

Controversias de la psicopatía en la adolescencia: a propósito de un caso

Psychopathic controversies in adolescence: a case report

Resumen

La psicopatía es uno de los trastornos de la personalidad más bien establecidos. Sin embargo, su relación con el diagnóstico del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la *American Psychiatric Association* ha sido motivo de controversia. Es un constructo que se desarrolla a lo largo de la vida del individuo y que, por su repercusión sobre terceros, debemos atender con especial interés. Se expone un caso en el que se muestra dicha problemática en un menor de edad con conductas psicopáticas, para el cual el término "disocial" dejaría sin cubrir aspectos como la ausencia de remordimiento o culpa, la incapacidad para demorar el refuerzo y aprender de los errores, la búsqueda de sensaciones, la capacidad de causar buena impresión y la carencia de lazos emocionales, todas ellas características comunes a la psicopatía.

Palabras clave: Antisocial. *Cyberbullying*. Disocial. Psicopatía.

Abstract

Psychopathy is one of the disorders of the most well-established personality. However, their relationship with the diagnosis of the American Psychiatric Association Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) has been controversial. It is a construct that develops throughout the life of the individual and its impact on third parties must deal with special interest. A case in which this problem is shown in a child with psychopathic behavior, for which the term dissocial would not cover aspects such as lack of remorse or guilt, inability to delay reinforcement and learn from mistakes, the sensation seeking, ability to make a good impression and lack of emotional ties, all common features of psychopathy.

Key words: Antisocial. *Cyberbullying*. Dissocial. Psychopathic.

T. López Arteaga

Facultativo Especialista de Área. Servicio de Psiquiatría. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

Correspondencia:

Teresa López Arteaga
E-mail: maritelarteaga@gmail.com

Fecha de recepción:
03.ABRIL.2016

Fecha de aceptación:
30.MAYO.2017

Introducción

No solemos emplear el término “psicópata” cuando hablamos de niños o adolescentes con patrones disruptivos de comportamiento, sobre todo por la connotación de criminalidad que implica. Pero lo cierto es que las características personales y conductuales se manifiestan en etapas tempranas de la vida. Dado que el tratamiento se ha mostrado cargado de dificultades, la actuación preventiva se revela como una alternativa de gran interés¹.

Descripción del caso

Se trata de un varón, actualmente de 17 años de edad, con historia de alteraciones de conducta desde los 8 años, pendiente de cumplimiento de pena privativa de libertad en centro terapéutico por delito de intimidad moral y por producción y distribución de material pornográfico en el que intervenían menores.

Antecedentes personales

Obesidad desde los 10 años, enuresis nocturna hasta los 11 años.

Antecedentes familiares

El padre presentó proceso depresivo en la adolescencia; madre diagnosticada de trastorno de ansiedad; abuelo materno, ya fallecido, dependencia alcohólica.

Psicobiografía

Hijo único, presentó un desarrollo psicoevolutivo y primera infancia sin incidencias. Con 8 años inició seguimiento psicológico por presentar alteraciones conductuales y mala relación con iguales. Con 11 años fue evaluado por neuropediatría por no mejoría con la psicoterapia. La familia relaciona el empeoramiento con el hecho de haber sufrido acoso escolar y una agresión física por iguales en el centro en ese periodo. Desde entonces tuvo absentismo escolar. Se le diagnosticó de trastorno opositorista desafiante (F91.3) y se le trató farmacológicamente, pero ante la falta de respuesta se suspendió todo el tratamiento y se le derivó a psiquiatría. En ese momento, con 12 años, precisó ingreso hospitalario en psiquiatría infanto-juvenil por agresividad. Se le diagnosticó de trastorno de las emociones y del comportamiento

(F98.9), experiencias atemorizantes en la niñez (Z61.7), desajuste educativo (Z55.4) y comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (Z72.8). Repitió el segundo curso de secundaria y no ha llegado a finalizar el tercero. Convive con sus padres y la abuela materna. Sin red social más allá de la referida en Internet y de la familia cercana.

Hace un año se realiza cambio de psiquiatra y psicólogo debido a condiciones pautadas por la mutua a la que pertenece. En ese momento no realiza ninguna actividad física, no sale del domicilio y tiene inversión del patrón sueño-vigilia. Acudía a una academia para finalizar la educación secundaria, pero dejó de ir por presentar incontinencia esfinteriana fecal al tomar el ascensor de la vivienda. Alto grado de abandono, con obesidad y descuido de la higiene. Nulas relaciones sociales. Actitud tiránica con uso de fuerza con la familia para conseguir sus objetivos, múltiples amenazas. Pasa el día conectado a internet “coleccionando” imágenes, ya sea a través del teléfono o del ordenador. Los padres intentaron anularle la conexión, pero les amenazó con prender fuego a la casa mientras dormían. Realiza grandes consumos de objetos que no necesita a través de páginas web, pagando con tarjetas de crédito sustraídas a los padres. Mantiene contacto con grupos políticos radicales. Habla de sí mismo con grandilocuencia, se considera más maduro de lo que debería para su edad y no es capaz de asimilar las confrontaciones ni las críticas. Su seguimiento ha sido irregular en el último año, siendo los padres quienes sí han acudido a todas las consultas. Se ha practicado tratamiento sintomático para la hiperfagia, la impulsividad y la autoagresividad y heteroagresividad.

En los últimos meses se produce un acontecimiento que destapa las actividades que realizaba en Internet: almacenar y subir vídeos y fotos de contenido pornográfico infantil, realizadas por él mismo siendo las víctimas niños menores que él de su entorno familiar. Argumentó que necesita saber que está manipulando a alguien para obtener algún placer y que necesita de material pedófilo homosexual para conseguir excitarse y masturbarse. Acabó utilizando la actividad como medio lucrativo y reconoció a su vez haber estado realizando *cyberbullying*.

