Archivos de Criminología, Criminalística y Seguridad Privada

ISSN electrónico: 2007-2023

Fecha de recepción: 11/05/2008
Fecha de aceptación: 01/07/2008

PSICOPATÍA, OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, ABUSO DE SUSTANCIAS Y VIOLENCIA

PSYCHOPATHY, PERSONALITY DISORDERS, SUBSTANCE ABUSE AND VIOLENCE

Dr. Vicente Garrido Genovés
Universidad de Valencia
vicente.garrido@uv.es
España

RESUMEN

En la actualidad está bien establecido que ciertos trastornos mentales incrementan el riesgo de realizar comportamientos violentos. En particular esto es cierto para el abuso de sustancias y el grupo B de los trastornos de personalidad del DSM-IV (Garrido, 2003). También tendríamos que incluir en esta relación —aunque en menor medida— los trastornos incluidos en el espectro de la esquizofrenia, en particular los síntomas paranoides de amenaza y de control, y en general el estilo cognitivo de personalidad paranoide (Nestor, 2002). No obstante, yo me referiré tan sólo a la relación existente entre el mencionado grupo B y el abuso de sustancias y su

vinculación con el delito y la violencia. Más en concreto, atenderé especialmente, dentro de ese grupo B, al trastorno antisocial de la personalidad y a la psicopatía (aunque no son términos todo intercambiables, como luego veremos) y su capacidad para predecir tales comportamientos desviados de violencia y conducta antisocial.

PALABRAS CLAVE: Trastornos, Desarrollo de personalidad, Criminalidad.

ABSTRACT

Currently it is well established that certain mental disorders increase the risk for violent behaviour. This is in particular true for the Group B of the DSM-IV (2003 Garrido) personality disorders and substance abuse. Would also have to include disorders included in the spectrum of schizophrenia, paranoid and control symptoms in particular, and in general the cognitive style of personality in this relationship - although in smaller measure- paranoid (Nestor, 2002). I refer only to the relationship between the Group (b) and substance abuse and its link with crime and violence. More specifically, within that group B, the antisocial personality disorder and psychopathy (although they are not all interchangeable terms, as we shall see) and its ability to predict such behavior diverted from violence and antisocial behaviour.

KEY WORDS: Disorders, Personality development, Criminality.

EL ABUSO DE SUSTANCIAS, LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA VIOLENCIA

Entre todos los trastornos mentales, el consumo abusivo de sustancias destaca por su fuerte asociación con el delito, y en particular el delito violento. Por ejemplo, los individuos con este único diagnóstico comenten de 12 a 16 veces más actos de violencia que los sujetos diagnosticados de esquizofrenia o de trastorno bipolar (Swanson et al., 1990). Sin embargo, lo habitual es que el abuso de sustancias aparezca junto a otros diagnósticos, en particular con el grupo B de los trastornos de personalidad, y dentro de éste, con el trastorno antisocial de la personalidad. De hecho el trastorno antisocial de la personalidad y su precursor en la infancia —el trastorno disocial o *conduct disorder*— muestran una correlación muy fuerte con el consumo de sustancias, particularmente con el alcohol (Heltzer y Pryzbeck, 1988). Otros dos cuadros que también suelen asociarse al consumo de sustancias y al trastorno antisocial de la personalidad son la ansiedad y los trastornos depresivos (pero no con la psicopatía, ver más adelante) (O`connor et al., 1998).

Un importante estudio longitudinal que probó la relación existente entre el trastorno antisocial de la personalidad, el consumo abusivo de sustancias y los trastornos depresivos lo realizaron recientemente McGue y Iacono (2005). Estos autores partieron de la siguiente base teórica. Hay diversas líneas de evidencia que sugieren que la relación existente entre los problemas de conducta en la niñez y la patología adulta son el resultado de mecanismos de riesgo generales, en lugar de mecanismos específicos. En primer lugar, existe una fuerte concurrencia de indicadores múltiples de problemas de conducta en la adolescencia, lo que implicaría la existencia de una dimensión subyacente genérica de "problemas de conducta". De modo semejante, hay una evidencia creciente de que la fuerte comorbosidad existente entre numerosos trastornos psiquiátricos y el abuso de drogas puede ser el resultado

de una o más dimensiones subyacentes de la salud mental. Y finalmente, al menos un indicador de problema de conducta en la adolescencia (uso precoz del alcohol, antes de los 15 años) está asociado con muchos problemas en la edad adulta, es decir, es un factor general de riesgo, me refiero a problemas como trastorno antisocial de la personalidad, alcoholismo y abuso de drogas (McGue et al., 2001).

