



Término CRIMIPEDIA: **Personalidad antisocial**

(2014)

IRENE GILPÉREZ LÓPEZ

RESUMEN

La personalidad antisocial corresponde al trastorno antisocial de la personalidad (TAP) expuesto en el DSM-IV-TR. Sus criterios diagnósticos se basan en conductas antisociales que subyacen al fracaso para adaptarse a las normas sociales, la deshonestidad, la impulsividad o incapacidad para planificar el futuro, la irritabilidad y agresividad, la despreocupación por su seguridad y la de otros, la irresponsabilidad y la falta de remordimientos. El TAP suele tener un desarrollo temprano expresado como un trastorno disocial antes de los 15 años. Este trastorno está muy relacionado con la criminalidad. Se confunde a menudo con la psicopatía, pero se diferencian en que mientras este trastorno tiene más que ver con la personalidad, el TAP tiene un enfoque más conductual. Se ha encontrado algún correlato biológico del TAP, pero lo que más parece influir es el ambiente y las variables sociodemográficas. El tratamiento no suele tener éxito, por lo que se plantea la prevención temprana como solución al trastorno.

LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

La personalidad antisocial es un trastorno de la personalidad recogido en el DSM-IV-TR (American Psychology Association, 2002) bajo el nombre de Trastorno antisocial de la personalidad (TAP).

El trastorno antisocial de la personalidad tiene como característica esencial un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que empieza en la infancia o el principio de la adolescencia y sigue en la edad adulta (APA, 2002).

No hay ningún cambio en los criterios diagnósticos del trastorno antisocial de la personalidad en el DSM-V, la edición más reciente de este manual (Caballo, Salazar y Carroble, 2011).

Específicamente, para diagnosticar a un individuo de trastorno antisocial de la personalidad tienen que cumplirse unos criterios que recoge el DSM-IV-TR.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Los criterios de diagnóstico para el trastorno antisocial de la personalidad según el DSM-IV-TR se encuentran expuestos en la Tabla 1

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad del DSM-IV-TR.

<p>■ Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad [301.7]</p> <p>A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes items:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer (3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro (4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones (5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás (6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas (7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros <p>B. El sujeto tiene al menos 18 años.</p> <p>C. Existen pruebas de un trastorno disocial (v. pág. 94) que comienza antes de la edad de 15 años.</p> <p>D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.</p>
--

Los individuos que padecen un trastorno antisocial de la personalidad no consiguen adaptarse a las normas sociales con respecto a la conducta legal (Criterio A1). Eso se manifiesta en que pueden llevar a cabo de forma reiterada acciones que resulten motivo de detención – por ejemplo, destrucción de una propiedad, robar o molestar a otras personas o emplearse en actividades ilegales. Estos individuos, pues, suelen despreciar los derechos, deseos o sentimientos de los demás. Es frecuente que mientan y manipulen a otros con el objetivo de lograr provecho o placer personales – por ejemplo, para obtener sexo, poder o dinero (Criterio A2). Así, pueden mentir reiteradamente, engañar o estafar a otras personas, utilizar un alias o simular enfermedades. Se puede dar en personas con este trastorno un patrón de impulsividad manifestado por la incapacidad para planificar el futuro (Criterio A3). Así pues, toman decisiones sin pararse a pensar, sin prevenir las consecuencias y sin tener en consideración dichas consecuencias para sí mismo o para los demás; esto puede resultar en cambios de empleo súbitos, de lugar de vivienda o de amistades. Los individuos con TAP suelen

