

# *El tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas*

**FERNANDO DE LASALA PORTA**





*Premio Nacional  
Victoria Kent  
Año 2013*

*Primer Premio*

**EL TRATAMIENTO PENITENCIARIO  
DE LOS DELINCUENTES PSICÓPATAS**

*Del pesimismo a la esperanza a partir de  
los avances en la última década (2003 - 2013)*

**Fernando de Lasala Porta**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DEL INTERIOR

SECRETARÍA  
GENERAL  
DE INSTITUCIONES  
PENITENCIARIAS

COLECCIÓN: *PREMIOS VICTORIA KENT*

**Edita:**

Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica

**Gestión de los contenidos:**

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias



**Imprime:**

Entidad Estatal Trabajo Penitenciario  
y Formación para el Empleo



**Maquetación e Impresión:**

Taller de Artes Gráficas (Preimpresión)  
Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro)



DNV CERTIFICA QUE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN IMPRESIÓN, ARTES GRÁFICAS, DISEÑO Y CONFECCIÓN INDUSTRIAL ES CONFORME A LA NORMA ISO 9001:2008. CENTROS DEL ALCANCE: MADRID I, MADRID III, MADRID V, TOPAS, EL DUESO, CÓRDOBA, JAÉN, SEGOVIA, OCAÑA I, OCAÑA II, MONTERROSO Y LA GERENCIA DEL OATPFE.

El Taller de Artes Gráficas del Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro) posee la Certificación ISO 9001:2008 N° 03/C-SC005

**N.I.P.O.:** 126-14-058-3

**N.I.P.O. Web:** 126-14-059-9

**Depósito Legal:** M-16595-2014

**ISBN:** 978-84-8150-310-4

**Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado**

<http://publicacionesoficiales.boe.es>



En esta publicación se ha utilizado papel reciclado libre de cloro de acuerdo con los criterios medioambientales de la contratación pública

## ÍNDICE

	Págs.
<b>Introducción</b> .....	11
<b>PARTE I.</b>	
<b>Concepto y medida de la psicopatía</b> .....	17
1. Breve historia del concepto de psicopatía: desde Pinel hasta Cleckley .....	19
2. Concepto de la psicopatía de Hare y medición con las escalas PCL .....	22
2.1. El concepto de psicopatía a partir de las escalas PCL.....	22
2.2. Limitaciones del concepto de la psicopatía de Hare y de las escalas PCL	24
2.3. Diferencias entre el concepto de la psicopatía de Hare y el de Cleckley; dimensionalidad y heterogeneidad del trastorno .....	25
3. Diferencias entre el concepto de psicopatía y el trastorno antisocial de la personalidad .....	27
4. Avances recientes en la clarificación del concepto de psicopatía: Modelo triárquico de Patrick, Fowles y Kruger (2009) .....	28
<b>PARTE II.</b>	
<b>La especial peligrosidad del delincuente psicópata</b> .....	31
1. Introducción .....	33
2. La relación entre psicopatía y delincuencia .....	34
3. Diferencias cuantitativas y cualitativas en la delincuencia del psicópata ...	35
3.1. La mayor reincidencia violenta del delincuente psicópata .....	35
3.2. La instrumentalidad de la violencia del delincuente psicópata .....	39
3.3. El sadismo en la violencia del delincuente psicópata .....	42
4. Dos perfiles particularmente peligrosos de delincuente psicópata: El agresor sexual y el homicida .....	43
4.1. El delincuente psicópata agresor sexual .....	43
4.2. El delincuente psicópata homicida .....	45
5. La peculiar trayectoria criminal de los delincuentes psicópatas .....	48

### PARTE III.

<b>El pesimismo respecto del tratamiento eficaz del delincuente psicópata durante el siglo XX .....</b>	<b>51</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>53</b>
<b>2. La “intratabilidad” del delincuente psicópata: desde Cleckley hasta Salekin ..</b>	<b>53</b>
<b>3. Un punto de inflexión: El meta-análisis de Salekin del año 2002 .....</b>	<b>57</b>
<b>4. Los programas de tratamiento aplicados a los psicópatas a finales del siglo XX .....</b>	<b>58</b>

### PARTE IV.

<b>Avances en el tratamiento de los delincuentes psicópatas en la última década ..</b>	<b>63</b>
<b>Introducción. 2003-2013: Una década de avances .....</b>	<b>65</b>