En esta investigación, los autores examinan si la asociación entre los problemas de conducta y el uso de sustancias en la edad adulta y otros trastornos se debe a un mecanismo de riesgo general, de modo tal que los problemas de conducta en la adolescencia elevan también el riesgo para diferentes trastornos en la edad adulta, o por si el contrario se trata de un mecanismo específico, de modo tal que un problema de conducta se asocia con un trastorno *que está relacionado clínicamente con esa conducta* (lo que sucedería si, por ejemplo, el consumo de alcohol en la adolescencia se relacionara con el consumo de alcohol en la edad adulta).

McGue y Iacono entrevistaron a 578 varones y 674 mujeres que tenían 17 años (gemelos idénticos, aunque en esta investigación no se evaluó el carácter hereditario de las conductas evaluadas), preguntándoles su grado de participación y edad de inicio (antes y después de los 15 años) en las siguientes conductas: consumo de alcohol, consumo de drogas, consumo de tabaco, contactos con la policía y relaciones sexuales. Igualmente, los participantes también completaron una entrevista clínica estructurada a esa misma edad de los 17 años, y posteriormente a los 20 años (seguimiento de tres años).

Los autores hallaron que los problemas de conducta en la adolescencia, especialmente cuando aparecen *antes de cumplir 15 años,* están asociados con un riesgo incrementado de presentar dependencia del tabaco, abuso y dependencia del alcohol y abuso o dependencia de las drogas en la edad adulta. Por otra parte, además de estos cuadros relacionados específicamente con los predictores en la adolescencia, se observó también un riesgo mayor de desarrollar dos trastornos diferentes, como son el *trastorno de personalidad antisocial* y una depresión mayor, cuando los jóvenes tenían 20 años. Por consiguiente, cada uno de los cinco problemas de conducta evaluados en la adolescencia se relacionó con cada uno de los cinco diagnósticos investigados tres años después.

Esta relación fue especialmente importante en el caso de los diagnósticos de abuso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad, con valores de *odds ratios* que superaban generalmente el valor de 4.0. Así, entre los hombres que informarom haber participado en cuatro de los cinco problemas antes de cumplir 15 años, las tasas de diagnóstico de abuso de sustancias y de trastorno antisocial de la personalidad excedieron el 80% cuando cumplieron 20 años, mientras que sólo se llegó a un 30% en el caso del trastono depresivo. Como conclusión, los autores aportaron una importante evidencia de que los problemas de conducta en los jóvenes obedecen a mecanismos de riesgo generales que se concretan en diagnósticos diversos en la edad adulta.

El abuso de sustancias puede incrementar el riesgo de violencia a través de diferentes mecanismos, tal y como se ve en la figura 1. El primer mecanismo es directo: el consumo de sustancias provoca desajustes en la capacidad que tiene el individuo de controlar sus emociones y su impulsividad. Son los efectos químicos de la droga (por ejemplo, depresores del Sistema Nervioso Central), por consiguiente, los que inducen al sujeto a la violencia al alterar su competencia social en el enfrentamiento ante las dificultades o los conflictos interpersonales. El segundo mecanismo sería indirecto, a través de la potenciación de los síntomas característicos

de otros trastornos, como el trastorno antisocial de la personalidad o el trastorno límite de la personalidad

