



Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20, 219-230, 2015

doi: 10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15897

www.aepccp.net

http://revistas.uned.es/index.php/rppc

ISSN 1136-5420

© Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología

## Psicopatía y psicopatologías: ¿Puede conceptualizarse la psicopatía como trastorno mental?

José M. Pozueco-Romero, Juan M. Moreno-Manso, M. Elena García-Baamonde y Macarena Blázquez-Alonso

Universidad de Extremadura, Badajoz, España

**Resumen:** La psicopatía es un constructo clínico-forense, válido y fiable que ha venido siendo estudiado empíricamente en contextos clínicos, jurídico-forenses y subclínicos. Este artículo analiza el perfil actual de la psicopatía y sus notables distinciones con las psicopatologías o trastornos mentales. El conocimiento sobre las concepciones históricas y las perspectivas categorial versus dimensional de la psicopatía ponen de relieve que este constructo ha venido siendo relacionado con conductas antisociales, delitos y trastornos mentales. Las relaciones entre la psicopatía y estos diversos tópicos han sido objeto de enconados debates teóricos, los cuales han sido disipados a través de numerosas investigaciones empíricas. Este artículo subraya los principales matices al respecto, y se describen algunas sugerencias con objeto de que clínicos, forenses e investigadores traten de confluír en aspectos polémicos ya resueltos al referirse tanto a la *psicopatía*, en singular, como a las diversas *psicopatologías*, en plural.

**Palabras clave:** Psicopatía; psicopatología; perspectiva categorial; perspectiva dimensional; conducta antisocial/delictiva.

*Psychopathy and psychopathologies: Can psychopathy be conceptualized as a mental disorder?*

**Abstract:** Psychopathy is a clinical-forensic, reliable, and valid construct that has been most studied empirically in clinical, legal-forensic, and subclinical contexts. This article examines the current profile of psychopathy and its remarkable distinctions with psychopathologies or mental disorders. Knowledge about historical conceptions and categorial versus dimensional perspectives of psychopathy, emphasizes that this construct has come to be associated with antisocial behavior, crime, and mental disorders. The links between psychopathy and these concepts have been the subject of fervent theoretical debates, which have been cleared up by several empirical studies. This article highlights the main nuances, and some suggestions are given in order for clinicians, forensics, and researchers to converge as to controversial issues which are already resolved in relation to *psychopathy*, in a singular mode, and to the various *psychopathologies*, in a plural mode.

**Keywords:** Psychopathy; psychopathology; categorial perspective; dimensional perspective; antisocial/criminal behavior.

### Introducción

El estudio de la psicopatía ha venido estando circunscrito, de manera mayoritaria, tanto a *contextos forenses* —prisiones y juzgados— como a *contextos clínicos* (Hare y Neumann, 2009). No obstante, hace ya más de dos décadas que este constructo también viene sien-

do actualmente estudiado en *contextos subclínicos*, es decir, en la población general (Benning, Patrick, Blonigen, Hicks y Iacono, 2005; Hall y Benning, 2006), y en ámbitos tan diversos como la política, las empresas, el trabajo, (Babiak, 2007; Boody, 2013; Cleckley, 1941; Garrido, 2000; Hare, 1993) y la pareja (Pozueco, Moreno, Blázquez y García-Baamonde, 2014; Savard, Brassard, Lussier y Sabourin, 2015). En cualquier caso, ya sea estudiada la psicopatía en el ámbito clínico, en el forense o en el subclínico, lo que las investigaciones empíricas hasta la fecha nos revelan es que el estudio de esta problemática ha contribuido enormemente a nues-

Recibido: 21 marzo 2015; aceptado: 02 junio 2015.

Correspondencia: José M. Pozueco-Romero, Facultad de Educación, Universidad de Extremadura, Avda. de Elvas s/n, 06006 Badajoz, España. Correo-e: [jmpozueco@gmail.com](mailto:jmpozueco@gmail.com)

tro entendimiento de los orígenes y desarrollo de la psicopatía, así como a concebirlo como un *síndrome*, y lo de “síndrome” entendido como un *conjunto de síntomas*, no como un *trastorno clínico* (Patrick, 2006). A partir de este matiz fundamental, cualquier consideración de la *psicopatía* como un tipo de *psicopatología* o *trastorno mental* es, cuanto menos, errónea, ya que uno de los criterios esenciales de la psicopatía es la *completa ausencia de cualquier tipo de manifestación psicopatológica* (Cleckley, 1941). No obstante, aun así la psicopatía ha venido siendo frecuentemente relacionada con diversos *trastornos mentales*. Un ambiente parecido también rodea a otra frecuente asociación: *psicopatía y delincuencia*. Si bien las relaciones entre psicopatía y delincuencia sí han sido empíricamente demostradas, también sobre este aspecto hay que precisar una serie de matices de rigor, ya que ni la psicopatía es una *condición necesaria* para ser delincuente, ni la delincuencia es una *característica exclusiva* y necesaria para ser psicópata. Estas confusiones son objeto de análisis en este artículo.

Entre otros aspectos, todas estas polémicas puede que deriven de un mismo problema fundamental, como el de adoptar un *enfoque categorial o dimensional*. Así, también es objetivo del presente artículo poner de manifiesto una serie de *problemas candentes* que aún permanecen vigentes y que afectan tanto a la psicopatía como a las psicopatologías. Aspectos tales como la *dimensionalidad* o *lo categorial* (que serán el foco de atención especial del presente artículo) siguen generando controversias en ambas problemáticas, pero también han generado nuevos enfoques, métodos e instrumentos de evaluación que han ayudado a mitigar polémicas innecesarias.

Sin duda, es importante tener en cuenta todos estos matices a la hora de abordar tanto el estudio como la evaluación de la psicopatía, ya que las *implicaciones clínico-forenses y jurídico-criminológicas* de la misma pueden llegar a ser muy serias en numerosos casos donde no se acaba de puntualizar que este *síndrome* (insistimos, como *conjunto de síntomas*, no como *trastorno*) ni está recogido oficialmente en las actuales clasificaciones diagnósticas psicopatológicas ni tampoco tiene nada que ver con categorizarlo como un trastorno mental cuando las facultades intelectivas y volitivas de los psicópatas están totalmente intactas: saben lo que hacen y quieren hacerlo. Los potenciales problemas derivados de equiparar y confundir *diagnósticos psicopatológicos o trastornos mentales* con el *diagnóstico de psicopatía* son evidentes, sobre todo, en el ámbito de la justicia criminal (Pozueco, 2011).

### **Enfermos mentales, antisociales, delincuentes y psicópatas: Aspectos clínico-conceptuales y problemas candentes**

*Conceptualizaciones remotas, imprecisas y confusas:  
De poseídos a personalidades antisociales y delincuentes*

La evolución histórica del constructo de psicopatía nos ha venido demostrando que, a lo largo principalmente de los siglos XIX y XX, la psicopatía ha venido siendo tratada como «un concepto elusivo con *matices moralistas*» (Gunn, 1998, p. 32), y también con *matices biológico-atavistas* (Pozueco, 2011). El debate sobre los *aspectos clínicos del concepto de psicopatía* se agría aún más si nos adentramos en la incertidumbre psiquiátrica a lo largo de la historia de este término, historia que ha sido convenientemente discutida (Cantero, 1993; Luengo y Carrillo, 2009) y de la que aquí solamente vamos a realizar un breve esbozo crítico.

