

Gregori, C.



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**APROXIMACIÓN PSICOLEGAL DE LA PSICOPATÍA: ACTUALIZACIÓN
TEÓRICA Y REPERCUSIONES FORENSES**

Autora: Cecilia Gregori de la Malla

Directora: Nereida Bueno Guerra

Madrid

Abril 2019

Índice

Resumen	3
Abstract	3
1. Introducción del concepto de psicopatía	5
2. Método	10
3. Aproximación clínica de la psicopatía	11
3.1 Etiología	11
3.2 Evaluación	14
3.3 Tratamiento	16
4. Resultados	18
5. Aproximación forense	21
5.1 Tratamiento jurídico de la psicopatía	21
5.2 Delictología	24
5.3 Comorbilidad	26
6. Conclusión	26
7. Bibliografía	29

Resumen

A día de hoy, la psicopatía sigue siendo una gran desconocida tanto para profesionales de la psicología como para legos en la materia. El psicópata se caracteriza por un estilo interpersonal impulsivo e irresponsable, una afectación del plano afectivo, y conducta desviada (amoral o ilegal), presentando características comunes a otros trastornos como el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno de personalidad paranoide, el narcisista, y la sociopatía, pero no siendo en ningún caso sinónimo de éstos. Esta falta de precisión en su concepto influye en el tratamiento jurídico y jurisprudencial, en estudios acerca de su prevalencia y en la eficacia de los tratamientos, especialmente en el medio penitenciario que es el contexto habitual en el que se desarrollan las investigaciones. El presente escrito tiene como objetivo la realización de una revisión bibliográfica actualizada de los aspectos clínicos de la psicopatía, así como un análisis jurídico-legal y jurisprudencial de la misma, estudiando las sentencias más representativas de los últimos 20 años. Los resultados ponen de relieve la existencia de una confusión terminológica y la predisposición de los tribunales españoles a considerar al psicópata como plenamente responsable, a no ser que se presente comórbida a otro trastorno (*verbi gratia*, adicción toxicológica).

Palabras clave: Psicopatía, Tribunal Supremo, penal, jurisprudencia

Abstract

Psychopathy remains the great unknown. It can be considered as a term that has common characteristics to other disorders such as antisocial disorder, Paranoid Personality Disorder and sociopathy. This lack of precision in its concept influences investigations regarding its prevalence or its legal treatment, for example. The absence of criteria to determine what it is understood as psychopathy, makes difficult to quantify the available data on the incidence of this disorder and also supposes many problems at a legal level due to the unknown confluence between implications of the disorder and crime. This work intends to make an updated bibliographic review of the clinical aspects of psychopathy, as well as a forensic and legal analysis of it, studying the most representative sentences of the last 20 years. The results underscore the existence of a terminological confusion and the predisposition of the Spanish courts to consider the psychopath as a fully responsible unless it arises comorbid to another disorder (*verbi gratia*, toxicological

addiction). This paper raises a study of representative sentences of the last 20 years, around treatment that receives the psychopathy in the Spanish Supreme Court in matters of criminal responsibility. Of the valuation of this sentences by the TS it emphasizes the existence of a terminological confusion and the predisposition of the Spanish courts to consider the psychopathy as a deficient psychological alteration to reduce the Criminal liability of the defendant.

Key words: Psychopathy, Supreme Court, penal, jurisprudence

1. Introducción del concepto de psicopatía

Con respecto a la aparición del término psicopatía, el primero en hacer mención a este fenómeno es Teofrasto, quién en el año 200 A.C. empieza a hablar de unos sujetos con una maldad desmesurada que cometen actos de extrema violencia. Sin embargo, al conservar estos sujetos intacta su capacidad intelectual, se cree que se trata de una enfermedad de la mente con una causa sobrenatural (Yesuron, 2013).

En 1801, Pinel introduce una distinción importante, porque habla de enfermedad mental sin causa física y dominada por una emoción intensa e incontrolable, refiriéndose con esta definición a la manía sin delirio. Este descubrimiento de Pinel permitió dar los primeros pasos hacia el concepto de psicopatía (Yesuron, 2013).

Posteriormente, Esquirol introdujo el término de monomanía impulsiva, que hacía referencia a una afectación de la voluntad del sujeto, lo que supuso la base para que en el año 1835, Pritchard planteara una definición de psicopatía basada en alteraciones afectivas sin déficit intelectual (Yesuron, 2013).

Aunque Kraepelin fue el primero en entender la psicopatía como un trastorno de personalidad en 1896 y Schneider indica la presencia de psicopatía en la población en general, separando este término de sujetos delincuentes, es Cleckley en 1941 quien establece los cimientos para el diagnóstico de la psicopatía y la visión moderna del término. Cleckley indicó en su obra cómo los psicópatas presentan una conciencia intelectual intacta que les permite conocer cómo actuar conforme a las normas, pero carecen de conciencia moral que les permita experimentar las emociones asociadas a lo que está bien y mal (Yesuron, 2013).

Cleckley en su obra enunciaría 16 características propias de psicopatía que según Andrews y Bonta (1994) podrían resumirse en: conducta de aparente normalidad, incapacidad para aprender de experiencias aversivas y por control social, y la no vinculación necesaria entre delito y psicopatía.

Posteriormente, Hare, el padre de la psicopatía moderna, hizo su propuesta en base a los trabajos de Cleckley, consiguiendo una óptima conceptualización teórica y abordaje práctico sobre dicho fenómeno. En base a este marco teórico, se dio lugar al primer instrumento validado de valoración de psicopatía en contextos forenses, el cual sigue

siendo el más utilizado y mejor valorado como la herramienta para el diagnóstico de la psicopatía (López y Robles 2005)

Tabla 1. Rasgos de la Psicopatía según Hare (Hare, 2003)

Faceta 1: Interpersonales	Faceta 2: Afectivas	Faceta 3: Estilo impulsivo/ irresponsable	Faceta 4: Antisocial
Locuacidad/ encanto superficial. Egocentrismo/ sensación grandiosa de autovalía. Mentiras patológicas. Engaño/ manipulación.	Ausencia de remordimientos y culpabilidad. Escasa profundidad de los afectos. Inestabilidad/ falta de empatía. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.	Necesidad de estimulación. Estilo de vida parásito. Falta de metas realistas a largo plazo. Impulsividad. Irresponsabilidad.	Escaso control conductual. Problemas de conducta precoces. Delincuencia juvenil. Revocación de la libertad condicional. Versatilidad criminal

Dujo y Horcajo- Gil (2017) indican cómo a partir de las propuestas de Cleckley y Hare, se configuró el concepto de psicopatía como un conjunto de características en tres niveles diferentes:

- A nivel cognitivo: preocupación por los propios intereses, narcisismo y sensación de omnipotencia y percepción amenazante del medio.
- A nivel afectivo: déficit en el procesamiento emocional e incapacidad de aprender de la experiencia aversiva.
- A nivel interpersonal: dominio y control de los otros, utilización de los demás para la consecución de sus fines o utilizando técnicas de manipulación o engaño.