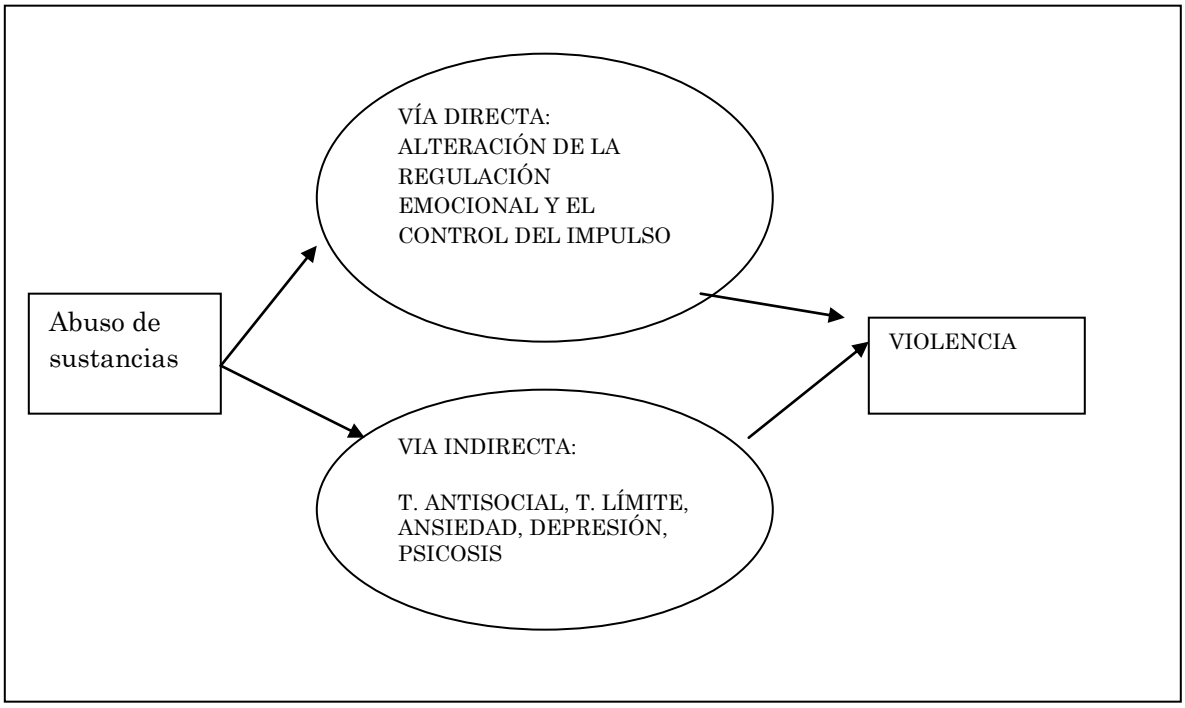

Figura 1: dos caminos del abuso de sustancias hacia el comportamiento violento

EL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD, LA DELINCUENCIA Y LA VIOLENCIA

Junto al estudio anterior (que señala la continuidad entre los problemas de conducta juveniles, particularmente en una edad anterior a los 15 años, y el trastorno antisocial de la personalidad y el abuso de drogas en la edad adulta), otros estudios longitudinales han proporcionado un apoyo sólido a la relación existente entre los trastornos de personalidad y la violencia. Por ejemplo, en un seguimiento de 10 años que realizaron Johnson et al. (2000) de 700 jóvenes extraídos de la comunidad hasta la edad adulta, se encontró una tasa de base de violencia del 14,4% entre los sujetos con un trastorno diagnosticado de personalidad. De manera significativa, la presencia de determinados síntomas en la adolescencia (después de controlar posibles variables moduladoras como el sexo, la edad y la psicopatología de los padres) se asoció con la violencia en la edad adulta: conductas e ideas paranoides, sentimientos narcisistas y síntomas del trastorno pasivo-agresivo.

La presencia de los síntomas paranoides en la predicción de la violencia se explica porque el carácter de amenaza y hostilidad que implican actúa como elementos facilitadores de respuestas "defensivas" y de venganza en los sujetos que los sufren. La investigación apoya la relación entre un estilo cognitivo de personalidad paranoide y el riesgo de violencia en trastornos del espectro de la esquizofrenia (Arsenault et al., 2000).

¿Qué decir con respecto al narcisismo? Su participación en la violencia está plenamente justificada por su relación estrecha con la psicopatía, un trastorno de

personalidad que no es homologable con el trastorno antisocial de la personalidad, si bien hay una solapación importante. En efecto, Robert Hare (1993:38) señaló que los psicópatas "tienen un sentido de valía personal narcisista y muy exagerado [y] un egocentrismo desmesurado que les lleva a creer que todo les está permitido, que son el centro del universo y superiores a todos los demás". Más adelante volveremos sobre este punto.

Finalmente quisiera traer a colación aquí otro trastorno de personalidad del grupo B, el trastorno límite de la personalidad, que presenta la inestabilidad emocional y el mal control del impulso como dos de sus características predominantes. Por razones de espacio sólo me limitaré a señalar que su asociación con la violencia —particularmente en los hombres— aumenta de modo considerable si se da junto a diagnósticos como el trastorno antisocial de la personalidad y el abuso de sustancias. Un ejemplo de la investigación en este sentido es la llevada a cabo por Zlotnick et al. (2002). En su investigación, los autores estudiaron a 1395 pacientes externos de la unidad de psiquiatría de un hospital, entre los cuales 105 mujeres y 44 hombres recibieron el diagnóstico de tratorno límite de la personalidad. Cuando se analizó la presencia de otros trastornos junto al diagnóstico de la personalidad límite, se constató que los hombres tenían una mayor probabilidad (estadísticamente significativa) que las mujeres de presentar un trastorno de abuso de sustancias, trastorno explosivo intermitente y el trastorno antisocial de la personalidad. Las mujeres con trastorno límite de la personalidad, por su parte, destacaron por encima de los hombres en el diagnóstico de trastornos de la alimentación. Que las únicas diferencias halladas entre ambos sexos afectara únicamente a trastornos asociados con el control de los impulsos revela que los hombres responden con comportamientos más externalizantes que las mujeres; en éstas la reacción emocional está más focalizada hacia sí mismas.