#### Capítulo Primero

#### Avances en el desarrollo de modelos de tratamiento aplicables al delincuente psicópata

<b>1. Introducción .....</b>	<b>67</b>
<b>2. El modelo RNR (Riesgo-Necesidad-Responsividad) .....</b>	<b>68</b>
2.1. Características generales del modelo RNR .....	68
2.2. Aplicación del Modelo RNR al tratamiento de los delincuentes psicópatas .....	70
<b>3. El modelo de tratamiento de los dos componentes .....</b>	<b>73</b>
3.1. Introducción al modelo.....	73
3.2. Características del modelo de tratamiento de los dos componentes ..	75
3.3. Relación del modelo de los dos componentes con el marco de tratamiento de los trastornos de personalidad de Livesley .....	76
3.4. Relación del modelo de los dos componentes con el modelo RNR...	76
3.5. Limitaciones del modelo .....	77
<b>4. El modelo de la terapia dialéctica conductual adaptada para el tratamiento de los delincuentes psicópatas .....</b>	<b>78</b>
4.1. Introducción al modelo.....	78
4.2. Adaptación de la TDC a los delincuentes psicópatas.....	79
4.2.1. Etapas del tratamiento de la TDC adaptada para psicópatas .....	79
4.2.2. Terapia individual.....	80
4.2.3. Grupo de aprendizaje de habilidades .....	81

4.2.4. Equipo de consulta .....	82
4.3. Limitaciones de esta adaptación de la TDC para psicópatas .....	82
<b>5. El modelo de la terapia de esquemas aplicado al tratamiento de los delincuentes psicópatas .....</b>	<b>83</b>
5.1. Introducción al modelo .....	83
5.2. Contenido del modelo de tratamiento de la terapia de esquemas ...	84
5.3. Alcance de los resultados de esta intervención .....	85
<b>Capítulo Segundo</b>	
<b>Avances en el desarrollo de programas de tratamiento eficaces para delincuentes psicópatas .....</b>	<b>87</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>87</b>
<b>2. Los programas de tratamiento para delincuentes de alto riesgo del CPR de Saskatoon (Canada) .....</b>	<b>88</b>
2.1. El Programa Clearwater para agresores sexuales .....	88
2.1.1. Introducción .....	81
2.1.2. Programa de tratamiento Clearwater .....	89
2.1.3. Resultados del programa Clearwater .....	90
2.2. El Programa ABC para delincuentes violentos .....	92
2.2.1. Introducción .....	92
2.2.2. Programa de tratamiento ABC .....	93
2.2.3. Resultados del programa ABC.....	94
2.3. Estudio comparativo de la reincidencia delictiva entre delincuentes psicópatas con y sin tratamiento .....	95
2.3.1. Introducción al estudio.....	95
2.3.2. Seguimiento y medidas de resultado incluyendo la gravedad ... del delito .....	96
2.3.3. Método .....	97
2.3.4. Medidas de resultado de reincidencia .....	97
2.3.5. Resultados del estudio .....	98
2.4. Conclusiones y comentarios a los tres estudios realizados en el CPR de Saskatoon .....	99
2.4.1. Conclusiones en relación a los resultados de los tres estudios ...	99
2.4.2. Fortalezas y limitaciones de los tres estudios .....	102
<b>3. El programa de personalidad de alto riesgo (Nueva Zelanda) .....</b>	<b>103</b>
3.1. Introducción .....	103
3.2. El enfoque del Programa de Personalidad de Alto Riesgo .....	103
3.3. Marco de aplicación del programa .....	104
3.4. Formato del programa .....	104
3.5. Los profesionales del programa .....	105

3.6. Contenido del programa .....	105
3.7. Selección de los participantes del programa .....	106
3.8. Medidas de evaluación empleadas .....	106
3.9. Resultados del programa .....	107
3.9.1. Características sociodemográficas .....	107
3.9.2. Compromiso con el tratamiento .....	107
3.9.3. Personalidad patológica .....	109
3.9.4. Observaciones tras el programa y seguimiento de la reincidencia ..	109
3.10. Consideraciones a este estudio .....	111
3.11. Limitaciones del programa .....	112
<b>4. Programa para delincuentes juveniles psicópatas del Centro de Tratamiento de Mendota (Estados Unidos)</b> .....	113
4.1. Introducción al estudio del programa .....	113
4.2. Características de la intervención .....	113
4.2.1. Recursos disponibles para el tratamiento .....	113
4.2.2. Filosofía de la intervención tratamental en ambos centros .....	113
4.2.3. Participantes y asignación al tratamiento .....	114
4.2.4. Medidas evaluadas .....	115
4.3. Resultados del estudio .....	116
4.3.1. Relación entre el tratamiento en el MJTC y la reincidencia .....	116
4.3.2. Relación entre el tratamiento en el MJTC y el tiempo de “supervivencia” .....	118
4.3.3. Relación entre el tratamiento en el MJTC y los delitos graves ....	118
4.4. Conclusiones y comentarios sobre este estudio .....	119
4.4.1. Resumen de los resultados del estudio .....	119
4.4.2. Limitaciones del estudio .....	119
4.4.3. Consideraciones sobre los resultados del estudio .....	120
<b>5. Tratamiento para delincuentes psicópatas en el Centro Psiquiátrico Forense de Rooyse Wissel (Holanda)</b> .....	121
5.1. Introducción .....	121
5.2. Objetivos del tratamiento y programa .....	121
5.3. Pacientes de la muestra y medidas de evaluación empleadas .....	122
5.4. Procedimientos de evaluación .....	123
5.5. Resultados del estudio .....	123
5.6. Conclusiones sobre estos resultados .....	125
5.7. Limitaciones del estudio .....	125
<b>6. El Programa Chromis (Reino Unido)</b> .....	127
6.1. Origen y desarrollo del programa .....	127
6.2. Objetivos del programa Chromis .....	127
6.3. Los principios del programa Chromis .....	128
6.4. Estructura y contenido del programa Chromis .....	129
6.5. Modificaciones hechas al programa tras su puesta en marcha .....	132