resultar irritables y agresivos, pudiendo acabar envueltos en peleas físicas repetidamente o llevar a cabo actos de agresión – incluyendo malos tratos a la pareja o a los niños (Criterio A4); no se incluirían, por otro lado, agresiones necesarias para la defensa propia o a otros. Las personas con trastorno antisocial de la personalidad suelen también mostrar una despreocupación imprudente por su seguridad o la de otros (Criterio A5). Esto puede manifestarse de varias formas: en la manera de conducir (bajo la influencia de sustancias, sobrepasando los límites de velocidad, con accidentes múltiples), en conductas sexuales de riesgo, en el consumo de sustancias con mayor probabilidad de resultar perjudiciales o en el cuidado de niños de forma que esa negligencia pueda poner en peligro al niño o niños en cuestión. Estas personas también pueden presentar de forma continua un comportamiento altamente irresponsable (Criterio A6). Se puede manifestar en el trabajo por periodos excesivamente amplios de desempleo, a pesar de presentarse oportunidades de empleo, por el abandono reiterado de empleos sin tener planes para conseguir uno nuevo o por un patrón de absentismo laboral no explicado por enfermedad de la persona o de algún familiar. También puede encontrarse la irresponsabilidad económica, por ejemplo en la morosidad o la falta de mantenimiento económico de personas a su cargo normalmente, como hijos u otros. Por último, las personas con TAP prácticamente carecen de remordimientos por las consecuencias de sus acciones (Criterio A7). Pueden mostrarse tanto indiferentes como justificar de forma superficial tras haber vejado, robado u ofendido a otra persona; así, pueden culpar a los demás de lo que les haya sucedido, haciéndoles merecedores de su mala suerte o alegando que son tontos o débiles, minimizar las consecuencias negativas de sus actos o pueden resultar totalmente indiferentes ante ello. Asimismo, no suelen compensar a sus víctimas o resarcirse de ningún modo y pueden justificarse con que nada debe detener a uno mismo para evitar que lo intimiden.

Para poder diagnosticar a una persona bajo estos criterios debe tener como mínimo 18 años (Criterio B) y haber presentado síntomas de un trastorno disocial antes de los 15 años (Criterio C). Se detallarán los síntomas del trastorno disocial más adelante. Cabe añadir que en el trastorno disocial del CIE-10, el equivalente al TAP del DSM-IV-TR, no se considera obligatorio, aunque sí de peso, que se haya dado un trastorno antisocial en la infancia o juventud (Caballo y cols., 2011).

Finalmente, el comportamiento antisocial propio de la sintomatología del trastorno antisocial de la personalidad no debe aparecer exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un episodio maníaco (Criterio D).

TRASTORNO DISOCIAL

El trastorno disocial está catalogado en el DSM-IV-TR (APA, 2002) como un trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y se caracteriza por un patrón repetitivo y consistente del comportamiento en el cual se violan los derechos de los demás o las normas sociales propias de la edad. La presencia del trastorno disocial puede calificarse como leve, moderado o grave.

El curso del trastorno disocial varía según el momento de su aparición. Así, existen dos tipos de inicio. El tipo de inicio infantil supone que alguno de los comportamientos disociales aparezca antes de los 10 años de edad, entre los 5 o 6 años generalmente. El tipo de inicio adolescente se da cuando no se han presentado características de comportamiento disocial antes de los 10 años. El inicio precoz del trastorno disocial ofrece un peor pronóstico del desarrollo de este trastorno y un mayor riesgo de derivar en un trastorno antisocial de la personalidad en edad adulta, así como otros trastornos del estado de ánimo, somatomorfos, de ansiedad y por consumo de sustancias. El inicio adolescente supone un mejor pronóstico y aquellos que lo sufren desde este periodo vital, así como los individuos que han presentado sintomatología leve, tienen una mayor probabilidad de adaptarse social y laboralmente en la vida adulta.

Los criterios para el diagnóstico del trastorno disocial del DSM-IV-TR se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico del trastorno disocial del DSM-IV-TR.

