

Psicopatía: una revisión acerca de su definición y evolución conceptual en la historia de la psiquiatría

Psychopathy: A review about its definition and conceptual evolution in the history of psychiatry

Matías Koch M.¹, Cristián Montes A.²

RESUMEN

En el presente trabajo se revisa la evolución que ha tenido el término psicopatía y sus diferentes conceptualizaciones a lo largo de distintas etapas en la historia de la psiquiatría contemporánea. Se inicia con las primeras descripciones clínicas formuladas por los alienistas, para seguir con los aportes de la psiquiatría clásica de principios del siglo XIX. Se incluyen también los aportes efectuados por la tradición psicoanalítica y sus intentos por ahondar en la comprensión más profunda del funcionamiento intrapsíquico del trastorno. Como contraste, aparecen las descripciones más actuales contenidas en los manuales DSM y CIE, que en un intento por definir criterios diagnósticos más objetivables, parecen haber caído en una suerte de “criminalización” del trastorno.

Palabras clave: psicopatía, historia de la psiquiatría, comprensión psicoanalítica, funcionamiento intrapsíquico, criterios DSM.

ABSTRACT

In this paper, the evolution of the term psychopathy and its different conceptualizations throughout different stages in the history of contemporary psychiatry is reviewed. It begins with the first clinical descriptions made by the alienists, to continue with the contributions of classical psychiatry of the early nineteenth century. The contributions made by the psychoanalytic tradition and its attempts to deepen the deeper understanding of the intrapsychic functioning of the disorder are also reviewed. In contrast, we also reviewed the most current descriptions contained in the DSM and ICD manuals, which in an attempt to define more objective diagnostic criteria appear to have fallen into a kind of criminalization of the disorder.

Keywords: *psychopathy, history of psychiatry, psychoanalytic, intrapsychic functioning, DSM criteria*

¹ Residente de Psiquiatría Adultos. Facultad de Medicina, Campus Norte. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

² Psicólogo clínico. Profesor Asistente. Facultad de Medicina, Campus Norte. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

Psicopatía es un término que goza de amplia difusión, tanto en el lenguaje cotidiano como en ciertas áreas de especialidad profesional, tales como la psiquiatría, la psicología forense y la criminología. También los medios de comunicación y algunas expresiones artísticas se han interesado en difundir y recrear sucesos o personajes que encarnan características representativas del significado que socialmente se le atribuye a este concepto, vinculado ciertamente a la idea “del mal”. El cine y la literatura han creado entre sus personajes la figura del “psicópata”, típicamente personificado como el responsable de las conductas violentas que provocan sufrimiento de quienes los rodean.

Al revisar los reportes históricos, queda en evidencia que conductas de este tipo han sido registradas por distintas fuentes desde la antigüedad. Yildirim *et al.* (37) afirman que la literatura registra la existencia de individuos con características de frialdad, egocentrismo, irresponsabilidad y tendencia a la manipulación en sociedades no industrializadas y pueblos indígenas antiguos.

El filósofo griego Teofrasto (371-287 a.C), discípulo de Aristóteles, conocido por su acertada descripción de las distintas personalidades, hacía mención al concepto del “hombre sin escrúpulos”, en el texto de Millon *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV* (29).

En la actualidad, psicopatía es un término sobre el cual recaen duros estigmas sociales, posiblemente por la homologación que se realiza con el tema de la criminalidad. En el campo clínico suele ser considerado uno de los trastornos más complejos de abordar por las enormes exigencias técnicas que implica su manejo y tratamiento.

Actualmente existe amplio consenso en la psiquiatría respecto de considerar a la psicopatía como una alteración que se produce a nivel de

la personalidad, aunque persisten grandes interrogantes sobre su real naturaleza. El estudio de sus factores etiopatogénicos, las características esenciales de su psicopatología y los desafíos terapéuticos son temas que aun encierran grandes desafíos.

Según Parellada R. (30), en la psiquiatría actual prevalecen dos grandes líneas de pensamiento en la conceptualización de la psicopatía. La primera de estas correspondería a las descripciones del denominado Trastorno de personalidad antisocial, enunciado por la psiquiatría norteamericana, basado en los aspectos más observables de la conducta. De manera diferente se considera a los enfoques que han centrado sus conceptualizaciones sobre la base de la caracterización del funcionamiento mental y los aspectos más profundos de la estructura de personalidad, enfoque que queda mejor representado por los aportes del célebre psiquiatra Hervey Cleckley, y que posteriormente tomarán autores como Millon, Cloninger, Parellada R. y Kernberg, desde una concepción psicoanalítica (21, 22, 23)

El presente trabajo contiene una revisión de carácter descriptiva sobre el concepto de psicopatía y las ideas que fueron surgiendo con el desarrollo de la historia de la psiquiatría moderna. Existe abundante literatura sobre el tema, por tanto resulta impracticable incluir a todos los autores que se han referido a éste, lo que obliga a efectuar una selección arbitraria de los diferentes aportes, así como del período que abarca esta revisión. El criterio fundamental para la selección del material se sustenta en el interés de los autores por la psiquiatría clásica, la psicopatología y la mirada psicoanalítica, sin dejar de lado las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas.

LAS PRIMERAS DESCRIPCIONES CLÍNICAS EN LOS ORÍGENES DE LA PSIQUIATRÍA

Los primeros alienistas se enfrentan a la tarea de describir y clasificar clínicamente el cuadro, no

obstante en la literatura no existe total consenso respecto de quién sería el pionero en conceptualizar a la psicopatía como un trastorno mental. En una revisión realizada por López Magro *et al.* (28), se plantea que la primera descripción puede adjudicarse al médico norteamericano Benjamin Rush (1746-1813), un tanto desconocido en nuestro medio, pero reconocido en 1965 por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) como el “padre” de la psiquiatría norteamericana. En 1786 publicó su obra *An Inquiry into the Influence of Physical Causes Upon the Moral Faculty* (8), texto donde Rush utilizó el concepto de “depravación moral innata” para referirse a un trastorno mental que afecta a las *facultades morales con conservación de la razón y otras facultades intelectuales* (9). En 1812, este mismo autor publica “Medical Inquiries and Observations, Upon the Diseases of the Mind”, texto donde se pronuncia sobre los aspectos etiológicos del cuadro, dejando entrever una visión que remarca un posible origen congénito. Para Rush, el término *facultad moral* alude a una capacidad mental utilizada para discernir entre el bien y el mal (distinguir entre lo bueno y lo malo), estableciendo su distinción respecto de la función de la “conciencia”, que sería *el medio por el cual se distinguiría entre lo correcto e incorrecto de las acciones* (33).

