



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Trastorno antisocial de la personalidad: tratamiento desde los distintos enfoques psicológicos y abordaje penitenciario

Autor/a: Noura Felicitas Aimée Qasrawi

Director/a: Roncesvalles Ibarra Larrión

Madrid

2021/2022

ÍNDICE

Introducción.....	2
Justificación teórica	4
Aproximación conceptual	4
Aproximación histórica.....	5
Trastorno antisocial de la personalidad	6
Definición y criterios diagnósticos según el DSM-V	6
Etiología.....	7
Factores genéticos	7
Factores neurológicos.....	8
Factores ambientales y relacionales	9
Trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta y trastorno antisocial de la personalidad.....	9
Trastorno antisocial de la personalidad vs psicopatía.....	10
Trastorno antisocial de la personalidad y su asociación a la delincuencia	11
La mayor reincidencia de la persona con TAP	12
La violencia instrumental en los delitos de personas con TAP.....	12
La tipología delictiva.....	13
Principales abordajes terapéuticos.....	13
El tratamiento del TAP mediante la Terapia Cognitiva de Beck.....	15
Terapia dialéctica conductual aplicada al TAP.....	19
Abordaje penitenciario del TAP	22
El modelo RNR.....	23
Discusión	24
Bibliografía consultada.....	28

Introducción

La personalidad como constructo psicológico engloba las cogniciones, emociones y conductas que presentan las personas de forma más o menos estable en el tiempo y espacio (es decir, en diferentes contextos). Estos rasgos suelen mostrarse desde una edad muy temprana y resultar dominantes en el curso de la vida de las personas. Por tanto, se hace evidente la importancia de un componente genético en la estructura de la personalidad. Puede inferirse, por tanto, que los rasgos prevalentes han seguido un proceso evolutivo por el cual han resultado ser los más adaptativos para la supervivencia humana. Los patrones de personalidad imperantes en la actualidad pudieran ser, en consecuencia, los más compatibles con las exigencias del entorno (Beck y Freeman, 1995).

Todas las personas muestran ciertas tendencias hacia un tipo de patrón de pensamiento/emoción/comportamiento, si bien, por lo general, dichas tendencias son matizables. Sin embargo, cuando dicho patrón es muy dominante y no resulta adaptativo para el entorno en el cual se encuentra un individuo, puede generar un importante malestar para el mismo. Dadas estas condiciones, podemos encontrarnos ante un trastorno de la personalidad (American Psychiatric Association, 2013). Los trastornos de personalidad son clasificados según las tendencias que muestran quienes los presentan. La American Psychiatric Association los divide en tres grupos, asignando a cada grupo una letra. El grupo A comprende los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica; el grupo B comprende los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista; y el grupo C comprende los trastornos de personalidad evasiva, dependiente y obsesivo-compulsiva.

El presente trabajo académico centrará su estudio en el trastorno antisocial de la personalidad y los diferentes abordajes terapéuticos existentes para tratar de mitigar las consecuencias negativas que puedan experimentar quienes lo presenten. El trastorno antisocial de la personalidad (TAP de aquí en adelante) se caracteriza principalmente por una persistente inatención y vulneración de los derechos de los demás (American Psychiatric Association, 2013), evidenciadas en diversos comportamientos y actitudes antisociales.

Por la naturaleza del TAP, resulta complicado que un sujeto que lo presente acuda voluntariamente a terapia, lo cual dificulta la intervención psicológica. Generalmente, quienes acceden a recibir tratamiento lo hacen por presiones externas (véase por parte de una pareja, un empleador, un juez, etc.) en vistas de recibir algún tipo de recompensa o evitar un castigo (Beck y Freeman, 1995; Caballo, 2001). A su vez, la intervención terapéutica en un paciente con TAP resulta compleja y no siempre fructífera, existiendo históricamente pocas propuestas de tratamiento (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002).

Dadas las características inherentes al TAP, no es inusual el ingreso en prisión de quienes lo presentan. A causa de esta propensión al internamiento en una institución correccional y la escasa predisposición a acudir a terapia en un contexto clínico de forma voluntaria, la mayoría del trabajo terapéutico que se realiza con personas con TAP se desarrolla en el ámbito penitenciario. Esta particularidad conlleva tanto ventajas como inconvenientes, ya que, por un lado, proporciona un contexto estructurado (necesario para el tratamiento de estos pacientes); pero en cambio, puede ser visto como un castigo más que una ayuda, pudiendo perderse la participación activa del paciente al carecer la voluntariedad del mismo (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002).

Entre las propuestas de intervención terapéutica para pacientes con TAP existentes, cabe destacar la terapia cognitiva de Beck y la terapia dialéctica conductual, las cuales serán analizadas en mayor detalle en el desarrollo del presente trabajo académico.

La terapia cognitiva de Beck es un modelo terapéutico que busca cambiar la conducta del sujeto a través del cuestionamiento de sus creencias básicas disfuncionales. En el caso del TAP, busca ampliar el abanico de creencias y, consecuentemente, presentar posibilidades alternativas de conducta (Beck y Freeman, 1995).

La terapia dialéctica conductual, creada inicialmente para el tratamiento del trastorno de la personalidad límite, puede ser aplicada igualmente a casos de TAP, dirigido a instruir en habilidades de regulación emocional y el control de impulsos (De la Sala, 2013).

Entre las opciones terapéuticas empleadas en el ámbito penitenciario, cabe mencionar el modelo RNR. Este plantea la aplicación de 3 principios básicos que permiten reducir la reincidencia en delito: el principio de riesgo, el principio de necesidad y el principio de responsividad o disposición a responder al tratamiento (De la Sala, 2013).

El presente trabajo académico busca realizar una revisión bibliográfica acerca del TAP y las posibilidades terapéuticas existentes. A través de la misma, se buscará alcanzar los siguientes objetivos:

1. Describir las características de un trastorno de personalidad antisocial, así como su asociación al riesgo delictivo en la literatura consultada.
2. Realizar una revisión de los principales abordajes terapéuticos existentes desde las diferentes escuelas psicológicas.
3. Describir los principales abordajes terapéuticos llevados a cabo en el ámbito penitenciario y, en la medida de lo posible, valorar su eficacia/resultados.

Justificación teórica

Aproximación conceptual. El TAP se caracteriza principalmente por un persistente patrón de conducta antisocial, la cual se puede describir como un comportamiento que va en contra de las normas sociales establecidas, en búsqueda del propio beneficio. Tradicionalmente se distingue entre el factor más comportamental del trastorno, por el cual se realizan conductas contrarias a la ley o a normas sociales; y la estructura de la personalidad, la cual se caracteriza por una acusada tendencia a la manipulación, frialdad e impulsividad (Glenn *et al.*, 2013). Los criterios establecidos por el manual diagnóstico DSM-V solo hacen referencia al aspecto comportamental del TAP. Esto se debe a la tradición científica existente que distingue el TAP de la psicopatía y atribuye los mencionados rasgos de personalidad a este segundo constructo. Esta distinción ha sido motivo de debate en la literatura, ya que algunos autores defienden la inclusión de los rasgos de personalidad en el diagnóstico del TAP. En el manual diagnóstico CIE-10, el equivalente al TAP es el Trastorno Disocial de la Personalidad, en el cual sí se incorporan los aspectos de personalidad del trastorno (López, 2013).

Siguiendo los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V, la prevalencia del TAP en población general se sitúa en torno al 2-3%, detectándose de forma predominante en hombres frente a mujeres. Si bien no se trata de una prevalencia muy elevada, este trastorno adquiere su importancia por la repercusión social que tiene. Los delitos cometidos por personas con TAP suponen un coste social muy elevado, así como un importante gasto económico a nivel jurídico y penitenciario (Glenn *et al.*, 2013).

