



REVISIÓN

Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense

Rafael Torrubia Beltri^a y Àngel Cuquerella Fuentes^b

^a*Departamento de Psiquiatría y de Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Cerdanyola del Vallès. Barcelona. España.*

^b*Instituto de Medicina Legal de Cataluña (IMLC). Barcelona. España.*

Recibido el 18 de agosto 2008, aceptado el 27 de agosto de 2008

PALABRAS CLAVE

Psicopatía.
Trastorno antisocial de la personalidad.
Trastorno disocial de la personalidad.
Psychopathy Checklist-Revised.
Violencia.

KEY WORDS

Psychopathy.
Antisocial personality disorder.
Dissocial personality disorder.
Psychopathy Checklist-Revised.
Violence.

Resumen

La psicopatía es una de las entidades clínicas más controvertidas en psiquiatría debido a la confusión existente en los aspectos conceptuales y terminológicos. Sin embargo, durante las últimas décadas, se ha ido acumulando evidencia clínica, forense y de laboratorio que justifica la utilización de un constructo clínico específico para definir a los individuos que, a causa de su carácter frío, manipulador e impulsivo, de su agresividad y de su violación persistente de las normas sociales, entran en conflicto permanente con su entorno social. En la presente revisión se realiza, en primer lugar, un breve resumen de las controversias conceptuales y terminológicas relacionadas con la psicopatía; a continuación, se describen y comparan algunas de las categorías de clasificación vigentes. En la última parte, se presenta evidencia empírica que respalda la validez y la utilidad práctica de los criterios diagnósticos de psicopatía de R.D. Hare. Se concluye que es necesario avanzar hacia la utilización sistemática de dichos criterios diagnósticos en la práctica forense en nuestro país.

© 2008 Asociación Nacional de Médicos Forenses.

Psychopathy: a controversial clinical entity but a forensic psychiatry necessity

Abstract

Psychopathy is one of the more controversial clinical disorders in psychiatry due to confusion of the conceptual and the terminological aspects. However, the clinical, forensic and laboratory evidence accumulated during the last decades justifies the use of a specific clinical construct to define individuals who, because of their cold, manipulating and impulsive character, their aggressiveness and persistent violation of the social norms, are in permanent conflict with society. In this review, we first present a brief summary of the conceptual and terminological controversies related to psychopathy, then some of the current classification categories are described and compared. In the final section, some empirical evidence is presented that supports the validity and the practical usefulness of the diagnostic criteria of psychopathy developed by R.D. Hare. It is concluded that we must start using these criteria routinely in forensic practice in our country.

© 2008 Asociación Nacional de Médicos Forenses.

Introducción

Los primeros intentos de delimitar una entidad nosológica específica para los individuos que muestran una conflictividad crónica con su entorno, a causa de su carácter insensible, poco empático, egocéntrico, impulsivo y agresivo y de su persistente violación de las normas sociales, se remontan a principios del siglo XIX. Sin embargo, es frecuente encontrar en la literatura y en documentos históricos de épocas anteriores descripciones de individuos que se ajustan a ese perfil^{1,2}. Durante las últimas décadas, se ha ido acumulando evidencia clínica, forense y de laboratorio que justifica la utilización de un constructo clínico específico para esos individuos. La terminología empleada ha sido muy variada; destaca el concepto de psicopatía por su elevada frecuencia, pero también otros como sociopatía, personalidad disocial o trastorno antisocial de la personalidad. A pesar de algunos intentos, no existe un consenso amplio sobre los criterios de clasificación para definirlo², y por ello la etiología, la dinámica y los límites conceptuales del trastorno siguen siendo objeto de debate y de investigación.

En la presente revisión se realiza, en primer lugar, un breve resumen de las controversias conceptuales y terminológicas relacionadas con el concepto de psicopatía; a continuación, se describen y comparan algunas de las categorías de clasificación vigentes. En la última parte, se presenta evidencia empírica que respalda la validez y la utilidad práctica de los criterios diagnósticos desarrollados por R.D. Hare^{3,4} como punto de partida para llegar a ese necesario consenso.

Controversias conceptuales y terminológicas acerca del concepto de psicopatía

La psicopatía es una de las entidades clínicas más controvertidas en psiquiatría, y ello se debe a diversos elementos de confusión que se sitúan en dos planos distintos: el conceptual y el terminológico. Respecto al primero, existe un encendido debate desde hace ya dos siglos sobre la conveniencia de considerar una categoría diagnóstica específica para los individuos que muestran dicho perfil de carácter y conductual, y también sobre cuáles deberían ser los elementos esenciales para definirla: la conducta, los rasgos de personalidad o una combinación de éstos. En cuanto a los aspectos terminológicos, el vocablo se ha utilizado, y se sigue utilizando, para describir entidades nosológicas y condiciones clínicas muy distintas.

La controversia conceptual: psicopatía o psicopatías

Según Pichot⁵, es posible delimitar en este tema tres desarrollos históricos parcialmente relacionados entre sí. El primero, basado en la idea de personalidad anormal definida por su inadaptación social. El segundo, influido por la

doctrina de la degeneración mental, incluía a individuos con una personalidad anormal, que podían ser antisociales o no pero presentaban de forma primaria una fragilidad en su personalidad y, como consecuencia, cierta predisposición a ciertos estados psicóticos. Finalmente, el punto de vista de la escuela alemana, radicalmente distinto de los anteriores, está basado en la definición de tipos de personalidades anormales (personalidades psicopáticas) que excluyen cualquier referencia a la conducta antisocial en su definición.

La primera aproximación se originó en Francia a principios del siglo XIX con las aportaciones de Pinel⁶. Dicho autor acuñó el concepto de manía sin delirio (*manie sans délire*) y lo describe como un trastorno de las funciones afectivas y un impulso ciego para actuar con violencia, que incluye la posibilidad de furia asesina, pero sin alteraciones perceptibles de la función intelectual, la percepción, el juicio, la imaginación y la memoria. A pesar de que algunas de sus propuestas fueron desarrolladas posteriormente por sus pupilos dentro del concepto de «monomanías», fue en Inglaterra donde esta idea de defecto o enfermedad de la mente tuvo una mayor influencia a través del concepto de «locura moral» desarrollado por Pritchard en 1835⁷. Ésta se definía como un trastorno de las facultades morales caracterizado por una perversión mórbida de los sentimientos naturales, los afectos, las inclinaciones, el carácter, los hábitos y las disposiciones naturales, sin ningún defecto o trastorno destacable del intelecto o de las facultades del conocimiento o del razonamiento y, particularmente, sin ninguna ilusión enfermiza o alucinación. Según algunos autores, en esta definición el concepto «moral» se utilizaba más en el sentido de «psicológico» que en el ético, queriendo indicar con ello que eran los aspectos afectivos los esenciales en dicho trastorno, en contraposición a otros trastornos que afectaban más a la esfera cognitiva⁸.

