

El constructo psicopatía en la infancia y la adolescencia: del trastorno de conducta a la personalidad antisocial

Estrella Romero
Universidad de Santiago de Compostela

La psicopatía en adultos es un campo de trabajo altamente desarrollado, y en las últimas décadas se ha avanzado en el análisis del concepto, la medida y la etiología del trastorno. Sin embargo, se sabe poco sobre sus antecedentes evolutivos y no existe mucho acuerdo sobre cómo identificar a los niños en alto riesgo. En este trabajo se revisan las principales líneas de investigación sobre el constructo psicopatía en la infancia y la adolescencia. Nos detenemos especialmente en las propuestas de Lynam (que atribuye un papel especial a la conjunción entre hiperactividad y problemas de conducta) y Frick (que extiende el modelo bifactorial de Hare a la infancia y la adolescencia). Se presentan las líneas de evidencia disponibles, se discuten sus puntos más críticos y se sugieren posibles vías de investigación.

Palabras clave: psicopatía, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno de conducta, niños, adolescentes.

The study of psychopathy in adults is a well developed field, and in recent decades there have been advances in conceptualization, measurement, and etiology of the disorder. However, the developmental antecedents are not well known and there is no agreement regarding the identification of high-risk children. This study reviews the main lines of research on psychopathy in childhood and adolescence. Special attention is paid to the proposals of Lynam (who attributes particular importance to the co-occurrence of hyperactivity and conduct disorder) and Frick (who extends Hare's bifactorial model to childhood and adolescence). We review the lines of evidence available, discuss critical points and suggest further lines of investigation.

Key words: Psychopathy, antisocial personality disorder, conduct disorder, children, adolescents.

Sin duda la psicopatía es un constructo de gran relevancia clínica y criminológica. Los estudios epidemiológicos muestran que una gran proporción de los delitos es cometida por una minoría de delincuentes persistentes (Farrington, Ohlin y Wilson, 1986) y se estima que los psicópatas pueden constituir una buena parte de esa minoría. En las últimas décadas, numerosos estudios han relacionado a la psicopatía con indicadores de una «carrera criminal» cronificada y severa: la psicopatía se ha relacionado con una mayor tasa de delitos y una mayor versatilidad (Hare, McPherson y Forth, 1988), mayores cifras de reincidencia (Salekin, Rogers y Sewell, 1996), de crímenes violentos (Hart, 1998) y de agresiones sexuales graves (Barbaree, Seto, Serin, Amos y Preston, 1994), así como una pobre respuesta al tratamiento (Lösel, 1998).

Pese a su relevancia, la psicopatía se ha mostrado como un concepto problemático, con una historia larga y un tanto complicada. En términos breves, se han venido identificando dos grandes tradiciones en el análisis de la psicopatía (véase Aluja, 1989; Luengo y Carrillo, 1995). Una de ellas, que emana de la tradición y la práctica clínica, hace hincapié en un perfil de personalidad particular, en el que se aglutinan características tales como la falta de empatía, las dificultades para la planificación, los déficits afectivos, el egocentrismo o la falta de remordimientos. Esta tradición estaría bien representada por los escritos, hoy clásicos, de Cleckley (1941) y es recogida, en parte, por los criterios de la «personalidad disocial» de la CIE-10 (OMS, 1992). La otra tradición, que parte del movimiento neo-kraepeliano en psicodiagnóstico, emana de la Universidad de Washington y muestra una caracterización básicamente conductual del trastorno. Como señalan Hart y Hare (1997), uno de sus supuestos es que la evaluación debería centrarse en comportamientos públicamente observables, puesto que los clínicos difícilmente podrán hacer una evaluación fiable de características personales o afectivas. Esta tradición queda bien reflejada en las últimas versiones del DSM. A diferencia de lo que ocurría en el DSM-I y, sobre todo en el DSM-II, las características de personalidad carecen de protagonismo en el llamado «trastorno antisocial de la personalidad» (TAP) descrito por el DSM-III; los indicadores de una conducta antisocial continuada son los que pasan a ser el centro de atención, de modo que se obtiene una descripción que, efectivamente, parece alcanzar buenos niveles de consistencia interjueces, pero que, a juicio de muchos, desvirtúa la noción clínica, original, de la psicopatía (Harpur, Hart y Hare, 1993). Aunque en el DSM-III-R y en el DSM-IV se han introducido ciertos cambios y se intentó, en parte, incluir descriptores personales, el resultado no parece haber dejado satisfechos a los clínicos (véase Hare, 1998; Widiger *et al.*, 1996) y el peso fundamental del diagnóstico sigue recayendo en una historia de conducta antisocial reiterada.

Las discusiones sobre la problemática conceptual de la psicopatía han persistido en las últimas décadas (recientemente, Millon y Davis, 1998, identificaban hasta 10 variantes del trastorno). Sin embargo, se debe destacar que, en los últimos años, una concepción que ha venido generando cierto consenso, y en la que confluyen tanto los aspectos personales como los conductuales, es la propuesta por Hare (Hare, 1980; Hare, Hart y Harpur, 1991; Harpur, Hare y Haks-tian, 1989). Casi al mismo tiempo que aparecían los criterios del DSM-III, Hare

desarrolla un sistema alternativo para la evaluación de la psicopatía en las poblaciones de delincuentes institucionalizados: el PCL (*Psychopathy Checklist*), que ha de ser aplicado por un observador experto, el cual ha de basar sus conclusiones en una entrevista semiestructurada y en la revisión del historial del caso. La última versión de este instrumento (el PCL-R) consta de 20 ítems, que han de ser puntuados en una escala de 3 puntos (0, 1, 2), en función del grado en que cada ítem se aplica al individuo; en general, se toma una puntuación de 30 como criterio para el diagnóstico de psicopatía. La mayoría de las investigaciones con este instrumento han definido una estructura de dos factores, que captarían, respectivamente, los aspectos de personalidad y de conducta del constructo psicopatía (véase, por ejemplo, Moltó, Poy y Torrubia, 2000). El Factor 1 estaría definido por características como el egocentrismo, la falta de sinceridad, la insensibilidad y la falta de remordimiento, y describiría la configuración personal que en la tradición clínica caracteriza al psicópata. El Factor 2 recoge los aspectos del constructo relacionados con la conducta desviada y con un estilo de vida crónicamente inestable y antisocial. Hay evidencia de la validez discriminante de estos factores. Así, el Factor 1 tiene una relación más alta con los criterios de Cleckley y con medidas autoinformadas de ansiedad, empatía (correlación negativa), narcisismo y dominancia (correlación positiva). El Factor 2, sin embargo, estaría más relacionado con el diagnóstico TAP del DSM y, con signo negativo, con otras variables como el estatus socioeconómico, el nivel educativo o la inteligencia¹. Ambos factores están correlacionados entre sí (con índices en torno a .50), si bien es posible obtener una alta puntuación en un factor y baja en el otro. Esto se correspondería con el hecho de que, como había señalado el propio Cleckley, no todos los psicópatas definidos por los criterios tradicionales responden al diagnóstico de TAP, ni todos los individuos con TAP podrían considerarse psicópatas. De hecho, se ha encontrado que, en las poblaciones de delincuentes institucionalizados, las tasas del TAP se sitúan en torno al 75%; las tasas de psicopatía definidas por el PCL en estas poblaciones se sitúan en torno al 30% (Hart y Hare, 1989) y se han encontrado incluso cifras menores (véase Hare, 1991).

Son diversos los planteamientos sobre los mecanismos explicativos de la psicopatía, si bien la falta de clarificación conceptual ha entorpecido el avance en este campo de estudio. Entre las líneas más desarrolladas cabe citar la formulada, bajo la inspiración teórica del modelo de Gray, por autores como Fowles (1980), para quien la psicopatía se asociaría a un débil Sistema de Inhibición Conductual (BIS; *Behavioral Inhibition System*), un sistema que, en el modelo de Gray, regula la dimensión de ansiedad². De un modo semejante, Lykken propuso, hace ya varias décadas (Lykken, 1957), que la psicopatía se caracteriza por déficits a la hora de experimentar ansiedad o miedo (es la llamada hipótesis de «bajo miedo»; *low fear hypothesis*). Desde estas corrientes de trabajo, se ha

1. Recientemente, se ha propuesto que tres factores oblicuos (y no dos) podrían representar mejor el constructo psicopatía del PCL-R. Cooke y Michie (1999), haciendo uso de técnicas de análisis factorial confirmatorio, plantean que el Factor 1 identificado en los estudios de Hare podría seccionarse en dos. Este aspecto se retoma más adelante en el presente artículo.

2. Propiamente, la psicopatía primaria sería la asociada a un débil BIS. De acuerdo con diversos autores (véase Lykken, 1995) existiría una psicopatía secundaria, caracterizada por un BIS normal, pero por un BAS (Sistema de Activación Conductual) muy activo.

desarrollado abundante evidencia experimental sobre los déficits en evitación pasiva de los psicópatas: los sujetos tienen dificultades para inhibir respuestas que conllevan castigo. También relacionada con estas posiciones está la línea desarrollada por Newman (Newman y Wallace, 1993). Los hallazgos de este autor sugieren que los psicópatas muestran dificultades para modular sus respuestas, es decir, para responder a las contingencias ambientales, asimilar el «feedback» del ambiente y cambiar una tendencia (*set*) de respuesta establecida; en tareas de laboratorio como la del «juego de cartas» (el sujeto debe decidir si sigue o no jugando, en situaciones en las que la probabilidad de perder dinero va aumentando), los psicópatas «perseveran»: siguen jugando a pesar de que tal respuesta cada vez lleva asociada una mayor probabilidad de castigo. Deben destacarse también las corrientes de trabajo que dejan al descubierto los problemas de los psicópatas para procesar y manejar información (verbal y no verbal) con contenido emocional (Hare, Williamson y Harpur, 1988; Patrick, 1994). Así mismo, existen ricas tradiciones de investigación psicofisiológica, que han estudiado la relación entre la psicopatía y una baja activación cortical (Raine, 1989), y líneas neuropsicológicas que han propuesto déficits en las funciones ejecutivas (Gorenstein, 1982). En años recientes, han adquirido gran apogeo los estudios de neuroimagen que muestran disfunciones en áreas prefrontales y en otras zonas como el cuerpo calloso o el giro angular izquierdo (Raine, 1999).