El TAP comparte algunos rasgos característicos con otros trastornos de personalidad (también del grupo B), lo cual en ocasiones puede dificultar su diagnóstico. La marcada impulsividad del TAP puede ser vista también en el trastorno límite de personalidad, definido por una manifiesta inestabilidad emocional. Coincide igualmente con el trastorno narcisista de la personalidad, con el cual comparte la ausencia de empatía, por la que resta importancia a los sentimientos de los demás. Dadas estas similitudes entre los trastornos, resulta imprescindible realizar un diagnóstico diferencial previo a hablar de la existencia de un TAP.

Aproximación histórica. Dada la importante asociación entre el TAP y la psicopatía y su difícil distinción, el origen del estudio de ambos es compartido. La primera descripción clínica de psicopatía se realiza en el siglo XVIII, si bien existen menciones de casos previas a la misma. En el siglo XIX se hablaba de “moral insanity” o “locura moral”, término que hacía referencia a una alteración sustancial de la conducta y afectividad, en ausencia de una alteración intelectual. Kraepelin, notoria figura en el ámbito de la psiquiatría, determinó que el psicópata, si bien no puede ser considerado un enfermo mental, muestra una personalidad anómala (López y Robles, 2005).

La American Psychiatric Association realiza su primera clasificación diagnóstica del TAP con la publicación del DSM-I en 1952. Utiliza el término “Desorden de la personalidad sociopática, reacción antisocial”, caracterizando a los individuos que lo presentan de “crónicamente antisociales”, al cometer conductas inmorales de forma reiterada, sin aprender de su experiencia ni mostrar remordimiento.

Con la publicación del DSM-II en 1968, se introduce por primera vez el Trastorno Antisocial de Personalidad propiamente dicho, si bien se comprende de manera diferente a la actual. En esta primera definición se mantienen los rasgos de personalidad propios de la psicopatía, haciendo especial hincapié en la insensibilidad, impulsividad y ausencia de sentimiento de culpa.

En 1980 se publica el DSM-III, en el cual se mantiene el término, pero se alteran los criterios diagnósticos. Se adopta un enfoque mucho más conductual, introduciendo criterios como la agresión física, el robo, la impulsividad, etc. En esta nueva edición se hace especial hincapié en la presencia de estos comportamientos desde una edad temprana, de modo que se puede identificar desde la adolescencia a aquellas personas que en su adultez serían categorizados como psicópatas. El cambio de criterios diagnósticos

suscito muchas críticas al prescindir de los rasgos de personalidad y centrarse principalmente en la conducta. Sin embargo, el motivo detrás de esta transformación era la búsqueda de criterios que se pudieran operativizar y así obtener un diagnóstico más objetivo y fiable.

En la DSM-IV, publicada en 1994, no se aprecian cambios sustanciales respecto al diagnóstico. Se mantienen los criterios principalmente conductuales y la exigencia de mostrar comportamientos antisociales desde la infancia. Desde ese momento y en las publicaciones posteriores (DSM-IV-TR y DSM-V) no se observan cambios importantes en la definición del TAP y sus criterios diagnósticos.

Trastorno antisocial de la personalidad

Definición y criterios diagnósticos según el DSM-V

El trastorno antisocial de la personalidad (TAP) está clasificado en el manual diagnóstico DSM-V en el grupo B de los trastornos de personalidad. La American Psychiatric Association plantea los siguientes criterios para determinar la presencia y correspondiente diagnóstico de un TAP:

- A. 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 tres (o más) de los hechos siguientes:
 1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
 2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
 3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
 4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
 6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.

7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar (2013, p. 363).

Etiología

La aparición de un trastorno antisocial de la personalidad puede deberse a una convergencia de diversos factores, los cuales (en mayor o menor proporción) confluyen para generar la sintomatología propia de esta alteración. Entre los elementos influyentes destacamos los factores genéticos, los neurológicos, ambientales y relacionales (Glenn *et al.*, 2013).

Factores genéticos. Ferguson (2010) afirma que los factores genéticos determinan aproximadamente la mitad de los casos de TAP. Uno de los principales genes estudiados en relación con el desarrollo del TAP es la monoamina oxidasa A (MAOA). Diversos estudios indican que una activación baja de MAOA en el genotipo supone una predisposición para el desarrollo de un TAP. Esta expresión genética se relaciona con conductas antisociales, tales como el uso de armas o la pertenencia a bandas armadas (Beaver *et al.*, 2009). Este alelo se encuentra en el cromosoma X, cuestión que múltiples autores consideran un factor explicativo de la mayor tendencia de los hombres a presentar estas conductas antisociales en comparación con las mujeres (Ferguson, 2010; Álvarez *et al.*, 2021).

Otro factor genético influyente en el desarrollo del TAP es la variante 5-HTTLPR, relacionado con la síntesis del transportador de serotonina. Esta variación genética se asocia con comportamientos agresivos y violentos (Douglas *et al.*, 2011).

Del mismo modo, otra alteración genética influyente es la variante del gen dopaminérgico catecol-o-metil transferasa (COMT), la cual se asocia con conductas antisociales y un

desarrollo deficitario del córtex prefrontal, pudiendo reducir el control de la persona sobre sus impulsos agresivos (Ferguson, 2010).

Factores neurológicos. El segundo factor influyente sobre el desarrollo del TAP a analizar es el factor neurológico. Diversos estudios realizados muestran que una alteración en los lóbulos frontales, encargados de muchas funciones ejecutivas, puede generar patrones de comportamiento inapropiados y deficitarios a nivel social, lo cual puede desembocar en conductas violentas e impulsivas (Méndez, 2019).

Se observa una reducción en la materia gris del córtex prefrontal en las personas que presentan un TAP (Sundram *et al.*, 2012), factor explicativo de su funcionamiento deficitario. Algunos investigadores sugieren que el tamaño reducido del córtex prefrontal está relacionado con el género, siendo menor en varones que en mujeres, factor que explicaría la mayor presencia de conductas antisociales y un mayor porcentaje poblacional con TAP en estos primeros (Raine *et al.*, 2011). Asimismo, la presencia de una baja activación del alelo MAOA y así como la variante genética COMT (tal y como se ha expuesto anteriormente) correlacionan con un desarrollo inadecuado de la capacidad de regulación del córtex prefrontal (Beaver *et al.*, 2009; Ferguson, 2010).

Otra alteración neurológica que se ha observado en personas con TAP es un déficit en la amígdala, encargada del procesamiento emocional. Esta irregularidad podría explicar las anomalías emocionales características del TAP, como la falta del sentimiento de culpabilidad y empatía (Méndez, 2019). Por otro lado, investigadores consideran que las personas con TAP anteponen contenidos emocionales en situaciones en las cuales resulta poco adaptativo, realizando un procesamiento inadecuado de los mismos. Esta tendencia se asocia a la falta de control inhibitorio en las situaciones que lo requieren (Verona *et al.*, 2012). Otros autores afirman que la mermada capacidad de ejercer el control inhibitorio puede deberse a una desconexión entre el área límbica y área frontal (Méndez, 2019).

Acorde al modelo de Cyders y Smith (2008) sobre la urgencia negativa (el cual plantea que experimentar emociones negativas predispone a actuar de forma más impulsiva), el procesamiento emocional deficiente previamente mencionado, sumado a las irregularidades en el córtex prefrontal podrían explicar la tendencia de las personas con TAP a presentar conductas violentas de forma más impulsiva (Méndez, 2019).

Factores ambientales y relacionales. Si consideramos los factores genéticos y neurológicos como predisponentes, los factores ambientales y relacionales constituirían posibles desencadenantes para el desarrollo del TAP. Estudios muestran que la presencia de maltrato en la infancia puede activar la variante genética ya existente en la persona, propiciando la aparición de conductas antisociales y, en casos más severos, el desarrollo de un TAP (Méndez, 2019). Asimismo, la alteración genética predisponente puede ser heredada de los padres si estos la presentan, generando un riesgo para los descendientes (Barlow y Durand, 2013).

