



Psicopatología de la Conducta Delictiva (10281)

Tema 8. La Psicología del Psicópata

Profesor Dr. Jesús Herranz Bellido

Curso académico 06-07

Profesor D. Miguel Díez Jorro





8.1. Breve desarrollo histórico del diagnóstico del diagnóstico de la psicopatía

- **CONTEXTO HISTÓRICO ANTERIOR A 1801:** Se consideraba que toda locura tenía que serlo de la mente, es decir, de la facultad de razonar o del intelecto.
- **PHILIPPE PINEL** (médico francés, 1801): Introduce en el concepto de Psicópata, una particularidad diagnóstica de extraordinaria importancia y relevancia: El habló de locura sin delirio”, es decir sin confusión de la mente.
- **J.C. PRICHARD (ALIENISTA BRITÁNICO, 1835):** Introduce una concepción de la psicopatía muy relevante. Captura la esencia de la personalidad psicopática. La define como “locura moral”. (el término moral hace referencia a emocional y psicológico).





8.1. Breve desarrollo histórico del diagnóstico del diagnóstico de la psicopatía

El concepto de personalidad anormal, como sinónimo de desadaptación social, se origina en Francia, para desarrollarse de modo pleno en Inglaterra, y ello ha dado lugar a la noción común que tiene el sistema jurídico del trastorno psicopático.

- **FINALES DEL SIGLO XIX. 1880:** Aparece el término “Psicópata constitucional”. Hace incapié en los factores hereditarios de la delincuencia.
- **COMIENZOS DEL SIGLO XX:** Aparece el término “Imbecilidad moral”.
- **KURT SCHENEIDER (1923):** En su libro “las personalidades psicopáticas” , introduce la noción de que los psicópatas no solo están en prisiones o psiquiátricos, sino en toda la sociedad, incluso son personas que tienen muchas veces éxito social, en los negocios, y en ocasiones con poder político.





8.1. Breve desarrollo histórico del diagnóstico de la psicopatía

- **1930 y SIGUIENTES:** Los psicoanalistas desarrollan su concepto de neurosis y lo aplican a los psicópatas.
- **HARVEY CLECKLEY (Psiquiatra americano, 1941):** “La máscara de la cordura”. Desarrolla de manera muy precisa sus rasgos esenciales. Supone la referencia de R. Hare (referente actual del mundo científico en el diagnóstico de dicho trastorno).
- **AÑOS 50 Y 60:** Se utilizan los conceptos de psicópata y sociópata indistintamente.
- **ROBERT HARE (1991):** Crea la PCL, escala de valoración para la psicopatía.
- **ACTUALIDAD:** No se emplean estos conceptos y si el trastorno de la personalidad antisocial y el trastorno disocial.





8.1. Breve desarrollo histórico del diagnóstico del diagnóstico de la psicopatía

DESARROLLO HISTÓRICO DESDE DIFERENTES MODELOS

- **Psiquiatría Tradicional. (Pinel, Prichard Rush)**
Se considera una deficiencia psíquica
- **Modelo de la Competencia Social.**
Se considera una desviación social
- **Modelo de neurociencias y psicofisiológico (Prims).**
Punto de vista de la psicología, defendido principalmente por psicólogos





8.1. Breve desarrollo histórico del diagnóstico del diagnóstico de la psicopatía

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE PSICOPATÍA

Locura sin delirio - siglo XIX - 1801

Locura moral - siglo XIX - 1835

Inferioridad constitucional psicológica - siglo XIX – 1880

Imbecilidad moral – siglo XX - inicios

Carácter neurótico – siglo XX – 1930

Psicopatía – siglo XX – 1940

Sociopatía (USA) – siglo XX – 1950

TAP- siglo XX - 1980





8.2. Las características esenciales de la psicopatía

Existe un sorprendente grado de convergencia con respecto al constructo clínico subyacente.