Se le ha planteado a la familia en varias ocasiones la derivación del menor a un centro terapéutico, pero no han llegado a iniciar los trámites y justifican la actitud de su hijo como una víctima del acoso escolar sufrido en el pasado.

A su vez, el menor verbaliza un arrepentimiento de lo sucedido sin resonancia afectiva, con un discurso aprendido poco creíble y con incongruencia del

	CIE-10 ²	DSM- IV TR ³	DSM-V ⁴
Trastorno disocial	<p><i>Trastornos disociales en niños/ adolescentes (incluye: Trastorno disocial opositorista desafiante) (F91.-)</i></p> <p>Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata, por tanto, de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por sí mismos, base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.</p>	<p><i>Trastorno disocial (312.8)</i></p> <p>a. Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Agresión a personas o animales – Destrucción de la propiedad – Fraudulencia o robo – Violaciones graves de normas <p>b. Deterioro significativo académico/laboral y familiar.</p> <p>c. Menor de 18 años.</p>	<p><i>Trastorno de conducta (312.8)</i></p> <p>Cambio en la denominación del diagnóstico, pero permanencia de los mismos criterios que para el DSM-IV TR.</p> <p>(312.8)</p>
Trastorno antisocial	<p><i>Trastorno disocial de la personalidad (F60.2)</i></p> <p>Subtipos: amoral, antisocial, social, psicopático, sociopático.</p> <p>Debe cumplir criterios para trastorno de la personalidad y, además, al menos tres de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cruel despreocupación por los demás – Irresponsabilidad antes las normas – Incapacidad de mantener relaciones interpersonales persistentes – Baja tolerancia a la frustración – Incapacidad de sentir culpa – Culpa a los demás del comportamiento conflictivo 	<p><i>Trastorno de la personalidad antisocial (301.7)</i></p> <p>a. Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, con tres o más de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fracaso en la adaptación social – Deshonestidad, mentiras, estafa a terceros – Impulsividad – Irritabilidad y agresividad – Imprudente con la seguridad de los demás – Inconstante en las tareas – Falta de remordimientos <p>b. Mayor de 18 años, con clínica antes de los 15 años.</p> <p>c. No sucede en el transcurso de psicosis o manía.</p>	<p><i>Trastorno de la personalidad antisocial (301.7)</i></p> <p>Mismos criterios que para el DSM-IV TR</p>

Tabla 1.
Comparación de conceptos.

contenido y de la expresión analógica. Ha realizado varios escritos en la consulta en los que expresa ser una víctima, realiza apología de personajes como Ted Bundy y habla de sí mismo como la persona que finge ser y "el monstruo que soy".

Discusión

Al igual que no todas las personas disociales van a evolucionar en la edad adulta a trastorno antisocial, no todos los antisociales serán psicópatas. El término

Tabla 2.
Diferencias entre trastorno conductual y psicopatía.

Trastorno conductual	Psicopatía ⁵
<p>El trastorno de conducta es una categoría diagnóstica que designa patrones de comportamiento antisocial persistentes y extremos para el nivel evolutivo del niño, que entran en conflicto con las normas y con los derechos o necesidades de los demás. Generalmente, se asume que se trata de una categoría heterogénea, en la que se agrupan múltiples tipos de conducta, así como diferentes trayectorias y etiologías¹.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Facilidad de palabra/encanto superficial – Sentido desmesurado de autovalía – Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento – Mentira patológica – Estafador/manipulador – Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa – Afecto superficial y poco profundo – Insensibilidad afectiva/ausencia de empatía – Estilo de vida parasitario – Pobre autocontrol de la conducta – Conducta sexual promiscua – Problemas de conducta en la infancia – Ausencia de metas realistas a largo plazo – Impulsividad – Irresponsabilidad – Frecuentes relaciones maritales breves – Delincuencia juvenil – Revocación de la libertad condicional – Versatilidad criminal – Incapacidad para responsabilizarse de las propias acciones

“psicopatía” es más amplio e incluye una parte afectiva, un desapego emocional que es difícil de evaluar con los criterios diagnósticos actuales (Tablas 1 y 2). Sin embargo, hay pruebas psicométricas que pueden hacernos sospechar y profundizar en esa faceta. En el caso de nuestro sujeto, se aplicó en consulta el *Psychopathic Checklist (PCL-R)*⁶, obteniendo una puntuación de 50 (puntuación de 30 ya sería sugestiva de psicopatía). A pesar de ser menor de edad, su evolución temprana tan establecida impresiona de su peligrosidad futura, pero los diagnósticos expuestos en la Tabla 1 no representan dicho potencial.

Que clínicamente no podamos denominar, según las clasificaciones actuales, un comportamiento no debe impedir que apliquemos las medidas terapéuticas necesarias para la resolución del patrón disruptivo. Casos graves como el expuesto deben hacernos emplear medidas contenedoras especiales que prevengan repercusiones futuras, así como medidas punitivas adaptadas enfocadas a la rehabilitación.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Romero E. El constructo psicopatía en la infancia y la adolescencia: del trastorno de conducta a la personalidad antisocial. *Anuario de Psicología*. 2001;32:25-49.
2. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson; 2002.
4. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Madrid: Panamericana; 2014.
5. Walters GD, Kiehl KA. Limbic correlates of fearlessness and disinhibition in incarcerated youth: exploring the brain-behavior relationship with the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version. *Psychiatry Res*. 2015;230:205-10.
6. Crego C, Widiger TA. Psychopathy and the DSM. *J Pers*. 2015;83:665-77.