Del mismo modo, la observación de comportamientos violentos en el seno intrafamiliar puede favorecer la adopción de un repertorio conductual antisocial. Estas conductas se pueden adoptar por aprendizaje vicario, al reproducir los hijos los patrones observados en casa. Estudios muestran que aquellas personas que en su infancia presenciaron conductas violentas en el seno familiar presentan una mayor tendencia a ejercer patrones violentos en la adultez (Roberts *et al.*, 2010).

Shi *et al.* (2012) realizaron un estudio longitudinal en el cual observaron los efectos del entorno en el cual se produjo la crianza de personas presentadoras de rasgos antisociales y su manifestación en la adultez. La falta de un apego seguro, la ausencia materna y estrategias inadecuadas para regular emocionalmente al bebé en momentos de angustia fueron los factores más notablemente influyentes que detectaron, así como el abuso y la negligencia infantil.

Trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta y trastorno antisocial de la personalidad

Si bien el trastorno antisocial de la personalidad se clasifica de forma independiente en el DSM-V, hay numerosos autores que consideran este trastorno parte de un continuo (Salisbury, 2014), el cual tiene su inicio en un trastorno negativista desafiante (TND), desarrollado a una edad temprana. Este trastorno, caracterizado por una marcada irritabilidad, actitud desafiante (en especial respecto a figuras de autoridad) y un carácter vengativo, se desarrolla en la infancia temprana, generando un profundo malestar en el individuo y su entorno (American Psychiatric Association, 2013).

La siguiente etapa en el propuesto continuo sería el paso por un trastorno de conducta (TC), propio de la adolescencia y caracterizado por agresiones a personas y animales,

destrucción de la propiedad, engaño o robo e incumplimiento grave de las normas (American Psychiatric Association, 2013).

Dadas las similitudes apreciadas entre estos trastornos (y el TAP), se han realizado estudios longitudinales que proponen que dichos trastornos representan estadios diferentes de la misma conducta disfuncional. Dichos estudios establecen la presencia de un TND como un importante precursor del TC, al igual que se comprueba una elevada comorbilidad entre ambos. La relación entre el TC y el TAP también resulta evidente, al constituir la presencia de un TC en la adolescencia un criterio imprescindible para poder diagnosticar un TAP. Si bien no todos los casos de TC desembocan en un TAP, todos los casos de TAP deben verse precedidos por un TC, de modo que la vinculación es innegable (Salisbury, 2014).

Por tanto, resulta extremadamente plausible el desarrollo de una conducta disfuncional con inicio en la infancia y a lo largo de la adolescencia que, si no es reconducida a tiempo, puede derivar en un trastorno mayor, tal como el TAP.

Trastorno antisocial de la personalidad vs psicopatía

El trastorno antisocial de la personalidad y la psicopatía son dos constructos que se solapan en múltiples criterios, si bien muchos autores hacen hincapié en que no son términos ni diagnósticos intercambiables. La psicopatía tal y como fue conceptualizada por Cleckley y más adelante puesta en práctica por Hare (a través de su Psychopathy Checklist), se entiende como un conjunto de rasgos afectivos y tendencias comportamentales caracterizados por insensibilidad, mentira patológica, falta de remordimiento e incapacidad para mantener relaciones interpersonales afectivas (Halty y Prieto, 2011).

Desde esta perspectiva académica, se pueden distinguir dos factores en el constructo de la psicopatía: un factor más comportamental, tendente a la conducta antisocial, y otro factor más afectivo/interpersonal, referente a un tipo de personalidad marcadamente cruel e insensible (Halty y Prieto, 2011). Partiendo de esta premisa, algunos autores consideran que las características de personalidad propias de la psicopatía podrían ser una consecuencia de la conducta poco adaptativa que origina un TAP. Sin embargo, otros

sugieren que las bases psicobiológicas de las cuales parten la psicopatía y el TAP son distintas (Glenn *et al.*, 2013).

Sin quedar clara esta última cuestión, sí queda patente que existe una distinción entre ambos conceptos, ya que personas que cumplen los criterios para un TAP no necesariamente muestran rasgos psicopáticos (véase frialdad, afecto superficial y falta de empatía) (Glenn *et al.*, 2013; Halty y Prieto, 2011). Sin embargo, podría considerarse el TAP una condición necesaria para cumplirse un diagnóstico de psicopatía, al observarse que la mayoría de psicópatas cumplen los criterios del TAP (Sapiña, 2014).

Por tanto, el presente trabajo académico centrará su estudio en el trastorno antisocial de la personalidad, si bien algunos conceptos asociados o métodos de tratamiento pudieran solaparse con los propios de la psicopatía, debido a la similitud que ambas alteraciones presentan.

Trastorno antisocial de la personalidad y su asociación a la delincuencia

Debido a los rasgos inherentes al trastorno antisocial de la personalidad, véase la impulsividad, la falta de remordimiento, la agresividad, su desprecio por los demás e insensibilidad, etc., las personas que padecen este trastorno presentan un riesgo delictivo mayor que el resto de la población. Suelen iniciarse en la conducta delictiva con un carácter más temprano que otros delincuentes, así como más persistente en el tiempo (Oldham *et al.*, 2007). Asimismo, los delitos cometidos por estos sujetos exhiben una acusada violencia (Álvarez *et al.*, 2021)

Muestran una baja tolerancia a la frustración, por lo que tienden a cometer delitos más impulsivos y violentos, como las agresiones, robos, violaciones y homicidios (Pérez, 2014). Además, presentan una mayor probabilidad de emplear armas y/o amenazas al cometer delitos violentos (De la Sala, 2013). Por lo general, las víctimas de sus delitos suelen ser personas que no conocen, o bien conocidos con los cuales mantienen una relación más distante, como vecinos o personas conocidas a las que despersonalizan (Esbéc y Echeburúa, 2010).

Su marcada tendencia al aburrimiento, necesidad constante de vivir experiencias nuevas y acusada agresividad los lleva a participar en múltiples conductas de riesgo, existiendo

incluso una mayor posibilidad para estas personas de sufrir una muerte violenta en comparación con la población general (Molina *et al.*, 2009).

Si bien las características propias del TAP no implican necesariamente que la persona que los presenta cometa un delito y, de hecho, la mayoría de las personas que presentan este trastorno no delinquen (De la Sala, 2013; Álvarez *et al.*, 2021); dichos rasgos no solo aumentan la probabilidad de que la persona se vea involucrada en un hecho delictivo, sino que disminuye la probabilidad de que las conductas antisociales sean inhibidas (Hart y Hare, 1997). Estas dos consignas correlacionan con el frecuente ingreso en prisión, situándose la prevalencia del TAP en centros penitenciarios entre el 50 y 80% (Torrubia *et al.*, 2010).

La mayor reincidencia de la persona con TAP. Múltiples autores consideran que, una vez salen de prisión, las personas con un TAP presentan una probabilidad mucho más elevada de cometer un nuevo delito frente a los delincuentes que no padecen este trastorno. Asimismo, se incrementa aún más la probabilidad de cometer un delito violento (De la Sala, 2013; Zabala, 2016). Según Vaughn y Delisi (2008), las personas con TAP que vuelven a cometer un delito tras ser puestos en libertad, lo hacen de un modo mucho más veloz, efectivo y perjudicial respecto al delito original.

Sin embargo, otros investigadores cuestionan que los resultados obtenidos en estudios previos se deban exclusivamente a la presencia de un TAP, sugiriendo que las conclusiones alcanzadas eran fruto de variables propias de la muestra y de la metodología seguida (De la Sala, 2013).

