

## ¿Locos o malos? Una revisión del trastorno de personalidad antisocial o disocial

**RESUMEN:** Los profesionales han sido tradicionalmente pesimistas en las posibilidades terapéuticas de pacientes con personalidad antisocial. Algunos autores incluso critican la inclusión de dicha entidad dentro de los trastornos mentales. El artículo revisa todos estos aspectos, así como otras áreas, tales como su comorbilidad, epidemiología, etiología, pronóstico y prevención. **PALABRAS CLAVE:** Trastorno de personalidad antisocial, disocial.

**SUMMARY:** Clinicians have traditionally been pessimistic about the therapeutic possibilities of antisocial patients. Some authors have even criticized the consideration of antisocial personality as a mental disorder. This paper addresses these and other issues like comorbidity, epidemiology, etiology, outcome, and prevention of antisocial personality disorder. **KEY WORDS:** Antisocial personality disorder, dysocial.

Las dificultades para distinguir entre la enfermedad mental y la maldad pura y simple cuentan, en nuestra cultura, con una muy larga tradición (1, 2, 3). A lo largo de la historia, tanto los descubrimientos científicos sobre la psique y sus enfermedades como los esfuerzos nosológicos de notables teóricos han ido contribuyendo de manera muy importante a la delimitación de los trastornos mentales, de modo que los síntomas y signos observables en éstos no sean confundidos con ninguna otra cosa. Sin embargo, aún hoy nos encontramos con algunos trastornos que ponen en entredicho nuestra capacidad para distinguir y, por ende, nuestras habilidades para tratar, clasificar o denominar, e incluso, simplemente, aceptar o tolerar estos problemas. Un caso paradigmático nos lo presenta la entidad nosológica que en las modernas clasificaciones se viene denominando trastorno de personalidad antisocial (TPAS) o disocial (4).

«This disease is beyond my practice» («Esta enfermedad está más allá de mis técnicas»; frase del Médico en *Macbeth*, de Shakespeare, V, I). La misma cita aparece tanto en el clásico trabajo de Cleckley (5) como en el mucho más reciente de Lorna S. Benjamin (6), separados ambos por más de medio siglo. ¿Debemos entender, por ello, que no se han producido avances en la comprensión y el tratamiento del TPAS? Desde luego que no. Pero sí es bien cierto que en los últimos años se viene desarrollando un intenso debate sobre los criterios diagnósticos para este trastorno, y que la tarea de obtener un amplio consenso con respecto a tales criterios parece bastante complicada. Asimismo, muchos profesionales de la Salud Mental siguen siendo pesimistas sobre las posibilidades de hallar tratamientos eficaces para el TPAS. Pese a todo, se ha realizado recientemente un estudio de campo sobre este trastorno de cara a la confección del DSM-IV, lo cual mantiene vivo el interés al respecto. Además, la literatura reciente cita una serie

de posibles medidas terapéuticas sobre las cuales merecería la pena profundizar, y se hace referencia, por ende, a toda una serie de prácticas preventivas precoces que es necesario tener en cuenta. Una de las consecuencias más importantes del interés mantenido sobre los trastornos de personalidad, y más en concreto sobre el TPAS, es el reconocimiento de que las personas afectadas tienden a sufrir bastante por ello, y necesitan ayuda (7). A pesar de la impopularidad de los pacientes antisociales entre nuestros profesionales y, por supuesto, en la sociedad en general, diversos autores postulan que éste es un trastorno tratable y ocasionalmente curable (8). Dado que tales individuos tienden a hacer daño o incluso a matar a otras personas, o bien a hacerse daños a ellos mismos o suicidarse, y dado que a menudo entran en conductas delictivas o se convierten en padres descuidados o maltratantes, la búsqueda de soluciones razonables y humanitarias para todo este tipo de problemas con los que tales pacientes confrontan a la sociedad resulta sencillamente irrenunciable. Así quizá sea posible que, cuando menos en algunos casos, podamos completar la frase del Médico en *Macbeth*: «...yet I have known those... who have died holily in their beds» («...si bien he sabido de algunos que alcanzaron el final de sus vidas santamente y en sus lechos»). El presente artículo revisa diversos aspectos de interés relativos al diagnóstico, la comorbilidad, la epidemiología, la etiología, el curso, el pronóstico, el tratamiento y la prevención del trastorno de personalidad antisocial, así como de algunos síndromes de características similares.

### *Criterios diagnósticos*

El mundo casi nunca se nos presenta claramente delimitado y estructurado. Por ello, no debe extrañarnos el hecho de que la taxonomía hay sido siempre materia de discusión. Antes de la publicación de la 3.<sup>a</sup> edición del «Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders» (DSM-III) (1980) por la American Psychiatric Association, los criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad antisocial (TPAS) eran imprecisos (9). La novena revisión (1975) de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-9), manteniendo el modelo médico, consideraba los trastornos de personalidad como entidades diagnósticas discretas. La descripción, como ocurría en el DSM-II, no ofrecía criterios explícitos para el diagnóstico, dependiendo el uso acertado básicamente del juicio del clínico (10). Con la llegada del DSM III y su formato multiaxial, cambió radicalmente la situación de los trastornos de personalidad, los cuales ocupaban, por sí solos, la totalidad del eje II. La edición revisada del DSM-III (DSM-III-R, 1987) supuso un cambio del llamado modelo monotético al modelo politético de diagnóstico. El primero de dichos modelos requería que un individuo cumpliera todos los cri-

terios para llegar a un diagnóstico. Algunas de las entidades nosológicas del DSM-III (por ejemplo el trastorno esquizotípico o el trastorno borderline de la personalidad) presentaban un diseño diagnóstico en buena medida politético. El DSM-III-R utiliza un modelo politético para todo el eje II. Sin embargo, los criterios diagnósticos para el TPAS sufrieron sólo modificaciones mínimas (10). Al mismo tiempo, el DSM-III-R divide los trastornos de personalidad en tres grupos (excéntricos, teatrales y ansiosos). El TPAS se encuentra en el grupo B (teatrales, emocionales y volubles), junto con los trastornos de personalidad histriónico, narcisista y borderline. Estas agrupaciones vienen apoyadas por la mayoría de los estudios (11, 12, 13, 14, 15).

La revisión de los criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad no ha sido una tarea fácil. El problema de la superposición entre criterios diagnósticos y el debate que enfrenta al modelo categorial con el dimensional para la construcción de estos criterios han sido, y son todavía, dos de los principales puntos de discusión. En el caso del TPAS, un problema importante es el moral, el cual, junto con las consideraciones de homogeneidad y especificidad, ha llevado a Blackburn (16) a criticar los criterios del DSM y la CIE por su error al identificar únicamente una clase homogénea asociada con la desviación antisocial; y a considerar que el concepto actual de personalidad antisocial ha quedado como una «entidad mítica» y debe ser desechado. Rutter (17) también expone algunas dudas sobre su validez como entidad diagnóstica, haciendo notar que está parcialmente definido en términos de desviación social y que los hallazgos psiquiátricos no justifican la utilización de la conducta antisocial como un criterio definitorio de este trastorno de personalidad en la vida adulta. Sin embargo, la mayoría de los trabajos realizados en los últimos años, en relación con los criterios diagnósticos del TPAS, han estado dedicados a la redacción de la 4.ª edición del DSM y la 10.ª revisión de la CIE.

