

11241
298



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

**Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría y Salud
Mental**

**RELACION ENTRE TRANSTORNO ANTISOCIAL DE LA
PERSONALIDAD Y DEPRESION**

T E S I N A

**Que para obtener el Diploma de:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

p r e s e n t a

DR. PABLO JAVIER VARELA FREGOSO

México, D. F.

**COPIA CON
FALLA DE ORIGEN**

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N T R O D U C C I O N

El paciente con un trastorno antisocial de la personalidad, - es un paciente que despierta generalmente hostilidad y rechazo -- por parte del psiquiatra. Las descripciones que con frecuencia se ofrecen de él, es la de un individuo desalmado, irresponsable, cí nico y sobre todo incapaz de aprender de la experiencia, así como incapaz de deprimirse.

Ahora bien, por otro lado no es poco frecuente que estos pacientes cuando llegan al consultorio, parezcan deprimidos o presenten varios datos sugestivos de una depresión.

En este sentido la mayor parte de los psiquiatras y de las teorías psicológicas han puesto el mayor interés para el entendimiento de este trastorno, en el hecho de la impulsividad o en la -- "demencia semántica" que se refiere a la incapacidad de aprender de la experiencia, vista en los sujetos con este trastorno.

Poco ha sido el interés orientado hacia el hecho de si es posible que estos pacientes se depriman o no, a pesar de lo dicho anteriormente. En épocas más recientes, se ha tratado de relacionar la depresión con este trastorno de personalidad, a través de las características de las relaciones parentales tempranas de estos - individuos y en la relación desde un punto de vista genético entre alcoholismo, depresión y sociopatía.

De aquí se puede desprender la importancia de investigar lo anterior y de encontrar así las posibilidades de relación entre ambas situaciones: depresión y transtorno antisocial de la personalidad en algunos individuos, por las alternativas que se podrían --

abrir en el tratamiento de estos pacientes.

I. ANTECEDENTES HISTORICOS Y DESARROLLO DEL CONCEPTO DE TRANSTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

En el siglo XVII San Vicente de Paul describió dos tipos de alienados del espíritu, los unos con alguna patología del encéfalo, y los otros eran los que hacían un mal uso de su libre albedrío, -refiriéndose a lo actualmente sería considerado como un sociópata. (1).

Es hasta el siglo XIX y con un punto de vista congénito y constitucional del problema, que Pinel habló de la "Manía sin Delirio", ofreciendo el caso clínico de un hombre que arrojó a su mujer a - un precipicio, en un acto impulsivo.(2,3).

Más tarde Esquirol, y en esta misma corriente de pensamiento, habló de la monomanía instintiva; Morel de la "locura de los degenerados", y J.C. Pritchard acuñó el término de "moral insanity", y la psiquiatría alemana el de "moralische Frankheiten".(3).

En 1818 Gouster hace una extensión del concepto hacia la "perversión moral", describiendo la debilidad del juicio y algunas -- características físicas anormales.(4).

Lombroso y su escuela intentaron describir al criminal nato, - como un imbecil moral, agresivo, jactancioso, impulsivo y particularmente insensible a la crítica social. Este autor consideró que se trataba de individuos con regresiones atávicas a etapas de primitiva evolución.(4).

Hacia 1888 Koch aplicó el término de "Inferioridad Psicopática", y consideró que el transtorno era causado por una predisposición-constitucional que se hizo de uso común como "Constitución psico-

pática".(3,4)

Meyer en 1912 excluyó toda posibilidad neurótica de este transtorno, y Mercier en 1913 lo consideró como un tipo de locura particular.(4).

Más tarde, Kraepelin creó el término de "personalidad psicopática", el cual desarrolló ampliamente Kurt Schneider en 1923. -- Schneider los describe como psicópatas "desalmados" que carecen, o casi carecen, de compasión, vergüenza, sentido del honor, remordimientos, consciencia. Son con frecuencia de un modo de ser sombrío, frío gruñón, y según sus actos, impulsivos, brutales, crueles. En modo alguno hablaba de "debilidad mental moral", pues debilidad mental significa para este autor defecto intelectual congénito, y éste puede no hallarse presente, aún cuando muchas veces suceda -- así. Según Schneider los desalmados son fundamentalmente incorregibles o ineducables, ya que en los casos acentuados falta toda--base sobre la que pudiera actuar una influencia constructiva. Continúa al decir que al tratar de los criminales desalmados no se --debe olvidar que también existen desalmados absolutamente "socia--les, naturalezas duras como el acero y que "caminan sobre cadá---veres". La inteligencia es frecuentemente notable en estos casos. (3,5).

Karl Jaspers ofrece la siguiente descripción "...los enfermos--antisociales los encontramos como delincuentes. La mayor parte --pertenece a las constituciones anormales, la minoría a los proce--sos morbosos. Entre los enfermos de esquizofrenia especialmente --al comienzo aparecen los elementos antisociales, lo mismo entre --los paralíticos generales. Muy raramente hay antisociales entre --

los enfermos de la locura maniaco depresiva. La investigación del delito se ha desarrollado en tres fases, que ahora significan --- otras tantas tendencias de investigación que coexisten con pleno derecho. Primero se investigó a delincuentes aislados, que aparecieron como casos raros, anormales, divergentes del término medio se aprendió a conocer aquí el encadenamiento de los procesos psíquicos en su estampa clásica, que, menos claros, no conformados, reaparecen en todas partes, luego se resumió también las relaciones de naturaleza comprensible psicológicamente, que aparecen raramente y por lo general son falsamente entendidas...". (6).

Por otro lado el psicoanálisis elaboró sus propias teorías - alrededor del complejo de Edipo, explicando la conducta psicopática como una fijación a necesidades orales y como una detención, en la etapa fálica del desarrollo. (3).