En 1913, la Mental Deficiency Act (en Reino Unido, con la excepción de Escocia e Irlanda) incluye una nueva clase de individuos que denomina «imbéciles morales» y los define como «personas que, desde una edad temprana, muestran algún defecto moral permanente, junto con fuertes propensiones viciosas o criminales en las cuales el castigo ha tenido poco o ningún efecto disuasorio». En 1927, una nueva Mental Deficiency Act toma la misma idea con una ligera modificación en la nomenclatura y en su definición; así, la expresión «imbécil moral» se transforma en «deficiente moral», y se añade en la definición que tal estado requiere cuidado, supervisión y control para la protección de los demás. Finalmente, en 1959, en una nueva versión de la Mental Health Act, se introduce el concepto de trastorno psicopático, lo que es uno de los orígenes de la confusión terminológica actual⁵.

El segundo desarrollo tiene como elementos fundamentales la idea de fragilidad directamente derivada de Morel y Magnan, y la doctrina de la degeneración mental. Dicha teoría se basaba en que todos los tipos de trastorno mental tienen un origen hereditario común y que las *folies héréditaires* pueden ser divididas según el grado de degeneración.

El grupo menos trastornado, denominado *folie morale*, presentaba excentricidad y emociones inestables, era poco fiable y tenía escasas funciones cognitivas⁹. Estas ideas, junto con cierta influencia de la psiquiatría británica, fueron evolucionando hacia el concepto relativamente reciente de desequilibrio mental (*déséquilibre mental*). De forma simplificada, puede afirmarse que la concepción más reciente representaría una síntesis entre la locura moral de Pritchard, su equivalente francés, el punto de vista derivado de la idea de Magnan sobre el degenerado superior (*dégénéré supérieur*), y la idea de que los desequilibrados/degenerados (*déséquilibrés/dégénérés*) tienen cierta predisposición a reaccionar fácilmente al estrés mediante manifestaciones psicóticas de características peculiares.

La tercera aproximación tiene como referencia fundamental la obra de Kurt Schneider. A pesar de que el concepto de inferioridad psicopática fue propuesto inicialmente por Koch y el concepto de personalidad psicopática también lo había utilizado Kraepelin, la obra fundamental de Schneider *Personalidades psicopáticas*, publicada inicialmente en 1923 y con diversas reediciones posteriores¹⁰, es una referencia indispensable en el tema que nos ocupa. El punto de vista de dicho autor sobre las personalidades psicopáticas se basa en tres aspectos fundamentales: la definición del concepto, el rechazo a considerar la conducta antisocial como un criterio en su definición y la idea de que la personalidad psicopática tiene componentes constitucionales⁵.

Respecto al primero, para Schneider los psicópatas son individuos que, como resultado de su personalidad anormal, están siempre implicados en conflictos internos o externos, en función de las características de la situación. En definitiva, son personas que sufren por su anormalidad o hacen sufrir con ella a la sociedad. En cuanto al segundo punto, ese autor consideraba que la línea divisoria entre los que sufren y los que hacen sufrir no era nítida y que el psicópata es un individuo que, por sí mismo e independientemente de las consecuencias sociales, posee una personalidad atípica que diverge de la media. Por ello creía que, al denominar psicópatas a los asociales, los malhechores o los que hacen sufrir a la sociedad, se caía en una definición sociológica, e incluso política, que no tenía nada que ver con su idea. Schneider admitía que determinadas personalidades antisociales podían mostrar conducta antisocial de forma secundaria pero, según su punto de vista, el grado de solapamiento entre el tipo de problemas que muestran los psicópatas y el que presentan los antisociales y los delincuentes era muy escaso.

En tercer lugar, para Schneider, la personalidad psicopática era similar a la personalidad normal, de la cual era una variante y, como ella, innata en sus aspectos generales, aunque sin excluir la influencia en ella de la familia, la educación y la experiencia. A diferencia de las psicosis, las personalidades psicopáticas no eran una enfermedad.

Propone 10 tipos de personalidad: depresiva, hipertímica, fanática, necesitada de estimación, lábil de estado de ánimo, explosiva, desalmada, abúlica, asténica e insegura.

Ninguno se correspondía con la idea anglofrancesa de «locura moral» o «desequilibrio mental». Sin embargo, se apreciaban ciertas características de esos tipos en las personalidades lábiles, las desalmadas y las abúlicas aunque, según el autor, en muchas ocasiones estas personas no son necesariamente antisociales. Por otro lado, nunca llegó a extraer un factor común a estos 3 tipos, ya que consideraba que cada uno de ellos era una variedad distinta definida por un rasgo específico. Las psicopatías de Schneider han sido la base para definir muchos de los denominados trastornos de la personalidad en los sistemas de clasificación contemporáneos.

A modo de resumen, puede afirmarse que en el plano conceptual la situación en Europa durante el siglo xx ha estado básicamente dominada por la oposición entre la «locura moral» y la personalidad psicopática. La primera es un concepto de origen inglés que describe a un tipo de personalidad definida por su inadaptación social y la segunda, un concepto de origen alemán que incluye diversas variedades de personalidades anormales definidas por su desviación de la normalidad en cuanto a determinadas características psicológicas; según ésta, una personalidad sería psicopática en la medida que hace sufrir al individuo o a la sociedad y la inadaptación social no sería una condición necesaria ni una característica específica de ningún trastorno, aunque sí sería más probable en algunos de ellos⁵.

La confusión terminológica relacionada con el concepto de psicopatía

En la actualidad coexisten al menos tres significados distintos para el término psicopatía. Éste se utiliza para denominar una entidad clínica específica caracterizada por un patrón conductual antisocial que se acompaña de rasgos como la insensibilidad afectiva, la falta de remordimiento, la irresponsabilidad y la agresividad; también, en consonancia con la tradición de la psiquiatría alemana, es frecuente encontrarlo como sinónimo de trastorno de la personalidad en general; finalmente, en Inglaterra y Gales, se ha utilizado hasta el año 2007 como un concepto legal para designar a los individuos que muestran niveles de criminalidad grave y persistente¹¹. Además, tampoco existe consenso entre los autores o los sistemas de clasificación del primer grupo sobre la forma de denominarlo. Así, los dos principales sistemas contemporáneos de clasificación psiquiátrica utilizan las denominaciones trastorno disocial (décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades [CIE-10]¹²) y trastorno antisocial de la personalidad (TAP) (cuarta edición Revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales [DSM-IV-TR]¹³) para referirse aproximadamente a los mismos individuos.

Según Pichot⁵, la confusión terminológica respecto al concepto de psicopatía tiene sus orígenes en que la expresión personalidad psicopática de origen alemán, y con un significado muy específico, fue aplicada al concepto de origen

Tabla 1. Características clínicas del psicópata según Cleckley¹

Encanto superficial y buena inteligencia
Ausencia de delirios u otros signos de pensamiento irracional
Ausencia de nerviosismo o manifestaciones psiconeuróticas
Poco fiable
Falsedad o falta de sinceridad
Falta de remordimiento o vergüenza
Conducta antisocial sin un motivo que la justifique
Juicio deficiente y dificultad para aprender de la experiencia
Egocentrismo patológico e incapacidad para amar
Pobreza generalizada en las principales relaciones afectivas
Pérdida específica de intuición
Insensibilidad en las relaciones interpersonales generales
Conducta extravagante y desagradable bajo los efectos del alcohol y, a veces, sin él
Amenazas de suicidio raramente consumadas
Vida sexual impersonal, frívola y poco estable
Incapacidad para seguir cualquier plan de vida

inglés. La British Mental Health Act de 1959, Sección 4⁴, proporcionaba la siguiente definición de trastorno psicopático: «En esta Ley, trastorno psicopático significa un trastorno o discapacidad persistente de la mente (que puede incluir o no inteligencia subnormal) que produce una conducta del paciente anormalmente agresiva o gravemente irresponsable y requiere o es susceptible de tratamiento médico». En el plano conceptual, dicho trastorno es el descendiente directo de la «imbecilidad moral» de la Mental Deficiency Act de 1913 y de la «deficiencia moral» de la Mental Deficiency Act de 1927. Sin embargo, con el objetivo de evitar connotaciones éticas, en 1959 el adjetivo «moral» fue abandonado y fue sustituido por «psicopático» hasta su desaparición en 2007, con un significado distinto del que tenía originalmente en el idioma alemán.