*DSM-IV:* Resumidos brevemente, los criterios del DSM III-R son: a) la edad actual ha de ser por lo menos de 18 años; b) el trastorno de conducta empieza antes de los 15 años (como se manifiesta por una historia de tres o más síntomas de un total de doce; c) pauta de conducta irresponsable y antisocial desde la edad de los 15 años (indicada por la presencia de al menos 4 características de un total de 10, de las cuales 8 presentan hasta 2, 3, ó incluso 6 indicadores conductuales); y d) la conducta antisocial debe presentarse al margen del curso de una esquizofrenia o de episodios maníacos (para los criterios completos ver DSM-III-R). En el desarrollo del DSM-IV se ha puesto especial énfasis en ampliar el impacto de la investigación en las decisiones del grupo de trabajo y en documentar la base empírica con las revisiones que se están llevando a cabo. De esta manera, las re-

visiones de la literatura, el metaanálisis de los datos y los estudios de campo se han llevado a cabo de manera interactiva para obtener el necesario enfoque empírico (18). Aunque los criterios DSM III han tenido éxito al apuntar alguna de las dificultades para obtener un diagnóstico clínico fiable del TPAS, varios autores señalaban que el énfasis puesto en obtener una buena fiabilidad interobservador sacrificaba indebidamente la validez y la utilidad clínica (19). El DMS III-R respondía a esto añadiendo el ítem «ausencia de remordimiento», pero éste ha sido un cambio menor (un ítem opcional entre 10), y es improbable que haya tenido un efecto apreciable.

Se ha dicho con frecuencia que el TPAS tal como se describe en el DSM-III y el DSM-III-R puede ser sobrediagnosticado en poblaciones delincuentes y carcelarias, dado el énfasis en los actos criminales y violentos (6, 20, 21). De igual modo, el TPAS según los criterios DSM-III-R puede ser infradiagnosticado en un marco no criminal (6, 21, 22). No obstante, según los estudios de prevalencia en la comunidad, ésta no es apreciablemente más baja de lo esperado (23). Muchos autores han enfatizado la extensión y complejidad de los criterios diagnósticos (18, 24, 25) y la ausencia del concepto de rasgos de psicopatía (16, 21). Livesley *et al.* (26) observaron que los clínicos valoraban como más prototípicos varios rasgos no incluidos en el DSM-III-R. Otro área que ha generado un gran volumen de literatura científica ha sido la dicotomía entre tipos y categorías, por un lado, frente a rasgos y dimensiones, por otro. Básicamente, los que están a favor del sistema de categorías diagnósticas para los trastornos de personalidad se basan en su fácil manejabilidad clínica y en la tradición médica, mientras que los seguidores del modelo dimensional enfatizan la mayor precisión de éste (10, 16, 21, 22, 25, 27). Un puente entre categorías y dimensiones puede ser el modelo prototípico, que incluye parcialmente ambos conceptos (27, 28).

Como respuesta a las críticas, el grupo de trabajo del DSM-IV para los trastornos de personalidad valoró dos propuestas de cambio en los criterios diagnósticos para el TPAS. La primera consistía en simplificar los criterios mediante la reducción de su número y complejidad, mientras que la segunda planteaba poner mayor énfasis en los rasgos de personalidad del psicópata. Las dos propuestas fueron evaluadas empíricamente en un estudio de campo multicéntrico que comparaba 4 grupos de criterios: los criterios del DSM-III-R, una versión simplificada de éstos, los 10 ítems derivados de la «Psychopathy Checklist» de Hare (21) y los 7 criterios para el diagnóstico de trastorno de personalidad disocial incluidos en la CIE-10. En el borrador del DSM-IV, los criterios para el diagnóstico de TPAS han sido, efectivamente, simplificados, condensados y ligeramente alterados. Dos de los ítems en adultos (incapacidad para mantener una conducta social consistente y fracasos repetidos en el cumplimiento de las obligaciones

económicas) han sido condensados en un solo ítem, y dos ítems acerca de la irresponsabilidad (paternidad irresponsable y fracaso en el mantenimiento de una relación monógama) han sido borrados (29). Estas propuestas intentan incrementar la congruencia y la compatibilidad entre los criterios DSM-IV y CIE-10 (29, 21).

*CIE-10:* Como hemos dicho, la CIE-9 no aportaba criterios diagnósticos explícitos para los trastornos de personalidad. Desde el principio fue obvio que la utilización de la CIE-9 en los EE.UU. sería problemática, dadas las importantes diferencias en algunas categorías (18). Los técnicos de la OMS tuvieron en cuenta éste y otros motivos en el proceso del desarrollo de la CIE-10. Sartorius (30) sugirió varias condiciones que debería cumplir una clasificación internacional de los trastornos mentales; entre ellas: a) debería basarse en puntos de acuerdo entre los profesionales de la salud mental, y ser lo suficientemente sencilla y comprensible como para permitir un fácil manejo; b) habría de ser bastante conservadora, estable y no arriesgada en su teoría; y c) debería mantener cierta continuidad entre las revisiones sucesivas. Además, se ha desarrollado para la CIE-10 un esquema multiaxial que incluye 5 ejes: los trastornos de personalidad se halla ubicados en el Eje II.

En la CIE-10, el TPAS se denomina trastorno *disocial* de personalidad (CIE-10, F60.2), y pretende incluir categorías diagnósticas anteriores, tales como los trastornos de personalidad sociopática, amoral, asocial, antisocial y psicopática. Los individuos que presentan este trastorno muestran una gran disparidad entre su comportamiento y las normas sociales prevalentes. Los trastornos de personalidad fueron evaluados en un estudio de campo de la CIE-10 (31). Los valores kappa globales de la fiabilidad interevaluador fueron de 0,64 para la sección F60 (que incluye los trastornos de personalidad), 0,61 para los trastornos de personalidad y 0,73 para la personalidad antisocial. Estos resultados son muy similares a los obtenidos en el estudio de campo del DSM-III. En general, hubo una buena aceptación de las guías diagnósticas por parte de los clínicos. Una comparación entre los diagnósticos CIE-9, DSM-III y CIE-10 mostró un amplio acuerdo en cuanto a los trastornos de personalidad. En un interesante estudio, Blashfield (32) halló que la validez para las categorías de la CIE-10 y del DSM-III-R era similar, excepto para los trastornos histriónico y paranoide. Sin embargo, cuando se pidió a algunos de los 250 clínicos participantes que asignaran los criterios CIE-10 a las categorías del DSM-III (incluyendo el TPAS) los niveles de acuerdo fueron mucho menores. Esta baja correlación entre las categorías antisocial/disocial del DSM-III-R y de la CIE-10 podría deberse a las diferencias de abordaje entre ambas (los criterios para TPAS del DSM-III-R hacen énfasis en las acciones, mientras que la categoría correspondiente de la CIE-10 presta más atención a los rasgos) (33).

TABLA 1

---

*Criterios diagnósticos de la CIE-10 para el trastorno disocial de personalidad*

---

- a) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
  - b) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.
  - c) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
  - d) Muy baja tolerancia a la frustración, con bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento.
  - e) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
  - f) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.
  - g) Puede presentarse irritabilidad persistente.
- 

*Subtipos del TPAS:* Se han llevado a cabo varios intentos de hallar subtipos relevantes del TPAS. Aunque el DSM-III-R define la conducta antisocial persistente en términos primariamente conductuales, otras definiciones han incluido elementos emocionales del trastorno (5, 21, CIE-10). En una reciente revisión de la literatura, Lewis (34) hallaba dos grupos de variantes emocionales entre los sujetos con conducta antisocial crónica. Uno, que se ha denominado *psicopatía primaria*, estaría formado por individuos que muestran poca ansiedad o sentimiento de culpa en relación a su conducta anormal, mientras que en el otro grupo, los sujetos presentarían ciertas tendencias «neuróticas» y mostrarían con frecuencia una emocionalidad excesiva, referencias a conflictos internos, ansiedad, depresión, paranoia e incluso culpa y remordimiento; sería la denominada *psicopatía secundaria*. Esta diferenciación podría ser de extraordinaria importancia en el tratamiento y pronóstico del TPAS (35). La puntuación total en la PCL-R de Hare (21) puede variar de 0 a 40 e intenta representar en qué medida un sujeto se asemeja al psicópata prototipo. Se ha utilizado como línea de corte una puntuación de 30, que separaría la psicopatía grave o primaria de la moderada o secundaria (36). Hart, Forth y Hare (37) diferencian también un grupo de psicopatía leve, entre presos, considerando como línea de corte una puntuación igual o menor a 20 en la PCL-R.