A pesar del interés que ha despertado la psicopatía, y a pesar de que se han producido progresos notables en la evaluación y en la clarificación de su naturaleza, todavía se sabe poco sobre sus antecedentes evolutivos. El término «psicopatía» se reserva habitualmente para adultos, y el DSM-IV no permite el diagnóstico de TAP antes de los 18 años. Sin embargo, la mayor parte de los clínicos y los investigadores probablemente estarían de acuerdo en que las características personales y conductuales que definen la psicopatía no aparecen súbitamente en la adultez, sino que se manifiestan en etapas más tempranas de la vida (Forth y Burke, 1998). La detección temprana de la psicopatía parece crucial. Dado que el tratamiento se ha mostrado cargado de dificultades, la actuación preventiva en edades tempranas se revela como una alternativa de gran interés (McBurnett y Pfiffner, 1998), y para ello debe disponerse de herramientas que permitan la identificación de jóvenes con mayor riesgo de desarrollar una personalidad y una conducta psicopática.

A lo largo de la historia y también de la investigación más reciente, se han dado ejemplos de aplicación del concepto «psicopatía» a jóvenes. Ya en 1909 se creaba en Chicago el llamado Instituto Psicopático Juvenil (Work, 1994), si bien bajo el término «psicopático» se englobaba una amplia variedad de alteraciones emocionales y conductuales, de forma que no se refería únicamente a trastornos antisociales. Posteriormente, diversos investigadores aplicaron directamente el concepto a adolescentes de entre 13 y 18 años (Newman, Widom y Nathan, 1985; Raine, O'Brien, Smiley, Scerbo y Chan, 1990), intentando comprobar si los hallazgos experimentales encontrados con psicópatas adultos podrían generalizarse a poblaciones jóvenes y si, por tanto, el constructo de «psicopatía juvenil» tenía visos de validez.

Es en los últimos años, sin embargo, cuando surgen los esfuerzos más sis-

temáticos por delinear el constructo «psicopatía» en la infancia y en la adolescencia. Nos encontramos ante un campo que está adquiriendo especial dinamismo y que, en nuestra opinión, presenta un alto interés tanto por sus implicaciones teóricas como por sus derivaciones prácticas para la intervención con menores problemáticos. Sin embargo, a pesar de la actividad que se está generando en torno a este tema, las distintas líneas se han desarrollado de forma fragmentaria y paralela, con escasos puntos de contacto, y se echan de menos esfuerzos que permitan ordenarlas, compararlas e integrarlas, y que exploren sus aportaciones y sus limitaciones. Por ello, en el presente trabajo se intenta sistematizar la investigación realizada en los últimos años, proporcionando una visión de conjunto, intentando clarificar y comparar las distintas posturas y señalando las directrices que, a nuestro parecer, debieran guiar la investigación futura.

Los autores que trabajan en estas líneas más actuales parten de la convicción de que las características psicopáticas pueden ser identificadas fiablemente en individuos jóvenes, y que existe un pequeño subgrupo de niños que muestran indicios tempranos de psicopatía; un conocimiento exhaustivo de los mecanismos que subyacen a la conducta de estos niños servirá para desarrollar vías de intervención que prevengan alteraciones comportamentales importantes.

Como señala uno de estos autores (Frick, 1998), existen ciertas reservas a la aplicación del término «psicopatía» en niños. Estas reservas se refieren, por una parte, a las connotaciones negativas del término respecto al pronóstico y a las dificultades de tratamiento. Por otra, se temen las connotaciones biológicas del término, de forma que quizás se pueda ignorar la influencia del contexto social del niño en el desarrollo de su personalidad. La respuesta de Frick (1998) a tales reservas es que, por una parte, no debemos asumir que el pronóstico negativo que se ha encontrado en los adultos, con unas pautas conductuales más cronicadas, tenga que ser aplicado necesariamente a la etapa infantil; y, por otra parte, tampoco se debe minimizar la importancia del contexto ambiental en el desarrollo infantil de los rasgos de personalidad, incluidos los psicopáticos. De acuerdo con Frick, la alternativa más común a una utilización explícita del concepto psicopatía a niños es considerar implícitamente que *todos* los niños con problemas severos de conducta muestran manifestaciones tempranas de psicopatía (e.g., Richters y Cicchetti, 1993), cuando, como veremos, ésta no parecer ser la realidad.

Para examinar las raíces de la psicopatía adulta debemos centrar la mirada en una categoría diagnóstica que, de un modo explícito, en el DSM se contempla como un requisito para el diagnóstico del TAP: el trastorno de conducta o trastorno disocial.

En efecto, la investigación ha constatado una cierta continuidad entre los problemas de conducta en la infancia y la conducta antisocial adulta (Robins, 1966), de modo que los adultos antisociales suelen tener una historia de alteraciones de conducta en la niñez. Sin embargo, también es cierto que la mayoría de los niños con trastorno de conducta *no* se convierten en adultos antisociales. La prevalencia de los trastornos de conducta, utilizando los criterios DSM, es mucho mayor que la del TAP, y la prevalencia de la psicopatía definida por el PCL parece aún menor. Por tanto, parece necesario reconocer que dentro del trastorno de

conducta existe una gran heterogeneidad y que sólo un subgrupo de niños con este desorden puede considerarse en riesgo de psicopatía.

El trastorno de conducta: una categoría heterogénea

El trastorno de conducta es una categoría diagnóstica que designa patrones de comportamiento antisocial persistentes y extremos para el nivel evolutivo del niño, que entran en conflicto con las normas y con los derechos o necesidades de los demás. Generalmente, se asume que se trata de una categoría heterogénea (véase, por ejemplo, Quay, 1987, 1999), en la que se agrupan múltiples tipos de conducta, así como diferentes trayectorias y etiologías.

Aunque existe consenso en que el trastorno engloba tipos heterogéneos, tradicionalmente no ha habido mucho acuerdo respecto a qué categorías, concretamente, se deben establecer dentro del mismo. Como señala Lynam (1997), aunque han existido diferentes esfuerzos de clasificación, generalmente éstos no han alcanzado una amplia aceptación, como se refleja en los continuos cambios que se han ido introduciendo en las sucesivas versiones del DSM.

De un modo muy sintético, se pueden distinguir dos grandes tradiciones en los intentos de clasificar los trastornos de conducta. Por una parte, existe una tradición de investigación inductiva, multivariada, que trata de conocer cómo se agrupan entre sí diferentes conductas, a través de técnicas como el análisis factorial. Se identifican así diferentes «síndromes» o patrones de comportamientos que tienden a aparecer conjuntamente en los sujetos. Representativo de esta línea sería el trabajo de Achenbach *et al.* (1989), que identifica dos grandes dimensiones: una dimensión de conducta desafiante, negativista, de confrontación abierta; y una segunda dimensión de conductas no agresivas, encubiertas, que no implican confrontación con otras personas. La otra gran tradición sería la aproximación clínica, desarrollada a partir del estudio de casos, tal y como aparece representada, por ejemplo, en los manuales de uso común para el diagnóstico de los trastornos mentales.

Como se señaló en líneas anteriores, en el DSM se han realizado diferentes clasificaciones de los trastornos de conducta. Así, en el DSM-III se contemplan cuatro tipos, resultantes de la combinación de dos criterios: socialización y agresión. De estos cuatro tipos, uno de ellos presenta especial interés en relación con el tema que nos ocupa: el Infrasocializado Agresivo, que se describe con características como dificultades para establecer vínculos afectivos con los demás, escasa capacidad para empatizar, egocentrismo, falta de remordimientos, conducta agresiva y arriesgada... Aunque pocas veces se manifestó explícitamente (Quay, 1987), esta categoría parecía recoger de un modo implícito las características del psicópata, y representaba un intento por extender el constructo «psicopatía» a individuos jóvenes. A diferencia de los tipos infrasocializados, los «socializados» agruparían a niños cuya conducta antisocial se desarrolla en pandilla, como parte de una subcultura desviada en la que existen importantes vínculos grupales.

Las dificultades de operativizar las características clave de estos subtipos (por ejemplo, los aspectos interpersonales y afectivos) contribuyeron a que, en el DSM-III-R, se optara por subtipos basados en caracteres más evidentes. Así, en lugar de girar en torno a lo afectivo-interpersonal, los nuevos subtipos se definen en función de si los actos antisociales se cometen en grupo o en solitario. Puesto que los antisociales «solitarios» tendían a tener altos niveles de agresividad, los dos tipos retenidos en esta versión fueron el Solitario Agresivo y el Grupal³. De un modo semejante a lo que ocurrió con el TAP, se van eliminando las referencias a características personales, difíciles de apresar de un modo fiable, para pasar a descripciones más conductuales, de modo que se fue diluyendo el perfil «psicopático» recogido en el DSM-III.

Un giro aún mayor se produce en el DSM-IV. El criterio para diferenciar subtipos de niños con trastorno de conducta es la edad de inicio: un tipo de inicio infantil y un tipo de inicio adolescente. Diversos estudios longitudinales habían puesto de relieve que los niños en los que la conducta problemática aparecía tempranamente tenían una trayectoria evolutiva más persistente (Farrington *et al.*, 1990; Patterson, Reid y Dishion, 1992); los que se iniciaban en la adolescencia, sin embargo, parecían tener un cuadro antisocial más limitado a este periodo evolutivo, con menor riesgo de delincuencia adulta. Además, en diversos estudios se había encontrado que ambos tipos tenían correlatos diferentes. En los niños de inicio temprano, el trastorno de conducta aparecía frecuentemente asociado a disfunciones neuropsicológicas, a entornos familiares desestructurados y disfuncionales, a altas tasas de psicopatología en los padres y a dificultades en las relaciones con los iguales (véase Moffitt, 1993, para una buena revisión). La conducta antisocial de inicio adolescente, por el contrario, aparece más a menudo en jóvenes sin disfunción personal ni social previa y se vincula más a grupos desviados. Estos datos son ensamblados por Moffitt (1993) en un interesante modelo sobre la conducta antisocial juvenil, que proporciona tejido teórico a la distinción del DSM-IV: la conducta antisocial de inicio temprano resulta de la yuxtaposición entre un niño vulnerable y un entorno educativo adverso. Esta yuxtaposición da lugar a una cadena de transacciones que, desde los primeros años de vida, genera desadaptación en el niño; a través de efectos tipo «bola de nieve» (Romero, 1998; Romero, Luengo y Gómez-Fraguela, 2000), se van limitando las oportunidades para desarrollar una conducta socialmente adaptada, y el comportamiento desviado se va cronificando. La conducta antisocial de inicio adolescente, sin embargo, no sería más que una forma exagerada de experimentar el «lapso madurativo» que caracteriza a la adolescencia; la conducta antisocial serviría para reforzar la identidad del adolescente y ayudarle a experimentar un sentimiento de potencia y madurez.