<p>■ Criterios para el diagnóstico de F91.8 Trastorno disocial [312.8]</p> <p>A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:</p> <p><input type="checkbox"/> Criterios para el diagnóstico de F91.8 Trastorno disocial [312.8] (continuación)</p> <p>Agresión a personas y animales</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros (2) a menudo inicia peleas físicas (3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola) (4) ha manifestado crueldad física con personas (5) ha manifestado crueldad física con animales (6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada) (7) ha forzado a alguien a una actividad sexual <p>Destrucción de la propiedad</p> <ol style="list-style-type: none"> (8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves (9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios) <p>Fraudulencia o robo</p> <ol style="list-style-type: none"> (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona (11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tíma» a otros) (12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones) <p>Violaciones graves de normas</p> <ol style="list-style-type: none"> (13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad (14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo) (15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad <p>B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p>C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.</p> <p><i>Especificar el tipo en función de la edad de inicio:</i></p> <p>Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad</p> <p><input type="checkbox"/> Criterios para el diagnóstico de F91.8 Trastorno disocial [312.8] (continuación)</p> <p>Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad</p> <p><i>Especificar la gravedad:</i></p> <p>Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros</p> <p>Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre «leves» y «graves»</p> <p>Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.</p>

Como se ha podido apreciar, el trastorno disocial está íntimamente relacionado con el trastorno antisocial de la personalidad. Es muy relevante tener eso en cuenta, sobre todo cuando a la hora de abordar el tratamiento del trastorno antisocial de la personalidad.

COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS

Kupfer, First y Regier (2004) señalan que la investigación no ha encontrado la existencia de fronteras cualitativamente diferentes entre las categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad, sino que más bien ha señalado una comorbilidad excesiva entre los mismos (Bornstein, 1998; Lilienfeld et al., 1994; Widiger, 1993; citado en Kupfer y cols., 2004). Parece que esto puede explicarse desde la perspectiva que entiende los trastornos de personalidad del DSM-IV como constelaciones de rasgos de personalidad presentes dentro de las características generales de la personalidad, según Lynam y Widiger (2001, citado en Kupfer y cols., 2004): estos autores encontraron un solapamiento conceptual entre los perfiles del *Five-Factor Model* (FFM) de rasgos de personalidad que reproducía la covariación obtenida por los trastornos antisocial, esquizoide, esquizotípico, límite, histriónico, narcisista y compulsivo.

Se da un gran solapamiento entre el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos relacionados con sustancias; esto puede ser tanto por intereses económicos (beneficios que reportaría involucrarse en este tipo de actividades como por la dinámica social de estos individuos y sus motivaciones intrapsíquicas (Millon y Davis, 1998). En el caso de que un caso de TAP aparezca relacionado a un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas no se habría de diagnosticar al individuo con un TAP a no ser que se cumpla el criterio C (presencia de un trastorno disocial) y el criterio B (no haber remitido dicho trastorno hasta la edad adulta) (Caballo, Salazar y Carrobes, 2011).

También se ha encontrado que a veces los individuos con TAP sufren de algún síndrome de ansiedad que enseguida canalizan con acciones de autoafirmación de forma impulsiva, por lo que la ansiedad crónica no sería común en estos sujetos (Millon y Davis, 1998).

En cuanto a los trastornos de personalidad, hay que tener en cuenta que aunque el trastorno antisocial de la personalidad comparte con el trastorno narcisista de la personalidad (TNP) las características de dureza, falta de sinceridad, falta de empatía, superficialidad y conductas explotadoras, no comparte la agresión, el engaño y la impulsividad, y la conducta delictiva tampoco suele estar presente en este trastorno (Caballo y cols., 2011). El TAP se solapa con mayor frecuencia con el

trastorno narcisista y con el trastorno sádico y también, aunque en menor medida, con los trastornos histriónico, límite, negativista y paranoide, según Millon y Davis (1998).

PSICOPATÍA Y TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

El patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que define de forma esencial el trastorno antisocial de la personalidad también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad (APA, 2002). En este apartado la atención se centrará en la psicopatía, pues en la literatura científica se la viene relacionando muy estrechamente con el TAP hasta el punto de confundirlos o considerarlos sinónimos del mismo trastorno. A pesar de tener mucho en común, suponen trastornos distintos.