También se ha utilizado el DSM-III-R en el estudio de los posibles subtipos del TPAS. Brooner *et al.* (38) evaluaron 237 pacientes ambulatorios con abuso de drogas, diagnosticando un TPAS en el 44% de la muestra. Asimismo, hallaron que el 24% cumplían los criterios DSM-III-R para la edad adulta, sugiriendo la posibilidad de una forma de TPAS con inicio tardío y de menor gravedad. Blackburn (39), utilizando el «Minnesota Multiphasic Personality Inventory» (MMPI)

y análisis agrupado de las variables en los pacientes de un hospital penitenciario, describe 4 tipos de personalidad psicopática: *Tipo 1 ó primaria*, serían los psicópatas «verdaderos»; *Tipo 2 ó secundaria*, son los psicópatas *neuróticos*; *Tipo 3*, son individuos sociables y con un alto autocontrol; y *Tipo 4 ó inhibidos*, que muestran una negación defensiva pero no son especialmente agresivos. Los perfiles de Blackburn representan una clasificación alternativa, empírica, de la personalidad psicopática, y no se corresponden necesariamente con las clasificaciones del DSM-III-R o la CIE-10. El hecho de que mayoría de los estudios realizados sobre los subtipos del TPAS se hayan llevado a cabo en poblaciones seleccionadas (presos, drogadictos) plantea una limitación en cuanto a la extensión de sus conclusiones a los sujetos antisociales de la población general.

### *Comorbilidad y diagnóstico diferencial*

La existencia de comorbilidad parece inevitable cuando se aplica un sistema clasificatorio categorial a los pacientes con TPAS, ya que es necesario un diagnóstico múltiple si se intenta describir su psicopatología de forma suficientemente abarcativa (25). Tyrer *et al.* (7) han sido muy críticos con el marco del DSM-III-R y la comorbilidad que resulta del uso de categorías diagnósticas múltiples; dichos autores señalan el peligro de que una vez que se establezca un diagnóstico, éste perdure contra toda evidencia de que pueda constituir tan sólo una mezcla heterogénea, escudándose en la comorbilidad como explicación. Por ello, han recomendado la utilización de aquellos instrumentos de investigación que registren exclusivamente el diagnóstico del trastorno de personalidad que mayor impacto tenga sobre el funcionamiento social. Esta recomendación ha sido criticada por su sobresimplificación en el caso del TPAS (25).

El *abuso de sustancias* es sin duda el trastorno mental que se asocia con mayor frecuencia al TPAS. Regier *et al.* en el «Epidemiologic Catchment Area Study» (ECA) (véase Epidemiología), detectaron la existencia de un abuso de sustancias en más del 83% de los pacientes antisociales de la población general, mientras que el 18% de los sujetos con abuso de sustancias presentaban de forma concomitante un TPAS. La validez interna de las investigaciones que hallan esta asociación está comprometida por la cuestionable independencia de los diagnósticos (21, 35). Es obvio que las conductas de abuso de sustancias y del TPAS son en muchos casos interdependientes y, en algunos, esencialmente equivalentes. Así, aunque considerásemos los criterios antisociales de la infancia, podríamos estar observando la concurrencia de dos trastornos o, sencillamente, dando a un mismo trastorno dos diagnósticos (41). Como señalan Gerstley *et al.* (35), el solapamiento

de los criterios diagnósticos del DMS-III-R para el TPAS y el abuso de sustancias puede haber provocado un sesgo en los estudios llevados a cabo con los mismos. Los «Research Diagnostic Criteria» (RDC) (42) para el TPAS exigen específicamente que las conductas antisociales no sean secundarias a un abuso de sustancias. Dadas estas diferencias en los sistemas diagnósticos, cuando se aplican los criterios del DSM-III-R, se diagnosticará de TPAS un porcentaje notablemente mayor de sujetos con abuso de sustancias en comparación con los estudios que utilicen los RDC (35). Sin embargo, se ha criticado al DSM-III (basado en los RDC) el estar mal concebido para el estudio de la comorbilidad. Para clarificar este razonamiento en círculo, Widiger y Shea (41) recomiendan que las investigaciones futuras evalúen la cuestión taxonómica fundamental de si los constructos de los Ejes I y II implican entidades distintivas o bien constituyen sencillamente diferenciaciones de cierta utilidad.

Debemos recordar también la frecuente asociación entre el TPAS y la *infección por VIH*, especialmente en los casos en que se presenta de forma concurrente un abuso de drogas por vía parenteral. Además de la comorbilidad entre el TPAS y el abuso de sustancias, se han investigado otros *trastornos del Eje I* asociados a aquél. Smith y cols. (43) estudiaron una muestra, extraída del marco de la atención primaria, de 118 pacientes con trastorno por somatización. Se utilizaron dos métodos para el diagnóstico de TPAS: la «Diagnostic Interview Schedule» (DIS) y la «Structured Clinical Interview for DSM-III-R, axis II» (SCID-II). El 8% de las mujeres y entre el 18 y 25% de los hombres (según el método utilizado) presentaron una personalidad antisocial, prevalencia que excede claramente a la de la población general. Por el contrario, Simonian y VonKorff (44) encuentran una débil asociación entre síntomas por somatización y sintomatología por abuso de sustancias y personalidad antisocial en su análisis de datos del estudio ECA.

Se han encontrado distintos grados de asociación entre TPAS o conducta antisocial, con esquizofrenia, trastorno bipolar, ansiedad y depresión. La frecuente comorbilidad y las dificultades del diagnóstico diferencial entre los diversos *trastornos de personalidad* han sido tema de discusión en los últimos años (45). Con frecuencia se encuentran en la literatura reciente referencias sobre las características comunes entre el TPAS y los trastornos de personalidad histriónico, borderline, narcisista o paranoide. El *diagnóstico diferencial* del TPAS debe incluir: abuso de sustancias, conducta antisocial adulta, enfermedades psicóticas y orgánicas, y otros trastornos de personalidad, especialmente los del Grupo B (4, 10).



## Epidemiología

En una fecha tan reciente como 1985, Reid (9) no encontraba datos fiables de incidencia o prevalencia de trastorno antisocial de la personalidad en población general. Afortunadamente en los últimos años los investigadores han prestado más atención a este tema. En el ya citado estudio «Epidemiologic Catchment Area» (ECA) se entrevistó a más de 18.000 individuos en diferentes lugares de EE.UU., utilizando la «Diagnostic Interview Schedule» (DIS), basada en los criterios del DSM-III. Los resultados mostraron una prevalencia-vida del 2.6%, con variaciones entre 2.1 y 3.4, dependiendo de la localidad (46). Un trabajo más reciente, realizado en cinco puntos de EE.UU., señaló una prevalencia mensual de 0.5%, con una tasa en varones cuatro veces mayor que en mujeres (0.8% en varones, 0.2% en mujeres) (23); la prevalencia semestral y la prevalencia-vida fueron de 0.8% y 2.5% respectivamente. En Edmonton (Canadá), Bland *et al.*, usando la misma entrevista (DIS), encontraron una prevalencia semestra y una prevalencia-vida de 1.8% (3.3% hombres, 0.2% mujeres) y 3.7% (6.5% hombres, 0.8% mujeres respectivamente) (47, 48).

Como dato anecdótico podemos reflejar un estudio realizado en Taiwan en el que se observan tasas considerablemente más bajas (prevalencia-vida de 0,14% en Taipei y de 0.03% en el medio rural, usando una versión china de la DIS) (49); pero en dicho estudio se hallaron tasas generalmente mucho menores en la mayoría de los trastornos DSM-III.