COMO ATRIBUTOS ESENCIALES, DESTACAMOS:

- **Disfunción afectiva en la esfera interpersonal**
- **Insensibilidad**
- **Falta de empatía**
- **Falta de remordimiento**
- **Egocentrismo**
- **Mentira patológica**
- **Manipulación**
- **Violaciones persistentes de las normas sociales**
- **Explotación de los demás sin sentimientos de culpa**





8.3. La evaluación de la Psicopatía

2 ESCUELAS DIAGNOSTICAS

- 3) **CLECKLEY:** Destaca en el diagnóstico, los aspectos referidos a la personalidad. La descripción del psiquiatra americano incluyó lo siguiente:
 5. No hay alucinaciones ni otros síntomas de pensamiento irracional.
 6. Ausencia de nerviosismo o de síntomas neuróticos.
 7. Encanto externo y notable inteligencia.
 8. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
 9. Afectividad muy reducida.





8.3. La evaluación de la Psicopatía

- 2. Vida sexual trivial y poco integrada.**
- 3. Sin sentimientos de culpa y vergüenza.**
- 4. Indigno de confianza.**
- 5. Mentiras e insinceridad.**
- 6. Pérdida específica de la intuición (comprensión social).**
- 7. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.**
- 8. Conducta antisocial sin remordimientos.**
- 9. Amenazas de suicidio que no se cumplen.**
- 10. Falta de aprendizaje de la experiencia vivida.**
- 11. Relaciones interpersonales irresponsables.**
- 12. Consumo de alcohol excesivo.**





8.3. La evaluación de la Psicopatía

2) **DSM III** : A partir del DSM III, se pone el énfasis en los patrones de conducta antisocial. El DSM IV continúa en la misma línea.

Utiliza el término Trastorno de la personalidad antisocial para referirse a la psicopatía.

El TAP según el DSM IV:

- I. **Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta a la edad de 15 años, como lo indican tres o más de los siguientes items:**





8.3. La evaluación de la Psicopatía

- 1. fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.**
- 2. deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.**
- 3. impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.**
- 4. irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.**
- 5. despreocupación imprudente por su seguridad o por la de los demás.**
- 6. irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.**
- 7. falta de remordimiento, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.**





8.3. La evaluación de la Psicopatía

- C. El sujeto tiene al menos 18 años.**
- E. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.**
- D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.**





8.3. La evaluación de la Psicopatía

Este hecho ha conllevado numerosas críticas al modelo. La más importante es aquella que habla de que muchas de esas conductas antisociales e impulsivas, pueden ser realizadas por sujetos no psicópatas.

Uno de los críticos más acérrimos es Robert Hare: “los criterios de diagnóstico del TAP, identifican en realidad a los sujetos que son delincuentes persistentes, la mayoría de los cuales no son psicópatas.”

Hare, recupera la esencia del trastorno de personalidad que en su día definió Checkley y publica en 1991 la escala revisada de valoración de la psicopatía o PCL-R.

En 1995 publica una versión reducida PCL-SV, evaluando la psicopatía en sujetos no encarcelados e integrados en la sociedad.

La correlación entre el DSM IV y la PCL-R suele ser alta, en el diagnóstico de la psicopatía.





8.3. La evaluación de la Psicopatía

El diagnóstico de la psicopatía según la PCL-R de Hare

Factor 1

- **Encanto Superficial y locuacidad**
- **Sentimiento de grandiosidad personal**
- **Mentira patológica**
- **Manipulación**
- **Falta de sentimientos de culpa y de arrepentimiento**
- **Emociones superficiales**
- **Falta de empatía**
- **Incapacidad de reconocer la responsabilidad de sus actos**





Factor 2

- **Búsqueda de sensaciones**
- **Estilo de vida parásito**
- **Falta de autocontrol**
- **Problemas de conducta precoces**
- **Sin metas realistas**
- **Impulsividad**
- **Irresponsabilidad**
- **Delincuencia juvenil**
- **Revocación de la libertad condicional**

- **Hay tres items adicionales: conducta sexual promiscua, muchas relaciones maritales breves, versatilidad delictiva.**





8.3. La evaluación de la Psicopatía

Modernamente, Cooke y Michie (2001), han desarrollado un modelo de tres factores.

Divide el factor 1 en:

1 - dimensión personal

2 - dimensión emocional o afectiva

deja para el factor 3

3 - conducta antisocial o impulsiva.

Parece que esta nueva estructuración factorial responde mejor a los datos que recoge la moderna investigación sobre personalidad psicopática. Pese a todo hoy por hoy prevalece la PCL-R, en el diagnóstico de la psicopatías.