De acuerdo con los resultados de la evidencia empírica, y de acuerdo con el modelo de Moffitt (1993), los antecedentes de la psicopatía adulta probablemente deben ser buscados en el tipo de inicio temprano. Es en estos niños donde aparecen las características de disfunción neuropsicológica, relaciones interpersonales problemáticas y conducta antisocial crónica que se han asociado a la psicopatía.

3. Tipos semejantes a éstos son definidos por la CIE-10.

Sin embargo, como han señalado otros autores (McBurnett y Pfiffner, 1998), probablemente no todos los niños con trastorno de conducta temprano desarrollarán psicopatía. Por eso surge la necesidad de delimitar, aun dentro del trastorno de conducta de inicio temprano, aquella categoría de niños en mayor riesgo. En los últimos años, diferentes investigadores se han afanado en esta tarea y, particularmente, dos líneas de trabajo (la de Lynam y la de Frick), que son descritas a continuación, parecen prometedoras. Ambas analizan en qué medida se puede identificar un subgrupo de niños con características análogas a los psicópatas adultos.

La hiperactividad en el psicópata incipiente: Lynam

Diferentes autores han propuesto en los últimos años que la combinación del trastorno de conducta con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) podría representar el antecedente de la psicopatía adulta (Af Klin-teberg, 1996; McBurnett y Pfiffner, 1998). Esta idea es desarrollada sistemáticamente por Lynam.

En su artículo de 1996, Lynam revisa, de un modo detallado, diferentes fuentes de evidencia que pueden avalar tal planteamiento. Intenta demostrar cómo, en la coocurrencia de hiperactividad y trastorno de conducta⁴, se puede identificar a lo que él denomina el «psicópata incipiente».

En primer lugar, diversos estudios longitudinales muestran que los niños en los que coocurren síntomas de hiperactividad y problemas de conducta tienen una conducta antisocial más severa en la adultez (por ejemplo, más contactos policiales, más versatilidad, más agresión y robos autoinformados; Loeber, Brinthaup y Green, 1990). De acuerdo con estos estudios, el pronóstico de estos niños, en lo que a actividad antisocial se refiere, es peor que el de los niños que presentan sólo trastornos de conducta o hiperactividad.

Una segunda línea de evidencia proviene de los estudios de familias. En estos trabajos se intentó investigar si los parientes adultos de los niños con hiperactividad y problemas de conducta tienen más altas tasas de psicopatía o TAP. Por ejemplo, Lahey *et al.* (1987) examinaron las historias psiquiátricas de las familias de cuatro grupos de niños: niños con hiperactividad, niños con problemas de conducta, niños con ambos trastornos y niños sin ninguno de ellos. Los padres de los niños con hiperactividad+problemas de conducta tenían una historia antisocial más severa que los de los otros grupos. De hecho, la conducta antisocial de los padres no se relacionaba en absoluto con la hiperactividad, salvo en los casos de coocurrencia con trastorno de conducta.

En tercer lugar, Lynam (1996) presenta evidencia sobre los estudios de *bootstrapping*, es decir, estudios que muestran cómo la coocurrencia de hiperactivi-

4. Lynam utiliza los términos «hiperactividad-impulsividad-atención» (HIA), tomados de otros investigadores (Loeber, 1988), como un rótulo común para referirse al trastorno de hiperactividad, dado que las etiquetas y los criterios para describir este desorden han sido variados en las clasificaciones psiquiátricas. Así mismo, utiliza el término «problemas de conducta», más que «trastorno de conducta», ya que en él pretende integrar tanto el trastorno de conducta como el trastorno negativista desafiante.

vidad+trastorno de conducta se asocian con ciertos precursores del trastorno antisocial adulto. Muchos estudios han mostrado que, en la conducta antisocial infantil, hay ciertos indicadores de alto riesgo que predicen una conducta problemática en la adultez (Loeber y Dishion, 1983): una edad de inicio más temprana, una mayor frecuencia, severidad y variedad de la conducta antisocial, y una conducta antisocial manifestada en diferentes situaciones (escuela, casa). A través del *bootstrapping* se trata de analizar si los niños con hiperactividad+problemas de conducta muestran, en mayor medida que los otros grupos, estos indicadores de riesgo. De nuevo, existen estudios que comparando niños con hiperactividad sólo, con trastorno de conducta sólo y con hiperactividad+trastorno de conducta, se encuentra que estos últimos son los que muestran unos patrones de conducta antisocial más severa (e.g., McGee, Silva y Williams, 1984).

Como vemos, estas líneas de investigación parecen, efectivamente, ligar la combinación hiperactividad+problemas de conducta con un comportamiento antisocial severo en la adultez, pero no propiamente con el concepto de personalidad psicopática, tal y como ha sido entendido tradicionalmente. De algún modo, y teniendo en cuenta las consideraciones que hacíamos al comenzar este artículo, la evidencia descrita parecería avalar la idea de que ese subgrupo de niños tiene un mayor riesgo de TAP, pero no necesariamente del constructo clásico de «psicopatía».

El propio Lynam (1996) reconoce que la evidencia sobre la relación entre este subgrupo de niños y la psicopatía es más endeble. Aun así, este autor revisa estudios que sugieren que los niños hiperactivos se comportan en ciertas tareas de laboratorio de un modo semejante a los psicópatas adultos. Por ejemplo, se ha encontrado que presentan déficits en el aprendizaje de evitación pasiva, y que tienen dificultades para «modular» su respuesta en función de las contingencias ambientales; de un modo semejante a los adultos, «perseveran» en una respuesta a pesar de que las probabilidades de castigo van aumentando (Milich, Hartung, Martin y Haigler, 1994). Además, hay trabajos que muestran que los niños hiperactivos (o al menos, un grupo de ellos) tienen indicadores de un bajo arousal cortical y que tienen una pobre ejecución en tareas neuropsicológicas relacionadas con las funciones ejecutivas frontales. La hipótesis sostenida por Lynam (y de la cual sólo existe evidencia en casos muy contados) es que el subgrupo de niños con hiperactividad+trastorno de conducta es el que, específicamente, presenta estas características semejantes al psicópata adulto. En un trabajo más reciente del propio autor (Lynam, 1998) se presentan algunos datos consistentes con esta idea.

Lynam (1996) dará aún un paso más, e hipotetizará sobre la naturaleza de las relaciones entre hiperactividad, trastorno de conducta y psicopatía. De acuerdo con este autor, son varias las posibilidades existentes (por ejemplo, la hiperactividad puede ser uno de los muchos factores de riesgo del trastorno de conducta y éste podría conducir a la criminalidad adulta; la hiperactividad podría conducir a conductas desafiantes tempranas y éstas llevar al trastorno de conducta), que acarrearían diferentes implicaciones para la prevención y el tratamiento. Pero Lynam presta especial atención a una hipótesis más novedosa: la coocurrencia de hiperactividad+trastorno de conducta representa un subgrupo

especial del trastorno de conducta, que representa al psicópata incipiente, y cuyo mecanismo explicativo radica en un déficit de inhibición (tal y como se manifiesta, por ejemplo, en las tareas de modulación de respuesta), asociado al sistema serotoninérgico. Estas dificultades de inhibición serían las responsables de los tres tipos de síntomas del TDAH: la inquietud motora y la hiperactividad, la falta de atención cuando el niño persigue una recompensa, y las conductas impulsivas. La incapacidad de inhibición también sería la responsable del «choque» con las normas, dando lugar a conductas desafiantes tempranas, que, en una espiral de efectos adversos (la disciplina parental se endurece o se hace errática; la adaptación al colegio fracasa, las relaciones con los iguales se dificultan) conduce al trastorno de conducta. Finalmente, ese mismo déficit de inhibición dará lugar a los signos característicos del psicópata adulto (véase Aluja, 1991).

De acuerdo con estos planteamientos, y dado que el subgrupo de hiperactividad+trastorno de conducta sería etiológicamente diferente, se requeriría una estrategia de tratamiento especial. La utilización de fármacos que actúen selectivamente sobre el sistema serotoninérgico y la aplicación de estrategias cognitivas que ayuden a «pararse» a pensar y examinar el ambiente serían vías adecuadas. La intervención temprana sobre este subgrupo llevaría a la prevención de la psicopatía adulta.

En resumen, de acuerdo con Lynam, el constructo de psicopatía infantojuvenil quedaría localizado, dentro de las taxonomías de uso común, en el subgrupo de niños que, además de trastorno de conducta, muestran hiperactividad. Otros autores, sin embargo, consideran que ese subgrupo de niños es aún una categoría demasiado amplia y que es necesario realizar un enfoque más específico para identificar a los niños con rasgos psicopáticos. En esta línea desarrolla su trabajo Frick.

Extendiendo el modelo de Hare: Frick

De acuerdo con Frick (Frick y Ellis, 1999), dado que la comorbilidad entre el TDAH y el trastorno de conducta es tan alta (cifras entre 65% y 90% en muestras clínicas de niños con trastorno de conducta), es necesario reconsiderar hasta qué punto todos los niños afectados por ambos trastornos pueden representar un desorden (la psicopatía) que, a juzgar por las cifras estimadas en adultos, parece mucho más infrecuente. Además, Frick considera que en esta categoría propuesta por Lynam no están bien reflejadas ciertas características «críticas» del constructo psicopatía, tales como la insensibilidad emocional, la falta de remordimientos o de empatía. La combinación de un pobre control de impulsos (TDAH) con la conducta antisocial (trastorno de conducta) parece asemejarse al perfil general de los adultos antisociales, de los cuales sólo un subgrupo podrían considerarse psicopatas.