Según López y Nuñez (2009), un gran problema que existe en torno al concepto de psicopatía es la confusión terminológica en su diagnóstico debido a la utilización indistinta de diversos trastornos mentales para referirse a este fenómeno, como el trastorno antisocial de la personalidad o la sociopatía. Aguilar (2017) señala cómo este problema también viene agravado por el hecho de que no existe una presencia adecuada de la psicopatía en los principales manuales diagnósticos. Por ejemplo, la OMS

conceptualiza la psicopatía dentro del trastorno disocial de la personalidad, mientras que la Sociedad Psiquiátrica Americana lo hace dimensionalmente dentro del trastorno antisocial de la personalidad. Por todo ello se considera conveniente diferenciar la psicopatía de otros trastornos, para saber qué es y qué no es psicopatía (ver Tabla 3).

El trastorno antisocial de la personalidad (TAP) y la psicopatía, tienen una característica compartida relativa a la presencia de conducta antisocial. Sin embargo, la característica diferencial de la psicopatía no es ésta, sino que, lo que la caracteriza y además la diferencia del TAP son una serie de aspectos de la personalidad que tienen que ver con un déficit en el área afectiva e interpersonal. Por ello, la relación entre psicopatía y trastorno antisocial de la personalidad es asimétrica, es decir, prácticamente casi la totalidad de los delincuentes psicópatas cumplen los criterios del trastorno antisocial de la personalidad, pero sólo el 25% de delincuentes con trastorno antisocial cumplirían con el diagnóstico de psicopatía (Hare, 2003).

También aparece como confusión habitual el empleo del trastorno disocial para referirse a la psicopatía, debido a la inclusión en la CIE- 10 de la psicopatía dentro del trastorno disocial. La CIE- 10 indica que la conducta asocial y contra las normas establecidas es la característica principal del trastorno disocial. No obstante, en el trastorno disocial de personalidad, la PCL- R no incluye ítems acerca de la presencia de conducta violenta en el diagnóstico de la psicopatía (Torrubia y Cuquerella, 2008).

Por otro lado, a pesar de que sus criterios diagnósticos no se reduzcan al ámbito conductual y haya criterios que también hagan referencia a características de personalidad propias de la psicopatía como la falta de empatía y remordimientos o la despreocupación por los sentimientos de los demás, éstos no son suficientes para decir que estamos ante un perfil psicopático (que debería cumplir la mayoría de los criterios establecidos por Cleckley) (Sánchez, 2009).

Así mismo, se señala la diferencia entre psicopatía y sociopatía. Según Garrido (2005) para realizar el diagnóstico diferencial, hay que tener en cuenta que en la sociopatía puede existir una mayor probabilidad de sentir culpa y ansiedad, debiéndose esto a un proceso inadecuado de socialización. Sin embargo, la psicopatía estaría formada por una personalidad innata caracterizada por insensibilidad emocional, falta de empatía y ausencia de culpa. En relación a lo anterior, se observan diferencias respecto a la

etiología. De Corral (1996) muestra la psicopatía mayormente determinada por un factor biológico y, sin embargo, la sociopatía aparece como resultado de la influencia del ambiente en interacción con ciertos factores genéticos. Por otro lado, según Mora (2004) la agresividad en personas sociópatas es reactiva a una situación, mientras que la agresividad en psicópatas suele ser de tipo instrumental dirigida a conseguir un objetivo concreto. En último lugar, López y Nuñez (2009) indican cómo la psicopatía no implica obligatoriamente la participación en conductas delictivas, a diferencia de los sociópatas, quienes participarán inevitablemente en la delincuencia.

Tabla 2. Trastorno Antisocial de la Personalidad en el DSM-5 (APA, 2013)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM V TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD
<p>Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por 3 (o más) de los hechos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.• Engaño que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.• Impulsividad o fracaso para planear con antelación.• Irritabilidad y agresividad que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.• Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.• Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.• Ausencia de remordimiento que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

Tabla 3. Trastorno Disocial de la Personalidad en el CIE- 10 (OMS, 1992)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 10 PARA TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD
<p>Se trata de un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; está caracterizado por:</p> <ul style="list-style-type: none">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 racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo. <p>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.</p> <p>Incluye: Trastorno de personalidad sociopática. Trastorno de personalidad amoral. Trastorno de personalidad asocial. Trastorno de personalidad antisocial. Trastorno de personalidad psicopática.</p> <p>Excluye: Trastornos disociales (F91.-). Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3).</p>

la prevalencia de la psicopatía en la población general no está bien determinada ya que la PCL-R está diseñada para contextos forenses, y la versión screening aplicable para población general no hace un diagnóstico completo. Sin embargo, muchos estudios actuales estiman la presencia de rasgos clínicos psicopáticos en el 1% de la población. Este porcentaje aumenta en población reclusa, configurando un 3% (Werner, Few y Buchol, 2015).

Según señaló González- Guerrero (2012) hay una serie de factores que determinan que el trastorno antisocial de personalidad y la psicopatía tengan una prevalencia muy superior al resto de trastornos, en el ámbito carcelario: impulsividad, insensibilidad emocional, agresividad, intolerancia a la frustración, egocentrismo, desconfianza, ausencia de empatía, búsqueda de estímulos y experiencias intensas y dificultad interpersonal. En centros penitenciarios, según Flexon (2016) los sujetos psicopáticos presentan versatilidad criminal, así como un inicio temprano de la carrera delictiva y actos

ilícitos de extrema violencia, conforme lo dicho por Corrado, DeLisi, Hart, y Mc Cuish (2015). Por último, Raine y Sanmartín (2000) recogen una disminución en los delitos cometidos por sujetos psicopáticos de 40 años o más, debido a una menor puntuación del Factor 2, referido al comportamiento antisocial en el PCL-R. Con respecto a la psicopatía en muestras forenses femeninas, Rovelo (2014) indicó una menor incidencia debido a que las mujeres suelen puntuar menos en comportamiento antisocial.

2. Método

La primera fase se centró en la realización de una revisión bibliográfica sobre la psicopatía en su concepto clínico y forense. El objetivo principal es la recolección de la información más actualizada en torno a la psicopatía. La segunda fase consistió en la búsqueda, en las bases de datos de la jurisprudencia española, de aquellas sentencias donde apareciera el tratamiento jurídico-legal de la psicopatía sobre la causa a tratar. El objetivo de este estudio consistía en determinar la línea de tendencia del Tribunal Español, con respecto al tratamiento de este fenómeno en concreto. El rango de sentencias utilizadas va a ser amplio (desde 11 de Octubre de 1997 hasta 1 de Febrero de 2018), dado la escasez de sentencias emitidas por el Tribunal Supremo manejando la consideración de psicopatía del acusado.

Para la revisión bibliográfica más teórica del trabajo, se utilizaron bases de datos especializadas como PsycINFO, Dialnet y Google Académico, seleccionando artículos tanto en lengua inglesa como castellana. Algunos de los términos utilizados para la realización de criba de artículos fueron: Psicopatía, Psychopathy, jurisprudencia, jurisprudence, tratamiento, treatment... con los marcadores *booleanos* “and” “y” para la unión de conceptos de búsqueda. El rango de años de los artículos tratados fue muy extenso, del 2001 al 2017, dando prioridad a los hallados en la segunda década. Igualmente se ha trabajado con bibliografía histórica, necesaria para conceptualización del constructo.

Para el estudio de sentencias se ha utilizado la base de datos jurídicos de Aranzadi Westlaw (www.westlaw.es), conteniendo sentencias y resoluciones jurídicas de los órganos competentes del sistema judicial español. Se ha utilizado como marcador el

término “psicopatía”. El resultado final del análisis queda ilustrado en la [Tabla 4], conformada por los siguientes apartados:

- Órgano, N.º de Sentencia y Fecha.
- Uso del concepto de psicopatía.
- Comorbilidad o circunstancias relevantes.
- Tipo de delito.
- Modificación de la responsabilidad criminal.

