

El Residente**REVISIÓN - PUNTO DE VISTA**

Psicopatía: ¿Cuál es el origen del mal?

J Nicolás Iván Martínez López*

RESUMEN

La psicopatía es un subgrupo dentro del diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad (TAP) del DSM IV TR, que abarca hasta el 25% de los pacientes con el diagnóstico de TAP (cuya prevalencia mundial es del 5%), sin embargo las características son claramente diferentes entre ellos, dando lugar a una similitud mayor con el diagnóstico de trastorno disocial de CIE 10 (hasta el 15% de prevalencia mundial); en el presente trabajo se puntualizan las características de cada uno para abordar de manera pertinente el tema, como lo señalan en sus distintas pautas diagnósticas.

Palabras clave: Psicopatía, trastorno antisocial de la personalidad (TAP).

ABSTRACT

Psychopathy is disorder included in the section of antisocial personality disorders of CIE 10, however, differential diagnosis requires a proper knowledge of distinctive features. This work focus on major features of psychopathy as well as other antisocial personality disorders as identified in several guidelines.

Key words: Antisocial personality disorder (APD), psychopathic.

La psicopatía es un subgrupo dentro del diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad (TAP) del DSM IV TR, que abarca hasta el 25% de los pacientes con el diagnóstico de TAP (cuya prevalencia mundial es del 5%), sin embargo las características son claramente diferentes entre ellos, dando lugar a una similitud mayor con el diagnóstico de trastorno disocial de CIE 10 (hasta el 15% de prevalencia mundial); esta diferencia hace crucial que se esclarezcan las características de cada uno para abordar de manera pertinente el tema, como lo señalan en sus distintas pautas diagnósticas.

Inicialmente el trastorno antisocial de la personalidad definido en el DSM IV1 en su versión revisada se puede explicar como:

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, y que debe de cumplir con 3 o más ítems:

- (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.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

* Instituto Nacional de Psiquiatría «Ramón de la Fuente Muñiz».

Dirección para correspondencia:
J Nicolás Iván Martínez López
Calzada México-Xochimilco No. 101,
Colonia San Lorenzo Huipulco,
14370 México, D. F., México

Recibido: 17 de diciembre del 2009

Aceptado con modificaciones: 15 de febrero del 2010

- D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Por otra parte, el trastorno disocial de la clasificación internacional de enfermedades CIE 10² es definido como:

Un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento y está caracterizado por:

- 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 o 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 rationalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo. Puede presentarse también irritabilidad persistente.

La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre.

Incluye:

- Trastorno de personalidad sociopática.
- Trastorno de personalidad amoral.
- Trastorno de personalidad asocial.
- Trastorno de personalidad antisocial.
- Trastorno de personalidad psicopática.

Excluye:

- Trastornos disociales (F91.-).
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3).

Y finalmente, la psicopatía es un constructo que se ha presentado desde el inicio del estudio de los alienistas, siendo propuesta históricamente por Pinel en 1801 como alienación mental, pero siendo Kraepelin

quien en 1904 le da la connotación de personalidad psicopática y Schneider en 1923 le otorga ya una integración conductual, clasificándolos de acuerdo a su temperamento y brindándoles la característica principal de anormales según los parámetros estadísticos; sin embargo, es hasta 1964 que Cleckley, posterior a la publicación de su libro «La máscara de la sanidad», brinda las 16 características diagnósticas de la psicopatía para que fueran claramente diferenciadas de lo que en esa época comenzaban a ser esbozos de los trastornos de la personalidad, a saber:³

Inexistencia de alucinaciones o de otras manifestaciones de pensamiento irracional.

Ausencia de nerviosismo o de manifestaciones neuróticas.

Encanto externo y notable inteligencia.

Egocentrismo patológico e incapacidad de amar.

Gran pobreza de reacciones afectivas básicas.

Vida sexual impersonal, trivial y poco integrada.

Falta de sentimientos de culpa y de vergüenza.

Indigno de confianza.

Mentiras e insinceridad.