6.6. Los profesionales del programa .....	133
6.7. Resultados del programa Chromis .....	133
6.8. Conclusión final .....	135
<b>Capítulo Tercero</b>	
<b>Efectos del tratamiento en los delincuentes psicópatas .....</b>	<b>137</b>
1. Disminución de la tasa de reincidencia delictiva .....	137
2. Disminución de la gravedad de los nuevos delitos .....	138
3. Disminución en el comportamiento violento .....	139
4. Cambios en las variables de riesgo dinámicas y relación de dicho cambio con una disminución de la reincidencia delictiva .....	140
5. Cambio en los rasgos psicopáticos .....	141
<b>Capítulo Cuarto</b>	
<b>La cuestión de la responsividad al tratamiento de los delincuentes psicópatas ..</b>	<b>143</b>
<b>PARTE V.</b>	
<b>Pautas prácticas para el diseño y aplicación de un programa de tratamiento con delincuentes psicópatas .....</b>	<b>147</b>
1. Introducción .....	149
2. Propuesta inicial de un programa de tratamiento para los delincuentes .. psicópatas (años 90) .....	150
3. Principios de Lösel para un programa de tratamiento dirigido a delincuentes psicópatas .....	150
4. Pautas para un programa de tratamiento de la psicopatía de Wong y Hare (2005) .....	155
4.1. Objetivo de las Pautas de Wong y Hare.....	155
4.2. El modelo propuesto para el tratamiento efectivo de los psicópatas .....	156
4.3. Modelo de Congruencia del Tratamiento Penitenciario Efectivo .....	157
4.4. Contenido del programa.....	158
4.4.1. Objetivos del tratamiento e intervenciones .....	159
4.4.2. Intervenciones propuestas para los distintos objetivos del tratamiento .....	160
4.5. Aplicación del programa .....	164
4.5.1. Medida del progreso y de la reducción del riesgo .....	165

4.5.2. Estructuración de la aplicación del tratamiento .....	166
4.5.3. Otras cuestiones de la aplicación del programa .....	168
<b>5. Características comunes de los programas de tratamiento eficaces estudiados en la parte IV de este trabajo (2006-2013) .....</b>	<b>171</b>
Introducción .....	171
5.1. Objetivos del programa .....	172
5.2. Orientación y enfoque teórico del programa .....	172
5.3. Adecuación del programa al principio de riesgo .....	173
5.4. Adecuación del programa a las necesidades criminógenas .....	173
5.5. Adecuación del programa al principio de responsividad .....	174
5.5.1. Gestión de las cuestiones de responsividad .....	174
5.5.2. Actitud frente a los comportamientos disruptivos .....	175
5.6. Medidas de evaluación empleadas .....	175
5.7. Criterios de selección de los participantes del programa .....	177
5.8. Los profesionales del programa .....	177
5.9. Comorbilidad con otros trastornos .....	179
5.10. Grado de estructura y flexibilidad del programa .....	179
5.11. Generalización de las habilidades aprendidas .....	180
5.12. Énfasis en la responsabilidad del interno .....	180
5.13. Flexibilidad en el formato de las sesiones: individuales y en grupo .....	180
5.14. Ubicación física de los participantes del programa.....	181
 <b>Conclusiones .....</b>	 <b>183</b>
 <b>Bibliografía .....</b>	 <b>191</b>

# **Introducción**



La psicopatía es un devastador trastorno de la personalidad definido por una constelación de rasgos afectivos, interpersonales y de comportamiento, que incluyen egocentrismo, impulsividad, irresponsabilidad, emociones superficiales, falta de empatía, de culpa o de remordimiento, mentira patológica, manipulación, y la violación persistente de normas y expectativas sociales (Cleckley, 1976; Hare, 1970, 1998b). Su predisposición a la violencia comienza pronto y continúa a través de la mayor parte de su vida (Forth y Burke, 1998; Forth, Kosson y Hare, 2003; Hare, McPerson y Forth, 1998; Harris et al., 1991; Wong, 1984).

Dadas estas características, no es sorprendente que exista una fuerte asociación entre psicopatía y delito. A pesar de su pequeña cifra (quizás un 1% de la población general) los psicópatas suponen un porcentaje significativo de la población penitenciaria y son responsables de una cantidad notablemente desproporcionada de los delitos graves, la violencia y el sufrimiento social (Cooke, Forth y Hare, 1998; Hare, 1998a, Hart y Hare, 1997; Harris, Rice y Cormier, 1991; Serin y Amos, 1995; Wong, 1984). De hecho, sabemos que dentro de esa minoría de delincuentes adultos que es responsable de más del 50% de los delitos (Farrington, Ohlin y Wilson, 1986), muchos de ellos poseen rasgos psicopáticos de la personalidad (Torrubia, 2012).