Factor 1 - dimensión interpersonal: Es locuaz en su discurso. Con una presunción que revela un sentido desmesurado de la autovalía. Mentiroso por naturaleza. Estafa a los demás sin importarle quienes son sus víctimas.

Factor 2 – dimensión emocional: Presenta un afecto superficial y no profundiza en las relaciones que establece. Es insensible, despreocupado por los derechos de los demás. No siente culpa. No se responsabiliza de sus propias acciones.

Factor 3 – estilo de vida: Es apático en relación con cualquier actividad productiva. Impulsivo. Irresponsable. Vive a costa de los demás. No tiene metas ni objetivos en su vida.





8.4. Capacidad predictiva de los instrumentos más utilizados

No existe mucho terreno avanzado en este sentido:

- La PCL-R, es un instrumento eficaz en la predicción de la reincidencia general y violenta, no solo en delincuentes encarcelados, sino también en pacientes internados en hospitales psiquiátricos.
- La escala de Psicopatía, Pa, del MMPI (inventario de Minesota), no correlaciona de modo alto con la escala de socialización del California Psychological Inventory. Ambas se utilizan para evaluar la psicopatía no obstante ,tienen serios problemas en cuanto a la sinceridad en la respuestas de los psicópatas.

Otros estudios determinan que:

- Los psicópatas tienen una mayor probabilidad de reincidir antes y en mayor frecuencia. (Rice y Harris, 1994).
- En cuanto a las mujeres psicópatas, la tasa de reincidencia es similar a la de los hombres.





8.5. ¿Son los psicópatas diferentes al resto de delincuentes?

Algunos autores rechazan la validez y utilidad del concepto de psicopatía.

Es por ello que existen algunas objeciones:

- 5. No existe una clara comprensión de los mecanismos patológicos implicados en el trastorno psicopático (tiene que ver con la etiología del constructo)**
- 7. Asimilamos el psicópata a “una mala persona”. Nos introducimos entonces en un marco moral muy subjetivo, y que resulta inútil en la ciencia médica.**
- 9. A los individuos así definidos se les excluye de los ámbitos de tratamiento y los excluye de toda esperanza por su conducta agresiva y antisocial.**





8 .5. ¿Son los psicópatas diferentes al resto de delincuentes?.

Robert Hare concluye:

- “La psicopatía es uno de los constructos clínicos mejor validados dentro del ámbito de la psicopatología”.
- “La psicopatía es sin duda el constructo de mayor importancia clínica dentro del sistema de justicia criminal”.
- Para el profesor canadiense, los psicópatas son un tipo muy especial de delincuentes, y se encuentran en una categoría aparte.





8.5. ¿Son los psicópatas diferentes al resto de delincuentes?

Según Hare:

- **Presentan una carrera delictiva diferente en cuanto al nº y tipo de conductas antisociales que realizan, y en cuanto a la edad en que se cometen los hechos.**
- **Sus motivaciones también parecen diferentes.**
- **Su modus operandi también es diferente. La topografía conductual de sus crímenes también es diferente.**
- **La personalidad y los factores psicossociales que explican la conducta antisocial en general, es posible que no sea aplicable a los psicópatas.**





8.5. ¿Son los psicópatas diferentes al resto de delincuentes?

Al margen de Robert Hare, hay otros autores actuales que convergen en la idea de que el delincuente psicópata es un tipo especial, cualitativamente diferente de otros delincuentes comunes (Harris, y otros, 2001, Wong 2000).

Parece clara la diferenciación entre los conceptos, el problema que se plantea como fundamenta es, CONFIRMAR SI LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN QUE POSEEMOS PERMITEN DEFINIR “UN MODO DE SER” Y DE ACTUAR, Y SI SIRVEN PARA PREDECIR Y CARACTERIZAR LOS ACTOS ANTISOCIALES QUE QUEREMOS ESTUDIAR.





8.6. Diagnóstico diferencial de la psicopatía

- **Diagnóstico diferencial entre la psicopatía y otras alteraciones mentales o conductuales**
- **Psicopatía y psicosis**

Algunos psicóticos han sido diagnosticados de psicópatas. Es difícil que eso ocurra.

Los psicóticos en fase productiva presentan con frecuencia pérdida de contacto con la realidad, comportamiento irracional y sentimiento de culpa.

