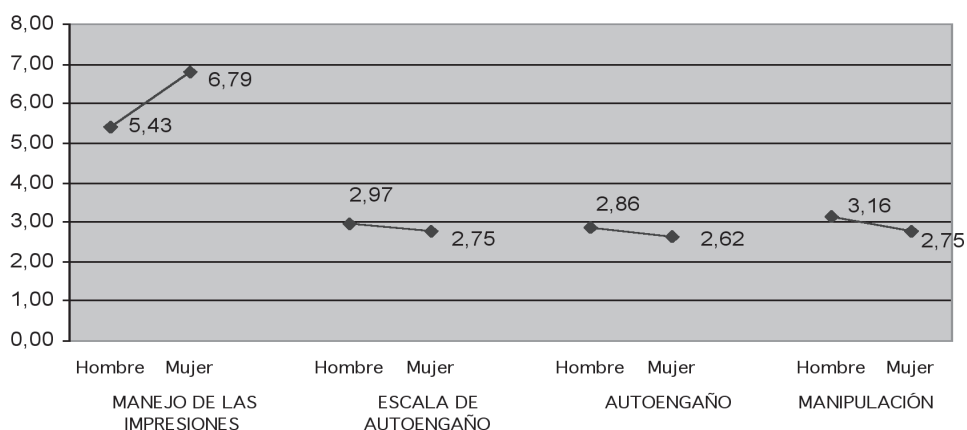
Cuadro 3: Diferencias poblacionales entre adictos y no adictos

DIFERENCIAS SEGÚN GRUPO

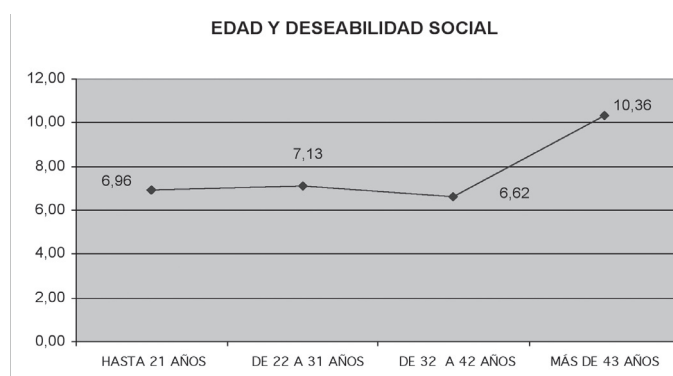


Cuadro 4: Diferencias según sexo

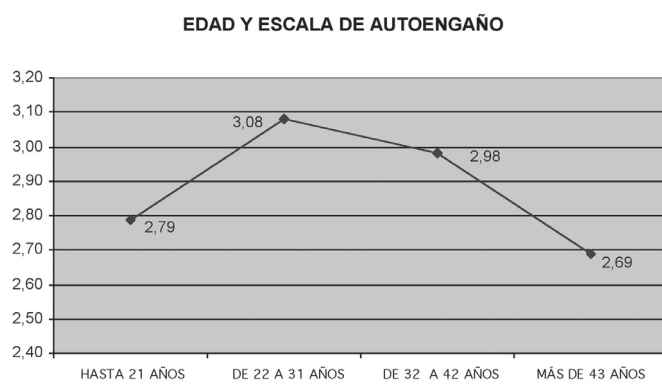
DIFERENCIAS SEGÚN SEXO



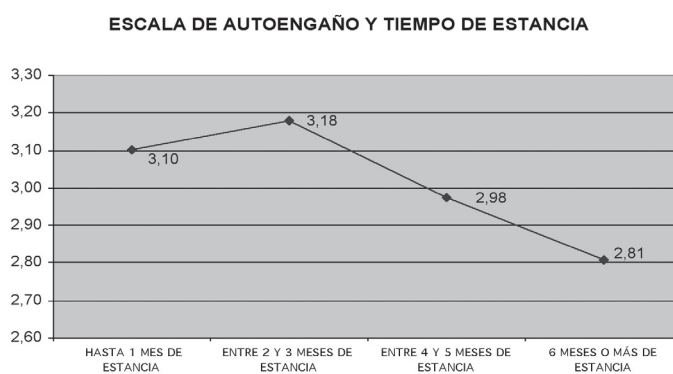
Cuadro 5: Deseabilidad social según franjas de edad



Cuadro 6: Puntuación escala de autoengaño según franjas de edad



Cuadro 7: Puntuación escala del autoengaño y tiempo de estancia





Criterio E.- Desde luego que el patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental, sino al modo de vida del adicto. Se trata de una sociopatía de origen y de destino.

Criterio F.- El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento), ni a una enfermedad médica (p.ej. traumatismo craneal) sino al estilo de vida llevado como ha quedado sobradamente explicitado.

Este es el criterio que hace peculiar a la sociopatía adquirida, de ahí la presencia reforzante de este adjetivo para connotar que el inicio se adquiere en cualquier etapa de la vida y acaba teniendo una morfología sociopática estable e irreductible espontáneamente.

Por no tener que ser su inicio necesariamente en la adolescencia debería denominarse "transformación" en vez de "trastorno" de personalidad, aunque no cumple otros requisitos que la CIE demanda. La verdad es que poco importa este aspecto que solventamos denominando "sociopatía" y prescindiendo de los términos "trastorno" y "transformación".

INVESTIGACIÓN

Tenemos una línea de investigación abierta sobre el eje engaño-autoengaño-mixtificación-sociopatía adquirida en el ámbito de las adicciones de la que han surgido varios estudios de los que resumo los dos que más interesan en este trabajo:

Primer estudio (2006)

El primer trabajo, "*Psicopatología del autoengaño en adictos*". Sirvent, C; Blanco Zamora, P; López Pérez B Interpsiquis. 2007, pretendía,

entre muchas otras cosas, demostrar la validez de los constructos "engaño y autoengaño". La muestra la constituían 156 sujetos distribuidos en 4 grupos de tratamiento (con 112 individuos) más un grupo control (de 44 sujetos). Para la investigación se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación: inventario de deseabilidad social de Paulhus 7ª versión (BIDR- 7, 2004), los tests de Marlowe- Crowne, MCSC (1960), RD-16, (Schuessler; Hittle & Cardascia, 1978), la subescala de Autoengaño del TDS-100 de Sirvent y Moral y la escala de autoengaño de Sirvent. Los datos se analizaron mediante paquete estadístico SPSS versión 14.0. El tipo de análisis realizado ha sido diferente en función de las variables agrupadoras. Para Sexo y Grupo se ha utilizado Pruebas de T para muestras independientes, mientras que para Edad y Tiempo de Estancia, se ha utilizado el Anova de un factor.

Destacamos los siguientes resultados: 1.- Asociación de los constructos engaño y autoengaño a la adicción, resultando significativas y muy notables las diferencias entre grupo control y grupo de adictos. 2.- Diferencias según sexo. 3.- Diferencias según franjas de edad. 4.- Diferencias según tiempo de tratamiento.

En el cuadro 3 observamos que, respecto a la comparación entre *adictos vs. no adictos*, existen diferencias significativas y de elevada magnitud a favor de los primeros en la puntuación total de la escala de Autoengaño, y en las subescalas de esta prueba. Es decir, los adictos tienen un considerable aumento de autoengaño respecto al grupo control, lo que abunda en la hipótesis del autoengaño como elemento asociado a la adicción.

Entre las *diferencias según sexo* (ver cuadro 4), cabe destacar que los hombres presentan una media superior a las mujeres en la escala

y subescala de Autoengaño y en la subescala de Manipulación, en tanto que las mujeres puntúan más en Manejo de Impresiones. En otras palabras, ellos manipulan más en tanto que ellas buscan brindar una mejor imagen.

Respecto a Deseabilidad Social (ver cuadro 5) el grupo de sujetos con edades menores de 43 años tienen niveles sensiblemente inferiores a sujetos mayores de 43 años.