Esta utilización distinta de la original del concepto de psicopatía también se trasladó a la psiquiatría norteamericana. Así, Hervey Cleckley, después de proponer sin éxito el concepto «demencia semántica», contribuye de forma definitiva a su consolidación en Estados Unidos como denominación aplicable a un trastorno específico y grave de la personalidad. En su obra seminal *La máscara de la cordura (The Mask of Sanity)*¹, dicho autor realiza una de las descripciones clínicas del psicópata más ricas y exhaustivas que se han publicado (tabla 1). Un aspecto importante de su conceptualización del trastorno es que las personalidades psicopáticas se encuentran no sólo en las prisiones, sino también en los lugares y en los roles más respetados de la sociedad. En su libro ilustra su punto de vista con algunos ejemplos de hombres de negocios, científicos, médicos y psiquiatras «con éxito». La obra de Cleckley ha sido una

de las referencias básicas para el desarrollo de los criterios diagnósticos contemporáneos para las personalidades psicopáticas y antisociales, y aún continúa siendo referencia obligada en esta área de estudio.

Las aproximaciones diagnósticas actuales a las personalidades psicopáticas y antisociales

Durante la segunda mitad del siglo xx se han ido sucediendo propuestas de categorías diagnósticas para las personalidades psicopáticas. Se presenta a continuación una breve descripción de las tres más difundidas: el trastorno disocial de la CIE-10¹², el TAP de la DSM-IV-TR¹³ y los criterios de psicopatía de Hare^{3,4}. Todas comparten el objetivo de delimitar una entidad clínica específica y coinciden en algunos criterios diagnósticos. Sin embargo, las diferencias entre ellas son notables.

El trastorno disocial

Dicho trastorno se halla ubicado en el epígrafe F60 de la CIE-10¹² dedicado a los trastornos de la personalidad y pretende incluir las categorías diagnósticas previas de trastorno de la personalidad sociopático, amoral, asocial, antisocial y psicopático. La CIE-10 define como característica esencial de este trastorno la gran disparidad entre la conducta del individuo y las normas sociales vigentes. Incluye un conjunto de siete criterios diagnósticos basados tanto en rasgos como en conductas: cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y incapacidad para la empatía; actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, las reglas y las obligaciones sociales; incapacidad para mantener relaciones personales duraderas; muy poca tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, que incluso da lugar a un comportamiento violento; incapacidad para sentir culpa y aprender de la experiencia, en particular del castigo; marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo, e irritabilidad persistente. Para que un individuo pueda recibir un diagnóstico de trastorno disocial, es necesario que cumpla al menos tres de dichos criterios.

Este conjunto de criterios hace mucho más énfasis en rasgos de personalidad que en conductas. Sin embargo, algunas de las características de personalidad (como la despreocupación, determinadas actitudes específicas o la incapacidad para experimentar ciertos sentimientos) deben inferirse más de la conducta del individuo que de una verdadera comprensión de su personalidad. Por otra parte, el criterio de irritabilidad persistente puede solaparse con criterios similares del trastorno de la personalidad emocional inestable. Este conjunto de criterios diagnósticos recoge de forma notable algunas de las características nucleares de otras definiciones de la personalidad psicopática, como la de Cleckley¹. Des-

graciadamente, el número de publicaciones empíricas en las que se han utilizado estos criterios es más bien escaso.

El trastorno antisocial de la personalidad (TAP)

Los criterios actuales para el TAP se ubican en el eje II del DSM-IV-TR¹³. Aunque con algunas variaciones menores, están presentes en dicho sistema de clasificación desde su tercera edición. Para diagnosticar un TAP son necesarios una edad mínima de 18 años, la existencia de un trastorno disocial (*conduct disorder*) antes de los 15 y un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, indicado por tres (o más) de los siguientes: fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como indica perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención; deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer; impulsividad o incapacidad para planificar el futuro; irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones; despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás; irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas, y falta de remordimientos, como indican la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.

La denominación del trastorno y el conjunto de criterios que lo definen han ido variando en las sucesivas ediciones del DSM. Así, en el DSM-II, publicado en 1968, se utilizaba el término personalidad antisocial aunque el trastorno se des-

cribía, esencialmente, a partir de los rasgos de personalidad interpersonales y afectivos de la psicopatía desarrollados por Cleckley¹; sin embargo, los criterios diagnósticos eran muy poco explícitos. Con la publicación del DSM-III¹⁴, algunas cosas mejoraron, pero otras empeoraron. La mejora fue la introducción de criterios explícitos para el TAP derivados de la investigación empírica^{15,16}. El aspecto menos positivo fue que dichos criterios se basaban casi exclusivamente en conductas antisociales y tenían muy poco en cuenta los rasgos de personalidad de las descripciones clásicas de la psicopatía. Los aspectos esenciales de la definición del trastorno no cambiaron con las siguientes versiones del DSM (el DSM-III-R, el DSM-IV y el DSM-IV-TR).

A partir del DSM-IV, se detecta un cambio importante en las características clínicas del TAP, ya que los aspectos interpersonales y afectivos se incluyen de forma explícita en el apartado «Características asociadas y trastornos», aunque no han llegado a tener una traducción directa en el listado de criterios diagnósticos. Concretamente, en el texto dedicado al TAP en el DSM-IV¹⁷ se dice que «la falta de empatía, la exagerada autovaloración y el encanto superficial son características que habitualmente se han incluido en las concepciones tradicionales de la psicopatía y pueden ser especialmente discriminativas de un TAP en prisión o en otros ámbitos forenses en que los actos criminales, delictivos o agresivos probablemente sean inespecíficos» (p. 647). Esta afirmación puede llevar a un clínico a concluir que un delincuente o un paciente forense que cumple los criterios formales para TAP pueda no tener realmente dicho trastorno, a no ser que también muestre algunos de los rasgos de personalidad nucleares de la psicopatía. Todo parece indi-

Tabla 2. Ítems de la *Psychopathy Checklist-Revised* de Hare^{3,4}

	Faceta
Facilidad de palabra/encanto superficial	Interpersonal
Sentido desmesurado de autovalía	Interpersonal
Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento	Estilo de vida
Mentiroso patológico	Interpersonal
Estafador/manipulador	Interpersonal
Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa	Afectiva
Afecto superficial	Afectiva
Insensibilidad afectiva/ausencia de empatía	Afectiva
Estilo de vida parasitario	Estilo de vida
Pobre autocontrol de la conducta	Antisocial
Conducta sexual promiscua	
Problemas de conducta en la infancia	Antisocial
Ausencia de metas realistas a largo plazo	Estilo de vida
Impulsividad	Estilo de vida
Irresponsabilidad	Estilo de vida
Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones	Afectiva
Frecuentes relaciones maritales de corta duración	
Delincuencia juvenil	Antisocial
Revocación de la libertad condicional	Antisocial
Versatilidad criminal	Antisocial

car que, quizá de forma involuntaria, el DSM-IV considera dos conjuntos distintos de criterios diagnósticos para el TAP, uno para población general y otro para población penitenciaria o forense¹⁸.