La relación existente entre psicopatía y violencia, así como las características particulares de la criminalidad del psicópata que hacen de él un delincuente especialmente peligroso (y, por ello, un candidato prioritario para la intervención), son desarrolladas en detalle en la parte II de este trabajo.

Según estudios realizados en diferentes países, también en España, entre un 15% y un 25% de la población penitenciaria de sexo masculino cumple criterios para dicho trastorno (Hare, 2003; Moltó, Poy y Torrubia, 2000; Stelenheim y Von Knorring, 1996). Así pues, de acuerdo a estos porcentajes y a las estadísticas de población penitenciaria ofrecidas por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en nuestro país, a 1 de junio de 2013, entre 9.500 y 16.000 de nuestros reclusos reunirían los criterios de psicopatía.

Una cifra tan elevada de sujetos con un trastorno tan altamente asociado al riesgo de reincidencia violenta no puede ser desdeñada desde el punto de vista de la intervención. Y más aún, habida cuenta de que los profesionales del tratamiento penitenciario estamos especialmente vinculados al mandato del art 25.2 de nuestra

Constitución que orienta el cumplimiento de las penas privativas de libertad y medidas de seguridad a la reeducación y la reinserción social.

Sin embargo, pese a ser ampliamente compartido por expertos, investigadores y profesionales penitenciarios el peligro que supone devolver a la sociedad a este tipo de delincuentes cuando aún no se han logrado cambios en relación a su riesgo de reincidencia y conductas violentas, el punto de vista que ha prevalecido en este campo, al menos durante el siglo pasado, es el de que las actitudes y comportamientos de los psicópatas son difíciles, cuando no imposibles de modificar, a través de las formas tradicionales de tratamiento e intervención (Dolan y Coid, 1993; D'Silva, Duggan y McCarthy, 2004; Hare, 1998a; Lösel, 1998; Millon, Simonsen y Birket-Smith, 1998).

De hecho, muchos clínicos ni siquiera han intentado tratar a los psicópatas, y un amplio número de instituciones del ámbito forense han adoptado el criterio de que es más efectivo, en términos de coste-beneficio, el excluir a los psicópatas de sus programas de tratamiento (Wong y Hare, 2005). Los motivos para este rechazo hacia los psicópatas, a priori, no son difíciles de entender. A diferencia de otros sujetos, incluidos la mayoría de los delincuentes, los psicópatas a menudo parecen sufrir poca angustia personal, parecen perfectamente satisfechos consigo mismos, no ven gran problema en sus actitudes y comportamientos y buscan tratamiento sólo cuando les conviene hacerlo, como cuando intentan evitar su ingreso en prisión, o cuando buscan determinados beneficios penitenciarios.

Pero, pese a esas especiales dificultades, ¿y si fuese posible aplicar con ellos un tratamiento razonablemente eficaz? Entonces, y de acuerdo a esos mismos criterios de coste-beneficio (esto es, de eficiencia), sería precisamente en los sujetos psicópatas sobre quienes deberíamos concentrar nuestros esfuerzos, dado que una intervención exitosa sobre ellos generaría mayores efectos en términos de ahorro de daño y sufrimiento a las víctimas y a la sociedad en su conjunto.

Así pues, la cuestión reside entonces en ser capaces de identificar (o diseñar) y aplicar programas que puedan ofrecer unos resultados similares (en cuanto a disminución de la reincidencia delictiva, del comportamiento violento... etc) a aquéllos que sí se han demostrado exitosos (en mayor o menor medida) con delincuentes no psicópatas.

En relación a ello, a principios de este siglo, Salekin (2002) llevó a cabo un meta-análisis en el que señaló que el pesimismo terapéutico que había imperado durante décadas se había basado en estudios que adolecían de falta de claridad respecto del constructo mismo de psicopatía y de los objetivos de tratamiento a abordar, indicando que, quizás, los programas llevados a cabo hasta la fecha no se habían dirigido a los factores que verdaderamente estaban manteniendo el comportamiento antisocial de los sujetos.

Este meta-análisis (si bien también contaba con limitaciones) parece que produjo un punto de inflexión en el campo del tratamiento del delincuente psicópata, y nos ha conducido, desde entonces, a través de una década (2003-2013) mucho más rica en investigaciones y propuestas prácticas en este terreno; así pues, cabe señalar que se ha avanzado en el desarrollo de nuevos modelos clarificadores del constructo de la psicopatía (como es el caso del modelo triárquico de Patrick, Fowles y Kruger,

2009), así como de nuevos modelos de tratamiento para este tipo de delincuentes (como el modelo de los dos componentes propuesto por Wong y su equipo en 2012); además, se han propuesto adaptaciones, a partir de modelos de terapia ya existentes, para la intervención con delincuentes psicópatas (como es el caso de las adaptaciones del modelo RNR, del de la terapia dialéctica conductual o del de la terapia de los esquemas).