Otra visión tiene Millon y cols (29), quienes afirman que el célebre psiquiatra francés Philippe Pinel (1745-1822) habría sido el primero en delimitar y profundizar acerca del tema en su obra de 1801, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, donde hace referencia a una forma especial de locura conocida en esa época como *folie raisonnante* (locura razonante), e introduce el concepto de *manie sans délire* (manía o locura sin delirio), destacando la existencia de algunos individuos que realizaban actos impulsivos y auto-punitivos, aún cuando su capacidad de razonamiento estaba intacta y mantendrían preservada la capacidad para darse cuenta de la irracionalidad de su propio

comportamiento. Estos mismos autores destacan también el aporte realizado por Pinel, al plantear que se podía estar loco (*manie*) sin que necesariamente exista una falla del razonamiento. Hasta ese entonces se consideraba que padecer un trastorno mental era equivalente a padecer una alteración de la razón, y solo una desintegración de las facultades de la razón y del intelecto podía considerarse locura (29).

Pozueco Romero (31) destaca que si bien Pinel no empleó expresamente el término psicopatía, su ya clásico concepto de *manía sin delirio* fue una auténtica revolución conceptual adelantada a sus tiempos, sobre todo por plantear la posibilidad de que una persona pudiese estar loca (*manie*) sin que existiese una confusión de la mente (*sans délire*).

Posteriormente (1835), el médico y etnólogo inglés James Cowles Prichard (1786-1848) publicó la obra *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*, en la cual introduce el término de *moral insanity* (locura moral), definido como “un trastorno que afecta solo a los sentimientos y afectos, también llamados los poderes morales de la mente, en contradicción a los poderes del entendimiento o intelecto” (32). Con este término, coincide con la descripción de aquellos casos identificados como “locos sin delirio” previamente mencionados por Pinel; sin embargo, disienta de la actitud moralmente neutra de Pinel, quien enfatizaba la necesidad de brindar un trato humano a los sujetos que padecían trastornos mentales (19). Prichard postulaba en cambio que estos comportamientos significaban un *defecto del carácter* que había que reprender y merecía condena social. Junto a lo anterior, amplió el síndrome original de *locura moral*, incluyendo otros trastornos mentales y emocionales. Prichard describe así a estos sujetos: “Existe una forma de trastorno mental en el que las funciones intelectuales parecen estar intactas, mientras que el trastorno se manifiesta básica o únicamente por el estado de los senti-

mientos, temperamento o hábitos. En los casos de este tipo, los principios morales o activos de la mente están pervertidos o depravados; el poder de autodomínio se ha perdido o está muy alterado, y el individuo es incapaz no solo de hablar o razonar sobre los temas que se le proponen, sino de conducirse con decencia y propiedad en los asuntos de la vida” (29).

El médico italiano Cesare Lombroso (1835-1909), considerado por algunos como el “padre de la criminología moderna”, es una referencia fundamental de aquella época, en que surgen las primeras descripciones del fenómeno de la conducta criminal (10). En 1876 publica una de sus obras fundamentales, *L’Uomo Delinquente*, donde expone sus ideas sobre la comprensión del comportamiento criminal y define los fundamentos para una tipología basada sobre un modelo antropométrico. En dicho texto, esboza una teoría acerca de la heredabilidad de ciertas características propias de la patología criminal, mostrando una postura bastante radical sobre el posible origen innato de esta. Los factores constitucionales que derivarían de los aspectos heredados tendrían su expresión por medio de ciertos rasgos fenotípicos o “estigmas” característicos, tomando en consideración características tales como la longitud, la forma y el tamaño del cráneo, así como la presencia de ciertos rasgos faciales. Tales “estigmas” revelarían el atavismo del denominado “criminal nato” que se manifestaba por medio de “una frente baja y curva; ojos duros y evasivos; orejas grandes con forma de manija; una nariz plana o curvada hacia arriba y una mandíbula prominente; grandes incisivos medios; pies prensiles y brazos largos y simiescos; una barba escasa y calvicie”. Asimismo, se refería de manera bastante detallada sobre ciertos rasgos faciales específicos, planteando que “los ladrones tenían narices *negroides*, torcidas o planas; los homicidas, rectas y aguileñas y los violadores, cejas” (27).

Para Lombroso, la criminalidad evidenciaba un problema de índole antropológico y se definía por su carácter atávico; es decir, como la consecuencia de un deficitario desarrollo evolutivo, en el sentido darwiniano, que determinaba la reactivación o reaparición de ciertas características ya extintas para la especie, o que formaban parte de los esquemas de comportamiento propios de las generaciones primitivas.

Inicialmente, Lombroso encontró una buena recepción de sus ideas en los círculos intelectuales y políticos progresistas de su época, tanto dentro como fuera de Italia. Las voces críticas habrían sido menores en comparación con su aceptación, pero le recriminaban el hecho de fundar sus planteamientos sobre la base de una diferenciación racial, más aun considerando que Lombroso defendía la idea de que la raza blanca –a la que él mismo pertenecía– era finalmente la más evolucionada, utilizando la teoría de Darwin como fundamento teórico. El criminal exhibía síntomas patológicos específicos que Lombroso y sus seguidores denominaron *conducta antisocial*. Describió el concepto de la persona antisocial como: “*Imbécil, caracterizada por la falta de culpa, agresión aumentada, impulsividad, autovaloración e insensibilidad a la crítica social y dolor físico*”. Lombroso propuso confinar a tales personas en los asilos para los entonces llamados locos, y así proteger a la sociedad de sus actividades criminales (12). Si bien el modelo antropométrico propuesto por este autor no tuvo finalmente el desarrollo que inicialmente auguraba, sus hipótesis sentaron las bases para futuras investigaciones en torno al posible sustrato orgánico de dichos trastornos mentales (26).