LA PSICOPATÍA

La psicopatía no es lo mismo que el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, ya que éste repara muy poco en las variables interpersonales y emocionales que son características de la personalidad psicopática (Hare, 1993; Garrido, 2003). La figura 2 ilustra este hecho: si bien muchos sujetos encarcelados serán también diagnosticados con el trastorno antisocial de la personalidad, existirán dentro personas psicópatas que, debido a la ausencia de un trastorno disocial en la infancia —exigencia para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad— no podrán ser cualificados de este modo. Es el caso de sujetos bien integrados que, en un momento determinado, cometen un hecho delictivo, o finalmente —después de una carrera delcitiva oculta— son detectados por la justicia y encarcelados. De hecho, la mayoría de los delincuentes habituales pueden ser diagnosticados de un trastorno antisocial de la personalidad; sólo una parte de ellos dispondrá de los rasgos que definen a un psicópata. Fuera de la cárcel, desde luego, hay psicópatas, simplemente no son detectados.

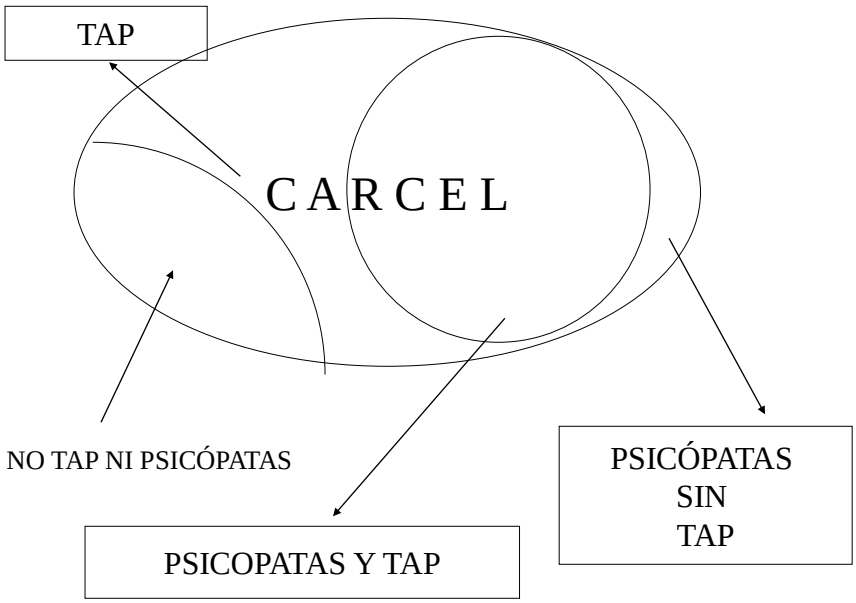

Figura 2. El Trastorno antisocial de la personalidady la Psicopatía en la cárcel

La capacidad para predecir el desarrollo de estilos de conducta delictivos y violentos ha hecho que la psicopatía empezara a ser un constructo de creciente interés en los medios científicos, clínicos y profesionales de diversos ámbitos, adquiriendo una importancia cada vez mayor en los últimos años en los sistemas de justicia. Hoy día se acepta ampliamente que el síndrome psicopático consiste en un conjunto estable de rasgos de personalidad, actitudes y comportamientos desadaptativos que tienen su origen en la infancia y que se agrupan alrededor de dos ejes básicos: una personalidad caracterizada por la insensibilidad emocional y una conducta claramente antisocial. De este modo, los investigadores han trabajado sobre la posibilidad de identificar a un grupo de jóvenes delincuentes que, si puntúan alto en psicopatía, es de esperar que mantendrán comportamientos antisociales graves y frecuentes en la edad adulta (Forth y Burke, 1998). Algunos autores han rastreado el inicio de síntomas a edades tan precoces como los 6-10 años (Widinger et al.,1996). Tal vez sea cierto que, "para encontrar al adulto antisocial de mañana debemos mirar al niño antisocial de hoy" (Lynam, 1996, p.210). El consumo de drogas y de alcohol es un comportamiento habitual en estos jóvenes, y posteriormente permanece en la edad adulta (Forth y Maillous, 2000).

