

## PSIQUIATRÍA FORENSE

# ¿ES LA CÁRCEL UN TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL?: REFLEXIONES EN TORNO A PSICOPATÍA E IMPUTABILIDAD

(Rev GPU 2011; 7; 3: 330-338)

Fabián Pavez<sup>1</sup>

**Quizás uno de los capítulos más apasionantes de la psiquiatría es aquel que guarda relación con la personalidad y sus desviaciones. Numerosas son las novelas y películas que tratan dicho tema y frecuentemente la opinión pública se ve impactada por las noticias que tratan de crímenes escalofriantes asociados a individuos así llamados “psicópatas”. En el presente trabajo transitaremos por los oscuros corredores de la psicopatía en búsqueda de elementos que puedan darnos luces sobre el tratamiento judicial de estos individuos, en términos de su imputabilidad.**

### PERSONALIDAD Y EL CONSTRUCTO CLÍNICO DE LA PSICOPATÍA

Ya me he referido en un artículo previo a las dificultades que reviste la conceptualización de la personalidad (1), siendo éste el primer problema –y quizá uno de los más complejos de resolver– en relación con el tema que nos ocupa.

La distinción entre salud física y mental derivada del dualismo cartesiano mente-cuerpo genera controversias que no son del todo estériles si consideramos que el lugar para un enfermo no es la cárcel. Cuando tratamos con condiciones de salud mental, el límite de lo que se entiende como enfermedad comienza a tornarse un poco más difuso en la medida que nos acer-

camos al terreno de los así llamados “trastornos de la personalidad”.

Asimismo, resulta ambigua la aclaración contenida en el DSM-IV en términos de que “ni la conducta desviada ni los conflictos que son primariamente entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a menos que la desviación o conflicto sea un síntoma de disfunción del individuo” (2).

Ingresamos así al complejo escenario de la definición de psicopatía, pero mucho más ampliamente, de la definición de enfermedad. Este concepto puede corresponder a un término científico-biomédico o sociopolítico (el que incluye un juicio de valor). El primero se refiere, de acuerdo a Scadding, a la suma de fenómenos anormales desarrollado por un grupo de organismos

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

vivos con una característica común específica o set de características por las que difieren de la norma de las especies de modo tal que los ubica en desventaja biológico (este último punto llama a la discusión, precisamente porque Scadding nunca lo explicó, por lo que se puede interpretar desde distintos prismas: fertilidad, expectativa de vida, adaptación al ambiente (3). En relación con esto, se pueden plantear argumentos a favor y en contra de las ventajas y desventajas que proveen ciertos trastornos de personalidad (estrategia predatoria exitosa en el caso del psicópata), así como plantear hipótesis evolutivas tan atractivas como excesivamente especulativas (por ejemplo, la existencia de trastornos de personalidad como estrategias conductuales adaptativas a un contexto cultural y ambiental distinto al actual).

Por su parte, la acepción socio-política considerará enfermedad a todas aquellas condiciones indeseables (juicio de valor) para las que exista un tratamiento médico que resulte más efectivo que las alternativas potenciales: sistema judicial, iglesia, trabajo social (3). En este contexto, se puede argumentar que el trastorno de personalidad antisocial (TPAS) y la psicopatía tienen el carácter de indeseable para la sociedad, pero tiende a la egosintonía en los individuos "portadores" de la supuesta enfermedad; por otra parte, los estudios sobre el beneficio del tratamiento médico no son concluyentes, si bien parecen ser superiores a las alternativas aportadas por el sistema judicial.

Para Kendell (3), las conductas y actitudes que definen un trastorno de personalidad son probablemente rasgos graduados presentes en una menor proporción en otras personas y también muy diferentes en distintos tipos de trastornos de personalidad.

Existe otro tipo de concepto de enfermedad, el así llamado concepto Roschiano, en el que una enfermedad sólo puede ser comprendida considerando los prototipos de enfermedad (por ejemplo, en salud mental: la esquizofrenia). Sin duda esta concepción corresponde a una de las más ambiguas y abierta a múltiples interpretaciones, pero desde esta perspectiva se puede argumentar a favor del carácter de enfermedad de los trastornos de la personalidad por: la inclusión de éstos en los manuales diagnósticos (consensos en los que no se niega su carácter de enfermedad y se les homologa al resto de las patologías de salud mental) y también por las similitudes esgrimidas por muchos psiquiatras forenses entre la esquizofrenia y los trastornos graves de personalidad; a saber, la necesidad de tratamiento y la perturbación de naturaleza considerable (3).

Por su parte, la psicopatía es un constructo complejo, una dimensión supraordinal de personalidad. Esto determina su superposición con algunos trastornos de

personalidad del eje II del DSM IV-TR, incluyendo los trastornos de personalidad antisocial, narcisista, límitrofe, paranoide e histriónico (4).