En su análisis de la psicopatía infantil, Frick seguirá una estrategia diferente a la de Lynam. Lynam parte de categorías diagnósticas bien establecidas y, en ellas, intenta identificar cuál se aproxima más a la psicopatía. Frick, sin embargo,

parte directamente del concepto de psicopatía adulta e intenta comprobar si los rasgos centrales de este concepto permiten delinear un grupo particular de niños.

Los trabajos de Frick asumen, explícitamente, el modelo de Hare. En 1994 Frick y sus colaboradores (Frick, O'Brien, Wooton y McBurnett, 1994) desarrollan una escala de calificación inspirada en el PCL-R: El *Psychopathy Screening Device* (PSD). Se crearon 20 ítems análogos a los del PCL-R, que se presentan como una escala de calificación de tres puntos: 0 (*absolutamente falso*), 1 (*a veces verdadero*) y 2 (*absolutamente verdadero*). La escala debe ser cumplimentada por padres y/o profesores, aunque existe una versión autoinformada para adolescentes.

El primer análisis factorial realizado sobre esta escala (Frick *et al.*, 1994), utilizando puntuaciones combinadas de padres y profesores en una muestra clínica de 92 niños, reveló una estructura de dos factores (véase Tabla 1).

TABLA 1. ÍTEMS DEL PSD QUE DEFINEN LOS FACTORES DE DUREZA/INSENSIBILIDAD (DI) E IMPULSIVIDAD/PROBLEMAS DE CONDUCTA (I/PC) (FRICK *ET AL.*, 1994)

<i>Dureza / Insensibilidad (DI)</i>	<i>Impulsividad / Problemas de Conducta (I/PC)</i>
3. Se preocupa por el rendimiento escolar (-).	8. Fanfarronea respecto a sus propios logros.
12. Se siente culpable cuando hace algo mal (-).	15. Se pone furioso cuando se le corrige.
5. Sus emociones parecen superficiales y poco auténticas.	16. Piensa que es más importante que los demás.
19. No muestra emociones o sentimientos.	4. Actúa sin pensar en las consecuencias.
14. Puede parecer amable a veces, pero de una forma poco sincera.	1. Culpa a otros de sus errores.
18. Se preocupa por los sentimientos de los demás (-).	11. Le toma el pelo a otras personas.
	13. Se implica en actividades peligrosas o arriesgadas.
	2. Se implica en actividades ilegales.
	20. Siempre tiene los mismos amigos (-).
	9. Se aburre fácilmente.

Nota. Los ítems marcados con (-) son puntuados en sentido inverso. Los ítems 6 (Miente fácilmente y con habilidad), 7 (Cumple sus promesas) y 10 (Manipula a otras personas) cargaron en los dos factores. El ítem 17 (No planifica) fue eliminado por razones teóricas (no cargó, frente a lo esperado, con los otros ítems de impulsividad) y, además, tampoco presentó una carga claramente definida en DI.

Un primer factor incluye 10 ítems relativos a un pobre control de impulsos, falta de responsabilidad y conductas problemáticas. Atendiendo a su contenido, este factor fue denominado «Impulsividad/Problemas de Conducta» (I/PC). El segundo factor agrupa 6 ítems referidos a insensibilidad emocional (por ejemplo, falta de sentimientos de culpa, emociones superficiales, falta de empatía) y fue denominado «Dureza/Insensibilidad emocional» (DI)⁵. Estos dos factores sin duda guardan semejanza con los dos factores replicados en la literatura sobre el PCL en adultos, si bien, como reconoce el propio Frick (1998), no pueden consi-

5. Las etiquetas utilizadas en inglés han sido *Impulsivity/Conduct Problems (I/CP)* y *Callous/Unemotional (CU)*, respectivamente.

derarse totalmente asimilables a ellos. Una de las diferencias más notables es que los ítems referidos a narcisismo («Fanfarronea», «Piensa que es más importantes que los demás») forman parte del factor impulsivo/antisocial, mientras que en los adultos, estos contenidos se agrupan en la dimensión de desapego/insensibilidad emocional.

Análogamente a los factores del PCL, la correlación entre I/CP y DI está en torno a .50. Ya en este primer trabajo, se encontró que los dos factores tienen correlaciones diferenciales con otras variables. El factor I/CP muestra correlaciones altas con medidas de problemas de conducta, tales como las definiciones del trastorno negativista desafiante y del trastorno de conducta del DSM-III-R, y, en general, el factor I/CP parece captar un constructo muy similar a las definiciones tradicionales de problemas de conducta. El factor DI, sin embargo, se asocia menos a estas categorías. Además, el análisis de las interacciones significativas entre variables pareció sugerir que, dentro de los niños con problemas de conducta, se puede definir un subgrupo, alto en DI, que tendría características diferenciales; por ejemplo, niveles intelectuales más altos (véase también Loney, Frick, Ellis y McCoy, 1998) o una mayor frecuencia de arrestos en la familia.

Esta posibilidad de identificar un subtipo de niños problemáticos, con puntuaciones altas en DI y con ciertos caracteres peculiares, es explorada sistemáticamente en el trabajo de Christian, Frick, Hill, Tyler y Frazer (1996). Se utilizó una muestra clínica de 120 niños (edades entre 6 y 13 años) y, a través de un análisis clúster, se pudieron definir dos grupos con conductas problemáticas. Ambos puntuaban alto en la dimensión I/PC, se les había diagnosticado trastorno negativista desafiante o trastorno de conducta y habían tenido un comienzo temprano en su problemática conductual. Pero uno de estos grupos (al que se denominó el grupo «impulsivo») puntuaba bajo en DI, mientras que el otro (grupo «psicopático») puntuaba alto en esa dimensión. Además, este trabajo permitió comprobar que el grupo «psicopático» mostraba mayor variedad y más altas tasas de conductas antisociales y que, aunque sin alcanzar la significación estadística, el grupo «psicopático» tendía a mostrar más contactos con la policía y una mayor frecuencia de TAP en los padres ($p < .07$ y $p < .09$, respectivamente).

Así pues, la dimensión DI parece delimitar dos grupos dentro de los niños con problemas de conducta; uno de ellos (alto en DI) parece asociarse con indicadores de un peor pronóstico y sería afín al concepto de psicopatía adulta. La utilidad de esta diferenciación se ha puesto a prueba también en muestras de delincuentes institucionalizados. Recientemente, Caputo, Frick y Brodsky (1999), en una muestra de 69 adolescentes (edades entre 13 y 18 años), y utilizando la versión autoinformada del PSD, encontraron que la dimensión DI diferenciaba a los delincuentes sexuales violentos (mayores puntuaciones en DI) de otros delincuentes institucionalizados. Por otra parte, Silverthorn, Frick y Reynolds (1998) comprobaron que los delincuentes con un inicio más temprano en su conducta antisocial obtenían puntuaciones más altas en DI que los delincuentes con un inicio más tardío. También recientemente, Kruh, Frick y Clements (1999) recogieron datos en una muestra de 100 sujetos (con una edad media de 18.36) recluidos en una prisión de adultos, pero que habían sido encarcelados por crímenes cometidos como delincuentes juveniles. Todos los participantes tenían un histo-

rial antisocial amplio, con altas tasas de violencia; no obstante, dentro de la muestra, las puntuaciones en el PSD correlacionaron con las tasas de delitos y la versatilidad de los mismos, y con la variedad de actos violentos cometidos durante el encarcelamiento.

En los últimos años, diversos trabajos han tratado de profundizar en los correlatos psicosociales, personales y conductuales de los problemas de conducta psicopático y no psicopático, con el objetivo de ir perfilando posibles mecanismos etiológicos. Por ejemplo, se ha encontrado que las prácticas de socialización parentales (uno de los correlatos de la conducta antisocial más consistentemente replicados; Romero *et al.*, 2000) no se relacionaban con las conductas problemáticas de los niños altos en DI (Wooton, Frick, Shelton y Silverthorn, 1995). Estos niños de características más «psicopáticas» parecen tener altos niveles de problemas de conducta, independientemente de la calidad de los estilos educativos familiares. Sin embargo, en los niños bajos en DI, estas prácticas familiares sí se relacionan con la gravedad de la conducta. Otros trabajos analizan la relación entre las dimensiones del PSD y la sensibilidad a las claves de castigo. En un trabajo de 1994, el equipo de Frick (O'Brien, Frick y Lyman, 1994), utilizando un paradigma semejante al de Newman, encuentran que el patrón de perseveración identificado en la investigación con adultos parece característico de los niños con trastornos de conducta, pero sin altos niveles de ansiedad. A raíz de la creación del PSD y del desarrollo del modelo de psicopatía infantil, este equipo intentará examinar si ese resultado puede deberse a que los niños problemáticos, pero no ansiosos, se aproximan a la categoría psicopática. O'Brien y Frick (1995) encuentran que la perseveración se produce, concretamente, en niños no ansiosos que, además, puntúan alto en DI, independientemente de que muestren o no problemas de conducta. Así pues, parece que la dificultad para responder al castigo en una tarea tipo Newman se relacione, específicamente, con los rasgos psicopáticos de dureza/insensibilidad, y sólo de un modo indirecto, con los problemas de conducta. Recientemente se ha encontrado que, dentro de los niños con TDAH y problemas de conducta, sólo cuando DI es alta aparece este estilo de respuesta (Barry *et al.*, 2000), lo cual contradice la propuesta de Lynam, según la cual todo el grupo TDAH+problemas de conducta sería un grupo psicopático.