3. Aproximación clínica de la psicopatía

3.1 Etiología

Factores biológicos:

Desde el punto de vista de la aproximación neurológica existen dos vertientes fundamentales en el estudio de la psicopatía llevadas a cabo a partir de técnicas de neuroimagen (Abbott, 2011).

La primera de ellas está liderada por Raine, en base a los trabajos de Damasio y se caracteriza por un daño en la corteza prefrontal. Esta área del cerebro es la encargada de la toma de decisiones y por lo que un daño en esta región podría dar lugar a sujetos con desajustes en el comportamiento social y mucha agresividad (Abbot, 2011)

Según Abbot (2011), la segunda corriente viene planteada por Richard- Blair, quien defiende una hipoactivación de la amígdala en psicópatas, que podría ser responsable de la falta de empatía y miedo en estos sujetos, al ser una estructura muy implicada en el procesamiento emocional y en la respuesta de miedo. Sin embargo, Garrido (2000) expresa su crítica manifestando cómo los psicópatas no presentan déficits en la amígdala o corteza prefrontal, sino que pacientes con disfunciones en estas áreas presentaban algunas tendencias de comportamiento propias del psicópata

Ambas teorías no deben ser consideradas como mutuamente excluyentes o incompatibles. De hecho, Blair señaló cómo ambas regiones cerebrales estaban interconectadas (Abbott, 2011).

Muñoz, Navas y Fernández, (2003) mostraron cómo a partir de técnicas estructurales, principalmente la resonancia magnética funcional, se obtuvo que estos sujetos mostraban un menor volumen de sustancia gris. El problema de la fiabilidad de estos estudios radica en la no selección de una muestra pura de psicópatas a partir del instrumento de Hare validado para el diagnóstico de estos sujetos (Abbott, 2011), lo que dificulta la generación de conclusiones transversales.

Según Muñoz y colaboradores (2003), a nivel funcional, se encuentran estudios a partir del empleo de la tomografía por emisión de positrones. El empleo de tomografía por emisión de positrones sobre unos sujetos que manifestaban conducta violenta dio como resultado un metabolismo inferior de la glucosa a nivel prefrontal y lóbulos temporales mediales. Estos resultados apoyan la hipótesis de una mayor propensión a la psicopatía. Raine, Buchsbaum y LaCasse (1997) reafirmaron la hipótesis anterior y, además, en consonancia con la vertiente de Richard- Blair, se encontraron alteraciones funcionales en el hipocampo, tálamo y amígdala. Los déficits de respuesta en estas áreas están relacionados con disminución de miedo y dificultad para aprender del castigo.

Dentro de las posibles causas biológicas, las investigaciones ponen de relieve que niveles altos de testosterona correlaciona con crímenes violentos (Muñoz, et al., 2003). De la misma manera, Belloch, Sandín y Ramos (2009) encontraron cómo la conducta agresiva se ha explicado como resultado de una disminución en la actividad del sistema serotoninérgico. La baja presencia de la enzima monoamino oxidasa (MAO), inhibidor serotoninérgico, ha sido relacionada con la psicopatía, conducta antisocial, abuso de tóxicos, impulsividad, menores infractores y búsqueda de excitabilidad.

Muñoz y colaboradores (2003) indicaron cómo en varias investigaciones sobre psicopatía, se había relacionado una baja respuesta electrodérmica ante la presencia de estímulos afectivos, y una respuesta de igual intensidad tanto para estímulos neutros como aversivos. Así mismo, la respuesta cardiovascular ante el estrés es menor en psicópatas. Belloch y colaboradores (2009), expresaron cómo la posibilidad de que los psicópatas no modificaran su conducta a consecuencia del castigo podía reflejar su dificultad para prevenir y sentir miedo.

Factores ambientales:

Historias prolongadas de abuso grave y negligencia parental pueden conducir a un comportamiento antisocial debido a un desequilibrio hemisférico cerebral. Este desequilibrio aparece como resultado de puntuaciones dispares en el coeficiente intelectual, siendo más altas en el rendimiento en comparación con la parte verbal. Los ítems relacionados con el coeficiente intelectual verbal están asociados al hemisferio izquierdo, por lo que, las puntuaciones altas en rendimiento implicarían una superioridad del hemisferio derecho. Esto es consecuencia de que los niños maltratados o abandonados pasan mucho tiempo en un estado de miedo bajo que les lleva a prestar atención a cualquier señal que pueda reflejar un peligro inminente. Esta habilidad se denomina “vigilancia congelada” y forma parte del hemisferio derecho. Como las habilidades hemisféricas derechas se desarrollan antes que las del izquierdo, la exposición prolongada al abuso o negligencia parental en la infancia puede conducir a una enfatización del funcionamiento hemisférico derecho (Walsh y Wu, 2008).

Por otro lado, Walsh y Wu (2008), indican cómo el que el niño permanezca en un estado crónico de miedo de bajo nivel también puede conducir a la desaceleración de la reactividad del SNA. Niños que durante su infancia han estado expuestos a un contexto estresante y trastornos emocionales, han podido desarrollar un mecanismo de supervivencia a los efectos del estrés, que puede ser reflejado posteriormente en una menor reactividad ante situaciones estresantes.

La aparición de conductas psicopáticas relacionadas con el componente de frialdad emocional y conducta antisocial eran mayores en aquellos sujetos hijos de padres autoritarios. Así mismo las conductas de aceptación e interés paterno correlacionaban inversamente con rasgos psicopáticos, especialmente los que tienen que ver con la psicopatía pura (afectivos e interpersonales). De hecho, el dialogo, fue considerado como la mejor práctica paterna a la hora de resolver los conflictos, otorgando grandes beneficios en la conducta social y regulación emocional de los hijos (López-Romero, Romero y Villar, 2012).

Por otro lado, Farrington (2006) demostró cómo la presencia de psicopatología paterna podía conducir a elevadas puntuaciones en psicopatía en la adultez, según un

estudio longitudinal que hizo. Supongo que esto podría venir explicado por la transmisión intergeneracional de ciertos patrones de comportamiento.

Muchos autores consideran que la convergencia de factores ambientales y biológicos es la mejor opción para la explicación etiológica de la psicopatía, constituyendo los factores genéticos una predisposición o vulnerabilidad que podría ser modulada a partir de la interacción del individuo con el contexto, siendo de gran importancia las experiencias infantiles ya que van a determinar en gran medida la configuración de nuestro cerebro (Walsh y Wu, 2008).

3.2 Evaluación

Como indican Quiñones-Maldonado, Martínez-Taboas y Rodríguez-Gómez (2013), no fue hasta la creación de la PCL (1991), que la psicopatía y el delito comenzaron a asociarse de manera fiable, mostrando utilidad dicha escala para la predicción del comportamiento violento y eficacia del tratamiento.