En el período comprendido entre la Edad Media y la Ilustración, y al igual que cualquier tipo de manifestación psicopatológica y cualquier tipo de conducta anormal, la conducta y personalidad psicopáticas, tal y como hoy la conocemos, era entendida en esas épocas como resultado de *posesiones demoníacas* y de *brujería* (Cantero, 1993). En cuanto a los matices moralistas, éstos provenían de autores y sus conceptos como Pinel (manía sin delirio), Rush (depravación moral innata) y Prichard (*locura moral*). Por su parte, los matices biológico-atavistas, enmarcados dentro de la *perspectiva degeneracionista/hereditaria*, provenían de autores y sus conceptos como Morel (*locura de los degenerados*) y Koch (*inferioridad psicopática congénita*), así como del fundador del positivismo criminológico, encabezado por el criminólogo italiano y padre de la antropología criminal Cesare Lombroso, con su principal concepto del criminal nato/atávico (Millon, Simonsen y Birket-Smith, 1998). Todas estas conceptualizaciones congeniaban con las ideas de aquella época, donde una biología incipiente se mezclaba con tesis antropológicas y anatomopatológicas excesivamente inclinadas a patologizar y criminalizar, a partir de ciertos rasgos físicos, tanto a los sujetos que aquellos autores percibían como “anormales” (aunque no lo fueran) como a la gran mayoría de los delincuentes (Pérez, 2005).

Tras las perspectivas moralista y biológico-atavista comenzó a surgir la perspectiva psicopatológica, encabezada principalmente por autores como Kraepelin (con su concepto de personalidades psicopáticas) y Schneider (discípulo del anterior y seguidor del mismo término). Y, sin duda alguna, la máxima exponente del concepto tan amplio de personalidad antisocial y de la perspectiva

psicopatológica es la misma American Psychiatric Association (APA), que en sus primeros DSM incluyó este concepto hasta que, finalmente, lo concretó en el de *trastorno antisocial de la personalidad* (TAP), del que incluso sugirió que se empleara como sinónimo del de psicopatía, y así se eternizó la confusión diagnóstica hasta nuestros días (Pozueco, 2011). El problema principal del TAP estriba en que se trata de un concepto excesivamente amplio y abstracto que generalmente se limita a perfilar o caracterizar a los sujetos que lo padecen como meros *delincuentes comunes*, absolutamente diferentes a los que son diagnosticados como psicópatas y, además, también son delincuentes (Lykken, 1995). Por tanto, el problema parece que pasaba de centralizar la psicopatía como un trastorno con conductas principalmente antisociales a reincidir en la tesis de que los psicópatas eran, por definición y exclusivamente, delincuentes.

Aunque con algunas reservas por algunos autores, hoy se acepta ampliamente tanto que la *conducta antisocial* no es una característica esencial y exclusiva de la psicopatía (Cleckley, 1976) como que la *conducta delictiva* no es un componente central de la psicopatía (Skeem y Cooke, 2010a). Todas las polémicas que acabamos de sintetizar siguen generando confusión incluso entre investigadores y clínicos que abordan el tema de la psicopatía. Además, este panorama sobre los necesarios matices que rodean al constructo de psicopatía se agrava aún más cuando hablamos de manera distintiva de los psicópatas criminales/delincuentes y de los psicópatas integrados/subclínicos.

#### *Conceptualizaciones actuales y vigentes: Psicópatas integrados y psicópatas criminales*

Ésta es la distinción que actualmente permanece vigente con respecto al tópico de la psicopatía. Para los estudios con delincuentes debemos referirnos al término de *psicópatas delincuentes* o *psicopatía criminal*, mientras que para el caso de los psicópatas no delincuentes aparecen diversos términos, ya tengan tintes más coloquiales o más asépticamente academicistas (cada autor suele escoger el que prefiere), tales como los siguientes: *psicópatas subcriminales* (Hare, 1993), *psicópatas integrados* (Garrido, 2000; Pozueco, 2010), *psicópatas subclínicos* (Cooke, Michie y Hart, 2006; Pozueco et al., 2013; Smith y Hung, 2013) y/o *psicópatas exitosos/con éxito* (Babiak, Neumann y Hare, 2010; Boody, 2011; Hall y Benning, 2006). Los dos máximos exponentes de esta vigente corriente diferenciadora entre los *psicópatas integrados* y los *psicópatas criminales* son, respectivamente, el psiquiatra norteamericano Hervey Milton Cleckley, con su obra principal *The Mask of Sanity* (Clec-

kley, 1941), y el psicólogo clínico-forense canadiense Robert Douglas Hare, con el *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 2003), que es el instrumento de evaluación de la psicopatía que se emplea en el ámbito penitenciario. En los trabajos de ambos autores están bien delimitadas y extensamente descritas las características o rasgos definitorios de la psicopatía. Matizar que, aunque centrados sus estudios en los delincuentes, los criterios de Hare se basan en los trabajos previos de Cleckley.

En cuanto a la *perspectiva subclínica* de la *psicopatía integrada o no criminal*, Cleckley (1941) caracterizó al psicópata como aparentemente inocente, insensible, asocial, encantador y algunas veces impulsivo o violento, y también lo retrató literalmente como el más peligroso de los criminales, el más depredador de los políticos y el negociador con menos escrúpulos. Este autor también halló, a través de las observaciones de sus pacientes, que los *delincuentes comunes* que no tienen el déficit emocional típico de estos sujetos no son psicópatas, a pesar del hecho de que puedan estar poco o nada socializados. También expuso argumentos respecto a que la psicopatía es muy común en la sociedad en general, recogiendo en su obra numerosos casos de psicópatas que, por lo general, funcionan con normalidad en la sociedad como hombres de negocios, políticos, médicos, psiquiatras, profesores, jueces, policías, etc. Por su parte, la *perspectiva clínico-forense* de la *psicopatía criminal* encabezada por Hare con el PCL-R (Hare, 2003) está completamente basada en las descripciones que Cleckley (1941) ofreció sobre sus pacientes psicópatas, independientemente de que Hare, posteriormente, a los 16 criterios de Cleckley añadiera otros de carácter conductual y referentes a comportamientos tanto antisociales como delictivos que configuran los 20 criterios o características psicopáticas del PCL-R.

Por tanto, la supuesta controversia conceptual sobre los *psicópatas criminales* y los *psicópatas integrados* es inexistente, y parece responder más bien a un debate intelectual entre autores (profesionales y académicos) que a la constatación empírica de ambos tipos de psicópatas. Mientras que Cleckley estudió a los psicópatas en la población general, Hare lo hizo posteriormente con población delictiva.

#### **Psicopatía y trastornos mentales: Aspectos diferenciales y problemas candentes**

*Adios al sistema multiaxial de las psicopatologías: ¿y de la psicopatía?*

Como asevera el doctor Bonifacio Sandín en relación a las *psicopatologías* o *trastornos mentales*, en su artícu-

lo titulado “DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?”, «la APA nos lo dio y la APA nos lo quitó» (Sandín, 2013, p. 267). Con respecto a los trastornos mentales, el conocido *sistema multiaxial* introducido por la APA (1980) en su DSM-III como una gran innovación para el diagnóstico de los mismos, actualmente ha sido suprimido por la APA (2013) en su DSM-5 y sin quedar muy claras las razones esgrimidas por sus responsables de tal supresión (Sandín, 2013). En relación a la psicopatía, y aunque ésta nunca necesitó de ningún sistema multiaxial, esas mismas razones nada claras de la APA (2013) para suprimir tal sistema en su actual DSM-5 se hicieron igual de nada claras cuando, en su cuarta edición de este mismo *Manual*, la APA aseveró que el patrón conductual definitorio del TAP «también se ha denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad» (APA, 1994, p. 655), y de tal aseveración se hicieron eco muchos clínicos e investigadores, momento a partir del cual se agrió aún más la ya viva polémica en la que se concebían el TAP y la psicopatía como términos sinónimos, como si fueran intercambiables.