Robert Hare, el creador de la *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) para el diagnóstico de psicopatía, establece la diferencia entre psicopatía y trastorno antisocial de la personalidad (2003): por un lado, el TAP se refiere esencialmente a un conjunto de conductas delictivas y antisociales, lo cual provocaría que la mayor parte de los criminales cumplan los criterios para este diagnóstico; la psicopatía, por otro lado, estaría englobando determinados rasgos de la personalidad y conductas desviadas socialmente. Según el autor, la mayoría de los criminales no son psicópatas y un importante número de los individuos que consiguen vivir al margen de la ley y evitar la cárcel sí lo son. Sin embargo, en el DSM-IV-TR (APA, 2002) ya comienzan a figurar algunas de las características propuestas por Cleckley (1982) y Hare (2003) para el diagnóstico de psicopatía, es decir, en el DSM-IV-TR ya se vislumbra una descripción que señala características de la personalidad de los individuos más que en términos de conductas observables (López Miguel & Núñez Gaitán, 2009), aunque Farrington (2000, citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2009) considera que los criterios siguen estando más centrados en conductas antisociales en detrimento de un enfoque desde los rasgos de personalidad. Para comprender la similitud entre la psicopatía y el trastorno antisocial de la personalidad, es conveniente atender al PCL-R (Hare, 1991).

Tabla 3. Factores que componen la psicopatía según el PCL-R de Hare (1991).

FACTOR I Interpersonal Afectivo	<u>Faceta 1</u> Interpersonal	Locuacidad / Encanto superficial Sensación grandiosa de autovalía Mentiras patológicas Dirección / manipulación
	<u>Faceta 2</u> Afectiva	Falta de remordimiento y culpabilidad Escasa profundidad en los afectos Insensibilidad / Falta de empatía Fracaso en aceptar la responsabilidad de las propias acciones
FACTOR II Desviación Social	<u>Faceta 3</u> Estilo impulsivo/irresponsable	Necesidad de estimulación / Tendencia al aburrimiento Estilo de vida parásito Falta de metas realistas a largo plazo Impulsividad Irresponsabilidad
	<u>Faceta 4</u> Antisocial	Escaso control conductual Problemas de conducta tempranos Delincuencia juvenil Revocación de la libertad condicional Versatilidad criminal
Ítems que no pertenecen a los factores	Conducta sexual promiscua Muchas relaciones maritales breves	

La psicopatía entonces tiene dos factores: uno centrado en aspectos de la personalidad y emocionalidad del individuo y otro más focalizado en la conducta, que estaría socialmente desviada. Como se puede observar en los criterios del DSM-IV-TR y en los del PCL-R, existen varias coincidencias entre ambos trastornos. Un individuo que solamente cumpliera los criterios del factor I de psicopatía estaría socializado y por tanto no habría de ser diagnosticado de TAP, pues le faltaría ese componente antisocial. Así, los psicópatas que podrían presentar un trastorno antisocial de la personalidad serían aquellos que cumplieran con las características señaladas en los factores I y II del PCL-R; pero que no haya lugar a equívocos, no todos los psicópatas antisociales cumplen los criterios para recibir un diagnóstico de TAP, ni todos los TAP son psicópatas antisociales.

Se calcula que la incidencia de la psicopatía en la población general oscila entre 1,23% y 3,46% como máximo, de los cuales la tasa más probable de psicópatas primarios sería alrededor del 1% (Hare, 2006, citado en Juan-Espinosa, 2013). En el caso del trastorno antisocial de personalidad, su prevalencia en la población supondría entre un 4% y un 6,6% (DSM-IV, 2000, Hare, 2006, citado en Juan-Espinosa, 2013).