Zimmerman y Coryell (50) estudiaron a 697 *familiares* de pacientes psiquiátricos y a controles sanos utilizando la «Structured Interview for Personality Disorders» (SIDP) y el «Personality Disorders Questionnaire» (PDQ). Encontraron una prevalencia del 0.9%, pero se elevaba al 3% cuando la entrevista era realizada por un entrevistador (SIDP), sugiriendo que los cuestionarios autoadministrables (PDQ) pueden subestimar los TPAS. En poblaciones carcelarias se han hallado prevalencias que oscilan entre el 39 y el 76% (8, 25). Los estudios en adictos a opiáceos y otros abusos de drogas también han mostrado altas prevalencias (40) (Véase Comorbilidad). Por lo que se desprende de estos estudios epidemiológicos y de otros realizados en países culturalmente diferentes, la prevalencia del TPAS es siempre sustancialmente mayor en *hombres* que en mujeres. Esta diferencia se ha atribuido tanto a sesgos por el sexo como a una variación real en la incidencia (51). La alta prevalencia del Trastorno de personalidad histriónico, habitualmente encontrada en mujeres, ha sugerido la hipótesis de que ambos, antisocial e histriónico, sean dos expresiones de un único trastorno de personalidad (52, 53).

Permanece sin aclarar la posibilidad de sesgos raciales en el diagnóstico del

TPAS. En un estudio que examinaba las diferencias raciales en un cuestionario autoaplicado sobre delincuencia, problemas escolares y actitudes antisociales, las actitudes y conductas antisociales resultaron ser más fuertemente predictoras del inicio de consumo de sustancias en niños norteamericanos de origen asiático que en blancos y negros (54). La población negra está desproporcionadamente sobre-representada en las poblaciones carcelarias de los EE.UU. y el Reino Unido (25). Sin embargo, Kosson *et al.* (55) no pudieron encontrar estudios publicados avalando la validez del concepto de psicopatía de los internos de raza negra. Dichos autores realizaron tres estudios en presidiarios varones negros con la PCL de Hare, intentando esclarecer el tema, concluyendo que el concepto de psicopatía parece inicialmente aplicable a individuos de raza negra, aunque sus componentes sean algo diferentes que los considerados para individuos de raza blanca. Puesto que el mejor predictor de la personalidad antisocial en el adulto es la alteración de la conducta en la infancia, una asociación de los problemas de conducta con la raza implicaría una tasa mayor de TPAS en negros. El estudio ECA, examinado retrospectivamente, mostraba tasas más altas de problemas de conducta en la infancia en niños negros que en blancos. Sin embargo, los niños negros manifestaban menor tendencia a continuar con este tipo de conducta en la vida adulta, resultando tasas similares de TPAS en adultos de ambas razas (25).

### *Etiología*

Los hijos de padres antisociales tienen mayor riesgo de desarrollar conductas antisociales (56). La cuestión es si el factor genético es totalmente responsable de dicho riesgo, lo es el ambiente, o bien ambos factores, genético y ambiental, tienen su papel en el origen del TPAS. También han de tenerse en cuenta algunos hallazgos biológicos.

*Factores ambientales:* Las dificultades económicas en la vida familiar se han asociado a una mala adaptación del adolescente (57). Variables económicas objetivas, como renta per cápita o inestabilidad laboral, han sido puestas en relación con la situación emocional y las conductas percibidas por los padres que se encuentran ante problemas económicos. En un estudio francés con niños adoptados, Duyme (58) observó que los padres adoptivos eran de una clase social más alta, mientras que los adoptados presentaban una menor incidencia de conductas antisociales, con la excepción del robo y la intimidación. Los resultados de un estudio prospectivo realizado con una muestra representativa de 309 niños indicaban que los malos tratos físicos son un claro factor de riesgo para una posterior conducta agresiva (59). Los niños que sufren abusos tienden a adquirir patrones des-

viados de procesamiento de la información social, y éstos pueden mediar el desarrollo de una conducta agresiva (60). Pollock *et al.* (61) encontraron resultados comparables. Un estudio romano (62) sobre una muestra de 1.029 niños y jóvenes atendidos en orfanatos revelaba que factores tales como frustración afectiva, clima familiar nocivo, defecto de socialización, o fracaso escolar, estaban profundamente implicados en la génesis de la mala adaptación juvenil, hallándose también dentro del núcleo de la personalidad sociopática. La deprivación a largo plazo de vínculos emocionales consistentes con alguna persona significativa ha sido sugerida también como factor responsable del TPAS (10). Desde un punto de vista interpersonal, Benjamin (6) encuentra un patrón parental de «ineptitud en la crianza», en el que el paciente es simultáneamente protegido e ignorado a lo largo de su infancia.

*Hallazgos biológicos:* El metabolismo serotoninérgico del sistema nervioso central (SNC) podría jugar un papel importante en la expresión de la conducta antisocial. Parece implicado en la incapacidad del sujeto para responder de forma apropiada al castigo, en la impulsividad y en el desequilibrio emocional (34, 63). El metabolismo del colesterol influye sobre el número de receptores serotoninérgicos. Por otra parte, se ha hallado correlación entre la existencia de bajos niveles séricos de colesterol y la presentación de muerte violenta o suicidio (64). Es más, sujetos con personalidad antisocial y trastorno de conducta agresiva parecen tener niveles de colesterol en sangre más bajos que los grupos control (65). Sin embargo, determinar el papel exacto que puede jugar la disfunción serotoninérgica en el desarrollo de la conducta antisocial crónica puede ser una tarea difícil, dada la heterogeneidad de los individuos etiquetados como antisociales, la comorbilidad del abuso de sustancias y la complejidad misma del sistema neurotransmisor (34). Se ha observado que, tras una lesión de la corteza frontal ventromedial, adultos con personalidades previas normales desarrollaban conductas sociales anormales (66). También se ha encontrado asociación entre lesiones focales anteroinferiores del lóbulo temporal y conductas de violencia (67). Los estudios de potenciales evocados indican que la conducta antisocial y psicopática está, en algunos casos, caracterizada por procesos atencionales aumentados. En un estudio prospectivo, Raine *et al.* (68) llegaban a la conclusión de que un proceso atencional tempranamente elevado puede ser etiológicamente significativo en el desarrollo de criminalidad, y que la determinación de los potenciales evocados puede ser de utilidad en la detección precoz de la conducta criminal. Lueger y Gill (69) compararon el funcionamiento en pruebas de procesos cognitivos asociados con las funciones del lóbulo frontal en 21 adolescentes con trastornos de conducta, con el de una muestra control. Los individuos de la muestra estudiada mostraron pobres resultados en determinaciones sensibles a la disfunción del ló-

bulo frontal, pero no en pruebas cognitivas específicas que excluyen el lóbulo frontal. Aunque los hallazgos apoyan la hipótesis de la desinhibición cerebral como productora de la conducta antisocial, los autores sugieren precaución a la hora de interpretar las relaciones causales a partir de datos neuroconductuales. Así pues, el TPAS es un terreno fértil para las investigaciones biológicas y cognitivas, pero la mayoría de los hallazgos son aún preliminares y requieren un estudio más profundo.

*Factores genéticos:* En una reciente revisión de la literatura, DiLalla y Gottesman (70) reivindicaban la prueba del factor genético en la criminalidad. Diferentes estudios con gemelos también sugieren que el TPAS tiene una base hereditaria (52, 71), pero debido a una interacción diádica imitativa entre hermanos que no ha sido excluida en la mayoría de los estudios, tanto los efectos genéticos como los ambientales pueden ser confundidos. Si los gemelos monocigóticos se influyen entre sí más que los gemelos dicigóticos, el efecto genético en el riesgo de criminalidad puede ser realmente pequeño (72). McGuffin y Thapar (73), a pesar de los problemas de clasificación y variaciones en el uso de los términos, encontraron, en una revisión de la literatura, una evidencia razonablemente consistente de la contribución genética en diversas categorías de personalidad anormal, incluyendo la antisocial. Sin embargo, los trastornos de personalidad son rasgos complejos que no muestran un patrón hereditario mendeliano. En los próximos años, las técnicas de detección y potencial localización de genes con pequeña expresividad podrían ayudar a descubrir una base molecular de rasgos probablemente poligénicos como la personalidad anormal.