Si ciertamente «la APA nos lo dio y la APA nos lo quitó» (Sandín, 2013, p. 267) en relación al sistema multiaxial del DSM y sus *psicopatologías*, una crítica parecida podríamos realizar respecto a la *psicopatía* parafraseando a Sandín y diciendo, en nuestro caso, que “Cleckley nos lo dio, Hare nos lo quitó y Hare nos lo volvió a dar”. Dicho esto, conviene explicarnos. Es innegable la enorme contribución de Robert Hare al estudio de la psicopatía en general. Sin embargo, sobre todo en los últimos años, su postura sobre los psicópatas tanto criminales como no criminales ha venido siendo en muchas ocasiones un tanto vacilante, pues en algunas de sus publicaciones se centra en hablar de los psicópatas delincuentes y en muchas otras prefiere hacerlo sobre los psicópatas no criminales, integrados o “exitosos”. Asimismo, en la mayoría de sus publicaciones empíricas suele caracterizar a la psicopatía como un trastorno de la personalidad, aunque también matiza que no se trata de un trastorno mental propiamente dicho. No obstante, en otras publicaciones más divulgativas comienza conceptualizando de manera literal a la psicopatía como «un trastorno de la personalidad» (Hare, 1993, p. ix), mientras que al mismo tiempo trata de aclarar que los psicópatas no están “locos” (Hare, 1993).

Así, teniendo en cuenta la gran influencia de este autor por sus publicaciones empíricas, para muchos (legos y expertos) se hace difícil intentar entender que si el psicópata es un trastornado de la personalidad, ¿cómo no concebirlo, pues, como un enfermo mental si tenemos en cuenta, y de manera estricta, que la APA concibe a todos

los trastornos de la personalidad como psicopatologías o trastornos mentales en sus diversos DSM? Veamos brevemente algunas de estas vacilaciones conceptuales a través de algunas de las publicaciones de Hare. Gran parte de las investigaciones de Hare y su equipo se han basado en estudios realizados con psicópatas delincuentes para probar la existencia de “defectos” (aunque en las publicaciones prefieren utilizar el término de “anormalidades”) *neurobiológicos* y *psicofisiológicos*, lo que, en cierto modo, nos retrotrae a aquella época de los *atavistas*, estudios, parece ser, siempre amparados en el argumento de que únicamente se pretende comprobar si las descripciones clínicas de Cleckley (1941) sobre los psicópatas (baja o nula ansiedad, *afasia semántica* o “defectos” en las emociones, etc.) tienen un *correlato biológico* constatable, como si sólo lo biológico fuera lo único constatable o lo único que diera cierta entidad científica o *cientificidad* a estas hipótesis. Un *panorama cientificista* similar al de la psicopatía también se daba y se sigue dando en el ámbito de las psicopatologías, pues no debemos olvidar que «la investigación psicopatológica de orientación psicológica se dejó invadir, o quizá persuadir, por ese modo de acercamiento a la realidad de los trastornos mentales que imponía la asunción del modelo médico tradicional por parte de la psiquiatría» (Belloch, 2012, p. 297).

En cualquier caso, y como bien subrayaba Cantero (1993) respecto a estas *hipótesis biologicistas* sobre los psicópatas criminales, «las críticas más importantes a esta teoría se centran, en su mayoría, en la presencia o no de un deterioro cerebral, pero no existen conclusiones firmes que avalen ninguna de estas suposiciones» (Cantero, 1993, p. 29). En el momento actual, a pesar de las innumerables investigaciones de corte biologicista realizadas sobre los psicópatas, seguimos en el mismo estado de la cuestión, más polémico aún si tenemos en cuenta que estas investigaciones no son capaces de explicar, por ejemplo, por qué algunos *psicópatas criminales* presentan tales *deficiencias biológicas* y otros no, o por qué los *psicópatas subclínicos* no presentan tales deficiencias biológicas teniendo en cuenta que lo único que les diferencia de los *psicópatas delincuentes* es la concreta comisión de delitos, ya que la *estructura de personalidad y emociones* es la misma en unos y en otros (Pozueco, 2010).

Los problemas de centralizar la psicopatía con exclusividad al ámbito delictivo son evidentes y numerosos, pues, como ya hemos dicho, la conducta delictiva no es exclusiva de los psicópatas. Con el PCL-R de Hare (2003), originalmente publicado en 1991 en su primera edición, se operacionalizó el concepto de psicopatía ya delineado por los 16 criterios de Cleckley (1941), si bien simplemente incluyendo en este instrumento algunos ítems referentes a conductas antisociales y delictivas.



Aunque los numerosos estudios con el PCL-R han venido proliferando hasta la actualidad como ejemplo de los psicópatas criminales, la obra de 1993 que Hare publicó, titulada *Sin Conciencia*, es un libro dirigido al público en general pero que particularmente ha servido de cita y apoyo bibliográfico en múltiples publicaciones empíricas sobre el tema. Es precisamente en este libro donde, sin olvidar a los *psicópatas criminales*, el autor habla sin reparos sobre los *psicópatas no criminales*. En este influyente libro de Hare (1993), el autor sostiene una serie de afirmaciones que ponen de relieve la importancia de retomar el tópico de la psicopatía (al igual que ya lo hiciera Cleckley) al ámbito de nuestras vidas diarias (en la población general) y de no exclusivizarlo al ámbito de la delincuencia. En este sentido, por ejemplo, afirmaba que: «En un ámbito más personal, es probable que uno se tropiece dolorosamente con un psicópata a lo largo de la vida. Por nuestro bienestar físico, psíquico y financiero es crucial que sepamos identificar al psicópata, protegernos de él y minimizar el daño que nos pueda hacer» (Hare, 1993, p. xii; 2003a, p. 16).

Además, a este primer influyente libro de Hare (1993) hay que añadir otro de carácter también divulgativo y dirigido al público en general, del que es coautor y que se titula *Snakes in Suits: When Psychopaths Go to Work — Serpientes Vestidas de Traje: Cuando los Psicópatas van a Trabajar*— (Babiak y Hare, 2006). Asimismo este libro es ampliamente citado en numerosas publicaciones empíricas referidas al tópico de los psicópatas empresariales (Babiak et al., 2010; Boody, 2011, 2013). Indistintamente del carácter divulgativo de ciertos libros, y a pesar de las vacilaciones en hablar unas veces sobre los *psicópatas criminales* y otras sobre los *psicópatas integrados*, hay autores que vienen sugiriendo la necesidad de volver a retomar el tema de la psicopatía donde Cleckley lo inició (Patrick, 2006), independientemente de que, por otro lado muy necesario, sigamos estudiando a los psicópatas criminales en los juzgados y prisiones. Así, no parece que haya razones para pensar que el tópico de los psicópatas integrados tenga menor importancia que el de los psicópatas delincuentes, así como tampoco hay razones para pensar que el tópico de los psicópatas integrados pudiera tener tientes más mediáticos o populistas que el de los psicópatas delincuentes que, precisamente, son los que con mayor frecuencia aparecen en los medios de comunicación.

Por tanto, cuando anteriormente aseverábamos lo de que “Cleckley nos lo dio, Hare nos lo quitó y Hare nos lo volvió a dar”, sólo pretendíamos poner de manifiesto que se comenzó hablando de los psicópatas en la población general con Cleckley, luego se pasó a estudiarlos en la población penitenciaria con Hare y, posteriormente,

de nuevo regresó el tópico de los psicópatas no delincuentes con Hare y muchos otros autores debido a su importancia para la sociedad en general. Realizadas estas reflexiones sobre de la problemática y supresión de *lo multiaxial* por parte de la APA para las psicopatologías y del “quita y pon” por parte de los dos autores principales de los conceptos de psicopatía integrada y criminal, a continuación pasamos directamente a *lo multidimensional*, sin olvidar el *aspecto categorial* tanto en relación a las psicopatologías como a la psicopatía, ambos aspectos también rodeados de extensa polémica e inagotables debates.