Es destacable otra diferencia entre la psicopatía y el trastorno antisocial de la personalidad, y es la existencia de subtipos de psicopatía. Hare (1984, citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2009) establece tres tipos: primario, secundario y disocial. El primario sería aquel que tuviera la frialdad emocional y la carencia de remordimientos, el secundario sí sería capaz de establecer vínculos afectivos y sentir culpa y el disocial sería capaz de tener sentimientos de culpa, lealtad y afecto; provendría de ambientes marginales con una subcultura propia y su conducta antisocial estaría debida a factores ambientales (Torrubia, 1987, citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2009). Eysenck (1981, 1995 citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2009), por su parte, distinguió entre psicopatía primaria y psicopatía secundaria: la psicopatía primaria estaría caracterizada por ausencia de sentimientos de culpabilidad, empatía o sensibilidad; el psicópata secundario se caracterizaría por experimentar culpabilidad por sus actos. Las tipologías de este tipo, por tanto, esclarecen más la diferencia entre psicopatía y TAP (López Miguel & Núñez Gaitán, 2009), ya que este último no contempla subtipos. Una última diferenciación entre psicopatía y TAP en referencia a los subtipos es la establecida por Patrick (2000) y Blair (2003), atendiendo a los distintos factores causales de estos trastornos, aunque algunos sean coincidentes: la psicopatía primaria estaría relacionada con déficits emocionales y afectivos y por egoísmo, mientras que la psicopatía secundaria lo estaría a nivel de actos antisociales sin darse un deterioro emocional (citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2009).

Si se atiende a los subtipos establecidos por los autores, el psicópata primario es aquel más similar al trastorno antisocial de la personalidad descrito en el DSM-IV-TR (APA, 2002) y, como se ha comentado anteriormente, este subtipo no tiene por qué darse junto al TAP en un mismo individuo, y viceversa; aun así, los psicópatas antisociales y los individuos con TAP comparten la persistencia del comportamiento delictivo (Juan-Espinosa, 2013).

También hay que tener en cuenta que el trastorno antisocial de la personalidad se ha mezclado en la literatura científica con la criminalidad (Ávila-Espada y col., 1995, citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2009). Esto no tiene realmente justificación, pues si bien el diagnóstico de TAP puede aplicarse a buena parte de la población reclusa, no se le puede aplicar a toda ella según la mayoría de los estudios al respecto, sobre todo teniendo en cuenta que la prevalencia del TAP en este tipo de población varía sustancialmente (Juan-Espinosa, 2013): el DSM-IV afirma que el 75% de la población penitenciaria podría diagnosticarse con TAP, pero por ejemplo Schönfeld y cols. (2006) encontraron que la prevalencia aproximada de TAP en los reclusos alemanes era de un tercio (tanto hombres como mujeres) Así, por ejemplo, el DSM-IV hace alusión a que cerca del 75% de la población reclusa puede ser diagnosticada de TAP, mientras que Schönfeld y cols. (2006) informan de una prevalencia aproximada de un tercio de los reclusos alemanes (tanto hombres como mujeres), y Fazel y Danesh (2002) estiman esta prevalencia en un 47% de la población reclusa masculina y un 21% de la femenina (Juan-Espinosa, 2013).

El subgrupo de psicópatas antisociales tienen una elevada probabilidad de cometer delitos y, de ese modo, de acabar dentro del sistema penitenciario. Se podría estimar que entre el 15 y el 30% de la población penitenciaria son psicópatas (Juan-Espinosa, 2013). El estudio de Fazel y Danesh (2002, citado en Juan-Espinosa, 2013), que revisa 64 investigaciones que englobaban una cifra de presidiarios que ascendía a 22.700 y 12 países distintos, expone que el 24,7% de los reclusos cumplían con los criterios de psicopatía – aproximadamente un cuarto de la población reclusa.

FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES

Los diversos estudios de familias, de gemelos y de adopción parecen indicar que hay influencia genética en la criminalidad y en el trastorno antisocial de la personalidad (Bock y Goode, 1996; DiLalla y Gottesman, 1991; citado en Barlow y

Durand, 2008). Pero también se ha encontrado una influencia ambiental importante en cuanto a la genética.