También se ha analizado sistemáticamente la relación existente entre la ansiedad y la psicopatía en niños. Como señalan Frick, Lilienfeld, Ellis, Loney y Silverthorn (1999), la literatura sobre ansiedad y conducta antisocial ha sido un tanto confusa. En algunas plataformas teóricas se contempla a la ausencia de ansiedad como una característica de predisposición a la psicopatía, a la conducta antisocial o a ambas. Sin embargo, la investigación ha mostrado que en individuos antisociales con frecuencia aparecen altos niveles de ansiedad. A juicio de estos autores, la resolución a esta paradoja requiere, por una parte, la diferenciación entre los dos componentes de la psicopatía; y, por otra parte, requiere introducir la distinción, propuesta por diferentes investigadores (véase Lilienfeld y Andrews, 1996; Watson y Clark, 1984), entre la ansiedad como afecto negativo y la «falta de miedo» (*fearlessness/fearfulness*), entendida como sensibilidad a las señales de peligro. Frick *et al.* (1999) encuentran, en una muestra clínica de 143 niños, que los componentes de la psicopatía se relacionan diferencial-

mente con ambos tipos de ansiedad. Utilizando correlaciones parciales, se encuentra que la ansiedad como afecto negativo, evaluada a través de síntomas de trastornos de ansiedad del DSM-III-R y de la escala Ansiedad/Depresión del *checklist* de Achenbach (1991), correlaciona positivamente con medidas de problemas de conducta y negativamente con la dimensión DI. La «falta de miedo», evaluada con una medida de búsqueda de emociones y aventuras de la Escala de Búsqueda de Sensaciones para Niños (Russo *et al.*, 1993), no correlaciona significativamente con la dimensión VCP y sí se relaciona (aunque débilmente), en sentido positivo, con DI. La «falta de miedo» parece entonces más vinculada con las características centrales de la psicopatía y podría desempeñar un papel relevante en el estilo motivacional que subyace a este trastorno. La ansiedad como afecto negativo sería un indicador del malestar que genera la propia conducta del niño y se relacionaría, por tanto, con la actividad antisocial; en los niños con alta DI, sin embargo, parece producirse un menor malestar, lo cual podría contribuir a la gravedad de su conducta⁶.

Encajando los datos de esta línea de investigación, Frick propone un modelo etiológico según el cual los problemas de conducta de inicio temprano pueden responder a diferentes vías causales (Frick, 1998, Frick, Barry y Bodin, 2000; Frick y Ellis, 1999). Concretamente, de acuerdo con lo expuesto, podríamos distinguir dos grupos; en ambos los problemas de control de impulsos son centrales, y en ambos se da una alta comorbilidad con el TDAH. En el grupo sin características de DI, la etiología puede ser muy heterogénea: por ejemplo, en unos niños el factor crucial puede radicar en ambientes de crianza problemáticos, en otros una baja inteligencia puede dar lugar a dificultades para anticipar las consecuencias de la conducta. Sin embargo, el grupo «psicopático», de alta DI, respondería a una etiología más homogénea. De un modo semejante a Lyman, Frick apela a déficits de inhibición conductual. Estos déficits serían reflejo de un débil BIS, y se manifestarían en la «falta de miedo» y en tareas que exigen modulación de la conducta en respuesta a señales de castigo⁷.

Actualmente, dentro de esta corriente de investigación, se desarrollan diversas vías de trabajo. Por una parte, se analiza la utilidad del modelo en chicas (Silverthorn y Frick, 1999). Aunque Frick asume la distinción de Moffitt (1993) entre problemas de conducta de inicio temprano y de inicio tardío, se ha encontrado que las chicas suelen tener un inicio adolescente y, sin embargo, a menudo muestran características semejantes a los chicos de inicio temprano; el análisis de los rasgos DI en chicas permitirá conocer hasta qué punto el modelo de Frick puede aplicarse a las chicas de «inicio demorado». Otra vía de trabajo tiene que ver con la validación del PSD en muestras de la población general (Frick, Bodin y Barry, 2000). Hasta el momento, los resultados obtenidos con una muestra de 1136 niños, aplicando el PSD a través de padres y profesores, revelan una estructura de tres factores. De nuevo se obtiene un factor DI; pero la dimensión VCP se

6. El grupo de Frick ha investigado en adultos jóvenes la relación entre síntomas de somatización y las dos dimensiones de la psicopatía (Wilson, Frick y Clements, 1999). Los resultados son análogos a los encontrados con las medidas de ansiedad como afecto negativo.

7. Un modelo etiológico que guarda ciertas semejanzas con éste es el de Lykken (1995), con su distinción entre «psicopatas» y «sociopatas».

desgaja en dos: un factor que contiene ítems de narcisismo y un factor que contiene ítems de impulsividad.

En nuestro país, en un estudio muy preliminar sobre problemas de conducta en niños, recogimos datos en una muestra de 165 niños de la población general, de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años (95 chicos y 70 chicas). Un análisis factorial sobre el PSD cumplimentado por profesores describió una estructura de tres factores con valores propios superiores a 1, que, conjuntamente, explican el 65.39% de la varianza. Los factores obtenidos (véase Tabla 2) parecen ajustarse en gran medida a los encontrados por Frick en su muestra de la población general. Un primer factor es definido por ítems de narcisismo, dominancia y manipulación ($\alpha = .91$); un segundo factor recoge los aspectos de impulsividad y actividades arriesgadas ($\alpha = .92$); un tercer factor incluye los aspectos de insensibilidad emocional y falta de empatía ($\alpha = .70$). Los tres factores están interrelacionados: $.60$ ($p < .001$) entre Narcisismo e Impulsividad; $.35$ ($p < .001$) entre Narcisismo y Dureza, $.36$ ($p < .001$) entre Impulsividad y Dureza.

TABLA 2. ESTRUCTURA DE TRES FACTORES ENCONTRADA EN UNA MUESTRA DE NIÑOS ESPAÑOLES (N = 165), CON EL PSD APLICADO POR PROFESORES

	FACTOR I <i>Narcisismo</i>	FACTOR II <i>Impulsividad</i>	FACTOR III <i>Dureza/Insensibilidad</i>
8. Fanfarronea respecto a sus propios logros	.98		
16. Piensa que es más importante que los demás	.91		
10. Manipula a otras personas	.76		
11. Le toma el pelo a otras personas	.66		
5. Sus emociones parecen superficiales y poco auténticas	.62		
15. Se pone furioso cuando se le corrige	.54		
14. Puede parecer amable a veces, pero de una forma poco sincera	.51		
17. No planifica		.83	
13. Se implica en actividades peligrosas o arriesgadas		.77	
2. Se implica en actividades ilegales		.73	
9. Se aburre fácilmente		.72	
3. Se preocupa por el rendimiento escolar (-)		.70	.42
4. Actúa sin pensar en las consecuencias		.67	
7. Cumple sus promesas (-)		.58	
6. Miente fácilmente		.56	
1. Culpa a otros	.47	.49	
19. No muestra emociones o sentimientos			.75
20. Siempre tiene los mismos amigos (-)			.51
18. Se preocupa por los sentimientos de los demás (-)			.44
Valores propios	8.56	3.55	2.99

Nota. Análisis de componentes principales con rotación oblimin. Los ítems marcados con (-) fueron puntuados en sentido inverso previamente al análisis factorial. Se presentan las cargas factoriales superiores a .40. El ítem 12 (Se siente culpable cuando hace algo mal) no tuvo una carga superior a este valor en ninguno de los factores.

Frick *et al.* (2000) han analizado cómo se relacionan estos factores con los criterios DSM-IV para los problemas de conducta. Aunque los tres factores se relacionan significativamente con estos criterios, la dimensión DI es la que presenta índices más débiles, lo cual indica que este núcleo es el que tiene una más pobre representación en el DSM.

En definitiva, la investigación de Frick en muestras clínicas extiende el modelo de Hare y sugiere que los rasgos de Dureza/Insensibilidad sirven para diferenciar dos grupos de niños con conductas problemáticas tempranas (uno de ellos, un grupo «psicopático») que, además, podrían responder a diferentes procesos causales. De acuerdo con el modelo, los canales de intervención habrán de ajustarse a esta diferenciación. Las vías tradicionalmente utilizadas (entrenamiento en prácticas de crianza, habilidades de resolución de problemas) parecerían adaptarse más al grupo bajo en DI. Para los niños con características psicopáticas debieran desarrollarse enfoques alternativos. En un plano que Frick reconoce como especulativo, este autor sugiere, por ejemplo, el desarrollo de otros aspectos del clima familiar (por ejemplo, apego padres-hijo), que se focalicen en lo recompensante, más que en el castigo; y sugiere, asimismo, el desarrollo de habilidades o aficiones (deportes, música) que resulten gratificantes y que el niño no quiera perder como consecuencia de la conducta antisocial.

La investigación en muestras de la población general todavía es muy incipiente, pero parece desafiar el modelo bifactorial. Debemos destacar que el patrón de tres factores muestra un interesante paralelismo con los resultados encontrados recientemente con el PCL-R en adultos (Cooke y Michie, 1999). Utilizando muestras amplias, y frente a la estructura más difundida, se identifican también tres factores: uno de características interpersonales (locuacidad, mentira...), uno de características afectivas (insensibilidad, falta de remordimientos) y otro de aspectos conductuales (impulsividad, propensión al aburrimiento, irresponsabilidad...). La investigación con el PSD ha de seguir desarrollándose y comprobar hasta qué punto los tres componentes emergen como dimensiones válidas, cuáles son sus correlatos y cuáles sus implicaciones.

Alternativas para la evaluación: el PCL-YV

El PSD no ha sido la única estrategia de evaluación utilizada para evaluar la psicopatía en sujetos jóvenes.

En algunos trabajos, más que utilizar una sola técnica de medición, se utilizan conjuntamente diversas medidas asociadas a la psicopatía y se hace uso del análisis clúster. Éste es el caso de Raine (Raine *et al.*, 1990; Scerbo *et al.*, 1990) en sus trabajos sobre escucha dicótica y modulación de respuestas en adolescentes psicópatas. Asumiendo que ni los criterios conductuales ni las definiciones personales pueden, por sí solas, encapsular el concepto de psicopatía, se utilizan diversas medidas relativas a la conducta (criterios del TAP; criterios del trastorno de conducta) y a la personalidad (un autoinforme de psicopatía inspirado en el PCL; impulsividad); a través del análisis clúster se delimitó un

grupo de adolescentes («psicópatas») que puntúan alto en todas las medidas utilizadas.