Franz Alexander habla de un carácter neurótico explicándolo -- como una autoinjuria con un odio al padre y un Yo pobremente desarrollado. (4).

Esta evolución del concepto aun no ha terminado y actualmente existen problemas y discusiones para aceptar este tipo de conducta como una instancia nosológica. Existen autores que critican el -- término sociopatía por considerarlo demasiado estrecho, al igual que el de personalidad antisocial, por la misma razón. Estos dos últimos términos son ampliamente usados y aceptados entre los -- psiquiatras estadounidenses, como lo podemos apreciar en la definición que nos ofrece el DSM III, donde se pone el mayor énfasis en los aspectos de sociabilidad y aceptación de las normas sociales.

Así mismo, el Dr. S. Frazier en su diccionario de psiquiatría-

define este trastorno como personalidad antisocial, caracterizándolo por una carencia básica de socialización, y por patrones de conducta que llevan al individuo repetidamente a entrar en conflicto con la sociedad, haciéndolos incapaces de lealtad hacia grupos y valores morales y sociales, resultando insensible, irresponsable impulsivo e incapaz de sentir culpa o de aprender mediante experiencia y castigo. La tolerancia a la frustración es baja y tiende a culpar a otros o a ofrecer racionalizaciones plausibles para su propia conducta. (7).

Gerard Pascalis en su historia y nosología de la psicopatía - critica el término sociopatía al cual califica de un barbarismo - lingüístico por la amalgama de una raíz latina y otra griega. Agrega que con este término se pueden dar un número de diagnósticos - destructores y estigmatizadores, ya que como pregunta Henry Ey, - ¿Quién sufre, el individuo o la sociedad que debe ser protegida y - concluye que con esto se corre el riesgo de confundir al psicópata y al perverso. (1).

En este mismo sentido otro autor francés, Silvain Mutrux, comenta que el término sociópata tiene una inspiración sociológica - lo cual a su juicio, disminuye el interés en las causas del trastorno y lo pone en las consecuencias del mismo, lo cual limita - el uso del término sociopatía, ya que queda circunscrito a las - normas de un país dado en una época dada. También este autor piensa que este concepto, deja de lado los aspectos biológicos y médicos de la psiquiatría por disolverse dentro de una conotación socio-filosófico-político-religioso. (1).

Lo que podemos encontrar en comun en estos aspectos, tanto el

de psicópata, es su incapacidad de adaptación a su medio, su impulsividad y su aparente falta de capacidad para sentirse culpable.

II. TEORIAS SOBRE TRANSTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD Y DEPRESION

Existen diferentes puntos de vista con respecto a la relación entre la sociopatía y la depresión, y en cuanto a la misma sociopatía.

Fenichel comenta que en estos individuos se pueden dar pseudorelaciones objetales, en las que el sujeto no abriga ningún sentimiento hacia la persona, sino que la utiliza como instrumento para aliviar sus propios conflictos con su superyó, utilizando una gran contracatexis para limitar importantes sentimientos de culpa. Lo anterior en algunas ocasiones se puede tomar, a través de sus conductas "inescrupulosas" de estos sujetos, como una protesta contra la intensa presión que siente de parte de un superyó sumamente severo. (8).

El análisis de estos pacientes no ha confirmado el hecho de -- considerarlos como "psicópatas narcisistas", que carecen de un superyó y por eso obtener la gratificación de todas sus exigencias sin consideración hacia los demás. (8)

En estos pacientes se menciona una falta de relación de objeto efectiva durante la infancia, o bien una fijación oral con experiencias traumáticas, haciendo imposible la instauración de un superyó completo y eficiente, esto como consecuencia de una falta de imágenes parentales constantes, perdiéndose la oportunidad de establecer relaciones e identificaciones duraderas. En estos sujetos consecuentemente, no es que no exista un superyó, sino que es un superyó incompleto y patológico, que al entrar en contacto con

el Yo, surgen una serie de contradicciones y ambivalencias frente a sus primeros objetos, ocasionando una insatisfacción crónica.-- De aquí se deduce un complejo de Edipo y su solución, como desorganizados e inestables, impidiendo relaciones objetales efectivas. (8).

Reich habla del aislamiento del superyó. A través de un intento del Yo de mantener al superyó a distancia en forma activa y -- constante, haciendo lo posible por mantenerse relativamente libre de las influencias inhibitorias del superyó, y por lo tanto de -- sentimientos de culpa. Esta situación puede ser estimulada por un yo que ha experimentado previamente un intenso placer erógeno, -- así como intensas frustraciones, conduciendo a una fijación oral-intensa. (9).

Conjuntamente a este aislamiento se puede dar la formación de una especie de segundo superyó "complaciente", siendo más característico de los caracteres llamados asociales. (8).

Un mecanismo de idealización de una actividad instintiva conduce a veces, a una situación en que una conducta favorable a los - instintos aparece subjetivamente compatible con las exigencias del superyó, y como se explicaba más arriba es probable que un ambiente infantil desusado de lugar a la formación de un superyó cuyas valoraciones son contrarias a las del superyó corriente, en un momento y sociedad determinada, formandose un superyó parásito. (8)

Shapiro considera importante tomar en cuenta el estado de las diversas funciones del Yo, ya que el superyó no puede ser independiente de los modos de pensamiento y experiencia subjetiva que en general lo caracterizan. (10).

De aquí surge el hecho de considerar cómo se dá esta relación-
yo-superyó, debiéndose examinar la naturaleza de los valores mora-
les, los que tienen como objetivo el cumplimiento de principios -
abstractos, ideales, pero que son también impersonales, relativa-
mente independientes y alejados de las preferencias e intereses -
personales. (10).

De acuerdo a lo anterior se deduce que el carácter subjetivo -
de estos valores morales, como la justicia, por ejemplo, si tiene
un valor alto para el individuo, pueden ser superpuestos a las ne-
cesidades inmediatas. Por lo tanto, para que se den estos valores
es necesario un importante desarrollo afectivo para el compromiso
emocional con intereses de tipo intangible y alejados de las nece-
sidades personales inmediatas. (10).