Los modos de conceptualización de la psicopatía han evolucionado desde aquellos que se asientan en la personalidad (como la escuela alemana del siglo diecinueve que consideraba dentro de la "psicopatía" todas aquellas variantes extremas de la personalidad normal) a las más actuales, basadas en aspectos conductuales (en la línea de la "insanidad moral", sostenida por las escuelas inglesa y estadounidense). De este modo, existiría una diferencia entre la psicopatía y los trastornos oposicionista desafiante y conductual, en niños; y el trastorno de personalidad antisocial, en adultos.

En este sentido, es necesario recalcar que psicopatía no es sinónimo de TPAS, puesto que en la primera el énfasis se encuentra puesto en los síntomas interpersonales/afectivos, mientras que en la segunda el foco es la conducta. Esta diferencia queda clara al analizar la relación entre TPAS y psicopatía en delinquentes adultos, donde un 90% de los psicópatas cumplen los criterios DSM-IV para TPAS, pero sólo un 25% de aquellos con TPAS califican para psicopatía (4). En este sentido, debemos ser cautelosos con el uso antojadizo del término "psicopatía" y "trastorno antisocial de la personalidad" para hacer referencia a un mismo problema, puesto que en realidad se trata de dos situaciones diferentes. El diagnóstico de TPAS tiende a describir más a un delincuente que a un psicópata (de ahí que los índices de prevalencia en prisión se disparen). En este último caso, además de las características que describen al individuo que presenta trastorno antisocial de la personalidad, muestra un síntoma que no contemplan las clasificaciones actuales de los trastornos mentales, esto es, su incapacidad para establecer relaciones afectivas con los demás (vale decir, un déficit en la afectividad y en las emociones, cuyo origen es multicausal).

Ni todos los delinquentes son psicópatas ni éstos necesariamente recurren a mecanismos delictivos. Éste es un aspecto que adquiere singular relevancia para el presente estudio, pues quienes defienden la inimputabilidad de los psicópatas (5) esgrimen como argumento la incapacidad de ser culpable del psicópata, mas no de aquellos individuos que presentan tan sólo algunos rasgos psicopáticos, lo cual ampliaría indebidamente el ámbito de la eximente.

## EL CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD

El concepto de imputabilidad proviene del latín *imputare* que significa "atribuir", configurando uno de los constructos más controvertidos en la teoría jurídica del

delito. Es por eso que este concepto puede ser abordado desde diversos posicionamientos dogmáticos, prácticos, médico-psiquiátricos y psicológicos (6).

Se entiende por imputabilidad a la capacidad de ser penalmente responsable, vale decir, la presencia de un conjunto de condiciones necesarias para que un hecho punible pueda ser atribuido a quien voluntaria y conscientemente ejecuta una acción. En este sentido, afirma la existencia de una relación de causalidad psíquica entre el delito y la persona (7). Por tanto, para ser imputable se debe poseer la aptitud o capacidad personal para comprender lo injusto o antijurídico del hecho y para dirigir la acción conforme a esa comprensión. Esto implica algo más que una simple capacidad intelectual de conocer, saber o entender un hecho como antijurídico y para actuar conforme a dicha valoración; esto implica, también que la imputabilidad se vincula con el conjunto de facultades innatas o adquiridas, simples y compuestas, de la memoria a la conciencia, de la inteligencia a la voluntad, del raciocinio al sentido moral (8).

Así, imputar es “atribuir la ejecución de un acto a determinada persona, física y mentalmente sana”, quedando definido por la capacidad de comprender y querer el acto cometido. Comprender involucra inteligencia y conciencia de actuar. La inteligencia, desde la medicina legal, implica discernimiento, autocrítica, juicio ético-moral, madurez y conocimiento. Querer implica libertad de acción, libre volición, ausencia de impulsos patológicos, normalidad de las reacciones emocionales y afectivas (7).

Por tanto, la imputabilidad es un concepto jurídico de base psicológica. De él dependen los de responsabilidad y culpabilidad. Imputar un acto es atribuírselo a alguien, ponerlo en su cuenta, lo que jurídicamente equivale a la obligación de sufrir las consecuencias penales que por la realización de un hecho delictivo señala el ordenamiento legal.

La cualidad personal en que consiste la imputabilidad, como estado psicológico-espiritual que convierte al sujeto en autor apropiado para la imputación jurídico-penal (y por consiguiente para la reprochabilidad y la pena), se condiciona de manera positiva por: a) un desarrollo mental suficiente; b) una conciencia lúcida, sin perturbaciones profundas; c) un psiquismo exento de alteraciones graves (8).

Es así que *la capacidad de cumplir el deber como deber es, por tanto, capacidad de motivarse por el deber y, en consecuencia, capacidad de llegar a ser consciente del deber en el momento de la posibilidad de acción y de dirigir la voluntad conforme al deber* (9). De lo hasta acá expuesto, aparece como criterio para determinar la culpabilidad, aquel por el cual el sujeto puede comprender

el injusto o ilícito de su acción y actuar conforme a dicha comprensión.

