



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

## Trabajo Fin de Grado

# Trastorno de personalidad psicopático y alcoholismo

**Alumno/a: Silvia Barchino Quintana**

Tutor/a: M<sup>a</sup> Lourdes de la Torres Vacas  
Dpto.: Psicología

**Julio, 2020**

## Índice

<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	2
1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD (TP) PSICOPÁTICO .....	5
2.1. Conceptualización .....	5
2.2. Criterios diagnósticos .....	11
2.3. Bases neurobiológicas de la psicopatía .....	15
3. RELACIÓN ENTRE TP Y CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL.....	19
3.1. Alcoholismo y trastornos mentales. Aspectos clave. ....	19
3.2. Psicopatía y alcoholismo .....	21
3.3. Bases neurobiológicas de la relación entre TP psicopático y consumo abusivo de alcohol.....	23
4. ACERCAMIENTOS TERAPÉUTICOS .....	26
5. CONCLUSIONES .....	30
REFERENCIAS .....	32

## RESUMEN

En el presente trabajo se ha revisado la literatura publicada sobre el trastorno de personalidad (TP) psicopático y el trastorno por consumo de alcohol, prestando especial atención a las relaciones existentes entre ambos trastornos. Así, se ha encontrado que ambos trastornos tienen factores psicológicos y biológicos predisponentes comunes. La disposición de ciertos rasgos de personalidad, como puede ser la impulsividad, falta de empatía y baja tolerancia a la frustración, entre otros, característico de la psicopatía se relaciona significativamente con las adicciones. Además, también existe vinculación entre rasgos característicos de la psicopatía y rasgos que propician el alcoholismo, con alteraciones en las mismas áreas del cerebro: áreas frontales, sistema límbico, particularmente en la amígdala, y sistema de activación conductual (SAC). En último lugar, hemos querido plasmar los acercamientos terapéuticos más utilizados para este tipo de trastornos y el que mejor resultados ha arrojado, el modelo de Riesgo- Necesidad- Responsividad (RNR).

**Palabras clave:** *psicopatía, consumo de alcohol, sistema de activación conductual, modelo de Riesgo- Necesidad- Responsividad.*

## ABSTRACT

In this thesis we have reviewed the published literature on psychopathic personality disorder (PD) and alcohol consumption disorder, paying special attention to the relationships between both disorders. Thus, both disorders have been found to have common predisposing psychological and biological factors. The disposition of certain personality traits, such as impulsiveness, lack of empathy and low tolerance to frustration, among others, characteristic of psychopathy, is significantly related to addictions. In addition, there is also a link between characteristic features of psychopathy and features that promote alcoholism, with alterations in the same areas of the brain: frontal areas, limbic system, particularly in the amygdala, and behavioral activation system (BAS). Lastly, we wanted to highlight the most widely used therapeutic approaches for this type of disorders and the one that has produced the best results, the Risk-Necessity-Responsiveness (RNR) model.

**Key words:** *psychopathy, alcohol consumption, behavioral activation system, Risk-Necessity-Responsiveness model.*

## 1. INTRODUCCIÓN

“*La salud es un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2006). Por tanto, desde una perspectiva bio-psico-social se destaca la importancia de la integración de factores biológicos/genéticos, psicológicos y sociales, para el bienestar de las personas.

Desde esta perspectiva integradora, las características individuales como pueden ser, las predisposiciones genéticas, y los patrones cognitivos y conductuales particulares (capacidad de gestionar las emociones, estrategias de afrontamiento, etc.), no son los únicos determinantes de la salud mental de la persona, sino que también influyen factores ambientales y sociales.

Por lo tanto, la salud mental requiere una atención especial por parte de las autoridades competentes en la materia, que derive en unas políticas sociosanitarias adecuadas para la promoción y la atención de la salud. La realidad es que la asistencia a la salud mental no es considerada una prioridad (Sendra, 2016). Son muchos los aspectos a mejorar, como por ejemplo: la carencia de personal especializado en salud mental en las instituciones y escasez de recursos (Hernández y Cogollo, 2020), subvenciones para llevar a cabo proyectos de investigación (Sendra, 2016), etc., pero lo más destacado, sin duda, es la existencia de discriminación y estigmatización concomitante que todavía prevalece, lo que añade más obstáculos a la normalización de la asistencia de la salud mental en la salud pública (Noguer et al., 2016).

El actual Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS de 2013- 2020 (2013), define salud mental como “*un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad*”. Dicho concepto está relacionado con el bienestar emocional, psicológico y social (OMS, 2019). Estas tres áreas, están implicadas en la forma en la que pensamos, sentimos y nos comportamos cuando nos enfrentamos a la vida. De esta forma, tener una buena salud mental permite que una persona tenga las suficientes capacidades para superar el estrés cotidiano y sea productiva tanto nivel personal, como comunitario (OMS,2018).

Sin embargo, igual que puede haber salud mental, puede no haberla, por lo que, si hablamos de presencia de salud mental, necesariamente se tiene que hablar de ausencia de salud mental. La ausencia de salud mental sería la carencia o insuficiencia de capacidades que le permitan a una persona superar el estrés diario, y que le suponga un malestar significativo en las diferentes áreas de su vida (OMS,2018). Las personas manifiestan problemas mentales a lo largo de su vida, pero realmente es un problema cuando los signos y síntomas se hacen permanentes, causando estrés y malestar significativo, lo que hace que pueda desarrollar en un trastorno mental (Naranjo, 2009).

Un trastorno mental se puede manifestar de muchas formas, pero en general, se caracteriza por la aparición de desórdenes a distintos niveles: emocional, cognitivo y conductual. Este tipo de trastornos han aumentado en los últimos años, con consecuencias asociadas no solo a nivel personal, sino también a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países (OMS, 2019). De hecho, frecuentemente, a las personas con trastornos se las margina, por lo que los costes intangibles son incuantificables (Hernández y Cogollo, 2020). El sufrimiento por el que este tipo de personas pasan, podría evitarse con adecuadas estrategias globales y/o estatales para la prevención, detección precoz y tratamiento más eficaces de las que se dispone actualmente.

Hasta el día de hoy, el mayor estudio publicado a nivel europeo puso de manifiesto que el 25.9% de la población había sido diagnosticada de algún trastorno mental en algún momento de su vida (Alonso et al., 2004). Un metaanálisis realizado por Polanczy y colaboradores (2015), estima que la prevalencia de un trastorno mental que comienza en la adolescencia y se mantiene en la adultez es del 15%. En España, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, 2017), el 10.8% de las personas de 15 años en adelante reconocieron haber sido diagnosticadas de algún problema de salud mental. Los datos de un estudio, llevado a cabo con la población española, y publicados este mismo año, expone que la morbilidad psíquica es del 19.1% (Henares et al., 2020).

Los trastornos mentales suelen presentar un alto grado de comorbilidad con otros trastornos (Lieb et al., 2015). Por ejemplo, se ha puesto de manifiesto (Buitrago et al. 2018; NIDA, 2018) la existencia de una clara relación entre determinados trastornos

mentales y comportamentales y el consumo nocivo de alcohol. La psicopatología que normalmente se ve asociada a la drogadicción son los trastornos de personalidad (TP) con un 34.8% a 73% de los casos (Rodríguez, 2015). Concretamente, en pacientes con adicción al alcohol, del 62.5% que presenta comorbilidad, el 44.3% es con TP (Becoña y Cortés, 2011).

En este trabajo se va a revisar la literatura publicada sobre el consumo abusivo de alcohol en personas que padecen trastornos de la personalidad (TP). Concretamente, nos centraremos en el TP psicopático. Para ello, primero se profundizará en la historia del constructo psicopático, sus características, su criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial, su evaluación, y finalmente su base orgánica. Después, se abordará el trastorno por consumo abusivo de alcohol, su relación con la psicopatía y la relación neurobiológicas que tiene este con el trastorno psicopático. Por último, se plasmarán los acercamientos terapéuticos que se han llevado a cabo para tratar a psicópatas alcohólicos, y el que más útil ha resultado.

## 2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD (TP) PSICOPÁTICO

### 2.1. Conceptualización

La psicopatía se considera como un trastorno de la personalidad (Martínez, 2015), y como toda enfermedad, es una entidad bio-psico-social (Molina, 2013), es decir, tiene componentes biológicos, psicológicos y sociales.

Aunque son diversos los rasgos y características que definen el trastorno, el TP psicopático está compuesto por unas características psicológicas que interfieren a nivel: emocional, interpersonal y comportamental (Sánchez, 2017), continuos en los que se profundizará posteriormente. Las principales características que acompañan al TP son la anempatía, antisociabilidad, manipulación, impulsividad, falta de culpa y falta de remordimientos (García, 2016; Martínez, 2015; Molina, 2013).

Probablemente, las personas con TP psicopático han existido a lo largo del tiempo, sin embargo, generalmente, han sido confundidos o utilizados como sinónimos de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) y Trastorno Disocial de la Personalidad (TDP), a pesar de que son trastornos diferentes (Dujo y Horcajo, 2017). No obstante,

dicha confusión se ha podido clarificar, probablemente, debido a la evolución de la definición del constructo de psicopatía (Sánchez, 2019).

El término de psicopatía nace tras los intentos de explicar el comportamiento amoral y delictivo, y de las reflexiones sobre si se puede considerar o no como enfermedad mental (Muñoz, 2015). En el siglo XVII, **Zachias** (1630) ya hablaba de individuos que no obraban ni sentían como los demás (citado en García, 2016). Posteriormente, **Benjamín Rush** (1812) se refería a la psicopatía como una ausencia de moral sin deterioro intelectual (citado en Muñoz, 2015); **Pinel** (1801), utilizó el término “manie sans délire” (manía sin delirio), para referirse al cuadro clínico que presentaban aquellas personas que tenían plenas facultades intelectuales, y, sin embargo, eran incapaces de aprender normas morales, lo que les llevaba a tener comportamientos incívicos junto a una alteración de las funciones afectivas (citado en García, 2016); el psiquiatra **Prichard** (1835), establece en su libro “Treatise on insanity and other disorders affecting the mind”, el concepto de “Moral Insanity” (locura moral) que consistía en un trastorno propiciado por la falta de las facultades morales y que se caracterizaba por falta de afecto, sentimientos y hábitos, manteniendo las facultades intelectivas intactas. Prichard define el concepto de locura moral en un sentido moral psicológico, a diferencia de Pinel que lo define en un sentido moral ético.