Por otro lado la experiencia involucra un criterio sobre el --
propio ser o las propias acciones, desde la posición de algún ---
principio o autoridad. En este sentido Shapiro afirma que esta --
forma de pensamiento es ajena a este tipo de pacientes, aunque a-
grega que esto no significa que no puedan experimentar sentimien-
tos de culpa, pero sí que serán superficiales y limitados. (10).

Agrega además que este tipo de personas carecen de pensamiento
autocrítico inmediato, así como en la sensación subjetiva de deli-
beración e intención, lo cual los lleva a decir "muy mal, pero no
es culpa de nadie, cualquiera hubiera hecho lo mismo en
las mismas circunstancias". (10).

Por lo tanto concluye que en este tipo de sujetos tienen muy -
poco desarrolladas sus capacidades cognocitivas y afectivas. Así,
no es que el sociópata rechace necesariamente la moralidad, sino-

que simplemente no se interesan en ella, aunque pueda ser consciente de la moralidad social. Por lo tanto desde un punto de vista -moral es cínico, pero según su propio criterio, concreto y práctico, sencillamente posee sentido común. (10).

Reid postula un acercamiento a la comprensión del problema de la tristeza del sociópata, no en un sentido de la conducta psicopática o los síntomas psicopáticos, sino más bien en una aproximación de índole filosófica, tratando de abarcar globalmente el problema. Dice que este tipo de pacientes también responden al estrés, aunque en forma diferente, lo que hace más difícil encontrar cómo y de qué se defienden. (11).

Con respecto al dolor y la ansiedad, el verdadero psicópata -- puede estar limitado a una "anedopatía", diferente del neurótico o psicótico que exhiben conductas sociopáticas aunadas o como parte de su enfermedad. El paciente limítrofe con síntomas sociopáticos esta protegido del verdadero dolor. Su estructura emocional -- se ha desarrollado de tal manera que permite el acceso hasta la -- "última trinchera" defensiva de una neurosis o psicosis. (11).

El verdadero sociópata ciertamente siente una ansiedad objetiva, pero que concierne al momento, a una pérdida de objeto aguda, inmediata. Este tipo de ansiedad quizás pueda ser medida en términos de que tan fuertemente intenta el individuo liberarse de la -- situación. Esta descripción recuerda a los ataques de ansiedad -- neuróticos donde la sintomatología puede ser vaga, pero totalmente intolerable. (11).

Menciona que existen dos tipos de "nada" en psiquiatría, una -- es la destrucción del Ego en la esquizofrenia, y el otro tipo de

"nada" es la del sociópata, que es la carencia de una fuente de - energía para vivir, un compendio de partes de un ser emocional, - pero sin la chispa de la vida. (11).

Se podría pensar, dice Reid, en una persona en una noche fría, mirando desde fuera, a través de una ventana, a una habitación tibia donde está una familia, sintiendo alegría, pero sabiendo que él no podrá estar nunca adentro. Esto describe un afecto real y - profundo del psicópata: la desesperanza de una depresión endógena.

El sociópata no puede permitirse a sí mismo ser consciente de su depresión. En efecto la evitación de este hecho juega un papel importante en su sintomatología. Cuando se ve forzado a entrar en su depresión, un evento raro, procura mantenerse lejos de concien tizar su vacuidad. (11).

En un momento él puede discutir con el terapeuta o el amigo - las diferencias entre él y los demás, aunque siempre evidencia un fondo de "tristeza" en sus descripciones, aun tratando de aparentar lo contrario.

De aquí que el sociópata debe de gastar una gran cantidad de - energía psíquica para sobrellevar esta vacuidad, y cuando ésta no es suficiente puede sobrevenir una descompensación. La forma más-frecuente de esta descompensación es su deterioro en su inadecua- ción. Él se deprime, pero su depresión puede ser reactiva, como - parte de su pasividad y derrota. (11).

Otra forma de descompensación vista en el verdadero psicópata, es la depresión primaria, sobre todo en los viejos como consecuen cia de darse cuenta de su "vacuidad", produciendo una sensación - de desamparo y consecuentemente un estado depresivo. Su depresión

es completamente seria; es principalmente endógena, y no pasará de su propio acuerdo. De hecho, ha perdido los "adornos" de la sociopatía. Puede suicidarse a pesar de que muchos eruditos piensen lo contrario.(11).

Con respecto a la situación familiar, en algún estudio se encontró que en el 46% de una población de niños con trastornos de conducta, existía una historia de madres deprimidas, por otro lado, además de haber intentado correlacionar la sociopatía con la esquizofrenia, existen reportes, especialmente en hombres, en donde se relaciona la sociopatía con alcoholismo y depresión. Padres con depresión unipolar, de niños deprimidos se han mencionado que tienen hijas deprimidas e hijos alcohólicos y/o sociopáticos. (12).

El delincuente neurótico se ha descrito asociado con culpa, ansiedad y depresión y poca sociabilización. La identificación con las normas sociales de un subgrupo de delincuentes se ha visto -- como una característica de una subcultura sociabilizada. (11,13).

Los sociopáticos no socializados se caracterizan por ser impulsivos y agresivos y con una actitud antiautoritaria y amoral. Las familias de estos sujetos son descritas con un padre dominante con una madre pasiva y poco constante en su posición. Estas madres pasivas aparentemente también tienen problemas con sus maridos para llegar a un acuerdo final. En forma contraria, en la familia del delincuente neurótico, la madre es la dominante, quien controla las decisiones e interacciones con su esposo. (11).