Los criterios de psicopatía según R.D. Hare

Los criterios de psicopatía de Hare derivan de la descripción clínica realizada por Cleckley¹. Basándose en ella, Hare¹⁹ elaboró una escala de 22 ítems para la investigación, la Psychopathy Checklist, que consiste esencialmente en un intento de hacer operativos los criterios diagnósticos de dicho autor. El listado de criterios fue utilizado por el propio Hare y por otros grupos de investigación para la selección de participantes en estudios de investigación sobre los correlatos biológicos de la psicopatía, lo que permitió disponer de una métrica común. A mediados de los ochenta empezaron a aparecer resultados interesantes y replicables que lo impulsaron a refinar el instrumento de evaluación. Los cambios consistieron en una mejora de la descripción de los ítems y los criterios de puntuación y en la eliminación de 2 de ellos. Los criterios fueron publicados en la Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)³ (tabla 2) y se han mantenido sin alteraciones hasta ahora.

El constructo de psicopatía, tal como se describe en el PCL-R, se define a partir de un conjunto de síntomas interpersonales, afectivos y conductuales. En cuanto a los primeros, los psicópatas son explotadores, pomposos, manipuladores, superficiales, egocéntricos y dominantes. En lo afectivo, muestran emociones poco profundas y volubles, difícilmente son capaces de vincularse afectivamente de forma estable con personas, principios u objetivos y carecen de empatía y verdaderos sentimientos de culpa y remordimiento. En lo conductual, son impulsivos, están necesitados de nuevas sensaciones y son inestables y muy propensos a infringir las normas sociales y no cumplir con las responsabilidades y obligaciones, tanto explícitas como implícitas. Hasta el momento, no hay evidencia concluyente para afirmar si este conjunto de criterios delimita una entidad clínica discreta o una dimensión.

Hay un vivo debate sobre la estructura factorial de la psicopatía. Según Hare et al²⁰, el constructo está formado por cuatro facetas intercorrelacionadas que se ha replicado tanto en adultos como en jóvenes: interpersonal (ítems 1, 2, 4 y 5), afectiva (ítems 6, 7, 8 y 16), estilo de vida (ítems 3, 9, 13, 14 y 15) y antisocial (ítems 10, 12, 18, 19 y 20) (tabla 2). Dicha conceptualización de la psicopatía implica que el trastorno se define por una combinación de rasgos y conductas, entre ellas las antisociales, y por ello el comportamiento antisocial formaría parte indisociable del cuadro. Sin embargo, no hay unanimidad respecto a este punto de vista, ya que otros autores como Cooke et al²¹ consideran que la psicopatía debe ser conceptualizada como un constructo de tres dimensiones: interpersonal, afectiva y de estilo de vida irresponsable e impulsivo, y que debe excluirse la conducta antisocial. Subyace a tal punto de vista la idea de que

la conducta antisocial debería considerarse más como una consecuencia del trastorno que como una parte integrante de él.

Los criterios de psicopatía de Hare están estrechamente vinculados al instrumento desarrollado para evaluarlos: la PCL-R^{3,4}. La PCL-R es una escala de evaluación conductual basada en el juicio clínico. Consta de 20 ítems que se puntúan de forma independiente en una escala ordinal de tres categorías, en la que una puntuación de cero indica que el ítem no es aplicable al individuo; uno, que el ítem es aplicable hasta cierto punto, y dos, que el ítem es totalmente aplicable. Para realizar dicha valoración se utiliza la información obtenida mediante una entrevista semiestructurada y datos procedentes de alguna fuente de información colateral (p. ej., los archivos penitenciarios). La utilización de una fuente de información colateral permite contrastar la información recabada en la entrevista y controlar la tendencia a la manipulación y a la falsedad, tan frecuente en estos individuos. Los resultados obtenidos inicialmente en población norteamericana han sido replicados en otros contextos lingüísticos y culturales, entre ellos en España²²⁻²⁴. Cuando el objetivo es realizar un diagnóstico clínico, es imprescindible tener en cuenta las dos fuentes de información. Cuando se utiliza para la investigación, la PCL-R puede valorarse sólo con la información colateral, siempre que ésta sea suficiente. En ningún caso puede utilizarse si sólo se dispone de información de la entrevista. Proporciona puntuaciones dimensionales que pueden oscilar entre 0 y 40 (a mayor puntuación, mayores niveles de psicopatía). Pero también se puede utilizar para la clasificación o el diagnóstico de individuos con finalidades clínicas y de investigación. En ese caso, el punto de corte más frecuente para un diagnóstico de psicopatía es una puntuación ≥ 30 .

Las valoraciones de la PCL-R desde su publicación en general han sido positivas. La PCL-R ha ido adquiriendo prestigio y se la respeta en la literatura y en la práctica forense con población adulta²⁵. Edens et al²⁶ la consideran el estándar y para Meloy²⁷ es un «instrumento normativo». La aparición de un instrumento de cribado, la Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)²⁸ ha permitido extender el estudio de la psicopatía a muestras clínicas civiles y a la población general. Además, en la actualidad es posible evaluar los rasgos precursores de la psicopatía en población adolescente mediante la Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV)²⁹.

Psicopatía frente a trastorno antisocial de la personalidad

Los criterios diagnósticos de TAP y los de psicopatía de Hare comparten el objetivo de delimitar la misma entidad clínica. Sin embargo, se trata de dos constructos muy diferentes que en ningún caso pueden ser utilizados indistintamente. El TAP se basa esencialmente en conductas antisociales y delictivas y tiene muy poco en cuenta los síntomas interpersonales y afectivos del trastorno. Por el contrario, los

