

## El trastorno de personalidad antisocial

■ El trastorno de personalidad antisocial es una condición compleja que presenta niveles elevados de comorbilidad y de mortalidad; asimismo genera consecuencias dañinas para las familias y para la sociedad. A pesar de que se han publicado guías terapéuticas para su diagnóstico y tratamiento, su manejo efectivo sigue siendo inadecuado y entre los especialistas en salud mental permanece la creencia de que es un problema intratable. Un reciente artículo revisa cuáles son las controversias actuales sobre su diagnóstico y enfatiza en la necesidad de conceptualizarlo como un trastorno de apego desde la perspectiva del desarrollo. Genera también un esquema de tratamiento para sujetos adultos con el trastorno y enfatiza en la importancia de crear un ambiente seguro, recomendando hacer adaptaciones de las técnicas terapéuticas con el fin de facilitar el compromiso en este grupo de pacientes que habitualmente rechazan los tratamientos.

En el sistema de clasificación DSM-5, al trastorno de personalidad antisocial se le clasifica en el grupo B junto con los trastornos límite, histriónico y narcisista. Sus características principales incluyen actitudes de irresponsabilidad, conducta antisocial, impulsividad, agresividad y tendencia a sobrepasar los derechos de los demás. Por su parte, la clasificación ICD-10 de la OMS la define en forma muy parecida pero con el nombre de trastorno disocial de la personalidad, si bien hace más énfasis en los problemas interpersonales, además de que considera que los antecedentes de trastornos de conducta no son necesarios para establecer el diagnóstico.

Existe mucha confusión sobre las definiciones de psicopatía y de personalidad antisocial. El término psicopatía continúa utilizándose en forma muy imprecisa en el campo médico y no está incluida en ninguno de los sistemas de clasificación ICD y DSM. Durante algún tiempo, en muchos países fue algo generalizado considerar que el término trastorno psicopático no correspondía a un solo padecimiento, sino que más bien era una categoría clínica con fines legales en la que se incluía a un número extenso de trastornos graves de la personalidad cuyo común denominador era la comisión de actos antisociales. En años recientes este concepto ha cambiado y ahora el uso del término psicopatía hace referencia a los rasgos y las conductas de la personalidad antisocial. Esta conceptualización, así como su forma de clasificarlos, han sido tema de gran controversia debido a que enfatizan más la conducta antisocial y criminal y menos la estructura de personalidad subyacente

como tampoco las deficiencias que presentan estos individuos para llevar a cabo interacciones personales adecuadas. Esta controversia se ha extendido al plano legal, ya que se argumenta que este tipo de conductas no deben tipificarse como trastornos médicos debido a que sus principales manifestaciones son actitudes de transgresión de las normas sociales y de convivencia sin que esto les genere sufrimiento alguno. Las discusiones sobre si estos individuos deben o no ser castigados por la ley siguen sin llegar a un acuerdo, sobre todo cuando se argumenta que el tratamiento no es necesariamente un problema de atención médica sino que es una forma de re-educación moral para aquellas personas que no buscan ayuda por sí mismas.

La personalidad antisocial tiene una prevalencia de entre el 1% y el 6% en la población general masculina. Es frecuente encontrarlo en los servicios de atención de salud mental y también en los sistemas penitenciarios en donde se calcula que corresponde al 80% del total de su población. Se asocia con mucha frecuencia a otros trastornos mentales, particularmente al abuso y dependencia a sustancias ilícitas. Al menos la mitad de estos sujetos presentan en asociación otros trastornos de ansiedad y una cuarta parte tiene trastornos depresivos. Es por lo tanto muy importante identificar estas comorbilidades ya que el trastorno antisocial actúa como un moderador negativo de la respuesta al tratamiento. Este trastorno también se relaciona con un incremento de la mortalidad, particularmente en edades tempranas, debido fundamentalmente a las conductas de alto riesgo. Además del impacto que genera propiamente en los sujetos, el trastorno también causa daño considerable en la familia, en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento social. Repercute en costos en los sistemas de salud mental y en los sistemas judiciales. Es muy frecuente su asociación con familias disfuncionales, con ruptura de relaciones personales, con juegos de apuesta y con consumo excesivo de alcohol y drogas. Sin embargo, a pesar de que se reconoce su alta prevalencia y su nivel de comorbilidad psiquiátrica, hay evidencia de que estos individuos son, por lo general, rechazados de los servicios de salud debido a que se les considera como portadores de problemas básicamente legales y no médicos. No obstante, por mucho tiempo prevaleció el concepto de que el tratamiento, cuando era necesario, debería ser de tipo institucional y con un enfoque básicamente psicoanalítico, considerando al ambiente terapéutico como el elemento esencial. En épocas más recientes, debido al costo de estos tratamientos y a la falta de evidencia de su eficacia, el enfoque ha ido modificándose. Se ha sustituido por programas de tipo cognitivo-conductual utilizados principalmente en los centros de rehabilitación penitenciaria para quienes han cometido