APORTES DE LA PSIQUIATRÍA ALEMANA

El concepto de psicopatía se instala con mayor fuerza en la nomenclatura psiquiátrica gracias al médico y filósofo alemán Julius Koch (1841-1908), quien en 1891 introduce el concepto de “inferioridad psicopática” (*Die psychopathischen*

Minderwertigkeiten), como una propuesta para reemplazar la idea de locura moral que hasta entonces era utilizado. El autor afirma: “*El término inferioridad psicopática comprende a todas las anomalías, ya sea hereditarias o adquiridas, que influyen en la vida personal de un humano, pero que no constituyen, incluso en sus peores casos, enfermedades mentales, sin embargo las personas que los padecen no parecen estar sanas de mente ni de sus capacidades físicas*” (20).

Cabe hacer notar la precisión hecha por Berrios, respecto de la utilización del término psicopático hacia fines del siglo XIX, como sinónimo de psicopatológico, y por tanto un término aplicable a todos los trastornos mentales (6).

Koch incluyó dentro del subgrupo de las “degeneraciones psicopáticas hereditarias” a aquellos cuadros con síntomas de estrés y también de “debilidad mental”. Tal debilidad mental podría ser de índole intelectual, moral o general, precisando que en aquellos pacientes con debilidad moral se distinguían los de tipo activo y otros de tipo pasivo. El tipo activo mostraría un impulso hacia el mal comportamiento que viene “desde dentro”, mientras que el tipo pasivo se caracterizaría por presentar bajos estándares éticos (14).

Koch buscó resaltar la base biológica o constitucional de esta anomalía psicológica, pero señaló que en su opinión no podría clasificarse como una enfermedad mental, en los términos de aquél entonces (28). Este autor estudió los comportamientos violentos y criminales, y a pesar de que no los consideraba como enfermos mentales, tampoco estaba a favor de su castigo moral, ya que al ser “inferiores constitucionalmente”, tendrían menor responsabilidad legal y debían ser tratados en un manicomio o instituciones similares y no en cárceles. Además, describe a aquellos que significan una carga para sí mismos, y a otros que además constituyen una carga para su entorno (19).

De esta forma, podría considerarse que los aportes de Koch trascienden también la configuración del concepto que hoy entendemos por trastornos de personalidad (13). Solo algunos de los pacientes descritos por Koch calificarían como psicópatas en la actualidad (37).

Recogiendo algunos conceptos planteados por Koch, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926) publica en 1896 su obra *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, haciendo alusión al concepto de “estados psicopáticos”, que en 1903 modificaría por el de “personalidades psicopáticas”. Con este término se refería a peculiares formas mórbidas de desarrollo de la personalidad, que se consideraban degenerativas. Al igual que Koch, no considera a dichos individuos como enfermos mentales, y también le otorga gran importancia a la etiología constitucional. Kraepelin describió diferentes subgrupos de personalidades psicopáticas, y dentro de estas describe a los denominados *nacidos criminales* (25). Desde aquellos nacidos criminales, dice Kraepelin, surgirían los criminales profesionales (19).

El psiquiatra y neurólogo alemán Karl Birnbaum (1878-1950) fue otro aporte importante, pero sus formulaciones se orientaron en una dirección radicalmente opuesta a las ideas que remarcaban los déficits constitucionales y heredados. Este autor propone una mirada de índole ambientalista, destacando los determinantes sociales del comportamiento psicopático y buscando resaltar la importancia del aprendizaje social y el efecto producido por las tempranas influencias ambientales negativas. En 1914 introduce el concepto de “sociopatía”, respecto del cual se refería de la siguiente manera: “*Las peculiaridades psicopáticas que estos tipos muestran en la vida real y sobre todo en sus manifestaciones sociales no se encuentran simplemente en la expresión directa de su disposición psicopática, sino que más bien en el resultado de los cambios que estas disposiciones han experimentado en el curso de*

la vida bajo la influencia de diferentes estímulos. Somos conscientes de que estos elementos de carácter adquiridos pueden combinarse con lo innato para conformar toda la personalidad del psicópata” (7).

Birnbaum además pone el acento en la importancia de diferenciar entre la conducta delictiva y la psicopatía propiamente tal. Su concepto de sociopatía será posteriormente recogido por el psicólogo estadounidense George E. Partridge en 1930, haciéndolo más conocido en el medio norteamericano, para posteriormente ser recogido por la asociación de psiquiatría americana en sus Manuales Diagnósticos (DSM) (28).

En 1923, Kurt Schneider instala el concepto de “Personalidad psicopática”, para ser utilizado en la propuesta de una tipología caracterológica basada sobre un modelo categorial. Elabora una definición donde rescata un criterio sociológico de orden práctico: *“las personalidades psicopáticas son aquellas que sufren por su anormalidad o hacen sufrir, bajo ella, a la sociedad”*. Definió diez subtipos de personalidades psicopáticas, dentro de las cuales describe al “Psicópata desalmado”, que describe de la siguiente manera: *“Se caracterizan por un marcado embotamiento emocional que no aparece exclusivamente en relación con las personas de su entorno. Su carácter es despiadado y carecen de la capacidad de sentir vergüenza, remordimiento, ser conscientes de las cosas y comportarse de un modo decente. Son hoscas, fríos, desagradables y brutales en sus crímenes. Conocen y comprenden el código moral, pero no lo incorporan y por tanto, estas personalidades son indiferentes a él” (34).*

THE MASK OF SANITY

Una de las propuestas más destacadas de la primera mitad del siglo XX surge en 1941, gracias a los estudios del psiquiatra norteamericano Hervey M. Cleckley (1903-1984), quien publica la primera edición de su emblemático texto

The Mask of Sanity, donde expone lo que para muchos correspondería a la descripción más acertada del concepto de psicopatía realizada hasta entonces. Si bien la descripción formulada por Cleckley se construye sobre los aportes previos de otros autores, y remarca características psicológicas negativas o deficitarias, se le reconoce el mérito de haber podido elaborar una definición que recoge una dimensión más humana y completa del constructo, que considera aspectos interpersonales y afectivos, junto a la descripción de las conductas propiamente antisociales (30). Si bien otorgó la debida importancia a la descripción de la conducta observable, remarcó lo que ocurría a nivel mental y en términos de los sentimientos de estos individuos: *“El psicópata muestra la más absoluta indiferencia ante los valores personales, y es incapaz de comprender cualquier asunto relacionado con ellos. No es capaz de interesarse lo más mínimo por cuestiones que han sido abordadas por la literatura o el arte, tales como la tragedia, la alegría o el esfuerzo de la humanidad en progresar. También le tiene sin cuidado todo esto en la vida diaria. La belleza y la fealdad, excepto en un sentido muy superficial, la bondad, la maldad, el amor, el horror y el humor no tienen un sentido real, no constituyen una motivación para él. También es incapaz de apreciar qué es lo que motiva a otras personas. Es como si fuera ciego a los colores, a pesar de su aguda inteligencia, para estos aspectos de la existencia humana. Por otra parte, es inútil explicarle dichos aspectos, ya que no hay nada en su conocimiento que le permita cubrir esa laguna con el auxilio de la comparación. Puede, eso sí, repetir las palabras y decir que lo comprende, pero no hay ningún modo para que se percate de que realmente no lo comprende” (11).*