Pérdida específica de la intuición.

Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

Conducta antisocial sin aparente remordimiento.

Amenazas de suicidio raramente cumplidas.

Razonamiento insuficiente o falta de capacidad para aprender la experiencia vivida.

Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales.

Comportamiento fantástico y poco regulable en el consumo de alcohol y drogas.

Éstas han sido estudiadas por diversos expertos en la salud mental; sin embargo, ya en nuestra época es Hare (1994) quien agrega ítems diagnósticos y los divide en dos factores y cuatro facetas:⁴

Factor uno, interpersonal/afectivo:⁵

Faceta uno, interpersonal:

Facilidad de palabra/encanto superficial.

Sentido desmesurado de autovalía.

Mentiroso patológico.

Estafador/manipulador.

Faceta dos, afectiva:

Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa.

Afecto superficial.

Insensibilidad afectiva/ausencia de empatía.

Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.

Frecuentes relaciones maritales de corta duración.

Factor dos, comportamiento social:⁵

Faceta tres, estilo de vida:

Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento.

Estilo de vida parasitario.

Ausencia de metas realistas a largo plazo.

Impulsividad.

Irresponsabilidad.

Faceta cuatro, antisocial:

Pobre autocontrol de la conducta.

Conducta sexual promiscua.

Problemas de conducta en la infancia.

Delincuencia juvenil.

Revocación de la libertad condicional.

Versatilidad criminal.

Aunado a estas características diagnósticas, Hare ha realizado un Checklist que sirve de herramienta para diagnosticar a este pequeño porcentaje de pacientes, ya que solamente el 25% de los que cuentan con el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad son psicópatas.

Si revisamos los criterios diagnósticos anteriormente mencionados, la diferencia claramente fundamental es el «Sello psicopático», la alteración en el afecto y la falta de empatía, lo cual nos conduce a una mayor aproximación del constructo, abordándole desde el diagnóstico del trastorno disocial; es pertinente mencionar que esta alteración en el afecto y la falta de empatía ha sido el punto de mayor enfoque a nivel de investigación internacional y ha permitido en medida de los avances de la tecnología esclarecer de a poco las bases de la neurobiología en la psicopatía, arrojando resultados en distintos estudios:

IRMf: Recabando distintos datos se han encontrado diferencias con grupos controles como la reducción en el volumen del prefrontal izquierdo que conlleva a la disminución en respuesta autónoma frente a estresores; la activación de corteza prefrontal y del área 10 de Brodman que conlleva a la supresión de dolor en estrés; la disminución de la actividad en cíngulo posterior izquierdo; la disminución de la actividad del

complejo amígdala-hipocampo, giro hipocampal, estriado ventral y giro del cíngulo posterior y anterior, lo cual da alteraciones en control de impulsividad y dificultad para tener aprendizaje significativo y alteraciones en el mecanismo del núcleo peduncular cerebeloso, por lo que no se percantan de acciones por falta de regulación en integración de actividad motora con frialdad afectiva, con incapacidad de tener memoria sensorial y aprendizaje de experiencias; finalmente, la reducción en volumen bilateral de hipocampo posterior bilateral.⁶

PET y SPECT. Menor actividad en hipocampo posterior y reducción del funcionamiento prefrontal que dan pérdida de la inhibición o control de las estructuras subcorticales, que por tanto aumentan sentimientos agresivos, conductas arriesgadas, irresponsables, transgresión de normas, tormentas psicopáticas, impulsividad, pérdida del autocontrol, y a nivel cognitivo, reducción de la capacidad de razonar y pensar abstracto; giro angular izquierdo con menor actividad aumenta la conducta violenta; cuerpo calloso con menor actividad hace que el hemisferio izquierdo tenga dificultades en inhibición de emociones negativas; y finalmente la reducción en metabolismo de corteza frontal especialmente en áreas medias y en núcleo caudado que hacen una conducta antisocial.⁶