delitos importantes. Estos programas se dirigen principalmente a quienes presentan un riesgo elevado de reincidencia y muestran un perfil de riesgo criminogénico alto: actitudes criminales, abuso de sustancias, impulsividad. Sin embargo, los estudios que han analizado la eficacia de este enfoque no determinan si realmente los incluidos son individuos con trastorno antisocial de la personalidad, ya que el objetivo está dirigido a evitar la reincidencia. A pesar de que existen muchos programas de este tipo, son pocos los estudios llevados a cabo con procedimientos estandarizados para definir su eficacia. Los estudios de meta-análisis muestran que hay datos insuficientes para llegar a conclusiones adecuadas. La mayor parte de los trabajos tienen inconsistencias de diagnóstico y no distinguen con claridad a individuos con y sin el trastorno. Estas deficiencias metodológicas quedaron demostradas en la última revisión Cochrane sobre personalidad antisocial. Esta revisión identificó 11 estudios prospectivos con procedimientos aleatorizados en sujetos con trastorno antisocial de la personalidad. De ellos, sólo dos se enfocaron exclusivamente a muestras con el trastorno. Se examinaron once diferentes intervenciones psicológicas, dos estudios reportaron aspectos de reincidencia y sólo uno reportó aspectos relacionados con agresividad. Es igualmente escasa la evidencia de efectividad del tratamiento farmacológico para este trastorno. Dos meta-análisis al respecto llegan a la conclusión de que no hay evidencia consistente que apoye el uso de cualquier tipo de intervención farmacológica para tratar al trastorno. Recomiendan que los psicofármacos no deben aplicarse de manera rutinaria para el tratamiento de los rasgos primarios del padecimiento o de sus alteraciones de conducta asociadas (irritabilidad, agresividad e ira). Se deberán utilizar sólo para tratar a los padecimientos con comorbilidad y se deberá tener particular cuidado debido al riesgo inherente de abuso o dependencia a sustancias ilícitas.

Al igual que en otros trastornos psiquiátricos, se considera que la etiología del trastorno de personalidad antisocial contiene elementos biológicos y psicosociales. Hace algunos años surgió el interés de estudiar la contribución de sus factores genéticos, particularmente en aquellos niños que muestran características de “callo emocional” elemento que se piensa, es precursor de la conducta psicopática del adulto. Tanto la conducta agresiva como la antisocial en estos niños muestra un fuerte elemento hereditario, cuando se les compara con niños con conducta antisocial pero sin dicho callo, lo que indica que es posible que el origen biológico de ese comportamiento esté intrínsecamente presente en el cerebro de estos individuos desde etapas tempranas de la vida. Sin embargo, los estudios de adopción también han demostrado una significativa interacción genética-ambien-

tal. Cuando la vulnerabilidad genética se combina con elementos negativos de la crianza infantil, las probabilidades de que se desarrolle conducta antisocial se incrementan. Hay algunos resultados de pruebas biológicas que muestran diferencias en las respuestas fisiológicas y en las estructuras cerebrales de estos individuos. Por ejemplo, se han identificado diferencias en los patrones de actividad electroencefalográfica, reducciones en los niveles de serotonina cerebral y disfunciones en las áreas fronto-corticales y límbicas. Si bien todos estos datos son importantes, no hay que dejar de considerar que la mayoría de estos estudios se han hecho en sujetos con conducta agresiva más que en pacientes con trastorno antisocial de la personalidad. También se debe tomar en cuenta que los resultados no consideran el efecto de otros factores de confusión tales como la comorbilidad o el abuso/dependencia a sustancias.

En el DSM-5 la categoría de trastorno antisocial de la personalidad cubre a una población muy heterogénea y no distingue entre sujetos con psicopatía leve, moderada o grave. Sin embargo, muchos trabajos detectan que uno de tres pacientes con este trastorno también tiene una condición grave de psicopatía que se caracteriza por un pronóstico más complicado y por resistencia a las intervenciones terapéuticas. Es por ello que se recomienda que en estos pacientes se evalúe la presencia de psicopatía de manera independiente.