*El sistema categorial versus dimensional de las psicopatologías y de la psicopatía: ¿Sólo es una cuestión de “sí o no”, o de grados?*

El debate o la polaridad “*categorial versus dimensional*” ha estado y sigue presente tanto con respecto a las diversas *psicopatologías o trastornos mentales*, en general, como con respecto a la *psicopatía*, en particular. A nuestro juicio, no parece que decantarse por una u otra perspectiva (categorial o dimensional) sea una cuestión de *empirismo* (puesto que hay investigaciones empíricas actuales que siguen insistiendo en que se hagan valoraciones desde una perspectiva dimensional), sino que más bien tal preferencia es personal y parece estar en función de la formación académica de procedencia (fundamentalmente, psicología y psiquiatría). Grosso modo, quienes defienden un *sistema categorial* asumen que estas categorías o taxones son únicas e indiscutibles (de “sí o no”, o “se da o no se da”), mientras que quienes abogan por un *sistema dimensional* asumen que dichos constructos o diagnósticos se prestan a una *gradación* o a grados (es decir, a un modelo dimensional donde los diagnósticos se sitúan en un *continuo* que no es taxativo ni de “sí o no”, sino de “más o menos”, de darse en mayor o menor grado). Con respecto a las *psicopatologías*, en general, podemos comenzar diciendo que normalmente los casos clínicos no suele ser “de manual”, es decir, que no se cumplen todos y cada uno de los criterios estipulados para cada trastorno mental. En este sentido, y ante el imperante *sistema categorial* que ha venido dominando hasta la actualidad, recientemente se ha propuesto el *enfoque transdiagnóstico* de los trastornos mentales y del comportamiento (Belloch, 2012), suponiendo incluso una nueva perspectiva en el campo de la psicología clínica (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

La *perspectiva categorial* origina con frecuencia el problema de *comorbilidad* o solapación entre diversos tipos de psicopatologías, lo que a su vez da lugar a que, en muchos casos, los procesos cognitivo-conductuales

que subyacen a diferentes trastornos mentales sean inapreciables cuando, en realidad, presentan sus propias particularidades. No obstante, no debemos considerar como sinónimos el enfoque transdiagnóstico y el enfoque dimensional. En este sentido, si bien el enfoque transdiagnóstico se basa en el enfoque dimensional que permite explicar la comorbilidad entre trastornos, aquél va un paso más allá centrándose en los procesos cognitivos y/o conductuales compartidos por los diversos trastornos (o grupos de trastornos) psicológicos que contribuyen causalmente al desarrollo y/o mantenimiento de los síntomas asociados a dichas patologías (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). La necesidad de un enfoque transdiagnóstico responde a cuestiones de utilidad y tiene como objetivo intentar paliar las limitaciones del enfoque categorial típico del diagnóstico psiquiátrico. De hecho, en este sentido, se ha argumentado que «las elevadas tasas de comorbilidad y covariación entre los diversos trastornos mentales constituyen una de las limitaciones más importantes de los actuales sistemas de diagnóstico psiquiátrico, que además están basados en categorías definidas por sus características clínicas y no en supuestos etiológicos» (Belloch, 2012, p. 295). Ante estas *categorías* definidas y taxativas, la propuesta del enfoque transdiagnóstico se fundamenta en una acumulación de evidencias sobre el solapamiento de síntomas que ha llevado a sugerir la existencia de *dimensiones* patológicas comunes y compartidas entre los diferentes trastornos, por lo que este nuevo enfoque se centra en las comunalidades observadas más que en sus diferencias (Belloch, 2012). No obstante, ello no implica que el enfoque transdiagnóstico rechace el enfoque categorial, sino que pretende integrarlo con el dimensional con objeto de evitar una oposición entre ambos enfoques que podría llevarnos a una falsa dicotomía (Sandín et al., 2012). Por tanto, es preciso matizar que «el transdiagnóstico, aunque se basa en una concepción dimensional de la psicopatología, consiste más en una integración entre ambos enfoques que en un rechazo de la clasificación categorial» (Sandín et al., 2012, p. 187).

En cualquier caso, también es preciso matizar que estos dos enfoques o perspectivas (dimensional y categorial) no son iguales. Así, la *perspectiva dimensional* de los diversos síntomas y signos de los trastornos mentales considera que las psicopatologías no constituyen mundos aparte de la normalidad, que es una de las aportaciones teóricas y metodológicas más importantes de la psicología (Belloch, 2012). Por su parte, la *perspectiva categorial* de las psicopatologías no acepta otra cosa que establecer un diagnóstico preciso e inequívoco (taxativo) de los trastornos mentales, lo que ha llegado incluso a originar un pensamiento-tipo consistente en utilizar los

manuals diagnósticos al uso como si fuera lo *oficial* y lo únicamente posible y válido, un pensamiento global a partir del cual se ha motivado una conducta y proceder generalizados que, parafraseando a Belloch, podría traducirse en que la utilización de sistemas nosológico-psiquiátricos como el DSM y la CIE «se ha hecho casi imprescindible a la hora de “justificar” un determinado diagnóstico en nuestras publicaciones científicas» (Belloch, 2012, p. 297).

Sin duda alguna, como también revela Belloch (2012), el *sistema categorial* de las psicopatologías (muchas veces negando la evidencia de la alta tasa de comorbilidad y basado en la idea de que existen diferencias sustantivas entre los diferentes trastornos y enfermedades) siempre ha supuesto un problema para la psicopatología. De hecho, este sistema choca frontalmente con el *sistema dimensional* (que defiende la noción de dimensión o continuidad entre la normalidad y la psicopatología). Es evidente que, a diferencia de la taxatividad característica del sistema categorial, el sistema dimensional asume que «entre la normalidad (por ej., preocuparse por el bienestar de los demás) y la psicopatología (por ej., mantener la mente ocupada casi por completo en esas preocupaciones) no existen límites precisos determinados a priori» (Belloch, 2012, p. 298). Tampoco cabe duda de que el denominado *enfoque transdiagnóstico* de los trastornos mentales es una propuesta que se basa preferentemente en la perspectiva dimensional de la psicología frente al sistema categorial psiquiátrico dominante.

¿Pero por qué es más útil un *enfoque transdiagnóstico* y dimensional de los trastornos mentales frente a uno *categorial*? La respuesta a esta pregunta es muy concreta si tenemos en cuenta «las limitaciones e inconvenientes del enfoque diagnóstico categorial para dar cuenta de las muchas comunalidades observadas entre trastornos aparentemente diferentes, lo que, entre otras cosas, explica las elevadas tasas de comorbilidad entre ellos» (Belloch, 2012, p. 305). En cualquier caso, hay muchas otras razones a favor del enfoque transdiagnóstico y del sistema dimensional de las psicopatologías que están ampliamente argumentados en el artículo de esta autora, al cual remitimos para una mayor indagación al respecto.

Tal vez debido a la influencia de algunos psicólogos prominentes que participaron en la elaboración de los DSM, fue concretamente en el DSM-IV (APA, 1994) donde se asumió explícitamente las limitaciones del *enfoque categorial* (por ejemplo, y como ya hemos comentado, el hecho de que a veces no existen límites claros entre unos trastornos y otros, o entre lo normal y lo anormal), así como la necesidad de incorporar el *sistema dimensional* en la clasificación de los trastornos mentales, lo que supone una serie de ventajas porque «el sistema

dimensional, en cambio, clasifica las manifestaciones clínicas basándose en la clasificación de atributos en lugar de asignación de categorías, y es más adecuado para describir fenómenos que se distribuyen de forma continua y no poseen límites precisos» (Sandín, 2013, p. 259).