En cuanto a las *diferencias respecto a la edad*, cabe destacar que los sujetos con más de 43 años tienen niveles superiores de Deseabilidad Social y Manejo de las Impresiones. Sin embargo en la Escala de Autoengaño, el grupo de Edad de 22 a 31 años es el que presenta la media más elevada. En cuanto a Manipulación el grupo de Más de 43 presenta niveles más bajos (V. cuadro 6)

En lo relativo a *tiempo de tratamiento* y nivel de autoengaño y manipulación, los sujetos inician el tratamiento con un nivel de autoengaño ya de por sí elevado que todavía aumenta más entre los 2 y 3 meses de estancia y, más adelante –según pasa el tiempo– estos niveles van disminuyendo, alcanzando los valores más bajos en el grupo de 6 meses ó más (Cuadro 7)

Segundo estudio (2007)

Agradezco a Pablo Martínez y Pilar Blanco su vital ayuda en el tratamiento estadístico de datos.

El segundo trabajo, *“Autoengaño y adicción, clínica y psicoterapia”*. Sirvent, C. Texto del III Symposium Nacional de Adicción en la Mujer, publicado por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2007, trataba de demostrar la validez del constructo “mixtificación- sociopatía adquirida anticipando algunos resultados que se estiman elucidativos.

La muestra la constituían 242 sujetos distribuidos en un grupo de adictos de 172 individuos) y un grupo control de 75 sujetos. Se les aplicó la escala de autoengaño de Sirvent y el inventario de mixtificación y autoengaño (©Sirvent, 2007), evolución de la primitiva escala. Los datos se analizaron mediante paquete estadístico SPSS versión 15.0. Para los análisis comparativos se emplearon –según pertinencia– la prueba “T” de comparación de medias y análisis de variancia y el chi-cuadrado de Pearson en variables categóricas.

Un segundo ciclo del estudio está todavía abierto por la propia naturaleza de trabajo, ya que los controles “final de tratamiento y “post tratamiento” no ha sido posible culminarlos por no haber transcurrido tiempo suficiente desde que se inició el primer estudio (enero 2007).

1.- Comparación entre el grupo control y el grupo de adictos

En el cuadro y el gráfico comprobamos que las medias comparadas del Inventario de Mixtificación y Autoengaño (IAM, ©Sirvent, 2007) entre grupo control y grupo de sujetos adictos muestran a las claras la especificidad tanto de la escala como de las subescalas y componentes. En ningún caso el grupo control se aproximó al umbral de autoengaño (3,15) en tanto que el grupo de adictos estaba sensiblemente por encima excepto en 4 de las 17 variables que además se aproximaban a la media. (V. Cuadro 8 y Gráfica 1). No olvidemos que estamos trabajando con la media de TODOS los adictos, no con la de aquellos que padecen autoengaño. En este segundo caso todas las puntuaciones estaban muy por encima del umbral.

2.- Comparación entre los grupos de adictos antes, al principio y a mitad de tratamiento

Tanto en la escala general como en las subescalas y componentes las tendencias son las mismas:

**Cuadro 8:** “Comparación medias grupo control vs. grupo adictos del IAM”

	ESCALA IAM (positivo 3,15 ó más)	X² Grupo control N= 75	X² Grupo Adic- tos N= 172
A	Escala general	2,39	3,31
B	Autoengaño	2,36	3,26
C	Manipulación	2,12	3,21
D	Negación	2,55	3,39
E	Mixtificación	2,45	3,34
F	Insinceridad	2,01	3,14
G	Opacidad	2,40	3,12
H	Egoísmo	2,03	3,24
I	Rechazo	2,20	3,39
J	Reiteración	2,67	3,48
K	Proyección	2,21	3,07
L	Fantasía	2,89	3,49
M	Distorsión	2,26	3,31
N	Registro interesado	2,63	3,51
Ñ	Engaño como forma de vida	2,50	3,48
O	Coraza defensiva	2,48	3,25
P	Deseabilidad social	2,19	3,10

-	3,1 ó menos	negativo	++	3,35-3,50	acusado
+	3,15- 3,30	presente	+++	≥ 3,55	intenso

Gráfica 1: “Comparación medias grupo control vs. grupo adictos escala IAM”

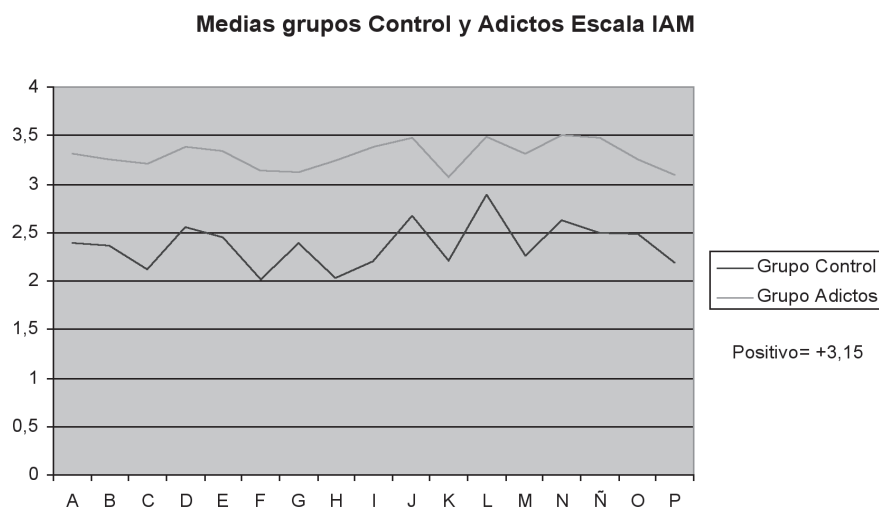


Gráfico- cuadro 2: “Escala general de autoengaño inventario IAM”

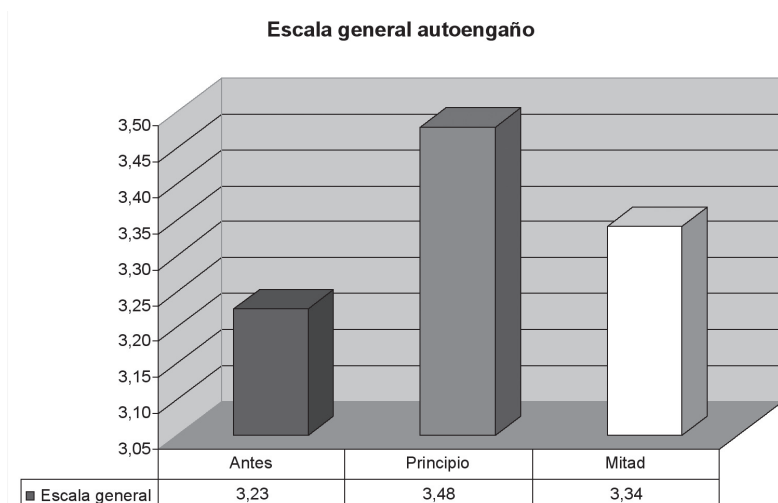




Gráfico- cuadro 3: “Subescalas del inventario IAM”

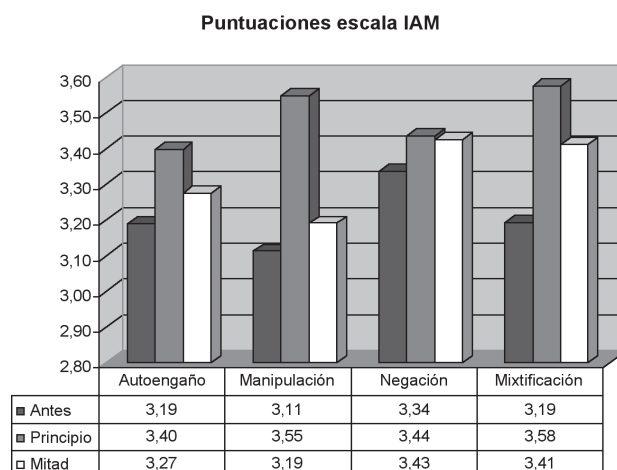


Gráfico- cuadro 4: “Componentes inventario IAM” (1)