Del mismo modo, en esta última década se han llevado a cabo estudios que han demostrado que es posible obtener resultados eficaces mediante intervenciones de tratamiento con esta población, si bien aquéllas han de contar con determinadas características en cuanto a contenido, contexto, intensidad... etc.

Un gran número de las propuestas que acabamos de mencionar son objeto de análisis en la parte IV de este trabajo; además, siete estudios recientes (conducidos entre 2006 y 2013) son también expuestos, detallando los resultados obtenidos en ellos e identificando las características de los programas que lograron el cumplimiento, en buena parte, de los objetivos que se plantearon inicialmente.

Además, para aquellos profesionales de tratamiento que se animen a vencer el pesimismo y quieran intervenir con esta población, se concluye este trabajo facilitando en su parte V una suerte de guía práctica para el diseño y puesta en marcha de programas de tratamiento con psicópatas en prisión, elaborada a partir de las propuestas de algunos expertos en esta materia, así como de las características comunes que hemos identificado en los programas eficaces que son objeto de estudio en la parte IV.

En resumen, podemos decir que, a través del análisis de los avances producidos este campo entre 2003 y 2013, el objetivo último de este trabajo no es otro que el de apoyar y participar, de algún modo, en esta nueva vía que aporta más esperanza al tratamiento de los delincuentes psicópatas en prisión, y que supone un claro cambio de rumbo respecto de lo que se había venido considerando durante mucho tiempo.

Y es que, de no seguir avanzando en este sentido, la alternativa será que la sociedad siga sufriendo su acción depredadora, y que las prisiones y hospitales forenses vean incrementada su población de delincuentes psicópatas cuyo riesgo de violencia se estima demasiado alto como para ser devueltos a la sociedad.



# **PARTE I.**

## **Concepto y medida de la psicopatía**



## 1. Breve historia del concepto de psicopatía desde Pinel hasta Cleckley

Desde hace cerca de doscientos años ha existido entre los científicos sociales y psiquiatras una continua controversia acerca de la naturaleza de la psicopatía (McCord, 1982), habiendo sido éste siempre considerado un concepto escurridizo.

Hasta 1930 el término “psicopatía” era utilizado como un rótulo genérico referido a varios tipos distintos de patología, resultante de alguna forma de defecto constitucional (Gertsley et al., 1990); es decir, se le otorgaba connotaciones biológicas. Es a partir de 1930 cuando, frente a los “constitucionalistas” que intentan afirmar que la psicopatía es una condición biológica, surge la postura sociológica que intenta desecher el concepto por considerarlo científicamente retrógrado (McCord, 1982).

La clasificación diagnóstica de psicopatía comenzó, probablemente, con el psiquiatra francés Pinel (1809), quien empleó la calificación original de “manía sin delirio” (*manie sans delire*) para designar a aquellas personas que mostraban acciones notablemente atípicas y agresivas, “aparentemente normales, pero expuestas a extraños ataques de ira, sin que éstos se acompañen de cualquier sentimiento de culpabilidad”.

Tras esta primera categorización del trastorno, se creó una nueva literatura sobre el psicópata. Pritchard (1835), en Inglaterra, acuñó el término “moralmente insano” (*morally insane*) para designar a aquéllos cuya moral y esfera afectiva están fuertemente perturbadas o depravadas, cuyo poder de autocontrol está ausente o muy deteriorado y a aquellos individuos incapaces de hablar o razonar acerca de algún tema propuesto, así como de conducirse por sí mismos con decencia y propiedad en los quehaceres de la vida. Sin embargo, Pritchard atribuyó el trastorno a un ambiente “negativo”.

En 1888, Koch sustituye el término de “moral insana” por el de “inferioridad psicopática”, (*psychopathic inferiority*), atribuyendo una causa constitucional al trastorno, ya que el término de “moral insana” había suscitado fuertes objeciones (religiosas, jurídicas, etc). Este término se convirtió más tarde en el de “personalidad psicopática” (McCord y McCord, 1964), momento hasta el cual los psiquiatras continuaron debatiendo sobre la naturaleza de la psicopatía. Por ejemplo, Kahn (1931) des-

cribe a los psicópatas como: “una variedad confusa de los histéricos, compulsivos, desviados sexuales y psicóticos límite” (McCord y McCord, 1964, p. 28).

Gran parte de la comunidad psicológica rechazó eventualmente el concepto de psicopatía por ser inviable para la investigación psiquiátrica, incomprensible, sin sentido y moralista (McCord, 1982). Sin embargo, el término de personalidad psicopática llegó a ser ampliamente aceptado. Y también el nombre del síndrome bajo el que se daba la alteración, desde “psicopatía agresiva”, “psicopatía histérica”, “psicopatía esquizoide” y sociopatía en su forma de “trastorno antisocial de la personalidad”, poseyendo cada denominación sus propias implicaciones y connotaciones (Doren, 1988).