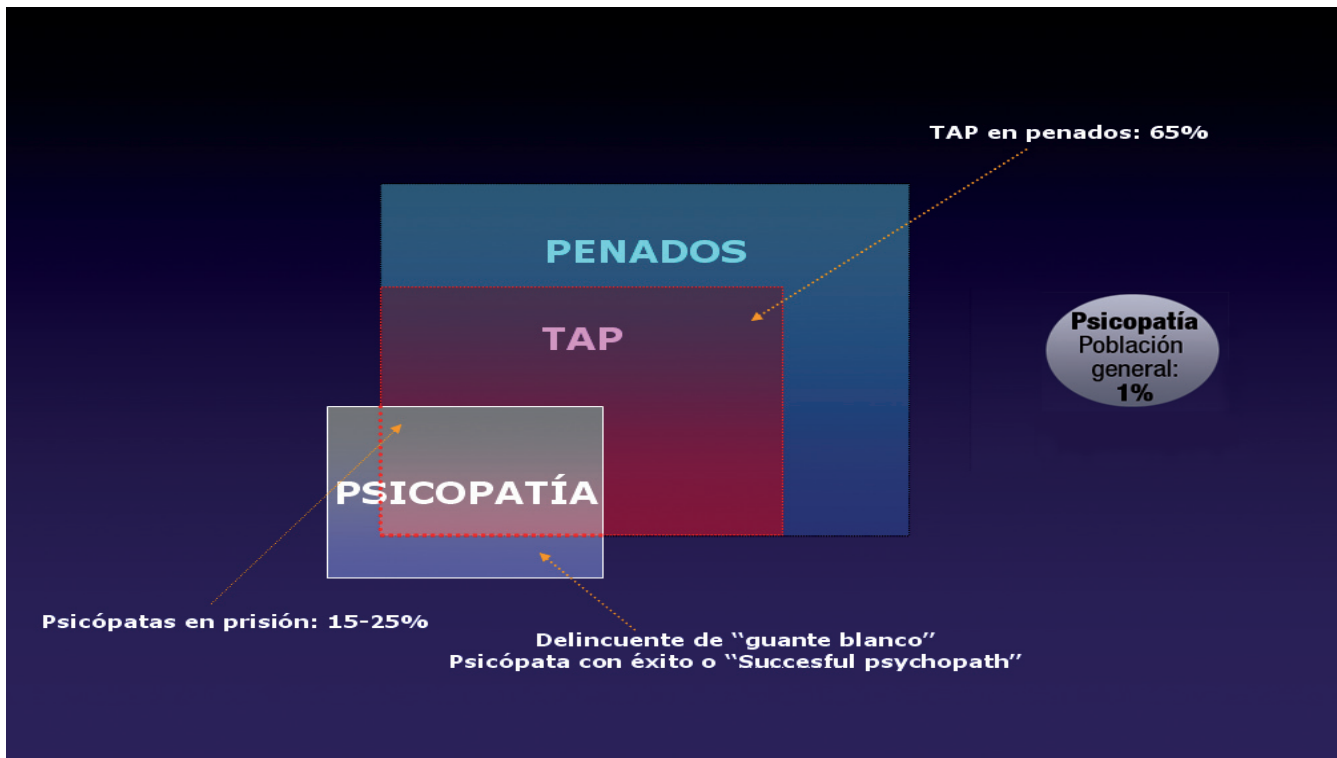


Figura 1. Relación entre psicopatía y trastorno antisocial de personalidad en una muestra de penados varones. TAP: trastorno antisocial de personalidad.

Los criterios de Hare incluyen una combinación de conductas antisociales y de rasgos interpersonales y afectivos. Las características del TAP permiten que la entidad clínica alcance sin gran dificultad buena fiabilidad interevaluadores. Sin embargo, para algunos autores, el precio de su elevada fiabilidad es una validez escasa, muy especialmente en el ámbito de la justicia, a causa de su tendencia a sobrediagnosticar⁸, ya que entre un 50 y un 75% de la población penitenciaria cumple los criterios³⁰ (fig. 1). Un diagnóstico de TAP en población delictiva apenas informa de que el individuo tiene antecedentes de conducta antisocial grave, por lo que es muy poco útil para predecir el riesgo de que tal conducta pueda reproducirse en el futuro. Por la misma razón, los criterios de TAP tienden a subdiagnosticar en muestras clínicas que no han tenido contacto con el sistema judicial penal. A pesar de ello, se han mostrado útiles en algunas áreas de investigación clínica fuera del ámbito forense y judicial como, por ejemplo, en el estudio del abuso de sustancias. En ese caso, el TAP se utiliza como un factor de riesgo, ya que la investigación epidemiológica y clínica lo ha relacionado con un amplio rango de déficit en adaptación psicosocial³¹, con peor respuesta a los tratamientos³² y con mayor número de conductas de riesgo, como compartir jeringuillas³³.

Son necesarios una experiencia clínica considerable, un buen conocimiento de la PCL-R y un buen entrenamiento para inferir adecuadamente los rasgos incluidos en los criterios de Hare. La contrapartida es que éstos gozan de un

gran poder predictivo, muy especialmente de conductas delictivas y antisociales futuras. Según estudios realizados en diversos países, entre ellos España, los porcentajes de población penitenciaria que cumplen criterios de psicopatía oscilan entre el 15 y el 25%^{4,24,34}. Pero lo más importante es que dichos criterios permiten identificar a una buena parte de los delincuentes que muestran las conductas delictivas más graves y más variadas. Específicamente, hay evidencia de su capacidad predictiva de delitos violentos, reincidencia, problemas de conducta penitenciaria y la respuesta a los programas de intervención. Para Salekin et al³⁵, la capacidad de la PCL-R para predecir violencia es «incomparable» y «sin precedentes» en la literatura sobre evaluación de la peligrosidad.

La relación entre los criterios de psicopatía y el TAP es asimétrica. Así, mientras que casi todos los psicópatas cumplen criterios de TAP, sólo una parte de los individuos que cumplen criterios para este trastorno serían psicópatas (fig. 1). Muchos delincuentes encarcelados tendrían un diagnóstico de TAP, mientras que menos de la tercera parte de ellos podrían ser diagnosticados de psicópatas. En consecuencia, los psicópatas forman un subgrupo específico de personalidades antisociales caracterizado por elevado riesgo de violencia y de reincidencia delictiva³⁶. En cuanto a la relación con otros trastornos de la personalidad, los criterios de Hare muestran cierto solapamiento con el trastorno histriónico y el narcisista según se definen en el DSM-IV-TR, mientras que dicho solapamiento es prácticamente inexistente.

Los criterios de psicopatía se han mostrado especialmente útiles en el ámbito forense y penitenciario, ya que la PCL-R se desarrolló originalmente para utilizarla con delincuentes varones adultos. Sin embargo, estudios más recientes han mostrado también su utilidad en población penitenciaria femenina⁴. Una ventaja adicional es que el concepto de psicopatía según Hare no queda restringido a personas que muestran conducta desviada, sino que también es aplicable a individuos que pueden presentar alto grado de adaptación social e incluso éxito en el ámbito profesional³⁷.

Los criterios de psicopatía de Hare: algunas implicaciones para la salud mental y para el sistema judicial penal

Correlatos criminológicos de la psicopatía

La psicopatía, definida a partir de los criterios de Hare, es una entidad nosológica bien validada y, posiblemente, el constructo clínico individual más importante del sistema judicial penal^{38,39}. La forma en que Hare abordó su estudio ha sido propuesta como modelo para la validación de constructo de otros trastornos de la personalidad⁴⁰. Desde la publicación de la PCL-R, se ha acumulado una gran cantidad de evidencia empírica que demuestra su utilidad para la toma de decisiones en los ámbitos judicial y penitenciario. En Estados Unidos es frecuente su utilización para decidir sobre la concesión de permisos o de la libertad condicional, o sobre la idoneidad para participar en determinados programas de intervención, tanto dentro como fuera de las instituciones. El diagnóstico de psicopatía está relacionado con la precocidad de la primera detención y del primer ingreso en prisión, con más tiempo de reclusión en prisión, con mayores frecuencias de utilización de armas, con un mayor número de condenas, con mayor número de condenas por tiempo en libertad, y con mayor número de condenas violentas por tiempo en libertad^{4,24}.