Posteriormente, hubo más definiciones entre las que destacaremos la de **Lombroso** (1872-1887), que definía a la persona con psicopatía como “delincuente de nacimiento” (citado en Guillén y Sanz, 2018); **J.L.Koch** (1891), que hablaba de “inferioridad psicopática”, un término con el que se quiere reflejar la base biológica, de manera que la psicopatía no podría verse como una enfermedad mental (citado en García, 2016). **Kraepelin** (1903), fue el primero que comenzó a hacer referencia a “personalidad psicopática”, denominación que se sigue utilizando, por la cual quería dar a entender que es un estado de inferioridad innato (citado en Molina, 2013). Las tres últimas conceptualizaciones tienen en común que la psicopatía tiene base orgánica.

En esta línea, **Schneider** (1943), en su obra “Personalidades psicopáticas”, refleja la hipótesis de que el psicópata tiene predisposición biológica, pero que también tiene que ver la interacción de esa predisposición con el ambiente (citado en García, 2016).

El primer autor que clarificó el concepto y definió sus principales rasgos (ver Tabla 1) fue **Cleckey** (1941) en su libro “The Mask of Sanity” (La máscara de la cordura) (revisado en Book et al., 2015).

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Encanto superficial/ Inteligencia.</li><li>2. Ausencia de delirios u otros signos de pensamiento irracional.</li><li>3. Ausencia de nerviosismo o manifestaciones psiconeuróticas.</li><li>4. Poco fiable.</li><li>5. Falsedad o falta de sinceridad.</li><li>6. Falta de remordimiento o vergüenza.</li><li>7. Conducta antisocial sin un motivo que la justifique.</li><li>8. Juicio deficiente y dificultad para aprender de la experiencia.</li><li>9. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.</li><li>10. Pobreza generalizada en las principales relaciones afectivas.</li><li>11. Pérdida específica de intuición.</li><li>12. Insensibilidad en las relaciones interpersonales generales.</li><li>13. Conducta extravagante y desagradable bajo los efectos del alcohol, y a veces, sin él.</li><li>14. Amenazas de suicidio raramente consumadas.</li><li>15. Vida sexual impersonal, frívola y poco estable.</li><li>16. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.</li></ol>
<b>Tabla 1.</b> Propuesta de Cleckey sobre las características del psicópata. Extraído de Book et al., 2015.

Cleckey (1976) definía al psicópata de la siguiente manera:

*“El psicópata muestra la más absoluta indiferencia ante los valores personales, y es incapaz de comprender cualquier asunto relacionado con ellos. No es capaz de interesarse lo más mínimo en cuestiones que han sido abordadas por la literatura o el arte, tales como la tragedia, la alegría o el esfuerzo de la humanidad en progresar. También le tiene sin cuidado todo esto en la vida diaria. La belleza y la fealdad, excepto en un sentido muy superficial, la bondad, la maldad, el amor, el horror y el humor no tienen un sentido real, no constituyen ninguna motivación para él. También es incapaz de apreciar qué es lo que motiva a otras personas. Es como si fuera ciego a los colores, a pesar de su aguda inteligencia, para estos aspectos de la existencia humana. Por otra parte, es inútil explicarle dichos aspectos, ya que no hay nada en su conocimiento que le permita cubrir esa laguna con el auxilio de la comparación. Puede, eso sí, repetir las palabras y decir que lo comprende, pero no hay ningún modo para que se percate de que realmente no lo comprende.”* (véase Sapiña, 2015, p.3)

En sus investigaciones con todo tipo de personas, tanto presidiarias, como personas de a pie, Cleckley describió un tipo de personalidad en empresarios, políticos y criminales, caracterizada por una “afasia o demencia semántica”, es decir, una incapacidad para comprender el significado emocional de las cosas, por ende, no entienden el daño que pueden estar haciendo por lo que no tienen remordimientos, y no se arrepienten (revisado en García, 2016).

Finalmente, **Hare** (1980), considerado uno de los mayores expertos a nivel mundial en el estudio de la psicopatía, tomó como referencia la lista de características de Cleckley y creó un instrumento para la evaluación de la psicopatía, la Escala de Valoración de la Psicopatía (PCL; con 100 ítems) (Book et al, 2015; Hare, 2003). Posteriormente, Hare (1991) consideró que la PCL era algo imprecisa, por lo que la perfeccionó, creando su propia lista (ver Tabla 2), agrupando las características en distintos factores, lo que dio lugar a una nueva escala, la PCL-R (1993) (escala revisada). El requisito indispensable para usarla era ser mayor de 18 años. Esta lista contendría 20 ítems repartidos en dos factores. El primer factor, el interpersonal-afectivo y, el segundo, el conductual (Dujo y Horcajo, 2017; Molina, 2013). A estos factores se les añadiría las observaciones de actuación del psicópata (Pozueco et al., 2011). Con este instrumento, lo que se pretendía era diferenciar a los psicópatas de las personas que cometían conductas antisociales únicamente (Aguilar, 2017).

1. Locuacidad / Encanto superficial.
2. Egocentrismo / Sensación grandiosa de la autovalía.
3. Necesidad de estimulación / Tendencia al aburrimiento.
4. Mentira patológica.
5. Dirección / Manipulación.
6. Falta de remordimiento y culpabilidad.
7. Escasa profundidad de los afectos.
8. Insensibilidad / Falta de empatía.
9. Estilo de vida parásito.
10. Falta de control conductual.
11. Conducta sexual promiscua.
12. Problemas de conducta precoces.
13. Falta de metas realistas a largo plazo.
14. Impulsividad.
15. Irresponsabilidad.
16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.
17. Varias relaciones maritales breves.
18. Delincuencia juvenil.
19. Revocación de la libertad condicional.
20. Versatilidad criminal.

**Tabla 2.** Propuesta de Hare sobre las características del psicópata. Traducido de Hare, 2016.

Hare, distinguió varios tipos de psicópatas (Hare, 2003):

- **Primarios.** Cumplen todos los criterios del TP psicopático definidos por Cleckley.
- **Secundarios.** Tienen relaciones interpersonales afectivas, ya diferencia de los primarios, estos sienten desasosiego, culpa o remordimiento cuando comenten determinados actos, es decir, este tipo no cumple todos los criterios que definen la psicopatía.
- **Desestabilizados/Disociales.** Muestran desasosiego, culpa o remordimiento, y también tienen conductas antisociales.

Por otra parte, Garrido (2012), un referente actual sobre la psicopatía, **Garrido** (2012), en su libro “Perfiles criminales”, los clasificó cómo:

- **Psicópatas criminales no integrados.** Son los que tienen un historial delictivo desde la adolescencia. Son impulsivos, adictos al alcohol u otras drogas y tienen mayor riesgo de incidencia.
- **Psicópatas criminales integrados.** Son los que están “insertados” en la sociedad. No suelen cometer actos delictivos, a no ser que cometerlo los lleve a conseguir

su objetivo. Este tipo de personas son menos impulsivas, tienen autocontrol y son más metódicas.

Abreviando, ambos cumplen la mayoría o la totalidad de características del trastorno, sin embargo, mientras que el primero comete actos criminales desde jóvenes, el segundo, puede llegar a no hacerlo nunca.

Muchos de los rasgos psicopáticos se pueden observar en la adolescencia, principalmente los comportamientos desviados y las conductas antisociales. El problema es que, durante este periodo evolutivo, no se puede diagnosticar la psicopatía, ya que esto no es posible hasta los 18 años, por lo que la denominación utilizada antes de los 18 años es “trastornos de conducta”. (Haltz y Prieto-Ursúa, 2015). No obstante, diversos autores (Gilligan y Lennings, 2010; Glenn and Raine, 2014) consideran que la psicopatía es un trastorno del neurodesarrollo, ya que se ha observado alteraciones cerebrales en los jóvenes (menores de 18 años), que más tarde han sido diagnosticados de psicopatía (Gregory et al., 2015).

La psicopatía es un trastorno que afecta al 1% de la población mundial, tanto a hombres como mujeres, es decir, hay alrededor de 60 millones de psicópatas en el mundo (Garrido, 2014).

Diversas investigaciones (Decety, 2014; Dolan and Völlm, 2009; Harenski, 2014; Harenski et al., 2010), ponen de manifiesto la existencia de diferencias entre géneros, tanto en número, como en prevalencia, incidencia y desarrollo. Sin embargo, la forma de ver el trastorno en uno u otro género difiere. Los rasgos psicopáticos en el género masculino son vistos como algo positivo, ya que hacen que éste sea visto como una persona encantadora y atractiva que ejerce liderazgo, en cambio, en las mujeres, se ve como algo negativo porque rompe con los estereotipos de género asignados al sexo femenino (Landay et al., 2019).

En definitiva, la psicopatía se caracteriza principalmente por falta de empatía, conductas antisociales y carencia de relaciones afectivas, pero no exclusivamente por esos tres rasgos. A continuación, veremos los criterios diagnósticos por los que se rige dicho

trastorno, y debido a la controversia que existe con otros trastornos, también, el diagnóstico diferencial.

## 2.2. Criterios diagnósticos

Hasta el día de hoy, la psicopatía como trastorno en sí, no está ni en la décima edición de la “Clasificación Internacional de las Enfermedades” (CIE- 10), ni en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-V). Por lo que, teniendo en cuenta las propuestas de Cleckley (Tabla 1) y Hare (Tabla 2), se formaron las 3 esferas de la psicopatía (ver Tabla 3) (Dujo y Horcajo, 2017; Molina, 2013).

<b><u>Cognición</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognición empática.</li> <li>- Juicios basados en sus mentiras.</li> <li>- Planificación fantástica basada en el placer.</li> <li>- Cosificación.</li> <li>- Justificación egoísta.</li> <li>- Incapacidad de planificar a largo plazo.</li> <li>- Incapacidad de aprehender de sus errores/juicios valorativo aberrante.</li> </ul>
<b><u>Emocional</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anempatía.</li> <li>- Incapacidad de sentir culpa o arrepentimiento.</li> <li>- Búsqueda de emociones fuertes.</li> <li>- Emociones placenteras asociadas a conductas de dominio y poder.</li> <li>- Baja tolerancia a la frustración/depresión reactiva.</li> <li>- Emociones displacenteras asociados al aburrimiento.</li> <li>- Incapacidad de comprometerse a realizar cosas displacenteras.</li> </ul>
<b><u>Conductual</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manipulación.</li> <li>- Lenguaje seductor/encanto superficial /mentiras.</li> <li>- Conducta trasgresora/no respecto a la ley.</li> <li>- Amenazante/amedrentador/violento.</li> <li>- Impulsividad/irritabilidad/suicidio.</li> <li>- Irresponsabilidad.</li> <li>- Parasitismo/manejo desde la victimización.</li> </ul>
<p><b>Tabla 3.</b> Esferas de la psicopatía. Elaboración propia a partir de Dujo y Horcajo, 2017 y Molina, 2013.</p>

Como se puede comprobar observando la tabla, la psicopatía tiene disfunciones en todas las facetas que componen la personalidad, por lo que se pueden analizar las distintas esferas de forma independiente (Molina, 2013). Sin embargo, es importante reflejar que

la psicopatía no siempre conlleva conductas delictivas y/o criminales, por lo que la violencia no es condición necesaria para definir a los psicópatas (Echeburúa, 2018).