El rompimiento de una oportunidad temprana para el establecimiento o desarrollo de un lazo de unión con el padre o madre, tam

bién es visto en la depresión. Tanto en la depresión como en la sociopatía se observan bajos niveles de reactividad, relacionando se con una actitud de renuncia en la depresión y de sobreactividad en la sociopatía. (11).

La depresión psicopática descrita por los franceses, implica una historia de rompimientos sobrepuestos, de las ligas de unión-básicas. Se ha postulado que el paciente deprimido generalmente ha perdido la esperanza de lograr sus metas, con una proyección hacia el futuro. El paciente sociopático también demuestra esta pérdida de esperanza, pero sin la proyección al futuro. (1, 11).

El paciente deprimido no puede satisfacer su Yo ideal, ni a su superyó. La depresión por tanto se puede dar en el sociópata, aunque en un diferente nivel de desarrollo, relación de objeto y estructura psicológica. (11).

Vaillant supone que no aceptar o ignorar la depresión en el sociópata es como ignorar la sexualidad en el histérico. Considera que la susodicha incapacidad para experimentar estos sentimientos es un proceso defensivo y no una incapacidad. (14).

Las relaciones cercanas en este tipo de pacientes originan un sentimiento de ansiedad. La depresión de los sociópatas semeja al desconsuelo de los niños pequeños. Bowlby ha sugerido que el duelo en la niñez está caracterizado por un persistente e inconsciente anhelo de recobrar el objeto perdido. (14).

La conducta criminal y el abuso de las drogas del sociópata -- representa una situación similar. Bowlby del lugar de la depresión en el desconsuelo en los niños, como en los sociópatas exhiben un intenso y persistente cólera que es expresada como un reproche a-

varios objetos incluyendo al Yo. Sin embargo Bowlby hace notar que que tal cólera, que mal comprendida, parece insignificante para el observador. (14).

Finalmente el sociópata, así como el niño emplea una anhedonia para hacer menos realy evidente una pena innecesaria. Esta necesidad está basada en el hecho de confesar a otro la creencia de que el objeto amado sigue vivo, es completamente para exponerse al peligro de la desilusión. (14).

Estas maniobras defensivas sirven para esconder la depresión - del niño y del sociópata. Los cuidadosos estudios controlados de los esposos Glueck han establecido más allá de una duda razonable que el sociópata fue un niño descuidado y que por esta razón la - delincuencia, (a diferencia de otras condiciones psiquiátricas), - puede ser predicha a la edad de 6 años. (15).

En conclusión Vaillant recapitula ciertos temas que están presentes en varios casos:

- a) Carencia de relaciones estrechas y positivas con el padre del mismo sexo,
- b) Temor a intimidar y asumir responsabilidades,
- c) Falta de creencia en que otros pudieran tolerar su ansiedad, y
- d) Temor a poder lograr un éxito en una competencia abierta.

Por último sus actos delictivos pudieron tener un significado-simbólico como el hecho de la mala conducta de un niño en un sueño o en un juego de terapia. Resumiendo, ni los sociópatas nacen así, ni son incapaces de cambio. Considera Vaillant que la conducta de estos sujetos es producto de un Yo bien defendido y de una conciencia estricta, aunque primitiva. Si el Yo del psicópata no es ina

decuado, y si su superyó no está ausente; cuáles son las dinámicas subyacentes del psicópata, que lo hacen parecer tan inhumano.

Ciertamente emplean diferentes estilos de defensa a los pacientes neuróticos. Las clásicas defensas que subrrayan las neurosis, son tan disruptoras para el sujeto e insignificantes para el observador, como correr en calcetines o la molestia de una piedra en el zapato, (represión, aislamiento, disociación). Los mecanismos de defensa que subyacen la sociopatía parecen tan indefensos al sujeto, y tan molestos al observados, como el humo de un cigarro en un cuarto cerrado. Estos últimos mecanismos de defensa son poco entendidos, y los terapeutas tienen dificultad para sentir empatía hacia individuos delincuentes. (14).

Sin embargo antes de que la armadura defensiva del sociópata sea considerada demasiado diferente ala del sujeto normal,, consideremos aquellos desordenes del carácter del Adolescente. Ellos -- también hacen un uso extensivo de las defensas del sociópata.. Usan drogas para alterar su estado de ánimo sin moderación y ven a los demás, no a sí mismos, como fuera de lugar. Sus dolores físicos son con frecuencia imaginarios, así como también sus aventuras amorosas. Ningún otro grupo de su edad es tan pasivo, agresivo o masoquista. Sin embargo la adolescencia es una "enfermedad" auto-limitada. así que se hace posible ver los mecanismos del Yo, que subyacen a la drogadicción, paranoia, hipocondriasis, excentricidad y masoquismo, como defensas inmaduras. Se necesita salir de la adolescencia lentamente. Si se pudiera esperar de 15 a 20 años sería posible demostrar que los delincuentes, según Vaillant, también remiten.

Aunque se construyen muros, (reales o sociales), para protegerse de los sociópatas, nuestros esfuerzos para ayudarlos son en vano. Mientras mas castigados son, menos aprenden. Este aspecto de los sociópatas es exasperante y desafía la lógica; sin embargo Bowlby afirma que no es beneficioso golpear a un niño indefenso. (14)

Existe otra faceta explicatoria de la apariencia y lógica de la sociopatía. Este aparente carácter inmutable existe únicamente en presencia de otra gente. En resumen, las defensas inmaduras no son siempre, los malos hábitos incurables que aparecen en forma superficial. Algunas veces, son medios para hacer una tregua dolorosa. (14).

Si las defensas neuróticas son con frecuencia los modos con los que se enfrenta un individuo a la realidad, las defensas inmaduras son con frecuencia los modos con los que se enfrentan a la realidad estos sujetos. (14).

En la vida del adulto, la proyección, la hipocondriasis, fantasía y masoquismo perpetúan un proceso sutil, que usualmente conocemos sólo entre madre e hijo, y probablemente entre amantes. Una persona reacia puede repentinamente causar dolor en el cuerpo de un hipocondríaco. El trato desagradable de un padre, puede ser proyectado. (14).