Crowe (1974, citado en Barlow y Durand, 2008) encontró que los hijos de madres que habían cometido delitos graves separados al nacer del seno materno después tenían, comparados con hijos de madres “normales” que también habían sido separados de las mismas al nacer, tasas significativamente más elevadas de arresto, encarcelamiento y personalidad antisocial; esto sugiere que hay una influencia genética en la criminalidad y en la conducta antisocial. Pero Crowe también encontró en su estudio que hay una relación *genética-ambiente*, pues dentro de los hijos de criminales separados al nacer, aquellos que más tarde serían delincuentes estuvieron más tiempo en el orfanato que aquellos que no se volvieron delincuentes.

Los estudios de adopción también encaminan la interacción genético-ambiental. El de Cadoret, Yates, Troughton, Woodworth y Stewart (1995, citado en Barlow y Durand, 2008), muestra que los hijos adoptivos con padres biológicos que tenían un historial de personalidad antisocial eran más propensos a tener problemas de comportamiento cuando sus padres adoptivos los sometían a estrés crónico por problemas maritales, legales o psiquiátricos.

Los estudios de gemelos han ido más por la vía de la criminalidad y no del TAP (Eysenck y Eysenck, 1978; Rutter, 1997; citado en Barlow y Durand, 2008), pero muestran que hay una concordancia media en gemelos homocigóticos y baja en gemelos heterocigóticos (Eysenck y Eysenck, 1978, citado en Barlow y Durand, 2008), lo cual sugiere de nuevo la importancia del ambiente. Investigaciones como la de Slutske et al. (1997, citado en Barlow y Durand, 2008) sobre gemelos con trastorno disocial sostienen la función de la genética y las influencias ambientales en dicho trastorno.

Todos estos hallazgos podrían indicar que existe una vulnerabilidad genética que necesita de factores ambientales para desarrollarse y dar lugar al trastorno antisocial de la personalidad o a la criminalidad (Barlow y Durand, 2008).

FACTORES NEUROLÓGICOS

Se han encontrado diversos correlatos neurológicos para el trastorno antisocial de la personalidad, pero la literatura científica, como ya se ha visto en otros aspectos, suele mezclarlo con criminalidad y con psicopatía. Igualmente no son datos desdeñables, vista la relación del TAP con la psicopatía y con la criminalidad.

La hipótesis de la subexcitación (Quay, 1965, citado en Barlow y Durand, 2008) sostiene que los psicópatas tienen niveles anormalmente bajos de excitación cortical. Relacionando esto con la delincuencia, que a su vez está relacionada con el TAP, el estudio de Raine, Venables y Williams (1990, citado en Barlow y Durand, 2008) evaluaba a chicos de quince años: se encontró que los futuros delincuentes mostraban una conductancia cutánea más baja, una frecuencia cardíaca menor durante periodos de descanso y una actividad de ondas cerebrales de frecuencia mucho más lenta: todo esto significa baja excitación.

La hipótesis de la osadía (Lykken, 1957, 1982, citado en Barlow y Durand, 2008) sostiene que los psicópatas presentan un umbral más alto para experimentar miedo que el resto de personas. Esto se basaría en el sistema de ataque-huida (FFS) es un sistema de acción muy rápida muy relacionado con el instinto de defensa: se activa cuando se produce una situación de emergencia (cuando somos atacados o sentimos dolor) y genera comportamientos de escape rápido, paralización por el miedo o de defensa, incluyendo el ataque. Las principales estructuras implicadas son el tálamo, hipotálamo, hipocampo y, sobre todo, la amígdala (Juan-Espinosa, 2013). Se podría pensar que los individuos que padecen TAP están más envueltos en actividades criminales por caracterizarse por un bajo miedo.

Igualmente, no existe mucho acuerdo científico. Se han encontrado también relaciones con lesiones en los lóbulos prefrontal y ventromedial, con porcentajes menores que en la población normal de materia gris y porcentajes menores de secreción de serotonina (responsable de la inhibición) (Gatze y Raine, 2000). Sin embargo, nada de esto se relaciona directamente con el trastorno antisocial de la personalidad. Podría concluirse, por tanto, que no hay unos correlatos biológicos específicos para este trastorno y que lo más remarcable del mismo está a nivel conductual.