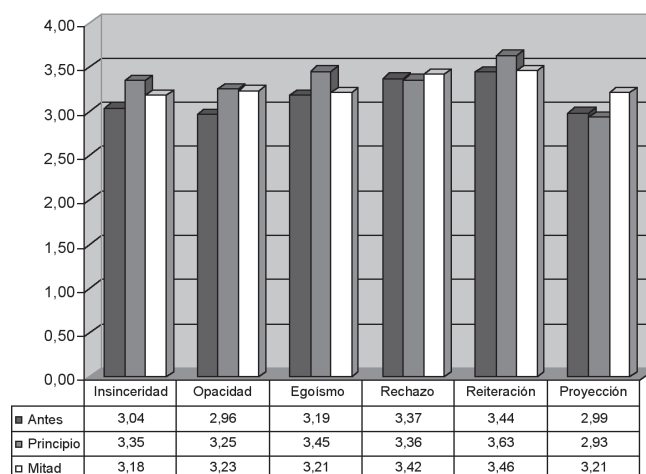
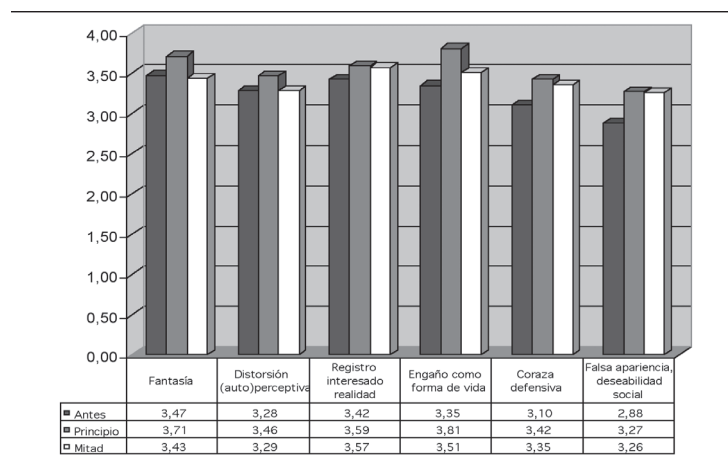


Gráfico- cuadro 5: "Componentes inventario IAM" (2)



Efectivamente, la valoración piloto que se hizo "antes del tratamiento" (en realidad se aplicó durante los primeros días) mostraba puntuaciones bajas (V. cuadros) en todos los apartados.

La valoración realizada "al principio" del tratamiento mostraba puntuaciones mucho más elevadas, y en consecuencia denotativas aparentemente de un empeoramiento clínico. En realidad lo que ocurría es que se aplicaron antes del primer mes, por regla general en la 3ª semana, tiempo suficiente como para que el paciente conociera —siquiera mínimamente— qué era el autoengaño su impacto psicopatológico. Es decir, los individuos evaluados al principio del tratamiento daban puntuaciones más elevadas y realistas, en consonancia con su auténtica situación ni el sesgo de deseabilidad del grupo de sujetos del cluster "antes".

La valoración a "mitad de tratamiento" (en realidad, pasados más de 3 meses) muestra unas cifras medias claramente inferiores al cluster anterior ("principio") pero todavía superiores al primer cluster ("antes"). Se podría hablar de una mejora fruto de la intervención terapéutica. También se puede concluir que el autoengaño de la población "antes" **supera** a la mejoría clínica del grupo "mitad". Recordemos aquí el consejo de no aplicar este inventario (ni ningún otro, salvo los de desintoxicación) a sujetos en estadios precoces de tratamiento. Debemos asegurarnos de que el paciente está plenamente consciente y preparado (V. gráficos-cuadros 2 al 5).

No ha sido factible presentar los resultados del grupo "post tratamiento", quizá el más interesante por encontrarse el estudio en fase activa de recogida de datos.



Cuadro 9: “Esquema del IAM” (escala, dimensiones y componentes)

INVENTARIO DE AUTOENGAÑO Y MISTIFICACIÓN (IAM)

(© Sirvent, 2007)

ESCALA GENERAL

I. ESCALA GENERAL AUTOENGAÑO

DIMENSIONES

1. AUTOENGAÑO
2. MANIPULACIÓN
3. NEGACIÓN
4. MIXTIFICACIÓN

COMPONENTES

1. Insinceridad
2. Opacidad
3. Egoísmo
4. Rechazo
5. Reiteración
6. Proyección
7. Fantasía
8. Distorsión (auto)perceptiva
9. Registro interesado realidad
10. Engaño como forma de vida
11. Coraza defensiva
12. Falsa apariencia, deseabilidad social

DIMENSIONES Y COMPONENTES DEL AUTOENGAÑO

Las principales dimensiones y componentes del autoengaño se recogen en el cuadro 9 y representan una línea de investigación⁴. En el anexo se detallan junto al inventario de mixtificación y autoengaño (© Sirvent 2007)

Las tres primeras dimensiones (manipulación, mecanismos de negación y autoengaño

propiamente dicho) describen el “síndrome de autoengaño” del adicto.

Las cuatro dimensiones totales (las tres anteriores más mixtificación) describen el rasgo “personalidad mixtificada” que forma la cúspide del trastorno de personalidad por autoengaño (V. cuadro 9)

Consecuencias de la mistificación o autoengaño

La principal consecuencia tanto inmediata como tardía de la mistificación o autoengaño

⁴ *Psicopatología del autoengaño*, P. Blanco, C. Sirvent y B. López. Congreso Virtual de Psiquiatría 2007 y otra actualmente en desarrollo como línea de investigación

es el desarrollo de una constelación de síntomas- satélite entre los que se incluyen la desconfianza, el enquistamiento caracterial, la misantropía, la negación de la realidad, el autoengaño, etc., que aboca hacia el definitivo y peculiar trastorno caracteropático: el **síntoma-mentira** se convierte en **rasgo-autoengaño** y a su vez este rasgo (conjunto de rasgos) anula y desplaza a los anteriores. La primitiva personalidad del sujeto queda hibernada o solapada por una serie de caracteres adquiridos: no solo por la mistificación sino por otros síntomas que forman parte de la denominada caracteropatía adquirida, de la cual la mistificación es solo un elemento más (eso sí, elemento nuclear y de definitiva importancia).

Por eso los adictos se parecen tanto entre sí, porque la mistificación y demás rasgos caracteriales aprendidos adocen a dicho colectivo infundiéndoles un talante sociopático: mistificación, desvitalización, personalidad dependiente, etc. En definitiva, cambia la personalidad, sometiéndose y anulando el verdadero carácter hasta convertirle en un sujeto insincero, que manipula sistemáticamente tanto a los demás como a sí mismo y que, a fuerza de engañar y engañarse, se vuelve desconfiado, huraño e incrédulo: Prácticamente no se cree nada ni se apercibe de cosas importantes para él porque un velo de mixtificación cubre sus ojos.

Esa desconfianza impide al adicto aprehender mensajes y elementos cognitivos que le serían beneficiosas anclado como está en una coraza de incredulidad y escepticismo que además no suele admitir por lo que resulta más difícil llegar a su psique. Dicho de otra manera: es tan receloso y desconfiado, que llega a negar la evidencia por más flagrante que esta sea, lo que ocurre en proporción directa al tiempo que lleva inmerso en ese mundo

y en consecuencia mayor será la coraza de incredulidad que le cubre hasta el extremo de vivir años y años, incluso toda una vida, víctima de sí mismo y sin llegar a un mínimo autoconocimiento porque no acepta nada de los demás. Aquí a la mistificación se uniría la suspicacia paranoide, apartándole de una realidad que vislumbra como él quiere que sea, confundiendo sistemáticamente deseos con circunstancias objetivas: es el denominado desrealismo o falta de sentido de la realidad.