Los Psicópatas son racionales, no experimentan ansiedad, tampoco tienen sentimiento de culpa.





8.6. Diagnóstico diferencial de la psicopatía

- **Psicopatía y delincuencia**

No todos los delincuentes son psicópatas ni todos los Psicópatas son delincuentes.

Psicopatía primaria: Características psicopáticas puras.

Psicopatía secundaria o disocial: Conductas antisociales, enfrentamiento con las normas pero con sentimiento de culpa, afectividad, solidaridad.





8.6. Diagnóstico diferencial de la psicopatía

- **Psicopatía y trastorno de personalidad límite**

Comparten impulsividad y tendencia a manipular las relaciones interpersonales, pero los límites manipulan para que los demás estén pendientes de ellos y los psicópatas desean poder, control sobre otros o gratificaciones materiales.

Psicópatas: No tienen alterada su autoimagen.

Bordeline: Bajo autoconcepto, autolesiones, y amenazas suicidas.





8.6. Diagnóstico diferencial de la psicopatía

- **Psicopatía y consumo de drogas**

Para diferenciar ambos es esencial valorar la primariedad del trastorno.

- a. Si una psicopatía primaria produce alcoholismo secundario.
- b. Si un alcoholismo primario desencadena una psicopatía secundaria.

Hay alcohólicos que consumen para escapar de situaciones emocionalmente problemáticas y el consumo ocasiona comportamientos antisociales, el 73% de los delincuentes diagnosticados de Trastorno Antisocial de Personalidad (TAP en el DSM-IV) eran en realidad dependientes al alcohol, y es muy diferente el tratamiento de un alcohólico con conducta antisocial que un psicópata con una dependencia al alcohol.





8.6. Diagnóstico diferencial de la psicopatía

- **Psicopatía y trastorno paranoide**

Aunque la conducta violenta y antisocial puede aparecer en sujetos paranoides, no suele estar motivada por un deseo de primacía o explotación de los demás como en la Psicopatía, sino por una atribución negativa de los intenciones o conductas ajenas.

- **Psicopatía y neurosis (trastornos de ansiedad)**

Neurosis: ansiedad, malestar subjetivo, preocupación, incertidumbre, inseguridad, miedo, sentimientos de culpa, etc...

Psicópata: Nada de esto está presente en el perfil psicológico del verdadero psicópata, sino todo lo contrario.





8.7. Tratamiento y Reincidencia en los psicópatas

TRATAMIENTO DE LA PSICOPATÍA

- 3. Existe un pesimismo generalizado y una actitud negativa de los clínicos ante su tratamiento.**

- 5. Mc.Cord: “ Son los más graves y menos tratados de los delincuentes”.**

- 3. Los pocos estudios con solvencia refieren peores resultados en psicópatas que en otro tipo de delincuentes. La reincidencia es muy alta.**





8.7. Tratamiento y Reincidencia en los psicópatas

Tratamientos específicos

2. Farmacológicos.- Resultados ambiguos, solo a corto plazo.
3. Conductuales o Cognitivo–Conductuales.- Resultados de efectividad reducida. Exigen motivación y elevada cooperación difícil de obtener con estos delincuentes.
4. Familiares y/o Grupales.- En general poco eficaces. Debido a la dificultad para establecer relaciones emocionales/afectivas. Susplicacia por parte de los tratados.
4. Psicoanalíticas.- Resultados poco claros. Poca evaluación de los programas de ésta orientación.
5. Comunitarios.- Son más eficaces en un marco de prevención primaria.
6. Ambientales.- Única forma de control hasta el momento. Es difícil el establecimiento de comunidades terapéuticas en instituciones de seguridad (prisiones).





8.7. Tratamiento y Reincidencia en los psicópatas

- Wong ha desarrollado el esqueleto de un programa para la rehabilitación de psicópatas y hasta ahora parece la propuesta más rigurosa.
- Utiliza una aproximación cognitivo – conductual.
Objetivo: disminuir la frecuencia y la gravedad de las conductas delictivas.
Utiliza el modelado y el refuerzo positivo para enseñar conductas prosociales.
Deberá incluir medidas preventivas.
Predominio del refuerzo positivo sobre el castigo.
Profesionales muy entrenados.
Realización de entrevistas de evaluación constantes, antes y después del tratamiento.