En cuanto a la relación con la predicción de reincidencia, la evidencia no ha cesado de aumentar. Hart et al⁴¹ mostraron que la probabilidad de reincidencia delictiva después de salir de prisión aumentaba de forma proporcional a la puntuación en la PCL-R. Un metaanálisis realizado por Hemphill et al³⁶ evidenció que, el primer año después de salir en libertad, los psicópatas tenían una probabilidad de delinquir 3 veces la de los no psicópatas y la de que fuera de forma violenta, 4 veces mayor. En Suecia, y más recientemente en Inglaterra, se han observado resultados parecidos tanto para reincidencia en general como para reincidencia de tipo violento^{23,42}. En otro estudio con muestras psiquiátricas, se pudo comprobar que la psicopatía fue el mejor predictor de violencia entre 134 variables de riesgo⁴³.

Las puntuaciones elevadas en psicopatía también se relacionan con la revocación o con mayores incumplimientos de la libertad condicional. Hodgins et al⁴⁴, en un estudio en que se siguió durante 1 año a delincuentes a los que se había

concedido la libertad condicional, mostraron que, mientras las revocaciones eran poco más del 10% en los bajos puntuadores en la PCL-R, en los altos puntuadores pasaban a ser más del 50%. Porter et al⁴⁵, en otro estudio con metodología mixta, retrospectiva en una primera fase y prospectiva en una fase posterior, hallaron resultados en la misma dirección para las edades comprendidas entre los 25 y los 49 años.

Son diversos los estudios que han analizado la relación del diagnóstico de psicopatía con la conducta penitenciaria. Los resultados pueden sintetizarse en una frase: cuanto mayor es la puntuación en la PCL, mayor es la probabilidad de problemas de comportamiento en prisión. Cuquerella et al⁴⁶, encontraron en población penitenciaria española relación positiva entre las puntuaciones en la PCL:SV y el número de regresiones de grado, faltas y quebrantamientos por tiempo en prisión. Resultados parecidos encontraron Moltó et al²⁴ utilizando la adaptación española de la PCL-R. Otro estudio en Inglaterra mostró diferencias entre altos y bajos puntuadores en el porcentaje de internos que finalizaron un curso educativo y un curso de entrenamiento vocacional, en el de internos que trabajaron en el centro penitenciario durante más de la mitad de la sentencia, en la probabilidad de mantenerse en el puesto de trabajo dentro de prisión sin ser expulsado, y en el hecho de sufrir una medida segregadora durante su estancia en el centro²³.

No conocemos estudios metodológicamente solventes que demuestren la eficacia de tratamientos psicológicos para la psicopatía. En general, dicho diagnóstico es un indicador de mal pronóstico. Estos individuos son excluidos de ellos con mayor frecuencia, obtienen peores resultados y cuando los tratamientos son grupales acostumbran influir negativamente en las dinámicas de los grupos^{4,47}. Con ello no se pretende afirmar que los rasgos, las actitudes y las conductas de los psicópatas sean inmutables, sino que hasta el momento no se han desarrollado programas que se hayan demostrado útiles para ellos. Sin embargo, sí que hay evidencia de que determinados tratamientos aplicados a los psicópatas no sólo no obtienen resultados favorables, sino que incluso pueden tener un efecto contrario al deseado. Éste es el caso de 2 estudios. En el primero, se hizo un seguimiento de 278 delincuentes que habían sido puestos en libertad y se analizaron las reincidencias en función de que hubieran participado o no en programas de manejo de la ira y de habilidades sociales antes de salir de prisión; los resultados mostraron que, en los altos puntuadores en las facetas interpersonal y afectiva, el porcentaje de recidivas era significativamente superior para los que habían participado en los programas que para los que no, mientras que tal diferencia no se observó para los bajos puntuadores²³. En el segundo, los autores evaluaron de forma retrospectiva a pacientes de una institución psiquiátrica de máxima seguridad y compararon las tasas de reincidencia de 166 pacientes que habían sido tratados en una comunidad terapéutica con otros 119 que no habían sido tratados. Para los no psicópatas, hubo recidivas en el 22% de los tratados y el 39% de los no tratados. Sin embargo, las recidivas en los pacientes psicópatas tratados fueron más (77%) que en los no

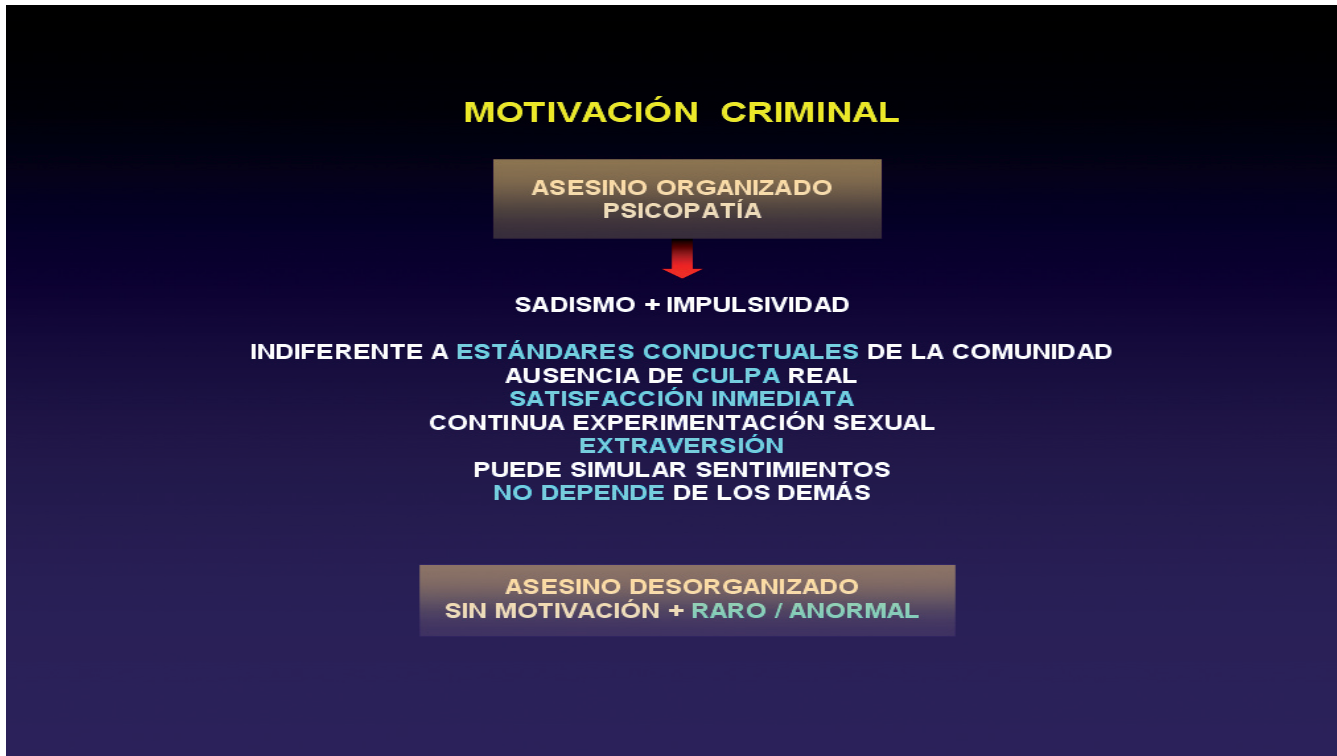


Figura 2. Relación entre la psicopatía y el perfil de criminales en serie.

tratados (55%). La explicación que dan los autores a ese resultado es que los programas de estas características todavía ayudan a los psicópatas a desarrollar mejor sus habilidades de manipulación y engaño⁴⁸.