La falta de consenso en cuanto a la delimitación del constructo de psicopatía, así como en cuanto a la definición del TP psicopático y el TAP, denominado este último como TDP en el CIE-10, y teniendo en cuenta las similitudes de rasgos existentes entre ambos, ha hecho que dichos trastornos sean utilizados como sinónimos, cuando en realidad no lo son (Aguilar, 2017; Agustina y Lorenzo, 2016; Dujo y Horcajo, 2017).

Existen una serie de evidencias a favor de la consideración del TP psicopático de forma independiente al TAP. Algunas de estas evidencias son las que se citan a continuación: los criterios diagnósticos del TAP según el DSM-V (ver Tabla 4) (American Psychiatric Association, APA, 2013), centran el interés en conductas antisociales y violentas, en cambio, y como ya se ha dicho con anterioridad, la violencia no es condición necesaria para definir la psicopatía (Dujo y Horcajo, 2017). De hecho, mientras que la mayoría de las personas diagnosticadas con TP psicopático cumplen los criterios del TAP, una ínfima parte de las personas diagnosticadas con TAP cumplen los criterios diagnósticos de la psicopatía (Requejo, 2017). Según las agresiones y actos violentos, las personalidades antisociales son en su gran mayoría violentas, mientras que no todas las personalidades psicopáticas lo son (Dujo y Horcajo, 2017; McWilliams, 2011). Además, los psicópatas cometen violencia instrumental para obtener un beneficio propio, mientras que, entre las personas con TAP se encuentran agresiones instrumentales y reactivas indistintamente (Pozueco et al., 2011). Por último, la psicopatía presenta alteraciones neurobiológicas relacionadas con las emociones, mientras que el TAP no (Aguilar, 2017).

<p><b>A.</b> 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 3 (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.</li> <li>2. Engaño que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.</li> <li>3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.</li> <li>4. Irritabilidad y agresividad que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.</li> <li>5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.</li> <li>6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas</li> <li>7. Ausencia de remordimiento que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.</li> </ol> <p><b>B.</b> El individuo tiene como mínimo 18 años.</p> <p><b>C.</b> Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.</p> <p><b>D.</b> El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.</p>
<p><b>Tabla 4.</b> Trastorno antisocial de la personalidad en el DSM-V (APA, 2013).</p>

Sin ninguna duda, el TAP presenta altos niveles del rasgo psicopatía, pero no pueden usarse como constructos similares, basándonos en las diferencias mencionadas. Por ello, en el presente trabajo se considerará el TP psicopático como un trastorno distinto al TAP.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el instrumento por excelencia para el diagnóstico de la psicopatía es el PCL-R de Hare (Aguilar, 2017; Dujo y Horcajo, 2017; Molina, 2013). Es un instrumento con validez y fiabilidad avalada por los miles de estudios que se han llevado a cabo con el instrumento (Hare, 2016; Pintado, 2017; Storey et al., 2015).

La PCL-R es una entrevista semiestructurada que abarca conductas y rasgos, y consta de 2 factores, el interpersonal y afectivo, y el conductual/desviación social. Estos dos factores a su vez se dividen 2: el primero, en interpersonal y afectivo, y el segundo, en estilo de vida y antisocial (Sapiña, 2015). La clasificación de las características de la Tabla 2 (propuestas de Hare sobre las características de los psicópatas), vista con

anterioridad, se exponen en la Tabla 5 (Criterios PCL- R para el diagnóstico de la psicopatía), ordenados según las distintas facetas.

<b>Factores</b>	<b>Facetas</b>	<b>Características</b>
<b>Interpersonal- afectiva</b>	<b>Interpersonal</b>	1. Locuacidad / Encanto superficial. 2. Egocentrismo / Sensación grandiosa de la autovalía. 4. Mentira patológica. 5. Dirección / Manipulación.
	<b>Afectiva</b>	6. Falta de remordimiento y culpabilidad. 7. Escasa profundidad de los afectos. 8. Insensibilidad / Falta de empatía. 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones.
<b>Conductual/desviación social</b>	<b>Estilo de vida</b>	3. Necesidad de estimulación / Tendencia al aburrimiento. 9. Estilo de vida parásito. 13. Falta de metas realistas a largo plazo. 14. Impulsividad. 15. Irresponsabilidad.
	<b>Antisocial</b>	10. Falta de control conductual. 11. Conducta sexual promiscua. 12. Problemas de conducta precoces. 17. Varias relaciones maritales breves. 18. Delincuencia juvenil. 19. Revocación de la libertad condicional. 20. Versatilidad criminal.

**Tabla 5.** Criterios PCL-R para el diagnóstico de la psicopatía. Traducido de Hare, 2016.

La prueba se puntúa con 0, 1 o 2 puntos, en la que “0: no se aplica al evaluado”, “1: se le aplica al evaluado en algunas circunstancias” y “2: se aplica completamente al evaluado”. La puntuación máxima que se puede sacar es de 40 puntos y el punto de corte para diagnosticar el trastorno es de 30 puntos (Sapiña, 2015). A la prueba se le suman el historial familiar, antecedentes delictivos, informes periciales, evaluaciones de otros profesionales, etc.

Todo lo anterior permite una evaluación integral y multidisciplinar para determinar el diagnóstico.

### 2.3. Bases neurobiológicas de la psicopatía

Actualmente, con el creciente desarrollo que han experimentado las neurociencias cognitivas y gracias a la utilización de técnicas de neuroimagen (Bertone et al., 2015; Venterulli y Branca, 2016), se han hallado determinadas alteraciones cerebrales, tanto funcionales, como estructurales, relacionadas con la personalidad psicopática (Bertone et al., 2015; Glenn and Raine, 2014).

Los problemas que surgen en la psicopatía son debidos a una mala regulación de la conducta y a un nulo procesamiento de las emociones (Bertone et al., 2015). Las estructuras cerebrales encargadas de dichas funciones han sido identificadas en diversos estudios (Bertone et al., 2015; Molina, 2013; Venterulli y Branca, 2016) como las regiones cerebrales alteradas en las personas con TP psicopático.

La mala regulación de la conducta se debe a una disfunción del lóbulo frontal, estructura encargada de las llamadas funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas son las responsables de funciones como la planificación, el control de la conducta, la toma de decisiones, la selección de objetivos y, también nos permite asignar emociones y estados mentales a los demás, es decir, regula las emociones (Redolar, 2014). Dentro del lóbulo frontal se encuentra la corteza orbitofrontal (COF), un área de gran relevancia, implicada en la regulación de la conducta social, la toma de decisiones, la inhibición de conductas, el sistema de recompensa y castigo, la integración de información de los sentidos y experiencia, y la implicación en el establecimiento de la personalidad (Pera et al, 2016), y también la corteza prefrontal (CPF) lugar que proyecta a varias áreas del cerebro y considerada la sede de las funciones ejecutivas (Calle et al., 2017), cuya una de sus funciones es la intervención en las modificaciones de conductas aprendidas (Yates et al., 2016). Además, al encontrarse en los límites del sistema límbico, sirve de conexión de salida de las órdenes emocionales hacia el lóbulo frontal (Broche et al., 2016). Esta región aparece alterada en algunas personas con TP (Pera, 2015).

El mal procesamiento de emociones, por otra parte, se relaciona con alteraciones del sistema límbico, y de estructuras que se encuentran estrechamente relacionadas con este (Pera, 2015). El sistema límbico, es una red de neuronas que conectan diferentes estructuras cerebrales, por lo que los límites son bastante difusos. De hecho, no hay consenso total en cuanto a las estructuras que lo componen (Torrubia, 2017); sin embargo, hay una cosa clara, hace de puente de conexión entre las estructuras corticales y subcorticales viscerales (Saavedra et al., 2015), dicho de otra forma, regula las conexiones entre las respuestas autónomas (reguladas por las estructuras subcorticales) del cerebro y los comportamientos (regulado por las estructuras corticales), para la adaptación a distintos estímulos que nos genera el ambiente (Redolar, 2014). Algunas de las estructuras límbicas, sobre las cuales si hay total consenso de que están implicadas son: el complejo amigdalino, conformado por la amígdala y la estría terminal, e involucrado, entre otras cosas, en la respuesta emocional aprendida en las distintas situaciones que vamos viviendo; la formación hipocampal, formado por el hipocampo y las regiones parahipocampales, áreas implicadas en los procesos mentales relacionados con la memoria; el giro cingulado, sirve de nexo entre el complejo amigdalino y la formación hipocampal, enviando información a regiones prefrontales; y, por último, el núcleo accumbens, que influye en los circuitos dopaminérgicos de recompensa/refuerzo, encargados de regular el placer (Pera, 2015; Redolar, 2014). Por otro lado, las áreas cuya pertenencia al sistema límbico está cuestionada (Torrubia, 2017), pero que son importantes en la regulación de emociones, son el hipotálamo y el tálamo. La implicación del tálamo en la regulación de emociones se da en la generación de respuesta emocional antes los estímulos que percibimos, por lo que su función principal es perceptiva. Por su parte, la función del hipotálamo supone el control neuroendocrino (respuestas hormonales), y como las emociones nos generan cambios neuroendocrinos, se podría decir que el hipotálamo mantiene una homeostasis entre las emociones que nos puede generar un estímulo y la regulación en las hormonas generadas por esas emociones (Redolar, 2014; Saavedra et al., 2015). El grupo de estructuras que conforman el sistema límbico, más el hipotálamo y el tálamo, asocian las emociones con la parte racional y conductual, es decir, con la parte prefrontal (Saavedra et al., 2015). Por lo que si la CPF, y las estructuras que se encuentran en ella, junto con la amígdala y el hipocampo, son necesarias para el control ejecutivo (Flórez, 2016), una mala conexión entre dichas áreas implicaría una desinhibición emocional, lo que facilitaría la presencia de conductas antisociales o desadaptativas e impulsividad (Álvaro- González, 2014).