*Multicasualidad:* Las evidencias actuales son definitivas a la hora de plantear el importante papel que juegan los factores genéticos en la causalidad del TPAS. Pero también debe tenerse en cuenta que diversos factores ambientales pueden modular la predisposición genética, determinando si un individuo finalmente desarrolla o no dicho trastorno. La existencia del TPAS en los padres se ha visto asociada significativamente con trastornos de conducta en la infancia. Cadoret y Stewart (74), utilizando diseño con niños adoptivos, investigaron la relación entre la carga genética, los factores ambientales y la evolución clínica del trastorno de atención con hiperactividad (ADHD), la agresividad, y la personalidad antisocial en el adulto, en una muestra de 283 varones adoptados. La existencia de un padre biológico juzgado como delincuente o con penas criminales predecía un incremento en ADHD en sus hijos adoptados, así como un incremento del diagnóstico de personalidad antisocial en el adulto. En la misma muestra (75), dos factores ambientales aumentaban significativamente la personalidad antisocial en los adoptados: problemas de alcohol o conductas antisociales en la casa adoptiva, y nivel socioeconómico bajo del hogar adoptivo cuando el adoptado procedía de un padre

biológico con carga de criminalidad. Cuando el adoptado no tenía esta carga biológica, el bajo nivel socioeconómico parecía tener poco efecto en la incidencia de la personalidad antisocial. Los resultados sugieren la importancia de la interrelación genético-ambiental en la génesis del TPAS en el adulto. Diversos autores opinan que la carga familiar juega un papel en el desarrollo de la criminalidad, pero sólo cuando existe una predisposición genética (10, 73). La medida en que TPAS y criminalidad están ligados aún está por determinar. En todo caso, la conclusión de todos estos hallazgos es que claramente tanto los factores genéticos como los ambientales deben ser considerados en la causalidad de los TPAS.

### *Curso y pronóstico*

Por definición, el inicio de los síntomas del TPAS tiene lugar antes de los 15 años de edad. Bland y cols. encontraron una edad de comienzo anterior a los 10 años en el 56% de los casos (76). Al parecer, los varones tienen una edad de inicio más precoz (25). La mayor parte de los individuos adultos con diagnóstico de TPAS habrían sido diagnosticados previamente de trastorno de la conducta o trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia (77, 78, 79). En un estudio prospectivo cuidadosamente diseñado, Mannuzza *et al.* (80) compararon 103 varones con edades comprendidas entre 16 y 23 años, que habían sido diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad entre las edades de 6 y 12 años, con 100 controles normales. Encontraron un número de arrestos significativamente mayor entre los probandos que entre los controles. La presencia de un trastorno antisocial de la conducta en adultos jóvenes casi siempre justifica el aumento de riesgo de actividad criminal entre probandos, tanto si va acompañada de trastorno por abuso de sustancias como si no.

El TPAS parece predominar en jóvenes adultos, y los estudios sugieren que los síntomas disminuyen o desaparecen durante la edad media de la vida. Sin embargo, no existe evidencia empírica de dicha disminución en grupos clínicamente definidos. Arboleda-Flórez y Holley (81) exploraron esta posible evolución en una cohorte de pacientes psiquiátricos judiciales, de edades comprendidas entre los 41 y los 67 años, con diagnóstico clínico DSM-III de trastorno antisocial de la personalidad (N=39). Los datos sobre condenas revelaron que la delincuencia parecía disminuir a partir de los 27 años, pero una proporción significativa de la cohorte se mantenía «criminalmente activa» a lo largo de su vida adulta. Otros estudios, como el «Australian Quality Assurance Project» (82) apoyan estos hallazgos. Por lo tanto, podemos decir que el TPAS tiene un pronóstico malo, sobre todo cuando se asocia con delincuencia y/o abuso de drogas. En la búsqueda de

medidas preventivas, el «Cambridge Study of Delinquent Development» («Estudio Cambridge sobre el Desarrollo de la Delincuencia») (83) realizó un seguimiento de 411 varones con edades entre los 8 y los 32 años. La delincuencia era tan sólo un elemento de un síndrome general de conducta antisocial, que mostraba una continuidad significativa de la infancia a la vida adulta. Dichos autores hallaron que los factores predictivos más importantes en la infancia (8 a 11 años) para delinquir hasta los 32 años de edad eran: deprivación socio-económica, cuidados paternos inadecuados, dificultades familiares, problemas escolares, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y conducta antisocial durante la infancia.

### *Tratamiento, manejo y prevención*

El trastorno antisocial de la personalidad es difícil de tratar. Se han probado diversas terapéuticas, pero ninguna de ellas se ha sometido a pruebas con pacientes antisociales en ensayos clínicos satisfactorios. La mayoría de las aproximaciones al tratamiento del TPAS han sido tradicionalmente pesimistas. Ante tal panorama, Reid y Burke (8) se preguntan si tanto los clínicos como el sistema asistencial están dispuestos a invertir tiempo, dinero y otros recursos para tratar a este tipo de pacientes, sabiendo que el proceso será frustrante, quizá infructuoso y a menudo peligroso. Muchos clínicos opinan que los esfuerzos que en la actualidad se están dedicando al tratamiento y la prevención del TPAS son insuficientes.

*Psicoterapias psicodinámicas:* No hay mucha literatura que describa aplicaciones con éxito de la psicoterapia tradicional dinámica a pacientes con TPAS. Kernberg (84) ha acuñado el término de *transferencia psicopática* para referirse a períodos en el tratamiento en los que predominan el engaño y su proyección. Durante tales fases, el paciente está convencido de que su terapeuta es deshonesto, y resulta esencial explorar cuidadosamente dichas transferencias, resolviéndolas mediante la interpretación, antes de continuar con otro material. También han de tenerse en cuenta en el tratamiento de los trastornos sociopáticos las distorsiones del superyo y los mecanismo de defensa, especialmente el paso al acto, la regresión y la escisión (Lobos, 85). Hay pocas expectativas de que una psicoterapia breve tenga efectos sobre los individuos antisociales (10), pero la psicopatía «sintomática» o secundaria (es decir, aquella en la que los individuos manifiestan una conducta antisocial junto con sintomatología de tipo neurótico) puede mostrar una evolución razonablemente buena si se realiza una psicoterapia a largo plazo (35, 84).

*Terapias cognitivas y conductuales:* Las terapias conductuales se han utiliza-

do con frecuencia en este tipo de trastornos, especialmente con adolescentes y muestras carcelarias. Scerbo y cols. (86), estudiando delincuentes adolescentes varones, hallaron que los psicópatas tendían a centrarse en la posibilidad de recompensa bajo estímulos varios y, cuando están suficientemente motivados, son capaces de mejorar su comportamiento. Estos resultados podrían tener interés de cara al tratamiento. Valliant y Antonowitz (87), tras aplicar terapias cognitivo-conductuales y de entrenamiento en habilidades sociales en delincuentes encarcelados, encontraron una mejoría en la autoestima, así como cierta disminución en los rasgos agresivos. En un metaanálisis llevados a cabo con 73 estudios sobre entrenamiento en habilidades sociales en diferentes poblaciones psiquiátricas adultas (88), se halló una disminución de síntomas psiquiátricos en relación con las disfunciones sociales varios meses después del tratamiento. Sin embargo, los resultados sugirieron que el entrenamiento en habilidades sociales tenía un efecto mínimo en grupos de delincuentes y era relativamente más efectivo en ambiente ambulatorio que en el intrahospitalario. Estudios más recientes en terapia cognitiva de trastornos de personalidad recomiendan tratamientos a largo plazo con sesiones frecuentes.