Las tres dimensiones que mejor definen la psicopatía son (Cooke, Michie, Hart y Clark, 2004) en primer lugar, un estilo interpersonal arrogante y manipulador que caracteriza a un sujeto con encanto superficial y con un auto-concepto desmesurado que sabe engañar y manipular a los demás. En segundo lugar su capacidad para experimentar una vida afectiva plena es deficiente, no tiene remordimientos o sentimiento de culpa, no consigue experimentar empatía, es insensible emocionalmente y, si demuestra afecto, éste es siempre superficial. Finalmente, la tercera dimensión comprende un comportamiento que es irresponsable e impulsivo; el sujeto busca constantemente sensaciones novedosas que le hacen "vivir al límite".

Estos tres factores desarrollan el modelo de los dos factores establecido por Hare en la prueba más válida y célebre en la medición de este trastorno: El Psychopathic Checklist Revised (PCL-R), de la cual se ha derivado la versión para jóvenes (PCL-YV) entre los 14 y los 18 años.

Podemos, pues, hacernos una idea de la importancia de evaluar la psicopatía en los jóvenes que toman un primer contacto con el sistema de justicia y de su relevancia en decisiones del ámbito legal y en las políticas públicas. La esperanza reside en poder identificar a un subgrupo de individuos con los que es fundamental intervenir precoz e intensivamente (Andershed, Kerr, Stattin y Levander, 2002; Forth y Mailloux, 2000; Frick, 2002; Lynam, 2002).

La importancia de detectar la psicopatía en el joven delincuente es reafirmada por los resultados empíricos que detectan formas particularmente persistentes de delincuencia que ocasionan un daño grave a las víctimas, a cargo de sujetos adultos con rasgos psicopáticos (Forth y Mailloux, 2000; Gretton, Hare y Catchpole, 2004; Hare, 1998; Lalumiére, Harris, y Rice, 2001), confirmándose que estos individuos suelen tener un historial de comportamiento antisocial grave ya en la infancia (Frick, Barry y Bodin, 2000).

Cuando los estudios se realizan en jóvenes la evidencia nos dice que la psicopatía se asocia con la edad de la primera detención, con delitos violentos previos, comportamiento violento dentro de la institución y reincidencia violenta (Edens, Poythress y Lilienfeld, 1999; Forth, Hart y Hare, 1990; Kosson Suchy, Mayer y Libby, 2002; Murdoch, Hicks, Rogers y Cashel, 2000), así como con la edad de primer delito violento, con el número total de delitos cometidos (Forth, 1996; Kosson, et al., 2002; Myers, Burket y Harris, 1995; Stafford y Cornell, 2003) y con la utilización de armas (Kosson et al., 2002). La PCL:YV ha demostrado su gran utilidad en predecir la tipología delictiva, la utilización de armas durante la comisión del delito y el número de víctimas implicadas (Gretton, McBride, Hare, O´Shaughnessy y Kumba. 2001; Ridenour, Marchant y Dean, 2001) así como la agresión a figuras de autoridad y altercados dentro de la institución en que se cumple la medida judicial (Brandt, Wallace, Patrick y Curtin, 1997).

En particular, en cuanto a la reincidencia, las investigaciones reiteran una y otra vez la conclusión de que la psicopatía se relaciona con el fracaso del cumplimiento de la libertad condicional, con la reincidencia violenta y con la ineficacia de la aplicación de tratamientos (Brandt et al., 1997; Gretton et al., 2001; Hemphill, Hare y Wong, 1998; Rice y Harris, 1992; Serin, 1996).

LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE LA PSICOPATÍA EN LOS JÓVENES DELINCUENTES

Parece obvio la necesidad de poder detectar a aquellos jóvenes que presentan mayor riesgo de violencia, lo que incluye, por encima incluso de los que tienen un trastorno de conducta disocial, a los que presentan rasgos que son claros marcadores de la psicopatía cuando se llega a la edad adulta.

Una investigación realizada por Garrido et al. (2006) pone de relieve ese hecho. Dentro del contexto de un estudio que incluía a más de 250 delincuentes juveniles de la comunidad de Murcia, se realizó un estudio piloto donde se evaluaba el riesgo de psicopatía mediante la *Escala de Cribado de la Personalidad Antisocial* (APSD, Frick y Hare, 2001), y se determinó en qué medida las puntuaciones totales y de los tres

factores de dicha escala (Narcisismo, Insensibilidad emocional e Impulsividad) se relacionaban con otros indicadores de riesgo y el comportamiento delictivo.