Según Pujol (2018), el psicópata debido a periodos de constantes de estrés emocional en la infancia/adolescencia, ha provocado que las estructuras del cerebro implicadas en los sentimientos y la toma de decisiones, no se hayan desarrollado bien produciendo así una maduración acelerada en las estructuras de dichas funciones, pero no en las funciones en sí.

A nivel estructural también se ha observado determinadas alteraciones (Gregory et al., 2015; Pujol et al., 2018). Por ejemplo, a partir de un estudio llevado a cabo con resonancia magnética, Gregory y colaboradores (2015) concluyeron que los psicópatas tenían disfunciones en las partes del cerebro relacionadas con el aprendizaje del castigo, concretamente en la corteza cingulada posterior y la ínsula anterior, y que solo tenían en cuenta las consecuencias positivas de sus actos. En la misma línea, se encontraron alteraciones en regiones implicadas en la toma de decisiones, empatía, procesamiento de conductas prosociales y normas morales. Concretamente, se observó un menor grosor en la corteza prefrontal (CPF) ventromedial (Ermer et al., 2012), y un volumen disminuido de sustancia gris en la CPF rostral anterior (Gregory et al., 2015), en CPF anterior, en los lóbulos temporales (Gregory et al., 2012) y en la CPF ventromedial (Ermer et al., 2012). Estas alteraciones pueden relacionarse con el hecho de que a los psicópatas no les importe hacer daño a los demás (Ermer et al., 2012).

También se identificaron alteraciones en la sustancia blanca del cíngulo dorsal (región que conecta el giro cingulado posterior a la CPF medial, parte implicada concretamente en la falta de empatía; Gregory et al., 2015). En la imagen 1, se muestra la respuesta a la presentación de un estímulo emocional. En la izquierda, se muestra el cerebro de una persona sin psicopatía, en el que puede observarse una respuesta cerebral frontal al estímulo; en cambio, puede comprobarse que, en el cerebro de la derecha, el de un psicópata, el lóbulo no muestra actividad en respuesta al estímulo de naturaleza emocional (Gregory et al., 2015).

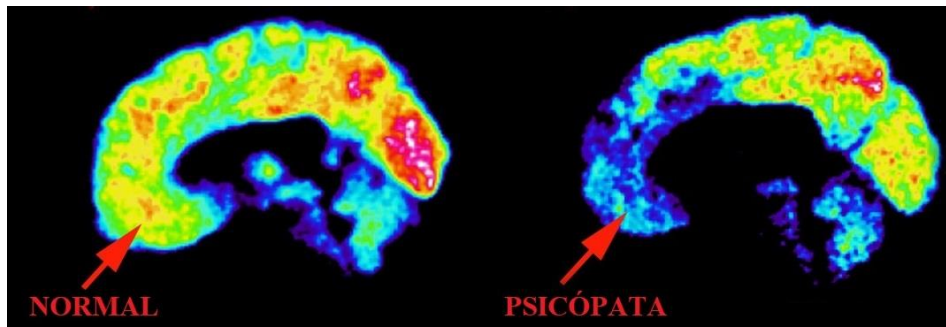


Imagen 1. Neuroimagen de cerebro psicópata- no psicópata (Tomado de Gregory et al., 2015)

Otras investigaciones ponen de manifiesto que existe una disminución del tamaño de la amígdala (Ermer et al., 2012; Yang y Raine, 2009), y una interrupción entre la amígdala y el CPFvm (Koenigs et al., 2011), región que subyace al aprendizaje aberrante del miedo, la toma de decisiones morales y la capacidad de respuesta empática en el trastorno (Blair, 2013; Koenigs et al., 2011 y Viding et al., 2014). En concreto, la conectividad entre amígdala y CPFvm están impulsadas por las características afectivas interpersonales del TP psicopático (Carré et al., 2013; Decety et al., 2014; Decety et al., 2013; Hyde et al., 2014). En general, todas las investigaciones ponen de manifiesto que la psicopatía surge por una disfunción o interrupción de la vía cortico-límbica (Viding et al., 2014; Blair, 2013; Motzkin et al., 2011).

No obstante, cabe destacar que el hecho de que una persona nazca con las disfunciones cerebrales que caracterizan a un psicópata, no significa que llegue a ser una persona violenta o, en el peor de los casos, una asesina. Los factores ambientales en los primeros años de vida son muy importantes a la hora de desarrollar una personalidad psicopática (Dujo y Horcajo, 2017; Molina, 2013). El desarrollo cerebral, tanto estructural como funcionalmente hablando, se realiza a través de los procesos de socialización con los distintos entornos que conforman la sociedad, sobre todo, con el más cercano, la familia y el grupo de iguales. Si estos entornos están alterados y no permiten la estimulación correcta de este tipo de personas predispuestas biológicamente, hay mucha probabilidad de que se desarrolle una personalidad psicopática a su máxima expresión (Molina, 2013).

### 3. RELACIÓN ENTRE TP Y CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

#### 3.1. Alcoholismo y trastornos mentales. Aspectos clave.

El alcohol es una droga legalizada y aceptada socialmente (Hernández et al., 2018), suponiendo un gran problema actual de salud pública, debido a su consumo abusivo y adicción (Voon et al., 2020). En España, su consumo se inicia en la adolescencia (Razón et al., 2017); según el Ministerio de Sanidad (2020) alrededor de los 13 años, lo que provoca que de entre todas las drogas, la adicción al alcohol sea la que mayor prevalencia tiene (Observatorio español de las drogas y las adicciones, OEDA, 2018).

El alcohol se considera una sustancia exógena psicoactiva que afecta al cerebro, la conducta y la cognición, actuando como depresor del sistema nervioso central (SNC) (Schlesinger et al., 2017), causando dependencia física o psicofisiológica (Rodríguez et al., 2014). Los efectos que induce en el organismo son diversos dependiendo de la frecuencia y cantidad de su consumo (OMS, 2018). No obstante, los efectos a corto plazo, es decir, en estado de embriaguez son: desinhibición, relajación, somnolencia, cambios emocionales, problemas de memoria, impulsividad, pérdida de conocimiento... (Razón et al., 2017; Rodríguez et al., 2014; Schlesinger et al., 2017). Si el consumo se prolonga en el tiempo, se producen cambios tanto a nivel cognitivo como funcional afectando a la persona en todas las facetas de su vida (Schlesinger et al., 2017), pudiéndose desarrollar distintos trastornos o empeorar los que ya se tengan (APA, 2010), propiciando un mal desarrollo cerebral en los adolescentes, (Hernández et al., 2018), produciendo daños en el hipocampo, destruyendo neuronas e, incluso, pudiéndose llegar a experimentar alucinaciones. (Rodríguez et al., 2014).

El consumo abusivo de alcohol es aquel que no obedece a los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de alcohol del DSM-V (ver Tabla 6) (APA, 2013), pero que, sin embargo, origina alteraciones médicas en la persona (Planas et al., 2017), interaccionando de manera recíproca junto con factores biológicos, sociales y psicológicos (Kwako et al., 2016; Voon et al., 2020). Para considerarse consumo abusivo se tiene que dar una ingesta de alcohol de 40-60 g al día en mujeres y de 60-100 g al día en hombres (DSM-V, 2013). No obstante, si se mantienen dichas cantidades en el tiempo, propiciando alteraciones a nivel laboral, social y familiar, estaríamos hablando de

trastorno por consumo de alcohol (Planas et al., 2017), cuyos criterios diagnósticos se reflejan en la Tabla 6 (DSM-V, 2013).

- A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consumo alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
  2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
  3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
  4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
  5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
  6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
  7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
  8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
  9. Se continua con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
  10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
    - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
  11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos
    - a. Presencia del síndrome de abstinencia característicos del alcohol.
    - b. Se consumo alcohol (o alguna sustancia muy similar como un benzodicepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

**Tabla 6.** Trastorno por consumo de alcohol en el DSM-V (APA, 2013)

El Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud (OMS, 2018), expone que se producen 3 millones de muertes en el mundo, lo que representa 1 de cada 20 muertes, debido al consumo de dicha sustancia.

Actualmente, uno de los temas que más atención recibe por parte de los investigadores es la detección precoz y el tratamiento de los trastornos adictivos originados por sustancias psicoactivas (Torrens et al., 2016), y la comorbilidad de éstos, con otros trastornos mentales (Torrens et al., 2017).

Cuando se habla de **comorbilidad**, también llamada patología dual, se refiere a la presencia de dos o más trastornos en el mismo individuo (APA, 2010), uno por consumo de sustancias psicoactivas y otro por un trastorno psiquiátrico (Torrens et al., 2016). Dicha comorbilidad, que se caracteriza por una elevada prevalencia, junto con un peor pronóstico y alto coste sanitario, ha generado un gran interés, de manera que se han realizado y se están llevando a cabo numerosos estudios sobre esta cuestión (Arias, 2018; Gilchrist et al., 2011, Citado en Torrens, 2017; Lieb, 2015; Torrens et al., 2011; Whiteford et al., 2013). No obstante, aunque los trastornos por consumo de drogas se suelen presentar con otros trastornos mentales, no tiene por qué ser uno la causa del otro, aunque uno haya aparecido antes (NIDA, 2019).

Algunos investigadores (Ross et al., 2012; Kelly et al., 2013; Baigente, 2012), proponen varias razones subyacentes a esta patología dual: la primera, la existencia de factores de riesgo, como factores biológicos, que pueden predisponer las dos patologías; por otro lado, se han reconocido que algunos problemas mentales, propician el consumo de drogas; y, por último, el consumo de sustancias puede propiciar un trastorno mental.

La patología dual entre adicciones, concretamente al alcohol y la cocaína, tiene mayor prevalencia con los trastornos de personalidad (Arias, 2018). Probablemente, porque ciertos rasgos de personalidad propicien una mayor vulnerabilidad ante este tipo de sustancias (Arias, 2018; Cedeño, 2020). De hecho, el rasgo psicopatía es el más relacionado con el consumo de sustancias (Nohales et al., 2017). A continuación, se abordará esta cuestión con mayor profundidad.