De este modo, la incapacidad de culpabilidad terminará excluyendo la posibilidad de comprensión de la antijuridicidad, o la capacidad de conducirse conforme al reconocimiento de la norma.

La inimputabilidad es la incapacidad del sujeto de comprender la ilicitud de un hecho que ejecuta y/o determinarse de acuerdo con la exigencia del derecho. Cuando se hace referencia al elemento intelectual es a la incapacidad para la comprensión de la ilicitud de su comportamiento, lo que se materializa en la incapacidad para juzgar o valorar su conducta. En relación al elemento volitivo, es aquel donde la acción no coincide con la voluntad del individuo.

De acuerdo con lo antes expuesto, caben 3 alternativas: inimputabilidad, atenuación de la imputabilidad o imputabilidad. Los Códigos penales dedican normalmente uno o más artículos al complejo tema de la inimputabilidad. Comúnmente lo hacen a través de “fórmulas”, cuyo alcance e interpretación determinará que ciertas personas que cometan un injusto penal con alguna alteración psíquica, puedan no ser consideradas susceptibles de reproche ético-jurídico. Se puede hablar de tres tipos básicos de fórmulas legales de inimputabilidad (5):

1. Fórmulas biológicas o psiquiátricas puras, que disponen que los afectados con alguna enfermedad mental cualquiera son inimputables, conforme al criterio médico y sin considerar las consecuencias psicológicas de dichas patologías sobre el hecho imputado.
2. Fórmulas psicológicas puras, que disponen la exclusión de la imputabilidad sobre la base de la perturbación psíquica producida por la alienación.
3. Fórmulas mixtas, que prevén las causas psicopatológicas y las consecuencias psicológicas que aquéllas debieron provocar, que serán valoradas por el juez en cada caso, al momento de realizar el juicio de reproche. Esta última es la que predomina en la mayoría de los códigos actuales.

Según el Código Penal chileno, artículo 10 N° 1, es inimputable el “loco o demente”, vale decir: psicosis, demencia, retardo mental moderado - severo y los estados confusionales.

## IMPUTABILIDAD Y PSICOPATÍA

Un aspecto que ha resultado controvertido en torno a los trastornos de la personalidad y, puntualmente la psicopatía, es el carácter de enfermedad de dichas entidades.

En este sentido, hay autores que afirman que: “Las personalidades anormales representan, en resumidas cuentas, variedades del ser humano, mas no primeros grados de enfermedad mental ni formas intermedias entre ésta y la salud” (9). Asimismo, Schneider afirma que ninguna de las 11 clases de psicópatas que él describe representa una enfermedad mental básica o se conforma como tal.

Según la teoría clásica, las psicopatías son cuadros psicopatológicos que no implican incapacidad para conocer la diferencia entre lo que está bien y lo que está mal. Los psicópatas, si no tienen otro disturbio mental agregado, gozan de discernimiento. En este sentido, las personalidades psicopáticas, en las que no sería imprescindible o no existiría un menoscabo en las funciones intelectuales y en las cuales tampoco existiría un sustrato orgánico patológico verificable, no corresponderían a enfermedades mentales y, por consiguiente, serían imputables cualquiera fuese la naturaleza, extensión y gravedad de su anormalidad psíquica (9).

Por otra parte, la psicopatía tendrá como consecuencia la inimputabilidad cuando sus efectos sean similares a los de la psicosis; vale decir, que le impidan comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. Una persona no es responsable de una conducta criminal si en el momento de realizar tal conducta tiene disminuidas sus capacidades fundamentales para apreciar la criminalidad o la conformidad de su conducta con la ley, como resultado de un trastorno mental. En cuanto a los psicópatas, tanto la doctrina como las legislaciones penales se han mostrado renuentes a admitir las fórmulas exculporias plenas, por considerarlo un trastorno de la afectividad (9).

Aquellos que sustentan la inimputabilidad del psicópata afirman que la psiquiatría tradicional –partiendo de Schneider– únicamente consideraba enfermedades mentales a las perturbaciones graves de la razón, por lo que excluía del concepto de “enfermedad” a las personalidades psicopáticas (9). De este modo, independientemente de la naturaleza, extensión y gravedad de la anormalidad psíquica, se negaba el carácter patológico de las psicopatías (9); sin embargo, en la psiquiatría moderna se han superado aquellas viejas concepciones que limitaban el concepto de enfermedad sólo a los defectos de la inteligencia o la voluntad, excluyendo lo afectivo, pues se parte de la base de que tales aspectos de la personalidad no pueden concebirse como elementos aislados o independientes. Más aún, las clasificaciones actuales contenidas en los manuales DSM IV-TR y CIE-10 consideran a los trastornos de la personalidad como entidades nosológicas.