Si los pensamientos internos incluyen personas con sentimiento ambivalentes en el mundo real, la relación externa permanece relativamente asegurada, autónoma y bien demarcada. Sin embargo las relaciones del sociópata permanecen poco claras y ambiguas. En un esfuerzo por conservar una ilusión de constancia interpersonal, las defensas inmaduras permiten representaciones mentales ambiva-

lentes de otras persona, especialmente de los padres, para ser -- convenientemente separadas, (buenas y malas), o ser acomodadas de nuevo. Así como el mecanismo neurótico transfiere, si fallamos al entender el procedimiento defensivo, se toman las defensas del sociópata personalmente y las condenamos. (14).

Probablemente una razón por la cual las defensas inmaduras, son un tabú, es debido a que son contagiosas, según Vaillant. En presencia de un drogadicto los liberales se ven perjudicados. El masoquista provoca el sadismo latente de los demás, y el enfermo simulador, la agresión pasiva. Sin embargo el proceso por el cual todo esto sucede es obscuro, y sí se percibe un tanto misteriosos para el extraño. Sólo la anticipación y el entendimiento permitira a - la psiquiatría, entender las defensas del sociópata.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las descripciones clásicas del individuo con una personalidad antisocial, se menciona su incapacidad para deprimirse y por lo tanto de experimentar culpa, haciendolo así mismo un paciente con muy pocas o francamente nulas expectativas de un tratamiento exitoso, ya que también se le describe como incapaz de poder -- aprender de la experiencia.

A pesar de lo anterior, en ocasiones nos enfrentamos ante pacientes con características de una personalidad antisocial, que exhiben al mismo tiempo síntomas de un estado depresivo, lo cual nos obliga a reflexionar sobre este hecho.

Existen algunas teorías psicológicas que no están de acuerdo con este punto de vista, y que sostienen que esta situación puede conducir a estigmatizar a un paciente, y por lo mismo no ofrecerle algún tipo de ayuda.

Ante esta perspectiva, se puede suponer que existan algunos individuos con este trastorno de personalidad, con alguna capacidad para deprimirse y que además esta depresión tenga características diferentes, pudiendo estar enmascarada o distorsionada, a través de su conducta antisocial.

IV. HIPOTESIS

Por lo tanto es posible suponer la existencia de pacientes con características antisociales de la personalidad y un estado depresivo subyacente no evidente, como causa de su conducta, y que no necesariamente se anulen como posibilidades diagnósticas.

V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Como objetivo general en la presente investigación se intenta establecer la posible coexistencia de personalidad antisocial y un estado depresivo en pacientes diagnosticados con un trastorno antisocial de la personalidad.

Dentro de los objetivos específicos están los siguientes:

- a) Identificar datos de un estado depresivo en pacientes con un trastorno antisocial de la personalidad.
- b) Establecer e identificar lo anterior a través de una batería de pruebas psicológicas. (WAIS, MMPI y el Test Gestáltico Visomotor de Bender).

VI. MATERIAL Y METODO

Se tomaron diez pacientes ingresados en la Clínica San Rafael, con un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad y síntomas de depresión.

Nueve pacientes eran del sexo masculino y el otro del sexo femenino.

La edad de los pacientes oscilaba entre los 18 años y los 40 años de edad. (Tabla 1).

El medio socioeconómico de los pacientes era homogéneo, considerándolo clase media de acuerdo a sus ingresos, que en promedio -- eran de tres salarios mínimos.

Su nivel de escolaridad promedio fue el de educación media. -- (Tabla 2).

Cinco pacientes fueron internados voluntariamente y el resto en contra de su voluntad.

Entre los síntomas sugerentes de un estado depresivo se encontraron los siguientes: ideación suicida en dos pacientes, y uno de ellos había presentado cuatro intentos anteriores; un paciente presentaba ideas de minusvalía y pesimismo; un paciente trastornos del sueño, (insomnio terminal); irritabilidad y agresión física y/o verbal, la presentaron los diez pacientes en grados variables. (Tabla 3).

Dentro de los motivos de internamiento en cinco pacientes se debió algún tipo de farmacodependencia y en dos de ellos estaba agregado el abuso del alcohol, y en otros dos, actos delictivos y vagabundaje; En otro paciente fue por presentar agresividad física, y pa-

ra hacer una evaluación de su estado mental, por estar involucrado en un homicidio y una violación sexual. En otro paciente por presentar irritabilidad, agresividad física y rumiación suicida.

En el paciente del sexo femenino el motivo fue un intento -- suicida con lorazepám.

En dos pacientes más, el motivo fue su agresividad física incontrolable e impredecible.

Los pacientes a su ingreso fueron entrevistados por el médico de guardia, y fueron entrevistados en el consultorio por su médico tratante al día siguiente.

Durante la primera semana de su internamiento se obtuvieron los datos para la presente investigación, así como la aplicación de las siguientes pruebas psicológicas, por la psicóloga de la clínica, la cual era ajena al presente estudio.

- a) Inventario Multifásico de la Personalidad, (MMPI).
- b) Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos, (WAIS).
- c) Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Los criterios de inclusión y de exclusión fueron aquellos que estipula el DSM III, para el diagnóstico del trastorno Antisocial de la Personalidad. (Tabla 4).

VII. RESULTADOS

De acuerdo a los resultados de las entrevistas se encontraron siete pacientes con síntomas depresivos, sugerentes de un estado de depresión, caracterizados por sentimientos de minusvalía en -- tres de ellos, intento suicida en dos e ideación suicida en otro.

En estos pacientes en particular, sus resultados en las diferentes pruebas psicológicas, evidenciaron en tres de ellos un posible daño orgánico cerebral, siendo dos de estos tres pacientes-límitrofes, con un CI de 75 y 79. Las asociaciones de los resultados en las escalas clínicas del MMPI aparecen en la tabla 7.