Con el fin de sondear la opinión entre los profesionales y de disponer de un perfil definitivo del psicópata desde un punto de vista clínico, Gray y Hutchinson realizaron en 1964 un estudio entre 937 psiquiatras canadienses. Los 10 ítems (entre un total de 29 ítems) que los profesionales veían como más críticos en el diagnóstico de la psicopatía, según este estudio, eran los que recoge la tabla 1 que se muestra a continuación.

**Tabla 1.** Criterios para el diagnóstico de la psicopatía a partir del estudio de Gray y Hutchinson (1964)

1. No saber aprovechar las enseñanzas de la experiencia pasada.
2. Falta de sentido de la responsabilidad.
3. Incapacidad para establecer relaciones interpersonales.
4. Fallos en el control de los impulsos.
5. Fallos en el sentido moral.
6. Actitud crónica o reiteradamente antisocial.
7. Ineficacia de los castigos para alterar la conducta.
8. Inmadurez emocional.
9. Incapacidad para experimentar sentimientos de culpabilidad.
10. Egocentrismo.

Cleckley (1941, 1976), el autor quizás que ha proporcionado las más detalladas descripciones clínicas de la psicopatía y de sus diversas manifestaciones, enumera una serie de rasgos que considera como más significativos del trastorno, y que son similares a los enumerados por Gray y Hutchinson (1964). La Tabla 2, que se muestra más adelante, recoge dichos rasgos.

Aunque otros autores (McCord y McCord, 1964; Craft, 1966; Buss, 1966; etc.) han ofrecido, en ocasiones, muy similares definiciones de psicopatía, se considera la definición de Cleckley como una de las más significativas por su mayor comprehensividad y aceptación.

**Tabla 2.** Criterios de Cleckley para describir la psicopatía (Cleckley, 1941)

1. Encanto externo y notable inteligencia.
2. Ausencia de alucinaciones y de otras alteraciones del pensamiento irracional.
3. Ausencia de «nerviosismo» o de reacciones neuróticas.
4. Indigno de confianza.
5. Mentiras e insinceridad.
6. Falta de sentimientos de culpabilidad y de vergüenza.
7. Conducta antisocial sin aparente remordimiento.
8. Razonamiento insuficiente y falta de capacidad para aprender de la experiencia.
9. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
10. Gran pobreza de reacciones afectivas primordiales.
11. Pérdida específica de intuición.
12. Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales corrientes.
13. Comportamiento fantástico y poco recomendable por lo que respecta a la bebida, e incluso enajenado en algunas ocasiones.
14. Amenazas de suicidio raramente cumplidas.
15. Vida sexual impersonal, trivial y poco integrada.
16. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

## 2. Concepto de la psicopatía de Hare y medición con las escalas PCL

### 2.1. El concepto de psicopatía a partir de las escalas PCL

En la actualidad, la descripción de la psicopatía más ampliamente aceptada es la propuesta por Hare (1991, 2003) en la *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R), denominada Escala de Evaluación de la psicopatía Revisada (Hare, 2010) en su versión española (Torrubia, 2012). La PCL-R consta de 20 ítems que son la versión revisada de un primer listado de 22 (la *Psychopathy Checklist*; Hare, 1980) elaborado a partir del perfil clínico formulado por Cleckley (1976).

En el campo aplicado, la psicopatía es a menudo definida como un trastorno severo de la personalidad que se refleja por una alta puntuación en alguna de las escalas de la psicopatía de Hare (las escalas PCL). Hare y sus colegas son los autores de la mencionada PCL-Revisada (PCL-R; con 20 ítems), la PCL Versión Cribado o *PCL Screening Version* (PCL:SV; con 12 ítems), y la PCL Versión Joven o *PCL Youth Version* (PCL:YV; con 20 ítems).

Idealmente, las puntuaciones en cada una de ellas se han de apoyar tanto en información obtenida en una entrevista cara a cara con el sujeto como en la información obtenida de fuentes colaterales (por ej., de documentación penitenciaria) de cara a evaluar su comportamiento en el pasado; pero las puntuaciones pueden venir sólo de la fuente documental. El manual de cada test nos provee de una detallada descripción respecto de cada uno de los ítems. Las puntuaciones pueden ir desde “0” (cuando el contenido del ítem no se corresponde en absoluto) hasta “2” (cuando el contenido del ítem se aplica al sujeto razonablemente bien; Hart, Cox y Hare, 1995).

La Escala de Evaluación de Psicopatía Revisada (PCL-R) de 20 ítems fue inicialmente publicada en 1991, y “refinada” en 2003 (Hare, 2003) y actualmente se presenta como la medida de la psicopatía más ampliamente utilizada y validada. Aunque fue desarrollada concibiendo la psicopatía como un constructo unitario (Hare y Neumann, 2008), la PCL-R integra subconjuntos de ítems moderadamente correlacionados, pero diferenciados, a los que se denomina “factores” (Hare y otros, 1990; Harpur, Hare y Hakstian, 1989). El Factor 1 (Interpersonal-afectivo) se divide, a su vez, en las facetas interpersonal y afectiva. El Factor 2 (Estilo de vida antisocial) puede dividirse igualmente en dos facetas: estilo de vida impulsivo-irresponsable y comportamiento antisocial (Hare, 2003). Algunas variables externas (por ej., la ansiedad) correlacionan en sentido contrario con cada uno de los factores (Harpur y otros, 1989; Hicks y Christopher, 2006).