Con respecto a la *psicopatía*, en particular, también se ha dado el mismo debate que para las psicopatologías respecto a la cuestión del sistema *categorial* versus *dimensional*. De hecho, incluso las dos conceptualizaciones principales y actualmente vigentes de la psicopatía que ya hemos visto (la de Cleckley y la de Hare) suponen un acercamiento categorial al constructo de psicopatía. No obstante, sobre la conceptualización de Cleckley (1941) hay que matizar que, si bien este autor no se posicionó nunca ni a favor ni en contra de concebir la psicopatía como un taxón o como un continuo, lo cierto es que ha habido autores que han tomado los 16 criterios de la psicopatía propuestos por Cleckley como si fueran el diagnóstico definitivo de una *categoría unitaria* y al estilo de cómo si fuera una especie de diagnóstico de los incluidos en el DSM, y todo ello sin reparar en las nítidas descripciones clínicas que Cleckley ofrece a lo largo de su obra, donde para cada una de las 16 características psicopáticas no sólo aporta descripciones concretas sino matices (a través del análisis de sus diversos pacientes y casos de estudio) sobre la variabilidad o “grados” en que éstas pueden presentarse en cada sujeto en particular.

Más clara y reflejo de una *perspectiva categorial* es la concepción de la psicopatía ofrecida por Hare (2003) a través, concretamente, de su PCL-R. De hecho, la elevada consistencia interna del PCL-R indica que se trata de una *medida homogénea* de un *constructo unidimensional*, al menos como así lo indica el *punto de corte* de este concreto instrumento de evaluación de la psicopatía en la población penitenciaria, punto de corte que se sitúa en al menos 30 puntos de los 40 posibles. ¿Y por qué es *categorial* esta conceptualización de la psicopatía? Porque lo *categorial*, como venimos diciendo, es un sistema de “sí o no”, de “se tiene o no se tiene”, y, en este caso, si se obtiene una puntuación de igual o superior a 30 en el PCL-R se diagnostica psicopatía, mientras que si se obtiene una puntuación de 29 o menos, entonces no parece que haya que diagnosticarse psicopatía en sentido estricto porque hay un punto de corte que así lo estipula según este instrumento. Son evidentes las implicaciones de una evaluación tan *categorial* como ésta, ya que seguramente muchos autores no verán las diferencias, por ejemplo, entre un sujeto que obtiene una puntuación total de 28 en el PCL-R y otro que obtiene una puntuación total de 29. ¿Dónde estaría, en este tipo de casos y en otros similares, la *diferencia*? Puesto que el PCL-R no permite una “cuestión de grados”, parecer ser que este

instrumento asegura la *homogeneidad* de lo que evalúa. Además, en este sentido, no olvidemos las siguientes apreciaciones y matices: «si las diferencias que separan al psicópata de un delincuente normal son sólo de grado, resultaría más adecuado definir el fenómeno de la psicopatía en referencia a características conductuales (frecuencia, seriedad y persistencia de la conducta antisocial) y de personalidad, y analizar cómo se mantienen o pueden modificarse dichas características» (Luengo y Carrillo, 2009, p. 501).

Ya en 1988, Blackburn venía señalando las limitaciones de una descripción *categorial* de la psicopatía y proponiendo la necesidad de una aproximación *dimensional* tanto de los trastornos de la personalidad como de la psicopatía. Según Blackburn (1988), los atributos definitivos del concepto de psicopatía, ya sean características de personalidad o conductuales, no son *variables dicotómicas*, sino que están distribuidas en un *continuo*, por lo que un acercamiento *dimensional* parece más válido tanto para propósitos de investigación como de intervención. Además, para que una categoría diagnóstica sea útil debe incluir grupos homogéneos de sujetos que compartan un grupo de características identificables de manera fiable, que a su vez los diferencien de los miembros asignados a otras categorías. Para Blackburn (1988), los psicópatas no eran un grupo homogéneo en cuanto a sus características de personalidad, ya que se evidenciaban diferencias en la estructura de *personalidad* entre los sujetos psicopáticos que mostraban *conductas antisociales* y aquellos que no las mostraban. Muchos otros trabajos que van en la misma línea que el de Blackburn (1988) cuestionan que el concepto de psicopatía represente un *constructo unitario* y que pueda ser usado para describir a un *grupo homogéneo* de individuos. Así, a pesar de que pueda existir consenso en un conjunto de criterios diagnósticos (características o rasgos) para la determinación de la psicopatía y de que esto pueda tener una utilidad en la práctica clínica o en la toma de decisiones legales, cabe preguntarse hasta qué punto los individuos categorizados como psicópatas constituyen un grupo homogéneo. Sin duda, las investigaciones empíricas actuales nos han ayudado a aclarar esta cuestión.

Las investigaciones más actuales sí vienen concibiendo la psicopatía desde una *perspectiva dimensional*, admitiendo cuestiones de grado, sin taxatividad ni formulaciones *categorial* de “todo o nada”, sin homogeneizar ni enclaustrar a la psicopatía en el concreto y único grupo de los delincuentes, sino, todo lo contrario, admitiendo la enorme *heterogeneidad* de este tipo de sujetos (Smith, Watts y Lilienfeld, 2014), hasta el punto de que incluso dentro de esta misma heterogeneidad se

hallan varios subgrupos o subtipos de psicópatas (Benning et al., 2005). Por tanto, desde un punto de vista dimensional, actualmente se viene conceptualizando a los psicópatas como un grupo heterogéneo y a la psicopatía como una *variable continua* que es preciso estudiar de los modelos dimensionales de la personalidad normal como el *Five Factor Model* o FFM (Lynam y Miller, 2014; Miller y Lynam, 2015; Poy, Segarra, Esteller, López y Moltó, 2014; Roose et al., 2011).

Así, desde *esta perspectiva dimensional de la personalidad*, y usando el FFM como marco teórico y el NEO PI-R como instrumento de evaluación, McCrae y Costa (2003) proponen que la psicopatía puede entenderse como una mezcla de baja amabilidad, baja responsabilidad y alta extraversión, así como también una combinación de bajo y alto neuroticismo (es decir, baja ansiedad, baja depresión, baja vulnerabilidad al estrés y baja ansiedad social, pero alta hostilidad e impulsividad). Además, basándose en las descripciones de los ítems del PCL-R de Hare (2003), Widiger y Lynam (1998) y Lynam y Widiger (2007) abordaron el reto de traducir el constructo de psicopatía al lenguaje del FFM de la personalidad. Por ejemplo, la característica *sentido desmesurado de autovalía* del PCL-R se tradujo al FFM en *baja modestia* (faceta del factor amabilidad), la *falta de empatía* del PCL-R se tradujo en *baja sensibilidad a los demás* (faceta del factor amabilidad), o el *bajo control de los impulsos* del PCL-R se tradujo en *alta hostilidad* (faceta del factor Neuroticismo). Son numerosos los estudios que respaldan empíricamente la utilidad y validez del FFM y de los instrumentos NEO PI-R y NEO-FFI con respecto a la evaluación dimensional de la psicopatía tanto en *muestras clínico-forenses* (Pereira, Huband y Duggan, 2008) como en *muestras de la población general* (Lynam y Miller, 2014; Miller, Lamkin, Maples y Lynam, 2015; Miller y Lynam, 2014, 2015; Poy et al., 2014; Ross, Lutz y Bailley, 2004).