El adicto, por tanto, se desconoce, incluso se ignora, comportándose de acuerdo con patrones que le resultan cómodos pero que le son ajenos. En efecto, la conducta del drogodependiente, los gustos, el carácter, etc., está regida por el tipo de vida que lleva y resulta muy difícil de modificar debido precisamente a la mistificación, que le hace adoptar falsamente estas pautas (patrones) de comportamiento. Además, la propia desconfianza provoca un rechazo reactivo cada vez que los allegados intentan hacerle ver las cosas con objetividad, de manera que muchos drogodependientes parecen recubrirse simbólicamente de una piel isomórfica en color y textura que asemeja o hace parecidos a todos los adictos, los cuales además no quieren cambiarla porque su desconfianza y autoengaño, les impide ver la piel verdadera que esconden debajo de la piel falsa que no es otra cosa que la mistificación.

El drogodependiente vive en un mundo propio dominado por la falta de pragmatismo, alejado virtualmente del entorno normal y con pérdida del sentido práctico y de la capacidad para desenvolverse con normalidad, de manera que sus proyectos de vida se alejan de sus posibilidades reales para entrar de lleno en el terreno de lo imaginario: cuando se le habla de planteamientos y aspiraciones de vida, responde con desrealismo y pensa-



miento fantaseado (cuento de la lechera) sin sentido práctico alguno ya que esto último le supondrá un costoso esfuerzo que además deberá mantener día a día.

Cualquier profesional que haya tratado adictos (no entrenados) habrá podido verificar lo anterior a la hora de analizar sus planes y proyectos (de trabajo, de salida, de

reinserción, etc.) que carecen de realismo y sentido práctico, oscilando entre la simpleza extrema y la fantasía irrealizable. *“Lo falso es una disonancia que no concuerda siquiera con lo falso”* (Erasmus).

Además encontramos otro fenómeno curioso, fruto de la vida mistificada que lleva el adicto, que consiste en la adopción de un

Cuadro 10: “Persistencia de los síntomas de mixtificación y autoengaño”

SÍNTOMAS INVENTARIO IAM	SÍNTOMAS ANTES DEL TRATAMIENTO	SÍNTOMAS A MITAD DE TRATAMIENTO	NEUTRALIZACIÓN SINTOMÁTICA
Escala general de autoengaño	Acusados/ Intensos	Acusados	Lenta pero factible y progresiva
SUBESCALAS			
Autoengaño	Acusados	Pocos síntomas	Lenta pero factible y progresiva
Manipulación	Intensos	Pocos síntomas	Rápida
Mec ^o Negación	Acusados	Acusados	Muy trabajosa
Mixtificación	Intensos	Acusados	Lenta y compleja
COMPONENTES			
Insinceridad	Presentes	Pocos síntomas	Rápida
Opacidad	Presentes	Pocos síntomas	Rápida
Egoísmo	Acusados	Pocos síntomas	Muy rápida
Rechazo	Acusados	Acusados	Muy trabajosa
Reiteración	Muy intensos	Acusados	Lenta y compleja
Proyección	Presentes	Acusados	Muy trabajosa
Fantasía	Muy intensos	Acusados	Lenta pero factible y progresiva
Distorsión perceptiva	Acusados	Pocos síntomas	Lenta pero factible y progresiva
Registro interesado	Intensos	Intensos	Muy trabajosa
Engaño como forma de vida	Muy intensos	Intensos	Muy trabajosa
Coraza defensiva	Acusado	Acusado	Lenta y compleja
Deseabilidad	Presentes	Presentes	Lenta y compleja

estilo de relación peculiar que acaba despersonalizándole, o, lo que es similar, revistiéndole con otra apariencia que no es la propia, de ahí el dicho vulgar “todos los toxicómanos son iguales o se parecen”, atribución perfectamente extensible a aquellos que se consideran diferentes a los demás con argumentos como “yo nunca fui tan marginal”, “yo no me relacionaba con ellos, únicamente iba a comprar y luego consumía solo”, o “mi vida, mis estudios y mi educación me hacen distinto de los demás toxicómanos, yo no soy como ellos. Nunca he hecho vida marginal...”. Estos testimonios no son sino variantes de un mismo autoengaño, ya que el estilo de vida mistificado no lo da únicamente la marginalidad o el estar **tirado**, sino que lo produce el permanente clima de insinceridad hacia los demás y el ulterior o simultáneo autoengaño que acaban volviendo al adicto un ser desconfiado, con una personalidad mistificada o distorsionadora de la realidad a conveniencia propia. En el fondo el adicto odia esa forma de ser. (Stevenson en “**La verdad en el trato**”, se refiere al papel de la ficción en la vida y todas las formas del engaño, de la duplicación desgarradora (“yo odio a mi otro yo”) y del disfraz caracterial que a la postre ni siquiera es disfraz sino piel mudada.

El cuadro 10 recoge la persistencia de los síntomas de mixtificación y autoengaño extraído del estudio antes descrito. Nótese la dificultad para erradicarlos pese a que se aplicó una estrategia específica e idónea. Debe tenerse en cuenta que este estudio no estaba cerrado, ya que los resultados se presentan a mitad de tratamiento y no a su conclusión como hubiese sido deseable.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Sería injusto e incierto atribuir autoengaño únicamente a quienes —como los adictos—

sufren un trastorno o menoscabo psíquico o volitivo. La afirmación: “**todos tenemos un quantum de autoengaño** más o menos grande o grave que echarnos a la espalda”, significa que solo cuando el autoengaño supone una traba o handicap hay que neutralizarlo. Los hinchas de fútbol o supporters, fans de estrellas, ciertos seguidores religiosos o políticos, adeptos, etc. son colectivos amplios que viven envueltos en una atmósfera de autoengaño que no solo no les invalida sino que además les brinda identidad social. **Pero un drogodependiente no puede permitirse el lujo de mantener el autoengaño en lo relativo a su dependencia.** Las onerosas asociaciones del calificativo “**mentiroso**” no debieran impedirnos profundizar en un asunto crucial para el devenir del adicto cual es la errónea percepción del entorno de consumo. Esa errónea percepción del mundo, le puede suponer un eterno retorno a la recaída sin siquiera darse cuenta. Precisamente en ese “**no darse cuenta**”, en la conciencia del problema es donde el autoengaño es más nocivo y mórbido.

El sujeto adicto aprende a mentir sistemáticamente como respuesta adaptativa a su difícil vida, en la que debe justificar (falazmente) comportamientos socialmente inaceptables o que le provoca problemas. Además tiene alterados todos los circuitos cognitivos: el perceptivo-aferefencial, mediante un registro sesgado e interesado de la realidad exterior y el elaborativo: conjunto de creencias distorsionadas que pueden llegar a ser irracionales, aunque —curiosamente— no es la irracionalidad una característica destacable, ya que numerosos adictos emplean la lógica para manipular y son hábiles argumentando lo que el interlocutor quiere oír.

En síntesis, el autoengaño sería como un lenguaje automático regido por un impulso



mediatizado por necesidades concretas que modulan la respuesta del sujeto de forma irracional e irreflexiva. Los adictos se parecen tanto entre sí porque **el autoengaño cambia la personalidad**, sometiendo y anulando el verdadero carácter para convertir al adicto en un sujeto insincero, que manipula sistemáticamente tanto a los demás como a sí mismo y que, **a fuerza de tanto engañar y engañarse, se vuelve suspicaz, huraño e incrédulo**, llegando a negar las evidencias. El sujeto, por tanto, se desconoce, incluso se ignora, comportándose de acuerdo con **patrones que le resultan cómodos pero que le son ajenos**. Vive en un mundo propio dominado por la **falta de objetividad** y con **pérdida del sentido práctico**, de manera que sus proyectos de vida **se alejan de sus posibilidades reales** para entrar de lleno en el terreno de lo imaginario o utópico. En consecuencia, el engaño y el autoengaño forman parte de la constelación sociopática general del sujeto, condición aprendida y desarrollada a lo largo de la vida adictiva.

La sociopatía adquirida es una entidad morbosa que debe ser estudiada en mayor profundidad tanto por la alta morbilidad dentro de la población adicta, como por la nocividad del proceso que se hace especialmente maligno como causa y concausa de recaída, ya que un particular y pernicioso efecto sobreañadido es la persistencia del autoengaño una vez tratado el sujeto de su adicción y el subsiguiente desencadenamiento de recaídas (véanse los clásicos trabajos de Cummings, Gordon y Marlatt en los años 80 y 90 y un reciente estudio de Sirvent, Blanco y López (Spiral 2006). Efectivamente, el 51% de las recaídas de adictos que habían hecho tratamientos de larga estancia se debían al autoengaño.

En sentido estricto la sociopatía adquirida sería más una **transformación** que un **trastorno**

de personalidad, matizando los supuestos contemplados por la CIE-10. Atribuyo la no inclusión de esta patología en clasificaciones internacionales a tres razones: 1ª a la relativa novedad del fenómeno adictivo. No me refiero a la adicción, sino **al tipo de vida, al *modus vivendi* de gran parte de los adictos**, ya que en dicha forma de vivir radica el núcleo del problema. 2ª, al desconocimiento del fenómeno: mucho se habla de la "mentira del drogodependiente" pero poco se ha profundizado sobre ella. Y 3ª a la poca tradición en el estudio del engaño, circunscrito más al contenido y organicidad subyacente (fabulación, moria, etc) que a la raíz sociogenética del mismo.

Asimismo este hallazgo abunda en la necesidad de incorporar este fenómeno en los currículum terapéuticos como parte de un programa de prevención de recaídas. (Ver forma de materializarlo en el trabajo **Autoengaño y adicción, clínica y psicoterapia** de quien esto suscribe).

REFERENCIAS

Ar R, DeYoung C, Higgins D, Peterson a. Self-Liking and Self-Competence Separate Self-Evaluation From Self-Deception: Associations With Personality, Ability, and Achievement. *Journal of Personality*. 2006.

Balluerka, N; Alonso-Arbiol, I; Gorostiaga, A; Aramburu, M. Religiosidad y perfil de personalidad. *Interpsiquis*. 2006.

Barnlund D. The mystification of meaning: doctor-patient encounters. *Journal Of Medical Education*. 1976.

Barrick M, Mount M. Effects of impression management and self-deception on the predictive validity of personality constructs. *The Journal Of Applied Psychology*. 1996.

- Bausela Herreras, E. Diferencias interindividuales e intraindividuales en relación a la capacidad intelectual y personalidad. *Interp-siquis*. 2006.
- Bayón, C. Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger: Aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de personalidad y proceso psicoterapéutico. *Psiquiatría.com*. 2006.
- Benedict, L.; Lanyon, R. A. Analysis of deceptiveness: Incarcerated prisoners. *Journal of Addictions & Offender Counseling*. 1992.
- Benjamin J. Escape from the Hall of Mirrors. *Psychoanalytic Dialogues*. 2004.
- Blanco, C.; Moreno, P. Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon (M). *Psiquiatría.com*. 2006.
- Borkenau P, Ostendorf F. Social desirability scales as a moderator and suppressor variables. *European Journal of Personality*. 1992.
- Díaz Morfa, J.. Trastorno de personalidad y sexualidad. *Interp-siquis*. 2007.
- Duriez B, Soenens B, Beyers W. Defensive Copers Show a Deficit in Passive Avoidance Learning on Newman's Go/No-Go Task: Implications for Self-Deception and Socialization. *Journal of Personality*. 2004.
- Einstein S. Substance Use(r) Treatment and Health Disparities: Some Considerations or An Askance Look at Institutionalized Substance Use(r) Intervention Disparities. *Substance Use & Misuse*. 2007.
- Flory, J.D; Harvey, P.D; Mitropoulou, V.; New, A.S.; Silverman, J.; Siever, L.J. and Manuck, S.B. La impulsividad disposicional en muestras normales y muestras que no lo son. *Journal of Psychiatric Research*. 2006.
- Forcada Chapa, R.; Pardo, N.; Bondía Soler, B. Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo. *Adicciones*. 2006.
- Gesang B. Enhancement between self-realization and self-deception. *Ethik In Der Medizin: Organ Der Akademie Für Ethik In Der Medizin*. 2006.
- González Ordi, H.; Iruarizaga Díez, I. Evaluación de las distorsiones de respuesta mediante el MMPI-2. *Papeles del Psicólogo*. 2005
- González Vives, S.; Díaz-Marsá, D.; Fuente-nebro, F.; López-Ibor Aliño, J.J.; Carrasco, J.L. Revisión histórica del concepto de trastorno limítrofe de personalidad (borderline). *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2006.
- Gudjonsson G, Sigurdsson J. The Relationship of Suggestibility and Compliance with Self-Deception and Other-Deception. *Psychology, Crime & Law*. 2004.
- Hasin, D.; Samet S; Nunes, E... (et.al). Diagnóstico de los trastornos psiquiátricos comórbidos en individuos consumidores de sustancias con la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders para el DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*. 2006.
- Holtgraves T. Social desirability and self-reports: testing models of socially desirable responding. *Personality And Social Psychology Bulletin*. 2004.
- Hren D, Vujaklija A, Ivanišević R, Knežević J, Marušić M, Marušić A. Students' moral reasoning, Machiavellianism and socially desirable responding: implications for teaching ethics and research integrity. *Medical Education*. 2006.
- Huang, C.; Yang, Y.; Chu, C.... (et.al). La asociación entre la Escala de Sinceridad del Inventario de Personalidad de Maudsley y la disponibilidad de los receptores D2/D3 de dopamina estriales de sujetos comunitarios chinos sanos. *European Psychiatry*. 2006.
- Johnson E. Self-Deceptive Coping: Adaptive Only in Ambiguous Contexts. *Journal of Personality*. 1995.



Leak G, Parsons C. The Susceptibility of Three Attachment Style Measures to Socially Desirable Responding. *Social Behavior & Personality: An International Journal*. 2001.

López Ramírez, M.E.; Barquera Fernández, M; García Gómez, N.M. Relación de los mecanismos de defensa y los trastornos de la personalidad en una muestra clínica mexicana. *Psicología.com*. 2007.

Mar R, DeYoung C, Higgins D, Peterson a. Self-Liking and Self-Competence Separate Self-Evaluation From Self-Deception: Associations With Personality, Ability, and Achievement. *Journal of Personality*. 2006.

McLaine B. Sleuths in the Darkroom: Photographer-Detectives and Postmodern Narrative. *Journal of Popular Culture*. 1999.

Merrill J, Rhodes L, Deyo R, Marlatt G, Bradley K. Mutual mistrust in the medical care of drug users: the keys to the "narc" cabinet. *Journal Of General Internal Medicine: Official Journal Of The Society For Research And Education In Primary Care Internal Medicine*. 2002.

Merydith S, Prout H, Blaha J. Social Desirability and Behavior Rating Scales: An Exploratory Study with the Child Behavior Checklist 4-18. *Psychology in the Schools*. 2003.

Merydith S, Wallbrown F. Reconsidering response sets, test-taking attitudes, dissimulation, self-deception, and social desirability. *Psychological Reports*. 1991.

Monts J, Zurcher L, Nydegger R. Interpersonal self-deception and personality correlates. *The Journal Of Social Psychology*. 1977.

Moran, P.; Coffey, C.; Mann, A.; Carlin, J.; Patton, G. Abuso de sustancias y trastornos de la personalidad en adultos jóvenes. *British Journal of Psychiatry*. 2006.

Nichols D, Greene R. Dimensions of Deception in Personality Assessment: The Example

of the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*. 1997.

O'Mahony P. Psychiatric patient denial of mental illness as a normal process. *The British Journal Of Medical Psychology*. 1982.

O'Mahony P, Smith E. Some personality characteristics of imprisoned heroin addicts. *Drug And Alcohol Dependence*. 1984.

Opazo Castro, R; Bagladi Letelier, V. La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia integrativa. *Psiquiatría.com*. 2006.

Orengo Caus, T.; González Abolafio, M.; Benito Delegido, A.; Ballester Sánchez, F.; Cervera Martínez, G.; Haro Cortés, G.. El modelo psicobiológico de Cloninger en dependientes de opiáceos. *Trastornos Adictivos*. 2007.

Pailhez Vindual, G.; Palomo Nicolau, A.L. Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de la personalidad. *Psiquiatría Biológica*. 2007.

Pedrero Pérez, E.J. TCI-140: propiedades psicométricas, relación con el TCI-R y con variables de personalidad. Estudio de una muestra de adictos en tratamiento. *Trastornos Adictivos*. 2006.

Sirvent, C; Blanco Zamora, P. La mentira transformada. *Interpsiquis*. 2007.

Sirvent, C. Autoengaño y adicción, clínica y psicoterapia. III Symposium Nacional de Adicción en la Mujer. Instituto Spiral. Publicado por la Agencia Antidroga de la CC. AA. de Madrid. 2007.

Sirvent, C; Blanco Zamora, P.; López Pérez B. Psicopatología del autoengaño en adictos. *Interpsiquis*. 2007.

Sirvent, C.; "Autoengaño y adicción". *Revista Norte de Salud Mental. Bizcaia*. nº 26, pp 39-49 Noviembre 2006

Skodol, A.E.; Oldham, J.M.; Bender, D.S.; Dyck, I.R.; Scout, R.L.; Morey, L.C.; Shea, M.T.

Zanarini, M.C.; Sanislow, C.A.; Grilo, C.M., et. al. Representaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad del DSM-IV y su relación con la alteración funcional. *American Journal of Psychiatry*. 2006.

Thompson M. Deception, mystification, trauma: Laing and Freud. *Psychoanalytic Review*. 1996.

Tirapu Ustároz, J.; Landa, N.; Lorea Conde, I. Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones*. 2003.

Verkasalo M, Lindeman M. Personal ideals and socially desirable responding. *European Journal of Personality*. 1994.

Zimmerman, M.; Rothschild, L.; Chelminski, I. Prevalencia de los trastornos de la personalidad del DSM-IV en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *American Journal of Psychiatry*. 2006.

ANEXO

DESCRIPTORES DEL AUTOENGAÑO
Basados en el Inventario de Mixtificación y Autoengaño (© Sirvent, 2007).

El Inventario de Mixtificación y Autoengaño (© Sirvent, 2007) está constituido por 50 ítems que cualifican y cuantifican una escala, cuatro dimensiones y doce componentes.

ESCALA

La **escala de autoengaño y mixtificación**, media de todos los ítems, sería la resultante vectorial de las cuatro subescalas y nos brinda una aproximación ecléctica sobre el nivel general de autoengaño del sujeto. Evidencia la incapacidad del sujeto para darse cuenta de los efectos adversos del problema, negándolo o rechazando los argumentos que

se le brindan. Otra forma de autoengaño (autoengaño clínico) sucede cuando el sujeto es bien consciente del problema y se queja pero no adopta soluciones o pretenden que estas vengan desde fuera. Peor aún es cuando el sujeto generaliza a todo su devenir diario el autoengaño y se instala en un *modus vivendi* mixtificado (ver mixtificación).

La medida de esta escala general es la media de todos los ítems, sería la resultante vectorial de las cuatro subescalas y nos brinda una aproximación ecléctica acerca del nivel general de autoengaño del sujeto.

DIMENSIONES

Autoengaño (como subescala o dimensión)

El **autoengaño** se describió ampliamente en epígrafe anterior, pero aquí cabe añadir las componentes descriptivas siguientes: la distorsión autoperceptiva mediante la que uno sesga la realidad a conveniencia. El registro interesado de los acontecimientos confundiendo deseos y realidad y el engaño, la tendencia a mentir intencionadamente (que se asocia frecuentemente al autoengaño). El sentido general de esta dimensión dentro de la escala se refiere más al matiz perceptivo —elaborativo (distorsión autoperceptiva, registro interesado de la realidad, etc.) sin adulterantes sociopáticos como la rigidez mental, el ofuscamiento, la desconfianza, etc. Sería —por así decirlo— la quintaesencia del autoengaño.

Manipulación

El inventario de autoengaño y mixtificación, IAM, considera a la manipulación desde una perspectiva utilitarista. Sería el intento de modificar en provecho propio las emociones y el entendimiento del interlocutor. Cuidado con



este matiz que diferencia esta manipulación de la convencional. La persona autoengañada, y más aún mixtificada, lo que pretende no es tanto engañar como obtener un beneficio. El bromista –por ejemplo– sería un manipulador emocional que no encajaría en este concepto; si lo haría en cambio el estafador, que no pretende tanto el engaño como la utilización del otro en provecho propio. Las componentes que mejor la describen (por orden de importancia) son:

La **manipulación emocional** equivale al intento de modificar los auténticos sentimientos del interlocutor. El diccionario de la RAE define manipular como “Intervenir con medios hábiles y, a veces, arteros, en la política, en el mercado, en la información, etc., con distorsión de la verdad o la justicia, y al servicio de intereses particulares”.

La manipulación emocional viene connotada por un trasfondo egoísta (utilizar al otro en provecho propio), por el chantajismo, por la relación falaz e insincera y la opacidad comunicativa.

Mecanismos de negación

Respecto la **negación y no afrontamiento**, obviando una evidencia y no enfrentándola, la negación de la veracidad de lo que el otro te dice porque no te interesa, es algo que define bastante bien al autoengaño.

Algunas **formas de negación** serían: evitar asociaciones, forzar la insensibilidad de la atención (“no tener sentimientos”), el ofuscamiento (menor nivel de arousal), la rigidez mental, la amnesia selectiva, el rechazo (negar la evidencia) y la fantasía o pensamiento fantaseado (para evitar la realidad).

La negación de la realidad puede ser un mecanismo de defensa del yo frente a la realidad: el yo niega hechos evidentes o situaciones

reales, cerrando el paso a la percepción de cosas que no acepta. La American Psychiatric Association califica la negación (denial) como un mecanismo de defensa que actúa inconscientemente, utilizado para resolver un conflicto emocional y aliviar la ansiedad rechazando los pensamientos, sentimientos, deseos, necesidades o factores de la realidad externa que son conscientemente intolerables.

Relacionada con la amnesia selectiva está la **reiteración** o repetición de una cosa que se ha dicho o ejecutado antes. Reiterar sería volver a decir o hacer algo. Y la reincidencia es la reiteración del mismo error sucesivamente por incapacidad de aprender de las equivocaciones. Es uno de los mejores indicadores indirectos de que el sujeto tiene este problema.

El diccionario de la RAE describe la negación como el rechazo de la veracidad de una cosa. Decir que algo no existe, no es verdad, o no es como alguien cree o afirma. Dejar de reconocer algo, no admitir su existencia.

Stephen Marmer (Universidad de California) afirma que “mediante la negación se invalida una parte desagradable o no deseada de la información o de la experiencia vital como si no existiera, y se observa en muchos pacientes con adicciones que no son conscientes de las consecuencias de sus conductas. Se diferencia de la represión en que existe una cierta conciencia y se niega una parte de la realidad, no un simple contenido mental. La negativa persistente a dejarse influir por las evidencias externas también indica el funcionamiento del mecanismo de negación”.