La violencia instrumental en los delitos de personas con TAP. La violencia empleada en la comisión de un delito se puede diferenciar en función de la premeditación e intencionalidad que se halla detrás de la misma. La violencia instrumental o proactiva se considera más controlada y ejercida con un fin concreto en mente, mientras que la violencia reactiva se suele producir como respuesta a un estímulo entendido como una amenaza o algún tipo de provocación, siendo mucho más emocional e impulsiva (Penado *et al.*, 2014).

En el caso de las personas con un TAP que delinquen, se ha observado que, en general, la violencia que emplean es de corte instrumental. Si bien no necesariamente resulta observable a simple vista un propósito externo a alcanzar, estudios muestran que la violencia reactiva se asocia a un elevado estado de arousal durante la comisión del delito,

el cual no parece darse en los casos de TAP (Cornell *et al.*, 1996). Cabe destacar igualmente que la violencia reactiva se suele asociar con delitos en los cuales las víctimas son conocidos del victimario, frente a la violencia proactiva, la cual tiende a darse con desconocidos (Cornell *et al.*, 1996).

La tipología delictiva. Los delitos asociados a las personas con TAP que más interés han despertado en los investigadores debido a su gravedad son los delitos de naturaleza sexual y los homicidios/asesinatos (De la Sala, 2013).

La vinculación entre los delitos sexuales y el TAP es defendida académicamente principalmente por la falta de empatía que caracteriza el TAP, así como el placer que se deriva de la instrumentalización de la víctima, más que una reacción a un estado de ánimo bajo, como se ha encontrado en otros depredadores sexuales (Forth y Kroner, 2003).

Respecto a los homicidios y asesinatos cometidos por las personas que presentan un TAP, cabe destacar la marcada violencia instrumental que emplean. Este hecho puede resultar contradictorio con la impulsividad que caracteriza el trastorno, si bien hay autores que consideran que más que por una falta de impulsividad, este rasgo se debe al placer que obtienen las personas al instrumentalizar y planificar la ejecución del acto violento (Woodworth y Porter, 2002).

La literatura revisada otorga igualmente una especial mención a una tipología delictiva particular, la cual se asocia al TAP, que combina las dos mencionadas previamente: el homicidio sexual. Se clasifica como homicidio sexual a aquel atentado contra la vida que denota un marcado carácter sexual, evidenciado por determinadas muestras como: exposición de los genitales y otras partes sexuales del cuerpo de la víctima, posición sexualizada del cadáver, objetos insertos en orificios corporales, mutilación de los genitales, etc. (De la Sala, 2013).

Principales abordajes terapéuticos

Tal y como se ha señalado anteriormente, históricamente han existido escasas propuestas de intervención para los casos de TAP. La falta de voluntad de estos pacientes para acudir a terapia dificulta enormemente el proceso, ya que la libertad de elección del tratamiento constituye una clave elemental para el éxito del mismo (Belloch y Fernández-Álvarez,

2002). Desde los distintos modelos terapéuticos se han realizado distintas propuestas de intervención psicológica y psiquiátrica con estos pacientes, obteniéndose resultados muy variables.

Desde el enfoque médico, se ha buscado tratar a los pacientes con TAP con neurolépticos, fármacos con propiedades sedativas los cuales pueden ser eficaces a la hora de tratar de reducir los impulsos agresivos. Concretamente, se ha empleado la clozapina para reducir la conducta violenta exhibida de manera patológica. El carbonato de litio también parece disminuir de forma relativamente eficaz la conducta agresiva (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002).

Respecto a las diferentes escuelas terapéuticas, la literatura señala el enfoque cognitivo-conductual como el más eficaz a la hora de tratar este tipo de trastorno. La intervención desde el enfoque psicoanalítica parece no ser de gran utilidad, al obtenerse escasos si no inexistentes resultados al aplicarse (Beck y Freeman, 1995; De la Sala, 2013).

Se han realizado igualmente aproximaciones de tratamiento desde la teoría de la mentalización, la cual hace referencia a la capacidad de pensar en el estado mental de uno mismo, así como del de los demás. Sin embargo, los resultados de este tratamiento tampoco han sido prometedores (Glenn *et al.*, 2013). Los estudios realizados acerca de la eficacia de las comunidades terapéuticas también resultan desalentadores, al no efectuar los resultados esperados (Pérez, 2014).

La literatura revisada otorga gran importancia a la prevención ejercida en la infancia. Dada la progresión de las conductas disfuncionales expuestas por el individuo con TAP desde una edad muy temprana, se aboga por la detección precoz de las mismas y la reconducción hacia comportamientos más adaptativos. Se hace especial hincapié en la importancia de la red de apoyos y la intervención temprana en aquellos casos en los cuáles se pueda observar un comportamiento desviado en la infancia (Herrera-Gómez, 2018). El diagnóstico de un trastorno negativista desafiante en la infancia o de un trastorno de conducta en la adolescencia constituye un criterio muy importante a tener en cuenta. De darse, debe provocar alarma y promover la búsqueda de asistencia profesional para reconducir la conducta a tiempo.

Del mismo modo, la literatura concede importancia a la interacción familiar, tanto respecto al origen del TAP como en su posibilidad de tratamiento (si bien se limita a la infancia y adolescencia del individuo). Debido al impacto que genera el TAP en la vida

del individuo, así como de su entorno familiar, conviene integrar a este último en la intervención terapéutica. Las dos propuestas más prometedoras en el ámbito familiar son el entrenamiento conductual de los padres y la terapia familiar funcional (Campo, 1997). Ambas técnicas parten de la base de que una dinámica inadecuada entre padres e hijo es la que mantiene la conducta problemática, de modo que, cambiando el patrón de interacción filo-parental, cambiará consecuentemente la conducta del hijo.

El entrenamiento conductual de los padres consiste en instruir a los padres para que estos establezcan unas normas de comportamiento y negocien pautas de conducta más prosociales y adecuadas, reforzándolas frente a las conductas antisociales que se desean erradicar. En cuanto a la terapia familiar funcional, se parte de un enfoque más sistémico, desde el cual se identifica la principal problemática en la comunicación entre los miembros de la familia. Trata de analizar la función que ejerce la conducta antisocial en el funcionamiento familiar, buscando sustituirla por otras interacciones más saludables que faciliten una comunicación eficaz (Campo, 1997).

El tratamiento del TAP mediante la Terapia Cognitiva de Beck

La terapia cognitiva de Beck centra su propuesta terapéutica (para todos los trastornos) en la modificación de los esquemas cognitivos que afirma subyacen a todos nuestros pensamientos, emociones y conductas. Considera que, de tratar de alterar los esquemas disfuncionales, se podría lograr un cambio en el afecto y en la conducta del paciente. En el caso de los pacientes con TAP, no busca generar dicho cambio en función de reacciones emocionales, tales como la ansiedad o la culpabilidad, sino que propone cuestionar las creencias básicas del paciente para incentivar el avance terapéutico (Beck y Freeman, 1995). Esta aproximación parece adecuarse más a las particularidades del TAP, al no basar el desarrollo terapéutico en la evocación emocional (difícil de lograr en este tipo de pacientes), sino en el cuestionamiento cognitivo.

Beck considera que los pacientes con TAP tienen una serie de creencias sobre ellos mismos, los demás y el mundo en general que son disfuncionales, en función de las cuales actúan. Por lo general, el paciente con TAP se concibe a sí mismo como una persona solitaria, autónoma y fuerte, por lo cual no necesita de otras personas. Considera que tiene derecho a violar las normas, ya que el resto de personas o bien no son merecedoras de su respeto,

o bien actúan en su contra de sus intereses. En ambos casos, se siente justificado en su desprecio y mal comportamiento hacia los demás.

Se reafirma en estas creencias por determinadas experiencias vitales que ha tenido, seleccionando siempre aquellas que confirmen lo que ya cree saber. La terapia cognitiva busca ofrecer alternativas de pensamiento y de conducta más funcionales al paciente. Para ello es importante tener en cuenta las particularidades de este tipo de paciente, por las cuales habrá que proponerle acciones que le beneficien, dada su búsqueda constante de satisfacer sus propios deseos.