### **Psicópatas versus trastornos mentales: La psicopatía no es una psicopatología o trastorno mental**

Aunque el debate sigue abierto a nivel teórico, muchas investigaciones han venido subrayando de manera reiterada la necesidad de no encasillar a la psicopatía como un tipo de trastorno mental (ni de la personalidad ni de cualquier otra índole). Para disipar dudas a este respecto, es preciso recordar la *definición* de lo que es un *trastorno mental*.

Volviendo nuevamente al DSM-III de la APA (1980), recordemos que «una propiedad importante del DSM-III es su carácter ateórico (neutral en cuanto a posibles causas o teorías etiológicas), lo cual ha facilitado su utiliza-

ción por los clínicos de cualquier orientación y formación (p.ej., médica o psicológica)» (Sandín, 2013, p. 258). Pero es precisamente esta propiedad del DSM-III la que dio pie a que muchos autores adoptaran un claro *enfoque biomédico de los trastornos mentales*, hasta el punto de pretender conceptualizarlos (como por ejemplo hiciera Spitzer) incluso como un subgrupo de los *trastornos médicos* (Millon, 1986). La consecuencia de haber aceptado esta perspectiva es obvia: *medicalizar* a todo el mundo. Afortunadamente, este enfoque no fue aceptado, y los trastornos mentales, desde aquel DSM-III, siguen siendo definidos en los siguientes términos:

Un síndrome o patrón conductual o psicológico clínicamente significativo que se da en un individuo y que se asocia de forma típica a síntomas perturbadores (distrés) o deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento (discapacidad). Además, se infiere que existe una disfunción conductual, psicológica o biológica, y que esta alteración no se produce únicamente en las relaciones entre el individuo y la sociedad (APA, 1980, p. 6).

Además de esta definición *oficial* de la APA, también es importante tener en cuenta la siguiente conceptualización y matices sobre los trastornos mentales:

Los trastornos mentales son patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes o de morir prematuramente (Echeburúa, Salaberria y Cruz, 2014, p. 66).

La psicopatía no es un *constructo médico* ni *criminológico* sino *psicológico*, mientras que las psicopatologías o trastornos mentales sí pueden considerarse como constructos médicos si tenemos en cuenta que la psiquiatría es una subespecialidad de la medicina y que el DSM lo elaboraron, fundamentalmente, médicos-psiquiatras. Por lo demás, y teniendo en cuenta que incluso actualmente «las insuficiencias del DSM-5 derivan del modelo médico de enfermedad mental» (Echeburúa et al., 2014, p. 71), las características que se incardinan en la definición de trastorno mental de la APA no cuadran con la conceptualización actual que tenemos de la psicopatía. Así, por ejemplo, en los psicópatas no hay nada “clínicamente significativo” que les “perturbe”, ni tampoco se encuentra en estos sujetos



alguna especie de “deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento”, ya que, como subrayara Cleckley (1941), la mayoría de estos sujetos están bien integrados en la sociedad y con un funcionamiento psicológico adecuado. Si bien la característica principal de la psicopatía estriba en una incapacidad para sentir emociones de manera genuina, esto no quiere decir (como la APA sí concibe a los sujetos con trastornos mentales) que los psicópatas presenten un “malestar emocional” propio, ya que no se sienten apesadumbrados ni por sus conductas, ni por su estilo de vida, ni por sus características de personalidad y emociones, ni por las consecuencias que generan en los demás (Hare, 1993).

En cualquier caso, y a pesar de todos estos matices, las controversias sobre algunos aspectos de la psicopatía en relación a las psicopatologías siguen candentes. La *diferencia fundamental* en contextos clínicos y legales se presenta, como suele ser habitual, en casos comparativos que se sitúan en extremos opuestos, como cuando una persona es diagnosticada con *esquizofrenia* o con *psicopatía*, dos entidades diagnósticas antónimas, totalmente contrapuestas (Pozueco, 2011). Si, por ejemplo, un individuo con un diagnóstico de esquizofrenia mata a alguien en respuesta a las voces u órdenes que está oyendo, este individuo será considerado no responsable de sus actos por razones de enajenación mental. Sin embargo, si un psicópata comete el mismo delito, será probablemente juzgado sano y mandado a la cárcel (Hare, 1993).

Es preciso volver a recordar que «los trastornos mentales producen un sufrimiento personal importante, que impregna muchos aspectos de la experiencia de la persona y modifica su forma de “estar en el mundo” y de experimentarlo (en muchos casos, de manera dramática)» (Belloch, 2010, p. 22). Los psicópatas, tal como actualmente se conciben, no tienen sufrimientos personales ni por su forma de ser, ni por su forma de actuar, ni por las negativas consecuencias que generan en los demás (Garrido, 2000; Hare, 1993), hasta el punto de que son incapaces de ponerse en el lugar de los otros si quiera para intentar observar los agravios que les ocasionan, y todo ello sin el menor atisbo de culpa, ni arrepentimiento, ni remordimientos (Cleckley, 1941).

En cualquier caso, el debate sobre la confusión y relación de la psicopatía con los trastornos mentales debería disiparse de inmediato si no pasamos por alto dos de las 16 características o criterios principales y definitorios de la psicopatía que ya aportó Cleckley (1941) en su formulación y que deberían servir de base fundamental y guía para cualquier conceptualización sobre este constructo. Nos estamos refiriendo a: 1) la ausencia de alucinaciones y otros signos de pensamiento irracional, y 2)

la ausencia de nerviosismo y/o de manifestaciones psiconeuróticas. A partir de aquí, cualquier otra visión o conceptualización de la psicopatía debería carecer de originalidad y credibilidad con respecto al promotor principal de este constructo. Por esta misma razón, autores como Patrick (2006) ya reclamaba volver a los criterios de Cleckley como guía para las próximas generaciones de investigación futura.

Finalmente, también hay que señalar que buena parte de la confusión y de las relaciones que se hacen entre la psicopatía y las psicopatologías provienen tanto de las *muestras estudiadas* (mayoritariamente con sujetos encarcelados, siendo práctica habitual y quizá no por casualidad escoger al grupo de los delincuentes violentos, y con internados en hospitales psiquiátricos) como de los *procedimientos de evaluación* empleados (unos utilizan el PCL-R o sus derivados, otros utilizan la escala de *desviación psicopática* del MMPI como sinónimo de psicopatía, e incluso otros emplean simplemente los criterios diagnósticos del TAP también como sinónimo de psicopatía). Resulta impropio, inoportuno e incomprensible tratar de estudiar la psicopatía con *pacientes psiquiátricos* obviando esas dos características definitorias de Cleckley (1941) que antes hemos mentado y que excluyen cualquier posibilidad de manifestaciones psicopatológicas de cualquier tipo. Estos aspectos también han sido puestos de relieve y puntualizados por Luengo y Carrillo (2009) de la siguiente manera:

Al estudiar pacientes psiquiátricos se corre además el riesgo de incluir sujetos que, a pesar de tener un comportamiento antisocial, presentan un cuadro diagnóstico que nada tiene que ver con la psicopatía. A nuestro juicio, el estado de la investigación en este campo debe llevar, cuando menos, a cuestionarnos hasta qué punto abandonar el supuesto de que la psicopatía es un desorden mental podría evitar mucha de la confusión de esta área de estudio y resultar más fructífero tanto desde el punto de vista de la práctica clínica como de la investigación (Luengo y Carrillo, 2009, p. 501).

### Conclusiones y reflexiones

Las polémicas y confusiones que giran en torno al concepto de psicopatía son numerosas y proceden de diversos aspectos, tales como su evolución conceptual histórica, su frecuente asociación con conductas antisociales y delictivas, su constante equiparación con el TAP e incluso con otros trastornos mentales diversos, su encasillamiento en un enfoque categorial, taxativo y unidimensional, y, lo más importante, la desconsideración de

los dos criterios centrales ya mencionados que Cleckley (1941) formuló como diferenciales de los trastornos mentales.