*Terapias biológicas:* Muchos estudios sugieren que el carbonato de litio, la carbamazepina y los antagonistas beta-adrenérgicos pueden controlar las conductas agresivas y violentas (8, 34, 89), pero estos fármacos no han sido estudiados de manera sistemática en los pacientes (52). La fluoxetina también parece disminuir la agresividad manifestada por pacientes con TPAS (90). En estudios realizados con delincuentes violentos se ha observado una baja concentración de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo, lo cual apoyaría el uso de fármacos serotoninérgicos como opción terapéutica (91). También se ha recomendado la utilización de fármacos antipsicóticos. Se han realizado pruebas con diversos psicoestimulantes en el tratamiento del TPAS y otros trastornos de personalidad (92). Las anfetaminas, debido a su tendencia a producir adicción y a desencadenar psicosis paranoides, fueron desechadas rápidamente. Algunos autores no han visto gran beneficio en el tratamiento de adultos con metilfenidato, pero la nomifensina sí pareció ser útil en alguna ocasión. Incluso a pesar de que este fármaco ha sido retirado a causa de las posibles complicaciones hepáticas mortales, es interesante considerar el hecho de que inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina, una acción que comparte con la anfetamina. En resumen, cualquier recomendación sobre tratamiento farmacológico del TPAS es, por ahora, experimental. Pero, de hecho, algunos fármacos son útiles en ciertos casos.

*Tratamientos en régimen de internado.* El establecimiento de límites firmes es un primer paso en el tratamiento del TPAS. Además, las dificultades encontradas en las terapias ambulatorias han llevado inevitablemente al tratamiento en ins-

tituciones cerradas. Benjamin (6) hace referencia a un prometedor abordaje en régimen de comunidad terapéutica, llevado a cabo a finales de los años 70 y principios de los 80 por el Dr. Glenn Shaurette. Desafortunadamente dicha experiencia no tuvo continuidad. Puesto que los pacientes antisociales son, en muchos de los casos, manipuladores y desorganizadores, un medio hospitalario general no es el ambiente más adecuado para tratar el TPAS (89). Cuando se los trata en un medio residencial, como una cárcel o una granja, tiende a utilizarse una comunidad terapéutica en un ambiente cerrado y estructurado. Se ha observado un éxito razonable en la eliminación de la conducta antisocial en programas de semi-internamiento forzoso por libertad condicional (10). Otros programas de moderado éxito tienden a procurar una estructura jerárquica y de confrontación dentro de instituciones residenciales abiertas (8).

*Otros tratamientos:* Las dificultades para el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales son uno de los principales rasgos del cuadro clínico del TPAS. Por ello, los abordajes *interpersonal* y *familiar* pueden tener gran importancia en el tratamiento de estos pacientes. Aún así, no hay que olvidar su mala adaptación a medios ambulatorios. También se ha intentado trabajar con ellos mediante *programas al aire libre*, los cuales tienden a estar jerárquicamente estructurados y buscan fomentar los vínculos con los otros y el respeto hacia el grupo (6, 8). Sólo se obtienen buenos resultados cuando las tareas elegidas suponen un reto importante para el sujeto.

*Manejos de los pacientes antisociales;* Lewis y Appleby han definido a los individuos con trastornos de personalidad como «los pacientes que desagradan a los psiquiatras» (93). Si ello es así, es probable que los antisociales sean los más desagradables de todos. Por tanto, la primera cuestión a tener en cuenta sería la contratransferencia en el momento del manejo del TPAS. En el tratamiento de individuos agresivos, las respuestas contratransferenciales pueden interactuar con la propensión del paciente a la violencia (94). Los mecanismos de defensa del terapeuta, tales como la negación, la proyección o la identificación, deben detectarse rápidamente para su adecuado manejo. Prins (95) ofrece una serie de interesantes recomendaciones para el manejo de pacientes antisociales peligrosos (sobre todo delincuentes), entre los que cabe citar: a) examinar las propias actitudes y tratar de adaptarlas a la situación; b) responsabilizarse de la dificultad que presentan los intereses en conflicto del delincuente y del bien público; c) obtener detalles de actos delictivos y condenas previos, si los hubiera; d) acercarse al delincuente gravemente psicopático con un espíritu general de escepticismo y desconfianza, no dejándose llevar por las apariencias; e) ante los avances en el terreno intelectual, no ocultarse la necesidad de obtener unos avances similares en el desarrollo de conciencia personal y madurez social; f) adoptar, en intervenciones



terapéuticas y de consejo, las cualidades de insistencia, persistencia y consistencia, todas ellas desde una postura calmada.

*Prevención:* Dadas las dificultades para tratar el TPAS, la prevención debe ser considerada como una cuestión prioritaria. Gabel y Frances (96) sugieren algunas líneas a seguir por los clínicos que trabajan con los hijos de padres que han sido encarcelados o que tienen problemas de abuso de sustancias, entre las que se incluyen el tratamiento de los padres; las intervenciones psicoeducacionales, para enseñar a los niños sobre el efecto del abuso de sustancias vía parental; el tratamiento basado en la atención hospitalaria de aquellos niños que muestren una conducta notablemente agresiva, y, en ocasiones, la separación de esos hogares conflictivos, temporal o permanente. También recomiendan que las intervenciones sean cuidadosamente adaptadas a cada caso. El «Cambridge Study of Delinquent Development» (83) (véase «Curso y Pronóstico») indicaba que los métodos más esperanzadores para prevenir la delincuencia eran los programas de entrenamiento conductual para los padres y los de enriquecimiento intelectual preescolar. En resumen, la mayor parte de los esfuerzos realizados para la prevención intentan detectar lo antes posible el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de conducta en niños, teniendo en cuenta como población de riesgo a los hijos de individuos antisociales y encarcelados.

### *Discusión*

El trastorno antisocial de la personalidad (TPAS) presenta dos aspectos especialmente complejos. Uno es la difícil tarea de elaborar unos criterios diagnósticos ampliamente aceptados. El otro es su tratamiento. No parece que el estudio de campo realizado para la revisión de los criterios diagnósticos del TPAS en el DSM-IV pueda cerrar el actual debate sobre el diagnóstico de este trastorno. Debido a sus propias características, el tratamiento es difícil de llevar a cabo en los pacientes antisociales. Algunos intentos terapéuticos de cierto interés pueden ser el litio, la terapia interpersonal, los tratamientos en comunidades terapéuticas y los programas al aire libre. Todos ellos requieren estudios más profundos que los hasta ahora realizados.

La comorbilidad con el abuso de sustancias resulta extremadamente común, por lo que es necesario utilizar un diagnóstico diferencial, no siempre fácil. La prevalencia-vida del TPAS en la comunidad se halla en cifras del 1-3% en la mayoría de los países occidentales, con un dudoso 0.03 % en el Taiwan rural. Existen importantes diferencias en cuanto al sexo, ya que el TPAS es mucho más prevalente en hombres. En cuanto a etiología, hay que considerar tanto factores

hereditarios como ambientales. El comienzo del TPAS tienen lugar por definición antes de los 15 años de edad. La criminalidad parece disminuir a partir de la edad madura en algunos individuos antisociales, pero una proporción significativa de ellos mantiene una actividad criminal durante la mayor parte de su vida adulta. Dadas las dificultades inherentes al tratamiento del TPAS, hay que considerar la prevención como una cuestión prioritaria. Entre las medidas preventivas tempranas se hallan el tratamiento de los padres cuando son consumidores de sustancias; las intervenciones psicoeducacionales; el tratamiento basado en atención hospitalaria para niños que muestren conductas agresivas importantes, y la separación de sus hogares de origen, en algunos casos.