Basado en las características de personalidad presentadas por Cleckley, Robert Hare realizó un instrumento para la valoración de la psicopatía (Psychopathic Check List, PCL), consistente en una lista de 100 ítems, que posteriormente fueron reducidos hasta llegar a 20 (PCL-R) en base a las conductas que mejor discriminaban entre altas y bajas puntuaciones en psicopatía. Esta escala de valoración ha sido replicada por numerosos investigadores, dándole a esta escala un valor científico muy fuerte (Belloch y colaboradores, 2009)

Para comprobar la fiabilidad de la estructura de factores de la escala, Harpur, Hakstian y Hare (1988) realizaron un análisis factorial en seis muestras diferentes. El resultado en cinco de las seis muestras estudiadas fue la composición de dicha escala en base a dos factores:

- Factor 1: relacionado con emociones y relaciones con otras personas. Viene caracterizado por ausencia de afectividad, falta de sentimiento de culpa, ausencia de empatía, egoísmo y engaño/ mentira. Constituye los rasgos definitorios de la psicopatía.

- Factor 2: relacionado con la violencia y comportamiento en contra de la norma. Algunas de las características que definen a este factor son: necesidad de estimulación, pobre frustración, irresponsabilidad, problemas de comportamiento en la infancia y dificultad para planificar a largo plazo.

La conducta antisocial reflejada en el factor 2 se relacionaba con la impulsividad y agresividad y, por tanto, era responsable de la agresión de tipo defensiva o pasional. Sin embargo, la frialdad emocional propia del factor 1 reflejaba la ausencia de ansiedad y deseo de dominio sobre el otro, por lo que representa una violencia más instrumental (Patrick, Zempolich y Levenston 1997).

El PCL-R se configura en 20 ítems, los cuales se puntúan en una escala de 0-2, dependiendo del juicio subjetivo de un evaluador sobre la presencia de cierto rasgo en el sujeto. Este juicio se lleva a cabo a partir de la realización de una entrevista semiestructurada, entrevista a un allegado y recogida de información recopilada en archivos. A partir de una puntuación total de 30 o más en esta escala, se considera el diagnóstico de psicopatía (Quiñones-Maldonado et al., 2013).

Según Quiñones-Maldonado y colaboradores (2013), la puntuación en el PCL-R se definen 3 tipos de psicopatía y un tipo de pseudopsicopatía:

- Clásico: puntúa alto en los 4 subfactores: dimensión interpersonal (autovalía, manipulación y engaño sobre el resto para conseguir sus propios beneficios), dimensión afectiva (ausencia de culpabilidad, expresión emocional y en el reconocimiento de emociones), estilo de vida (basado en la búsqueda de estimulación sin preocuparse por las consecuencias de sus actos o el futuro, vida a costa de otros e irresponsabilidad), dimensión antisocial (violencia y comportamientos contra la norma).
- Manipulador: destaca en la ausencia de afectividad y desinterés en las relaciones interpersonales.
- Macho: menos problemas interpersonales, pero presenta ausencia de afectividad, conducta antisocial y estilo de vida impulsivo, dependiente e irresponsable.
- Los pseudopsicópatas se diferencian de los 3 tipos anteriores en que estos últimos presentan una dimensión afectiva menos desarrollada.

El problema de este instrumento es que es menos fiable su aplicación sobre una muestra no penitenciaria. Para la evaluación de población no forense, donde los informes no están disponibles, se recomienda la utilización de Psychopathy Checklist: Screening Version (Quiñones-Maldonado et al., 2013).

También se ha demostrado la presencia de rasgos psicopáticos desde la infancia y por ello se han creado diversos instrumentos para su evaluación. La versión derivada automáticamente del PCL- R y que se ha adaptado para adolescentes, se conoce como Psychopathic Checklist Young Versión (PCL-YV) y fue creada por Forth, Brown, Hart y Hare en 1996. De inicio se determinó eficaz para adolescentes de 13 años en adelante, aunque los resultados son más fiables en edades comprendidas entre 12 y 15 años. Sin embargo, una gran limitación es su aplicación exclusiva en el ámbito forense (Halty y Prieto- Ursúa, 2015).

Para resolver la limitación anterior se han creado otras alternativas de evaluación como Antisocial Process Screening Device (APSD) desarrollada en 2001 por Frick y Hare. El APSD es un cuestionario de auto- informe para valorar la psicopatía en niños y adolescentes de entre 4 a 18 años. Hay una versión para profesores, otra para padres y para niños/ jóvenes. El cuestionario posee 20 ítems divididos en 3 factores: narcisismo, impulsividad e insensibilidad emocional. Aunque su aplicación esté muy extendida, es cierto que dicho cuestionario no está exento de limitaciones. Por ejemplo, inestabilidad en factores impulsividad y narcisismo, quizá a causa del bajo número de ítems o la poca variabilidad en el factor insensibilidad emocional, debida tal vez a la reducción del sistema de respuesta (de 0 a 2 puntos) (Halty y Prieto- Ursúa, 2015).

3.3 Tratamiento

Según Dujó y Horcajo- Gil (2017) los estudios realizados sobre el tratamiento en psicopatía no han dejado muchas esperanzas dado que muchos de los tratamientos que se han utilizado no solo han sido inefectivos, sino que además han provocado resultados iatrogénicos al servir de medio para el aprendizaje de recursos y habilidades para futuros engaños y perfeccionamiento de su capacidad manipulativa.

Entre los estudios más importantes que se han llevado a cabo para el tratamiento de la psicopatía cabe destacar que Wogan y MacKenzie (2002) van a clasificar a los psicópatas en 4 tipos, con el fin de plantear un tratamiento adaptado a las necesidades de cada uno.

El grupo con puntuaciones bajas en conducta antisocial y afectividad muestran poca agresividad, baja manipulación y baja destreza laboral. Un orientador que enseñe destrezas laborales y habilidades sociales podría resultar efectivo como tratamiento (Wogan y Mackenzie, 2002).

Por otro lado, el grupo con altas puntuaciones en afectividad y baja en conducta antisocial, serían sujetos manipuladores, ausencia de remordimientos y egocéntricos en sus intereses. Las terapias interpersonales están contraindicadas porque podrían mejorar sus técnicas de manipulación de los otros. Se recomienda formar al personal penitenciario para no atender a sus manipulaciones y extinguirlas en consecuencia (Wogan y Mackenzie, 2002).

En tercer lugar, estarían los psicópatas que puntúan bajo en afectividad y alto en conducta antisocial. Son sujetos agresivos, pero que no se muestran tan indiferentes emocionalmente a los demás. Una terapia dirigida al control de la ira y manejo de conflictos podría ser la apropiada en este grupo (Wogan y Mackenzie, 2002).

Por último, se encuentra el grupo más peligroso, psicópatas con altas puntuaciones en conducta antisocial y ausencia de afectividad. Este tipo de sujetos serían los más difíciles de cambiar y los que sustentan más tasas de reincidencia (Wogan y Mackenzie, 2002).

Como conclusión a la investigación anterior, cabría decir que actualmente, no se ha descubierto ninguna intervención efectiva para la modificación de las características de personalidad asociadas al Factor 1 de psicopatía ya que según la Asociación Psicológica Americana (APA, 2013), los rasgos de personalidad son resistentes al cambio (Quiñones-Maldonado et al., 2013).

Por otro lado, también se han encontrado resultados que avalan cómo el tratamiento en adolescentes presenta una función preventiva en el desarrollo de la psicopatía. Por ejemplo, Salekin, Worley y Grimes (2010) a partir de una revisión de 42 estudios, encontraron un mayor número de estudios eficaces para el tratamiento de la

psicopatía en jóvenes que en adultos. Así mismo, los beneficios reportados en niños y adolescentes estaban relacionados con la reducción de violencia, mejora en las características psicopáticas, menor transgresión de la norma y mejora la capacidad de afrontamiento de problemas. Por todo lo anterior, se afirma que los tratamientos con jóvenes presentan una función preventiva de la psicopatía.