Según Beck y Freeman (1995) las creencias disfuncionales más comunes que se suelen encontrar en estos pacientes son:

- La justificación de sus acciones. Suelen vindicar sus actos manifestando que están actuando en defensa de sus propios intereses.
- Firmeza inamovible respecto a sus creencias. Consideran que todos sus pensamientos son certeros, sin dar cabida a otras opciones.
- Seguridad absoluta en lo acertado de sus actos. No se cuestionan jamás sus decisiones, consideran todo acto que han cometido una elección adecuada por el mero hecho de que son ellos quienes han tomado la decisión al respecto.
- Convicción de que lo que sienten es la verdad absoluta. Independientemente de lo que puedan experimentar otras personas, consideran que si se sienten bien respecto a lo que han hecho debe ser lo adecuado.
- Desinterés respecto a los demás. No valoran las consecuencias de sus actos en función de otras personas, salvo que tenga un beneficio o perjuicio inmediato para ellos.
- Desconsideración de las consecuencias. No anticipan las consecuencias de sus actos, minimizando la importancia de las mismas y calificándolas de insignificantes.

Dadas estas creencias básicas, resulta muy complicado que el paciente se cuestione sus pensamientos y sus actos, y deje de actuar en función de sus deseos más inmediatos.

Antes de comenzar el proceso terapéutico con un paciente con TAP habrá que establecer un compromiso con la terapia, indicándole la prolongada extensión en el tiempo que puede llegar a requerir (más de 50 sesiones en función de la dificultad del caso) (Beck y Freeman, 1995). Si bien puede mostrar reticencias ante la terapia, se le pueden señalar los

beneficios que puede generar la misma, indicando las consecuencias negativas que ha podido experimentar por el trastorno. Al explicarle en qué consiste el TAP y hacer hincapié en la dificultad de identificar los problemas que conlleva para quienes lo padecen, puede transmitirle un mensaje de apoyo, mostrándose como alguien que busca ayudarlo. Es importante presentarle la terapia como una oportunidad para su propio éxito, señalando las situaciones en las cuáles ha podido obtener resultados peores por la falta de premeditación en la toma de decisiones.

Para ello, se comenzará el proceso terapéutico solicitándole y discutiendo una biografía completa del paciente, que abarque todos los ámbitos de su vida (académico, laboral, afectivo, social, etc.). Resultaría interesante obtener más fuentes de información que puedan aportar datos que el paciente quizás no ofrezca voluntariamente (véase familiares, una pareja, etc.). El objetivo es adquirir una visión más completa de la vida del individuo, indagando con mayor rigor en aquellas situaciones más conflictivas que pudieran orientar el curso de la terapia. Por lo general, las creencias disfuncionales del paciente se verán reflejadas en estas áreas problemáticas de su vida.

Es importante tener en cuenta que, por la propia naturaleza del TAP, el paciente va a mostrar tendencia al aburrimiento, por lo que no deberemos extendernos demasiado en determinado suceso vital o en el discurso biográfico en general. Asimismo, puede darse que, al señalarle los problemas que se evidencian en las experiencias compartidas, el paciente los niegue, rechazando la posibilidad de que su conducta no fuese la adecuada. En ese momento, puede resultar eficaz plantearle los distintos cursos de acción que podría haber tomado en la situación mencionada, analizando todas las ventajas y desventajas asociadas a los mismos. Es importante enmarcar los conflictos que se evidencian en su historia vital en la sintomatología del trastorno, ya que así el paciente se suele mostrar más receptivo a las propuestas de mejora del terapeuta. Al señalarle que sus conductas desadaptativas son consecuencia del trastorno, se reduce la percepción de reproche para el paciente (Beck y Freeman, 1995).

El objetivo de la terapia cognitiva es lograr que el paciente alcance un proceso de pensamiento más abstracto y elevado, de modo que integre conceptos morales más avanzados. Beck y Freeman establecen tres niveles jerárquicos de desarrollo moral:

1. En un primer nivel, los pensamientos y conductas van dirigidos casi exclusivamente a obtener recompensas inmediatas o evitar castigos inmediatos.

En este nivel se toman decisiones en función del interés personal, sin tener en cuenta las consecuencias sobre los demás. Las personas con TAP suelen operar en este nivel durante la mayoría del curso de su vida antes de iniciar la intervención terapéutica. A este nivel se ve reflejada con mayor claridad la expresión de las creencias disfuncionales que muestran estos pacientes, al poner de manifiesto su desinterés por los demás.

2. En un segundo nivel superior, se asume la acción no solo en beneficio o detrimento propio, sino también en concordancia con sus repercusiones sobre los demás. Es decir, se consideran todos los cursos de acción en función de como afectan a uno mismo, así como a los demás. Este es el primer paso a alcanzar con un paciente con TAP ya que, manteniendo la búsqueda del curso de acción que concuerde con el interés propio, se amplía el punto de mira a las personas de su entorno inmediato. Para ello, se trata de mostrar al paciente cómo le puede beneficiar o dañar a largo plazo su decisión si no tiene en cuenta al resto de personas, un factor de influencia de gran peso. Al ligar sus propios intereses con los del resto de personas, se genera una mayor consideración por la repercusión que tienen sus actos sobre las mismas. A este nivel, el paciente comienza a aceptar la información que le transmite el terapeuta, dado que comienza a valorar la posibilidad de que su forma de actuar no siempre es la más adecuada. En general, este nivel de pensamiento se centra en las consecuencias a medio y largo plazo, más que el corto plazo característico del nivel inferior.
3. En el tercer nivel, considerado el superior de los tres, se desarrolla un pensamiento y comportamiento acorde al beneficio de la sociedad. Es decir, se considera el bien mayor. Si bien este nivel es difícil de definir, dados los desacuerdos entre los teóricos al respecto, el consenso general hace referencia a un nivel moral en el cual se consideran las repercusiones para el bien común. Este es el objetivo que se pretende alcanzar a través de la terapia con el paciente con TAP. Buscamos que sea capaz de tomar decisiones en función de un beneficio para la sociedad más allá del propio. Es decir, que adopte un comportamiento loable por haber integrado las normas morales establecidas en la sociedad.

Para que la intervención terapéutica pueda resultar exitosa, es imprescindible que se establezca un adecuado vínculo entre paciente y terapeuta. Dado que el paciente con TAP puede mostrar reticencias a la terapia e incluso rechazo hacia el profesional, es importante transmitir desde el comienzo de la intervención que el rol del terapeuta no es de juzgador, sino de colaborador. El psicólogo debe presentar la terapia como una herramienta para aprender a tomar decisiones de forma más eficaz, logrando el paciente un mayor éxito en todos los ámbitos de su vida (Beck y Freeman, 1995).

Puesto que el paciente con TAP tiende a la manipulación, el terapeuta debe avanzar con mucha cautela y abstenerse a toda costa de entrar en escaladas de poder. El paciente puede buscar retar al profesional, por lo que es importante que este no entre en esta dinámica. Puede resultar muy eficaz reconocer la posibilidad de que el paciente le engañe, admitiendo que tiene una gran habilidad para ello y no pretendiendo fingir ser invulnerable a su manipulación. De este modo, puede evitarse que el paciente busque activamente manipularle, al no considerarlo un reto a alcanzar.

Por tanto, la actitud del terapeuta no debe ser de desconfianza o de superioridad, si bien debe marcar firmemente los límites de la terapia y ser lo más objetivo posible. Debe cuidar también las contratransferencias que pueda experimentar, es decir, los sentimientos de rechazo o de frustración que le puedan generar la actitud del paciente.