A partir de los datos obtenidos en prisioneros diagnosticados con trastorno antisocial de la personalidad se postuló la hipótesis de que éste es un trastorno del desarrollo enraizado en el apego. Los trabajos demostraron que los ofensores violentos que reunían criterios del diagnóstico, tenían mayores niveles de apego inseguro que los normalmente encontrados en la población general. Esta evidencia se consolida aún más al identificar que en estos individuos hay más antecedentes de experiencias de separación, así como de abuso y negligencia durante la infancia. Hay investigadores que han identificado que muchos de los individuos con el diagnóstico antisocial experimentaron condiciones traumáticas y disruptivas en sus sistemas de apego durante la infancia, con lo cual se alteró su desarrollo neurobiológico y se favoreció la instalación de defensas psicológicas. Estas alteraciones, a su vez, afectaron su capacidad de mentalizar y redujeron el umbral para la reactividad emocional. La mentalización es la capacidad de reconocer y reflexionar sobre los estados mentales (pensamientos, creencias, deseos y afectos) y poder distinguir entre los propios y los de los otros. Por lo tanto se considera que algunos de los niños que experimentan abuso, negligencia o violencia doméstica se sentirán inseguros sobre lo que los demás pueden pensar de ellos, con lo cual se reduce su capacidad de

mentalización, se limita la empatía y se dificulta la posibilidad de distinguir entre lo mental propio y lo de otros. De acuerdo a las teorías que relacionan la mentalización con la conducta antisocial, una persona con limitadas capacidades de mentalización es incapaz de tolerar emociones negativas tales como el odio o la ira o el deseo de lastimar a otros. Por lo tanto tenderá a percibir como amenazantes actitudes o comentarios de los demás, sin que realmente lo sean. Estos sentimientos intolerantes finalmente necesitarán ser expelidos con violencia. En resumen, los individuos con niveles bajos de mentalización, como es el caso de los antisociales, serán más propensos a ser violentos.

¿Cuáles son las opciones de tratamiento que se pueden ofrecer a los individuos con trastorno antisocial de la personalidad? Se debe empezar por una evaluación cuidadosa que incluya la identificación de condiciones en comorbilidad factibles de ser tratadas (depresión, abuso de sustancias, etc.), así como la identificación de los principales rasgos de la personalidad. Esto determinará en general las posibilidades de una respuesta positiva a los tratamientos. Se deben incluir los antecedentes de conducta violenta, si los tiene. Un elemento importante es el de las condiciones en las que se proporcionará la atención tales como los riesgos, los límites y la determinación sobre qué tan confiada deberá ser la información. Es evidente que los pacientes con este trastorno serán menos propensos a buscar y a involucrarse en los tratamientos. Por lo general tenderán a rechazarlo en los primeros intentos. Estas respuestas en ocasiones pueden provocar reacciones negativas en los clínicos y otros profesionales, que si se presentan, deberán reconocerse.

Por lo que respecta a los tratamientos específicos, se puede decir que existen muchos abordajes y que la mayoría de ellos no tiene un nivel de eficacia determinado por los resultados de ensayos clínicos comparativos. Entre estos abordajes se pueden mencionar a la terapia cognitivo-conductual, la terapia conductual dialéctica y a la terapia basada en la mentalización. La modalidad terapéutica también

es variable e incluye terapias individuales, familiares y de grupo. Por ejemplo, la terapia grupal puede ser una opción más adecuada para individuos con dificultades de auto-control ya que suele percibirse menos amenazante que la terapia individual y, a la vez, ofrece modelos para comprender a los otros. Dependiendo de las condiciones de cada caso se determinará si la atención deberá darse en el consultorio, en forma individual o bien en otras condiciones que ofrezcan mayor seguridad tanto para el terapeuta como para el paciente. En cualquier modalidad un elemento fundamental es mantener a los sujetos involucrados en el proceso, ya que la mayoría, por principio, no acepta tener problemas y no desea recibir ayuda. Los terapeutas deben anticipar y manejar diversos retos como las faltas o las llegadas tarde a las citas, las crisis frecuentes, las violaciones de límites y el abuso de sustancias. Se recomienda aplicar antes del inicio formal de la terapia estrategias que permitan la adherencia. Entre éstas se incluyen a la psicoeducación, la descripción y comprensión de su problema de personalidad y el establecimiento de metas a conseguir en la terapia.

Si bien el interés en el manejo de estos casos concierne principalmente al deseo de protección pública, cada vez se reconoce más la necesidad de atenderlos para ofrecer alternativas de mejoría a estos individuos. Es claro que el precepto debe ser: más que castigar hay que tratar. Esta tarea no ha sido fácil debido a las presiones de la misma sociedad y a las de las instancias que imparten justicia. Sin embargo, se requiere investigar más sobre este tipo de trastornos para poder entender mejor sus causas, promover su prevención y generar mejores opciones de tratamiento.

## Bibliografía

- YAKELEY J, WILLIAMS A: Antisocial personality disorder; new directions. *Adv Psychiatr Treat*, 20:132-143, 2014.
- KHALIFA N, DUGGAN C, STOFFERS J y cols.: Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8:CD007667, 2010.