La siguiente tabla recoge los ítems de la PCL-R, en su versión española (Hare, 2010), agrupados por factores y facetas.

**Tabla 3.** Ítems de la Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare Revisada (Hare, 2010)

	<b>ÍTEM</b>	<b>FACETA</b>	<b>FACTOR</b>
1.	Facilidad de palabra/Encanto superficial	Interpersonal	1
2.	Sentido desmesurado de autovalía	Interpersonal	1
3.	Necesidad de estimulación/Tendencia al aburrimiento	Estilo de vida	2
4.	Mentiroso patológico	Interpersonal	1
5.	Estafador/Manipulador	Interpersonal	1
6.	Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa	Afectiva	1
7.	Afecto superficial	Afectiva	1
8.	Insensibilidad afectiva/Ausencia de empatía	Afectiva	1
9.	Estilo de vida parasitario	Estilo de vida	2
10.	Pobre autocontrol de la conducta	Antisocial	2
11.	Conducta sexual promiscua	-----	-----
12.	Problemas de conducta en la infancia	Antisocial	2
13.	Ausencia de metas realistas a largo plazo	Estilo de vida	2
14.	Impulsividad	Estilo de vida	2
15.	Irresponsabilidad	Estilo de vida	2
16.	Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones	Afectiva	1
17.	Frecuentes relaciones maritales de corta duración	-----	-----
18.	Delincuencia juvenil	Antisocial	2
19.	Revocación de la libertad condicional	Antisocial	2
20.	Versatilidad criminal	Antisocial	2

La Escala de Evaluación de la Psicopatía en Versión Cribado o *Screening Version* (PCL:SV, Hart et al., 1995) es una escala más corta, de 12 ítems, inicialmente desarrollada tanto para servir de cribado del diagnóstico de psicopatía en los mismos contextos forenses en los que se utilizaba la PCL-R, como para ser usada en contextos donde los sujetos no contaban necesariamente con antecedentes penales (por ej., con pacientes psiquiátricos). El modo de evaluar es similar al de la PCL-R, así como su estructura de dos factores y cuatro facetas. Las puntuaciones de la PCL:SV están fuertemente correlacionadas con las de la PCL-R (siendo  $r=.8$ ; Hart et al., 1995) y ambas fueron diseñadas para usarse con adultos. Por estos motivos, nos referimos de un modo colectivo a estos instrumentos como “las escalas PCL”. Sin embargo, la inmensa mayoría de los estudios de tratamiento usan sólo la PCL-R. La Escala de Evaluación de la Psicopatía en versión para jóvenes (PCL:YV, Forth, Kosson, y Hare, 2003) cuenta con 40 ítems y está destinada a aplicarse con adolescentes.

Para llevar a cabo diagnósticos dicotómicos (psicópata-no psicópata), los puntos de corte vienen especificados en los manuales de las escalas. Para la PCL-R, 30 sobre un máximo de 40 es el punto de corte recomendado para considerar que un sujeto puede ser diagnosticado como psicópata (Hare, 2003). Esa puntuación extrema se estima poder ser obtenida por alrededor del 15% de los delincuentes de sexo masculino, y el 10% de las delincuentes mujeres (Hare y Neumann, 2009). Para la PCL:SV su punto de corte correspondiente es 18 (Hart et al., 1995). Sin embargo, a efectos de investigación, así como cuando la evaluación de los ítems se lleva a cabo usando sólo información basada en documentos, lo que puede llevar a puntuar a la baja las variables interpersonales, los puntos de corte utilizados suelen ser más bajos (por ej., en la PCL-R se podría considerar una puntuación de 25).

Si bien estas escalas PCL-R fueron diseñadas para medir el constructo clínico de psicopatía, sin embargo, dada su capacidad demostrada para predecir la reincidencia, la violencia y el resultado del tratamiento, se vienen utilizando habitualmente en evaluaciones dentro del contexto forense tanto de manera aislada como, de un modo más apropiado, formando parte de una batería de variables y factores relevantes a la psicología y psiquiatría forenses (Hare y Neumann, 2009).

Estos mismos autores hacen notar que, dada su importancia en la evaluación del riesgo, la psicopatía, en tanto que medida por la PCL-R o la PCL:SV, se incluye en distintas herramientas que miden dicho riesgo en diferentes tipos de delincuentes; éste el caso de las escalas VRAG (Quinsey y Harris, 2006), SORAG (Quinsey, Rice y Harris, 1995), DVRAG (Hilton, Harris y Rice 2008) y el HCR-20 (Webster, Douglas y Eaves, 1997), así como en el SVR-20 (Boer, Hart y Kropp, 1997).