En un análisis que ha de considerarse como rigurosamente provisional porque en esos momentos contábamos con una muestra pequeña, de sólo 43 casos, y por ello no podemos hablar de distribución normal estadística, obtuvimos algunos resultados interesantes que paso a comentar.

Las medias obtenidas por las tres dimensiones del APSD fueron las siguientes:

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Insensibilidad emocional	4,42	2,44	0	9
Narcisismo	4,67	3,22	0	12
Impulsividad	4,86	2,62	0	11
Puntuación total	14,77	7,22	2	31

Tabla 1. Media en las tres dimensiones del APSD

Si comparamos las medias entre los delincuentes juveniles reincidentes y no reincidentes, tenemos los siguientes datos:

	Reincidentes (n=10)				No reincidentes (n=33)			
	Media	SD	Mínimo	Máximo	Media	SD	Mínimo	Máximo
Insensibilidad emocional	4,3	1,7	2	7	4,5	2,6	0	9
Narcisismo	5,5	3,9	1	12	4,4	3	0	12
Impulsividad	4,7	2,8	0	9	4,9	2,6	0	11
Puntuación total	15,3	8,1	4	30	14,6	7,1	2	31

Al comparar las medias, obtenemos que ninguno de los valores de la t es significativo, es decir, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los 2 grupos, en ninguna de las dimensiones. Esto era esperable pues trabajábamos con una muestra pequeña y con sólo 10 sujetos en el grupo de reincidentes. Idéntico resultado obtuvimos cuando comparamos las medias entre delincuentes juveniles violentos y no violentos.

Sin embargo, es posible pormenorizar los resultados, evaluando si los precursores de la psicopatía medidos por el APSD (Narcisimo, Insensibilidad emocional e Impulsividad) se relacionaban con una puntuación total de riesgo, tal y como se obtiene a través de una escala actuarial de predicción del riesgo como el IGI-J (Garrido et al., 2006). Por consiguiente, pasamos ahora al análisis de matriz de correlaciones. En primer lugar nos fijamos en la correlación de cada uno de los tres factores de la escala APSD.

La correlación con el factor Insensibilidad Emocional del APSD no resultó significativa. Sin embargo, veamos ahora qué resultó del análisis correlacional con el factor Narcisismo:

Tabla 3. Correlaciones con el factor Narcisismo

		Nivel de riesgo total global	narcisismo
Nivel de riesgo total global	Correlación de Pearson	1	,500
	Sig. (bilateral)	,	,001
	N	43	43
narcisismo	Correlación de Pearson	,500	1
	Sig. (bilateral)	,001	,
	N	43	43

La correlación con Narcisismo sí es significativa ($p < 0.01$), con un valor de nivel medio: $r = 0.50$. Finalmente, con relación al factor Impulsividad tenemos:

Tabla 4. Correlaciones con el factor Impulsividad

		Nivel de riesgo total global	Impulsividad
Nivel de riesgo total global	Correlación de Pearson	1	,573
	Sig. (bilateral)	,	,000
	N	43	43
Impulsividad	Correlación de Pearson	,573	1
	Sig. (bilateral)	,000	,
	N	43	43

Aquí vemos que la correlación es superior a la obtenida por Narcisimo: $r = 0.573$ ($p < 0.000$), estadísticamente muy significativa. En resumen, con la muestra pequeña que manejamos, el nivel de riesgo se asoció de manera relevante con el factor Narcisismo y con Impulsividad, pero no con Insensibilidad Emocional.

El siguiente paso fue comprobar qué sucedía si correlacionábamos el nivel de riesgo global del IGI-J (una medida combinada de ocho factores de riesgo) con la puntuación total obtenida en el APSD.

Tabla 5. Correlaciones con la puntuación total del APSD

		Nivel de riesgo total global	Puntuación total
Nivel de riesgo	Correlación	1	,576

total global	de Pearson		
	Sig. (bilateral)	,	,000
	N	43	43
Puntuación total	Correlación de Pearson	,576	1
	Sig. (bilateral)	,000	,
	N	43	43

Como sería de esperar (dado que las dos anteriores son significativas), hay una correlación muy significativa ($r = 0.57$; $p < 0.000$) entre el nivel de riesgo total global del IGI-J y la puntuación total de la APSD.