Pero no sólo el aspecto biomédico cobra relevancia cuando se analiza la imputabilidad de este tipo de individuos, puesto que en caso de establecerse la existencia de la psicopatía como entidad mórbida es necesario analizar adicionalmente el presupuesto jurídico de la culpabilidad, esto es, determinar si el psicópata puede comprender la criminalidad de sus actos y dirigir sus acciones conforme a esa comprensión.

Se considera que falta la capacidad de comprensión cuando el individuo se encuentra en una situación mental en que no puede percatarse suficientemente de que el hecho que realiza está prohibido por el derecho; mientras que falta la capacidad de dirigir su actuación cuando el sujeto es incapaz de autodeterminarse, de autocontrolarse con arreglo a la comprensión del carácter ilícito del hecho (9).

Respecto a la materia que nos ocupa, es discutible sostener que el psicópata comprende la antijuridicidad del acto. En este sentido, la grave distorsión que el psicópata padece dificultaría la internalización de valores y, por ello, la pretensión del derecho penal sería “tan absurdo como reprocharle a un ciego que no haya visto” (5). En la misma línea, algunos autores sostienen que el psicópata presenta como falla radical la “ceguera emotiva” y que, por tanto, es incapaz de vivenciar valores; es por esto que si bien el psicópata “entiende” que tal o cual acción suya está incriminada por la ley, “no comprende la criminalidad del acto” (9).

Otro argumento que se ha esgrimido para afirmar la inimputabilidad del psicópata radica en su imposibilidad de dirigir sus acciones conforme a esa comprensión. En este sentido, el psicópata padecería de un trastorno afectivo-volitivo, en que “la fuerza del impulso afectivo es tal que domina totalmente la voluntad, de modo que el sujeto no puede liberarse del influjo, con lo cual desaparece plenamente su imputabilidad y con ello su responsabilidad penal” (9).

Por tanto, el propugnar la imputabilidad del psicópata, reemplaza a la culpabilidad como fundamento de la pena y coloca en su lugar a la peligrosidad del sujeto.

Ahora bien, en algunos países existen disposiciones legales específicas para los casos de psicopatía; por ejemplo, en Inglaterra se les envía a hospitales de seguridad donde son tratados por tiempo prolongado (muchas veces están más tiempo internados que lo que les correspondería si hubiesen sido condenados a prisión) (7). Pese a esto, la legislación inglesa (1983), cuyo origen se encuentra en la Comisión Real de 1950, distingue enfermedad mental de “trastorno psicopático” (2).

Por el contrario, en España los psicópatas son considerados imputables a todos los efectos, esto quiere decir que tienen responsabilidad y plena culpa, basa-

dos en el carácter intacto de la inteligencia y la voluntad en la psicopatía.

A medio camino estaría la imputabilidad atenuada para los individuos psicópatas que cometen delitos, siendo los requisitos para la misma los siguientes: i) Psicopatías graves o profundas en base a su condición e intensidad, ii) Relación causal demostrada entre el trastorno y el delito cometido, y iii) Demostración de que la psicopatía disminuye la inteligencia y/o la voluntad del individuo de forma clara. Por lo que otra opción propuesta es el ingreso del delincuente psicópata en un centro psiquiátrico penitenciario, tras ser declarada la imputabilidad atenuada (10).

En Chile no hay una disposición explícita, sino más bien se encuentra en relación a la existencia de mayores o menores atenuantes, lo que redundaría en la extensión del tiempo de privación de libertad. Más aún, la peligrosidad a la que se refiere el Código de Procedimiento Penal procede sólo en casos de personas consideradas inimputables en relación con el artículo 10 N° 1 del Código Penal chileno, por lo que en estricto rigor no sería necesario un pronunciamiento a este respecto en torno a la psicopatía.

Respecto al artículo 10 N° 9 del Código Penal chileno, hace referencia a la inimputabilidad de quien "... obra violentado por una fuerza irresistible o impulsado por un miedo insuperable", lo que significa que la persona se encuentra bajo una alteración psíquica extrema con grave compromiso de su voluntad; aspecto muy difícil de evaluar en psiquiatría, más aún de manera retrospectiva. En la práctica, se utiliza la regla del "policía muy cercano" que implica preguntarse si el individuo hubiese actuado de la misma manera si un policía hubiese estado a su lado; si la respuesta es positiva se supone que el impulso fue verdaderamente "irresistible" (7).

La atenuación de la imputabilidad, de acuerdo con el artículo 11 N° 1 de nuestro Código Penal, se refiere al sujeto que presentando alteraciones mentales, éstas no afectan significativamente su conducta, lo que puede suceder en Trastornos graves de la personalidad, Dependencia severa a sustancias psicoactivas, Trastornos afectivos no psicóticos, Retardos mentales leves o inteligencia limítrofe. Por otro lado, gran parte de las que son consideradas conductas psicopáticas están retratadas en las circunstancias agravantes del artículo 12 del Código penal chileno (7).