Así mismo, cabe reflejar la importancia que podría tener para el tratamiento de la psicopatía, el descubrimiento de una teoría neurobiológica válida sobre el origen de la psicopatía. Este nuevo planteamiento podría abrir la puerta para el uso de fármacos que actuaran sobre las disfunciones cerebrales de dichos sujetos (Abbott 2011).

4. Resultados

En la Tabla 4 se presentan los resultados de las 11 sentencias más representativas de una muestra de 35 sentencias analizadas. Según los resultados de las sentencias analizadas, el delito más repetido es el de asesinato, seguido por homicidio. A continuación, aparecen otros delitos violentos como robo con intimidación y uso de armas y abuso sexual, y otros menos violentos como falsedad documental y malversación, delito de incendio, lesiones y delito contra la salud pública. En relación con la modificación de la responsabilidad penal, se mantiene en todas las resoluciones la responsabilidad plena, excepto en tres, aplicándose una eximente incompleta atendiendo a la gravedad de la afección, y dos atenuantes analógicas por co-existencia de consumo de sustancias. En cuanto al concepto de psicopatía, se establece confusión con términos como el trastorno antisocial de la personalidad, trastorno esquizoide compulsivo o trastorno narcisista.

Se puede observar cómo los resultados mostrados en la Tabla 4 sobre análisis de sentencias son congruentes con la teoría acerca del tratamiento jurisprudencial en casos de psicopatía. El psicópata es considerado como responsable penalmente de los hechos cometidos, a excepción de que concurriese otra patología comórbida o circunstancia análoga que supusiera la disminución o merma de facultades cognoscitivas y/o volitivas del sujeto. En el 64% de las sentencias analizadas se mantiene la responsabilidad plena; en tres de ellas se aplican las atenuantes correspondientes según las causas justificantes expuestas con anterioridad y por último, se aprecia una excepción, al aplicarse en una

sentencia la atenuante analógica por alteración psíquica contando únicamente con el diagnóstico de personalidad psicopática, por considerarse ligeramente disminuidas las capacidades volitivas.

Tabla 4. Resultados del análisis de sentencias.

Nº Sentencia	Uso concepto de psicopatía	Comorbilidad	Tipo delito	Modificación de responsabilidad penal
STS 437/2007. Recurso de Casación: 10945/2007. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal, Sección 1ª. Nº de Resolución: 4767/2008	Psicopatía, con rasgos marcados de personalidad narcisista y compulsiva con manifestaciones agresivo- sádicas	No	Asesinato y 3 tentativas de asesinato	No hay lugar al recurso de casación. Responsabilidad plena
STS 423/2007. Recurso de casación: 10594/2006. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal, Sección 1ª. Nº de Resolución: 5612/2007	Psicopatía consistente en un trastorno social de la personalidad	No	Homicidio en grado de tentativa	No hay lugar al recurso de casación. Responsabilidad plena
STS 402/2010 ECLI:ES:TS:2010:2758. Recurso de casación: 1964/2009 Tribunal Supremo. Sala de lo Penal, Sección 1ª. Nº de Resolución: 5169/2010	Personalidad Psicopática o Trastorno de Personalidad de tipo esquizoide compulsivo	No consta	Delito de falsedad documental en concurso medial con delito continuado de malversación	No hay lugar a recurso de casación. Circunstancias modificativas: atenuante de reparación de daño y analógica a la alteración psíquica (pese a informes en contra)
STS 2194/2002. Recurso de Casación: 2358/2001. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Nº de Resolución: 558/2003	Personalidad psicopática	No consta	Delito de incendio y de lesiones	No hay lugar a recurso por atenuante analógica.

				Plena responsabilidad
STS 2440/2001 Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. N° de Resolución: 1814/2001	Personalidad psicopática	Alcoholismo crónico	Delito de tráfico de drogas	De inicio solo se aprecia atenuante 2ª art 21, pero tras recurso de casación alegando alcoholismo crónico en conjunción con personalidad psicopática cabe eximente incompleta
STS 1221/1997 ECLI:ES:TS:1997/1221. Recurso de Casación: 1827/1995 Tribunal Supremo. Sala de lo Penal, Sección 1ª. N° de Resolución: 7219/1997	Personalidad psicopática social	No consta	Delito de tenencia de ilícita de armas y de robo con intimidación y uso de armas	No hay lugar a recurso de casación. No modificación de responsabilidad
STS 2124/2002. Recurso de Casación: 1747/2001 Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. N° de Resolución: 322/2003	Rasgos de personalidad psicopática	No consta	Delito de continuado de abusos sexuales	No hay lugar a recurso de casación. Responsabilidad plena
STS 5966/2008 ECLI:ES:TS:2008:5966 Recurso de casación: 11258/2007. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. N° de Resolución: 713/2008	Psicópata	Consumidor habitual estupefacientes	Delito de asesinato con agravante por alevosía	Sí hay recurso de casación de atenuante por toxifrenia
STS 839/2007 ECLI:ES:TS:2007:7232. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal, Sección 1ª. N° de Resolución: 8129/2007	Psicopatía, diagnosticada como Trastorno Antisocial de la Personalidad	Consumo sustancias tóxicas	Delito de homicidio en grado de tentativa y una falta de	No hay lugar a recurso. Responsabilidad plena

			maltrato físico	
STS 158/2015 ECLI:ES:TS:2015:1257 Recurso de Casación: 1747/2001. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal, Sección 1ª. Resolución: 2015/991	Psicopatía paranoica	No consta	Delito de asesinato en concurso ideal con uno de aborto	Sí hay lugar a recurso de casación alegándose eximente incompleta por afectación de capacidad cognoscitiva y volitiva
STS 63/2008 ECLI:ES:TS:2018:320 Recurso de casación: 10453/201. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal, Sección 1ª. Resolución: 2018/388	Trastorno de Personalidad Antisocial con psicopatía grave	No consta	Asesinato	No hay lugar al recurso de casación. Plena responsabilidad

5. Aproximación Forense

5.1 Tratamiento jurídico de la psicopatía

En primer lugar, se va a realizar una revisión teórica sobre el tratamiento jurídico de la psicopatía en España. Para comenzar, cabe señalar el problema tan grande con respecto a la indefinición y confusión acerca del término psicopatía. Se observa, por ejemplo, en los tribunales españoles, que el uso de trastorno antisocial de la personalidad o trastorno narcisista de la personalidad son utilizados como sinónimos de este trastorno (Aguilar, 2017).

Con respecto al tratamiento jurisprudencial de la psicopatía a lo largo de la historia, cabe señalar tres momentos importantes. En primer lugar, el Código Penal operante era el de 1973, el cual tenía la consideración en su art. 8.1º la eximente de enajenación mental, que exigía la existencia de enfermedad mental para su aplicación. No

obstante, la psicopatía no tenía la consideración de enfermedad mental y, por consiguiente, no podía englobarse dentro de este apartado y era considerado como plenamente responsable. El criterio de enajenado va a modificarse con posterioridad dado que se observó que planteaba ciertos problemas. El término enajenado fue tomado como una palabra de uso popular que hacía referencia a personas que no poseían control sobre los actos que realizaban. Esta concepción planteaba un problema, porque dejaba de lado otras alteraciones como el retraso mental que, aun no siendo personas enajenadas, son personas que no presentan un desarrollo cognitivo normal (Agustina y Lorenzo, 2016).