## **2.2. Limitaciones del concepto de la psicopatía de Hare y de las escalas PCL**

A pesar de su amplia aceptación, la PCL-R también ha sido objeto de críticas (Torrubia, 2012). Las más importantes inciden en la escasa utilidad del instrumento para evaluar a individuos que no han tenido problemas con la justicia (McDonald y Iacono, 2006), en la excesiva tendencia a confundir el constructo con el instrumento

que lo evalúa (Skeem y Cooke, 2010a) o en el papel preeminente que tiene la conducta delictiva en la definición del constructo (Skeem y Cooke, 2010b).

En relación a la evaluación de la psicopatía en los jóvenes, los propios Hare y Neumann (2009) advierten de que, si bien existen pocas dudas acerca de la fiabilidad y validez de la PCL:YV, preocupa su uso dentro del sistema penal y penitenciario dados los riesgos que puede suponer el etiquetar a los adolescentes como psicópatas. Además, algunas de las características medidas por la PCL:YV se encuentran también entre los jóvenes durante su desarrollo normal en la adolescencia. Dicho esto, una puntuación elevada en la PCL:YV requiere contar con la evidencia de que los rasgos y comportamientos son extremos y se manifiestan a través de distintos contextos sociales y a lo largo de periodos sustanciales de tiempo.

Alternativamente al uso de la escala PCL:YV, también se ha examinado la fiabilidad y validez predictiva de otras medidas de autoinforme que valoran la presencia de rasgos psicopáticos en la población juvenil; así, Falkenbach, Poythress y Heide (2003) analizaron la aplicación del *Antisocial Process Screening Device* –APSD– (Frick y Hare, 2001) y una versión modificada de la *Child Psychopathy Scale* –CPS– (Lynam, 1997) sobre una muestra de 69 delincuentes juveniles que se encontraban realizando un programa de tratamiento en libertad, obteniendo en ambas correlaciones positivas y estadísticamente significativas con medidas prospectivas de fracaso en el programa y la posibilidad de una nueva detención durante el primer año de seguimiento.

Por otro lado, y si bien es cierto que las escalas PCL han contribuido enormemente a la investigación de la psicopatía, la definición del concepto de psicopatía de un modo tan estricto resulta problemático porque, pese a las ventajas que para dicha investigación pueda suponer el uso de una única herramienta en la medición del constructo, la falta de diversificación de maneras de medirlo oculta el alto grado de heterogeneidad respecto a lo que es la psicopatía y evita tratar una controversia no resuelta acerca del constructo que subyace. Así pues, podemos decir que las escalas PCL nos proporcionan un modelo psicométrico bien investigado de psicopatía, con la utilidad clínica que esto tiene, si bien quizás acompañado de una falta de profundidad en la explicación.

### **2.3. Diferencias entre el concepto de psicopatía de Hare y el de Cleckley; dimensionalidad y heterogeneidad del trastorno**

Aunque el trabajo de Cleckley, publicado por primera vez en 1940, es visto comúnmente como el que más influencia ha tenido en el campo de la psicopatía, lo cierto es que éste no proporcionaba la posibilidad de un diagnóstico fiable (Polaschek y Daly, 2013). Por ese motivo, los investigadores y clínicos se han aprovechado de la utilidad de las escalas de Hare para ayudarse en el diagnóstico. Hoy en día el diagnóstico se sirve, principalmente, de las puntuaciones de la PCL-R/SV, que parecen recoger un trastorno más desajustado socialmente y más hostil que el que Cleckley describió, el cual era más consistente con otros de los trastornos descritos por los primeros investigadores, como el de los McCord (McCord y McCord, 1964).

Los casos prototípicos de Cleckley eran pacientes psiquiátricos, y su historia incluía un ajuste social positivo y rasgos de resiliencia (por ej., ausencia de nerviosismo, resistencia a las ideas delirantes y suicidas, comportamiento encantador), y aunque los psicópatas de Cleckley fueron descritos como superficiales e irresponsables, su comportamiento criminal era considerado una excepción más que la regla (Cleckley, 1976).

En contraste, durante su trabajo con criminales, los McCord (1964) pusieron de relieve una variante que incluía la impulsividad, la crueldad y la agresión.

Polaschek y Daly (2013) señalan que Hare, aunque usó el trabajo de Cleckley como referencia inicial cuando empezó a diseñar su PCL-R, eliminó los rasgos de ajuste positivo durante el desarrollo psicométrico, e incluyó criterios que implicaban la criminalidad o la violación de la ley (por ej., en la PCL-R, la delincuencia juvenil o la revocación de la libertad condicional; en la PCL:SV, el comportamiento antisocial en la adolescencia y el comportamiento antisocial adulto). Además, las escalas de Hare no valoran la presencia o ausencia de emocionalidad negativa o ansiedad; esta última fue retirada de la PCL-R porque no correlacionaba con el resto de los ítems.

Así pues, cada vez parece más improbable que lo que denominamos “psicopatía” pueda ser conceptualizado como un único trastorno coherente (Krueger, 2006). Incluso limitándonos a considerar únicamente la psicopatía desde el punto de vista de las escalas PCL, no existe evidencia clara de que exista un constructo único. