

APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL CONCEPTO DE PSICOPATÍA

Carolina López Magro¹
José Ignacio Robles Sánchez
Universidad Complutense de Madrid

Resumen

En este artículo se hace una revisión histórica del concepto de psicopatía, desde sus primeras descripciones clínicas hasta los criterios diagnósticos actuales. Se debaten cuestiones tales como la confusión terminológica, la equiparación que hacen algunos entre psicópata y delincuente o el problema que se plantea acerca de si los trastornos de personalidad son dimensiones extremas de la personalidad “normal” o cumplen requisitos para ser clasificados como auténticas categorías clínicas. Finalmente se revisan algunas sentencias de tribunales españoles sobre la responsabilidad jurídica del psicópata.

PALABRAS CLAVE: *Psicopatía, revisión histórica, delincuencia, sentencias de tribunales de justicia.*

Abstract

In this report, a historical review of the concept of psychopathy is carried out, going from its first clinical descriptions to the current diagnostic criteria. Questions such as the terminological confusion, the comparison made by some authors of the psychopath and the delinquent, or the problem about whether personality disorders are the extreme dimensions of the “normal” personality or whether they meet the requirements to be classified as true clinical categories are discussed. Lastly, some verdicts of Spanish courts on the legal responsibility of the psychopath are reviewed.

KEY WORDS: *Psychopathy, historical review, delinquency, court sentences.*

¹ Doctorando en Psicología Clínica, Legal y Forense. *Correspondencia:* Departamento Psicología Clínica, Facultad de Psicología. Buzón 79, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas (28223).

Introducción: elaboración histórica del término

Las primeras descripciones clínicas referidas a la psicopatía aparecen a lo largo del siglo XVIII, lo que no quiere decir que de forma intuitiva no se conociese este trastorno desde la antigüedad, ya que ciertas descripciones sobre personajes históricos, tales como Nerón o Lucrecia Borgia, agrupan muchos rasgos de los que actualmente integran el concepto de psicopatía. Para llegar hasta aquí, primero se tuvo antes que conceptualizar la locura como un trastorno psicológico, de lo que se llamaron *facultades morales*, alteraciones que tienen su origen en el interior del ser humano y que deberían ser abordadas mediante un tratamiento moral (*moral treatment*).

A lo largo del siglo XVII, y dentro de unos planteamientos moral-filosóficos, encabezados por Locke, se inicia en el Imperio Británico una corriente con la pretensión de desarrollar este tipo de tratamiento, encaminado al dominio de las pasiones, bien mediante el uso de fármacos, bien mediante la utilización de la “pasión contraria” (miedo contra ira, alegría contra tristeza, etc.).

Dentro de esta tradición británica que otorga amplia importancia a las facultades morales, Thomas Arnold (1806) se atreve a distinguir entre:

Ideal Insanity: locura caracterizada por perturbación de las sensaciones y manifestada en alucinaciones, y

Notional Insanity: se trataría de una especie de locura de conceptos derivada del fracaso de las asociaciones establecidas, lo cual estaría causado por el dominio de las pasiones

Este planteamiento será desarrollado por el americano Benjamin Rush (1786) a quien se le considera el creador del trastorno. El término ***Moral derangement o depravación moral (innata)*** es usado en su obra “*An inquiry into influence of physical causes upon the moral faculty*” para describir un trastorno mental en el se afectan las facultades morales con conservación de la razón y otras facultades intelectuales. A este tema, y en concreto, a la búsqueda de la etiología del mismo, dedicará Benjamin Rush (1812) otra obra, en la que se dejan ver ciertas influencias de autores franceses, ya que considera que tiene un origen congénito. El uso del término “facultad moral” queda justificado por el propio autor al señalar que es usado porque expresa con más claridad la idea de la capacidad de la mente de discernir entre el bien y el mal (juzgar lo que es bueno o es malo), distinguiéndola de la conciencia, que sería la sede del entendimiento es decir, el medio por el que se juzga lo correcto o incorrecto de las acciones.

El trabajo de Rush, nos resulta interesante por varias razones:

Es el primero que califica de locura lo que más tarde será la *moral insanity*.

Se adelanta en las tesis posteriores que intentarán explicar este trastorno.

Señala la dificultad para distinguir conductas patológicas de las realizadas por individuos mentalmente sanos.

Pero fue Pinel (1809) el primer autor que observó y documentó cierto tipo de pacientes susceptibles de padecer lo que él llamó **“manía sin delirio”**. Con este término, pretendía hacer referencia a personas con un funcionamiento intelectual normal que mantenían un comportamiento que entraba en conflicto con normas sociales, morales o legales, expuestos a extraños ataques de ira sin sentimientos de culpabilidad.

A partir de esta primera noción, se fueron desarrollando una serie de términos como **“locura moral” o moral insanity** (Pritchard, 1895). Este término, junto con la descripción hecha por el autor, tuvo una gran relevancia en la literatura de la época, siendo sistemáticamente citada o discutida, convirtiéndose en una referencia obligada. Pritchard entiende el cuadro como una perversión patológica de los sentimientos, afectos y de la capacidad de acción, sin que aparezcan ilusiones, alucinaciones u otras alteraciones del pensamiento, destacando que en ocasiones se ha observado una tendencia hereditaria, sobre todo de la tenencia de sentimientos de furia o malicia sin que medie provocación alguna.

Otros de los numerosos términos usados fue **“desorden psicopático”** con los que se pretendía hacer alusión a la incapacidad para adquirir valores éticos normales. Muchos más términos fueron usados hasta que Koch (1891) propone el de **“inferioridad psicopática constitucional”**, con el que pretende dejar de relieve la base biológica o constitucional de esta anomalía psicológica que no puede ser encuadrada dentro del concepto de enfermedad mental. Entre los individuos que padecen esta dolencia (*“Las almas impresionables, los sentimentales lacrimosos, los soñadores y fantásticos, los huraños, los apocados, los escrupulosos morales, los delicados y susceptibles, los caprichosos, los exaltados, los excéntricos, los justicieros, los reformadores del Estado y del mundo, los tercios y los porfiados, los orgullosos, los indiscretos, los burlones, los vanidosos y presumidos, los trotacalles y los noveleros, los coleccionistas, los inventores, los genios fracasados y los no fracasados”*), el autor distingue entre los que son una carga para sí mismo y los que lo son también para los demás.

Señaló además, que todas las inferioridades pueden ser agudas o crónicas, y de causa variada. Dentro de las diferentes causas destacan las congénitas y permanentes que pueden adoptar tres formas: delicadeza psíquica, disposición psicopática y anormalidad intelectual y moral. Esta distinción, ayudó a Meyer (1906) a distinguir entre los sujetos psiconeuróticos de los tipos constitucionalmente psicopáticos inferiores.

La importancia de la obra de este autor radica en:

Usar el término psicopatía de forma restringida.

Separar este trastorno de las psicosis.

Insistir en que se trata de una anormalidad y no una enfermedad

La inferioridad permanente y congénita dará lugar a las personalidades psicopáticas.

Destacar que el trastorno produce sufrimiento a la persona y a los que están a su alrededor.

La obra de Koch fue continuada por Kraepelin, quien fue matizando paulatinamente no sólo su concepción de psicopatía sino de la psiquiatría en general. En 1896, Kraepelin (1896), introduce el término **Estados psicopáticos** con el que alude a Trastornos constitucionales que se manifiestan como personalidades mórbidas. Este término fue sustituido por el mismo Kraepelin (1904) por el de **Personalidades psicopáticas** con el que hacía referencia a peculiares formas mórbidas de desarrollo de la personalidad que se consideran degenerativas. La noción de psicopatía que se está perfilando es como un estado de inferioridad congénita centrada particularmente en peculiaridades anómalas de la personalidad que se manifiesta con determinadas alteraciones de la conducta. Estaríamos, por tanto, ante individuos que no pueden ser considerados como enfermos pero a los que tampoco se les puede considerar normales ya que poseen una forma anómala de personalidad.

Kraepelin distingue los siguientes tipos de psicópatas: Nerviosos, Neuróticos obsesivos, Excitables (con y sin rasgos histéricos), Inestables (con y sin rasgos histéricos), Débiles de voluntad (con y sin rasgos histéricos), Impulsivos (aumento de los impulsos normales), Epilepsia afectiva, Impulsivos patológicos, Perversos sexuales (homosexuales, sadistas, masoquistas, fetichistas y exhibicionistas), Discutidores, Extravagantes retorcidos, Mentirosos, Personalidades histéricas (carácter histérico, histeria degenerativa), Camorristas y Asociales. A su vez, todos estos pueden ser divididos en dos grupos:

Con disposiciones mórbidas: obsesivos, impulsivos, y con desviaciones sexuales.

Con alteraciones de personalidad (aunque pueden ser más de siete, cita las que normalmente aparecen en las consultas de psiquiatría): excitables, inestables, impulsivos, excéntricos, mentirosos y timadores, antisociales y pendencieros.

La obra de Kraepelin influyó notablemente en autores posteriores como Schneider (1923), quien mantiene la idea de que los psicópatas manifiestan un trastorno de personalidad con el que sufren o hacen sufrir a los demás y entre los que se atreve a distinguir diez tipos según sus rasgos más sobresalientes. Estos diez tipos eran:

Psicópatas hipertímicos o activos: Alegres y eficientes, carecen de firmeza y de profundidad, poco dignos de confianza, descuidados y fáciles de influenciar. Incurren fácilmente en delitos.

Psicópatas depresivos: Tranquilos, en constante estado depresivo, predominan los autorreproches y las dudas.

Psicópatas inseguros de sí mismos: Inseguridad y a la desconfianza en sí mismos motivadas por la timidez interna, sobre todo en los planos físico y social, externamente se muestran seguros o arrogantes. Con remordimientos y escrúpulos de conciencia.

Psicópatas fanáticos: Activos y expansivos. Dependiendo de sus propósitos pueden subdividirse en: personal (lucha por su derecho, real o supuesto), idealista (realiza manifestaciones a favor de su programa), silenciosos, excéntricos, fantaseadores. No van a dudar en cometer actos contrarios al orden social o penal.

Psicópatas necesitados de estimación: Desean aparentar más de los que son y atraer la atención. Excéntricos.

Psicópatas lábiles: Con cambios bruscos de humor, estado irritable depresivo. Realizan acciones impulsivas que suelen desembocar en huidas o en excesos alcohólicos.

Psicópatas explosivos: Excitables e irritables, montan en cólera con suma facilidad, respondiendo con violencia.

Psicópatas desalmados: Carecen de determinados sentimientos básicos (compasión, vergüenza, sentido del honor, remordimientos, conciencia).

Psicópatas abúlicos: Sugestionables, falta de voluntad propia.

Psicópatas asténicos: Cobardes y atraídos por cosas triviales. Dentro de este grupo se diferencia entre:

- o Psíquicamente insuficientes: Escasa capacidad de rendimiento, incapacidad para concentrarse y una disminución de la memoria.
- o Individuos que debido a motivos caracterológicos fracasan fácilmente en lo somático (no prestan atención a pequeños malestares o a pequeñas alteraciones funcionales).

También tuvo gran influencia sobre Kretschmer (1921), quien desarrolla un continuo desde los tipos constitucionales normales hasta cuadros patológicos, extremos entre los que se encontrarían los psicópatas. Entiende a los psicópatas como aquellas personas que, por motivo de su estructura temperamental, tropiezan con dificultades de adaptación al medio común, haciendo sufrir a la comunidad o sufriendo en el seno de ella.

Los principales tipos constitucionales son el leptosomático, el atlético y el pícnico. Así mismo comenta la existencia de tres tipos menos comunes: el gigantismo eunucoide, la obesidad eunucoide y el infantilismo eunucoide, englobados bajo la designación de displásticos. Desde el punto de vista psíquico, distingue el temperamento esquirotímico y el temperamento ciclotímico. Estos temperamentos pueden darse en normales y anormales. A través de la observación dedujo la existencia de una estrecha correlación entre las formas corporales leptosomas, atléticas y displásticas y la esquizofrenia, por un lado; y por otro, entre las formas pícnicas y la psicosis maniaco-depresiva o circular.

Antes de la diferenciación tipológica de Schneider, anteriormente mencionada, Birbaum (1914) introdujo el término *sociopatía* para resaltar la importancia que tienen en la génesis del trastorno el aprendizaje social y las negativas influencias ambientales

tempranas. Otras aportaciones de interés procedentes de este autor son la distinción entre conducta delictiva habitual y psicopatía, junto con la consideración de que el psicópata no necesariamente debe estar afectado de retraso mental.

Con esta aseveración se abre la puerta a las aportaciones del psicoanálisis, el cual se suele centrar más en el comportamiento antisocial. Esta serie de interpretaciones encabezadas por Freud (1916). Este autor no desarrollo un modelo *ex profeso* para la psicopatía pero señaló la importancia de las experiencias infantiles del sujeto en la génesis del trastorno. Desarrollos posteriores como los de Alexander y Staub (1935) intentaron abordar el constructo pero de forma indirecta al intentar traspasar teorías procedentes de los trastornos neuróticos al tratamiento de criminales y por ende de psicópatas.

Fuentes actuales de la polémica

A) Confusión Terminológica.

El término psicopatía se vio sujeto a numerosas disputas, hasta el punto que Hunt (1944) coment que “el término personalidad psicopática, como se comprendía de forma común, era inservible para la investigación psiquiátrica” y “sólo servía como un cesto en el que relegar a un grupo de sujetos con otros trastornos de personalidad y problemas sin clasificar”. Y es que este es uno de los puntos de conflicto de los diferentes teóricos: la confusión terminológica. Para Blackburn (1992) el problema está en que los términos usados para referirse a esta dolencia o patrón conductual, hacen referencia a dos áreas distintas, a saber: la conducta o los rasgos de personalidad.

A lo largo de la historia, como ya hemos visto, esta diferenciación se ha ido manteniendo, a través de la convivencia entre dos tradiciones o escuelas:

Por un lado, la ya comentada tradición angloamericana arranca con Prichard (1835) y su “locura moral”. Según esta escuela en determinadas personas se producía una pérdida de la capacidad de orientarse según los principios morales. La locura moral sería la causa de la desviación social, mientras que la causa del trastorno se ponía en la conducta desviada. Esta visión fue muy respaldada desde distintos ámbitos, hasta el punto que en 1913 se incluyó dentro de la legislación inglesa el término “*imbecilidad moral*” con el que aludía al hecho de que existían sujetos que desde edad temprana desplegaban algún defecto moral permanente que, junto con fuertes tendencias hacia el vicio y la criminalidad, configuraban un conjunto de conductas para el cual, el castigo tenía un pobre efecto disuasorio. Más adelante, y aún en la línea de la desviación o patología en las normas sociales, Partidge (1930) propuso el término sociopatía para referirse a este trastorno, término que pretendía definir la psicopatía en términos conductuales y de desviación social (Robins 1966, 1978).

Esta misma perspectiva es recogida en los distintos manuales diagnósticos DSM, que alude a esta patología con nombres como trastorno sociopático de personalidad, reacción antisocial, hasta el actual trastorno antisocial de personalidad, el cual está definido por la presencia de conductas antisociales persistentes por lo que, las características de personalidad del sujeto no son esenciales para el diagnóstico.

Por su parte, la tradición alemana, define esta patología según los rasgos de personalidad o, como dice Blackburn (1992), como desviación personal. El punto de referencia de esta escuela es el ya mencionado Koch. En esta escuela a su vez, conviven dos posturas: la de los autores llamados “psíquicos” (más interesados por aspectos teóricos) y la de los autores “somáticos” (más preocupados por aspectos prácticos). Lo más relevante es su propuesta de que aunque puede que exista inadaptación a las normas sociales, lo primordial no son las conductas antisociales, sino los rasgos de personalidad que subyacen a éstas. Durante un tiempo se usó bajo la denominación de “personalidades psicopáticas” con la que se aludía de modo más o menos genérico a todos los trastornos de personalidad.

A pesar de los esfuerzos de distintos autores, continúa la polémica sobre esta patología ya que se plantea la pregunta de si los términos usados por las distintas escuelas aluden a un único concepto unitario o si en realidad estamos hablando de entidades distintas. De esta última opinión, encontramos a autores como Barbour, McMullen, Coid, Howard (1988)

B) ¿Son lo Mismo Psicopatía y Comportamiento Antisocial?

Una de las fuentes de esta polémica deriva de la equiparación entre psicopático y antisocial, aspecto ya señalado por McCord y McCord (1964), y gracias a la influencia de la corriente angloamericana. Esta equiparación no parece del todo acertada dado que parece demostrado que ni todos los delincuentes son psicópatas, ni todos los psicópatas son delincuentes, aún así, la tendencia más generalizada en la actualidad y desde los años sesenta, es el definir el trastorno a partir de descripciones de síntomas.

Así encontramos descripciones como la de Karpman (1961) quien dice del psicópata que es una persona insensible, emocionalmente inmadura, desdoblada y carente de profundidad, sus reacciones emotivas son simples, aunque puede simular otras reacciones para conseguir sus propósitos. No siente ansiedad ni miedo por lo que las recompensas y los castigos no tienen efecto sobre su comportamiento inmediato, el cual suele estar determinado por impulsos o necesidades circunstanciales. Sus relaciones interpersonales son superficiales. Según este autor los psicópatas podrían dividirse en agresivo-depredadores y pasivo-parásitos.

En la misma línea, Arieti (1967) distingue entre psicópatas:

Simples: incapaces de aplazar la satisfacción de sus necesidades psicológicas y fisiológicas.

Complejos: intentan satisfacer sus necesidades y escabullirse a continuación.

C) ¿Todos los psicópatas son delincuentes?

Otra de las fuentes de polémica es el hecho de que el tomar la psicopatía como desviación social, ha hecho que se considere a todos los sujetos con una historia de conductas desviadas como un conjunto unitario, y, consiguientemente, sean calificados como psicópatas un grupo heterogéneo de sujetos que apenas comparten rasgos de personalidad. Esta circunstancia tiene especial relevancia a la hora de tratar el tema de la clasificación de los psicópatas.

Mientras algunos autores apoyan la heterogeneidad de perfiles dentro de la psicopatía (Blackburn 1998), para otros esta heterogeneidad deriva del hecho anteriormente comentado, ya que cuestionan que psicópatas con altos niveles de neuroticismo sean auténticos psicópatas y prefieren restringir sus investigaciones a los psicópatas primarios clásicos, como en el caso de Hare y Cox (1978).

D) Constructo categorial versus dimensional

También existe polémica entorno a la naturaleza del concepto de psicopatía, ya que mientras para algunos estamos ante un constructo categorial, que nos permitiría distinguir claramente al delincuente psicópata del que no lo es, (McCord, 1983; Hare, 2003; Lilienfeld, 1998) para otros, nos encontramos con un concepto dimensional (Blackburn, 1988; Blackburn y Maybury, 1985; Wilson y Herrnstein, 1985) ya que los rasgos que configuran la personalidad psicopática son variables continuas, y por tanto las diferencias entre sujetos se circunscriben a diferencias de grado.

Entre estas dos posturas se han desarrollado una serie de estudios entre los que podemos destacar los de Harris, Rice y Quinsey (1994), quienes demostraron que la psicopatía, tal y como es medida por la PCL-R, es una entidad discreta, lo que quiere decir, que puntuaciones elevadas en esta escala indicaría una mayor probabilidad de ser un psicópata y no una mayor cuantía de este rasgo. A raíz de esta demostración, se postuló la necesidad de crear medidas alternativas a la PCL-R, hecho que motivó la creación del *Psychopathic Personality Inventory* (Lilienfeld y Andrews, 1996). A este respecto también se hizo notar que los ítems que define el DSM-IV como necesarios para el diagnóstico de Trastorno antisocial de la Personalidad son de carácter taxonómico, pero no así los rasgos de personalidad en los que se apoyan (Skilling, Harris, Rice y Quinsey, 2002).

Parece existir consenso en que la consideración del Factor 1 de la PCL-R como una variable continua (Cale y Lilienfeld, 2002) y el Factor 2 como una categoría discreta. También se ha planteado la convivencia, en este segundo factor de dos aspectos de diferente naturaleza como es el caso del comportamiento antisocial infantil como un taxón, mientras que se ha podido establecer un continuo con respecto al historial criminal adulto.

Todo ello ha llevado a que algunos autores consideren este diagnóstico como una “cajón desastre” donde encuadrar a cualquier individuo antisocial para el que no se encuentra un diagnóstico mejor. Por ello, otros autores denuncian la imprecisión del término y su cuestionable uso para propósitos científicos.

Intentos de clarificación: definición de psicopatía y criterios diagnósticos

A) Descripciones clínicas de la psicopatía

1) Algunas definiciones básicas.

Ya hemos mencionado algunas de las descripciones que a lo largo de los sesenta se hicieron de la psicopatía, pero conviene puntualizar otras definiciones y caracterizaciones que obtuvieron respaldo académico en su época.

Tal es el caso de la descripción que McCord y McCord (1964) hacen del psicópata como un sujeto peligroso, asocial, guiado por la satisfacción inmediata de deseos primitivos, impulsiva, agresiva, que no experimenta culpa ni es capaz de desarrollar vínculos afectivos duraderos. Estas características se pueden resumir, según ellos, en dos fundamentales: incapacidad para amar y la falta de remordimientos por lo que cualquier antisocial no es un psicópata.

La característica esencial para Craft (1965) es la ausencia de sentimientos, afecto y amor y la impulsividad. Mientras que Foulds (1965) y Buss (1966) destacan el egocentrismo y la falta de empatía.

Sin embargo Gough (1948) destaca la sobrevaloración de metas presentes frente a otras lejanas, despreocupación por los derechos de los demás cuando interfieren con la satisfacción personal, conducta impulsiva o aparente incongruencia entre la fuerza del estímulo y la magnitud de la respuesta, incapacidad para formar relaciones afectivas profundas o duraderas, pobre capacidad de planificación en función de metas, aparente falta de ansiedad, tendencia a culpar a los demás y no responsabilizarse por los propios fracasos, pobreza emocional. Plantea la independencia de los factores antisocial y psicopático y la necesidad de la convergencia de varios síntomas.

2) Los criterios de Cleckley

En su libro *La máscara de la cordura*, plantea que el psicópata se presenta con una máscara con la que engaña a los demás. Establece una diferenciación entre psicópata y delincuente ordinario en función de la motivación de la conducta, la consideración de sus consecuencias y la lealtad de los miembros de su grupo.

Lo que define fundamentalmente al psicópata es la falta de emocionabilidad subyacente a toda conducta lo que sugiere la existencia de algún tipo de “demencia semántica”, es decir, incapacidad para reaccionar apropiadamente al contenido verbal que elicitaba reacciones emocionales en los sujetos normales.

Según Andrews y Bonta (1994), las aportaciones de Cleckley en cuanto al concepto de psicópata, las podríamos resumirlas en:

La apariencia exterior de normalidad

Falta de respuesta al castigo y al control social

La constatación de que la conducta delictiva no es una característica esencial para definir la psicopatía.

Blackburn y Maubury (1985), le han criticado a Cleckley:

Primacía otorgada a las variables afectivas, consideradas como criterio necesario y suficiente.

Presenta un concepto global sin distinguir tipos de psicópatas.

Falta de contacto con la teoría de personalidad al considerar las variables como categorías discretas más que como rasgos continuos.

A pesar de las críticas, los criterios han conseguido identificar a un grupo considerable y homogéneo. Así, los criterios para el diagnóstico de la psicopatía propuestos por Cleckley son:

1. Encanto externo y notable inteligencia.
2. Ausencia de alucinaciones u otros signos de pensamiento irracional.
3. Ausencia de nerviosismo o de manifestaciones psiconeuróticas.
4. Inestabilidad, poca formalidad.
5. Falsedad e insinceridad.
6. Falta de sentimientos de remordimiento o vergüenza.
7. Conducta antisocial inadecuadamente motivada.
8. Razonamiento insuficiente y falta de capacidad para aprender de la experiencia vivida.
9. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
10. Pobreza general en las principales relaciones afectivas.
11. Pérdida específica de intuición.

12. Insensibilidad en las relaciones interpersonales generales.
13. Comportamiento fantástico y poco recomendable con y sin bebida.
14. Amenazas de suicidio raramente llevadas a cabo.
15. Vida sexual impersonal, trivial y pobremente integrada.
16. Fracaso para seguir un plan de vida.

3) *Otras aportaciones.*

Gray y Hutchinson (1964) intentaron comprobar hasta qué punto existía acuerdo respecto a los rasgos específicos de la psicopatía para lo cual enviaron por correo un cuestionario a 937 psiquiatras canadienses. La mayor parte de ese cuestionario estaba constituida por una lista de 29 ítems relativos a diferentes características de la psicopatía. Lo que se pedía a los psiquiatras es que ordenasen de mayor a menor los 10 ítems que considerasen más importantes para el diagnóstico de la psicopatía. Los 10 ítems considerados más importantes por los 677 psiquiatras que respondieron, fueron:

1. No saber aprovechar las enseñanzas de la experiencia pasada.
2. Falta de sentido de la propia responsabilidad.
3. Incapacidad para establecer relaciones interpersonales.
4. Control de impulsos deficiente.
5. Sentido moral deficiente.
6. Actitud crónica o reiteradamente antisocial.
7. Ineficacia de los castigos para hacerles cambiar de conducta.
8. Inmadurez emocional.
9. Incapacidad para experimentar sentimientos de culpa.
10. Egocentrismo.

4) *La investigación de Hare.*

Hare comenzó su estudio de la psicopatía en 1980, con muchachos ingresados en correccionales. Uno de sus primeros estudios consistió en considerar las distintas puntuaciones de 143 internos en prisión en los distintos criterios de Cleckley. Tras aplicar un análisis factorial se extrajo 5 factores ortogonales:

- i. Incapacidad para desarrollar relaciones afectivas con otros, falta de empatía, insensibilidad e indiferencia a los derechos y sentimientos de los demás y ausencia de los sentimientos de culpa.
- ii. Estilo de vida inestable con ausencia de planes a largo plazo.
- iii. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de su conducta antisocial.
- iv. Ausencia de psicopatología.
- v. Presencia de controles conductuales débiles e inestables.

Tras otro análisis factorial posterior, aparecieron dos factores delimitados y que son los que actualmente integran la PCL-R:

Factor 1: Describe una relación de rasgos de personalidad como la falta de empatía y la incapacidad para desarrollar relaciones afectivas con otros. Sería el depositario de la tradición germana anteriormente comentada. Está muy relacionado con las características señaladas por Cleckley y con medidas autoinformadas de ansiedad, neuroticismo y emociones negativas (Frick, Lilienfeld, Ellis, Loney, y Silverthorn, 1999; Hare, 1991; Harper, Hare, y Hakstian, 1989; Patrick, 1994; Verona, Patrick, & Joiner, 2001; Schmitt & Newman, 1999) empatía, narcisismo, y dominancia. Contendría los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 16 de la PCL-R.

Factor 2: Manifestaciones conductuales: Estilo de vida crónicamente inestable y antisocial (propensión al aburrimiento, baja tolerancia a la frustración, presencia de pobre controles conductuales, problemas de conducta en la infancia, falta de planes a largo plazo, conducta irresponsable, delincuencia juvenil). Este factor parece estar relacionado con otras escalas de autoinforme que valoran psicopatía, así como con el diagnóstico de trastorno antisocial de personalidad y guarda cierta correlación negativa con variables como estatus socioeconómico, nivel educativo o la inteligencia, y positiva con impulsividad, búsqueda de sensaciones y hostilidad. Contendría los ítems 3, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19 de la PCL-R

Ítems complementarios: (11, 17, 20) no se encuadran en ninguno de los factores anteriores.

Estudios posteriores han replicado con distintas poblaciones los resultados de Hare (Kosson, Nichols y Newman, 1985; Peterson 1984; Raine 1985; Moltó, Poy y Torrubia 2000). En todos los estudios se ha encontrado evidencia de validez discriminante entre ambos factores, aunque estén correlacionados entre sí. Esta circunstancia podría explicarse aludiendo a un argumento de Cleckley: no todos los psicópatas definidos por los criterios tradicionales responden al diagnóstico de TAP ni todos los TAP pueden considerarse psicópatas.

A partir de este estudio y tras un proceso de criba de ítems, elaboró la PCL en la que se deben puntuar 20 ítems a partir de la información obtenida en una entrevista semiestructurada y datos de archivos. Se evalúa por dos o más investigadores expertos que puntúan cada uno de los rasgos de 0 a 2. Normalmente se toma 30 como puntuación criterio para el diagnóstico de psicopatía.

Los ítems de los que consta la PCL-R

1. Locuacidad/encanto superficial
2. Egocentrismo/Sensación grandiosa de autovalía
3. Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento
4. Mentiras patológicas
5. Engaño/manipulación
6. Ausencia de remordimiento y culpabilidad
7. Escasa profundidad de los afectos
8. Insensibilidad/falta de empatía
9. Estilo de vida parásito
10. Escaso control conductual
11. Conducta sexual promiscua
12. Problemas de conducta precoces
13. Falta de metas realistas a largo plazo
14. Impulsividad
15. Irresponsabilidad
16. Incapaz de aceptar la responsabilidad de las propias acciones
17. Relaciones maritales de breve duración
18. Delincuencia juvenil
19. Revocación de la libertad condicional
20. Versatilidad criminal

La comprobación de la estructura factorial de la escala fue realizada por el mismo Hare junto con Harper, Hakstian y otros (1990) y las réplicas apuntan a una buena consistencia y fiabilidad interjueces, lo que parece apuntar a la utilidad de una puntuación global de la escala y la propia unidimensionalidad del concepto.

5) Cuestionamiento del Modelo de dos Factores de Hare: propuestas actuales.

El modelo de los dos factores de Hare fue desarrollado a partir de análisis exploratorios y cálculos de coeficientes de congruencia. Algunas investigaciones han intentado ir más allá, intentando probar la existencia de estos factores en otros grupos de población diferentes a los usados por Hare y aplicando análisis confirmatorios, tal es el caso de:

Vitacco, Rogers, Neumann, Harrinson y Vicent (en prensa) con presos varones usuarios de la unidad de salud mental.

Darke, Kaye, Finlay-Jones y Hall (1.998) y McDermott et al (2.000) con presos con diferentes desórdenes derivados del consumo de sustancias.

Hill et al (1.995) con muestras psiquiátricas forenses.

Jackson, Rogers, Neumann y Lambert (2.002) con delincuentes femeninas.

Ante estos hallazgos, Cooke y Michie (2.001) desarrollan un modelo jerarquizado desglosado en tres factores, basado en:

Respecto al contenido: la presencia de manifestaciones psicopáticas en las áreas interpersonal, afectiva y comportamental que aparecen a lo largo de la tradición teórica (Blackburn 1998, Cleckley 1976, Hare 1991, Lilienfeld 1994)

Metodológicamente: la aplicación de la teoría de respuesta al ítem y análisis confirmatorios sobre los numerosos datos obtenidos con la PCL-R a fin de determinar su estructura.

Tras numerosos análisis, se reestructura la PCL-R como un cuestionario de 16 ítems, y se elabora un modelo que se diferencia del de Hare en:

Se separa el Factor 1 en:

- Interpersonal (Arrogancia y estilo interpersonal engañoso) En el que saturan los ítems 1,2,4 y 5
- Afectivo (Deficiente experiencia emocional) En el que saturan los ítems 6,7,8 y 16

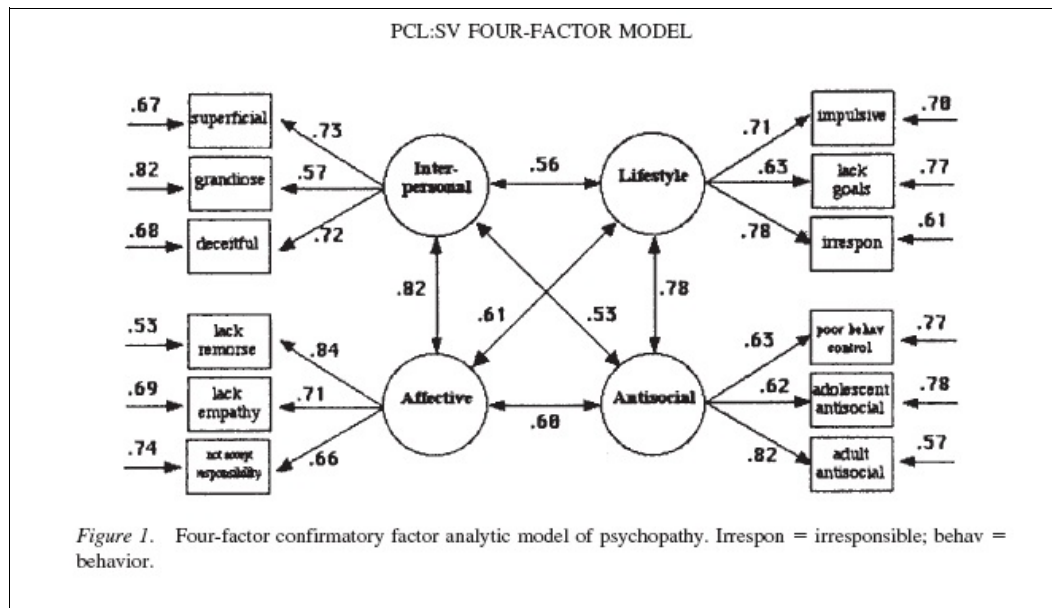
Se añade un factor denominado impulsividad y estilo comportamental irresponsable definido por los ítems 3, 9, 13,14 y 15.

Se eliminan la mitad de los ítems del Factor 2 basándose en la evidencia de que resultan pobres indicadores de psicopatía. Skeen, Mulvey y Grisso (2003) apoyan esta decisión de suprimir como factor el comportamiento antisocial ya que éste puede estar provocado por otros factores ya incluidos, como la hostilidad, o ciertas desviaciones en la personalidad. Además opinan que es mucho más importante en la caracterización de la psicopatía el distanciamiento emocional.

Este modelo propuesto por Cooke y Michie ha resultado tener una buena validez estructural pero se le ha criticado la consideración de que el comportamiento antisocial está subsumido por otra serie de variables. Es por ello que ciertos autores (Hare 2003, Parker, Sitarenios y Hare 2004) sugieren la incorporación de dicho comportamiento, surgiendo la propuesta de un modelo caracterizado por cuatro factores: los tres propuestos por Cooke y Michie (interpersonal, afectivo e impulsividad), junto con el comportamiento antisocial. Este modelo de los 4 factores está siendo estudiado y replicado en la actualidad (Neumann, Kosson, Forth y Hare 2.004; Saleskin, Neumann, Leistico y DiCicco, 2.004) comprobándose que posee una buena validez externa y estructural y confirmando una serie de ventajas con respecto al anterior de tres factores, a saber:

Es más preciso a la hora de predecir futuras agresiones (Hill et al 2.004)
Permite evaluar relaciones longitudinales entre personalidad de base y comportamiento antisocial (Vitacco, Newman y Jackson, 2.005)

Vitacco et al 2005 mediante el análisis con ecuaciones estructurales encuentran que el modelo de los cuatros factores tendría una estructura como la siguiente:



B) Criterios diagnósticos en los sistemas de clasificación de los desórdenes mentales.

1) El trastorno antisocial de la personalidad en la clasificación de la APA.

Las categorías diagnósticas relacionadas con el trastorno psicopático han sufrido modificaciones tanto en el término empleado para referirse al mismo como en los criterios diagnósticos que lo definen:

DSM-I: Se utiliza el término “*Desorden de la personalidad sociopática, reacción antisocial*” para referirse a individuos crónicamente antisociales que siempre tienen problemas, que no parecen aprovecharse ni de la experiencia pasada ni del castigo y que no mantienen auténticas lealtades con la persona, grupo o norma alguno. Son

a menudo sensibles, hedonistas, muestran una marcada inmadurez emocional, falta de sentido de responsabilidad, falta de capacidad de enjuiciamiento, incapacidad para racionalizar su comportamiento de manera que parezca razonable y justificado.

DSM-II: Con el término “*trastorno antisocial de la personalidad*” (TAP), se enfatizan los rasgos de personalidad que aparecen en las descripciones clínicas de la psicopática, tales como egocentrismo, insensibilidad, irresponsabilidad, impulsividad, ausencia de sentimiento de culpa e incapacidad para aprender de la experiencia.

DSM-III: Se mantiene el término pero los criterios diagnósticos se reelaboran por un grupo de expertos siguiendo los estudios de Robbins (1966, 1978), en los que se demuestra que todo tipo de conducta antisocial en la niñez es capaz de predecir en alto grado la conducta antisocial en la edad adulta. Entre el conjunto de indicadores de conducta en la infancia se incluyen actos como el robo y el vandalismo, resistencia a la autoridad, agresión física, impulsividad y precocidad en ciertas conductas. Entre los indicadores de la conducta adulta se incluyen circunstancias como conductas violentas o delictivas, problemas con la bebida, abandono de empleo, entre otras. En concreto Lynam (1996) revisa y se cerciora de la relación existente entre el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad con la psicopatía adulta, estudios continuados por Frick (Frick y Ellis, 1999) con su *PSD (Psychopathy Screening Version)* donde matizan que los niños susceptibles de ser etiquetados con posterioridad son los que obtienen puntuaciones más elevadas en el Factor DI o Dureza/Impulsividad (equivalente al factor 1 de la PCL). Según esto se supone que las manifestaciones del TAP son identificables en la adolescencia o incluso antes, y que estas manifestaciones perduran a lo largo de la edad adulta, operativizándose en “historia de conducta antisocial continuada y crónica en la que se violan los derechos de los demás”, siendo necesarios y suficientes cuatro criterios para diagnosticar el TAP:

- Que el paciente tenga menos de 18 años.
- Que exista evidencia de conducta problemática antes de los 15 años (al menos 3 de los 12 síntomas señalados)
- Que el patrón de conducta antisocial persista en la edad adulta (al menos 4 de 9)
- Que la conducta antisocial se presente al margen del curso de una esquizofrenia o de episodios maníacos.

Esta serie de criterios han sido criticados ya que se olvidan de factores de personalidad anteriormente recogidos (y considerados por muchos clínicos como prototípicos) y que son centrales para el diagnóstico desde un punto de vista clínico.

La razón de este olvido ha sido justificada basándose en la dificultad para operativizar los rasgos de personalidad. El caso es que con estos criterios se ha alcanzado una buena fiabilidad en el diagnóstico del trastorno, eso sí, a costa de no reflejar fielmente el constructo que se pretendía medir, ya que comparándolo con el diagnóstico realizado a partir de la PCL de Hare, los criterios del DSM-III sólo reflejarían aspectos del factor 2 (desviación social).

DSM-IV: Se mantiene la denominación de *trastorno antisocial de la personalidad* y en general no se producen muchas modificaciones con respecto al DSM-III ya que se mantiene que la persona debe ser mayor de 18 años y que la conducta antisocial se debe presentar al margen del curso de una esquizofrenia o de episodios maníacos. En cuanto a la historia previa, se señala que deben existir pruebas de un trastorno disocial antes de la edad de 15 años. Se intentan incluir los rasgos de personalidad añadiendo como primer criterio “un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta antes de los 15 años” (al menos 3 de 7).

Como vemos, se mantiene la necesidad para el diagnóstico de una historia durante la infancia y adolescencia de conductas relacionadas con la agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo y violaciones graves de las normas; ya que de lo contrario, el comportamiento antisocial meramente adulto, se codificaría en el Eje I como “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”.

F60.2 Trastorno Antisocial de la Personalidad [301.7]

- A. Un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como indican tres (o más) de los siguientes ítems:
- (1) Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detección.
 - (2) Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
 - (3) Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
 - (4) Irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas físicas repetidas o agresiones.
 - (5) Despreocupación imprudente por su seguridad o por la de los demás.
 - (6) Irresponsabilidad persistente, indicada por incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
 - (7) Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.
- B. El sujeto tiene al menos 18 años.
- C. Existen pruebas de un trastorno disocial, que comienza a la edad de 15 años.
- D. el comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o episodio maníaco.

2) La psicopatía en la clasificación de la OMS.

Hasta la década de los setenta, la clasificación diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud, no tuvo mucha relevancia a nivel internacional, ya que lo que imperaban eran las clasificaciones nacionales basadas en las investigaciones y paradigmas desarrollados por las autoridades locales en la materia. A partir de esta década, con la octava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8) se empezaron a aunar los criterios dispersos que convivían en Europa. Pero no es hasta la CIE-10 (1992) cuando empiezan a tener una verdadera relevancia internacional.

En esta CIE-10, la psicopatía está recogida en la categoría de Trastorno Disocial de la Personalidad, y sus criterios diagnósticos son:

“Trastorno Disocial de la Personalidad”

1. Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
2. Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad, despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.
3. Incapacidad para mantener relaciones sociales duraderas.
4. Muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento.
5. Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en concreto del castigo.
6. Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.
7. Irritabilidad persistente.

Como vemos, en este caso, y siguiendo la tradición alemana, los criterios que definen el trastorno se refieren exclusivamente a características de personalidad y no requiere explícitamente la imprescindible presencia que para el DSM tienen los síntomas de trastorno comportamental en la infancia.

C) La propuesta dimensional de la psicopatía: la propuesta de Blackburn.

Las propuestas revisadas hasta este punto, mantienen un abordaje categorial basado en el modelo médico de enfermedad. Blackburn (1987) propone un abordaje dimensional a la hora de tratar con los trastornos de personalidad ya que los atributos esenciales de los diferentes constructos, ya sean conductas o características de personalidad, no son variables dicotómicas, sino que están distribuidas a lo largo de un continuo, por lo que este tipo de abordaje parece más válido.

La utilidad de una categoría diagnóstica se define por su capacidad para agrupar un conjunto homogéneo de sujetos que comparten características identificables de forma fiable. Según las diferentes investigaciones realizadas por Blackburn en Gran Bretaña (1975, 1979, 1986), parece quedar demostrado que las personas a las que se les asigna la etiqueta de “desorden psicopático”, definido fundamentalmente en términos de desviación conductual, no constituyen un grupo homogéneo en cuanto a características de personalidad, por lo que no parece muy útil continuar con estos sistemas que usan categorías diagnósticas.

A partir de diversos cuestionarios, Blackburn (1979) identificó dos factores en función de los se podían clasificar los sujetos antisociales, a saber:

Beligerancia (anteriormente Psicopatía o agresión antisocial): refleja en qué medida las relaciones de una persona con los otros están gobernadas por la desconfianza y la falta de consideración, y se expresan en una conducta punitiva y coercitiva.

Retirada Social: se trataría de una dimensión de inhibición social o timidez, caracterizada por la evitación de los demás.

A partir de estas dimensiones y gracias a un análisis de cluster, identifica cuatro grupos de delincuentes: psicópatas primarios, secundarios, controlados e inhibidos.

		BELIGERANCIA	
		ALTA	BAJA
RETIRADA SOCIAL	ALTA	Psicópata Secundario	Inhibido
	BAJA	Psicópata Primario	Controlado

Desde el punto de vista de Blackburn (1996), la dimensión que mejor diferencia a los psicópatas de otros delincuentes es la Beligerancia (impulsividad, agresividad, hostilidad) mientras que la dimensión de sociabilidad-retraimiento permite distinguir dos grupos de psicópatas:

Los primarios son extravertidos, y no neuróticos.

Los secundarios son retraídos socialmente y puntúan alto en ansiedad.

Estos subtipos son los clásicos que ya se habían venido diferenciando a lo largo de los años aludiendo a diferentes dimensiones. En general se considera a los primarios como sujetos que desarrollan comportamientos antisociales motivados por la falta de conciencia,

mientras que, en el caso de los secundarios, se suponían que era una expresión de los conflictos neuróticos:

Lykken (1957) añadió la consideración de que el primario presenta una respuesta de la conductancia de la piel disminuida ante situaciones de estrés.

Fowles (1980, 1993) intentó relacionar estos subtipos con la teoría de Gray proponiendo que los primarios tienen un sistema BIS disminuido (emitían más respuestas castigadas anteriormente de lo esperable) y los secundarios un sistema BAS hiperactivo (buscadores de sensaciones).

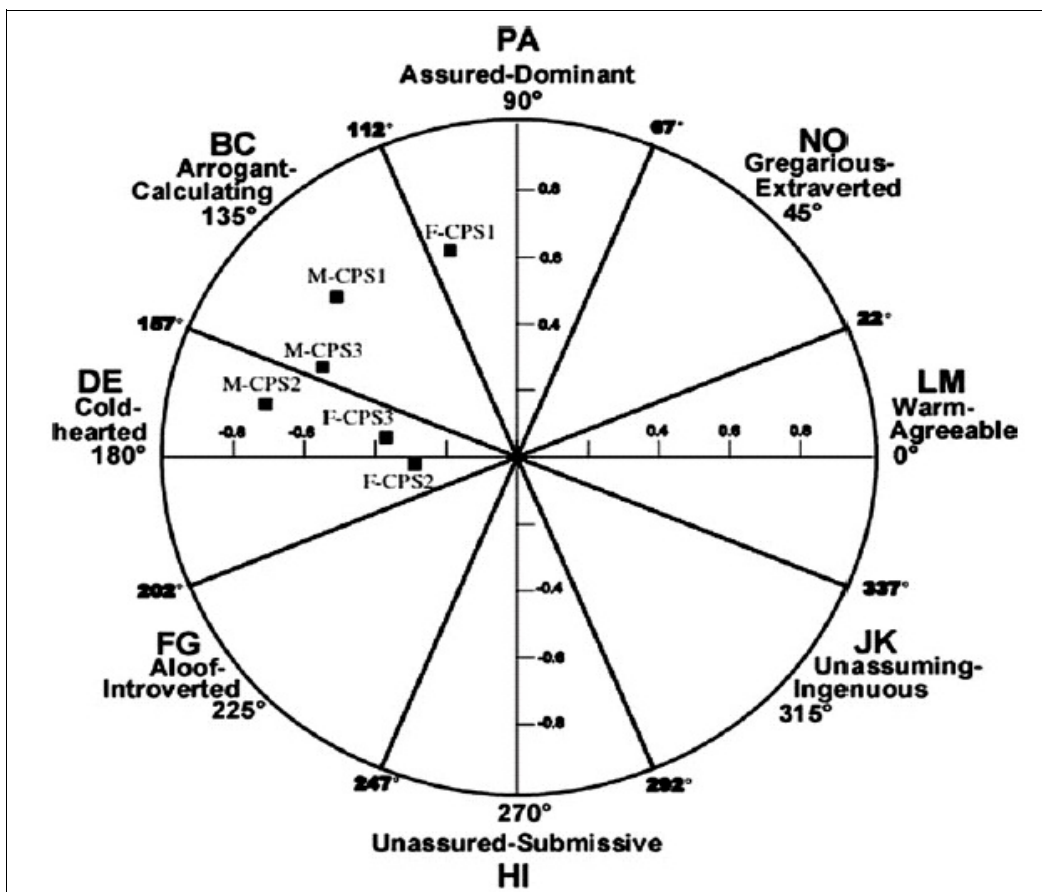
Estos resultados encontrados por Fowles han sido replicados posteriormente (Newman, MacCoon, Vaughn y Sadehn 2.005). En ambos casos se preveía un comportamiento antisocial pero en el caso del primario no existía correlato emocional.

Blackburn pone a prueba las dimensiones que ha encontrado en un estudio con pacientes de un hospital de alta seguridad y paralelamente les aplica los criterios de Cleckley. En este estudio llega a la conclusión de que los criterios de Cleckley no identifican un conjunto homogéneo de sujetos y cuestiona algunos de ellos, argumentando que algunos, como la falta de afectividad o empatía, no son específicos y centrales para la definición de psicopatía. A cambio, propone que el análisis de la psicopatía, y por ende de otros trastornos de personalidad, se podría establecer mejor, si se usasen las dimensiones de hostilidad-afectuosidad (tipo de afiliación en las relaciones interpersonales) y dominancia-sumisión (grado de poder o control en los procesos de interacción, propuestas en el esquema interpersonal de Leary (1957) y desarrollado por el modelo circunflejo de Wiggins (1989).

Con este modelo circunflejo obtendríamos medidas en ocho categorías de variables interpersonales de sus respectivos octantes. Los octantes del círculo interpersonal son:

- Assured-Dominant (PA)
- Arrogant-Calculating (BC)
- Cold-Hearted (DE)
- Aloof-Introverted (FG)
- Unassured-Submissive (HI)
- Unassuming-Ingenuous (JK)
- Warm-Agreeable (LM)
- Gregarious-Extraverted (NO)

La evaluación consistiría en ir señalando en el círculo la puntuación obtenida en cada una de las variables y así poder obtener un perfil más gráfico e intuitivo (qué variables están relacionadas y cómo, positiva o negativamente) de la personalidad del sujeto, tal y como se muestra en el siguiente ejemplo:



Usos del término psicopatía en la actualidad

A) *Perspectiva de Blackburn*

En palabras de Blackburn (1992b, 1993, 1993b) en la actualidad el término psicopatía se usa de tres grandes formas:

- a. *Personalidad psicopática como desviación/ deterioro personal o social*: parte de la tradición germánica comentada en el apartado correspondiente, que valora lo psicopático como deteriorado psicológicamente o anormal. Más concretamente, equivaldría al concepto de personalidades psicopáticas de Sneider es decir, como un término con el que referirse a cualquier trastorno de la personalidad, de la misma manera que fue usado por la CIE-9 o por el Eje II del DSM-III.
- b. *Personalidad psicopática como desviación /deterioro social*: por su parte, este uso estaría más ligado a la tradición angloamericana y enfatiza la conducta social desviada. En Estados Unidos, esta concepción ha ido ganando importancia hasta el punto de que en la actualidad no se diferencia entre psicópata primario y secundario o sociópata, ya que el nivel de análisis se circunscribe a conductas. Esta consideración, a parte de tener influencia en las clasificaciones diagnósticas, como ya hemos visto, también fomenta un estereotipo del asesino sádico o violador vicioso que en palabras de Wulach (1983) “*está influenciado por el clima creciente de actitudes negativas hacia la rehabilitación de los delincuentes y desalienta las oportunidades de tratamiento de los mismos*”.
- c. *Híbrido*: denota un tipo específico de deterioro de la personalidad caracterizado por la desviación social. Partiría de la concepción de Karpman (1941) y pretende el uso de criterios concretos en vez de listas detalladas. Considera que la psicopatía no puede ser usada como equivalente de criminalidad, delincuencia, desviación sexual, hedonismo o alcoholismo y exige una diferenciación de subtipos del trastorno.

B) *Estudio en una muestra de sentencias españolas.*

En el buscador Aranzadi, encontramos 23 sentencias en el año 2.005, en las que se encuentra la palabra “psicópata” o “psicopatía”, las cuales pasamos a presentar de forma resumida:

ORDEN JURISDICCIONAL	ÓRGANO QUE LA DICTA	USO DEL CONCEPTO PSICOPATÍA
1. Penal	Audiencia Provincial de Málaga	Equivalente a TAP
2. Cont-Activo	T. Superior de Justicia del País Vasco	Equivalente a Dolencia Mental Grave
3. Civil	Audiencia Provincial de Madrid	Diagnóstico (Psicopatía paranoide)
4. Penal	Audiencia Provincial de Madrid	Equivalente a Dolencia Mental Grave
5. Penal	Tribunal Supremo	Diagnóstico (“psicopatía intermitente”)
6. Penal	Audiencia Provincial de Las Palmas	Diagnóstico (“psicopatía”)
7. Penal	Tribunal Supremo	Equivalente a TAP
8. Penal	Audiencia Provincial de Cuenca	Equivalente a Trastorno de la Personalidad
9. Penal	Audiencia Provincial de Madrid	Equivalente a Dolencia Mental Grave
10. Penal	T. Superior de Justicia de Andalucía	Equivalente a Trastorno de la Personalidad
11. Penal	Audiencia Provincial de Asturias.	Equivalente a Trastorno de la Personalidad
12. Penal	Audiencia Provincial de La Rioja	Equivalente a Trastorno de la Personalidad
13. Penal	Audiencia Provincial de Barcelona	Diagnóstico (“psicopatía”)
14. Penal	Audiencia Provincial de Huesca	Equivalente a Trastorno de la Personalidad
15. Penal	Audiencia Provincial de Barcelona	Equivalente a Trastorno de la Personalidad
16. Penal	Audiencia Provincial de Ciudad Real	Equivalente a Trastorno de la Personalidad
17. Penal	Audiencia Provincial de Ciudad Real	Equivalente a TAP
18. Penal	Audiencia Provincial de Barcelona	Prueba pericial para “psicopatía del testimonio”
19. Penal	Audiencia Provincial de Barcelona	Equivalente a TAP
20. Penal	Audiencia Provincial de Asturias.	Equivalente a Conductas Antisociales
21. Penal	Audiencia Provincial de Guipúzcoa	Equivalente a Trastorno de la Personalidad
22. Penal	Audiencia Provincial de Barcelona	Equivalente a Trastorno de la Personalidad
23. Civil	Audiencia Provincial de Valencia	Diagnóstico (“psicopatía”)

Como vemos la mayoría de los casos (20) corresponden al orden penal frente a los dos casos del civil y el único caso del orden contencioso-administrativo. Pasaremos a comentar estas excepciones para después profundizar en el orden penal, el más extenso.

- i) **Caso contencioso-administrativo:** en este caso simplemente se usa el concepto psicopatía como sinónimo de dolencia mental grave. Esta dolencia se alude como causa para solicitar la jubilación por incapacidad permanente para el servicio (se trata de una auxiliar administrativo con problemas del estado de ánimo relacionados con los cambios hormonales derivados de la menstruación, que según sentencia no llegan a interferir tanto como para ofrecerle una incapacidad permanente ya que al ser cíclicos podría acogerse a incapacidades temporales cuando los síntomas se intensificasen).
- ii) **Caso Civil de la Audiencia Provincial de Madrid (nº3):** se trata de un varón que es incapacitado por una “psicopatía paranoide” derivada de una psicosis de guerra (era militar). El psiquiátrico de Ciempozulelos denuncia a la ex-mujer y tutora por no haber abonado la totalidad de los honorarios derivados del internamiento de dicho varón en el mencionado hospital psiquiátrico.
- iii) **Caso Civil de la Audiencia Provincial de Valencia (nº23):** se trata de un varón en tratamiento por “psicopatía” que suscribe una póliza de seguros con una aseguradora sin mencionarle a ésta que esta siendo objeto de este tratamiento. Cuando los síntomas se intensifican y debe abandonar su trabajo solicita cobrar el seguro suscrito pero la aseguradora se niega ya que en el momento de la suscripción del mismo no se le informó de que estaba recibiendo dicho tratamiento.

Análisis de los casos del orden penal

USO DEL CONCEPTO PSICOPATÍA	DIAGNÓSTICO Y CIRCUNSTANCIAS RELEVANTES	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS DE LA RESPONSABILIDAD OBSERVADAS EN LA SENTENCIA	DELITO
Equivalente TAP	TAP, estado de embriaguez y bajo efectos de "Limován"	Se le niega la atenuante de embriaguez. Agravantes: reincidencia, ensañamiento, alevosía y despoblado	Agresión sexual, asesinato, detención ilegal y lesiones.
Equivalente a Dolencia Mental Grave	Adicción a sustancias estupefacientes	Atenuante simple. Agravante: reincidencia.	Robo
Diagnóstico ("psicopatía intermitente")	Oligofrenia (CI del 79%) y psicopatía tipo intermitente y explosivo con rasgos de impulsividad.	Atenuante por la confesión de los hechos. Agravante por alevosía.	Asesinato
Diagnóstico ("psicopatía")	Psicopatía y consumo de alcohol y pastillas.	Ninguna, pero se rebaja la condena por considerar que no existió atentado sino resistencia a la autoridad.	Robo con intimidación, atentado contra agente de la autoridad y lesiones
Equivalente a TAP	TAP	Atenuante analógica por el trastorno de personalidad	Asesinato
Equivalente a Trastorno de la Personalidad	Trastorno de personalidad	Ninguna	Homicidio en grado de tentativa y atentado previsto
Equivalente a Dolencia Mental Grave	Drogodependencia	Agravante: especial notoriedad.	Delito contra la salud pública
Equivalente a TAP	Alteración comportamental, disarmonía caracteriológica derivada del consumo de alcohol.	Atenuante por reparación del daño. Agravante por parentesco.	Asesinato.
Equivalente a Trastorno de la Personalidad	Trastorno de la personalidad y consumo prolongado de alcohol.	Pide eximente completa por anomalía o alteración psíquica y le dan eximente incompleta por consumo de alcohol.	Atentado y lesiones.
Equivalente a Trastorno de la Personalidad	Trastorno de la personalidad y abuso de tóxicos	Atenuante analógica por el trastorno de personalidad.	Tentativa de agresión sexual, lesiones y omisión del deber de impedir delitos.
Diagnóstico ("psicopatía")	Psicosis esquizofrénica, Trastorno del control de impulsos y psicopatía.	Eximente incompleta por alteración mental.	Delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico.
Equivalente a Trastorno de la Personalidad	Trastorno límite y trastorno paranoide de la personalidad	Eximente incompleta por alteración mental. Agravante por uso de medio peligroso.	Lesiones.
Equivalente a Trastorno de la Personalidad	Psicosis esquizofrénica y trastorno de personalidad.	Ninguna.	Agresión sexual.
Equivalente a Trastorno de la Personalidad	Trastorno de personalidad	No se considera el trastorno como atenuante porque existe informe que lo respalde (no tiene dinero). Agravantes: para los delitos de asesinato ensañamiento y despoblado. Para el delito de agresión sexual, despoblado.	Robo con intimidación, dos delitos de asesinato, agresión sexual.