FACTORES AMBIENTALES Y SOCIOECONÓMICOS

El trastorno antisocial de la personalidad se presenta asociado a un bajo status socioeconómico y al medio urbano (APA, 2002). El riesgo biológico sólo representa un aumento de la probabilidad de desarrollar el trastorno, es decir, no es un criterio suficiente (Gatze y Raine, 2000).

Esta influencia socioeconómica y ambiental daría una explicación a la formación de la conducta antisocial del individuo. En su infancia, estos individuos podrían haber aprendido que el mundo los trataría injustamente o sería siempre hostil hacia ellos. Las injusticias pasadas y presentes, las privaciones sufridas, dirigirían

su comportamiento en busca de una compensación por todo ello, una gratificación que, unido al hecho de su falta de consideración por los demás, obtendrían a costa de aprovecharse de los otros (Millon y Davis, 1998).

Así, se cree que los factores sociales desempeñan un papel importante en el desarrollo del trastorno de personalidad antisocial. Estos factores incluirían, aparte de los ya citados, el estilo de crianza, la participación del padre, estado civil, embarazo no deseado, las madres de edad avanzada, interacciones con los pares, prácticas disciplinarias severas de las madres, entre otros (Gatze y Raine, 2000).

TRATAMIENTO

Sucede que debido al solapamiento que se produce en la literatura científica entre psicopatía y trastorno antisocial de la personalidad, el tratamiento de un individuo con TAP no resulta muy específico de sus características particulares ni se encuentra apenas bibliografía sobre los resultados que las diversas terapias tienen sobre el TAP. Si se tiene en cuenta lo referente al tratamiento en psicópatas, se ha encontrado que no es muy efectivo e incluso contraproducente (Juan-Espinosa, 2013). Cabe esperar que a un individuo con TAP sea difícil tratarle. La mayoría de los clínicos son pesimistas en cuanto al éxito de un tratamiento dirigido a un individuo con este trastorno (Barlow y Durand, 2008).

También se encuentra el problema de que, según Juan-Espinosa (2013), el diagnóstico del TAP es poco preciso y se concentra casi exclusivamente en indicadores de conducta, útiles para el sistema judicial estadounidense aunque no tanto para la psicopatología. Esto posiblemente afecte a la hora de abordar la aplicación de una la intervención. Otra cuestión a tener en cuenta para aplicar la intervención más adecuada es la comorbilidad con otros trastornos que un individuo concreto pueda tener – dentro de la premisa de que hay que ofrecer el tratamiento más personalizado posible para un mayor éxito en la intervención.

Según el National Collaborating Centre for Mental Health de Reino Unido (2009), en efecto la base empírica para el tratamiento del TAP es limitada. Ofrecen cuatro puntos sobre los que hay que estar pendiente: intervenciones dirigidas específicamente al TAP; el tratamiento y manejo de los síntomas y comportamientos asociados con el trastorno antisocial de la personalidad, como la impulsividad y la agresión; el tratamiento de trastornos comórbidos (y en caso de que esto se dé, sugieren que se alargue la duración o que se aumente la intensidad del mismo), y la gestión de la conducta delictiva. Estas diversas intervenciones tendrían el potencial de ayudar a las personas con TAP a dirigirse a

una gama más amplia de conductas antisociales con los consiguientes beneficios para sí mismos y los demás.

Según Millon y Davis (1998), el tratamiento dado a un individuo antisocial suele ser forzado, ya sea debido a un ultimátum (perder el empleo, requisito para obtener la libertad condicional) o por exigencias de la prisión en la que se encuentre, si se da el caso. El individuo antisocial probablemente no crea que su comportamiento sea problemático para ellos, en lo cual también jugaría su falta de remordimiento ante las consecuencias nocivas de sus actos para los demás. El objetivo de la terapia que señalan estos autores es la reorientación del individuo hacia los otros en vez de sí mismo, dirigido a lograr una mayor sensibilidad por los sentimientos y las necesidades de los demás; pero de forma más realista, el objetivo sería convencer al individuo con TAP de que el cambio es la mejor opción que pueden hacer para conseguir beneficios inmediatos – es decir, convencerles de que su conducta sólo les va a acarrear problemas.