#### BIBLIOGRAFÍA

- (1) FOUCAULT, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Gallimard, 1972.
- (2) ÁLVAREZ, R.; HUERTAS, R., *¿Criminales o locos?*, Madrid, C.S.I.C., 1987.
- (3) PESET, J. L.; HUERTAS, R., «Del ángel caído» al enfermo mental: sobre el concepto de degeneración en las obras de Morel y Magnan», *Asclepio*, 1986, XXXVIII, pp. 215-240.
- (4) CUSACK, J. R.; MALANEY, K. R., «Patients with antisocial personality disorder: are they bad or mad?», *Postgrad Med.*, 1992, 91, pp. 349-352.
- (5) CLECKLEY, H., *The Mask of Sanity*, S. Louis, C. V. Mosby, 1976, 5.ª ed.
- (6) BENJAMIN, L. S., *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, Nueva York, Guilford, 1993.
- (7) TYRER, P.; CASEY, P.; FERGUSON, B., «Personality disorder in perspective», *Br. J. Psychiatry*, 1991, 159, pp. 463-471.
- (8) REID, W. H.; BURKE, W. J., «Antisocial personality disorder», en *Treatment of psychiatric disorders*, Washington, American Psychiatric Association, 1989.
- (9) REID, W. H., «The Antisocial Personality: A Review», *Hosp. Community Psychiatry*, 1985, 36, pp. 831-837.
- (10) PERRY, J. C.; VAILLANT, G. E., «Personality disorders», en KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1989, 5.ª ed.
- (11) HYLER, M. S. E.; LYONS, M., «Factor analysis of the DSM-III personality disorder clusters: a replication», *Compr. Psychiatry*, 1988, 29, pp. 304-308.
- (12) LIVESLEY, W. J.; SCHROEDER, M. L., «Dimensions of personality disorder: the DSM-III-R cluster B diagnoses», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1991, 0179, pp. 317-328.
- (13) MOREY, L. C., «Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage and internal consistency», *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145, pp. 573-577.
- (14) REICH, J.; NDUAGUBA, M., «Age and sex distribution of DSM-III personality cluster traits in a community population», *Compr. Psychiatry*, 1988, 29, pp. 298-303.
- (15) ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W. H., «DSM-III personality disorder dimensions», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1990, 178, pp. 686-692.
- (16) BLACKBURN, R., «On moral judgements and personality disorders: the myth of psychopathic personality revisited», *Br. J. Psychiatry*, 1988, 153, pp. 505-512.

## ORIGINALES Y REVISIONES

- (17) RUTTER, M., «Temperament, personality and personality disorder», *Br. J. Psychiatry*, 1987, 150, pp. 443-458.
- (18) WIDIGER, T. A. y otros, «Toward an empirical classification for the DSM-IV», *J. Abnorm. Psychology*, 1991, 100, pp. 280-288.
- (19) WIDIGER, T. A., «Antisocial personality disorder», *Hosp. Com. Psychiatry*, 1992, 43, pp. 6-8.
- (20) FRANCES, A. J., «The DSM-III personality disorders section: a commentary», *Am. J. Psychiatry* 1980, 137, pp. 1.050-1.054.
- (21) HARE, R. D.; HART, S. D.; HARPUR, T. J., «Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder», *J. Abnorm. Psychology*, 1991, 100, pp. 391-398.
- (22) WIDIGER, T. A. y otros, «The DSM-III-R personality disorders: an overview», *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145, pp. 786-795.
- (23) REGIER, D. A. y otros, «One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five Epidemiologic Catchment Area sites», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1988, 45, pp. 977-986.
- (24) ROGERS, R.; DION, K., «Rethinking the DSM III-R diagnosis of antisocial personality disorder», *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, 1991, 19, pp. 21-31.
- (25) COID, J., «Current concepts and classifications of psychopathic disorder», en TYRER, P.; STEIN, G. (eds.), *Personality disorder reviewed*, Londres, Gaskell, 1993.
- (26) LIVESLEY, W. J. y otros, «Prototypicality ratings of DSM-III criteria for personality disorders», *J. Ner. Ment. Dis.*, 1987, 175, pp. 395-401.
- (27) MILLON, T., «The disorders of personality», en PERVIN, L. A. (ed.), *Handbook of personality: theory and research*, Nueva York, Guilford, 1990.
- (28) WIDIGER, T. A.; FRANCES, A., «The DSM-III personality disorders: perspectives from psychology», *Arch. Gen. Psychiatry.*, 1985, 42, pp. 615-623.
- (29) FIRST, M. B. y otros, «DSM-IV in progress; Changes in mood, anxiety, and personality disorders», *Hosp. Com. Psychiatry*, 1993, 44, pp. 1.034-1.036.
- (30) SARTORIUS, N., «International perspectives of psychiatric classification», *Br. J. Psychiatry*, 1988, 152 (supl. 1), pp. 9-14.
- (31) DITTMANN, V.; VON CRANACH; M. ECKERMANN, G., «Abnormalities of adult personality and behaviour (section F6) —results of the ICD— 10 field trial», *Pharmacopsychiatry*, 1990, 23 (supl. 4), pp. 170-172.
- (32) BLASHFIELD, R. K., «An American view of the ICD-10 personality disorders», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1990, 82, pp. 250-256.
- (33) STONE, M. H., «Long-Term Outcome in Personality Disorders», *Br. J. Psychiatry*, 1993, 162, pp. 299-313.
- (34) LEWIS, C. E., «Neurochemical mechanisms of chronic antisocial behavior (psychopathy): A literature review», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1991, 179, pp. 720-727.
- (35) BERTSLEY, L. J. y otros, «Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: a problematic diagnosis?», *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, pp. 173-178.
- (36) GACONO, C. B.; MELOY, J. R.; HEAVEN, T. R., «A Rorschach investigation of narcissism and hysteria in antisocial personality», *J. Pers. Assess.*, 1990, 55, pp. 270-279.
- (37) HART, S. D.; FORTH, A. E.; HARE, R. D., «Performance of criminal psychopaths on selected neuropsychological tests», *J. Abnorm. Psychology*, 1990, 99, pp. 374-379.
- (38) BROONER, R. K. y otros, «Antisocial behavior of intravenous drug abusers: implications for diagnosis of antisocial personality disorder», *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149, pp. 482-487.

- (39) BLACKBURN, R., «Patterns of personality deviation among violent offenders: replication and extension of an empirical taxonomy», *Br. J. Criminology*, 1986, 26, pp. 254-269.
- (40) REGIER, D. A. y otros, «Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study», *JAMA*, 1990, 264, pp. 2.511.
- (41) WIDIGER, T. A.; SHEA, T., «Differentiation of Axis I and Axis II disorders», *J. Abnorm. Psychology*, 1991, 100, pp. 399-406.
- (42) SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J.; ROBINS, E., «Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1978, 35, pp. 773-782.
- (43) SMITH, G. R. (Jr.); GOLDING, J. M.; KASHNER, T. M., «Antisocial personality disorder in primary care patients with somatization disorder», *Compr. Psychiatry*, 1991, 32, pp. 311-314.
- (44) SIMONIAN, S. J.; TARNOWSKI, K. J.; GIBBS, J. C., «Social skills and antisocial conduct of delinquents», *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 1991, 22, pp. 17-27.
- (45) OLDHAM, J. M. y otros, «Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity», *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149, pp. 213-220.
- (46) ROBINS, L. N. y otros, «Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984, 41, pp. 949-958.
- (47) BLAND, R. C.; NEWMAN, S. C.; ORN, H., «Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1988, 77 (supl. 338), pp. 33-42.
- (48) BLAND, R. C.; ORN, H.; NEWMAN, S. C., «Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1988, 77 (supl. 338), pp. 24-32.
- (49) HWU, H. F.; YEH, E. K.; CHANG, L. Y., «Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1989, 79, pp. 136-147.
- (50) ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W. H., «Diagnosing personality disorders in the community: a comparison of self-report and interview measures», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990, 47, pp. 527-31.
- (51) FORD, M. R.; WIDIGER, T. A., «Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1989, 57, pp. 301-305.
- (52) ANDREASEN, N. C.; BLACK, D. W., *Introductory Textbook of Psychiatry*, Washington DC, American Psychiatric Press, 1991.
- (53) LUCCHI, N.; GASTON, A., «Cultural relativity of hysteria as a nosographic entity: hysteria and antisocial behavior», *Minerva Psichiatr.*, 1990, 31, pp. 151-154.
- (54) WELLS, E. A. y otros, «Race differences in antisocial behaviors and attitudes and early initiation of substance use», *J. Alcohol. Drug. Educ.*, 1992, 22, pp. 115-30.
- (55) KOSSON, D. S.; SMITH, S.S.; NEWMAN, J. P., «Evaluating the construct validity of psychopathy in black and white male inmates: three preliminary studies», *J. Abnorm. Psychology*, 1990, 99, pp. 250-259.
- (56) FRICK, P. J. y otros, «Familial risk factors to oppositional defiant disorder: parental psychopathology and maternal parenting», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1992, 60, pp. 49-55.
- (57) CONGER, R. D. y otros, «A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys», *Child Rev.*, 1992, 63, pp. 526-541.
- (58) DUYME, M., «Antisocial behavior and postnatal environment: a French adoption study», *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1990, 31, pp. 699-710.
- (59) DODGE, K. A.; BATES, J. E.; PETTIT, G. S., «Mechanisms in the cycle of violence», *Science*, 1990, 250, pp. 1.678-1.683.
- (60) LUNTZ, B. K.; WIDOM, C. S., «Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up», *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151, pp. 670-674.