La escala considera algunas formas de negación típicas: evitar asociaciones, forzar la insensibilidad de la atención (“no tener sen-

timientos”), el ofuscamiento (menor nivel de arousal), la rigidez mental, la amnesia selectiva, el rechazo (negar la evidencia) y la fantasía (para evitar la realidad).

Mixtificación

Recordemos que el comportamiento mixtificado apunta a una vida basada en el engaño (“engaño como forma de vida”) que se extiende a todos los ámbitos del quehacer diario y que le aísla del medio aunque aparentemente se relacione. La coraza defensiva le dificulta la aprehensión del mensaje externo, sobre todo cuando este choca con el propio interés, entonces su pensamiento se hace irreductible. Al tiempo procura mantener una falsa apariencia puramente defensiva, o derivar dicha defensividad hacia la misantropía con conductas hurañas y evitativas. Es frecuente también tener una actitud egoísta y una visión del mundo egocéntrica. Las componentes que mejor los describen (por orden de importancia) son:

La **mixtificación** también se abordó en extensión con anterioridad. Recordemos algunas componentes esenciales; por ejemplo el engaño como forma de vida con apragmatismo o falta del sentido de la realidad, la coraza mistificadora defensiva que le cierra sobre sí mismo al tiempo que le aísla del mundo, ante el que reacciona con desconfianza, pensamiento irreductible y misantropía.

Para soportar esa vida lleva unas falsas apariencias e imagen, deseabilidad social, ofreciendo respuestas acomodaticias y mostrando una personalidad egoísta y opaca en mayor grado que con el simple autoengaño

Las componentes que mejor describen las dimensiones antes enunciadas (por orden de importancia) son:

COMPONENTES

(Factores cognitivos que agrupados describen dimensiones del autoengaño y por separado elementos clínicos sustanciales).

Insinceridad, engaño y tendencia a mentir:

Referida al mantenimiento de una imagen externa inauténtica (insincera y sin identidad definida), que resulta cada vez más desconocido para los suyos, siendo capaz de transformar las cosas a conveniencia propia para lo que no duda en emplear el chantaje emocional y la manipulación.

Opacidad comunicativa

Se expresa como una dificultad para acceder al interior del sujeto que suele presentar problemas para expresar emociones o ideaciones que se verbalizan de manera incompleta o deformada. También puede haber una falta de voluntad para exteriorizar lo que siente o piensa. Como consecuencia es previsible que la imagen que de sí mismo tiene el sujeto difiera de la que de él tienen los demás, incluso puede llegar a tener un déficit de autenticidad identitaria.

Egoísmo y egotismo

La anteposición sistemática de los propios intereses a los de los demás incluso contra toda ética es característica significativa de la actitud manipuladora y mixtificada que representa el egoísmo como dimensión. El egotismo, cuando se presenta, supondría la culminación de una personalidad mixtificada.

Rechazo, ofuscamiento

Es el principal mecanismo de negación que pone en marcha el sujeto ante argumentos que no gustan o negando una realidad in-



conveniente. Cuando el interlocutor no es del agrado del sujeto se ofuscará con cuanto de él provenga.

Amnesia selectiva, reiteración, insensibilidad de la atención, evitar asociaciones

“Tropezar sucesivas veces con la misma piedra”, reiterar en el error es signo y consecuencia de la amnesia selectiva. El sujeto no aprende de los errores, tardando tiempo en darse cuenta de cosas importantes, no advirtiendo los efectos contraproducentes de algo, confundiendo deseos con realidad, perpetuando situaciones sin poner solución y –en definitiva- evitando correlacionar asuntos que están ahí pero que el sujeto parece no querer ver.

Proyección

El diccionario de la RAE en su acepción psicológica define proyectar como “atribuir a otra persona o a algún objeto los defectos o intenciones que no se reconocen en uno mismo; proyecta sobre el niño el rencor que siente hacia su madre”. El sujeto cree que el problema está en la otra persona, no en sí mismo, aunque con la salvedad de que en su fuero interno puede pensar que hay más causas de las explicitadas por él. Plasmaríamos la vertiente paranoide de la proyección en la frase “los demás hacen las cosas peor que yo, o tienen la culpa de lo que pasa y encima me la imputan”.

Pensamiento fantaseado (o fantasía)

Típico del pensamiento fantaseado es confundir deseos con realidad, concibiendo cosas que puede acabar creyendo quizá porque su fantasía suple una realidad devastadora. Con frecuencia piensa demasiado lo que le pasa hasta transformarlo en otra cosa, dejándose

llevar con frecuencia por sus ilusiones, deformando en su imaginación la realidad a conveniencia propia. (¿Inconscientemente?).

Distorsión autoperceptiva

La deformación subjetiva tanto de la percepción propia como de la externa es un síntoma crucial del autoengaño. En consecuencia el sujeto tiene una imagen ilusoria de sí mismo que –no obstante- puede estar firmemente arraigada en su consciencia. La distorsión perceptiva comporta que los demás adviertan los problemas del sujeto antes que él. Con frecuencia disiente radicalmente de la opinión que los demás le expresan. No pocas veces estima que prácticamente nadie le comprende.

Registro interesado de la realidad

Sería darse cuenta de lo que a uno le gusta ignorando aquello que le disgusta (eufemísticamente, ver lo conveniente y no lo inconveniente). Aceptar el mensaje cuando gusta (crítica selectiva). Transformar el pensamiento a beneficio propio. Confundir lo que gusta (incluso siendo nociva para el sujeto) con lo que conviene. Creer más en su propia realidad que la ajena (que a veces penosa y denodadamente le intentan hacer ver tanto terapeutas como allegados), lo que le lleva a no apercebirse de un problema importante.

Engaño como forma de vida, apragmatismo

Permanecer instalado en un engaño, con falta de sentido práctico. Vivir una vida propia alejada del mundo real extendiendo el autoengaño al comportamiento cotidiano. Lo que denominamos “vivir mixtificado” en contexto limitado por el propio sujeto a hacer lo justo para proveerse de sustancias (si es adicto) desdeñando las múltiples facetas que tiene la vida. Comporta un empobrecimiento

relacional y contingencial. Autoengaño no circunscrito al ámbito adictivo sino extensible al quehacer cotidiano. Engaño como forma de vida con insinceridad. En casos extremos el sujeto rehúye el contacto social

Coraza defensiva, rigidez mental, desconfianza, misantropía

Como se dijo en anterior epígrafe el sujeto mixtificado tiene una coraza reactiva de escepticismo que le dificulta el cambio o la toma de conciencia entre otras razones por una presunción de desconfianza sistemática respecto a los demás y sus mensajes, lo que le ensimisma y aísla obstaculizando la comunicación interpersonal y la aprensión de mensajes externos. La rigidez mental es tanto causa como consecuencia de dicha defensividad y es uno de los principales handicaps para el progreso terapéutico. El ensimismamiento y aislamiento asociado orientan inexorablemente al sujeto hacia la misantropía.

Falsa apariencia, deseabilidad social

Respecto a la imagen exterior el sujeto puede mantenerse hosco o huido y expresarse con lenguaje defensivo y/o irascible, o bien mantener una apariencia ficticia, con deseabilidad, y respuestas, simuladas y adaptativas.