Estos hallazgos han apuntalado a que los psicópatas pueden presentar alteraciones a nivel estructural, sin embargo parecen ser insuficientes ante tan complejo constructo psicopatológico; es por esto que diversos autores internacionales se han dado a la tarea de investigar con nuevas técnicas un abordaje más profundo; Blair⁷ en 1995 postuló que una de las bases neurobiológicas de la psicopatía es una disfunción en la amígdala, dando como resultado una inhibición de la violencia y una resultante conducta psicopática. La Pierre, por otro lado, ha observado que los resultados de pruebas neuropsicológicas de daños en la corteza orbitofrontal y ventromedial, al ser comparados con los resultados en sujetos psicópatas, sugieren una alteración en estas regiones que podría explicar el comportamiento de los mismos.⁸ Intraor, en 1997, realizó un SPECT en donde les presentó al momento palabras con tinte afectivo y palabras neutrales, dando como resultado

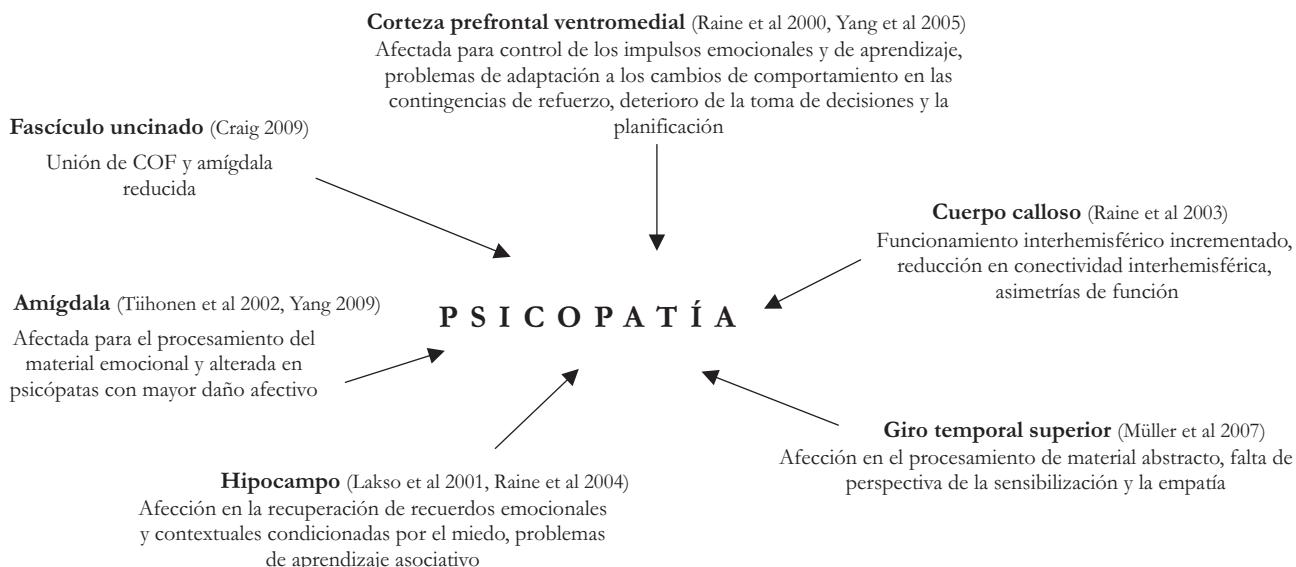


Figura 1.

una menor activación en regiones fronto-temporales durante la presentación de estas palabras en sujetos psicópatas; Kiehl⁹ en 2004 observó que durante el procesamiento de palabras abstractas en una IRMf los psicópatas presentaban hipoperfusión en el giro temporal superior derecho;⁹ Müller en 2007¹⁰ observó que mientras se realizaba una IRMf y se presentaban imágenes del sistema internacional de imágenes afectivas (IAPS) con distintas valencias, los psicópatas presentaban hipoperfusión en la corteza frontal y, finalmente, Sommer y Müller^{11,12} en 2003 y 2008, al realizar interacción entre la presentación de las IAPS y posteriormente ejecutar una tarea simple, como lo es el paradigma de Simon, este último se vio afectado en tiempo de reacción posterior a visualizar las imágenes de corte negativo en los controles, no siendo reportada dicha alteración en el tiempo de respuesta en los psicópatas, y no solamente eso, también en-