Dada la naturaleza del TAP, es importante tener en cuenta el contexto en el cual el paciente acude a terapia. Frecuentemente acude obligado por su empleador o incluso un Juez, por lo cual es posible que muestre una resistencia frente al terapeuta que resulte insuperable. Por tanto, es recomendable que el terapeuta solo siga con la intervención si realmente considera viable y esperable el avance del paciente. Si no observa ningún progreso o beneficio alcanzado en el paciente, no debe permanecer en la intervención por las presiones externas que pueda estar manifestando el paciente. Reforzar positivamente su actitud de rechazo a la terapia por no someterle a represalias por parte de un empleador o un Juez no beneficia ni al terapeuta ni al paciente (Beck y Freeman, 1995).

Terapia dialéctica conductual aplicada al TAP

La terapia dialéctica conductual (TDC) fue desarrollada por Marsha Linehan para el tratamiento del trastorno límite de personalidad, concretamente la impulsividad e

inestabilidad que caracterizan este trastorno. Es una técnica que forma parte de las llamadas terapias de tercera generación e incorpora valores tradicionales de la terapia cognitivo-conductual, ampliando sus premisas mediante la inclusión de valores filosóficos y holísticos (De la Vega y Sánchez, 2013).

Si bien la TDC fue inicialmente desarrollada para tratar el trastorno límite de la personalidad, dadas algunas de las premisas que engloba, podría aplicarse al TAP. El objetivo final de la TDC es ayudar al paciente a que sea capaz de desarrollar conductas adaptativas y funcionales (De la Vega y Sánchez, 2013), objetivo compartido con cualquier tratamiento que se dirija a la población con TAP. Se busca del mismo modo entrenar al paciente para que sea capaz de tolerar mejor la frustración, a modo de reducir sus conductas impulsivas ante la misma.

Se emplean multitud de técnicas para entrenar en dichas conductas, véase procesos de exposición, moldeamiento, role playing, entrenamiento en autoinstrucciones, etc. Es importante mostrarse como una figura que no va a juzgarle, sino ayudarle a mejorar su comportamiento de cara a múltiples ámbitos vitales. Entra en juego aquí la perspectiva dialéctica de la TDC, al entender la conducta como una opción dentro de un amplio repertorio de comportamientos, atendiendo al contexto. Si bien al comienzo de la intervención el terapeuta debe ser más directivo, el objetivo es que el paciente logre incorporar las alternativas más adaptativas conductuales en su repertorio (De la Vega y Sánchez, 2013).

La TDC se divide en dos formatos de tratamiento. Por un lado, se llevan a cabo sesiones grupales de entrenamiento en diferentes habilidades y, simultáneamente, se aplica psicoterapia individual, diferenciada de las sesiones grupales.

En los pacientes con un trastorno límite de la personalidad, se entrena en cuatro tipos diferentes de habilidades: habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar. En los pacientes con TAP resulta interesante trabajar sobre estas últimas tres habilidades, dada la conflictividad que muestran en estas áreas.

El entrenamiento en habilidades de efectividad interpersonal busca incrementar la eficacia comunicativa del paciente, es decir, que sea capaz de relacionarse con otras personas logrando alcanzar sus objetivos sin vulnerar su propia integridad ni la de su interlocutor. En primer lugar, el paciente debe determinar qué objetivos pretende lograr

en su relación con la otra persona. A continuación, se analizan los elementos que facilitan la interacción y aquellos que la dificultan. Deberá detenerse a analizar cómo debe pedir ciertas cosas, rechazar propuestas, manifestar sus deseos y opiniones, etc. Por último, es importante concretar el estilo de comunicación a utilizar (estilo educado, evitar un lenguaje amenazante, etc.). En el trabajo con pacientes con TAP, es importante resaltar las ventajas de emplear un estilo comunicativo asertivo frente al agresivo, el cual suelen usar con mayor frecuencia (Méndez, 2019). Para practicar estas habilidades resulta útil emplear el role playing, para practicar diferentes interacciones interpersonales (De la Vega y Sánchez, 2013).

En cuanto a las habilidades de regulación emocional, la TDC está orientada a disminuir la labilidad emocional propia del trastorno límite de la personalidad (no aplicable al TAP). No obstante, puede aplicarse el aprendizaje al manejo de la ira y consecuente agresividad propia del TAP. La indicación establecida por la TDC para reducir el efecto de las emociones negativas (tales como la ira) es tratar de regular la respuesta conductual llevando a cabo una acción opuesta al sentimiento. Podría ser efectivo, por ejemplo, un ejercicio de relajación para contrarrestar la emoción predominante de ira.

Por último, se destaca la importancia de trabajar la tolerancia al malestar. Esta habilidad es muy pobre tanto en la población con trastorno límite de la personalidad como en aquella con TAP. La TDC enfatiza la importancia de aprender a gestionar el malestar y la frustración, en vez de tratar de reprimirlos, ya que es una parte de la vida inevitable. Por ello, sitúa la aceptación como elemento central del proceso de cambio. Las habilidades a entrenar para lograr un mejor manejo del malestar se pueden clasificar en dos tipos: por un lado, las habilidades de supervivencia a las crisis y, por otro, las habilidades de aceptación de la realidad. Para enfrentarse a una crisis, la TDC recomienda emplear la imaginación y la relajación y valorar los pros y contras de una conducta impulsiva. Dadas las particularidades del TAP, este entrenamiento puede resultar muy valioso para quienes lo padecen, ya que estos pacientes deben ser capaces de tomar decisiones de forma premeditada ante situaciones de alto estrés para ellos. Resulta de especial relevancia para los pacientes con TAP la aceptación de la realidad, ya que con gran frecuencia su comportamiento antisocial proviene de unas expectativas irrealistas e inalcanzables respecto a sí mismo, los demás y el mundo en general. La conciencia de uno mismo y de los demás, así como la introspección son elementos fundamentales de este entrenamiento (De la Vega y Sánchez, 2013).

En la psicoterapia individual, se busca determinar los factores vinculados a las conductas desadaptativas que muestra el paciente, de modo que se establecen a su vez las conductas adaptativas que buscamos incorporar en su repertorio comportamental. El terapeuta debe guiar al paciente para que sustituya unas conductas por otras, empleando siempre una aproximación libre de juicio.

El estilo terapéutico de la TDC se caracteriza por diversos aspectos:

- La dialéctica. Busca conciliar los extremos presentes en el pensamiento del paciente. El objetivo es alcanzar un balance entre la aceptación de la realidad existente y la necesidad de cambio cuando esta se torna insostenible. Para ello es importante instruir al paciente para que pueda lograr las complejidades y contradicciones presentes en el día a día.
- La validación. Es importante transmitir al paciente que lo que le ocurre es válido en el marco de su trastorno y de sus experiencias. El terapeuta debe mostrar confianza en su capacidad de cambio y no enjuiciarle por sus acciones desadaptadas.
- El análisis conductual para la resolución de problemas. Se contemplan todos los conflictos a los que se enfrenta el paciente como un problema a solucionar, barajando para ello todas las opciones, valorando su eficacia y grado de adaptación.

La TDC aplicada a pacientes con TAP parece haber sembrado numerosos resultados de éxito, si bien muestra ciertas limitaciones atendiendo a determinados rasgos personales de cada paciente. La TDC parece ser más eficaz en aquellos pacientes que exhiben un elevado nivel de impulsividad, frente a aquellos que presentan una afectividad más plana y superficial (De la Sala, 2013).

Abordaje penitenciario del TAP

El modelo RNR

En el ámbito penitenciario se hace patente la necesidad de tratar a aquellas personas con un TAP que hayan cometido un delito, a fin de reducir al máximo la probabilidad de reincidencia y consecuente reingreso en prisión. Entre las escasas propuestas existentes, destaca el modelo RNR, que parece reducir significativamente la tasa de reincidencia de los delincuentes que padecen un TAP. Este modelo recibe su nombre por las siglas de los tres principios considerados más relevantes a la hora de guiar el proceso de reinserción: el principio de riesgo, el principio de necesidad y el principio de responsividad (entendida como la disposición a responder al tratamiento) (De la Sala, 2013).