### 3.2. Psicopatía y alcoholismo

Como ya se ha comentado anteriormente, existe relación entre determinados rasgos de personalidad y el consumo de alcohol (Arcila y Castaño, 2013; Arias, 2018; Cedeño, 2020). Algunos autores han estudiado a adolescentes para intentar detectar síntomas precoces de la psicopatía, conducta antisocial y comportamientos desadaptativos en el consumo de alcohol (Halty et al., 2011; Méndez-Díaz et al., 2017; Salekin et al., 2008), comportamientos que se gestan en la infancia (Halty et al., 2011; Salekin et al., 2008), concluyendo que la psicopatía, la evolución a lo largo de la

infancia/adolescencia en antisocial, o el haber sufrido una infancia difícil, debido a negligencias parentales o abusos, ya sean verbales, físicos o sexuales se relaciona con un mayor riesgo a presentar una adicción (Méndez-Díaz et al., 2017). En esta línea, Flórez y colaboradores (2019), llevaron a cabo un estudio en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Orense, Galicia), a través del cual se pretendía relacionar la edad de inicio del consumo de drogas, con las personas diagnosticadas de trastorno psicopático y trastornos de conducta. El resultado del estudio fue que una persona diagnosticada con TP psicopático, comienza sobre los 11-13 años a consumir sustancias, particularmente, alcohol, hachís y cocaína, mientras que la población que no padece este trastorno comienza sobre los 15-18 años.

Tanto el consumo abusivo de alcohol como la psicopatía tienen factores psicológicos predisponentes comunes. Teniendo en cuenta que los rasgos de personalidad son algo estable y específicos de cada persona (Méndez-Díaz et al., 2017), una persona que posee desviaciones psicopáticas y que es dependiente del alcohol tienen desajustes sociales significativos (González et al., 2017). Desajustes sociales, que también ocurren cuando sufres una adicción (Arias, 2018; Torrens et al., 2017). A continuación, se citarán algunos estudios en los cuales se utilizaban la PCL-R, para identificar a las personas psicopáticas, junto con los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de alcohol del DSM-V, para identificar a las personas que presentaban alcoholismo, y que han puesto de manifiesto esos rasgos comunes.

La disposición de ciertos rasgos de personalidad, como puede ser la impulsividad, falta de empatía y baja tolerancia a la frustración, característico de la psicopatía (Galão, 2019; Garaigordobil et al., 2015; Gardner et al., 2015; Thomas y Pope, 2013), se relaciona significativamente con las adicciones (Díaz y Moral, 2018; Méndez-Díaz et al., 2017; Pilatti et al., 2017). Además, la existencia de alta impulsividad se ha asociado a mayores complicaciones psicopatológicas en pacientes adictos (Szerman et al, 2017). Diversas investigaciones, concluyeron que los rasgos antisociales y la impulsividad, se relacionan con la propensión hacia los comportamientos impulsivos violentos, principalmente, bajo los efectos del alcohol (Martínez, 2016). En la misma línea, se encontró que la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y la falta de control ejecutivo son rasgos característicos de los trastornos de personalidad, entre ellos el psicopático, y del consumo abusivo de alcohol (Arias, 2018; Guillén y Sanz, 2018), así como de las personas que

ejercen violencia interpersonal, como es el caso de algunos psicópatas y de algunas personas consumidoras de alcohol (Mujica-Parodi, 2014).

El aumento del nivel de impulsividad se relaciona a su vez con un aumento en el consumo de alcohol, y el consumo de alcohol aumenta con un rasgo de personalidad impulsivo (Pilatti et al., 2017), característica del TP psicopático, suponiendo un incremento de sensibilidad a las señales de recompensa (Flórez, 2016). Una investigación que usó la PCL-R para encontrar la relación entre psicopatía y abuso de sustancias, encontró que el factor 2 (impulsividad y estilo de vida), correlaciona de forma significativamente positiva con la adicción a drogas y alcohol (Schulz et al., 2015). De hecho, distintos autores están de acuerdo en que los rasgos del factor 1 (interpersonal-afectivo) son los que hacen posible la construcción del trastorno psicopático, y que el factor 2 (impulsividad-estilo de vida antisocial), tiene una relación más fuerte con violencia, criminalidad y abuso de sustancias (Hare, 2016; Storey et al., 2015).

Otros rasgos característicos del trastorno de personalidad psicopático se relacionan positivamente con el consumo de alcohol, como son la astucia, la seguridad en uno mismo, la ambición, el egocentrismo, la rebeldía y el rechazo de las normas y valores sociales (Nohales et al, 2017).

Definitivamente, no queda duda de que el TP psicopático y el alcoholismo tienen similares rasgos de personalidad (Castillo et al., 2016; Delisi et al., 2015). No obstante, como ya se ha mencionado con anterioridad, no se puede decir cuál fue primero, si el TP psicopático o el TCS, o si uno propició el otro. Lo que sí se puede asegurar, con total certeza, es que ambos trastornos poseen factores biológicos/genéticos comunes (Szerman et al., 2017), cuestión que se abordará en el próximo apartado.

### 3.3. Bases neurobiológicas de la relación entre TP psicopático y consumo abusivo de alcohol

En los últimos tiempos, ha habido un aumento de publicaciones (Bertone et al., 2015; Broche et al., 2016; Pujol et al, 2018; Venturelli y Branca, 2016) que asocian ciertos rasgos de personalidad con alteraciones cerebrales. Además, otros autores (Álvaro-González, 2014; Calle et al., 2017; Smilie y Wacker, 2014) han encontrado vinculación

entre rasgos característicos de la psicopatía y rasgos que propician el alcoholismo, con alteraciones en las mismas áreas del cerebro: áreas frontales, sistema límbico, particularmente en la amígdala, y sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, también llamado sistema de recompensas o sistema de activación conductual (SAC).

El sistema de recompensa del cerebro o SAC es un mecanismo que nos hace llevar a cabo conductas que nos producen placer (Méndez-Díaz et al., 2017). Anatómicamente depende de la actividad dopaminérgica del área tegmental ventral (ATV). Esta área es origen de dos vías: la vía mesolímbica, que se constituye cuando las proyecciones se dirigen al núcleo accumbens (NA; que participa en las acciones motivadas), y a la amígdala (que integra las emociones con la respuesta autónoma, gestionando las respuestas emocionales); y la vía mesocortical, que se constituye cuando las proyecciones se producen hacia la corteza prefrontal (CPF; Méndez-Díaz et al., 2017).

El SAC es el antagonista del sistema de inhibición conductual (SIC) (Razón et al, 2017). El SIC está relacionado con el retraimiento de conductas frente a determinadas situaciones, estímulos o personas que, previamente, han sido condicionadas como aversivas o repulsivas, o ante situaciones, estímulos o personas nuevas, es decir, que no se habían presentado nunca (Becerra, 2010). Gray (1987), puso de manifiesto que las estructuras relacionadas con el SIC eran: el sistema septohipocámpico (compuesto por el área septal, el córtex entorrinal, el giro dentado, el hipocampo y el área subicular), sus aferentes monoaminérgicos y sus proyecciones hacia el CPF. El SIC y el SAC son dos sistemas que regulan las conductas enfocadas tanto al castigo (SIC) como al refuerzo (SAC), y que se encuentran en la base de la personalidad, relacionándose el SIC con la ansiedad y el SAC con la impulsividad (Becerra, 2010; Razón et al, 2017).

Un metaanálisis llevado a cabo por Alcázar y colaboradores (2015), en el que se pretendía examinar publicaciones que relacionan diversos rasgos de personalidad con conductas externalizantes (comportamientos antisociales, de riesgos y consumo de drogas), concluyó que los rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones, se relacionaban con la maduración del sistema dopaminérgico- mesocorticolímbico (SAC). Ambos rasgos son comunes tanto en el TP psicopático como en el alcoholismo. Además, se ha verificado mediante investigaciones en las cuales utilizaban resonancia magnética (RM) y tomografía por emisión positrones (TEP), que las bases que subyacen

neuralmente al factor 2, pueden explicarse por un procesamiento de recompensa anormal dentro del sistema de dopamina mesocorticolímbico (Méndez-Díaz et al., 2017). Asimismo, se encontró una relación fuerte entre los rasgos del factor 2 y un alto nivel de señal de recompensa, liberándose cantidades altas de receptores de dopamina D1 (DA), tanto en adultos, como en adolescentes con síntomas externos (es decir, del factor 2) (Carré et al., 2013; León et al., 2014). Cabe destacar que el sistema dopaminérgico desempeña un papel clave en la adicción, por lo que las vías y áreas implicadas en el aprendizaje de recompensa también las sufren, asimismo, los aspectos emocionales y conductuales también se ven implicados (Corominas et al., 2007). La alteración de estas áreas (las implicadas en el sistema de recompensa) son comunes en muchos casos con las alteraciones propias de la psicopatía. De hecho, se puede pensar que un sujeto que tiene vulnerabilidad a la psicopatía puede tener más riesgo de desarrollar una adicción (Méndez- Díaz et al., 2017).

En esta línea, un estudio llevado a cabo con ratas, en las que se pretendía observar la cantidad de receptores dopaminérgicos, D1 y D2, de ratas con distinto grado de impulsividad, se observó que las más impulsivas tenían menos receptores D2 y más D1, mientras que las menos impulsivas presentaban menos receptores D2 y más D1 en el núcleo accumbens (parte implicada en el circuito de recompensa) (Yates et al., 2016). Por lo que, si la impulsividad, característica de los psicópatas, se relaciona con el número de los receptores dopaminérgicos del núcleo accumbens, es posible que esta característica se relacione con una mayor vulnerabilidad a la adicción (Méndez- Díaz et al., 2017). Becoña y Cortés (2011), manifiestan que un factor protector para tener una buena salud mental es la existencia de receptores D2 en el ATV, cuya producción se realiza en zonas corticales durante momentos de reposo y meditación.

Además de la dopamina, hay otros neurotransmisores implicados en el TP psicopático y el alcoholismo. Por ejemplo, niveles bajos de serotonina y endorfinas, efecto que produce el alcoholismo a largo plazo (Méndez-Díaz et al., 2017), y característica de la neuroquímica cerebral observada en la psicopatía, hacen que nuestro estado de ánimo sea más irritable lo que produce mayor agresividad y comportamiento violentos (Yates et al., 2016). De cualquier manera, al parecer, la dopamina es el principal neurotransmisor implicado tanto en la psicopatía como en el alcoholismo (Buckholtz et al., 2010; NIDA,2018).