El National Collaborating Centre for Mental Health de Reino Unido (2009) sugiere ofrecer intervenciones cognitivas grupales e intervenciones conductuales, con el fin de hacer frente a problemas como la impulsividad, dificultades interpersonales y el comportamiento antisocial. Para aquellos individuos con TAP con antecedentes de conducta delictiva y que se encuentren en atención institucional y comunitaria, se sugiere ofrecer intervenciones cognitivas grupales e intervenciones conductuales (por ejemplo, programas como “el razonamiento y la rehabilitación”) centradas en la reducción de la delincuencia y otros comportamientos antisociales.

Desde el punto de vista de los factores de riesgo, el tratamiento del trastorno antisocial de la personalidad debería ser prevenido a edades tempranas, ya que, como se ha observado, todo el desarrollo de la conducta antisocial comienza antes de los 15 años y es debida en buena parte a las experiencias del individuo durante su infancia. Se podría decir que pertenecer a un estatus socioeconómico bajo es un factor de riesgo estático para aquellos individuos que ya padecen del trastorno disocial o del TAP, pero es un punto a tener en cuenta para ejercer sobre la población una prevención primaria (global, para la sociedad) y una prevención secundaria (para las poblaciones de riesgo). Lo mismo se podría dar en cuanto a otros factores de riesgo que se dan en el seno de la familia, anteriormente mencionados. El tratamiento para jóvenes que padecen trastorno disocial también serviría como prevención para no padecer más adelante un trastorno antisocial de personalidad.

A este respecto se encuentra mayor acuerdo científico. Los clínicos incitan a que se identifique a los niños con riesgo elevado de modo que puedan ser tratados antes de alcanzar la edad adulta (Patterson, 1982, citado en Barlow y Durand, 2008). El National Collaborating Centre for Mental Health de Reino Unido (2009) afirma que la evidencia del trabajo con niños y jóvenes que están en riesgo y sus familias señala el valor potencial de las medidas preventivas, incluso sugiriendo que se encuentre a los padres vulnerables antes que a sus propios hijos. Varios trabajos versan sobre programas que trabajan directamente en el entrenamiento de los padres, ya sea cuando ya existen dificultades (Patterson, 1986; Sanders, 1992; citado en Barlow y Durand, 2008) que cuando se trata de evitar que aparezcan las mismas (Zigler, Taussig y Black, 1992, citado en Barlow y Durand, 2008).

Así, como bien señalan Barlow y Durand (2008), puede que la prevención sea el mejor método para atajar este problema de raíz.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (Ed.) (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub.
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2008). *Psicopatología*. 3ª edición. Madrid: International Thomson Editores Spain.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J. (2011). *Trastornos de personalidad*. En Caballo, V. E., Salazar, I. C., y Carrobes, J. A. (Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 397-442). Madrid: Ed. Pirámide.
- Cleckley, H. (1982). *The Mask of Sanity*. Nueva York: New American Library.
- Gatzke, L.M. & Raine, A. (2000). Treatment and prevention implications of antisocial personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2(1), pp. 51-55.
- Hare, R. D. (1999). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised: PLC-R*. MHS, Multi-Health Systems.
- Juan-Espinosa, M. (2013). *Psicopatía antisocial y neuropsicología*. En Demetrio, E. & Maroto, M. (Ed.), *Neurociencias y Derecho penal. Nuevas perspectivas en el ámbito de la culpabilidad y tratamiento jurídico-penal de la peligrosidad* (pp. XXX). Madrid: Edisofer, S.L.

Kupfer, D., First, M., Regier, D. (2004). *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona: Masson S. A.

López Miguel, M. J., Núñez Gaitán, M. C. (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 7, pp. 1-17.

Millon, T. & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV®*. Barcelona: Masson S.A.

National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Antisocial personality disorder Treatment, management and prevention. NICE Clinical Guideline 77*. National Collaborating Centre for Mental Health.