Dentro de la corriente de trabajo de Lynam, también se ha desarrollado un instrumento para evaluar características psicopáticas en niños: el CPS (*Childhood Psychopathy Scale*). Esta escala fue desarrollada a partir de mediciones tomadas en el estudio Pittsburgh, una conocida investigación longitudinal sobre predictores de alteraciones conductuales en niños y adolescentes. Concretamente, se partió de los ítems de dos instrumentos que habían sido cumplimentados por las madres de los sujetos: el *Checklist* de Achenbach (1991) y una versión simplificada de la clasificación Q de California para niños. Examinando los ítems de estos instrumentos, se eligieron un total de 41 que se aproximan a 13 de los 20 criterios formulados en el PCL-R (se desestimaron aquellos criterios que, como la conducta sexual promiscua o la revocación de la libertad condicional, no podrían ser directamente aplicados a niños). Se ha mostrado que el CPS se relaciona con la severidad y la estabilidad de la conducta antisocial, la impulsividad y los trastornos de exteriorización (Lynam, 1997). Además, se ha utilizado el CPS para poner a prueba las hipótesis de Lynam sobre la conjunción hiperactividad+trastornos de conducta. Sin embargo, en contra de las predicciones del autor, los niños con estos dos trastornos no puntuaron más alto que los niños diagnosticados únicamente con trastorno de conducta (Lynam, 1998). Lynam reconoce que el CPS ha de ser refinado y que quizás los contenidos relacionados con la afectividad (insensibilidad emocional, afecto superficial) no aparecen bien operativizados en el instrumento.

Dentro del equipo de trabajo de Hare, se ha desarrollado una versión del PCL para adolescentes. En diversos trabajos se había venido utilizando una versión del PCL ligeramente modificada y adaptada para jóvenes (Chandler y Moran, 1990; Forth, Hart y Hare, 1990; Trevothan y Walker, 1989), que finalmente se convirtió en el PCL:YV (*Psychopathy Checklist: Youth Version*; Forth, Kosson y Hare, 1994). La descripción de los ítems se modificó para ajustarse más a las experiencias de los adolescentes, haciendo especial hincapié en las relaciones con los amigos, la familia y el ámbito escolar. Así, por ejemplo, el ítem de conductas manipuladoras (ítem 5) fue orientado hacia intentos de manipulación para ganar prestigio ante los iguales y el ítem 13 (falta de metas realistas a largo plazo) hace énfasis en si las metas son consistentes o no con la ejecución escolar. La estructura factorial del instrumento ha sido analizada (Forth, 1995) y se ha obtenido un patrón de dos factores semejante al encontrado en muchos estudios con adultos: un factor de desapego emocional y un factor conductual.

Tanto el PCL:YV como las versiones anteriores para adolescentes se han visto correlacionadas con diversos índices de conducta problemática. Se ha encontrado, por ejemplo, que el PCL en jóvenes se relaciona con el número de síntomas de trastorno de conducta. De un modo análogo a lo que se encuentra en la literatura sobre adultos (y también, como hemos visto, en la literatura sobre niños) el factor de conducta antisocial es el que tiene una asociación más fuerte con el trastorno de conducta (Forth *et al.*, 1990; Toupin, Mercier, Déry, Côté y Hodgins, 1995). En general, los datos apuntan a que la relación asimétrica que, en los adultos, se establece entre psicopatía y TAP, aparece, en los jóvenes, entre

psicopatía y trastorno de conducta. Así, en el estudio de Forth (1995), todos los jóvenes delincuentes psicopáticos reunían los criterios DSM para trastorno de conducta, mientras que sólo el 30% de los jóvenes delincuentes con trastorno de conducta se podrían considerar «psicópatas» según el PCL:YV.

Así mismo, se ha encontrado que el PCL en sus versiones para jóvenes (y, sobre todo, el factor conductual) se relaciona con el consumo de alcohol y otras drogas, el número de delitos violentos y no violentos, la edad de inicio en conductas antisociales y la versatilidad de la delincuencia (Forth, 1995). Existe también alguna evidencia de que puede predecir la reincidencia en delitos violentos (Forth *et al.*, 1990).

En definitiva, el PCL:YV aparece como una alternativa prometedora para la evaluación de la psicopatía en jóvenes delincuentes. En cualquier caso, como reconocen los propios autores (Forth y Burke, 1998), el instrumento todavía está en sus primeros pasos; su uso se recomienda fundamentalmente para la investigación, y no tanto para la evaluación clínica. En el campo de la investigación, una de las líneas de trabajo más desarrolladas es la relación del PCL:YV con las variables del medio familiar (Burke y Forth, 1996; Laroche y Toupin, 1996; McBride y Hare, 1996). Las variables estudiadas (habitualmente en muestras de jóvenes delincuentes institucionalizados) han sido diversas: criminalidad parental, abuso sexual, supervisión, uso del castigo, comunicación, apego, separación, etc. Los resultados han sido un tanto inconsistentes; como señalan Forth y Burke (1998), probablemente sea necesario diferenciar los dos factores del PCL para obtener resultados más precisos. Estas autoras sugieren que a la luz de algunos datos (Burke y Forth, 1996) probablemente el factor de conducta antisocial esté más relacionado con las experiencias familiares y, en general, con los factores ambientales, mientras que el factor afectivo-interpersonal puede ser más independiente de la historia familiar y estar más vinculado a factores biológicos. Como vemos, estos planteamientos presentan cierta convergencia con la propuesta de Frick.

Conclusiones y líneas de trabajo futuras

A lo largo de esta revisión hemos podido comprobar que el estudio de la psicopatía infanto-juvenil es un campo dinámico, sobre el que se están realizando valiosas aportaciones.

En el grupo de trabajo de Hare, se ha desarrollado ya un instrumento para la evaluación de delincuentes jóvenes. Pero otros autores se desplazan más abajo en el ciclo evolutivo, e intentan una identificación más temprana del psicópata.

Parece existir acuerdo en que los trastornos de conducta de inicio temprano deben ser el foco de atención para buscar las raíces de la psicopatía. Sin embargo, parece necesario hacer una identificación más precisa, y definir, dentro de esa categoría, el subgrupo que más se aproxime al concepto de psicopatía. En la Figura 1 presentamos, a modo de resumen gráfico, los esquemas propuestos por Lynam y por Frick.

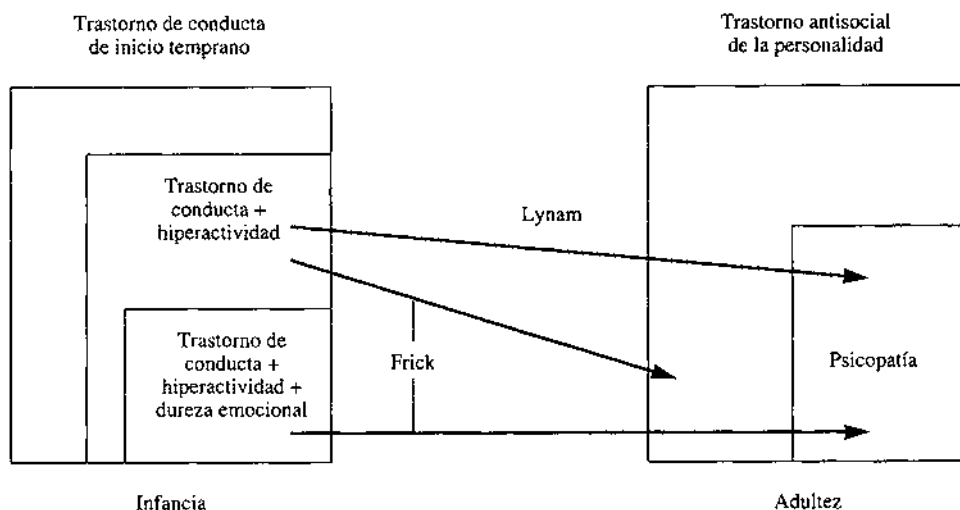


Figura 1. Esquema de las propuestas de Lynam y Frick sobre las relaciones entre trastorno de conducta, hiperactividad, dureza emocional, trastorno antisocial de la personalidad y psicopatía. Mientras que para Lynam la coocurrencia entre trastorno de conducta e hiperactividad es el antecedente de la psicopatía, para Frick esta coocurrencia es el antecedente de una categoría más amplia: el «trastorno antisocial de la personalidad». Los orígenes específicos de la psicopatía están en un subgrupo de niños con trastorno de conducta, hiperactividad y además dureza/insensibilidad.

Como hemos visto, Lynam propone que la comorbilidad entre hiperactividad y problemas de conducta es una buena representación de la psicopatía infantil. Aunque Lynam realiza una argumentación muy documentada, la propuesta parece presentar ciertas limitaciones. Por ejemplo, algunos autores han señalado que la violencia no es una característica especialmente asociada a la hiperactividad (Rutter, Giller y Haggell, 1998) y, sin embargo, se asocia a la psicopatía. Además, como han señalado diferentes autores (Frick y Ellis, 1999; Hare, 1993), la conjunción hiperactividad+problemas de conducta parece conceptualmente más próxima al TAP que a las características centrales de la psicopatía. Ni la hiperactividad ni el trastorno de conducta recogen los rasgos de egocentrismo, frialdad afectiva, falta de empatía, falta de remordimientos, etc., que parecen cruciales en el constructo de psicopatía. Sin embargo, sí parecen recoger el estilo impulsivo y antisocial que define al TAP. Es significativo que, en el trabajo del propio Lynam (1998), los niños con hiperactividad+problemas de conducta no puntuaron alto en una medida de personalidad psicopática. Lynam atribuye el resultado a déficits de instrumento, pero es posible que el grupo sea, en realidad, demasiado amplio como representación de la psicopatía; quizás, como propone Frick, es necesario especificar más para encontrar las características afectivas e interpersonales de este trastorno.

La línea de trabajo de Frick proporciona resultados interesantes. Se replica un modelo semejante al hallado en adultos y se delimita un grupo de niños

con características personales y conductuales que evocan el concepto de psicopatía. Además, se elabora un modelo etiológico (aunque muy tentativo) con valor heurístico para guiar la investigación y la intervención.

No obstante, en nuestra opinión, tampoco es una línea carente de limitaciones. Probablemente las carencias metodológicas más importantes tienen que ver con las muestras utilizadas. En primer lugar, las muestras han sido, generalmente, de pequeño tamaño. Cuando se seccionan en subgrupos, éstos tienen un tamaño muy reducido; en el trabajo de Christian *et al.* (1996), uno de los más centrales para el desarrollo del modelo, el grupo «psicopático» estuvo formado únicamente por 11 sujetos. Quizá en parte por el limitado tamaño de las muestras, los resultados son a veces un tanto débiles y la significación estadística sólo se alcanza de un modo marginal (véase, por ejemplo, Christian *et al.*, 1996; Frick *et al.*, 1999).

Además, y esto es un problema no menos importante, las muestras de distintos trabajos parecen presentar un cierto grado de solapamiento. Se necesita una replicación por parte de otros grupos de trabajo, con muestras independientes, que puedan clarificar hasta qué punto nos encontramos ante resultados robustos. Esto ayudaría a conocer hasta qué punto son sólidos algunos hallazgos «atípicos», que no se ajustan a lo que aparece en la literatura sobre adultos. Por ejemplo, en algunos trabajos de Frick (Frick *et al.*, 1994) se ha encontrado que ninguno de los factores del PSD se relaciona con el género ni con el estatus socioeconómico; esto último quizá debido a que se trabaja con muestras muy homogéneas, con niños de clases bajas o medio-bajas. Más llamativos aún son los resultados sobre búsqueda de sensaciones. Como hemos comentado, ésta se relaciona más con el factor de Dureza/Insensibilidad que con el factor de Impulsividad/Problemas de Conducta (Frick *et al.*, 1994, 1999); además, la correlación de la búsqueda de sensaciones con otras medidas de problemas de conducta (por ejemplo, síntomas del trastorno de conducta DSM-III-R) tiene un signo negativo. Estos resultados contradicen a un amplio cúmulo de investigaciones que relacionan una alta búsqueda de sensaciones con la conducta antisocial (véase Romero, Luengo y Sobral, 2001; Romero, Sobral y Luengo, 1999); y contradicen también a las investigaciones sobre psicopatía en adultos, que señalan a la búsqueda de sensaciones como un correlato del factor de conducta antisocial del PCL-R (Harpur *et al.*, 1989).

Por otra parte, en la mayoría de los casos, los estudios se han realizado con muestras clínicas. También se echan en falta más estudios con muestras de la población general; de momento, como hemos visto, hay indicios de que el modelo bifactorial puede no ser una buena representación del constructo en este tipo de muestras. El mismo Frick (1998) ha señalado que la utilización de muestras comunitarias podría clarificar en qué medida las características de Dureza/Insensibilidad aparecen al margen de los trastornos de conducta; estudiar estos niños permitiría conocer, específicamente, la etiología de tales características y analizar qué mecanismos de protección los aíslan de la conducta problemática.

En general, y para poder aclarar la validez de los planteamientos de Lynam y de Frick, creemos que una prueba clave estará en los estudios longitudinales. Sólo éstos permitirán conocer cuál es el verdadero poder predictivo de las

categorizaciones propuestas por estos autores. Con ellos se podría comprobar, por ejemplo, qué aportan los rasgos DI a la predicción de la conducta antisocial, más allá de otros predictores suficientemente conocidos (Kazdin y Buela-Casal, 1994; Romero *et al.*, 1999; Romero, Sobral, Luengo y Marzoa, 1999, 2001).

Finalmente, son necesarios más trabajos experimentales y psicofisiológicos que permitan comprobar en qué medida se obtienen resultados coherentes con el constructo definido en adultos. Se están realizando progresos en la caracterización psicobiológica, cognitiva y emocional de la psicopatía en adultos, aspectos que deberían ser analizados en jóvenes a fin de tener una adecuada validación del constructo. Aunque, como hemos comprobado, tenemos ya trabajos en niños sobre tareas de modulación de respuestas, otros correlatos de la psicopatía (referidos, por ejemplo, al procesamiento emocional, responsividad autonómica, potenciales evocados, rendimiento neuropsicológico) han de ser examinados.

Estas vías de trabajo permitirán clarificar lo que todavía es un campo cargado de interrogantes. En nuestra opinión, la opción planteada por Frick merece especial consideración, dada su proximidad a una conceptualización de la psicopatía (la de Hare) que, desafiando las propuestas más conductuales del DSM, y anclándose en las concepciones clínicas más tradicionales de la psicopatía, ha mostrado su validez en muy diferentes estudios y ha mostrado su utilidad en contextos clínicos y forenses. Cualquier intento por apresar el concepto de psicopatía no debiera prescindir, a nuestro entender, de las características emocionales e interpersonales que los clínicos han descrito repetidamente en la figura del psicópata. Limitar la definición de la psicopatía a un estilo de comportamiento antisocial e impulsivo supone empobrecer el constructo, privándolo de sus rasgos más discriminativos y predictivos. La propuesta de Lynam parece alinearse conceptualmente con la descripción de la psicopatía/trastorno antisocial que el DSM ha ido adoptando en la última década, y, en este sentido, presenta sus mismas limitaciones: describe a un tipo de niños con una conducta impulsiva, arriesgada y disruptiva (análoga al trastorno antisocial de la personalidad), pero fracasa a la hora de aprehender lo más esencial del constructo. En cualquier caso, como hemos visto, la propuesta de Frick ha de seguir depurándose y solventado algunos puntos débiles importantes, antes de que podamos proponer al PSD como un instrumento definitivo para el diagnóstico de la psicopatía infantil, y antes de que el modelo en su conjunto pueda ser aceptado. De momento, creemos que la propuesta de Frick es, cuando menos, prometedora, y que merece ser explorada en todas sus dimensiones por parte de los investigadores interesados en los antecedentes evolutivos de un trastorno que, como la psicopatía, genera costes humanos y sociales tan amplios.

Estamos ante una corriente de trabajo joven, que presenta un alto interés dadas las dificultades del tratamiento en adultos. Además, el estudio de la psicopatía en estadios tempranos puede ayudar a comprender mejor el trastorno, ya que los estudios en adultos aparecen empañados por años de encarcelamiento, consumo de drogas, accidentes y fracasos interpersonales. La identificación temprana de las personas en riesgo de psicopatía permitirá una actuación a tiempo, antes de que la conducta se cronifique y de que la espiral de efectos acumulativos ponga en jaque a la intervención. El conocimiento de los mecanismos

etiológicos permitirá ajustar el tratamiento a las necesidades especiales de los niños en riesgo, y mejorar la eficacia de nuestras actuaciones. Como hemos visto, a pesar de los recelos que ha generado la utilización del término «psicopatía» cuando se habla de sujetos jóvenes, en ningún momento se dan por supuestos «destinos» inevitables; antes bien, la identificación temprana abre una puerta optimista a la prevención.

REFERENCIAS

- Achenbach, T.M. (1991). *The Child Behavior Checklist-1991*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T.M., Conners, C.K., Quay, H.C., Verhulst, F.C. & Howell, C.T. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 299-323.
- Af Klinteberg, B. (1996). The psychopathic personality in a longitudinal perspective. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 57-63.
- Aluja, A. (1989). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad: Estudio comparativo. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, XI, 6-27.
- Aluja, A. (1991). *Personalidad desinhibida, agresividad y conducta antisocial*. Barcelona: PPU.
- Barbaree, H., Seto, M., Serin, R., Amos, N. & Preston, D. (1994). Comparisons between sexual and nonsexual rapist subtypes. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 95-114.
- Barry, C.T., Frick, P.J., DeShazo, T.M., McCoy, M.G., Ellis, M. & Loney, B.R. (2000). The importance of callous-unemotional traits for extending the concept of psychopathy to children. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 335-340.
- Burke, H.C. & Forth, A.E. (1996). *Psychopathy and familial experiences as antecedents to violence: A cross-sectional study of young offenders and nonoffending youth*. Manuscrito no publicado, Universidad de Carleton, Ottawa, Ontario, Canadá.
- Caputo, A.A., Frick, P.J. & Brodsky, S.L. (1999). Family violence and juvenile sex offending: The potential mediating role of psychopathic traits and negative attitudes toward women. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 338-356.
- Chandler, M. & Moran, T. (1990). Psychopathy and moral development: A comparative study of delinquent and nondelinquent youth. *Development and Psychopathology*, 2, 227-246.
- Christian, R.E., Frick, P.J., Hill, N.L., Tyler, L. & Frazer, D.R. (1997). Psychopathy and conduct problems in children: II. Implications for subtyping children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 233-241.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity*. St. Louis: Mosby.
- Cooke, D.J. & Michie, C. (1999, Julio). *A hierarchical model of psychopathy: Replication and implications for measurement*. Ponencia presentada en The First Joint APLS/EAPL Psychology and Law International Conference. Dublín, Irlanda.
- Farrington, D.P., Loeber, R., Elliott, D.S., Hawkins, D.J., Kandel, D.B., Klein, M., McCord, J., Rowe, D. & Tremblay, R. (1990). Advancing knowledge about the onset of delinquency and crime. En B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol. 13, pp. 283-342). New York: Plenum.
- Farrington, D.P., Ohlin, L.E. & Wilson, J.Q. (1986). *Understanding and controlling crime: Toward a new research strategy*. New York: Springer-Verlag.
- Forth, A.E. (1995). *Psychopathy and young offenders: Prevalence, family background, and violence*. Informe Técnico. Ottawa, Ontario, Canadá: Minister of the Solicitor General of Canada.
- Forth, A.E. & Burke, H.C. (1998). Psychopathy in adolescence: Assessment, violence, and developmental precursors. En D.J. Cooke, A.E. Forth & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 205-230). London: Kluwer.
- Forth, A.E., Hart, S.D. & Hare, R.D. (1990). Assessment of psychopathy in male young offenders. *Psychological Assessment*, 2, 342-344.
- Forth, A.E., Kosson, D.S. & Hare, R.D. (1994). *The Psychopathy Checklist: Youth Version*. Manual no publicado, Universidad de Carleton, Ottawa, Ontario, Canadá.
- Fowles, D.C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*, 17, 87-104.

- Frick, P.J. (1998). Callous-unemotional traits and conduct problems: Applying the two-factor model of psychopathy to children. En D.J. Cooke, A.E. Forth & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 161-188). London: Kluwer.
- Frick, P.J., Barry & Bodin (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 practitioners guide* (pp. 3-24). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Frick, P.J., Bodin, S.D. & Barry, C.T. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12, 382-393.
- Frick, P.J. & Ellis, M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 149-168.
- Frick, P.J., Lilienfeld, S.O., Ellis, M., Loney, B. & Silverthorn, P. (1999). The association between anxiety and psychopathy dimensions in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 383-392.
- Frick, P.J., O'Brien, B.S., Wootton, J.M. & McBurnett, K. (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 700-707.
- Gorenstein, E.E. (1982). Frontal lobe functions in psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 368-379.
- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1, 111-119.
- Hare, R.D. (1991). *The Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: MultiHealth Systems.
- Hare, R.D. (1993). *Without conscience*. London: Warner.
- Hare, R.D. (1998). The Alvor Advanced Study Institute. En D.J. Cooke, A.E. Forth & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 1-11). London: Kluwer.
- Hare, R.D., Hart, S.D. & Harpur, T.J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 391-398.
- Hare, R.D., McPherson, L.E. & Forth, A.E. (1988). Male psychopaths and their criminal careers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 710-714.
- Hare, R.D., Williamson, S.E. & Harpur, T.J. (1988). Psychopathy and language. En T.E. Moffitt & S.A. Mednick (Eds.), *Biological contributions to crime causation* (pp. 68-92). Dordrecht, Holanda: Martinus Nijhoff.
- Harpur, T.J., Hart, S.D. & Hare, R.D. (1993). Personality of the psychopath. En P.T. Costa & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 149-173). Washington, DC: American Psychological Association.
- Harpur, T.J., Hare, R.D. & Hakstian, A.R. (1989). Two-factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and assessment implications. *Psychological Assessment*, 1, 6-17.
- Hart, S.D. (1998). Psychopathy and risk for violence. En D.J. Cooke, A.E. Forth & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 355-374). London: Kluwer.
- Hart, S.D. & Hare, R.D. (1989). Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment*, 1, 211-218.
- Hart, S.D. & Hare, R.D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. En D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 22-35). New York: Wiley.
- Kazdin, A.E. & Buela-Casal, G. (1994). *Conducta antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Kruh, I.P., Frick, P.J. & Clements, C.B. (1999). *Predictors of violence committed by juveniles tried as adults*. Manuscrito no publicado.
- Lahey, B.B., Piacentini, J.C., McBurnett, K., Stone, P., Hartdagen, S. & Hynd, G. (1987). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 163-170.
- Laroche, I. & Toupin, J. (1996, Agosto). *Psychopathic delinquents: A family contribution?* Comunicación presentada en el XXVI International Congress of Psychology, Montreal, Canadá.
- Lilienfeld, S.O. & Andrews, B.P. (1996). Development of a preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment*, 66, 488-524.
- Loeber, R. (1988). Behavioral precursors and accelerators of delinquency. En W. Buikhuisen & S.A. Mednick (Eds.), *Explaining criminal behavior* (pp. 51-67). Leiden, NY: Brill.
- Loeber, R., Brinthaup, V.P. & Green, S. (1990). Attention deficits, impulsivity, and hyperactivity with or without conduct problems: Relationships to delinquency and unique contextual factors. En R.J. McMahon & R.D. Peters (Eds.), *Behavior disorders of adolescence: Research, intervention, and policy in clinical and school settings* (pp. 39-61). New York: Plenum.

- Loeber, R. & Dishion, T.J. (1983). Early predictors of male adolescent delinquency: A review. *Child Development*, 53, 1431-1446.
- Loney, B.R., Frick, P.J., Ellis, M. & McCoy, M.G. (1998). Intelligence, callous-unemotional traits, and antisocial behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 231-247.
- Lösel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths. En D.J. Cooke, A.E. Forth & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 303-354). London: Kluwer.
- Lucngo, M.A. y Carrillo, M.T. (1995). La psicopatía. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 615-647). Madrid: McGraw Hill.
- Lykken, D.T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 6-10.
- Lykken, D.T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Lynam, D.R. (1996). Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin*, 120, 209-234.
- Lynam, D.R. (1997). Pursuing the psychopath: Capturing the fledgling psychopath in a nomological net. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 425-438.
- Lynam, D.R. (1998). Early identification of the fledgling psychopath: Locating the psychopathic child in the current nomenclature. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 566-575.
- McBurnett, K. & Pfiffner, L. (1998). Comorbidities and biological correlates of conduct disorder. En D.J. Cooke, A.E. Forth & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 189-204). London: Kluwer.
- McBride, M.E. & Hare, R.D. (1996). *Precursors of psychopathy and recidivism*. Manuscrito no publicado, Universidad de British Columbia, Vancouver, Canadá.
- McGee, R., Silva, P.A. & Williams, S. (1984). Behavior problems in a population of seven-year-old children: Prevalence, stability, and types of disorder. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 251-259.
- Milich, R.S., Hartung, C., Martin, C. & Haigler, E. (1994). Behavioral disinhibition and underlying processes in adolescents with disruptive behavior disorders. En D.K. Routh (Ed.), *Disruptive behavior disorders in childhood* (pp. 109-138). New York: Plenum.
- Millon, T. & Davis, R.D. (1998). Ten subtypes of psychopathy. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birkett-Smigh & R.D. Davis (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (pp. 161-160). New York: Guilford.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moltó, J., Poy, R. & Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *Journal of Personality Disorders*, 14, 84-96.
- Newman, J.P. & Wallace, J.F. (1993). Psychopathy and cognition. En P.C. Kendall & K. S. Dobson (Eds.), *Psychopathology and Cognition* (pp. 293-349). New York: Academic Press.
- Newman, J.P., Widom, C.S. & Nathan, S. (1985). Passive avoidance in syndromes of disinhibition: Psychopathy and extroversion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1316-1327.
- O'Brien, B.S. & Frick, P.J. (1995). Reward dominance: Associations with anxiety, conduct problems, and psychopathy in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 223-240.
- O'Brien, B.S., Frick, P.J. & Lyman, R.D. (1994). Reward dominance in children with disruptive behavior disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 131-145.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades mentales* (10ª ed.). Madrid: OMS.
- Patrick, C.J. (1994). Emotion and psychopathy: Startling new insights. *Psychophysiology*, 31, 319-330.
- Paterson, G.R., Reid, J.B. & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Quay, H.C. (1987). Patterns of delinquent behavior. En H.C. Quay (Ed.), *Handbook of juvenile delinquency* (pp. 118-138). New York: Wiley.
- Quay, H.C. (1999). Classification of the disruptive behavior disorders. En H.C. Quay & A.E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 3-21). New York: Kluwer.
- Raine, A. (1989). Evoked potentials and psychopathy. *International Journal of Psychophysiology*, 8, 1-16.
- Raine, A. (1999, noviembre). *Psicopatía, violencia y neuroimágenes*. Ponencia presentada en el seminario «Psicopatas y asesinos en serie». Valencia, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Raine, A., O'Brien, M., Smiley, N., Scerbo, A. & Chan, C.J. (1990). Reduced lateralization in verbal dichotic listening in adolescent psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 272-277.
- Richters, J.E. & Cicchetti, D. (1993). Toward a developmental perspective on conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 1-4.
- Robins, L.N. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Romero, E. (1998). Teorías sobre delincuencia en los 90. *Anuario de Psicología Jurídica*, 31-59.
- Romero, E., Luengo, M.A. y Gómez-Fraguela (2000). Factores psicosociales y delincuencia: Un estudio de efectos recíprocos. *Escritos de Psicología*, 4, 78-91.
- Romero, E., Luengo, M.A., & Sobral, J. (2001). Personality and antisocial behaviour: Study of temperamental dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31, 329-348
- Romero, E., Sobral, J., Luengo, M.A. & Marzoa, J.A. (1999, julio). *Risk factors of juvenile delinquency: Study of interactive effects*. Comunicación presentada en The First Joint APLS/EAPL Psychology and Law International Conference. Dublín, Irlanda.
- Romero, E., Sobral, J. y Luengo, M.A. (1999). *Personalidad y delincuencia: Entre la biología y la sociedad*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Romero, E., Sobral, J., Luengo, M.A. & Marzoa, J.A. (2001). Values and antisocial behavior among Spanish adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 162, 20-40.
- Russo, M.F., Stokes, G.S., Lahey, B.B., Christ, M.A.G., McBurnett, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. & Green, S.M. (1993). A sensation-seeking scale for children: A further refinement and psychometric development. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 69-86.
- Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Salekin, R.T., Rogers, R. y Sewell, K.W. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 203-215.
- Scerbo, A., Raine, A., O'Brien, M., Chan, C., Rhee, C. & Smiley, N. (1990). Reward dominance and passive avoidance learning in adolescent psychopaths. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 451-463.
- Silverthorn, P. & Frick, P.J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: Te delayed-onset pathway in girls. *Development and psychopathology*, 11, 101-126.
- Silverthorn, P., Frick, P.J. & Reynolds, R. (1998). *Timing of onset and correlates of severe conduct problems in adjudicated girls and boys*. Manuscrito no publicado.
- Toupin, J., Mercier, H., Déry, M., Côté, G. & Hodgins, S. (1995, Noviembre). *Validity of the PCL-R for adolescents*. Comunicación presentada en el Instituto de Estudios Avanzados OTAN sobre Psicopatía, Alvor, Portugal.
- Trevethan, S.D. & Walker, L.J. (1989). Hypothetical versus real-life moral reasoning among psychopathic and delinquent youth. *Development and Psychopathology*, 1, 91-103.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Widiger, T.A., Cadoret, R., Hare, R.D., Robins, L., Rutherford, M., Zanarini, M., Alterman, A., Apple, M., Corbit, E., Forth, A.E., Hart, S.D., Hultermann, J., Woody, G. & Frances, A. (1996). DSM-IV antisocial personality disorder field trial. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 3-16.
- Wilson, D.L., Frick, P.J. & Clements, C.B. (1999). Gender, somatization, and psychopathic traits in a college sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 221-235.
- Wootton, J.M., Frick, P.J., Shelton, K.K. & Silverthorn, P. (1997). Ineffective parenting and childhood conduct problems: The moderating role of callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 301-308.
- Work, H. (1994). Child psychiatry: Its emergence and growth in the 20th century. *Psychiatric News*, 20 mayo.