A modo de resumen, se puede decir que la relación neurobiológica entre psicopatía y consumo abusivo de alcohol es más que sólida. Ambos trastornos afectan a las funciones ejecutivas, aspectos emocionales y conductuales de las personas que lo padecen. No obstante, como ya se ha mencionado con anterioridad, el desarrollo de los trastornos depende en gran parte del ambiente en el que se desenvuelva el sujeto, y no solo de la predisposición biológica. Aun así, al encontrarse evidencias de que se relacionan, la intervención y tratamiento tiene que enfocarse a tratar tanto la adicción como el trastorno.

#### 4. ACERCAMIENTOS TERAPÉUTICOS

En las últimas décadas, la investigación sobre los tratamientos para el TP ha experimentado un notable crecimiento (Hernández, 2014), aunque aún se percibe como escasa por algunos autores (Razón et al., 2017).

Tradicionalmente, los tratamientos que más se han utilizado han sido (Molina, 2013): **Tratamientos farmacológicos**, centrados en un síntoma del trastorno psicopático, por ejemplo, litio para psicópatas extremadamente agresivos, con el objetivo de poder dirigir mejor sus conductas en las terapias. Los resultados de estos tratamientos no son muy claros; **Terapia conductual**, con el objetivo de reducir las conductas violentas. En este tipo de tratamiento se ha constatado que los psicópatas responden mejor al refuerzo positivo, concretamente a la recompensa monetaria. En cambio, el castigo les hace empeorar; **Terapia cognitivo-conductual**, con el objetivo de controlar las características de la personalidad, y que intenta unir los pensamientos, creencias y actitudes con las conductas conflictivas que se llevan a cabo, de manera que el paciente pueda modificar esas creencias o pensamientos, y los sustituya por otros más adaptativos y funcionales. Ha obtenido buenos resultados; **Terapia familiar e interpersonal y terapia comunitaria**, que se utilizan con el objetivo de mejorar las relaciones con los demás, y modificar los grupos sociales. Son útiles, ya que pueden influir en la terapia individual, pero no necesarias; y, por último, **Psicoterapia psicodinámica y psicoanalítica**, en este tipo el foco de atención se centra en la estructura de carácter. No ha tenido resultados significativos.

La mayoría de los estudios llevados a cabo en psicópatas, constatan que los tratamientos para psicopatía, lejos de dar buenos resultados, son con frecuencia perniciosos (Sánchez, 2009), es decir, ayudan a mejorar las habilidades de manipulación (Lasala, 2014), y les convierte en “mejores psicópatas”, aunque, cierto es que la reincidencia disminuye (Sánchez et al., 2015).

Según Hansen y Salekin (2002), la efectividad de la intervención aumenta cuanto más joven es la persona diagnosticada con la lista de criterios de Cleckley. Estos autores comprobaron, además, que el psicópata no es que sea intratable, es que es inmune a los tratamientos descritos hasta ese momento. A partir de este metaanálisis, se abrió una etapa nueva de investigación enfocada a la psicopatía, y la comorbilidad por la que este trastorno se caracteriza (Sánchez, 2019).

Actualmente, se sabe que se puede modificar la forma en que las personas ven, sienten y piensan, por ello, es importante una detección e intervención precoz (Dujo y Horcajo, 2017), ya que en la adolescencia se pueden apreciar rasgos y síntomas característicos de la psicopatía, y es la edad a la que el cerebro mejor se modifica (Méndez-Díaz et al., 2017; Hoge, 2016). Intentar modificar rasgos de personalidad, como son el egocentrismo o narcisismo, característico de los psicópatas, no es fácil, ya que los rasgos son algo que la persona tiene muy interiorizado. No obstante, se pueden cambiar los rasgos en la medida en que cambien sus expectativas (Garrido, 2019).

Los tratamientos actuales enfocados a la psicopatía se han basado en distintos modelos, entre los que destaca el Modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR) (Lasala, 2013). El modelo RNR es el que ha arrojado los mejores resultados: implicando una menor reincidencia y, en caso de reincidencia, el delito cometido es menos grave y ha supuesto un decremento de la violencia después de la terapia (Lasala, 2013; Sánchez, 2019).

El Modelo RNR, está basado en 3 principios (Sánchez, 2017):

- 1º. **El principio de riesgo**, que indica que la intensidad de la intervención debe ser proporcional al grado de reincidencia del infractor. Cuando se aplica este principio, hay que evaluar con la lista PCL-R cuidadosamente el riesgo de

reincidencia, así como observar el riesgo de abandono del tratamiento (Lasala, 2013). Se ha constatado que los que suelen abandonar el tratamiento son los que más riesgo de reincidencia tienen (Krawczyk et al. 2002 y McKenzie et al., 2002; citados en Lasala, 2013). Además, los psicópatas integrados que llegan a cometer un delito y, a causa de ello, entran a prisión, puede que no sean detectados, ya que tendrán puntuaciones altas en el factor 1, mientras que en el factor 2 serán bajos (Garrido, 2002).

2º. **El principio de necesidad**, cuyo supuesto va enfocado a las necesidades criminógenas del infractor, es decir, las necesidades que propician la criminalidad (y no otras). Las necesidades criminógenas son dinámicas y modificables, por lo que se deben tener como uno de los principales objetivos del tratamiento para poder ir adaptando conforme se vayan viendo cambios (Lasala, 2013). En contraposición, los factores estáticos (Vega, 2017), como son el historial delictivo o el motivo de internamiento, no pueden considerarse objetivos del tratamiento.

3º. **El principio de responsividad**, fundamentado en la adaptación de la intervención a las capacidades del infractor, maximizando sus fortalezas, motivación y aprendizajes, dotándolo de herramientas que le permitan responder de forma adaptativa. En este principio es muy importante crear una buena relación terapeuta-paciente, así como tener motivación ambas partes (terapeuta y paciente) para llevar a cabo el tratamiento y la adaptación del tratamiento a las capacidades del infractor (Lasala, 2013). En este principio estaría la adhesión a un programa de rehabilitación para el consumo de alcohol.

Aunque aún queda mucho por investigar, se puede ver cierto optimismo, frente al pesimismo que predominaba a principios de siglo (Lasala, 2013). Aquellas terapias que introducen el modelo RNR suponen un decremento de la reincidencia variando el tamaño del efecto de 0.15 a 0.34 (Andrews y Bonta, 2010).

Trabajar con personas que tienen una patología dual es complicado, y si esas patologías son TP psicopático y alcoholismo conjuntamente es todo un reto. Por ello, es imprescindible que el terapeuta cree una buena alianza con la persona. Además, es necesario que el terapeuta posea habilidades que le permitan afrontar la situación con

optimismo, sin que se frustre, ni desista, aun cuando la persona no colabore (Lasala, 2013).

## 5. CONCLUSIONES

Tras la revisión sistemática de la literatura de los trastornos de los que trata el trabajo, la psicopatía y el consumo abusivo de alcohol, se puede llegar a diversas conclusiones.

En primer lugar, la salud mental no se considera una prioridad, lo que hace no solo que exista una mayor prevalencia de trastornos, sino comorbilidad entre trastornos al no ser tratados precozmente. Para ello, es necesario políticas sociosanitarias e implicación de las autoridades competentes en la materia que den voz a la importancia de primar la salud mental, su prevención, su educación, y la no discriminación y estigmatización ante la búsqueda de ayuda profesional para solucionar los problemas mentales, entre otras.

En segundo lugar, la psicopatía se caracteriza por la falta de empatía, conductas antisociales y carencia de relaciones afectivas, pero no exclusivamente por esos tres rasgos. Sin embargo, esos tres rasgos son los que lo diferencia de otros trastornos con rasgos similares como es el TAP.

En tercer lugar, hay suficientes evidencias para afirmar con rotundidad que tanto el TP psicopático como el consumo abusivo de alcohol tienen no solo factores psicológicos y biológicos/genéticos que predisponen a dichos trastornos, sino factores comunes que hacen que dichos trastornos puedan darse a la vez.

En cuarto lugar, la disposición de ciertos rasgos de personalidad también puede dar indicios de la presencia de dichos trastornos como puede ser una alta impulsividad, baja tolerancia a la frustración, la búsqueda de sensaciones, la falta de control, astucia, seguridad en uno mismo, egocentrismo, rechazo a las normas, etc. De hecho, una alta puntuación en el factor 2 de la PCL-R de Hare para el diagnóstico de la psicopatía, se relaciona significativamente con el abuso de sustancias.

En quinto lugar, en cuanto a factores genéticos/biológicos se refiere se ha encontrado vinculación en personas con ambos trastornos con alteraciones en las mismas áreas del cerebro, principalmente en áreas frontales, sistema límbico, particularmente en la amígdala, y sistema de activación conductual (SAC).

Por último, aunque ningún tratamiento ha resultado totalmente eficaz para reinsertar y reeducar a este tipo de personas, el modelo de Riesgo- Necesidad- Responsividad (RNR) es el que actualmente más se utiliza arrojando los mejores resultados: menor reincidencia y, en caso de reincidencia, el delito cometido es menos grave y ha supuesto un decremento de la violencia después de la terapia.

En resumen, puede concluirse que no se ha encontrado un tratamiento totalmente eficaz que rehabilite a este tipo de personas. Sin embargo, poco a poco y con la creciente investigación que en los últimos años se está llevando a cabo sobre este tema, se encontrará el tratamiento más idóneo y con mejores resultados que los ya habidos.

## REFERENCIAS

- Aguilar, M.M. (2017). La inadecuada identificación de la psicopatía con el trastorno antisocial de la personalidad. *Ciencia Penal y Criminología*, 19 (13).
- Agustina, J.R. y Lorenzo, F. (2016) Sobre el confuso concepto de psicopatía en la jurisprudencia del Tribunal Supremo español: Una revisión crítica antes los nuevos retos del Derecho penal de la peligrosidad. *Política Criminal*, 11(21), 66-103.
- Alcázar, M.A., Verdejo, A., Bouso, J.C., y Ortega, J. (2015). Búsqueda de sensaciones y conducta antisocial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 75-80.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J... . (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiats Scand*, 109 (420), 21-27.
- Álvaro- González, L.C. (2014). Neuroética (II): caminos morales en el cerebro desordenado. *Revista de Neurología*, 58 (6), 268-276.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Editorial Médica Panamericana, 259-261, 363.
- American Psychological Association. (2010). *Cómo comprender los trastornos por consumo de alcohol y su tratamiento*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol>
- Andrews, D. A. y Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5ª ed.) (pp. 72-78). Anderson Publishing.
- Arcila, J. A. C., & Castaño, L. C. (2013). Relaciones entre estilos de personalidad y tipos de consumo de alcohol. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 55-69.
- Arias, F. (2018). Diferencias en los trastornos duales en los adictos al alcohol y la cocaína. *Salud y ciencia*, 23, 257-263
- Baigent, M. (2012). Managing patients with dual diagnosis in psychiatric practice. *Current Opinion Psychiatry*, 25(3), 201-205.
- Becerra, J.A. (2010). Actividad de los sistemas de aproximación e inhibición conductual y psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 61-65.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011) Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. *Socigroalcohol*.