Violencia y psicopatía

A diferencia de los criterios de TAP y de los de trastorno disocial, los criterios diagnósticos de la PCL-R no incluyen ningún ítem relacionado con conductas violentas. A pesar de ello, hay evidencia abrumadora de que los psicópatas a menudo muestran tasas muy elevadas de agresión física. La evidencia disponible indica que la psicopatía tiene un papel importante en la decisión de actuar de forma violenta. Sin embargo, la conducta violenta no es patrimonio exclusivo de los psicópatas, ya que también puede darse en personas que no poseen rasgos psicopáticos. Por otro lado, aunque la conducta violenta es altamente probable en las personalidades psicopáticas, no todos los psicópatas presentan conductas agresivas de forma recurrente.

Tampoco el riesgo de violencia es la única característica esencial de la psicopatía; otros aspectos como la facilidad para la mentira, la manipulación y el engaño son tan importantes como aquél. Pero también es preciso señalar que no es posible una comprensión exhaustiva del fenómeno de la violencia sin tener en consideración el riesgo añadido que supone la presencia de rasgos psicopáticos.

La psicopatía no puede ser considerada como un factor causal directo de la violencia. La causa directa está en la decisión de actuar violentamente, y la psicopatía no pue-

de ser considerada más que uno de los múltiples factores causales indirectos que influyen en el proceso de toma de decisiones. Las razones para explicar la relación observada entre psicopatía y violencia son todavía desconocidas. Puede que los individuos psicopáticos posean esquemas cognitivos que les predispongan a percibir intenciones hostiles en las acciones de los otros, lo que los llevaría a actuar violentamente como una forma de autoprotección, o también que dichas peculiaridades cognitivas les hagan valorar los actos violentos como gratificantes. Una segunda posibilidad es que los psicópatas posean un déficit emocional generalizado que les impediría experimentar sentimientos de culpa, empatía, miedo y otras emociones cercanas cuyo efecto es, entre otros, inhibir la expresión de impulsos violentos. Finalmente, pudiera ser que la mayor predisposición de los psicópatas hacia la violencia fuera consecuencia de un patrón general de impulsividad, el cual podría ser el resultado de determinadas características temperamentales, bioquímicas o neuropsicológicas⁴⁹.

Además de cometer más actos violentos, los psicópatas parecen tener diferentes motivaciones para la violencia, lo que resulta en que las características conductuales de su conducta delictiva de tipo violento también sean distintas. Williamson et al⁵⁰ analizaron los informes policiales de delinquentes violentos que habían sido evaluados con la PCL-R y encontraron que dos tercios de las víctimas de los psicópatas fueron varones desconocidos, mientras que en los no psicópatas, las víctimas eran mayoritariamente mujeres, muchas de ellas familiares o compañeras. En ese estudio, en la mayoría de los casos, la violencia de los psicópatas parecía motivada

primariamente por revancha o retribución, mientras que la de los no psicópatas se producía en estados de *arousal* emocional extremo.

Cornell et al⁵¹ analizaron la relación entre psicopatía y el tipo de violencia, utilizando una clasificación que considera 2 tipos de conductas agresivas violentas: la agresión reactiva y la agresión instrumental. La primera está relacionada con la dificultad para controlar los propios impulsos, y generalmente se produce en situaciones de frustración, amenaza o como reacción a la provocación. La segunda es más bien un procedimiento para controlar el entorno, se inicia de manera premeditada, se dirige a un objetivo y es un procedimiento para obtener algún beneficio no relacionado intrínsecamente con la conducta agresiva. Esos autores encontraron que casi todos los delincuentes violentos tenían antecedentes de violencia reactiva y que sólo una minoría de ellos había cometido violencia instrumental. Cuando se analizaron las características de este subgrupo, se pudo comprobar que tenían puntuaciones más altas en la PCL-R que los que habían cometido únicamente violencia reactiva.

Woodworth et al⁵² analizaron en un grupo de 125 homicidas las características del acto violento que provocó el homicidio y observaron que, cuando el homicida era un psicópata, la mayoría de los homicidios eran de tipo instrumental; sin embargo, cuando no lo eran, el porcentaje de homicidios con violencia instrumental descendía hasta la mitad. Cuando se analizó la relevancia de las diversas facetas de la psicopatía en dicha conducta, se pudo comprobar que los aspectos interpersonales y afectivos eran lo que explicaba dicha tendencia a la violencia instrumental.

Resumiendo, los psicópatas no sólo cometen más actos violentos que los no psicópatas, sino que, además, parecen mostrar un tipo de violencia cualitativamente distinta. Si consideramos perfiles de delincuentes reincidentes, la impulsividad y el sadismo son propios de los llamados asesinos en serie organizados, cuyo paradigma es el perfil psicopático de personalidad (fig. 2).

Conclusiones

A pesar de la controversia conceptual y terminológica, empieza a generarse un consenso cada vez mayor sobre la utilidad de un constructo clínico específico para definir a los individuos que, a causa de su carácter frío, manipulador e impulsivo, su agresividad y su violación persistente de las normas sociales, entran en conflicto permanente con su entorno social. Dicha entidad clínica ha sido denominada de formas muy diversas: psicopatía, sociopatía, trastorno disocial, trastorno antisocial de la personalidad, etc., y la etiología, la dinámica y los límites continúan siendo objeto de debate y de investigación. Sin embargo, el avance espectacular de los conocimientos en esta área que se ha producido durante los últimos 25 años no habría sido posible sin los criterios diagnósticos definidos por Hare y el instrumento

desarrollado para evaluarlos: la PCL-R. Esta conceptualización de la personalidad psicopática incluye aspectos interpersonales, afectivos, de estilo de vida y conductas antisociales y está fundamentada en la primorosa descripción clínica del trastorno realizada por Cleckley. Posee una capacidad explicativa y predictiva que ya ha sido replicada en culturas muy distintas, como la nuestra, hasta el punto de que no puede ser ignorada ni por quienes se oponen a la idea de dicho concepto. Una de las principales limitaciones es que la evidencia empírica disponible procede en su mayor parte de estudios con población penitenciaria. La generalización de los resultados con el constructo a otros tipos de muestras es uno de los retos pendientes que será necesario abordar en un futuro inmediato. A pesar de ello, consideramos que ha llegado el momento de avanzar hacia la utilización sistemática de dichos criterios diagnósticos en la práctica forense.