En estos mismos pacientes con datos sugerentes de un estado de presivo, cuatro de ellos provenían de matrimonios de padres divorciados, dos más percibían a sus padres periféricos y rechazantes. Otro más presentaba como antecedente la muerte del padre a los de años de edad, y una madre rechazante.

La única paciente del sexo femenino contaba con antecedentes de un hermano sociópata y su madre con una psicosis maniaco de presiva. Otro paciente de este grupo tenía como antecedentes, hiperquinesia, crueldad con los animales y dislexia. Otro paciente-había recibido tratamiento farmacológico en la niñez por una hiperquinesia, además de que su padre había presentado conductas so ciopáticas.

Los otros tres pacientes que no presentaban datos de un estado depresivo tuvieron un CI normal promedio, y sólo uno de ellos sugería daño orgánico cerebral. Sus resultados en las escalas clí ni cas del MMPI aparecen en la tabla 8.

Este último grupo de pacientes contaba con los siguientes ante

cedentes: tres provenían de matrimonios de padres divorciados, dos de ellos con padres con conductas sociopáticas, y el otro había - presentado enuresis hasta los siete años de edad y había sido diagnosticado como niño hiperquinético.

Los resultados en las pruebas psicológicas son las siguientes;

En el WAIS ocho pacientes fueron normal promedio y dos subnormal límite de acuerdo a su CI global. No hubo diferencias significativas entre la puntuación verbal y la de ejecución.

En la prueba Gestáltica Visomotora de Bender, seis pacientes - no evidenciaron patología orgánica cerebral y cuatro sí presentaron datos sugerentes de algún daño orgánico cerebral.

En el MMPI los resultados en las diferentes escalas se presentan en la tabla 6.

Las escalas que con más frecuencia se vieron elevadas fueron - la ocho que recibe el nombre clínico de esquizofrenia, la cuatro - conocida como escala de desviaciones psicopáticas, la nueve que es la escala de hipomanía y la seis conocida con el nombre clínico de paranoia.

La escala número dos, que describe el conjunto de características que se relacionan con los sentimientos de tristaza inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa se encontraron elevadas en - dos pacientes, en uno asociado a la escala cuatro y en otro a ocho. (tabla 7).

Pacientes Masculino	Paciente Femenino
18	18
19	
19	
21	
23	
23	
24	
40	

Tabla 1. Edades de los pacientes.

Secundaria	1
Preparatoria incompleta	5
Profesional incompleta	4

Tabla 2. Escolaridad de los pacientes.

Aislacionismo	4
Minusvalfa	3
Intento suicida	1
Ideación suicida	2
Angustia	2
Insomnio	1
Vacuidad	1
Anhedonia	1
Irritabilidad	10
Llanto fácil	4

Tabla 3. Síntomas de depresión que presentaron los pacientes.

A. La edad actual ha de ser de por lo menos de 18 años.

B. Comienzo antes de los 15 años, tal como viene indicado por una historia de tres o más de los siguientes síntomas:

1) vagancia (positivo si alcanza por lo menos 5 días al año, al menos durante dos años, sin incluir el último de escuela);

2) expulsión o suspensión de la escuela por mala conducta;

3) delincuencia (arrestado o mandado a tribunales infantiles a causa de su conducta);

4) escaparse del hogar durante la noche, por lo menos dos veces, mientras vivía en el hogar paterno o adoptivo;

5) mentira persistente;

6) relación sexual repetida con relaciones casuales;

7) ingestión de alcohol o abuso de sustancias repetidamente;

8) robos;

9) vandalismo;

10) rendimientos académicos marcadamente inferiores a los que deben esperarse en relación al cociente intelectual estimado o conocido (repetición de cursos);

11) violaciones crónicas de las normas del hogar y de la escuela (distintas de las de vagancia);

12) iniciación de peleas.

C. Por lo menos, cuatro de las siguientes manifestaciones del trastorno desde la edad de 18 años:

1) incapacidad para mantener una actividad laboral apropiada, indicada por alguno de los siguientes síntomas: a) cambio de trabajo muy frecuentes (tres o más trabajos en 5 años, no explicables por la naturaleza del trabajo o por fluctuaciones económicas o estacionales), b) desempleo significativo (por ejemplo, 6 meses o -

más en 5 años, cuando era esperable trabajar), c) absentismo importante del trabajo (por ejemplo, como promedio 3 días o más de llegar tarde o de ausencia al mes), d) abandono de diversos trabajos sin tener otros a punto (nota: la conducta similar en una situación académica durante los últimos años de escuela puede ser un sustituto de este criterio en individuos que, por razones de edad o circunstancias, no han tenido la oportunidad de demostrar su -- adaptación ocupacional); 2) falta de capacidad para funcionar como progenitor responsable, puesta de manifiesto por uno o más de los siguientes síntomas: a) malnutrición de los niños, b) enfermedad de los niños debida a falta de los estándares higiénicos mínimos, c) incapacidad de buscar cuidados médicos para un niño gravemente enfermo, d) dependencia de los niños de los vecinos o parientes que no residen en el hogar tanto para la alimentación como para su protección, e) incapacidad para buscar un cuidador o un "canguro" para el niño menor de seis años cuando los padres salen de casa, f) despilfarro en objetos personales del dinero necesario - para las necesidades del hogar;

3) Incapacidad para aceptar las normas sociales con respecto a la conducta legal, indicada por alguno de los siguientes síntomas: robos repetidos, ocupación ilegal (proxenetismo, prostitución, venta de objetos robados, venta de drogas), arrestos múltiples y condena penal;

4) incapacidad para mantener una relación durable con una pareja sexual, indicada por dos o más divorcios y/o separaciones (tanto si se está legalmente casado, como no), abandono de la esposa, promiscuidad (10 o más parejas sexuales en un año);

5) irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas físicas repetidas o ataques (no necesarios por el propio trabajo o para defender a alguien o a uno mismo), incluyendo el pegar a la esposa o a los niños;

6) fallos en responder a las obligaciones financieras indicados por incumplimiento repetido de deudas, incapacidad para procurar los cuidados a los niños, o incapacidad para pagar de una manera regular a otras personas dependientes;

7) incapacidad de planificar, o impulsividad, indicadas por viajes de un lugar a otro sin trabajo comprometido, sin un objetivo o una idea clara sobre cuando va a terminar, o con falta de domicilio fijo durante un mes o más;

8) desprecio por la verdad, indicado por mentiras, uso de nombres falsos y engaños a los demás en provecho personal;

9) imprudencia, indicada, por ejemplo, por el hecho de conducir bebido o de ir a una velocidad inadecuada.

D. Pauta de conducta antisocial continuada en la que los derechos de los demás son violados sin que exista un período libre de síntomas por lo menos de cinco años entre los 15 y la edad adulta (excepto en aquellos casos en los que el individuo haya estado encamado, confinado en un hospital o en alguna institución penal).

E. La conducta antisocial no es debida a retraso mental profundo, esquizofrenia o episodios maniacos.

Tabla 4. Criterios para el diagnóstico
de transtorno antisocial de la personalidad

ESTE TEST NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
9	7	12	15	23	24	31	26	9	23	27	26	23
2	14	10	6	21	16	26	24	13	34	38	30	31
3	14	11	15	24	25	30	32	18	34	42	24	41
1	9	6	8	27	20	35	22	8	37	34	22	36
7	14	13	15	20	22	27	27	14	19	31	30	22
6	21	9	16	27	19	30	25	18	36	43	25	34
5	37	11	20	36	30	32	34	22	30	53	25	32
3	33	9	20	29	28	40	30	21	42	59	30	46
1	15	12	12	26	22	41	27	15	37	41	24	48
2	8	17	10	22	20	35	33	13	31	35	28	25

Tabla 6. Resultados de las diferentes escalas del MMPI.

4 9' 2 3 1 8
 9 8" 7 4 6 2 0- 1
 8" 6 4' 9 0 7 3 2
 4" 7 2 8' 9 0 3- 1
 9" 4 6 8 3 1 2- 7
 8''' 6 7 4 2 9' 1 0
 8'''' 2 6''' 4" 3 1 9' 7 0

**Tabla 7. Asociaciones de las escalas Clínicas del MMPI
 en los pacientes con un estado depresivo.**

8* 4'''' 7 6 9 2" 0 1 3
 4'''' 8'''' 7 0 2 6' 9 3
 4" 9 8' 7 6 2 3

**Tabla 8. Asociaciones de las escalas clínicas del MMPI
 en los pacientes sin un estado depresivo.**

VIII. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Considero interesante que las escalas que con más frecuencia se vieron elevadas en el MMPI fueron la 4, 8 y 9, así como sus -- combinaciones entre ellas, que fueron también las más frecuentes.

La escala 4 se refiere a las desviaciones psicopáticas, la 8 a la esquizofrenia y la 9 a la hipomanía.

La combinación de la 4 y la 9, por ejemplo manifiestan en general, en estos individuos, que actúan en forma inteligente, pero con poca capacidad para el compromiso profundo, con poca tolerancia a la frustración, pero sin llegar a vivirla en una forma de -- intensidad afectiva. La combinación anterior se diferencia de la combinación inversa de las escalas, en que los individuos que la presentan poseen mayor energía y son más propensos a la desorganización.(16).

En relación a la 8 y la 4 son personas que se describen con una tendencia exagerada a la fantasía, dirigida hacia aspectos agresivos y destructivos expresados contra lo socialmente establecidos. En general se describen como individuos egocéntricos, individualistas y resentidos, con tendencias hacia el aislacionismo. Aquí la capacidad de insight esta muy disminuida. La correlación inversa, se ajusta a la descripción de un sociópata, con fuertes descargas impulsivas, agresivas y destructivas que la persona difícilmente logra controlar.(16)

Ahora bien estas asociaciones se dieron en los tres pacientes que no mostraron un estado de depresión y sólo en dos del grupo de siete pacientes con un estado sugerente de depresiones.

En este segundo grupo, uno de los pacientes mostró una relación

entre las escalas 8 y 2, la cual hace referencia a sentimientos de inseguridad, culpa y minusvalía, y básicamente hacia el aislamiento.(16).

En el grupo de pacientes sin datos sugestivos de un estado depresivo, prevalecieron las escalas activadoras, (4,6,8,9 y 0), de notando así deficiencias en el control de los impulsos, (17), y en el otro grupo de pacientes, aunque también se vieron elevadas, no fue en la misma proporción.

Ahora bien, tanto en el grupo de los pacientes que no aparentaban un cuadro depresivo y en el grupo de los que sugerían un cuadro depresivo existían datos de antecedentes de alcoholismo y sociopatía, lo cual no permite hacer una diferenciación en este sentido acerca de las características de personalidad y depresión.

En relación al nivel intelectual no se pueden hacer inferencias hacia la forma de enfrentar las diferentes situaciones de la vida, y que secundariamente pudieran repercutir sobre el estado afectivo, la capacidad de insight y de conscientizar sus problemas conductuales.

Por otra parte también es notable en hecho de que la mayoría no aceptó o cuestionó la posibilidad de tener problemas por su forma de comportarse, y sí pensaban que el mundo que los rodeaba era el problemático.

Uno de los pacientes del grupo de los deprimidos, que considero sí tener problemas por su forma de comportarse y que no buscó excusarse ante los demás, evidenció en los resultados del MMPI, las escalas 4, 7 y 2 como las más altas, mostrando así una forma impulsiva de actuar y posteriormente sentir angustia por esta forma

de comportarse, pudiéndose sentir culpable.