Equivalente a Trastorno Antisocial de la Personalidad.	Trastorno antisocial simple.	Para el delito de asesinato agravantes de despoblado, ensañamiento y alevosía. Para el delito de agresión sexual agravante de despoblado.	Asesinato y agresión sexual.
Se solicita prueba pericial para saber la "psicopatía del testimonio"	Sin diagnóstico.	Ninguna.	Lesiones y quebrantamiento de condena.
Equivalente a Trastorno Antisocial de la Personalidad.	Patología de la conducta antisocial agudizada por ingesta de drogas.	No se valora la patología porque no existe pericial.	Robo con intimidación.
Equivalente a Conductas Antisociales	Esquizofrenia paranoide en remisión completa y conductas asociales constituyentes de psicopatía.	Atenuante por anomalía mental.	Falta de malos tratos sin lesiones y obstrucción a la justicia.
Equivalente a Trastorno de la Personalidad	Trastorno de personalidad y consumo de bebidas alcohólicas.	Eximente incompleta por enajenación derivado del consumo de bebidas alcohólicas.	Atentado.
Equivalente a Trastorno de la Personalidad	Dependencia de la cocaína y alteración de la personalidad pero sin llegar a psicopatía.	Atenuante por reparación del daño y analógica por anomalía psíquica. Pide eximente incompleta por dependencia cocaínica que le es denegada.	Robo con intimidación y uso de arma

A la vista del resumen de las 20 sentencias de las que disponemos, observamos que la mayoría de ellas provienen de audiencias provinciales mientras que sólo tres derivan de otros órganos jurisdiccionales. En la totalidad de las sentencias, la psicopatía se relaciona con el victimario y todos a excepción de un caso (delito simple por lesiones y trastorno límite y paranoide de la personalidad) son varones.

La mayoría de las sentencias juzgan varios delitos entre los que podemos destacar:

Lesiones: 5

Asesinato u homicidio: 8

Agresión sexual: 5

Atentado: 4

Robo: 5

Otros (malos tratos, quebrantamiento de condena, delitos contra la salud pública, contra el patrimonio y orden socioeconómico): 5

En estos delitos se aprecian 28 circunstancias modificativas de la responsabilidad, de entre las cuales 12 corresponden a atenuantes o eximentes (9 por el diagnóstico otorgado y 3 por otros motivos) y 16 por circunstancias agravantes. Estas circunstancias sólo aparecen en 15 casos ya que en 5 de los cuales no se aprecian circunstancias modificadoras de la responsabilidad.

En cuanto al uso de la psicopatía en estas sentencias, destaca que en la mayoría de los casos (9) se usa como un sinónimo de trastorno de personalidad y sólo en 5 como sinónimo de trastorno antisocial de la personalidad, lo que a priori parecería lo más lógico. En el resto de casos se utiliza como término integrante del diagnóstico o bien como sinónimo de dolencia mental grave.

Por último, sería interesante señalar que la psicopatía aquí señalada, aparece con frecuencia asociada a otro tipo de trastornos de entre los que destacamos el consumo o dependencia de algún tóxico (10) y asociado a un trastorno psicótico (4). Solamente en 4 casos aparece como trastorno único.

Conclusiones

- 1) En los casos en los que aparece el término, suelen aparecer también circunstancias modificadoras de la responsabilidad. Algunos autores aluden precisamente a este hecho como circunstancia que contribuye al mantenimiento de la polémica en torno a la naturaleza de la psicopatía. Actualmente, al considerarse mayoritariamente como una categoría discreta, parece que la aplicación de circunstancias modificadoras es más fácil, sobre todo para los jurados estadounidenses, (es un psicópata) mientras que la consideración de la psicopatía como una variable continua dificultaría esta aplicación (tiene un grado de psicopatía de x , ¿eso justifica que se le otorgue una agravante?)
- 2) En la mayoría de los casos estas circunstancias son agravantes. Este hecho se justifica por las manifestaciones propias del comportamiento antisocial en general (sobre todo la agravante por reincidencia, como es de suponer) y en la psicopatía en particular. Podemos deducir que la psicopatía no se considera como un trastorno al que aplicar una atenuante o una eximente², ya que lejos de disminuir la responsabilidad criminal, se considera como un hecho que aumenta la peligrosidad del sujeto.
- 3) Continúa sin existir consenso sobre el uso/significado del término. Aún convive la consideración de psicopatía= trastorno mental, debido en parte al mantenimiento del uso que hacía en el anterior Código Penal de 1.973, con su uso más restringido como categoría específica de ciertos casos diagnosticados como Trastorno Antisocial de la Personalidad, o como sinónimo de TAP.
- 4) En España se replican la convivencia de los usos planteados por Blackburn.

² Según la jurisprudencia le podría corresponder la aplicación de una atenuante analógica (Artículo 21.6 del Código Penal), ya que es la que se aplica con mayor frecuencia a los casos de trastornos de personalidad.

- 5) La falta de una teoría sólida y la no inclusión como categoría diagnóstica no contribuyen a la solución de la polémica.
- 6) Cuestiones para pensar:
- Se necesitaría más investigación a este respecto, ya que quizá la posibilidad de considerar el padecimiento de este trastorno como una circunstancia que disminuya la responsabilidad y por consiguiente, susceptible de ser aplicada alguna medida de seguridad podría ayudar a controlar de alguna forma el paso a acto de esa peligrosidad potencial.
 - ¿Podría suspenderse la pena a una persona a la que se le aprecie una psicopatía después de iniciarse la ejecución de una pena privativa de libertad, basándonos en que debido a su deficiente desarrollo moral no puede comprender el objeto de dicha pena?³

Referencias

- Alexander, F. y Staub, H. (1935), *El delincuente y sus jueces desde el punto de vista psicoanalítico*, Madrid: Biblioteca Nueva.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1ª Ed.). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª Ed.). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª Ed.). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª Ed.). Washington, DC: APA
- Andrews, D.A. y Bonta, J. (1994) *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati: Anderson Publishing Co.
- Arieti, S. (1967). *The Intrapsychic Self*. New York: Academia Press.
- Arnold, T. (1782, 1786) *Observation on the Nature, Kinds, Causes and Prevention of Insanity, Lunacy or Madness*. 2 vols. Leicester, England: G. Ireland.
- Barbour-McMullen, J., Coid, J., Howard, R. (1988): The Psychometric identification of psychopathy in mentally abnormal offender. *Personality and Individual Differences*, 9, 817-823.
- Benjamin Rush (1812). *Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*. Philadelphia: Kimber & Richardson
- Birbaum, K. (1914). *Die Psychopathischen Verbrecker* (2ª edición). Leipzig: Thieme.

³ Artículo 60 del Código Penal.

- Blackburn, R. (1988). On moral judgements and personality disorders. The mind of psychopathic personality revisited. *British Journal of Psychiatry*, 153, 505-512.
- Blackburn, R. (1986). Patterns of personality deviation among violent offenders. *The British Journal of Criminology*, 26, 254-269.
- Blackburn, R. (1992). Conceptions of psychopathy and personality disorder: The Origins of Confusion. En L. Klose (Ed), *Proceeding of the Forth Syposium of Violence and Aggression* (pp. 53-67). Saskatoon: University of Saskatchewan and Regional Psychiatric Centre.
- Blackburn, R. (1992b) Criminal behavior, personality disorder, and mental illness: The origins of confusion. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2, 66-77.
- Blackburn, R. (1993). Psychopathic disorder, personality disorder and aggression. En C. Thomson y P. Power (Eds), *Violence, Basic and Clinical Science*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Blackburn, R. (1993b). Managing and treating the "Psychopathic Offender". Ponencia presentada en el Simposio Internacional de Manejo de la Delincuencia: Policía y práctica en correccionales y servicios forenses, Perth, Western Australia. Octubre, 1993.
- Blackburn, R. (1975). An empirical classification of Psychopathic personality. *British Journal of Psychiatry*, 127, 456-460.
- Blackburn, R. (1979). Psychopathy and personality: The dimensionality of self-report and behaviour rating data in abnormal offender. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 111-119.
- Blackburn, R. (1987). Two scales for the assessment of personality disorder in antisocial populations. *Personality and Individual Differences*, 8, 81-93.
- Blackburn, R. (1996) Replicated personality disorder clusters among mentally disordered offenders and their relation to dimensions of personality. *Journal of Personality Disorders*, 10, 68-81.
- Blackburn, R. (1998) Psychopathy and personality disorder: Implications of an interpersonal theory in D. Cooke, A. Foth y R. Hare (Eds) *Psychopathy Theory, research and practice* (pp 269-301). Dordrecht: Kluwers.
- Blackburn, R. y Maybury, C. (1985). Identifying the psychopath: The relation of Cleckley's criteria to the interpersonal domain. *Personality and Individual Differences*, 6, 375-386.
- Buss, A.H. (1966). *Psychopathology*. New York: Wiley.
- Cale, E.M. y Lilienfeld, S.O. (2002) Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 22, 1179-1207.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity* (5th Ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Cooke, D. y Michie, C. (2001) Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13, 171-188.
- Craft, M. (1965) *Ten Studies into Psychopathic Personality*. Bristol: John Wright.
- Darke, S., Kaye, S., Finlay-Jones, R. y Hall, W. (1998) Factor structure of psychopathy among methadone maintenance patients. *Journal of Personality disorders*, 12, 162-171. Dorn: Ravensburg.
- Foulds, G.A. (1965) *Personality and Personal Illness*. London: Taviskow.
- Fowles, D. (1993) Electrodermal activity and antisocial behavior: Empirical findings and theoretical issues, En J.C. Roy, W. Boucsein, D. Fowles y J. Gruzelier (Eds). *Experimental personality and psychopathology research* (263-284) New Cork: Springer Publishing Company.