- Bertone, M.S., Domínguez, M.S., Vallejos, M. y Moauro, H. (2015). Neurobiología de la psicopatía. *Psiquiatría*, 19(12), 1-13.
- Blair, R.J. (2013). The neurobiology of psychopathic traits in youths. *Nature Reviews Neuroscience*, 14 (11), 786-799.
- Book, A., Methot-Jones, T., Gauthier, N., Hosker-Field, A., Forth, A., Quinsey, V. & Molnar, D. (2015). The Mask of Sanity Revisited: Psychopathic Traits and Affective Mimicry. *Evolutionary Psychological Science*, 1, 91- 102.
- Broche, Y., Herrera, L. F. y Omar, E. (2016) Bases neurales de la toma de decisiones. *Neurología*, 31, 319-325.
- Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M. C., García, J., Montón, C., y Tizón, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50(Suppl 1), 83-108.
- Buckholtz, J. W., Treadway, M. T., Cowan, R. L., Woodward, N. D., Benning, S. D., Li, R., Ansari, M. S., Baldwin, R. M., Schwartzman, A. N., Shelby, E. S., Smith, C. E., Cole, D., Kessler, R. M., & Zald, D. H. (2010). Mesolimbic dopamine reward system hypersensitivity in individuals with psychopathic traits. *Nature neuroscience*, 13(4), 419–421.
- Calle, D., Cuéllar, M., Chede, P., Quintero, M., & Villamizar, D. (2017). Estudio comparativo del rendimiento de las funciones ejecutivas en la corteza prefrontal dorsolateral, orbitofrontal y frontomedial en adolescentes policonsumidores de sustancias psicoactivas, vinculados al sistema de responsabilidad penal en paralelo con adolescentes que no se encuentran bajo esta misma condición. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 206-224.
- Carré, J.M., Hyde, L.W., Neumann, C.S., Viding, E. & Hariri, A.R. (2013). The neural signatures of distinct psychopathic traits. *Social Neuroscience*, 8 (2), 122- 135.
- Castillo, E., Gómez, E.J., Mata, J.L., Ramírez, I. y López, F. (2016). Perfil diferencial de trastornos de personalidad en el consumo de drogas y maltrato. *Acción Psicológica*, 13(1), 31-40.
- Cedeño, P.A. (2020). *Trastornos por consumo de sustancias y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y rasgos de personalidad* (Tesis de máster). Universidad de La Rioja.
- Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E. y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de neurología*, 44 (01), 23-31.

- Dujo, V. y Horcajo, P.J. (2017). La psicopatía en la actualidad: abordaje clínico-legal y repercusiones forenses en el ámbito penal. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 17, 69-88.
- Decety, J., Skelly, L.R. & Kiehl K.A. (2013). Brain response to empathy-eliciting scenarios involving pain in incarcerated individuals with psychopathy. *JAMA Psychiatry*, 70 (6), 638-45.
- Decety, J., Skelly, L.R., Yoder, K.J. & Kiehl, K.A. (2014). Neural processing of dynamic emotional facial expressions in psychopaths. *Social Neuroscience*, 9 (1), 36-49.
- Delisi, M., Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. & Jennings, W. G. (2015). Drugged and dangerous: Prevalence and variants of substance use comorbidity among seriously violent offenders in the united states. *Journal of Drug Issues*, 45(3), 232-248.
- Díaz, N., y Moral, M.V. (2018). Consumo de alcohol conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 110-130.
- Dolan, M. & Völlm, B. (2009). Antisocial personality disorder and psychopathy in women: A literature review on the reliability and validity of assessment instruments. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31 (1), 2-9.
- Echeburúa, E. (2018). Violencia y trastornos de la personalidad. En Echeburúa, E., *Violencia y trastornos mentales. Una relación compleja*, (pp.22-45). Pirámide.
- Ermer E., Cope L.M., Nyalakanti, P.K., Calhoun V.D., & Kiehl, K.A. (2012). Aberrant paralimbic gray matter in criminal psychopathy. *J. Abnorm. Psychol.* 121 (3), 649-658.
- Flórez, G. (2016). Psicopatía, adicciones, violencia interpersonal y conducta antisocial, una relación mixta. *Adicciones*, 28 (2), 65-70.
- Flórez, G., Ferrer, V., García, L.S., Crespo, M.R, Pérez M. y Saiz, P.A. (2019) Trastornos de la personalidad, adicciones y psicopatía como predictores de la conducta delictiva en una muestra penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21 (2), 67-84.
- Galão, M.A. (2019). *Os diferentes perfis comportamentais e psicossociais de jovens adultos com elevados níveis de traços psicopáticos* (Tesis de máster). Instituto universitário ciencias psicológicas, sociais e da vida.
- Garaigordobil, M., Martínez, V. y Fernández, A. (2015). Spanish parenting styles and antisocial behavior in adolescents. En F. García (Ed.), *Parenting: Cultural Influences and impact on childhood health and well being* (pp. 109-124). Nova Science Publisher.
- García, S. (2016). El comportamiento antisocial sin relevancia clínica: propiedades psicométricas del Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) en un estudio piloto. *International e-Journal of Criminal Science*, 1 (10).

- Gardner, F., Waller, R., Maughan, B., Cluver, L. & Boyes, M. (2015). What are the risk factors for antisocial behavior among low-income youth in capetown? *Social Development*, 24(4), 798-814.
- Garrido, V. [Universitat de València]. (2014, septiembre 22). *La ment del psicòpata* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=6pAyILYc7fw>
- Garrido, V. (2012). *Perfiles criminales*. Ariel.
- Garrido, V. (2002). El tratamiento del psicópata. *Psicothema*, 14 (Suppl. 1), 181-189.
- Gilligan, D. G. & Lennings, C. (2010). Psychopathic and neuropathic pathways to homicide: examination of Harris and Rice's tow path model of criminal violence in homicide. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17, 146-168.
- Glenn, A.L. & Raine, A. (2014). *Psychopathy: an introduction to biological findings and their implications*. New York University Press.
- González, P., Sánchez, G., Ampudia, A. y Jiménez, F. (2017). La precisión diagnóstica del MMPI-2 al evaluar los desajustes socio-familiares en personas con dependencia de sustancias. *Clínica y Salud*, 28(2), 53-57.
- Gray, J.A. (1987). The neuropsychology of emotion and personality. In Stahl, S.M., Iversen, S. D. & Goodman, E. C. (Eds.), *Cognitive neurochemistry* (p. 171-190). Oxford University Press.
- Gregory, S., Blair, J., Ytche, D., Simmons, A., Kumari, V., Sheilagh, H., & Blackwood, Nigel. (2015). Punishment and psychopathy: A case-control functional MRI investigation of reinforcement learning in violent antisocial personality disordered men. *The Lancet Psychiatry*, 2 (2), 153-160.
- Gregory S, Ffytyche D, Simmons A, Kumari, V., Howard, M., Sheilagh H. & Blackwood, N. (2012). The Antisocial Brain: Psychopathy Matters A Structural MRI Investigation of Antisocial Male Violent Offenders. *Archives or General Psychiatry*, 69 (9), 962-972.
- Guillén, C. y Sanz, L. (2018). *Psicología criminal*. Síntesis.
- Halty, L, Martínez, A, Requena, C., Santos J.M. y Ortiz T. (2011). Psicopatía en niños y adolescentes: modelos, teorías y últimas investigaciones. *Revista de neurología*, 52 (Suppl. 1), 19-27.
- Halty, L. y Prieto-Ursúa, M. (2015). Psicopatía infanto-juvenil: Evaluación y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 36(2), 117-124.
- Hare, R. (2016). Psychopathy, the PCL-R, and Criminal Justice: Some new findings and current issues. *Canadian Psychology*, 57(1), 21-34.

- Hare, R. (2003). *Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*. Paidós Ibérica.
- Harenski, C. L., Edwards, B. G., Harenski, K. A. & Kiehl, K. A. (2014). Neural correlates of moral and non-moral emotion in female psychopathy. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 741.
- Harenski, C.L., Harenski, K.A., Shane, M.S., Kiehl, K.A. (2010). Aberrant neural processing of moral violations in criminal psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (4), 863-874.
- Henares, J., Ruiz, I., y Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114-119.
- Hernández, D. (2014). *Tratamiento de delincuentes organizados (Psicópatas)* (Tesis de Máster). Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Hernández, E.K., Calixto, M.G. y Álvarez, A. (2018). Intervenciones para disminuir el consumo de alcohol en adolescentes: una revisión sistemática. *Enfermería global*, 17 (49), 529-549.
- Hernández, L. y Cogollo, Z. (2020). Reflexionar sobre el sufrimiento mental, acerca al cuidado genuino: situación de cuidado. *Avances en Enfermería*, 38 (1), 95-101.
- Hoge, R. D. (2016). Risk, need, and responsivity in juveniles. In K. Heilbrun, D. DeMatteo, & N. E. S. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychology and juvenile justice* (pp. 179-196). American Psychological Association.
- Hyde, L.W., Byrd, A.L., Votruba-Drzal, E., Hariri, A.R. & Manuck S.B. (2014). Amygdala reactivity and negative emotionality: divergent correlates of antisocial personality and psychopathy traits in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (1), 214-224.
- Kelly, T.M. & Daley, D.C. (2013). Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders. *Social work in public health*, 28, 388-406.
- Koenigs, M., Baskin-Sommers A., Zeier J. & Newman J.P. (2011). Investigating the neural correlates of psychopathy: a critical review. *Molecular psychiatry*, 16 (8), 792-799.
- Kwako, L.E, Momenan,R. , Litten. R.Z, Koob, G.F. & D. Goldman (2016). Addictions Neuroimaging Assessment: Towards an integrative framework for alcohol use disorder. *Biol. Psiquiatría*, 80 (3), 179 - 189.
- Landay, K., Harms, P. D. & Credé, M. (2019). Shall we serve the dark lords? A meta-analytic review of psychopathy and leadership. *Journal of Applied Psychology*, 104(1), 183–196.