## PSICOPATÍA COMO ENFERMEDAD SUSCEPTIBLE DE INIMPUTABILIDAD

Ya hemos revisado las complejidades relacionadas con la definición de enfermedad, enfermedad mental, tras-

tornos de la personalidad y psicopatía. Desde un punto de vista práctico, puede entenderse la enfermedad en términos de la existencia de factores etiopatogénicos, fisiopatología que de cuenta de la alteración que determina la enfermedad, historia natural, pronóstico y tratamiento. En el presente apartado abordaré estos aspectos en relación al constructo clínico de la psicopatía.

### A) Aspectos etiopatogénicos y fisiopatología.

Aún no existe certeza respecto a los factores ambientales y biológicos, cuyas complejas interacciones determinan y/o mantienen este trastorno. Sin embargo, existe creciente evidencia de factores neurobiológicos de importancia que inciden en un procesamiento emocional atípico (4, 11-13).

Existe consenso en relación con la asociación existente de conducta violenta, psicopatía y conducta antisocial con disfunción frontal y temporal (14); aún más, algunos autores sostienen que los estudios de neuroimágenes podrían tener en el futuro implicaciones importantes para la ley (15).

A su vez, se han descrito características en pruebas de neurociencia cognitiva, como por ejemplo alteraciones en procesamiento de recompensas, dificultades en el reconocimiento de expresiones de miedo de otros (alteraciones en la capacidad de procesamiento afectivo) y déficit a nivel de control inhibitorio (15-18).

Otra área de interés en el estudio de las bases neurobiológicas de la psicopatía la constituye el Sistema de Neuronas Espejo (SNE). La activación de las neuronas en espejo en pruebas de habilidades empáticas sin componentes motores explícitos, apoya la visión de que el SNE no sólo estaría involucrado en la cognición motora sino también en la cognición emocional interpersonal. Así, un interjuego entre la teoría de la mente (capacidad de comprender las conductas propias y de otros en términos de estados mentales como creencias, sentimientos y motivaciones) (19) y los mecanismos del SNE podrían dar cuenta de la mantención de la distinción entre el yo y los otros durante las interacciones interpersonales empáticas (20).

Es necesario destacar que el concepto de mentalización no se corresponde con el de empatía, pues el primero se refiere específicamente a la capacidad de representar los estados mentales de sí mismo y otros; el segundo implica resonancia emocional con otra persona (19). Esta distinción no resulta antojadiza, pues —a modo de ejemplo— una diferencia sustancial entre el psicópata y el autista es precisamente ésta: el psicópata eventualmente podría representar el estado mental de otro; sin embargo, es incapaz de contactarse emocio-

nalmente con el otro. El autista carece de teoría de la mente (11).

En este sentido, los psicópatas presentarían alteraciones a nivel de empatía “emocional” y no “motora”, así como la teoría de la mente no estaría necesariamente alterada en estos individuos; a diferencia de los cuadros del espectro autista, en los cuales existe evidencia neurobiológica de conservación de la empatía “emocional” y déficit en teoría de la mente y empatía “motora”, como ya ha sido mencionado en un artículo previo (1).

Por su parte, la aplicación de la genética al campo del estudio de los TP es relativamente reciente. En cuanto a los estudios en TP según DSM, la heredabilidad varía bastante de acuerdo con las series, siendo un problema importante en general para las investigaciones genéticas la falta de un fenotipo adecuado para el estudio (21).

Existe una variada gama de teorías explicativas desde el punto de vista del desarrollo (22), lo que no hace sino confirmar que la etiología de la psicopatía no es bien conocida.

## B) Epidemiología, historia natural y pronóstico

Desde el punto de vista epidemiológico, el estudio de Vicente describe una prevalencia de vida del TPAS (definida según DSM III-R) de un 1,6% en Chile (23).

De acuerdo con la literatura internacional, los pacientes en general corresponden a hombres jóvenes, tendiendo a la disminución de la prevalencia de vida a medida que aumenta la edad. Este último fenómeno pudiese estar asociado a aspectos pronósticos y de historia natural de la condición en términos de asociación con mayor mortalidad (mortalidad temprana), abuso de sustancias, trastornos del ánimo y suicidio (24).

Por definición, la historia natural de estos pacientes considera la relativa estabilidad de los síntomas, apareciendo en la juventud y continuando en la adultez, conduciendo usualmente a disfunción social y ocupacional. Sin embargo, estas presunciones que derivan de las definiciones operacionales del CIE-10 y DSM-IV no cuentan con un soporte empírico derivado de estudios longitudinales (24).

Black *et al.* desarrollaron un estudio prospectivo en 71 pacientes definidos como TPAS según DSM-III, con un seguimiento de 29 años, al cabo del cual pesquisaron un 42% de ausencia de mejoría, 31% de remisión parcial, 27% de remisión y 22,5% de intentos de suicidio (25).