Concluyendo, pienso que, como postula Reid es muy difícil de - valorar un estado depresivo en estos pacientes, por su tendencia natural, como mecanismo de defensa, de ocultar estos sentimientos, aunque el hecho de haber encontrado algunas diferencias en los -- perfiles de ambos grupos, deja abierta la posibilidad de que exis- tan diferentes actitudes en cuanto en la forma de vivenciar, per- cibir y sentir de estos pacientes, diagnosticados como sociópatas.

Así como Eisemann, (20), encontró una importante correlación - entre la personalidad del sujeto y su forma de deprimirse, sería interesante encontrar si existe una forma especial y particular - de deprimirse de estos pacientes, o bien, de acuerdo a la hipóte- sis de Kendell, (19), talv ez estos pacientes no expresen o mani- fiesten su depresión ya que contrario a los que sí se deprimen y que de acuerdo a dicha teoría, es por la inhibición de la respues- ta agresiva a la frustración, los sociópatas a causa de su depre- sión y su imposibilidad de soportarla manifiestan una conducta -- antisocial y agresiva.

Quedaría así, abierta a una investigación futura, el elaborar una herramienta que permita romper esta coraza del paciente diag- nosticado como sociópata, y llegar a su intimidad donde se pueda ver y sentir cómo es en realidad.

Además, queda aún el poder diferenciar y establecer de una ma- nera más clara, a qué nos referimos cuando hablamos de un sociópa- ta, ya que en ocasiones parecería que se hablara más de aspectos únicamente sociales y culturales, que por ende cambiarían de un - lugar a otro y de una época a otra, lo que a su vez hace tambalear

la validez del término como un trastorno psiquiátrico, así como Gunn y Robertson, (18) hacen un cuestionamiento sobre la validez del término psicópata y concluyen que ésto lleva a una confusión, ya que se ha convertido en un cajón de sastre donde se meten toda una serie de trastornos de etiología y desarrollo diferentes. En su estudio llevado a cabo en la prisión de Grendon con reos del - sexo masculino y catalogados como sociópatas, trataron de probar si el concepto de personalidad sociopática se ajustaba a estos in- dividuos, y concluyen que el diagnóstico está influenciado por -- factores secundarios determinados por conductas sociales y cultura- les, como en el caso de hombres que han bebido y cometido algún - delito, y que son clasificados como personas con un trastorno an- tisocial de la personalidad, que en su contraparte femenina po- -- drían ser vistos como deprimidos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- VARIOS AUTORES: Les Psychopathies. Confrontations Psychiatriques. Núm. 18. París 1980.
- 2.- FREEDMAN, A, KAPLAN, H, SADOCK, B: Tratado de Psiquiatría. Salvat. 2a edición. Barcelona, 1980.
- 3.- EY, H, BERNARD, P, BRISSET, CH: Tratado de Psiquiatría. Masson 8a edición. México, 1978.
- 4.- DIAZ, T: La personalidad psicopática y la Lógica del pensamiento. Neurología-Neurocirujía-Psiquiatría. Septiembre de 1965.
- 5.- SCHNEIDER, K: Patopsicología Clínica. Paz Montalvo. 3a edición. Madrid, 1970.
- 7.- FRAZIER, S, CAMPBELL, R, MARSHAL, M, WERNWR, A: Diccionario de Psiquiatría. Trillas. México, 1976.
- 6.- JASPERS, K: Psicopatología General. Editorial Beta. 3a edición. Buenos Aires, 1963.
- 8.- FENICHEL, O: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Paidós. México, 1986.
- 9.- REICH, W: Análisis del Carácter. Paidós. Buenos Aires. 1975.
- 10.- SHAPIRO, D: Los Estilos Neuróticos. Psiqué. Buenos Aires, 1976.
- 11.- REID, W: The Psychopath. Brunell/Mazel. New York, 1978.
- 12.- SATABENAU, J: Implications of Family History of Alcoholism, Antisocial Personality, and Sex Differences in Alcohol Dependence. Am J Psychiatry, 141:10, October, 1984.
- 13.- MARROQUIN, E: La Contracultura como Protesta. Joaquín Mortiz. México, 1975.
- 14.- VAILLANT, G: Sociopathy as a Human Process. Arch Gen Psychiatry Vol. 32. Feb 1975.
- 15.- DE LA FUENTE, R: Delincuencia y Patología Mental. Dpto Psiquiatría y Salud Mental. UNAM, 1987.
- 16.- RIVERA, O: Interpretación Clínica y Psicodinámica del MMPI. Diana. México, 1987.
- 17.- RIVERA, O, ESQUIVEL, F, LUCIO, E: Integración de Estudios Psicológicos. Diana. México, 1987.

- 18.- GUNN, J, ROBERTSON,G: Psychopatic Personality: a Conceptual problem. Psychological Medicine. 6, 631-634. 1976.
- 19.- PERRIS, H:Life Events and Personality Characteristics in Depression. Acta Psychiatr. scand. 69: 350-358, 1984.
- 20.- EISEMANN, M: The Relationship of Personality to SocialNetwork Aspects and Loneliness in depressed Patients. Acta Psychiatr. scand. 70; 337-341, 1984.
- 21.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales, Tercera Edición. Masson. México, 1984.

I N D I C E

Introducción	I
I. Antecedentes Históricos y Desarrollo del Concepto de Transtorno Antisocial de la Personalidad	1
II. Teorías sobre Transtorno Antisocial de la Personalidad y Depresión	6
III. Planteamiento del Problema	17
IV. Hipótesis	18
V. Objetivos de la Investigación	19
VI. Material y Método	20
VII. Resultados	22
VIII. Discusión y Conclusiones	31
Bibliografía	35