Los datos anteriores se ven con mayor claridad en esta tabla resumen

	IGI-J		
APSD	Nivel de riesgo total global		
Insensibilidad emocional	0,27		(n.s.)
Narcisismo	0,5	**	(p<0,001)
Impulsividad	0,573	***	(p<0,0001)
Puntuación total	0,576	***	(p<0,0001)

Tabla 6. Tabla resumen de correlaciones

Por consiguiente, no cabe duda que el APSD (en dos de sus factores y en la puntuación total) es capaz de relacionarse con fuerza con la puntuación global de riesgo de reincidencia que presentan los delincuentes juveniles examinados en este estudio piloto.

CONCLUSIÓN

Una de las ocho variables que conforman el nivel de riesgo medido por la escala IGI-J es el consumo de sustancias. La psicopatía, aún siendo evaluada en una pequeña muestra de delincuentes juveniles como en este pequeño estudio piloto, correlaciona fuertemente con el riesgo de reincidencia. Este resultado se suma a los anteriores revisados en esta ponencia, en el sentido de que el trastorno antisocial de la personalidad, la psicopatía y el abuso de sustancias se suman (o interaccionan) en su capacidad de determinar un comportamiento delictivo más persistente, así como una mayor presencia de actos violentos, tanto en la edad juvenil como en la adulta. Todo ello apunta a la necesidad de desarrollar programas preventivos en los niños y jóvenes que presentan estos claros indicadores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

Andershed, H., Kerr, M., Stattin, H., y Levander, S. (2002). Psychopathic traits in non-referred youths: A new assessment tool. En E. Blauw, y L. Sheridan (Eds.), *Psychopaths: Current International Perspectives* (pp. 131-158). The Hague, Netherlands: Elservier

Arsenault, L., Moffitt, T, Avshalom, C., Taylor, P. y Silva, P. (2000). Mental disorder and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Arch. Gen. Psychiatry, 57,* 979-986,

Brandt, J.R., Wallace, A.K., Patrick, C.J., y Curtin, J.J. (1997). Assessment of psychopathy in a population of incarcereted adolescent offenders. *Psychological Assessment, 9*, 429-435.

Cooke, D.J., Michie, C., Hart, S.D., y Clark, D.A. (2004). Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *Journal of Personality Disorder, 18*, 337-356.

Edens, J.F., Poythress, N.G., y Lilienfeld, S.O. (1999). Identifying inmates at risk for disciplinary infractions: A comparision of two measures of psychopathy. *Behavioral Sciences and the Law, 17*, 435-443.

Edens, J.F., Skeem, J.L., Cruise, K.R., y Cauffman, E. (2001). Assessment of "juvenile psychopathy" and its association with violence. *Behavioral Sciences and the Law, 19*, 53-80

Forth, A.E. (1996). Psychopathy in adolescent offenders: Assessment, family background and violence. En D.J. Cooke, A.E. Forth, J.P. Neuwman y R.D. Hare (Eds.), *Issues in criminological and legal psychology: International perspectives on psychopathy* (pp. 42-44). Leicester: British Psychological Society.

Forth, A.E., y Burke, H.C. (1998). Psychopathy in adolescence: Assessment, violence, and developmental precursors. En D. Cooke, A. Forth y R. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research, and implications for society* (pp. 205-230). Dordrecht: Kluwer

Forth, A.E., Hart, S.D., y Hare, R.D. (1990). Assessment of psychopathy in male young offenders. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*, 342-344

Forth, A.E., Kosson, D.S., y Hare, R.D. (2003). *The psychopathy checklist: Youth version - manual*. Toronto: Multi-Health Systems

Forth, A.E., y Mailloux, D.L. (2000). Psychopathy in youth: What do we know? En G. Gacono (Ed.), *The clinical and forensic assessment of psychopathy: a practioners guide* (pp 25-54). Mahwan, NJ: Erlbaum.

Frick, P.J. (2002). Juvenile psychopathy from a developmental perspective: Implications for construct developmental and use in forensic assessments. *Law and Human Behavior, 26*, 247-253.

Frick, P.J., Barry, C., y Bodin, D. (2000). Applying the concept of psychopathy to children: Implications for the assessment of antisocial youth. En C.B. Gacono (Ed.). *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practioner´s guide* (pp.3-24). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Frick, P.J., y Hare, R.D. (2001). *The Antisocial Process Screening Device- Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

Garrido, V. (2003). *Psicópatas y otros delincuentes violentos.* Valencia: Tirant lo Blanch.

Garrido, V., López, E., Silva, T., López, M.J. y Molina, P. (2005). *El modelo de la competencia social de la Ley de Menores.* Valencia: Tirant lo Blanch.