Posteriormente, en 1981, el Tribunal Supremo comenzará a considerar la psicopatía como enfermedad mental a partir de su adición a los trastornos mentales en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE) en su novena edición, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud. Por tanto, a partir de ese momento, será excepcional la no apreciación de la psicopatía como enfermedad mental y, mayoritariamente, se encontrarán sentencias donde se incluirá dicho término como perteneciente al campo de enfermedades mentales. Sin embargo, tras la consideración de la psicopatía como enfermedad mental, el tratamiento jurisprudencial puede ser muy variado: el psicópata será considerado plenamente responsable, al no tener afectadas sus capacidades cognitivas y volitivas, sentencias donde se considera la atenuante analógica por la consideración de enajenado y otros casos donde se considera la eximente incompleta de enajenación mental debido a la presencia de psicopatía grave o a la presencia de otros problemas añadidos al diagnóstico de psicopatía que impidieran la responsabilización del sujeto (Agustina y Lorenzo, 2016).

Finalmente, es en el año 1995 cuando se introduce un cambio en el Código Penal que supone un cambio en la imputabilidad de este tipo de sujetos. El cambio tiene lugar al sustituirse en la consideración de la eximente de responsabilidad penal, recogida hasta entonces en el art. 8.1 del Código Penal de 1973, el concepto de “enajenado” por el de “anomalía o alteración psíquica”, que se recogió en el art. 20.1 del Código Penal de 1995. Con ello se podía dar cabida así, tanto a las anomalías de carácter patológico, como a las alteraciones de tipo psicológico (los trastornos de la personalidad), considerando indispensable para la atenuación o eximición de la responsabilidad penal, la ausencia de capacidad cognitiva o volitiva del sujeto. Sin embargo, la tendencia actual es proclive a considerar a estos sujetos como plenos responsables, a no ser que concurra junto con el diagnóstico de psicopatía otra alteración psíquica o consumo de sustancias que pueda

llevar aparejada una disminución de la capacidad cognitiva y/o volitiva (Agustina y Lorenzo, 2016).

Efectivamente, en el caso concreto de la psicopatía, la imputabilidad puede verse disminuida o en su caso, erradicada, ante la presencia comórbida de psicopatía con otros trastornos mentales o causas de intoxicación exógena. No obstante, en el análisis de la psicopatía con la confluencia de abuso de sustancias, se debe valorar si la persona en el momento de comisión del delito estaba incapacitada o si, por el contrario, existía un uso instrumental del consumo (Sánchez, 2012). También hay que tener en cuenta, tal y como se dijo en STS 5966/2008, que el mero hábito de consumo de drogas no constituye causa justa para la aplicación de atenuante o exclusión total o parcial de la pena, puesto que es necesario demostrar la influencia de la droga en la afectación de las facultades volitivas y cognitiva del sujeto en el momento de los hechos.

Según Ortega-Escobar, Alcázar-Córcoles, Puente-Rodríguez y Peñaranda- Ramos (2017) con respecto a los déficits neurológicos asociados con determinadas características de la psicopatía, la jurisprudencia no considera que la existencia de déficit es suficiente para la reducción de la pena. Si bien, Agustina y Lorenzo (2016) indican la existencia de autores que confirman que, no dentro de mucho tiempo, habrá casos de psicopatía en los que se eliminará la imputabilidad, atribuyendo la causa de la acción delictiva a la falta a estructuras cerebrales.

Este consenso que se encuentra en el tratamiento de la psicopatía en la jurisprudencia española, no aparece en la literatura dado que autores como Morse (2008) indican que los psicópatas no gozan de las condiciones de racionalidad necesarias para ser considerados como plenamente responsables. Por ejemplo, Morse indica la incapacidad de estos sujetos de comportarse de acuerdo a la moral, a pesar de disponer de ese conocimiento, debido a la ausencia de preocupación moral. Así mismo, Litton (2008) indica que estos sujetos no gozan de los niveles adecuados para valorar y dirigir su conducta.

Es importante considerar que la psicopatía puede influir negativamente en el tratamiento jurídico de la conducta delictiva dado que el Código Penal español va a utilizar la agravante de reincidencia (Art 22.8a) y el grado de peligrosidad criminal para añadir medidas accesorias a la pena de cárcel (art 48 y 57). En este sentido, la psicopatía

es un trastorno asociado a una elevada peligrosidad y reincidencia delictiva, con ausencia de tratamiento eficaz hasta la fecha. Así mismo la personalidad del criminal puede determinar el acceso al tercer grado (Art 90 y 92). La psicopatía se caracteriza por un estilo de personalidad innato carente de afectividad, falta de remordimientos, ausencia de empatía... (Ortega- Escobar et al., 2017)

Por otro lado, la motivación del psicópata es de carácter instrumental, lo que conduce a pensar en la premeditación del hecho delictivo, aspecto relevante a la hora de reflejar la imputabilidad del hecho (Ortega- Escobar et al., 2017).

Con respecto a otras medidas adicionales, cabe señalar cómo en nuestra doctrina surgieron opiniones a favor de establecer algo más que la pena privativa de libertad para neutralizar la peligrosidad de determinados delincuentes. Esta petición parece ser resarcida a partir de la creación de la medida de seguridad de libertad vigilada introducida en la reforma del Código Penal, a través de la LO 5/2010. Dicha medida va a estar reservada para dos tipos de delincuentes: los que lleven a cabo un delito contra la libertad e indemnidad sexual y los que estén implicados en organizaciones o grupos terroristas. Posteriormente, con la LO 1/2015, se extendió la aplicación de la medida de seguridad a delitos contra la vida, así como en los delitos de malos tratos y lesiones englobados en casos de violencia de género y doméstica, no obstante, su implantación sería opcional. En nuestro Código estas penas accesorias son impuestas bajo el soporte de peligrosidad criminal del art 95 CP. La imposición de estas medidas debe hacerse en casos de estricta necesidad y nunca teniendo una duración superior a la de la pena de prisión. La principal función que cumple esta pena es la de reinserción del sujeto (Agustina y Lorenzo, 2016).

5.2 Delictología

Respecto al tipo de delito más repetido en los sujetos psicópatas, se obtuvieron diversos resultados. El robo y la versatilidad delictiva correlacionan con puntuaciones altas en el factor 2 de la escala de valoración de psicopatía que hace referencia a la conducta antisocial, a diferencia de la violencia que aparece en tercer lugar, sin que esto implique la no violencia de estos sujetos. En cambio, la correlación más alta con el factor 1 de la escala de valoración de psicopatía le corresponde a los delitos versátiles. La versatilidad comprende la comisión de tres o más delitos diferentes y no necesariamente un mayor conocimiento delictivo, sino debido a una falta de límites. Los delincuentes

versátiles han sufrido mayores problemas en su vida, especialmente relacionados con consumo prolongado de drogas, y sus delitos son más graves y poco determinados (Martínez, 2015).

Así mismo, en la investigación de Martínez (2015) se concluyó que el factor 2 del PCL-R correlacionaba con todas las variables delictivas evaluadas. De manera que puntuaciones elevadas en el factor antisocial correlacionan con: reincidencia (mayor número de delitos cometidos en vida), persistencia (mayor número de ingresos), violencia, conflictividad en prisión, gravedad (cuantía de condena) e inadaptación (mayor tiempo de permanencia en primer grado). En cambio, el factor 1 del PCL-R correlacionaba únicamente con violencia, inadaptación y, levemente, con gravedad.