## ORIGINALES Y REVISIONES

- (61) POLLOCK, V. E. y otros, «Childhood antecedents of antisocial behavior: parental alcoholism and physical abusiveness», *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, pp. 1.290-1.293.
- (62) SCRIPCARU, G., PIROZYNSKI, T.; ASTARASTOAE, V., «Sociopathy: genesis and development», *Revista Medico-Chirurgicala a Societatii de Medici si Naturalisti din Iasi*, 1991, 95, pp. 49-51.
- (63) O'KEANE, V. y otros, «Blunted prolactine responses to d-fenfluramine in sociopathy. Evidence for subsensitivity of central serotonergic function», *Br. J. Psychiatry*, 1992, 160, pp. 643-646.
- (64) ENGELBERG, H., «Low serum cholesterol and suicide», *Lancet*, 1992, 339, pp. 727-729.
- (65) VIRKKUNEN, M., «Serum cholesterol in antisocial personality», *Neuropsychobiology*, 1979, 5, pp. 27-30.
- (66) DAMASIO, A. R.; TRANEL, D.; DAMASIO, H., «Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli», *Behav. Brain Res.*, 1990, 14; 41, pp. 81-94.
- (67) TONKONOGY, J. M., «Violence and temporal lobe lesion: head CT and MRI data», *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 1991, 3, pp. 189-96.
- (68) RAINE, A.; VENABLES, P. H.; WILLIAMS, M., «Relationships between N1, P300 and contingent negative variation recorded at age 15 and criminal behavior at age 24», *Psychophysiology*, 1990, 27, pp. 567-574.
- (69) LUEGER, R. J.; GILL, K. J., «Frontal lobe cognitive dysfunction in conduct disorder adolescents», *J. Clin. Psychol.*, 1990, 46, pp. 696-706.
- (70) DiLALLA, L. F.; GOTTESMAN, I. I., «Biological and genetic contributors to violence: Wisdom's untold tale», *Psychol. Bull.*, 1991, 109, pp. 125-132.
- (71) BRENNAN, P. A.; MEDNICK, S. A., «Genetic perspectives on crime», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1993, 87 (supl. 370), pp. 19-26.
- (72) CAREY, G., «Twin imitation for antisocial behavior implications for genetic and family environment research», *J. Abnorm. Psychology*, 1992, 101, pp. 18-25.
- (73) MCGUFFIN, P.; THAPAR, A., «The genetics of personality disorder», *Br. J. Psychiatry*, 1992, 160, pp. 12-23.
- (74) CADORET, R. J.; STEWART, M. A., «An adoption study of attention deficit/hyperactivity/aggression and their relationship to adult antisocial personality», *Compr. Psychiatry*, 1991, 32, pp. 73-82.
- (75) CADORET, R. J. y otros, «Genetical and environmental factors in adoptee antisocial personality», *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.*, 1990, 239, pp. 231-240.
- (76) BLAND, R. C.; NEWMAN, S. C.; ORN, H., «Age of onset of psychiatric disorders», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1988, 77 (supl. 338), pp. 43-49.
- (77) ROBINS, L. N., *Deviant children grown up*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1966.
- (78) ZOCCOLILLO, M.; ROGERS, K., «Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorders», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, 30, pp. 973-981.
- (79) ROBINS, L. N.; PRICE, R. K., «Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH», *Epidem. Catchment Area Project*, 1991, 54, pp. 116-132.
- (80) MANUZZA, S. y otros, «Hyperactive boys almost grown up», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1989, 46, pp. 1.043-1.079.
- (81) ARBOLEDA-FLÓREZ, J.; HOLLEY, H. L., «Antosocial burnout: an exploraty study», *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, 1991, 19, pp. 173-183.
- (82) «Quality Assurance Project: Treatment outlines for antisocial personality disorder», *Aus. N. Z. J. Psychiatry*, 1991, 25, pp. 541-547.
- (83) FARRINGTON, D. P., «Implications of criminal career research for the prevention of offending», *J. Adolesc.*, 1990, 13, pp. 93-113.

- (84) KERNBERG, O. F., «Psychopathic, paranoid and depressive transferences», *Int. J. Psycho. Anal.*, 1992, 73, pp. 13-28.
- (85) LOBOS-WILD, R., «Psychotherapy of sociopathic and objectively dangerous patients: prerequisites of the therapist and environment: parameters of therapeutic technics», *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 1990, 40, pp. 307-315.
- (86) SCERBO, A. y otros, «Reward dominance and passive avoidance learning in adolescent psychopaths», *J. Abnorm. Child Psychology*, 1990, 18, pp. 451-463.
- (87) VALLIANT, P. M.; ANTONOWICZ, D. H., «Cognitive behaviour therapy and social skills training improves personality and cognition in incarcerated offenders», *Psychol. Rep.*, 1991, 68, pp. 27-33.
- (88) CORRIGAN, P. W., «Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis», *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 1991, 22, pp. 203-210.
- (89) DULIT, R. A.; MARIN, D. B.; FRANCES, A. J., «Cluster B personality disorders», en DUNNER, D. L. (ed.), *Current Psychiatric Therapy*, Filadelfia, W. B. Saunders, 1993.
- (90) COCCARO, E. F. y otros, «Fluoxetine treatment of impulsive aggression in DSM-III-R personality disorder patients», *J. Clin. Psychopharmacol.*, 1990, 10, pp. 373-375.
- (91) VIRKKUNEN, M. y otros, «Relationship of psychobiological variables to recidivism in violent offenders and impulsive fire setters», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1989, 46, pp. 600-603.
- (92) STEIN, G., «Drug treatment of the personality disorders», *Br. J. Psychiatry*, 1992, 161, pp. 167-184.
- (93) LEWIS, G., «Drug treatment of the personality disorders», *Br. J. Psychiatry*, 1992, 161, pp. 167-184.
- (93) LEWIS, G.; APPLEBY, L., «Personality disorder: the patients psychiatrist dislike», *Br. J. Psychiatry*, 1988, 153, pp. 44-49.
- (94) DUBIN, W. R., «The role of fantasies, countertransference, and psychological defenses in patient violence», *Hosp. Com. Psychiatry*, 1989, 40, pp. 1.280-1.283.
- (95) PRINS, H., «Antisocial (psychopathic) personality disorders and dangerousness: two potentially dangerous concepts», en TYRER, P.; STEIN, G. (eds.), *Personality Disorder Reviewed*, Londres, Gaskell, 1993.
- (96) GABEL, S.; FRANCES, R. J., «Establishing links between residential placements for youths and prisons for adults», *Hosp. Com. Psychiatry*, 1991, 42, pp. 1.203-1.204.

\* Manuel Delgado. Psiquiatra, Coordinador de Docencia e Investigación. Ana González, Ana Moreno, Esther Pérez, Nuria Ponte y Ana C. Sierra. MIR de Psiquiatría. Instituto Psiquiátrico José Germain, Servicios de Salud Mental, Area IX, (Leganés y Fuenlabrada, Madrid).  
Correspondencia: Dr. Manuel Delgado. Instituto Psiquiátrico José Germain. C/ La Luna, 1. 28911 Leganés (Madrid).

\*\* Fecha de recepción: 31-V-1994.