Cuadro 11: “Selectividad e importancia de los descriptores del autoengaño”

1. Autoengaño propiamente dicho

- Distorsión autoperceptiva: el sujeto tiene deformada la percepción tanto de si mismo como de la capacidad de valorar a los demás
- (Muy selectivo, 90% de importancia, 90% de especificidad) Fantasía. Pensamiento ilusorio
- Pensamiento ilusorio, fantasía: deformar mentalmente la realidad a conveniencia propia
(Selectivo, 80% de importancia, 70% de especificidad)
- Insinceridad, engaño en cosas importantes transformando la realidad sin importar si es o no verdad lo que se dice Opacidad comunicativa
- Opacidad: dificultad o falta de voluntad para expresar lo que se piensa o siente
(Selectivo, 80% de importancia, 50% especificidad)

2. Manipulación

- Egoísmo (lógico, ya que la manipulación es su plasmación fáctica: utilizar a alguien en provecho propio)
(Muy selectivo, 90% de importancia, 95% especificidad)
- Insinceridad
(Selectivo, 90% de importancia, 60% especificidad)
- Opacidad comunicativa
(Indicativo, 60% de importancia, 50% especificidad)

3. Mecanismos de negación y no afrontamiento

- Rechazo y ofuscamiento
(Patognomónico, 100% de importancia, 100% especificidad)
- Proyección
(Patognomónico, 100% de importancia, 100% especificidad)
- Amnesia selectiva. Reiteración. Insensibilidad de la atención evitando asociaciones
(Muy selectivo, 95% de importancia, 95% especificidad)
- Registro interesado de la realidad
(Selectivo, 80% de importancia, 60% especificidad)

4. Mixtificación

- Falsa apariencia, deseabilidad social
(Patognomónico, 100% de importancia, 100% especificidad)
- Coraza mistificadora defensiva, desconfianza, pensamiento rígido e irreducible, ensimismamiento, misantropía
(Patognomónico, 100% de importancia, 95% especificidad)
- Engaño como forma de vida
(Patognomónico, 100% de importancia, 95% especificidad)
- Opacidad comunicativa
(Indicativo, 60% de importancia, 50% especificidad)

Inventario de autoengaño y mixtificación Sirvent, 2007

Este cuestionario es TOTALMENTE ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL.

Por favor cumplimente estos datos:

Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer Fecha: _____

Instrucciones:

Lea atentamente cada pregunta y marque la respuesta que mejor le describa entre muy en desacuerdo (1) y muy de acuerdo (5). ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA CON ABSOLUTA SINCERIDAD

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Inseguro
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

1	Reconozco que con mayor frecuencia de la deseada he negado o pasado por alto un problema importante	1	2	3	4	5
2	La imagen que de mí tienen los demás es diferente a la que yo tengo de mí mismo	1	2	3	4	5
3	Tardo tiempo en darme cuenta de determinadas cosas de importancia que me pasan en los asuntos importantes de mi vida	1	2	3	4	5
4	Reconozco que en mi interior rechazo o no acepto lo que me dicen si no me gusta, aunque sea verdad	1	2	3	4	5
5	Reconozco que con frecuencia ven antes (o mejor) mis problemas otras personas que yo mismo	1	2	3	4	5
6	Me han llegado a decir que me doy cuenta de las cosas cuando me gustan, pero que no las hago caso cuando no me gustan (aunque sean importantes)	1	2	3	4	5
7	Sinceramente, creo que mantengo una imagen exterior que no es la auténtica mía	1	2	3	4	5
8	Solo yo me conozco, los demás no saben como soy realmente	1	2	3	4	5
9	Hay opiniones acerca de mí en las que coinciden los demás pero con las cuales yo no estoy de acuerdo	1	2	3	4	5
10	Francamente, engaño más o soy más insincero de lo que desearía	1	2	3	4	5
11	En mi interior creo que nadie o casi nadie me comprende o entiende	1	2	3	4	5
12	Me han llegado a decir (o insinuar) que manipulo	1	2	3	4	5
13	Si lo necesito utilizo el chantaje emocional cuando me conviene	1	2	3	4	5
14	Con frecuencia me doy cuenta antes de lo que le pasa a los demás que a mi mismo	1	2	3	4	5
15	Creo que es difícil anticipar o prever mis intenciones	1	2	3	4	5
16	Con frecuencia no me doy cuenta de los efectos dañinos de algo (amistad perjudicial, salir por zonas de riesgo, etc.)	1	2	3	4	5
17	Sinceramente, creo que cuando me interesa transformo las cosas ajustándolas a mi propia conveniencia	1	2	3	4	5
18	Miento para resguardar y encubrir a una persona (o más) muy allegada	1	2	3	4	5
19	Cuando me importa mucho una persona y me doy cuenta de sus defectos, trato de convencerme de que él/ella no es realmente así	1	2	3	4	5
20	Reconozco que acepto lo que me dicen si me gusta, aunque no sea cierto	1	2	3	4	5
21	Si alguna persona o cosa nociva o supuestamente negativa me gusta mucho me olvido o paso de posibles consecuencias	1	2	3	4	5
22	Quienes me conocen me dicen (o sospechan) que cuando me conviene recurro al engaño para conseguir mi propósito	1	2	3	4	5



23	Creo que caigo en los mismos errores en los asuntos importantes de mi vida una y otra vez	1	2	3	4	5
24	Sinceramente, con mayor frecuencia de lo habitual, recorro a la manipulación	1	2	3	4	5
25	Reconozco que -con más frecuencia de la que yo quisiera- no he enfrentado una situación comprometida dejando que se mantuviera sin solucionarla	1	2	3	4	5
26	Digo que mi problema de relación está en la otra persona, no en mí, aunque en mi fuero interno piense que hay más causas	1	2	3	4	5
27	Me cuesta darme a conocer tal y como soy con los demás	1	2	3	4	5
28	Parece que no aprendo de ciertos errores importantes en mi vida	1	2	3	4	5
29	Suelo aguantar situaciones conflictivas más de lo admisible esperando que dicha situación cambie	1	2	3	4	5
30	Suelo guardarme para mí mis intenciones, no me gusta que las sepan de antemano	1	2	3	4	5
31	Con frecuencia pienso demasiado en lo que me pasa hasta transformarlo en otra cosa	1	2	3	4	5
32	En mis conflictos considero que suelen tener la culpa los demás	1	2	3	4	5
33	Hay personas que creen que confundo lo que me gusta con lo que realmente me conviene	1	2	3	4	5
34	A veces imagino o fantaseo cosas que puedo acabar creyéndomelas	1	2	3	4	5
35	Creo que tengo autoengaño	1	2	3	4	5
36	Reconozco que siento desconfianza cuando los demás me intentan hacer ver las cosas a su manera	1	2	3	4	5
37	Cuando noto que quieren convencerme de algo me resisto interiormente	1	2	3	4	5
38	Sinceramente, creo que coloco una especie de pantalla ante las personas para que no penetren en mi interior	1	2	3	4	5
39	Creo más en mi realidad, en la que yo percibo que en la que me intentan hacer ver	1	2	3	4	5
40	Con cierta frecuencia afirmo tener las cosas claras cara a los demás cuando en el fondo no es así	1	2	3	4	5
41	No suelo reconocer casi nunca mis errores	1	2	3	4	5
42	Sinceramente muchas veces respondo lo que más me conviene, incluso por encima de la verdad	1	2	3	4	5
43	En temas importantes o que me preocupan reconozco que muchas veces me dejo llevar por mis ilusiones	1	2	3	4	5
44	A veces siento que mi forma de vida es un engaño, que vivo asentado en un engaño	1	2	3	4	5
45	Me dan a entender (aunque no me lo digan) que estoy equivocado en mi vida	1	2	3	4	5
46	Me dicen que tengo desconfianza (o que me cuesta confiar en los demás)	1	2	3	4	5
47	Me cuesta mucho trabajo cambiar mi pensamiento. Me resisto a que me cambien	1	2	3	4	5
48	Me defiendo de la influencia de los demás haciéndome fuerte en mi postura	1	2	3	4	5
49	Sinceramente, llegado el caso antepongo mis intereses a los de los demás	1	2	3	4	5
50	Hay personas que me atribuyen cosas negativas que en mi opinión tienen ellos peor que yo	1	2	3	4	5

Gracias por su colaboración