Otros estudios prospectivos muestran que el diagnóstico de TPAS es altamente predictivo de muerte por “causa no natural”, “muerte repentina violenta”, “muerte por accidentes” (26-28).

## C) Tratamiento

Existe una creencia ampliamente difundida de que los individuos psicópatas son “inmunes a tratamiento” (4), afirmación que no estaría justificada a la luz de la evidencia disponible (1).

El encierro (encarcelamiento) ha sido la alternativa más utilizada por mucho tiempo, apartando al individuo de la sociedad durante un cierto periodo (prevención especial negativa), pero sin solucionar la situación a largo plazo, ante la falta de un tratamiento adecuado, conduciendo a altas dosis de reincidencia (5).

Ahora bien, pese al pesimismo imperante en relación al tratamiento de la psicopatía, se han descrito intervenciones efectivas como la Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia de orientación psicodinámica, y enfoques eclécticos (22, 29-31). Los más notables beneficios incluyen una reducción de las características y reducción de recidiva conductual.

Las intervenciones más efectivas tienden a ser intensivas, incluyendo un promedio de cuatro sesiones por semana por al menos un año. Cuando se potencia la terapia individual con terapia de grupo los beneficios aumentarían (1). Estos resultados sugieren que para problemas complejos como la psicopatía se requieren programas de intervención más elaborados e intensivos que involucran psicoterapia individual, tratamiento de los miembros de la familia y un input proveniente del grupo de pares, que potencian su efectividad global.

Por su parte, la prevención de la psicopatía requiere más estudios. Considerando las teorías del desarrollo, las intervenciones tempranas podrían ser particularmente importantes, dadas las dificultades para intervenir en aquellos individuos con un alto nivel de psicopatía, conducta delictual establecida y estilo de vida antisocial arraigado.

Finalmente, es necesario señalar que el descubrimiento de alteraciones neurobiológicas y/o a nivel del SNE en psicopatía, no es sinónimo de que ésta sea intratable desde un punto de vista psicoterapéutico; más aún, a la luz de la evidencia actual de plasticidad neuronal, modificación de las redes neuronales y de la expresión génica mediante psicoterapia (32, 33, 34).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo cobra relevancia la presencia de una serie de dificultades y distinciones acarreadas por la operacionalización de algunos diagnósticos, la pérdida de riqueza semiológica y las dificultades en torno a la concepción de las enfermedades en psiquiatría.



Como punto de partida, se analizaron las dificultades en relación al concepto de enfermedad, y en particular a aquel grupo de condiciones agrupadas bajo el rótulo de “trastornos de la personalidad”. Más aún, en términos estrictos, las diferencias conceptuales de entidades nosológicas consideradas a menudo como equivalentes acentúan la confusión en el tema que he desarrollado. Es así que no debemos caer en el error de equiparar a los “psicópatas” con el “trastorno antisocial de la personalidad”, ya que uno de los errores frecuentes es considerar la psicopatía como sinónimo de delincuencia y –como ya hemos visto– ni todos los individuos psicópatas son delincuentes, ni todos los delincuentes son psicópatas.

En este sentido, una de las dificultades que ha acarreado la ampliación del ámbito de la psiquiatría a ciertas conductas que escapan al criterio modal de normalidad, tiene que ver con el enfrentamiento de la delincuencia. Vale decir, desde un punto de vista nosológico (por ejemplo, en la clasificación DSM-IV) se incluye al TPAS como “trastorno” cuya descripción determina que gran parte de la población penal cumpla con dichos criterios. Por tanto, si somos estrictos, hay una gran parte de la población que está “enferma” o “padece un trastorno” cuyo tratamiento es la cárcel; lo que ciertamente resulta escalofriante.

De esto es posible reflexionar respecto a la consecuencia de los sistemas de clasificación en torno al enfrentamiento de ciertas problemáticas sociales y, en ese sentido, resulta necesario el acuerdo: o bien se le considera enfermo (y deben hacerse todos los esfuerzos tendientes a su estabilización y mejoría) o bien representa una variación extrema de la normalidad que se opone al desarrollo de la vida social y, por ende, es reprimido.

El punto tratado es relevante, puesto que las repercusiones de un fallo determinan el destino de un individuo, que en caso de ser considerado “enfermo” no debiera ser recluso en la cárcel. Por otra parte, y considerando la acepción sociopolítica de enfermedad, hay datos que orientan a que el sistema judicial no se ha constituido como un “tratamiento” eficiente para los psicópatas.

Al margen de estas reflexiones, probablemente uno de los factores que más incidan en poder intentar una respuesta a la disyuntiva desde el prisma de la psiquiatría sea la distinción entre psicópata y antisocial. Es así que una adecuada definición de los casos es absolutamente necesaria no sólo en términos prácticos médico-legales, sino en el desarrollo de investigación y tratamiento.