Un aspecto fundamental de la definición elaborada por Cleckley queda plasmado en el mismo título de su obra, que releva una característica central del funcionamiento psicopático, esto es, una falsa apariencia de normalidad, de ajuste social y sinceridad, con lo cual quiere decir que la

psicopatía se esconde detrás de “una máscara de cordura”. Como señalan Parellada y cols, los sujetos con este trastorno pueden parecer agradables en una primera impresión, y por tanto es frecuente que en la práctica clínica puedan hacer falta entrevistas de confrontación algo más agresivas para hacer patente el cuadro (30). Otros autores declaran que la peligrosidad, incluso mayor que la que presentan los pacientes psicóticos, se esconde detrás de aquella falsa apariencia de normalidad o cordura (37).

En lo afectivo serían más bien pobres, fríos, no apasionados, despreocupados e indiferentes. Dentro de la definición realizada por Cleckley destaca el concepto de “afasia semántica”, utilizado para describir la profunda dificultad para percibir su propia discapacidad emocional, a pesar de su excelente comprensión intelectual: *“Cuando examinamos a un psicópata, los procesos lógicos del pensamiento funcionan perfectamente (...). En un análisis de su discurso verbal, todos los juicios de valor y las apreciaciones emocionales son correctos (...). Sin embargo, esa capacidad aparente es incapaz de guiar de modo efectivo el comportamiento del sujeto: solo cuando el sujeto conduce su vida podemos encontrar evidencia de lo poco que esa comprensión teórica que posee significa para él (...). Lo que tomamos como evidencia de su cordura no influirá de modo sustancial o consistente en su comportamiento”* (11).

Cleckley vió al psicópata como un antisocial, en el sentido de mantener un estilo de vida solitario, con un predominio en la preocupación por sí mismo y como un individuo totalmente desinteresado por el daño que pudiera generar en los otros con tal de alcanzar sus propios intereses, a pesar de carecer de un plan de vida coherente y planificado. Poseen, según Cleckley, un encanto superficial para manipular a los demás, pero en general carecen de cualquier inteligencia social o capacidad para aprender de sus errores en absoluto. Los psicópatas tenderían a mentir y mani-

pular constantemente a quienes los rodean. De hecho, llegó a afirmar que carecen de la capacidad de percibir la diferencia entre lo verdadero y lo falso (19).

La riqueza y precisión de la descripción realizada por Cleckley se mantiene vigente hasta nuestros días, y sigue siendo considerada como un referente fundamental para la formulación de los criterios diagnósticos que definen al concepto en la actualidad. El texto ha sido editado en repetidas ocasiones, lo que ha significado para su autor ser reconocido por muchos como el “Padre de la psicopatía” (35).

En la quinta edición de su obra (1976), Cleckley expuso y especificó 16 rasgos psicopáticos, haciendo la primera descripción comprensiva del *psicópata prototípico* e intentando clarificar el problema de las terminologías y contrarrestar la tendencia a incluir bajo el rótulo de psicopatía trastornos muy diferentes (11).

TABLA 1.

- Los 16 rasgos propuestos por Cleckley:
- 1) Encanto superficial y notable inteligencia.
 - 2) Ausencia de alucinaciones y otros signos de pensamiento irracional.
 - 3) Ausencia de manifestaciones psiconeuróticas.
 - 4) Persona que no inspira confianza.
 - 5) Falsedad o insinceridad.
 - 6) Incapacidad para experimentar remordimiento o vergüenza.
 - 7) Conducta antisocial sin aparente justificación.
 - 8) Falta de juicio y dificultades para aprender de la experiencia.
 - 9) Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
 - 10) Escasez habitual de reacciones afectivas básicas.
 - 11) Pérdida específica de intuición.
 - 12) Insensibilidad en las relaciones interpersonales ordinarias.
 - 13) Conducta exagerada y desagradable bajo el consumo de alcohol y, a veces, sin él.
 - 14) Amenaza de suicidio raramente consumado.
 - 15) Vida sexual impersonal, frívola y poco estable.
 - 16) Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

HARE Y LA PSYCHOPATHY CHECKLIST (PCL)

Basándose en las características clínicas de la psicopatía sugeridas previamente por Cleckley, los aportes del psicólogo canadiense Robert D. Hare (1934-) son considerados como uno de los referentes contemporáneos más importantes sobre el tema. Este autor describe a los psicópatas como: *“depredadores sociales que encantan, manipulan y despiadadamente aran su camino a través de la vida. . . completamente carentes de conciencia y sentimientos por los demás, toman egoístamente lo que quieren y hacen lo que quieren, violando las normas y expectativas sociales, sin el menor sentimiento de culpa o arrepentimiento”* (18).

A partir de 1980, y basándose en estudios y observación de población penitenciaria, comienza a elaborar lo que probablemente sea considerado su mayor aporte a la práctica médica y la criminología, creando un instrumento psicométrico para la evaluación de la psicopatía. Primero construye la *Psychopathy Checklist* (PCL), pero finalmente, en 1991, publica formalmente la *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R). En términos operativos, el concepto de psicopatía aportado por Hare se describe sobre la base de un patrón característico de síntomas en dos planos o factores: Afectivo-interpersonal y Desviación social. Del primero se subdividen dos facetas, la Interpersonal y la Afectiva; del segundo, Estilo de vida y Antisocial. Si bien Hare reconoce la enorme influencia proveniente de Cleckley y la publicación de *The mask of sanity*, también recoge aportes de otros autores posteriores, sumado a su propia experiencia en la investigación empírica (16).

La PCL-R es una entrevista semiestructurada que ha demostrado altos índices de validez y confianza. Permite medir el grado y tipo de rasgos psicopáticos de un individuo, sobre la base de una escala de tres puntos (0, 1 ó 2 puntos) para

cada característica, dependiendo de su ausencia o nivel de relevancia en el individuo (17).

En las últimas dos décadas, se han desarrollado diferentes derivados de la PCL-R para la evaluación de rasgos psicopáticos en poblaciones no penitenciarias (PCL-Screening Version=PCL-SV) y en niños y adolescentes (PCL-Youth Version=PCL-YV). Estudios con los variados instrumentos PCL en diferentes entornos y poblaciones, han revelado consistentemente su estructura dominante de dos factores y cuatro facetas subyacentes a sus ítems. Actualmente, sigue siendo el principal instrumento de medición para el diagnóstico de psicopatía, sobre todo en el ámbito de la criminalística. Sin embargo, debido a un supuesto “monopolio de PCL-R”, ha recibido diferentes críticas de variados autores, quienes abogan por no operacionalizar un constructo en una sola dirección (37).

**TABLA 2
LOS 20 RASGOS O CARACTERÍSTICAS DEL
PSICÓPATA “PURO”, SEGÚN ROBERT D.
HARE (2003).**

Factor 1 Interpersonal/Afectivo	Faceta 1 Interpersonal	1. Locuacidad y encanto superficial. 2. Sentido desmesurado de autovalía. 4. Mentiroso patológico. 5. Estafador/engañador y manipulador.
	Faceta 2 Afectiva	6. Ausencia de remordimientos o sentimientos de culpa. 7. Afecto superficial y poco profundo. 8. Insensibilidad afectiva y ausencia de empatía. 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus propios actos.
Factor 2 Desviación Social	Faceta 3 Estilo Impulsivo/ Irresponsable	3. Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento. 9. Estilo de vida parásito. 13. Ausencia de metas realistas a largo plazo. 14. Impulsividad. 15. Irresponsabilidad.
	Faceta 4 Antisocial	10. Pobre autocontrol de sus conductas. 12. Problemas de conducta en la infancia. 18. Delincuencia juvenil. 19. Revocación de la libertad condicional. 20. Versatilidad criminal.
Ítems que no saturan en ningún factor ni faceta		11. Conducta sexual promiscua. 17. Frecuentes relaciones maritales de corta duración.

LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL EN LOS MANUALES DIAGNÓSTICOS.

Tanto la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), por medio de sus manuales de diagnóstico (DSM), como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), han ido modificando sus posturas y nomenclaturas en cuanto a lo que por psicopatía se entiende. Una crítica recurrente que suele recaer sobre el manual diagnóstico de la APA, se refiere al excesivo énfasis puesto sobre criterios diagnósticos puramente conductuales, descuidando la descripción de características psicológicas que permitan delinear los aspectos más profundos de la personalidad. Esta crítica surge especialmente a partir de la publicación de la tercera edición del manual, donde, según algunos autores, el concepto de personalidad antisocial queda reducido básicamente a un perfil puramente criminal (21). Las dos primeras ediciones, en cambio, gozan de descripciones clínicas que rescatan mayormente la presencia de atributos psicológicos y estilos vinculares. En el DSM-I se hacía mención al concepto de “perturbación sociopática de la personalidad”, como uno de los tres grandes subgrupos dentro del capítulo de los trastornos de la personalidad. Dicha perturbación era definida, principalmente, sobre la base de las dificultades relativas a la adaptación social. Dentro de esta categoría se distinguía la existencia de dos términos diferentes, la “reacción antisocial” y la “reacción disocial” (1). El término “reacción” utilizado por el DSM-I aludía a la presencia de un fenómeno secundario a otra alteración subyacente, ya sea de tipo neurótica, psicótica o bien producto de una lesión de índole orgánico-cerebral. La reacción antisocial describía a un patrón “crónicamente antisocial”, donde sumado a las graves dificultades respecto al cumplimiento de las normas y códigos sociales, se hace mención a un estilo vincular marcado por la deslealtad, la insensibilidad y las tendencias hedonistas. La reacción disocial, en cambio, se distingue de la categoría anterior justamente

porque el individuo presenta una capacidad más conservada para mantener la lealtad interpersonal. El manual esboza una correlación entre esta reacción disocial y una historia de experiencias de crianza en ambientes moralmente anormales (1). En esta versión del manual se toman en consideración, como mencionamos anteriormente, los planteamientos de George E. Partridge de 1930 y la antigua concepción de personalidad psicopática como eje central (19).

El DSM-II (1968) modifica la nomenclatura previamente acuñada y opta por el término “personalidad antisocial”, en cuya descripción queda reflejada muy claramente la influencia de la definición formulada previamente por Cleckley. Si bien se hace hincapié en el patrón conductual de desajuste social, se pone énfasis sobre criterios que destacan la presencia de ciertas características psicológicas específicas, tales como el egoísmo, la frialdad, la deslealtad, la irresponsabilidad, la impulsividad, la incapacidad de experimentar culpa y aprender de la experiencia o el castigo” (2).

Desde el DSM-III (1980) en adelante, el diagnóstico del cuadro comenzó a sistematizarse más bajo una clara aproximación categorial. Para esto, la APA se basó en los estudios longitudinales de Robins et al. (1966) sobre niños con trastorno de conducta, lo que implicó un cambio hacia una descripción que resaltaba principalmente la presencia de conductas irresponsables y actos delictuales propiamente tales. A partir de esta tercera versión, el manual acuña la denominación más definitiva de Trastorno de personalidad antisocial, o sus siglas en inglés ASPD (*anti social personality disorder*). Además, por primera vez, se establece como criterio obligado para el diagnóstico la presencia de antecedentes de conducta disocial antes de los dieciocho años, referidos principalmente a la dificultad para adaptarse a las exigencias escolares, a la disciplina familiar y las normas sociales. Posterior a esa edad, el trastorno se confirma por la mantención de un

patrón de conducta antisocial en distintos ámbitos de la vida del sujeto, destacando específicamente las fallas en el ejercicio del rol parental, así como la irresponsabilidad financiera, sexual o social (3).