El principio de riesgo determina la necesidad de ajustar el grado de tratamiento que debe recibir un delincuente al riesgo que presenta de cara a la reincidencia. Es decir, debe evaluarse adecuadamente el nivel de riesgo que presenta un interno para establecer en qué medida debe aplicarse el tratamiento. Dada la particular violencia que pueden exhibir los individuos con TAP, habrá que valorar muy atentamente el riesgo de reincidencia que puedan presentar.

El principio de necesidad realiza una distinción entre las necesidades criminógenas del delincuente y las no criminógenas. Las primeras hacen referencia a los elementos que pueden relacionarse a la reincidencia, es decir, los factores de riesgo que puede presentar el delincuente de cara a la reinserción (véase, el consumo de sustancias tóxicas). Por otro lado, se encuentran las necesidades no criminógenas, que atienden a factores más personales del individuo que no se relacionan con la posibilidad de reincidencia. Por ello, su tratamiento se relega a un segundo plano frente al de las necesidades criminógenas. Para evaluar las necesidades criminógenas que pueda presentar el individuo, tales como la conducta agresiva, el control emocional y la actitud criminal, puede emplearse la Escala de Riesgo de Violencia de Wong y Gordon, a fin de determinar los objetivos del tratamiento (De la Sala, 2013).

Por último, se tiene en consideración el principio de responsividad. En función de las motivaciones y rasgos personales que pueda presentar cada individuo, nos encontraremos ante una disposición a responder al tratamiento mayor o menor. Adaptar las intervenciones de corte cognitivo-conductual y de aprendizaje social a las motivaciones de cada individuo parece incrementar su responsividad al tratamiento significativamente. Se deberá potenciar del mismo modo la relación terapéutica entre el profesional y el

individuo, si bien no se alcanzará necesariamente una profunda alianza debido a las características eminentemente manipuladoras del TAP (De la Sala, 2013).

Discusión

El trastorno antisocial de la personalidad es una patología particularmente problemática debido a los efectos perjudiciales que puede desencadenar, no solo en la propia persona que lo padece, sino en quienes tengan contacto con ella. Dada la tendencia a la manipulación y la alta impulsividad que muestran los pacientes antisociales, pueden involucrar a multitud de personas en sus comportamientos disruptivos.

Los criterios diagnósticos del TAP reflejados en el manual DSM-V son principalmente comportamentales, debido a la dificultad para cuantificar los rasgos de personalidad que pueden mostrar los individuos. La literatura establece una distinción entre TAP y psicopatía basándose precisamente en la caracterización propia de dichos constructos. La psicopatía, la cual constituyó el punto de partida del estudio del TAP, se conceptualizó como una tipología de personalidad de marcada insensibilidad, frialdad y crueldad. El TAP, conceptualizado más adelante con base en los estudios realizados sobre psicopatía, engloba un conjunto de comportamientos impulsivos, violentos e incluso delictivos. Si bien se trata de constructos distintos, muchos rasgos propios de ambos se solapan, lo cual ha constituido una dificultad importante a la hora de estudiarlos de forma independiente.

Dadas las tendencias impulsivas y manipuladoras del TAP, frecuentemente el comportamiento que lo caracteriza es constitutivo de delito y, por tanto, motivo de detención. Los delitos cometidos por personas que presentan este trastorno son especialmente inquietantes debido a la notable violencia que suelen exhibir y la prolongada duración de su carrera delictiva, así como su propensión a la reincidencia. Habida cuenta de estas particularidades, resulta especialmente trascendental hallar un tratamiento específico y eficaz para la rehabilitación de estas personas. Del mismo modo, debe considerarse primordial la prevención del desarrollo de un estilo de vida antisocial en quienes presenten esta vulnerabilidad previa (originada por el trastorno).

Sin embargo, históricamente se han realizado escasas propuestas terapéuticas para el tratamiento de este trastorno y, entre las realizadas, pocas han resultado exitosas. La

ausencia de resultados positivos ha generado un profundo pesimismo entre los autores que estudian el TAP, llegando a tacharlo algunos de intratable. No obstante, algunas técnicas terapéuticas apuntan a la posibilidad de cambio.

Entre ellas, destaca la terapia cognitiva de Beck, la cual busca alterar los esquemas y creencias básicas del individuo con el propósito de alterar correspondientemente su conducta. En el tratamiento del TAP, parece ser eficaz mostrar al paciente las alternativas que tiene a fin de buscar la opción que más le conviene a corto, medio y largo plazo. A continuación, se amplía el alcance de esta estrategia de pensamiento a personas de su entorno y, finalmente, al resto de personas. De esta forma se pretende entrenar en la capacidad de empatizar y toma de decisiones más premeditadas.

Otra posibilidad terapéutica es la aplicación de terapia dialéctica conductual, originalmente desarrollada para tratar el trastorno límite de personalidad. Dado que ambos trastornos comparten una marcada dificultad para tolerar la frustración y mantener interacciones interpersonales eficaces, la aplicación de ciertos principios de esta terapia al tratamiento del TAP puede resultar eficaz.

En el medio penitenciario, en el cual se suele producir la aproximación terapéutica (debido a la resistencia a la terapia que suelen presentar estos pacientes), se aplica el modelo RNR, para determinar la necesidad y disposición a recibir tratamiento del interno con TAP.

Aun existiendo estas propuestas de intervención, mostrando incluso cierta eficacia, el estudio y tratamiento del TAP se sigue enfrentando a importantes lagunas y dificultades. Dichos obstáculos se reflejan en las limitaciones encontradas en la realización del presente trabajo académico. En primer lugar, se observa una problemática conceptual a la hora de analizar el TAP, dada su importante similitud con la psicopatía. En muchos artículos encontrados se emplean ambos términos de forma intercambiable, sin respetar las distinciones realizadas entre ambos y empleando la base teórica existente para uno de forma indiscriminada para el otro. Debido a esta confusión conceptual, no se mantiene el rigor necesario para el estudio de un constructo de forma empírica y fiable. En segundo lugar, se aprecia la notable escasez de propuestas de intervención existentes, estando únicamente desarrollada en mayor profundidad la terapia cognitiva de Beck. Existe muy poca literatura respecto a posibilidades de tratamiento del TAP, centrándose la mayoría de los artículos académicos en su caracterización y riesgo delictivo. En tercer lugar, se ha

descubierto una especial dificultad para encontrar descripciones de casos de éxito del tratamiento.

Dadas estas consideraciones, resulta complicado determinar la posibilidad real de cambio terapéutico en los pacientes con TAP. Teniendo en cuenta la etiología del trastorno (la cual reside en parte en factores biológicos y neurológicos), la particular resistencia a la terapia y la baja probabilidad de que asistan a la misma hasta que no sean forzados a ello (por lo cual, probablemente ya hayan desarrollado un elevado grado de conducta antisocial), resulta difícil confiar en las posibilidades de rehabilitación.

Debido a esto, consideramos pertinentes las siguientes propuestas de cara al futuro de la investigación y el tratamiento del TAP:

- Una conceptualización rigurosa y delimitada de la psicopatía, facilitando el estudio más completo y fiable del constructo.
- Una aproximación de tratamiento desde diferentes enfoques terapéuticos, tratando de establecer qué aspectos de cada uno podrían resultar eficaces. Podría resultar útil crear una terapia integradora que incorporase cada uno de estos aspectos tomados de diferentes escuelas terapéuticas. Dada la eficacia mostrada por la terapia cognitivo-conductual, podría tratar de ampliarse esta aproximación incluyendo los nuevos aspectos potencialmente efectivos.
- El desarrollo de un tratamiento específico para aquellos individuos con TAP que se hallan en un contexto penitenciario. Visto que el primer contacto de estos individuos con la terapia se da con frecuencia en prisión, resulta de especial importancia crear una propuesta de tratamiento eficaz a implementar. La notable reincidencia exhibida por estos infractores muestra la ineficacia del tratamiento recibido actualmente, por lo cual debe tratar de mejorarse y, preferiblemente, individualizarse a cada caso.
- La concienciación de la posibilidad de aparición de la sintomatología propia de un comportamiento desviado en la infancia. Es decir, consideramos importante sensibilizar a la población respecto a la importancia de la intervención temprana cuando un menor exhibe comportamientos preocupantes en la infancia. La

detección precoz de un posible trastorno negativista desafiante o trastorno conducta puede prevenir el desarrollo de un TAP si es tratada a tiempo.