Gretton H.M., Hare, R.D., Catchpole, R.E. (2004). Psychopathy and offending from adolescence to adulthood: a 10-year follow-up. *Journal of Consultant and Cilincal Psychology, 72*, 636-645.

Gretton, H.M., McBride, M., Hare, R.D., O´Shaughnessy, R., y Kumba, G. (2001). Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. *Criminal Justice and Behavior, 28*, 427-449.

Hare, R. (1993). *Without conscience.* Nueva York: Simon & Schuster.

Hare, R.D. (1998). Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice systems. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith y R.D. Davis (Eds.), *Psychopathy. Antisocial, criminal and violent behavior* (pp. 188-212). Nueva York: The Guilford Press.

Heltzer, J.E., y Pryzbeck, T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J. of Study on Alcoholism, 49*, 219-224.

Hemphill, J.F., Hare, R.D., y Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology, 3*, 139-170.

Johnson, J., Cohen, P., Smailes, E., Kasen, S, Oldham, J, Skodol, A. y Brook, J. (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *Am. J. Psyhiatry, 157,* 1406-1412.

Kosson, D.S., Suchy, Y., Mayer, A.R., y Libby, J. (2002). Facial affect recognition in criminal psychopaths. *Emotion, 2*, 398-411.

Lalumiére, M.L., Harris, G.T., y Rice, M.E. (2001). Psychopathy and developmental instability. *Evolution and Human Behavior, 22*, 75-92.

Lynam, D.R. (1996). Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin, 120*, 209-234.

Lynam, D.R. (2002). Fledgling psychopathy: A view from personality theory. Law *and Human Behavior, 26*, 255-259

Machine D., Campbell M., Fayers P., y Pinol A. (1997). *Sample size tables for clinical studies* (2nd ed). New York: Blakwel Science.

McGue, M. y Iacono, W. (2005). The association of early problem behavior with adult psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 162,* junio, 1118-1124.

McGue, M. , Iacono, W., Legrand, L. y Elkins, I. (2001). The origins and consequences of age at first drink, I: associations with susbstance-use disorders, disinhibitory behavior and psychotathology, and P3 amplitude. *Alcohol Clin. Exp. Research, 25,* 1156-1165.

Murdock Hicks, M., Rogers, R., y Cashel, M. (2000). Predictors of violent and total infractions among institutionalized male juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 28*, 183-190.

Myers, W.C.; Burket, R.C., y Harris, H.E. (1995). Adolescent psychopathy in relation to delinquent behaviors, conduct disorder and personality disorders. *Journal of Forensic Sciences, 40*, 436-440.

Nestor, P.G. (2002). Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry, 159,* 1973-1978.

O`connor, T., McGuire, S., Reiss, D., Hetherington, E. y Plomin, R. (1998). Co-occurrence of depressive symptoms and antisocial behavior in adolescence. *J. of Abnormal Psychology, 107,* 363-374.

Rice, M.E., y Harris, G.T. (1992). A comparision of criminal recidivism among schizophrenic and nonschizophrenic offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 15*, 397-408.

Ridenour, T.A., Marchant, G.J., y Dean, R.S. (2001). Is the Revised Psychopathy Checklist clinically useful for adolescets? Journal *of Psychoeducational Assessment, 19*, 227-238

Salekin, R.T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review, 22*, 79-112.

Salekin, R.T., Rogers, R., y Machin, D. (2001). Psychopathy in youth: Pursuing diagnostic clarity. *Journal of Youth and Adolescence, 30*, 173-195

Serin, R.C. (1996). Violent recidivism in criminal psychopaths. *Law and Human Behavior, 20*, 207-217.

Skeem, J.L., Monahan, J., y Mulvey, E.P. (2002). Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric pstients. *Law and Human Behavior, 26*, 577-603.

Stafford, E., y Cornell, D.G. (2003). Psychopathy scores predict adolescent inpatient aggression. *Assessment, 10*, 1-11

Swanson, J.W., Holcer, C., Ganju, V. y Jono, R. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community. *Hospital Community Psychiatry, 41,* 101-137.

Widinger, T.A., Cadoret, r., Hare, R.D., Robins, L., Rutherford, M., Zanarini, M., Alterman, A., Apple, M., Crobitt, E., Forth, A.E., Hart, S.D., Kultermann, J., Woody, G., y Frances, A. (1996). DSM-IV antisocial personality disorder field trial. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 3-16.

Zlotnick, C., Rothschild, L. y Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with boderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 16,* 277-282.