Resulta indispensable como punto de partida una adecuada definición de “enfermedad” en psiquiatría,

posterior a lo cual deberá investigarse el carácter de enfermedad de los llamados “trastornos de la personalidad” y en particular de la psicopatía. La comprensión del fenómeno se ve afectada por la heterogeneidad conceptual de los trastornos de personalidad, por el hecho de que el conocimiento adquirido corresponda a muestras clínicas no necesariamente representativas (por sesgo de selección de pacientes más graves), dificultades en términos del diseño de estudios (por dificultades en la definición del problema a estudiar), hallazgos neurobiológicos que no logran ser replicados, etcétera (2).

Una vez logrado dicho objetivo, estará dado el primer paso –y tal vez el más importante– en términos de poder caracterizar los cuadros, facilitar la investigación y desarrollar un tratamiento.

Por lo tanto, es necesario considerar al menos tres áreas que presentan problemas en la investigación de la psicopatía a fin de poder superarlas en trabajos futuros: aspectos clasificatorios, necesidad de teorías etiológicas que den cuenta cabalmente del espectro clínico, y optimización en la evaluación de tratamientos.

Ahora bien, de acuerdo con los elementos planteados existen algunos argumentos epistemológicos que, aunque no concluyentes, favorecen la consideración de los trastornos de personalidad como enfermedad; a saber: i) Mayor mortalidad, ii) Disfunción en control de impulsos e inestabilidad emocional (correlacionados con hipoactividad serotoninérgica a nivel central) (2). Más aún, la presencia de factores etiopatogénicos y mecanismos fisiopatológicos propuestos, historia natural medianamente caracterizada, pronóstico descrito y antecedentes de algunos tratamientos exitosos, permiten sembrar la esperanza de que la psicopatía pudiese corresponder a una enfermedad susceptible de ser tratada. Sin embargo, esto requiere esfuerzos en términos de desarrollo de planes de tratamiento adecuados e investigación de sus resultados.

Por otra parte, exigir a la psicopatía la presencia de criterios estrictos de enfermedad a la usanza médica resulta injusto, pues una reducida cantidad de las “enfermedades” psiquiátricas cumpliría con dichos requisitos. La presencia de hallazgos neurobiológicos (aunque inespecíficos, como en la mayoría de los cuadros psiquiátricos) sugiere la existencia de alteraciones a la base que podrían determinar la falla empática.

En síntesis, el tema que he desarrollado encierra dos preguntas. La primera guarda relación con la imputabilidad de los pacientes con trastornos de personalidad antisocial, quienes –independientes de estar considerados como trastornos mentales en las clasificaciones internacionales– a mi juicio serían imputa-

bles, aun teniendo rasgos psicopáticos. Ahora bien, un individuo que cumple a cabalidad con el cuadro clínico de psicopatía (de acuerdo a criterios como los de Cleckley, con los que se ha desarrollado la mayoría de los estudios sobre tratamiento), podría sostenerse que –de acuerdo con los hallazgos y el estado actual de la ciencia médica– existen características que determinan su incapacidad de culpabilidad.

Es así que sí sería posible considerar imputable a un individuo que ha cometido un delito y que ha sido diagnosticado de trastorno antisocial de la personalidad, mientras que en el caso del delincuente que presenta los criterios que describen a la psicopatía, independientemente de que se le considere imputable, semi-imputable o inimputable, debería ser internado en un centro que ofrezca garantías sobre la aplicación de tratamientos acordes a este problema.

Sin embargo, la cuestión no puede ser zanjada en términos absolutos. Resulta imposible afirmar que el psicópata es siempre imputable o siempre inimputable; dicho de otro modo, no existe una regla general, pues la decisión dependerá de las circunstancias específicas del caso concreto. Es así que no basta el diagnóstico de la enfermedad sino que deben analizarse, entre otros aspectos, la intensidad, el grado o gravedad del trastorno, los efectos que tuvo en el caso particular, etcétera. La valoración deberá hacerse en cada caso mediante la valoración de la capacidad para comprender lo injusto del hecho y la capacidad de dirigir la actuación conforme a ese entendimiento. A ello hay que añadir la posibilidad de que la psicopatía sea complicada porque al trastorno de la personalidad se le añada un cuadro de drogodependencia.

En ese sentido, frente a las dificultades generales que surgen para la clasificación de un trastorno de personalidad, la heterogeneidad clínica entre los individuos considerados portadores de dicha patología y la falta de acuerdo en relación con los alcances de la psicopatía, resulta imprescindible recurrir a dimensiones sintomáticas y evaluar cómo aquéllas pudiesen haber afectado el actuar del individuo en cuestión. De este modo, el problema jurídico será cuestión de saber, observando la sintomatología del individuo, si podía exigírsele o no la comprensión de la antijuridicidad. En Chile, el Código Penal acota la discusión, y de su interpretación se deriva la existencia de los trastornos graves de personalidad sólo como atenuantes; aún más, gran parte de las conductas que se incluyen en las descripciones de la psicopatía se encuentran tipificadas en nuestro Código Penal como agravantes.