Rodríguez y González-Trijueque (2014), indican que es un error habitual considerar a los psicópatas como sujetos violentos per se, responsables de actos atroces, dado que muchos de estos sujetos cometen delitos socioeconómicos como delito de cuello blanco o, también son propios de estos sujetos, delitos por fraude, malversación o cualquier tipo de engaño, gracias a la fuerte capacidad manipulativa que les caracteriza. Respecto a lo anterior, Rovelo (2014) indica que el robo y el fraude son los delitos más cometidos por mujeres psicopáticas. Por el contrario, hay algunos psicópatas que, según Otín (2009), se les conoce como depredadores y muestran una violencia extrema que se puede ver reflejada en delitos como el homicidio o la agresión sexual en serie. Normalmente estas acciones pueden ir dirigidas indiscriminadamente a cualquier tipo de persona independientemente de su condición.

Otra manera de expresar la violencia psicopática se encuentra en el ámbito de violencia doméstica. Estos sujetos llevaran a cabo conductas con la finalidad de obtener la dependencia psicológica de la pareja a partir del aislamiento y menoscabo de la autoestima de ésta, sin perjuicio de utilización de la fuerza física para la consecución o reforzamiento de sus deseos. Muchos de estos casos llegan a su máxima expresión de violencia causando la muerte de la pareja (Rodríguez y González-Trijueque, 2014).

En otras ocasiones parece que estos los psicópatas se comportan de manera poco lógica, sin ninguna razón aparente y arriesgándose en muchas ocasiones. Dentro de este grupo se puede encontrar el homicidio absurdo, el cual no tiene ninguna justificación más que la búsqueda de excitación. Así mismo, dentro de este grupo se encuentran los delitos

que buscan notoriedad a través de los medios de comunicación, como una manera de satisfacer su egocentrismo (Rodríguez y González-Trijueque, 2014).

5.3 Comorbilidad

En relación a la comorbilidad de la psicopatía con otros trastornos en el marco jurídico prima, al igual que en lo analizado en nuestras sentencias, la comorbilidad con otros trastornos de personalidad, así como con consumo de sustancias tóxicas. Por ejemplo, Martínez (2015), indica comorbilidad de psicopatía con los siguientes trastornos de la personalidad: sádico, antisocial, límite, histriónico y esquizotípico, atribuyendo esta correlación al factor 2 del PCL-R. Por otro lado, Sánchez (2012), encuentra cómo el trastorno por consumo de sustancias correlaciona moderadamente con el factor de conducta antisocial, y débilmente con el factor afectivo-interpersonal de la Psicopatía.

Específicamente, en el caso de mujeres psicópatas, la comorbilidad suele estar más relacionada con un trastorno de personalidad histriónica, trastornos de ansiedad o depresión (Rovelo, 2014).

6. Conclusiones

1. Uno de los problemas más grandes se encuentra en torno a la definición de la psicopatía, dado que existe una confusión terminológica tremenda al utilizar otros trastornos psicológicos para referirse a este constructo.
2. Se estima aproximadamente la presencia de rasgos clínicos psicopáticos en el 1% de la población y de un 3% en contexto penitenciario.
3. La convergencia de factores ambientales y biológicos es la mejor opción para la explicación etiológica de la psicopatía.
4. Todavía queda mucho por investigar en términos de tratamiento, dado que la mayoría de los tratamientos encontrados no han resultado efectivos e incluso han ocasionado efectos iatrogénicos.
5. El psicópata es considerado como plenamente responsable de los delitos cometidos a no ser que, en conjunción con dicho trastorno aparezca una

toxicomanía o el diagnóstico de otro trastorno psicológico, que pueda disminuir la capacidad cognitiva o volitiva del sujeto.

6. El tipo de delito predominante en sujetos psicópatas es el asesinato. Sin embargo, el ámbito de delincuencia es muy diverso: agresiones sexuales, robo, fraude...
7. La psicopatía suele ser comórbida a otros trastornos de personalidad, intoxicación o consumo de sustancias y, en mujeres, trastornos del estado de ánimo.

Uno de los temas más preocupantes tanto para la sociedad en general como para los distintos profesionales que son competentes en materia de psicopatía (psicólogos, criminólogos, miembros de instituciones penitenciarias, jueces...) es la efectividad de los tratamientos. Para conseguir producir cambios en esta cuestión es necesario conjugar algunas conclusiones favorables que se han establecido. En primer lugar, tal y como se ha defendido por gran parte de los investigadores, la etiología de la psicopatía viene determinada por la confluencia de factores biológicos (que parecen tener cierta relevancia en la manifestación de características psicopáticas) y factores ambientales que modulan la aparición de este trastorno. En esta línea, dado que no se han encontrado evidencias de causas biológicas explicativas de la psicopatía, no se podría actuar por el momento con un componente farmacológico, aunque este sí podría usarse dentro de los cuadros comórbidos al constructo (por ejemplo, adicciones). No obstante, se ha comprobado que el contexto familiar en la infancia es muy determinante y sería importante valorar contextos de riesgo en este sentido. Por otro lado, con respecto al tratamiento, se ha observado cómo los tratamientos dirigidos a población infanto-juvenil con características psicopáticas, son mucho más eficaces y tienen un valor importante en la prevención. La reflexión expuesta parece congruente con la propia definición de personalidad, siendo ésta como una manera de ser y relacionarse que queda constituida en torno a la mayoría de edad y la cual es muy difícil de cambiar una vez queda establecida. Por tanto, acorde a esta consideración de la personalidad, cabría subrayar cómo la intervención temprana en la psicopatía, reconocido entre los Trastornos de Personalidad actualmente, tendría un valor prioritario.

Sería importante como vehículo de prevención primaria y secundaria el aumento de la investigación en psicopatía juvenil para poder realizar una detección temprana de potenciales psicopáticas que pudieran ser trabajadas. Sin embargo, la

evaluación a edades tan tempranas implicaría valorar la posibilidad de un problema ético, al suponer dicha prueba una etiqueta devaluadora para el sujeto.

Por otro lado, considero que es fundamental la definición precisa del constructo de la psicopatía, ya que es esencial la posibilidad de realizar diagnósticos rigurosos que faciliten ajustar el tratamiento a las necesidades del sujeto y, por otro lado, para eliminar el trato vacilante de la jurisprudencia sobre esta cuestión. Así mismo, es necesaria la presencia de profesionales competentes en la materia para poder discriminar entre la psicopatía y los otros trastornos con los que se ha venido asociando a lo largo de la historia, y profesionales con talante para el manejo de este tipo de sujetos, dado que se trata de individuos con grandes capacidades de manipulación y persuasión que pueden ser muy convincentes en sus mentiras.

Finalmente, me gustaría hablar de algo que se ha mencionado en diversos puntos del trabajo y es la presencia en la sociedad de psicópatas no delincuentes, que incluso pueden estar muy bien posicionados socialmente y ser admirados por los cargos profesionales que ocupan. Creo que el origen de esta visión positiva de sujetos psicópatas puede encontrarse en los valores culturales que hoy en día defiende nuestra sociedad, tales como: el individualismo, la falta de ayuda humanitaria, la defensa de los propios intereses, la competitividad... Todos estos factores contribuyen a la creación de una sociedad con una visión más tolerante hacia la violencia y una falta de preocupación por las necesidades y derechos de los otros.