Bibliografía

1. Cleckley H. The mask of sanity. 5.ª ed. St Louis: Mosby; 1994.
2. Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M. Historical conceptions of psychopathy in the United States and Europe. En: Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, Davis R, editores. Psychopathy: Antisocial, criminal and violent behavior. New York: Guilford; 1998; p. 3-31.
3. Hare RD. Hare Psychopathy Checklist-Revised manual. Toronto: Multi-Health Systems; 1991.
4. Hare RD. Hare Psychopathy Checklist-Revised manual. 2.ª ed. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
5. Pichot P. Psychopathic behaviour: a historical overview. En: Hare RD, Schalling D, editores. Psychopathic behaviour: Approaches to research. Chichester: John Wiley & Sons; 1978; p. 55-70.
6. Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. 2.ª ed. Paris: Brosson; 1809.
7. Pritchard JC. A treatise on insanity and other disorders affecting the mind. London: Sherwood, Gilbert and Piper; 1835.
8. Herpertz SC, Saas H. Emotional deficiency and psychopathy. Behav Sci Law. 2000;18:567-80.
9. Morel BA. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des cause qui produisent ces variétés malades. Paris: Baillière; 1857.
10. Schneider K. Die psychopathischen persönlichkeiten. Leipzig: Thieme; 1923.
11. Coid J. Current concepts and classifications of psychopathic disorder. En: Tyrer P, Stein G, editores. Personality disorders reviewed. London: Royal College of Psychiatrists, Gaskell Press; 1993; p. 113-64.
12. International classification of diseases and related health problems. 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1990.
13. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.ª ed, text revised. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
14. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3.ª ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
15. Robins LN. Deviant children Brown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality. Baltimore: Williams & Wilkins; 1966.
16. Robins LN. Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: replications from longitudinal studies. Psych Med. 1978;8:611-22.
17. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.ª ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
18. Hare RD. Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice systems. En: Millon T, Simonsen E, Bir-

- ket-Smith M, Davis R, editores. *Psychopathy: Antisocial, criminal and violent behavior*. New York: Guilford; 1998. p. 188-212.
19. Hare RD. A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Pers Individ Dif*. 1980;1:111-9.
 20. Hare RD, Neumann C. The PCL-R assessment of psychopathy. Development, structural properties and new directions. En: Patrick C, editor. *Handbook of psychopathy*. New York: Guilford; 2006. p. 58-88.
 21. Cooke DJ, Michie C. Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psych Assess*. 2001;13:171-88.
 22. Cooke DJ. Psychopathy across cultures. En: Cooke DJ, Forth A, Hare RD, editores. *Psychopathy: Theory, research and implications for society*. Dordrecht: Kluwer; 1998. p. 13-45.
 23. Hare RD, Clark D, Grann M, Thornton D. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behav Sci Law*. 2000;18:623-45.
 24. Moltó J, Poy R, Torrubia R. Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *J Personal Disord*. 2000;14:84-96.
 25. Seagrave D, Grisso T. Adolescent development and measurement of juvenile psychopathy. *Law Human Behav*. 2002;26:219-39.
 26. Edens JF, Skeem JL, Cruise KR, Cauffman E. Assessment of "Juvenile psychopathy" and its association with violence: A critical review. *Behav Sci Law*. 2001;19:53-80.
 27. Meloy JR. *Violence risk and threat assessment*. San Diego: Specialized Training Services; 2000.
 28. Hart SD, Cox DN, Hare RD. *Manual for the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto: Multi-Health Systems; 1995.
 29. Forth AE, Kosson D, Hare RD. *Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV)*. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
 30. Widiger TA, Cadoret R, Hare RD, Robins L, Rutherford M, Zanarini M, et al. DSM-IV Antisocial Personality Disorder Field Trial. *J Abnorm Psychol*. 1996;105:3-16.
 31. Swanson M, Bland R, Newman S. Antisocial personality disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89:63-70.
 32. Arndt I, McLellan A, Dorozynsky L, Woody G, O'Brien C. Desipramine treatment for cocaine dependence: role of antisocial personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1994;182:151-6.
 33. Compton W, Cottler L, Shillington A, Price R. Is antisocial personality disorder associated with increased HIV risk behaviors in cocaine users? *Drug Alcohol Depend*. 1995;37:37-43.
 34. Stalenheim EG, Von Knorring L. Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996;94:217-23.
 35. Salekin R, Rogers R, Sewell K. A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clin Psychol*. 1996;3:203-15.
 36. Hemphill J, Hare RD, Wong S. Psychopathy and recidivism: A review. *Legal Criminol Psychol*. 1998;3:141-72.
 37. Widiger TA, Corbitt, E. Antisocial personality disorder: Proposals for DSM-IV. *J Personal Disord*. 1993;7:63-77.
 38. Hare RD. Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Crim Justice Behav*. 1996;23:25-54.
 39. Harris GT, Skilling TA, Rice ME. The construct of psychopathy. En: Tonry M, Morris N, editores. *Crime and Justice: An Annual Review of Research*. Chicago: University of Chicago Press; 2001. p. 197-264.
 40. Stoff DM, Brieling J, Maser JD. *Handbook of antisocial behavior*. New York: John Wiley & Sons; 1997.
 41. Hart SD, Kropp PR, Hare RD. Performance of psychopaths following conditional release from prison. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:227-32.
 42. Grann M, Langstrom N, Tengstrom A, Kullgren G. Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law Human Behav*. 1999;23:205-17.
 43. Steadman HJ, Silver E, Monahan J, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law Human Behav*. 2000;24:83-100.
 44. Hodgins S, Côté G, Ross D. Predictive validity of the French version of Hare's Psychopathy Checklist. *Canadian Psychology*. 1992;33:301.
 45. Porter S, Birt AR, Boer DP. Investigation of the criminal and conditional release profiles of Canadian federal offenders as a function of psychopathy and age. *Law Human Behav*. 2001;25:647-61.
 46. Cuquerella A, Genis F, López M, Navarro JC, Pardo Y, Andiñón O, et al. Reliability and validity of the Hare Psychopathy Checklist: Screening Version in a Spanish prison sample. *Biannual Conference of the Society for the Scientific Study of Psychopathy; Vancouver (Canadá); 28-30 de julio de 2005*.
 47. Lösel F. Treatment and management of psychopaths. En: Cooke DJ, Forth A, Hare RD, editores. *Psychopathy: Theory, research and implications for society*. Dordrecht: Kluwer; 1998. p. 303-54.
 48. Rice ME, Harris GT, Cormier CA. An evaluation of maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law Human Behav*. 1992;16:399-412.
 49. Hart S, Hare RD. Psychopathy and risk assessment. *Curr Opin Psychiatr*. 1996;9:380-3.
 50. Williamson SE, Hare RD, Wong S. Violence: criminal psychopaths and their victims. *Can J Behav Sci*. 1987;19:454-62.
 51. Cornell D, Warren J, Hawk G, Stafford E, Oram G, Pine D. Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:783-90.
 52. Woodworth M, Porter S. In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *J Abnorm Psychol*. 2002;111:436-45.