- Lasala, F. (2014). *El Tratamiento Penitenciario de los Delincuentes Psicópatas*, colección Premios Victoria Kent, ediciones Ministerio del Interior (Secretaría General Técnica).
- León, M., González, L., León, A., de Armas, J., Urquiza, A., y Rodríguez, G. (2014). Bases neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Revista Finlay*, 4(1), 40-53.
- Lieb, R. (2015). Epidemiological Perspectives on Comorbidity Between Substance Use Disorders and Other Mental Disorders. En Dom, G. y Moggi, F. (Eds.), *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders* (pp. 3–12). Springer.
- Martínez, A.I. (2016). *Factores de riesgo de la conducta antisocial en menores en situación de exclusión social* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez, T. (2015). *Psicopatía, violencia y trayectoria delictiva: Análisis de su interacción en muestras penitenciarias*. (Tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid.
- McWilliams, N. (2011). Psychopathic (antisocial) personalities. En McWilliams, N., *Psychoanalytic Diagnostic. Understanding Personality Structure in the Clinical Process* (pp. 157-172). The Guilford Press.
- Méndez-Díaz, M., Romero, B., Cortés, J., Ruíz, J. y Próspero, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Facultad de medicina UNAM*, 60(1), 6-16.
- Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad (2020). *Alcohol en menores no es normal*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE)*.
- Molina, F.A. (2013). *Neurobiología de la psicopatía. Aspectos biológicos y jurídicos*. Salerno.
- Motzkin, J.C., Newman, J.P., Kiehl K.A. & Koenigs M. (2011). Reduced prefrontal connectivity in psychopathy. *The journal of neuroscience*, 31 (48): 48-57.
- Mujica-Parodi, L.R., Carlson, J.M., Cha, J. y Rubin, D. (2014). The fine line between ‘brave’ and ‘reckless’: amygdala reactivity and regulation predict recognition of risk. *Neuroimagen*, 103, 1-9.
- Muñoz, J.J. (2015). *Criaturas Criminales y Cómo Encontrarlas*. Chiado.
- Naranjo, M.L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33 (2), 171-190.
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Comorbidity: substance use disorders and other mental illnesses*.
- Noguer, I., Saiz, J., Arroyo, M.B. y Roca, M. (2016). Salud pública y salud mental: cómo afrontar con eficacia la vigilancia para una acción sanitaria más efectiva. En Cuesta,

- J.P, Noguer, I., García, F y Rodríguez, C. (Eds.), *Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica* (pp. 11-16). Centro Nacional de Epidemiología.
- Nohales, B., Mezquita, L. y Ibáñez, M.I. (2017). Relación entre personalidad oscura, consumo de sustancias y felicidad. *Ágora de salud*, 4 (28), 267-275.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA] (2019). *Informe 2019: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Salud mental. Organización Mundial de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial médica panamericana, 158-162.
- Pera, V. (2015). *Caracterización del trastorno psicopático de la personalidad: clínica, neuropsicología y neuroimagen* (Tesis de doctorado). Universidad de Lleida.
- Pera, V., Contreras, O., Batalla, I., Kosson, D., Menchón, J. M., Pifarré, J., Bosque, J., Cardoner, N., & Soriano, C. (2016). Brain Structural Correlates of Emotion Recognition in Psychopaths. *Plos one*, 11(5).
- Pérez, B., Rodríguez, F.J., Herrero, J., y Fernández, A. (2016). Perfil del psicópata institucionalizado sin comportamiento criminal previo a su entrada en prisión. *Terapia psicológica*, 34(2), 81-91.
- Pilatti, A., Fernández, C., Viola, A., García, J.S. y Pautassi, R.M. (2017). Reciprocal effect of impulsiveness and alcohol consumption in argentine teenagers. *Health and Addictions*, 17 (1), 107-120.
- Pintado, A. (2017). *Asesinos en serie: especial referencia al ámbito español* (Tesis de doctorado). Universidad de Murcia.
- Planas, A., Grau, L., Morillas, R.M. y Planas, R. (2017). Manifestaciones neurológicas del alcoholismo. *Elsevier*, 40 (10), 709-717.
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A. & Rohde, L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the world prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 45-65.

- Pozueco, J. M., Romero, S. L., y Casas, N. (2011). Psicopatía, violencia y criminalidad: Un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II). *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(4), 175-192.
- Pujol, J., Harrison, B.J., Contreras, O., & Cardoner, N. (2018). The contribution of brain imaging to the understanding of psychopathy. *Psychological Medicine*, 49 (1), 20-31.
- Razón, K. C., Rodríguez, L. M., & León, U. (2017). Neurobiología del sistema de recompensa en las conductas adictivas: consumo de alcohol. *Iztacala*, 20(4), 1344-1361.
- Redolar, D. (2014). *Neuropsicología*. UOC.
- Requejo, C. (2017). Tratamiento de la psicopatía en la jurisprudencia penal española. El camino hacia un nuevo enfoque de la imputabilidad penal. *Política criminal*, 1(21), 66-103.
- Rodríguez, J.L. (2015). *Patrones de personalidad y otros trastornos psicopatológicos asociados en personas con dependencia de drogas en tratamiento en proyecto hombre (Tesis doctoral)*. Universidad Pontificia de Salamanca. Facultad de psicología.
- Rodríguez, F.D., Sánchez, M.L., y Bisquerra, R. (2014). Consumo de alcohol en la adolescencia: Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud mental*, 37(3), 255-260.
- Ross, S. & Peselow, E. (2012). Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clinical neuropharmacology*, 35(5), 235-243.
- Saavedra, S., Díaz, W., Zuñiga, L., Navia, C. y Zamorra, T. (2015). Correlación funcional del sistema límbico con la emoción, el aprendizaje y la memoria. *Morfología*, 7 (12), 29-44.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality?. *Clinical psychology review*, 22 (1), 79-112.
- Salekin, R.T., Rosenbaum, J. y Lee Z. (2008). Psicopatía infantil y adolescente: estabilidad y cambio. *Psiquiatría, psicología y derecho*, 15 (2), 224-36.
- Salvador, B., Pérez, B., Fernández, L., Bringas, C., Rodríguez, F.J. (2015). A psicopatía: uma revisão bibliográfica e bibliométrica. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, 67 (2), 105-121.
- Sánchez, F.J. (2019). *Delincuencia habitual, psicopatía y responsabilidad penal* (pp. 266-289). Dykinson.
- Sánchez, F.J. (2009). Fisionomía de la psicopatía. Concepto, origen, causas y tratamiento legal. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3 (2), 117-125.

- Sánchez, N. (2017). *Herramientas de valoración del riesgo en población adulta: SVR-20, SARA y PCL-R. Herramientas de gestión del riesgo: SAPROF* (Tesis de máster). Universidad Miguel Hernández. Elche.
- Sánchez-Navarro, J.P. y Román, F. (2004). Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. *Anales de Psicología*, 20 (2), 223-240.
- Sapiña, T. (2015). *PCL-R (escala de verificación de psicopatía)*. Recuperado 14 de mayo de 2020, de Crimipedia website: <http://crimina.es/crimipedia/topics/pcl-r-escala-de-verificacion-de-psicopatia/#>
- Sendra, J.M. (2016). Indicadores de Salud Mental en los sistemas de información. En Cuesta, J.P., Noguer, I., García, F y Rodríguez, C. (Eds.), *Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica* (pp. 39-46). Centro Nacional de Epidemiología.
- Schlesinger, A., Pescador, B., y Roa, L. A. (2017). Neurotoxicidad alcohólica. *Revista médica*, 25(1), 87-101.
- Schulz, N., Murphy, B. & Verona, E. (2015). Gender differences in psychopathy links to drug use. *Law and human behavior*, 40 (2): 159-168.
- Smilie, L.D. & Wacker, J. (2014). Dopaminergic Foundations of Personality and Individual Differences. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8 (874), 1-10.
- Storey, J.E., Hart, S.D., Cooke, D.J. & Michie, C. (2015). Psychometric properties of the Hare psychopathy checklist-revised (PCL-R) in a Representative Sample of Canadian Federal Offenders. *Law and Human Behavior*, 40 (2), 136-46.
- Szerman, N., Martínez, J., Baler, R., Roncero, C., Vega, P., Basurte, I., Grau-López, L., Torrens, M., Casas, M., Franco, C., Spinnato, G., Marenmani, I., Marenmani, A., Daulouède, J.P., Aguerretxe, A., Mann, K., Marín, R., Medina, M.E. & Ruiz, P. (2017). Joint statement on dual disorders: Addiction and other mental disorders. *Mental health*, 40(6), 245-247.
- Thomas, C. y Pope, K. (2013). *The origins of antisocial behavior: A developmental perspective*. Oxford University Press.
- Torrens, M., Gilchrist, G. y Domingo-Salvany, A. (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 147–156.
- Torrens, M., Mestre. Pintó, J.I. y Domingo, A. (2016). *Comorbilidad del uso de sustancias y trastornos de salud mental en Europa (Perspectivas sobre drogas)*. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

- Torrens, M., Mestre- Pintó, J.I., Montanari, L., Vicente, J. y Domingo, A. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29 (1), 3-5.
- Torrubia, R. (2015). *Funciones ejecutivas y procesamiento emocional en la psicopatía: comparación entre psicópatas exitosos y psicópatas criminales* (Trabajo de fin de grado). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Ullán, J. (2012). Morfología y topografía del Sistema Nervioso. En Ullán, J., *Neuroanatomía* (pp. 5-22). José Ullán Serrano.
- Vega, J.I. (2018). Ocho factores de la conducta criminal. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 11 (1), 65-76.
- Venturelli, A. N. y Branca, I. (2016). Evidencia y neurociencias cognitivas: El caso de la resonancia magnética funcional. *Tópicos*, (50), 177-207.
- Viding E., McCrory E. & Seara-Cardoso A. (2014) Psychopathy. *Current biology*, 24 (18): 871-874
- Voon, V., Grodin, E., Mandali, A., Morris, L., Doñamayor, N., Weidacker, K., Kwako, L., Goldman, D., Koob, G.F.& Momenan, R. (2020). Addictions NeuroImaging Assessment (ANIA): Towards an integrative framework for alcohol use disorder *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 113, 492-506.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J.L. & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 382 (9904), 1575-1586.
- Yang, Y. & Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry research*, 174 (2), 81-88.
- Yates, J. R., Darna, M., Beckmann, J. S., Dwoskin, L. P., & Bardo, M. T. (2016). Individual differences in impulsive action and dopamine transporter function in rat orbitofrontal cortex. *Neuroscience*, 313, 122–129.