En primer lugar, señalemos que la *evolución histórica del concepto de psicopatía* debería haber servido ya para disipar muchas dudas. En parte, y si tenemos en cuenta los alejadísimos orígenes del término, podemos afirmar que el concepto de “psicópata” ha resultado ser una especie de *cajón de sastre* donde los antiguos médicos, psiquiatras y psicoanalistas encuadraban a todos aquellos individuos cuyas personalidades y conductas no eran capaces de explicar mediante los enfoques teóricos con los que contaban por entonces (Millon et al., 1998). Toda esta situación sigue aún resonando en la actualidad, ya que hay autores que incluso opinan que la psicopatía no es más que un *artificio conceptual* que tiene unas implicaciones psicosociales y legales muy graves. Mientras que este artificio conceptual cuenta ya con amplia literatura científica y sigue en uso, el concepto de “psicópata”, a diferencia de otros constructos tanto psicológicos como psicopatológicos que han ido desapareciendo, ha probado ser resistente a la extinción. Ya Prins (1991) señaló que si bien la mayor parte de los profesionales tienen reservas para emplear este concepto, se hace necesario el uso de una expresión que actúe como referente del tipo de sujeto al que estudiamos. De ahí que este mismo autor concluyera que «si nos deshiciéramos del concepto de psicopatía, de inmediato tendríamos que inventarnos otro» (Prins, 1991, p. 121). Así pues, «el psicópata “aguanta” bien el tirón del purismo científico, o bien nuestras reservas derivadas de la ignorancia que todavía tenemos acerca de su verdadera naturaleza» (Garrido, 1993, p. 297).

En segundo lugar, la *constante vinculación de la psicopatía con conductas delictivas* ha sido otra de las polémicas que generan confusión en la comprensión de este constructo. Aunque, a diferencia del enfoque de Hare (2003), en la propuesta original de Cleckley (1941) no se aboga por conductas criminales, el debate actual sigue estando fuertemente enfrentado entre aquellos autores que opinan que la conducta criminal no es un componente central de la psicopatía (Skeem y Cooke, 2010a) y que una medida como el PCL-R no refleja ni la única ni la más exacta definición de la psicopatía (Skeem y Cooke, 2010b), y aquellos autores que incluso llegan hasta el punto de presentar resultados sobre esta asociación (psicopatía y conducta antisocial y criminal) intentando hacerla vinculante en todo el mundo (Neumann, Hare y Pardini, 2014). En cualquier caso, *ser psicópata* no depende de cometer conductas delictivas sino de una serie de rasgos de personalidad y emociones (Pozueco, 2010).

En tercer lugar, señalar que más frecuente y generalizada es aún la *relación entre psicopatía y conducta antisocial*, una relación que, en cierto modo, ha originado y engloba a las vinculaciones entre psicopatía, delincuencia y trastorno mental. Haciendo referencia al TAP, hace ya años se subrayó que tanto la definición del DSM-III como la de la CIE-10 «contienen poco más que un catálogo de conductas odiosas que, lejos de definir una enfermedad concreta, intentan medicalizar la maldad» (Mullen, 1992, p. 234). Por su parte, y en la misma línea, años antes Blackburn (1988) ya criticaba que mediante la descripción del psicópata exclusivamente en términos de *conducta socialmente desviada* se ha logrado un *juicio moral* enmascarado por un diagnóstico clínico, y este mismo diagnóstico clínico ahora tiene también sus implicaciones forenses (Hare y Neumann, 2009).

En cuarto lugar tenemos una cuestión aún más importante, que es la referida a la *unidimensionalidad versus dimensionalidad de la psicopatía*. Además de lo ya discutido, y de acuerdo con Lilienfeld (1998), si la psicopatía fuera una *categoría discreta* o *taxón*, los investigadores tendrían que restringir sus estudios a las muestras clínicas o forenses, a no ser que hubiera evidencia de una alta incidencia del síndrome en otro tipo de poblaciones. En este sentido, los esfuerzos deberían ir dirigidos a la búsqueda de factores etiológicos que diferencien entre individuos *con* y *sin* psicopatía; esto implicaría que la investigación con muestras de tipo *no clínico* y *no criminal* sería cuestionable en cuanto a su *validez externa*. En cambio, si la psicopatía fuera un *constructo dimensional*, entonces estaría justificada la generalización de los resultados de los estudios que examinaran la psicopatía en *muestras subclínicas* o de la población general (Lilienfeld, 1998). Independientemente de su *unidimensionalidad* o *multidimensionalidad*, si el síndrome (como conjunto de síntomas, rasgos o características) de la psicopatía representa una combinación específica de rasgos distintivos, tal como mantenía Cleckley (1941), entonces aislar estos componentes puede proporcionar una herramienta de gran utilidad para comprender mejor la totalidad del síndrome y sus variantes, así como para elucidar los mecanismos etiológicos subyacentes (Fowles y Dindo, 2009). No obstante, todavía no se ha llegado a un acuerdo unánime ni sobre la naturaleza/etiología de la psicopatía como constructo ni sobre la claridad y precisión de las distintas tipologías o variantes posibles.

Finalmente, y aunque a lo largo de este artículo hemos intentado dar algunas respuestas al respecto, queremos terminar con algunas reflexiones sobre la pregunta que encabeza el subtítulo de este artículo: ¿puede conceptualizarse la psicopatía como trastorno mental? Aun-

que la respuesta a esta cuestión es taxativamente que no, vamos a volver a incidir en por qué no puede concebirse la psicopatía como una psicopatología. La razón fundamental estriba en los dos criterios que ya subrayó Cleckley (1941) y que descartan en el diagnóstico de psicopatía cualquier manifestación que conlleve sintomatología psicopatológica de cualquier tipo. A partir de esta premisa central, el resto no sería más que redundar en la misma. Independientemente de que la psicopatía sea un tipo de personalidad *atípica*, lo atípico no es sinónimo de *anormal*, y tampoco lo anormal, que en términos estadísticos hace referencia a lo *menos frecuente*, es siempre sinónimo de *psicopatológico*.

Como ha sucedido con el enfoque categorial de los trastornos mentales, la *aproximación categorial* de la psicopatía se ha criticado por quienes acusan la falta de especificación de los síntomas y de los límites que definen a ésta y alternativamente la consideran y la analizan desde un punto de vista dimensional (es decir, como un *continuo*), de modo que la *aproximación dimensional* se basa tanto en el hecho de que los rasgos que definen a la psicopatía son *variables continuas* como en el hecho de que las *diferencias* entre los sujetos son sólo *cuestión de grado*. Así, las actuales investigaciones empíricas, algunas de las cuales se han basado en el *modelo de los cinco factores de la personalidad* aplicado en la población normal, siguen subrayando la necesidad de conceptualizar y evaluar la psicopatía desde un sistema dimensional (Derefinko y Lynam, 2013; Lynam y Miller, 2014). No obstante, los avances y debates sobre la consideración de la psicopatía como una *variante atípica de la personalidad normal* en la población general siguen vigentes (Miller y Lynam, 2014).

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (1980). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: APA.
- Babiak, P. (2007). From darkness into the light: Psychopathy in industrial and organization psychology. En H. F. Hervé, & J. C. Yuille (Eds.), *The psychopath: Theory, research, and practice* (pp. 411-428). Mahwah, NJ: LEA.
- Babiak, P. y Hare, R. D. (2006). *Snakes in suits: When psychopaths go to work*. New York, NY: Regan Books.
- Babiak, P., Neumann, C. S. y Hare, R. D. (2010). Corporate psychopathy: Talking the walk. *Behavioral Sciences & the Law*, 28(2), 174-193.
- Belloch, A. (2010). Personalidad y trastorno de la personalidad. En A. Belloch y H. Fernández-Álvarez (Coords.), *Tratado de trastornos de la personalidad* (pp. 21-46). Madrid: Síntesis.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311.
- Benning, S. D., Patrick, C. J., Blonigen, D. M., Hicks, B. M. y Iacono, W. G. (2005). Estimating facets of psychopathy from normal personality traits: A step toward community epidemiological investigations. *Assessment*, 12(1), 3-18.
- Blackburn, R. (1988). On moral judgements and personality disorders: The myth of psychopathic personality revisited. *British Journal of Psychiatry*, 153(4), 505-512.
- Boody, C. R. (2011). *Corporate psychopaths: Organisational destroyers*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Boody, C. R. (2013). Turning point: Corporate psychopaths: Uncaring citizens, irresponsible leaders. *Journal of Corporate Citizenship*, 49(1), 8-16.
- Cantero, F. (1993). ¿Quién es el psicópata?. En V. J. Garrido (Dir.), *Psicópata: Perfil psicológico y reeducación del delincuente más peligroso* (pp. 11-48). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Cleckley, H. M. (1941). *The mask of sanity: An attempt to clarify the so-called psychopathic personality* (1st Ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Cooke, D. J., Michie, C. y Hart, S. D. (2006). Facets of clinical psychopathy: Toward clearer measurement. En C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 91-106). New York, NY: Guilford Press.
- Derefinko, K. J. y Lynam, D. R. (2013). Psychopathy from the perspective of the five-factor model of personality. En T. A. Widiger y P. T. Costa (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (3rd Ed.) (pp. 103-117). Washington, DC: American Psychological Association.
- Echeburúa, E., Salaberria, K. y Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74.
- Fowles, D. C. y Dindo, L. (2009). Temperament and psychopathy: A dual-pathway model. *Current Directions in Psychological Science*, 18(3), 179-183.
- Garrido, V. J. (1993). Psicopatía: Nuevos desarrollos y algunas especulaciones. En V. J. Garrido (Dir.), *Psicópata: Perfil psicológico y reeducación del delincuente más peligroso* (pp. 297-317). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garrido, V. J. (2000). *El psicópata: Un camaleón en la sociedad actual*. Alcira, Valencia: Algar.
- Gunn, J. (1998). Psychopathy: An elusive concept with moral overtones. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith y R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (pp. 32-39). New York, NY: Guilford Press.
- Hall, J. R. y Benning, S. D. (2006). The "successful" psychopath: Adaptive and subclinical manifestation of psychopathy in the general population. En C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 459-478). New York, NY: Guilford Press.
- Hare, R. D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York, NY: Pocket Books.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)* (2nd Ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. y Neumann, C. S. (2009). Psychopathy: Assessment



- and forensic implications. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 791-802.
- Lilienfeld, S. O. (1998). Methodological advances and developments in the assessment of psychopathy. *Behaviour Research and Therapy*, 36(1), 99-125.
- Luengo, M. A. y Carrillo, M. T. (2009). La psicopatía. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de psicopatología, Vol. II* (Edición revisada) (pp. 481-509). Madrid: McGraw-Hill.
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Lynam, D. R. y Miller, J. D. (2014). Psychopathy from a basic trait perspective: The utility of a five-factor model approach. *Journal of Personality*, (DOI: 10.1111/jopy.12132).
- Lynam, D. R. y Widiger, T. A. (2007). Using a general model of personality to identify the basic elements of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 160-178.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2nd Ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Miller, J. D., Lamkin, J., Maples, J. L. y Lynam, D. J. (2015). Viewing the Triarchic Model of Psychopathy through general personality and expert-based lenses. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* (DOI: 10.1037/per0000155).
- Miller, J. D. y Lynam, D. R. (2014). Psychopathy and personality: Advances and debates. *Journal of Personality* (DOI: 10.1111/jopy.12145).
- Miller, J. D. y Lynam, D. R. (2015). Understanding psychopathy using the basic elements of personality. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(5), 223-237.
- Millon, T. (1986). On the past and future of the DSM-III: Personal recollections and projections. En T. Millon y G. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 29-70). New York, NY: Guilford Press.
- Millon, T., Simonsen, E. y Birket-Smith, M. (1998). Historical conceptions of psychopathy in the United States and Europe. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith y R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (pp. 3-31). New York, NY: Guilford Press.
- Mullen, P. E. (1992). Psychopathy: A developmental disorder of ethical action. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2(2), 234-244.
- Neumann, C. S., Hare, R. D. y Pardini, D. A. (2014). Antisociality and the construct of psychopathy: Data from across the globe. *Journal of Personality* (versión online) (DOI: 10.1111/jopy.12127).
- Patrick, C. J. (2006). Back to the future: Cleckley as a guide to the next generation of psychopathy research. En C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 605-617). New York, NY: Guilford Press.
- Pereira, N., Huband, N. y Duggan, C. (2008). Psychopathy and personality: An investigation of the relationship between the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) and the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in a hospitalized sample of male offenders with personality disorder. *Clinical Behaviour and Mental Health*, 18(4), 216-223.
- Pérez, F. (2005). *Imbéciles morales: Consideraciones históricas de la mente criminal*. Jaén: Del Lunar.
- Poy, R., Segarra, P., Esteller, A., López, R. y Moltó, F. J. (2014). FFM description of the triarchic conceptualization of psychopathy in men and women. *Psychological Assessment*, 26(1), 69-76.
- Pozueco, J. M. (2010). *Psicópatas integrados: Perfil psicológico y personalidad*. Madrid: EOS Psicología Jurídica.
- Pozueco, J. M. (2011). *Psicopatía, trastorno mental y crimen violento: Aspectos clínico-forenses, médico-legales y criminológicos*. Madrid: EOS Psicología Jurídica.
- Pozueco, J. M., Moreno, J. M., Blázquez, M. y García-Baamonde, M. E. (2014). The psychopathic intimate partner batterer: A non-psychopathological profile. *Anales de Psicología*, 30(1), 25-36.
- Prins, H. (1991). Is psychopathic disorder a useful clinical concept?: A perspective from England and Wales. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35(2), 119-125.
- Roose, A., Bijttebier, P., Claes, L., Lilienfeld, S. O., De Fruyt, F. y Decuyper, M. (2011). Psychopathic traits in adolescence and the five factor model of personality. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 84-93.
- Ross, S. R., Lutz, C. J. y Bailey, S.E. (2004). Psychopathy and the Five Factor Model in a noninstitutionalized sample: A domain and facet level analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(4), 213-223.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Savard, C., Brassard, A., Lussier, Y. y Sabourin, S. (2015). Subclinical psychopathic traits and romantic attachment in community couples: A dyadic approach. *Personality and Individual Differences*, 72(1), 128-134.
- Skeem, J. L., & Cooke, D. J. (2010a). Is criminal behavior a central component of psychopathy?: Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22(2), 433-445.
- Skeem, J. L., & Cooke, D. J. (2010b). One measure does not a construct make: Directions toward reinvigorating psychopathy research—reply to Hare and Neumann (2010). *Psychological Assessment*, 22(2), 455-459.
- Smith, C. S. y Hung, L. C. (2013). *Subclinical psychopaths: How they adapt, their interpersonal interactions with and effect on others, and how to detect them*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Smith, S. F., Watts, A. L. y Lilienfeld, S. O. (2014). On the trail of the elusive successful psychopath. *The Psychologist*, 27(7), 506-510.
- Widiger, T. A. y Lynam, D. R. (1998). Psychopathy and the Five-Factor Model of personality. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith y R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (pp. 231-246). New York, NY: Guilford Press.