7. Bibliografía

- Abbott, A. (2001). Into the mind of a killer. *Nature*, 410(6826), 296–298. doi:10.1038/35066717
- Aguilar, M.M. (2017). La inadecuada identificación de la psicopatía con el trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 19-13, 1-40.
- Agustina, J. y Lorenzo, F. (2016). Sobre el confuso concepto de psicopatía en la jurisprudencia del Tribunal Supremo español: una revisión crítica ante los nuevos retos del Derecho penal de la peligrosidad. *Polít. crim.*, 11(21), 66-103
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC: Author
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). La psicopatía. En M.A. Luengo y M.T. Carrillo (Ed), *Manual de psicopatología II* (pp. 481-509). Madrid: McGraw-Hill.
- Corrado, R.R., DeLisi, M., Hart, S.D. y McCuish, E.C. (2015). Can the causal mechanisms underlying chronic, serious, and violent offending trajectories be elucidated using the psychopathy construct? *Journal of Criminal Justice*, 43, 2015, 251–261.
- De Corral, P. (1996). Trastorno antisocial de la personalidad. En E. Echeburúa, *Personalidades Violentas* (pp. 57-66). Madrid: Ediciones Pirámide
- Dujo, V. y Horcajo- Gil, P.H. (2017). La psicopatía en la actualidad: abordaje clínico-legal y repercusiones forenses en el ámbito penal. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 17(1), 69-88
- Farrington, D. P. (2006). Family background and psychopathy. En C. J. Patrick (dir.). *Handbook of psychopathy* (pp. 229-250). Nueva York: Guilford
- Flexon, J. L. (2016). Callous-unemotional traits and differently motivated aggression: An examination of variants in a noninstitutionalized samples. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 14, 367–389
- Forth, A. E., Brown, S. L., Hart, S. D. y Hare, R. D. (1996). The assessment of psychopathy in male and female noncriminals: Reliability and validity. *Personality and Individual Differences*, 20(5), 531-543

- Frick, P. J., y Hare, R. D. (2001). *The Antisocial Process Screening Device (APSD)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Garrido, V. (2000). *El psicópata*. Alzira: Algar
- Garrido, V. (2005). *Qué es la Psicología Criminológica*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- González- Guerrero, L. (2012). Trastornos de la personalidad: influencia en la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal (Tesis Doctoral). Recuperado de E-Prints Complutense.
- Halty, L. y Prieto-Ursúa, M. (2015). Psicopatía infanto-juvenil: evaluación y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 36(2), 117-124.
- Hare, R.D. (2003). *Sin Conciencia: El Inquietante Mundo de los Psicópatas que nos Rodean*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Harpur, T. J.; Hakstian, A. R., y Hare, R. D. (1988). Factor structure of the Psychopathy Checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 741-747.
- Litton, P. (2008). Responsibility Status of the Psychopath: on moral reasoning and rational self-governance. *Rutgers Law Journal*, 39, 349-392
- López, M^a J. y Nuñez, M^a C. (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 7, Artículo 1, 1-17.
- López, C. y Robles, J.I. (2005). Aproximación histórica al concepto de psicopatía. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5(1), 137-168.
- López- Romero, L., Romero, E. y Villar, P. (2012). Relaciones entre estilos educativos parentales y rasgos psicopáticos en la infancia. *Psicología Conductual*, 20(3), 603-623
- Martínez, T. (2015). Psicopatía, violencia y trayectoria delictiva: análisis de su interacción en muestras penitenciarias. (Tesis Doctoral). Recuperado de E-Prints Complutense.
- Mora, F. (2004). *¿Cómo Funciona el Cerebro?* Madrid: Alianza Ensayo.
- Morse, S.J. (2008). Psychopathy and Criminal Responsibility. *Neuroethics*, 1, 205-212
- Muñoz, J.J, Navas, E y Fernández, S. (2003). Evidencias de alteraciones cerebrales, cognitivas y emocionales en los “psicópatas”. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(3), 59-84.

- Ortega- Escobar, J., Alcázar- Córcoles, M.A., Puente- Rodríguez, L. y Peñaranda- Ramos, E. (2017). Psychopathy: Legal and neuroscientific aspects. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27, 57-66. doi: 10.1016/j.apj.2017.01.003
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10: Trastornos Mentales y del Comportamiento, Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, OMS, Ginebra, Suiza.
- Otín, J. (2009). *Psicología Criminal, técnicas aplicadas de intervención e investigación policial*. Valladolid: Lex Nova.
- Patrick, C. J., Zempolich, K. A. y Levenston, G. K. (1997). Emotionality and violent behavior in psychopaths: A biosocial analysis. En: Raine A, Farrington DP, Brennan P, Mednick SA, editores. *The biosocial bases of violence* (pp. 145-61). New York: Plenum Press
- Quiñones-Maldonado, R., Martínez- Taboas, A. y Rodríguez-Gómez, J. (2013). Psicopatía en poblaciones hispanas y consideraciones clínicas para su tratamiento. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 5(1), 10-28.
- Rodríguez, R. y González- Trijueque, D. (2014). Psicopatía: Análisis Criminológico del comportamiento violento asociado y estrategias para el interrogatorio. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 14(1), 125- 149
- Raine, A., Buchsbaum, M. y LaCasse, L. (1997). Brain abnormalities in murders indicated by positron emission tomography. *Biological Psychiatry*, 42, 495-508
- Raine, A. y Sanmartín, J. (2000). *Violencia y psicopatía*. Barcelona: Editorial Ariel
- Rovelo, N.C. (2014). *Violencia y psicopatía en mujeres internas en un centro penitenciario*. (Tesis doctoral). Recuperado de GREDOS (Gestión del Repositorio Documental de la Universidad de Salamanca)
- Salekin, R. T., Worley, C. & Grimes, R.D. (2010). Treatment of psychopathy: A review and brief introduction to the mental model approach for psychopathy. *Behavioral Sciences and the Law*, 28, 235-266.
- Sánchez, F. (2012). El tratamiento jurisprudencial de la psicopatía: Comentario de la STS 1391/1988, de 29 de febrero (Ponente Excmo. Sr. D. José Jiménez Villarejo). *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 7, 347-366.

- Sánchez, F.J. (2009). Fisonomía de la psicopatía. Concepto, origen, causas y tratamiento legal. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3º Época(2), 79-125.
- Torrubia, R. y Cuquerella, A. (2008). Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Revista Española de Medicina Legal*, 34(1), 25-35
- Walsh, A. y Wu, H-H. (2008). Differentiating antisocial personality disorder, psychopathy, and sociopathy: evolutionary, genetic, neurological, and sociological considerations. *Criminal Justice Studies*, 21(2), 135-152. doi: 10.1080/14786010802159814
- Werner, K.B., Few L.R. y Buchol, K.K. (2015). Epidemiology, Comorbidity, and Behavioral Genetics of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy. *Psychiatric Annals*, 45(4), 195–199. doi:10.3928/00485713-20150401-08.
- Wogan, M., & MacKenzie, M. (2002). Antisocial personality disorder in a sample of imprisoned non-sex, non-arson adult male offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 35(2), 31-49.
- Yesuron, M. (2013). La psicopatía y su diagnóstico. *Revista Estudios sociohumanísticos*, 1(1)