- Fowles, D.C. (1980). The tree arousal model: Implications of Gray's two-factor learning theory for Heart rate, electrodermal activity, and Psychopathy. *Psychophysiology*, 17, 87-104.
- Freud, S. (1.916) El delincuente y el sentimiento de culpa en Obras Completas, Bs. As., Ed. Amorrortu, Vol. XIV.
- Frick, P.J. y Ellis, M. (1999) Callous-unemotional traits and subtypes of conducts disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 149-168.
- Frick, P.J., Lilienfeld, S.O., Ellis, M., Loney, B. y Silverthorn, P. (1999). The association between anxiety and psychopathy dimensions in children. *Journal of abnormal Child Psychology*, 27, 383-392.
- Gough, H.G. (1948) A sociological theory of psychopathy. *American Journal of Sociology*, 53, 359-366.
- Gray, K. y Hutchinson, H.C. (1964) The psychopathic personality: A survey of Canadian psychiatrists' opinions. *Canadian Psychiatric association Journal*, 9, 452-451.
- Hare, R. (1991) *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto-Ontario: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *The Psychopathy Checklist—Revised technical manual* (2nd Ed.). Toronto-Ontario: Multi-Health Systems.
- Hare, R., Harper, T.J., Hakstian A.R., Forth, A.E., Hart, S.D. y Newman, J.P. (1990) The Revised Psychopathy Checklist: Reability and factor structure. *Psychological Assessment*, 2 (3), 338-341.
- Hare, R.D. y Cox, D. N. (1978). Clinical and empirical coc eptions of psychopathy, and the selecton of subjects for research. En R. D. Hare y D. Schalling (eds), *Psychipathic behavior: Approaches to research* (pp 1-22). Chichester: Wiley.
- Harper, T.J., Hare, R.D. y Haskstian, A.R. (1989). Two-factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and assessment implications. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 6-17.
- Harris, G. T., Rice, M.E. y Quinsey, V.L. (1994) Psychopathy as a taxon: Evidence that psychopaths are adiscrete class. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 387-397.
- Hill, C. D., Rogers, R., & Bickford, M. E. (1995). Predicting aggressive and socially disruptive behavior in a maximum security forensic psychiatric hospital. *Journal of Forensic Sciences*, 41, 56-59.
- Hill, C., Neumann, C.S. y Rogers, S. (2.004) Confirmatory factor análisis of the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL-SV) in offenders with Axis I disorders. *Psychological Assessment*, 16, 90-95.
- Hunt, J.M. (1944). *Personality and the behaviour disorder*. New York: Roland Press.
- Jackson, R., Rogers, R., Neumann, C.S. y Lambert, P. (2.002) Psychopathy in women. An investigation of its underlying dimension. *Criminal, Justice and Behaviour*, 29, 692-704.
- Karpman, B. (1941). On the needs for separating psychopathy into two distinct clinical types: Symptomatic and idiopathic. *Journal of Criminology and Psychopathology*, 3, 112-137.
- Karpman, B. (1961). The estructure of neurosis: With special differentials between neurosis, psychosis, homosexuality, alcoholism, psychopathy and criminality. *Archives of Psychodynamics*, 4, 599-646.
- Koch, J.L.A. (1891) *Die Psychopathischen Minderwertigkeiten*,

- Kosson, D.S., Nichols, S. y Newman, J.P. (1985) *Assessment of psychopathy in a United States prison using Hare's 22-items checklist*. Manuscrito no publicado. University of Wisconsin, Madison.
- Kraepelin, E. (1896) *Psychiatrie; ein Lehrbuch für Studierende und Aertzen*. Leipzig: Barth
- Kraepelin, E. (1904) *Lectures on Clinical Psychiatry*, London: Baillière and Co.
- Kretschmer, E (1921) *Körperbau und character Untersuchungen Zum Konstitutions-Problem Und Zur Lehre Von Den Temperamenten* Berlin, Verlag Von Julios Springer
- Leary, T. (1957) *Interpersonal diagnosis of personality*. New Cork: Roland Press.
- Lilienfeld, S.O. (1998) Methodological advances and developments in the assessment of psychopathy. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 99-125.
- Lilienfeld, S.O. y Andrews, B.P. (1996) Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal population. *Journal of Personality Assessment*, 66, 488, 524.
- Lykken, D. T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 55, 6-10.
- Lynam, D. R. (1996). The early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin*, 120, 209–234.
- McCord, J. (1983). The psychopath and moral development. En W. S. Laufer y J. M. Day (Eds), *Personality theory, moral development, and criminal behavior* (pp 357-372). Lexington: Lexington Books, D.C. Heath and Company.
- McCord, W. M. y McCord, J. (1964). *The psychopath: An essay on the criminal mind*. New York: Van Nostrand.
- McDermott P.A., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., Rutherford, M.J. Newman, J.P. y Mulholland, E.M. (2000) Generality of the Psychopathy Checklist-Revised over prisoners and substance-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 181-186.
- Meyer A. (1952) *Collected Papers (Four Volumes)* (Ed. E. Winters). Baltimore: John Hopkins Press
- Moltó, F.J., Poy, R. y Torrubia, R. (2000) Standardization of Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *Journal of Personality Disorders*, 14, 84-96.
- Neumann, C.S., Kosson, D., Forth, A. y Hare, R. (2004) Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version in incarcerated adolescent. Manuscript submitted for publication.
- Newman, J.P. MacCoon, D.G., Vaughn, L.J. y Sadeh, N. (2005) Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of Gray's BIS and BAS constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 319-323.
- Organización Mundial de la Salud (1992) *Clasificación Internacional de las enfermedades mentales* (10ª ed). Madrid:OMS
- Parker, J., Sitarenios, G., & Hare, R. D. (2004). *Factor analyses of the Hare Psychopathy Checklist—Revised (PCL—R): A large multi-sample study*. Manual pendiente de publicación.
- Partidge, G.E. (1930). Current conceptions of psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 10, 53:99
- Patrick, C.J. (1994). Emotion and psychopathy. *Psychophysiology*, 31, 319-330.
- Peterson, B.J. (1984) Cross-validation of the checklist for assessment of psychopathy in a prison sample. *Dissertation Abstracts International*, 45, 3343^a.
- Pinel, P. (1809) *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale* Paris: Brosson.

- Pritchard, J. (1895) *Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*. London: Sherwood, Gilbert and Piper.
- Raine, A. (1985) A psychometric assessment of Hare's Checklist of Psychopathy on a English prison population. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 247-258.
- Robins, L. (1966). *Deviant children grow up*. Baltimore:Williams and Wilkins.
- Robins, L. (1978). Sturdy predictors of adul antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 8, 611-622
- Rush, B. (1.786). *An inquiry into influence of physical causes upon the moral faculty*. Philadelphia: Charles Cist.
- Saleskin, R.T., Neumann, C.S., Leistico, A.M. y DiCicco, T.M. (2.004) Construct validity of psychopathy in a youth ofender simple: Taking a closer look at psychopathy's potencial importante over disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 416-427.
- Schmitt, S.S. y Newman, J.P. (1999) Alcohol and drug abuse-dependence disorders in psychopathic and nonpsychopathics criminal offenders. *Jorurnal of Abnormal Psychology*, 99, 430-439.
- Schneider, K. (1923) *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. The psychopathic personalities. Leipzig: Thieme.
- Skeen, J., Mulvey, E.P. y Grisso, T. (2003) Applicability of tradicional and revised models of psychopathy to the Psychopathy Checklist:Screening Version. *Psychological Assessment*, 15, 41-55.
- Skilling, T.A., Harris, G.T., Rice, M.E. y Quinsey, V.L. (2.002) Identifying persistently antisocial offenders using the Hare Psychopathy Checklist and DSM Antisocial Personality disorder criteria. *Psychological Assessment*, 14, 27-38.
- Verona, E., Patrick, C.J. y Joiner, T.T. (2001) Psychopathy antisocial personality and suicide risk. *Jorunal of Abnormal Psychology*, 110, 462-470.
- Vitacco, M.J., Rogers, R., Neumann, C.S., Harrinson, K. y Vicent G. (en prensa) a comparision of factor models on the PCL-R with mentally disordered offenders: The development of a Tour-factor model. *Criminal, Justice and Behaviour*.
- Vitacco, M.J., Newman, C.S. y Jackson, R.L. (2.005) Testing a Tour-factor model of Psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligenge and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 466-476.
- Wiggins, J.S. Y Pinous A.L. (1989) Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 1, 305-316.
- Wilson, J. Q. y Herrnstein, R.L. (1985). *Crime and human nature*. New Cork: Simon & Schuster.
- Wulach, J. (1983) Diagnossing the DSM-IV antisocial personality disorder. *Proffessional Psychology: Research and Practice*, 14,330-340.