Nos encontramos ante un trastorno muy particular y de difícil tratamiento, así como desencadenante de consecuencias muy severas. Por ello, consideramos imprescindible una investigación integral y minuciosa del TAP, a fin de prevenir su desarrollo más perjudicial y, consecuentemente, sus potencialmente dramáticas e irreversibles consecuencias.

Bibliografía consultada

Álvarez, P., Díaz, O. y Jordá, C. (2021). Trastorno de la personalidad antisocial y delincuencia: análisis de sentencias (2009-2019). *eduPsykhé*, 18(1), 1-24.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Barlow, D. y Durand, M. (2013). *Abnormal Psychology, an Integrative Approach* (7th ed.). Cengage Learning

Beaver, K., DeLisi, M., Vaughn, M., y Barnes, J. (2009). Monoamine oxidase A genotype is associated with gang membership and weapon use. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 130-134. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.010>

Beck, A. y Freeman, A. (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Paidós Ibérica Ediciones.

Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la Personalidad*. Editorial Síntesis.

Caballo, V.E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Caballo-3_9-3oa-1.pdf

Campo, T. (1997). La conducta antisocial en el contexto familiar. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 1, 489-499.

Cornell, D.G., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., y Pine, D. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(4), 783-790. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.4.783>

Cyders, M. y Smith, G. (2008). Emotion-Based Dispositions to Rash Action: Positive and Negative Urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807-828. <https://dx.doi.org/10.1037%2Fa0013341>

De la Sala, F. (2013). *El tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas*. Ministerio del Interior – Secretaría General Técnica.

- De la Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Douglas, K., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A., Anton, R., Poling, J., Farrer, L., y Kranzler, H. (2011). 5-HTTLPR as a Potential Moderator of the Effects of Adverse Childhood Experiences on Risk of Antisocial Personality Disorder. *Psychiatry Genetics*, 21(5), 240-248. doi:10.1097/YPG.0b013e3283457c15
- Esbéc, E. y Echeburúa, E. (2010). Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. *Actas españolas de psiquiatría*, 38(5), 249-261.
- Ferguson, C.J. (2010). Genetic contributions to antisocial personality and behavior: a meta-analytic review from an evolutionary perspective. *The Journal of Social Psychology*, 150(2), 160–180. 10.1080/00224540903366503
- Forth, A. E. y Kroner, D. (2003). *The factor structure of the Revised Psychopathy Checklist with incarcerated rapists and incest offenders*. Manuscrito no publicado.
- Glenn, A., Johnson, A., y Raine, A. (2013). Antisocial Personality Disorder: A Current Review. *Curr Psychiatry Rep*, 15(427), 1-8. 10.1007/s11920-013-0427-7
- Halty, L. y Prieto, M. (2011). La psicopatía subclínica y la triada oscura de la personalidad. *Psicología Conductual*, 19(2), 317-331.
- Hart, S.D. y Hare, R.D. (1997). *Handbook of antisocial behaviour*. John Wiley and Sons.
- Herrera-Gómez, A. (2018). Una reflexión sobre la labor social en pacientes con trastorno antisocial de la personalidad. *MedUNAB*, 20(3), 368-373. <https://doi.org/10.29375/01237047.3249>
- López, S. (2013). Revisión de la psicopatía: pasado, presente y futuro. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24(2), 1-16.
- López, C. y Robles, J.I. (2005). Aproximación histórica al concepto de psicopatía. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5, 137-168.
- Méndez, J.E. (2019). *Aplicación de terapia dialéctica conductual en una población de personas con trastorno antisocial de la personalidad de mediana edad en internamiento actual en el Centro de Detención Provisional de El Inca para reducir la conducta*

agresiva [tesis de grado, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio virtual USFQ. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8111/1/142244.pdf>

Molina, J. D., Trabazo, V., López, L. y Fernández, S. (2009). Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *EduPsykhé*, 8(2), 101-126.

Oldham, J.M., Skodol, A.E. y Bender, D.S. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Masson.

Penado, M., Andreu, J.M. y Peña, E. (2014). Agresividad reactiva, proactiva y mixta: análisis de los factores de riesgo individual. *Anuario de Psicología Jurídica* 24(1), 37-42. <http://dx.doi.org.10.1016/j.apj.2014.07.012>

Pérez, B. (2014). *Estudio de una muestra penitenciaria española y latinoamericana de la realidad de la psicopatía en prisión* [tesis doctoral, Universidad de Oviedo]. Repositorio Institucional UO.

Raine, A., Yang, Y., Narr K.L. y Toga, A.W. (2011). Sex differences in orbitofrontal gray as a partial explanation for sex differences in antisocial personality. *Mol Psychiatry*, 16(2), 227-236. 10.1038/mp.2009.136

Roberts, A., Gilman, S., Fitzmaurice, G., Decker, M. y Koenen, K. (2010). Witness of Intimate Partner Violence in Childhood and Perpetration of Intimate Partner Violence in Adulthood. *Epidemiology*, 21(6), 809-817. <https://doi.org/10.1097/ede.0b013e3181f39f03>

Salisbury, T. (2014). The Relationship Between Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, Antisocial Personality Disorder and Psychopathy: A Proposed Trajectory. *Western Undergraduate Psychology Journal*, 1(1), 17-24.

Sapiña, T. (2014). PCL-R (Escala de verificación de psicopatía). [Recuperado de <http://crimina.es/crimipedia/wp-content/uploads/2015/06/PCL-R.pdf>]

Shi, Z., Bureau, J.F., Easterbrooks, M.A., Zhao, X. y Lyons-Ruth, K. (2012). Childhood Maltreatment and Prospectively Observed Quality of Early Care as Predictors of Antisocial Personality Disorder Features. *Infant Mental Health Journal*, 33(1), 55–96. <https://doi.org/10.1002/imhj.20295>

Sundram, F., Deeley, Q., Sarkar, S., Daly, E., Latham, R., Craig, M., Raczek, M., Fahy, T., Picchioni, M., UK AIMS Network, Barker, G., y Murphy, D. (2012). White matter microstructural abnormalities in the frontal lobe of adults with antisocial personality disorder. *Cortex*, 48(2), 216-229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cortex.2011.06.005>

Torrubia, R., Poy, R., Moltó, J., Grayston, P. R. y Corral, S. (2010). *PCL-R. Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare revisada. Manual*. [PCL-R. Hare Psychopathy Checklist Revised. Manual]. TEA Ediciones.

Vaughn, M. G. y DeLisi, M. (2008). Were Wolfgang's chronic offenders psychopaths? On the convergent validity between psychopathy and career criminality. *Journal of Criminal Justice*, 36(1), 33-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2007.12.008>

Verona, E., Sprague, J. y Sadeh, N. (2012). Inhibitory Control and Negative Emotional Processing in Psychopathy and Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 498-510. 10.1037/a0025308

Woodworth, M., y Porter, S. (2002). In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of abnormal psychology*, 111(3), 436-445. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.111.3.436>

Zabala, C. (2016). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Ministerio del Interior – Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Prevalencia_de_trastornos_mentales_en_prision_126170587_web.pdf/19568d3f-ffb3-4f28-9539-ca646e9cf475