Considerando que dicha época es contemporánea con la primera versión de la PCL, muchos críticos, incluido el propio Hare (1986), centraron sus comentarios sobre el hecho de que el ASPD parecería más bien un “trastorno del comportamiento” en lugar de un trastorno de personalidad, crítica a la que posteriormente se sumará también Otto Kernberg. Al respecto, Hare comentó: *“la checklist difiere del DSM-III en que también considera rasgos de personalidad, mientras que el DSM-III se centra casi exclusivamente en una lista de actos antisociales, algunos de los cuales son triviales... además, el DSM-III demuestra deficiencias en el diagnóstico de aquellos individuos quienes han logrado evitar entrar en contacto con el sistema judicial, incluso desde temprana edad”* (37). Por su parte, Kernberg dirá: *“lamentablemente al subrayar el aspecto criminal se incluye a delincuentes con características de personalidad muy diferentes, y desdibuja la distinción entre los determinantes socioculturales y económicos de la delincuencia, por un lado, y por el otro la patología de la personalidad”* (21).

El DSM-III R (1987) mantiene básicamente los mismos criterios de su versión anterior, pero remarca aún más las connotaciones criminales de la conducta. Esto sigue una línea semejante tanto en la cuarta edición del manual (1995), como en su texto revisado (2000), donde la descripción del trastorno se basa casi exclusivamente en patrones específicos de comportamiento en lugar de la personalidad (4).

El DSM-5 continua con la denominación de Trastorno antisocial de la personalidad, haciendo énfasis en las conductas de vulneración de los derechos de las personas y la presencia de

conducta antisocial antes de los quince años, como en versiones anteriores. Persiste la propuesta de criterios que definen categorialmente al trastorno, sobre la base de conductas ligadas a la irresponsabilidad, el engaño, la impulsividad, la agresividad, la falta de preocupación por la seguridad propia y ajena, así como la indiferencia frente al daño cometido a otros. Como es sabido, en esta edición del manual se incorpora una innovación respecto a la consideración de variables dimensionales de la personalidad, que permiten afinar la apreciación clínica de ciertos atributos psicológicos que ciertamente no se recogen en los criterios categoriales. En este caso, se incluyen observaciones sobre una identidad egocéntrica, la falta de empatía interpersonal y la incapacidad de establecer relaciones sin caer en la explotación. Por último, mencionar que existe la posibilidad de añadir la variante denominada “psicopatía”, que opera como criterio especificador sobre el rótulo del trastorno antisocial, y que se utiliza cuando está presente la falta de ansiedad o miedo, sumado a un estilo interpersonal audaz, término utilizado para aludir a ciertas características vinculares, como el distanciamiento o falta de apego (5).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), de la Organización Mundial de la Salud, incluye dentro de los trastornos específicos de la personalidad la categoría de “Trastorno Disocial de la personalidad”. En términos generales, describe un cuadro que evoca los aspectos esenciales del trastorno antisocial descrito por la psiquiatría norteamericana, destacando la existencia de un patrón de dificultad en el ajuste del propio comportamiento a las normativas sociales, sumado a la presencia de conducta violenta, irresponsabilidad y la desatención respecto de las reglas y obligaciones. Sin embargo, la OMS parece tener mayor intención por rescatar los aspectos emocionales y psicológicos del trastorno, mencionando entre otras características la presencia de crueldad, la falta de empatía, la baja tolerancia a la frustración, la incapacidad para

experimentar culpa y aprender de la experiencia e incluso la tendencia a racionalizar la legitimidad de propio comportamiento (36).

LOS APORTES DEL PSICOANÁLISIS

El enfoque psicoanalítico no ha estado ajeno al estudio y comprensión de los fenómenos psicopáticos. Las primeras formulaciones sobre el tema se basaron en la comprensión dinámica de la denominada *conducta criminal*, que los pioneros del psicoanálisis observaron inicialmente en sujetos de carácter normal. Contrariamente a las propuestas de la psiquiatría clásica, que tradicionalmente han hecho hincapié sobre la debilidad del sentido moral del individuo, las primeras hipótesis psicoanalíticas afirmaban que la conducta criminal se provocaba justamente por un exceso de severidad del Superyó, lo que conducía al desarrollo de un sentimiento de culpabilidad inconsciente y dinámicas de auto castigo.

En 1916, el fundador del psicoanálisis se refiere al tema en un breve ensayo denominado "los que delinquen por conciencia de culpa". Freud afirmaba que el acto criminal se origina a partir de los conflictos existentes entre el Yo y el Superyó: *"esta es una forma de expiar un sentimiento de culpa previo, el sentimiento de culpa que les ordena buscar el castigo"*. Delinquir y ser descubierto conduce a la obtención del castigo y a su vez al alivio de la tensión derivada del conflicto intrapsíquico (15).

Años más tarde, Melanie Klein desarrollará sus propias ideas sobre la criminalidad infantil. Destacan dos artículos donde se refiere específicamente al tema, "Tendencias criminales en niños normales" (1927) y "Sobre la criminalidad" (1934), siguiendo una línea similar a los planteamientos freudianos, pero dando mayor énfasis al rol de los impulsos sádicos del niño, en conjunto con las dinámicas punitivas del Superyó. De manera simple, la explicación de Klein sobre la conducta asocial hacía énfasis en los inten-

tos defensivos por parte del Yo respecto de la ansiedad persecutoria proveniente del sadismo superyoico (24).

Dentro de la psiquiatría psicoanalítica actual destaca el pensamiento de Otto Kernberg, quien basándose en un modelo que integra los aportes provenientes de la psicología psicoanalítica del Yo y la teoría de relaciones objetales, formula una interesante propuesta sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de las personalidades antisociales, sumado al desarrollo de un marco teórico que enriquece la comprensión psicodinámica.

La propuesta de este autor surge como una necesidad de pronunciarse críticamente sobre las insatisfactorias descripciones de los manuales diagnósticos norteamericanos, que tienden a describir el trastorno sobre la base de un perfil de conducta criminal, en desmedro de una aproximación que integre los componentes psicológicos más profundos y específicos de la personalidad. En consonancia con las precisiones efectuadas por Birnbaum mucho tiempo antes, Kernberg pone énfasis en la necesidad de establecer una distinción entre conducta antisocial y personalidad antisocial, precisando que la sola presencia de comportamiento antisocial no implica necesariamente la existencia del trastorno de personalidad propiamente tal. Sobre esta misma base, propone que la conducta antisocial puede presentarse en diversos trastornos de personalidad, incluso en los de carácter neurótico. También recoge los aportes realizados por D.K. Herderson (1939) sobre la posibilidad de tipificar el patrón de conducta antisocial, distinguiendo entre conductas de tipo "pasivo-parasitarias" y otras de índole "agresivas". Mientras las primeras incluyen al robo, la mentira, la falsificación, la estafa y la prostitución, las del segundo tipo se refieren a la actuación del sadismo explícito, típicamente manifestado por medio del ataque físico o sexual, el robo a mano armada y el asesinato (21-22).

En la nosología kernberiana, la personalidad antisocial se clasifica dentro de las patologías más graves del carácter, que forman parte de la organización limítrofe de personalidad. Todos los trastornos de personalidad agrupados en esta categoría presentan difusión de identidad, predominio de operaciones defensivas primitivas y una grave fragilidad yoica. Sumado a esto, la personalidad antisocial se caracteriza por una serie de manifestaciones clínicas que lo distinguen. Las relaciones objetales de los sujetos antisociales están marcadas por la frialdad, y se caracterizan por presentar una grave tendencia hacia la explotación y manipulación de los demás, en ausencia de remordimiento. Establecen vínculos superficiales, transitorios, carentes de toda inversión emocional, sin capacidad para el compromiso ni la empatía, con imposibilidad para depender afectivamente de un otro, enamorarse o experimentar algún grado de ternura en las relaciones de connotación sexual. Al respecto Kernberg dirá: *“aun después de que se les confronta con las consecuencias de sus conductas y a pesar de sus profusas protestas de arrepentimiento, las personas con trastorno antisocial no cambian su conducta hacia quienes han atacado o explotado, ni muestran ningún tipo de preocupación espontánea relacionada con esta ausencia de cambio”* (22).

La incapacidad de experimentar culpa y remordimiento es consecuencia del grave deterioro de las funciones superyoicas. Se puede observar una atrofia generalizada de la dimensión ética del comportamiento y una incapacidad para adaptarse socialmente en conformidad con los sistemas valóricos que rigen el intercambio social. *“Los códigos morales existentes son vistos simplemente como una “advertencia” que ha sido aceptada convencionalmente, para ser transgredida y al que solo se someten los ingenuos”* (23).

La deshonestidad es otra característica fundamental que recalca este autor, y cuya manifes-

tación más visible se ve reflejada en el uso crónico e indiscriminado de la mentira. El psicópata miente en forma premeditada y consciente, incluso en el contexto terapéutico: *“son pacientes que mienten al terapeuta, dándose completa cuenta de que están mintiendo”* (23). En el plano social *“(...) pueden mentir y hacer trampa en forma efectiva. Entienden que pueden ser atrapados, pero no que sus mentiras y trampas afectarán la relación interna de los demás hacia ellos”* (23). Kernberg cuestiona la posibilidad de implementar un tratamiento eficaz en estos casos. Asimismo, la sola presencia de conducta antisocial se constituye como un factor que amenaza considerablemente el pronóstico (21, 22).

Un último aspecto se refiere a la particular relación que los sujetos antisociales establecen con la temporalidad. Esto se manifiesta como una incapacidad para planificar el futuro y aprender de la experiencia: *“los sujetos antisociales no tienen ningún sentido del paso del tiempo, solo son capaces de realizar planes para mejorar incomodidades actuales y reducir la tensión por medio de la satisfacción inmediata de las metas que desean”* (22).

Algo muy característico de la mirada kernberiana es su propuesta acerca de la estrecha relación que existiría entre el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno narcisista de personalidad. Kernberg asegura que *“las personalidades narcisistas de todos los grados de gravedad revelan rasgos antisociales con sorprendente frecuencia”* (23). Asimismo, postula que los sujetos con trastorno de personalidad antisocial presentan a la base características de un trastorno narcisista de la personalidad: *“lo típico de estos pacientes es que presenten el amor patológico hacia sí mismo, la autorreferencia, la grandiosidad y las características derivadas del exhibicionismo; una actitud excesiva de superioridad, temeridad y ambición (...)”* (21).

La estrecha relación existente entre ambos tipos de personalidad determinan, según Kernberg, que en la práctica clínica se genere un enorme desafío a la hora de realizar un diagnóstico diferencial entre ambas, desafío que se torna aun más complejo cuando se trata de sujetos que presentan el denominado *síndrome de narcisismo maligno*, donde la conducta antisocial suele alcanzar un marcado protagonismo, junto a otros elementos como la fuerte orientación paranoide y las marcadas tendencias sádicas de carácter egosintónico (21, 22, 23).

Según Kernberg, si bien los sujetos narcisistas y antisociales tienden a establecer vínculos carentes de empatía y orientados a la explotación del otro, en los primeros tiende a mantenerse mayormente conservada la capacidad de experimentar culpa y remordimiento respecto de sus acciones, pudiendo, gracias a esto, alcanzar un mejor funcionamiento interpersonal, ya que resulta posible establecer vínculos basados en la lealtad y compromiso, mientras el otro sea visto como un aliado. También demostrarían una mejor capacidad de planificación sobre el futuro, características que suponen un mejor pronóstico terapéutico, en contraste con las personalidades antisociales, donde resulta extremadamente difícil pensar en la implementación de un tratamiento (22).

DISCUSIÓN

Psicopatía es un concepto utilizado para referirse a un tipo relativamente específico de funcionamiento psicológico, que se define fundamentalmente por la presencia de un patrón de comportamiento desadaptativo que afecta de manera significativa la relación del individuo con la sociedad. En los manuales diagnósticos contemporáneos se le define como un trastorno de la personalidad. Designado bajo el nombre de trastorno antisocial de la personalidad por la Asociación Psiquiátrica norteamericana, que ha sido foco de importantes críticas, especialmen-

te a partir de la tercera edición de su manual diagnóstico (1980). Las críticas recaen sobre lo que para muchos autores sería la criminalización del trastorno, al ser definido como una categoría que se sustenta casi exclusivamente sobre criterios referentes a la conducta observable, ya sea violenta, transgresora o criminal. Quienes critican esta clasificación defienden la idea de definir al trastorno sobre la base de sus rasgos esenciales, identificando motivos, afectos y estados internos que permitan dirigir la mirada más allá de la conducta. La descripción clínica realizada por Hervey Cleckley en los años cuarenta constituye una referencia fundamental sobre el tema, justamente porque esta autor pone énfasis en la necesidad de reconocer el patrón psicopático que puede estar escondido detrás de la imagen de "normalidad" o "cordura" que puede aparentar el individuo. A partir de estos planteamientos, se abre el debate acerca de cuáles son los aspectos relevantes para el diagnóstico de este trastorno, considerando la dialéctica entre conducta y rasgo.