## REFERENCIAS

1. Pavez F. Psicopatía y nihilismo psicoterapéutico. *Rev GPU* 2009; 5(3): 343-350
2. Kendell R. The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 110-115
3. Kendell R. The distinction between mental and physical illness. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 490-493
4. Dolan M, Doyle M. Psychopathy: diagnosis and implications for treatment. *Principles of Forensic Psychiatry* 2007; 6(10): 404-408
5. Laino N. El dilema acerca de la imputabilidad de las personalidades psicopáticas. Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Derecho. Publicación online Asociación Pensamiento Penal 2010; 107. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/33laino.pdf>
6. Pallaro H, González-Trijueque D. Informe forense: imputabilidad y trastorno antisocial de la personalidad. *Cuad Med Forense* 2009; 15(55): 55-66
7. Téllez C. Psiquiatría Forense. En: *Psiquiatría Clínica*. Heerlein A, Editor. Santiago, Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile; 2000. p. 806-810
8. Frías J. Imputabilidad penal: capacidad personal de reprochabilidad ético-social. Buenos Aires, Argentina: Sociedad Anónima Editora, Comercial, Industrial y Financiera; 1981. p. 46-47
9. Barbero N, Saldura M. Responsabilidad penal del psicópata. *Revista Latinoamericana de Derecho* 2007; 4(7-8): 89-127
10. Núñez-Gaitán M, López M. Psicopatología y delincuencia: Implicaciones en el concepto de imputabilidad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* 2009; 11(2): 1-8. Disponible en: <http://criminnet.ugr.es/recpc/11/recpc11-r2.pdf>
11. Hansman-Wijnands M, Hummelen J. Differential diagnosis of psychopathy and autism spectrum disorders in adults: Empathic deficit as a core symptom. *Dutch Journal of Psychiatry* 2006; 48(8): 627-636
12. Blair R. Fine cuts of empathy and the amygdala: dissociable deficits in psychopathy and autism. *Q J Exp Psychol (Colchester)* 2008; 61(1): 157-170
13. Hoff H, Beneventi H, Galta K, Wik G. Evidence of deviant emotional processing in psychopathy: a fMRI case study. *Int J Neuropsychol* 2009; 119(6): 857-78
14. Wahlund K, Kristiansson M. Aggression, psychopathy and brain imaging - Review and future recommendations. *Int J Law Psychiatry*; 32(4): 266-71
15. Glenn A, Raine A. Psychopathy and instrumental aggression: Evolutionary, neurobiological, and legal perspectives. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32(4): 253-8
16. Blair R. Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Dev Psychopathol* 2005; 17: 865-891
17. Dadds M, Perry Y, Hawes D, Merz S, Riddell A, Haines D, Solak E, Abeygunawardane A. Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 280-281
18. Defley Q, Surguladze S, Tunstall N, Mezey G, Beer D, Ambikapathy A, Glampietro V, Clarke A, Fahy T, Phillips M, Declan M. Facial emotion processing in criminal psychopathy. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 533-539
19. Alcázar-Córcoles M, Verdejo-García A, Bouso-Saiz J. Forensic neuropsychology at the challenge of the relationship between cognition and emotion in psychopathy. *Rev Neurol* 2008; 47(11): 607-12
20. Gabbard G. Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162(4): 648-655



21. Reichborn-Kjennerud T. Genetics of Personality Disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2008; 31: 421-440
22. Salekin R. Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review* 2002; 22: 79-112
23. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1362-1370
24. Moran P. The epidemiology of antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 231-242
25. Black D, Baumgard C, Bell S. The long-term outcome of antisocial personality disorder compared with depression, schizophrenia and surgical conditions. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995; 23: 43-52
26. Martin R, Cloninger C, Guze S, Clayton P. Mortality in a follow-up of 500 psychiatric outpatients II: Cause specific mortality. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 58-66
27. Rydellius P. The development of antisocial behaviour and sudden violent death. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 398-403
28. McDonald A, Davey G. Psychiatric disorders and accidental injury. *Clin Psychol Rev* 1996; 16: 105-127
29. D'Silva K, Duggan C, McCarthy L. Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *J Personal Disord* 2004; 18(2): 163-77
30. Alvarez A. Motiveless malignity: Problems in the psychotherapy of psychopathic patients. *Journal of Child Psychotherapy* 1995; 21(2): 167-182
31. Armelius B, Andreassen T. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 17 (4): CD005650
32. Kandel E. Genes, nerve cells, and the remembrance of things past. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1989; 1(2): 103-25
33. Etkin A, Pittenger C, Polan H, Kandel E. Toward a neurobiology of psychotherapy: basic science and clinical applications. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005; 17(2): 145-58
34. Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol* 2008; 20(3): 775-803.