contraron que la región 39 de Brodmann se encontraba hipoperfundida en la IRMf realizada durante este paradigma, pudiendo ser ésta una parte fundamental del estudio neurobiológico de la psicopatía y brindando herramientas para poder vislumbrar en un futuro y sentar las bases para su estudio y posible aproximación.

Recientemente se han reportado nuevas investigaciones en el área de la amígdala¹⁶ y de las vías que conectan a ésta con la corteza orbitofrontal,¹⁵ arrojando datos que se deben de investigar más a fondo. A manera de resumen, en cuanto a los antecedentes en el estudio de las distintas aristas que se han abordado para tratar de explicar estas alteraciones francas en el afecto, empatía y funcionamiento social, una larga lista de especialistas en el tema han contribuido; y entre los hallazgos más importantes se encuentran en la figura 1.

Bibliografía

1. Bruce P, Widiger TA. Personality disorders. En: American Psychiatric Association. DSM IV TR. Arlington. American Psychiatric Association; 2000.
2. Meditor. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. OMS; 1998.
3. Roca BM. Trastornos de la personalidad. Sociedad española de psiquiatría; 2004.
4. Hare RD. Manual for the Hare psychopathy checklist-revised. Toronto: MultiHealth Systems; 1991.
5. Hare RD. Hare psychopathy checklist-revised (PCL-R). 2nd edition. Toronto: MultiHealth Systems, Inc; 2003.
6. Glenn AL, Raine A. Neurobiología de la psicopatía. Psychiatr Clin N Am 2008; 31: 463-475.
7. Weber S et al. El psicópata, emoción y cerebro. Behav Sci Law 2008; 26: 7-28.
8. Blair R. Development of psychopathy. Neuroethics 2008; 1: 149-157.
9. Kiehl KA, Smith A, Mendrek A, Forster B, Hare RD. Temporal lobe abnormalities in semantic processing by criminal psychopaths as revealed by functional magnetic resonance imaging. Psychiatry Research 2004; 130: 297-312.

10. Müller JL, Ganssbauer S, Sommer M, Weber T, Schwerdtner J, Dohnel K. Volume loss and reduced emotion related brain function in right superior temporal gyrus in criminal psychopathy. A study using voxel-based morphometry and functional MRT. *Psychiatrische Praxis* 2007; 34: 165-167.
11. Müller JL, Sommer M, Wagner V, Lange K, Taschler H, Roder CH et al. Abnormalities in emotion processing within cortical and subcortical regions in criminal psychopaths: Evidence from a functional magnetic resonance imaging study using pictures with emotional content. *Biol Psychiatry* 2003; 15: 152-162.
12. Müller JL, Sommer M, Dóhnél K, Weber T et al. Disturbed prefrontal and temporal brain function during emotion and cognition interaction in criminal psychopathy. *Behav Sci Law* 2008; 26: 131-150.
13. Wiegand K. Response coding in the Simon task. *Psychological Research* 2007; 1: 401-410.
14. Sommer M. Emotion-dependent modulation of interference processes: an fMRI study. *Acta Neurobiol Exp* 2008; 68: 193-203.
15. Craig M et al. Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular Psychiatry* 2009; 14(10): 946-53.
16. Yang Y, Raine A, Narr K, Colletti P, Toga A. Localization of deformations within the amygdala in individuals with psychopathy. *Archives of General Psychiatry* 2009; 66(9): 986-994.
17. Martínez L, López M, Ontiveros U, Lara. Diferencias en resonancia magnética funcional durante la interacción de imágenes afectivas y paradigma de Simon en pacientes con Trastorno Disocial de la Personalidad y Controles. Proyecto de Tesis de Posgrado en curso.