La CIE-10 (1990) acuña el término Trastorno disocial y entrega una definición que da mayor cabida a las características del mundo interno, especialmente a la esfera afectiva, sin dejar de lado la conducta observable. En esta misma línea, el DSM-5 finalmente ha propuesto una aproximación dimensional de los trastornos de personalidad con el objetivo de rescatar una mirada que contemple mayormente los aspectos más profundos de la personalidad, sumado a la tradicional mirada categorial basada en lo conductual.

De los enfoques contemporáneos que más se centran en la descripción psicológica del trastorno, destacan los aportes de Otto Kernberg y su mirada comprensiva de los factores etiopatogénicos. Su modelo permite adentrarse en aspectos muy profundos del funcionamiento mental y resalta la importancia de considerar factores intrapsíquicos relativos al desarrollo objetal tem-

prano y las deficiencias estructurales que afectan al Yo y al Superyó.

Por último, resulta interesante constatar que las distintas conceptualizaciones que la psiquiatría ha hecho del trastorno parecen coincidir en el hecho de centrar sus descripciones sobre la base de criterios puramente desadaptativos, cualidades psicológicas negativas o bien características del comportamiento que son socialmente indeseables. A diferencia de lo que ocurre con otros trastornos de la personalidad, donde es factible identificar aspectos que pudieran ser potencialmente adaptativos, el trastorno antisocial parece tener la exclusividad en ese sentido y posiblemente esto constituya un interesante desafío para la investigación clínica del futuro.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA, 1952.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2a. ed. Washington: APA, 1968.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3a.ed. Washington: APA, 1980.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª ed. text rev. Arlington: APA, 2000
5. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM 5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2014.
6. Berrios, G. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica, 2008.
7. Birnbaum, K. "The Social Significance of the Psychopathic". *Ann Am Acad Polit Soc Sci* 149(3): 70–79. 1930
8. Blain, D. "Dedication of a plaque at the grave of Benjamin Rush: The story in chronological order". *Am. J. Psychiat.* 122: (6)704–706, 1965
9. Blain D., Barton M., Musto D.F. *The History of American Psychiatry: a Teaching and Research Guide*, American Psychiatry Association. 1979. APA Document 197901.
10. Buzina, N. "Psychopathy-Historical controversies and new diagnostic approach". *Psychiat Danub* 24(2): 134–142, 2012.
11. Cleckley HM. *The mask of sanity: an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. 1ª ed. St. Louis: Mosby, 1941.
12. Dinitz S. "The antisocial personality". En: Curran W.J., McGarry A.L., Shah S.A. (eds.): *Forensic psychiatry and psychology*. Philadelphia: F.A. Davis, 1986, pp. 391-408.
13. Gaupp, R. J. L. A. Kochs psychiatrische Lehren En: ihrer Bedeutung für die Entwicklung der klinischen Psychiatrie. In Festschrift Hundertjahrfeier Württ. Heilanst. Zwiefalten. Stuttgart: Greiner & Pfeiffer, 1912.
14. Gutmann, P. "Julius Ludwig August Koch (1841—1908): Christian, philosopher and psychiatrist". *Hist Psychiatry* 19(2): 202–214, 2008.
15. Freud, S. "Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico", Tomo XIV, *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1989.

16. Hare, R.D. *The Hare Psychopathy Checklist – Revised*. 2a.3e. Toronto: Multihealth Systems, 2003.
17. Hare, R. D. Neumann, C. S. “Psychopathy as a Clinical and Empirical Construct”. *Annu Rev Clin Psychol* 4: 217–46, 2008.
18. Hare, R. D. *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Pocket Books, 1993.
19. Horley J. “The emergence and development of psychopathy”. *Hist Hum Sci* 27(5): 91–110, 2014.
20. Koch J. L. A. *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*, (1891-93) 3 vols. Ravensburg: Maier.
21. Kernberg, O.F. *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1994.
22. Kernberg, O.F. *Agresividad, Narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. México D.F: Ed. El manual moderno, 2005.
23. Kernberg, O.F. *Trastornos graves de personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. México D. F: Ed El manual moderno, 1987.
24. Klein, M. *Sobre la criminalidad*, Tomo 1, *Obras Completas*. Buenos Aires: Ed. Paidós 1934.
25. Kraepelin E. *Psychiatrie Ein Lehrbuch*. 7ª ed. Leipzig: Barth, 1903.
26. Kushner H.I. “Cesare Lombroso and the pathology of left-handedness”. *Lancet* 8; 377(9760):118-9, 2011.
27. León, M. “Por una ‘necesidad de preservación social’: Cesare Lombroso y la construcción de un ‘Homo criminalis’ en Chile (1880-1920)”. *Cuadernos de Historia*, 40: 31-59, 2014.
28. López M.C., Robles S.J. “Aproximación histórica al concepto de psicopatía”. *Psicopatol Clín Legal Forens*. 5:137-168, 2005.
29. Millon T. *Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, 1998.
30. Parellada R. M., Moreno P. D., Arango L.C. “Trastorno antisocial de la personalidad”. En: *Trastornos de Personalidad*. M. Roca Benañazar coordinador. Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría, 2010.
31. Pozueco Romero J.M. *Psicópatas integrados: Perfil psicológico y personalidad*. Madrid: EOS Colección de Psicología Jurídica, 2010.
32. Prichard J.C. *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. London: Sherwood, Gilpert & Piper; 1835.
33. Rush, Benjamin. *Medical Inquiries And Observations Upon The Diseases Of The Mind*. Kessinger Publishing, 2006 reprint
34. Schneider, K. *Las Personalidades Psicopáticas*. Madrid: Ediciones Morata, 1968.
35. Thompson D.F., Ramos C.L., Willet J.K. “Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges”. *J Clin Pharm Ther* 39(5): 485–495, 2014.
36. World Health Organization. *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th rev. edn. Geneva: WHO, 1990.

37. Yildirim, B.O., Derksen, J.J.L. "Clarifying the heterogeneity in psychopathic samples: Towards a new continuum of primary and secondary psychopathy". *Aggress Violent Behav* 24:9-41 2015.

Correspondencia: Cristian Montes A.
cmontesaguirre@hotmail.com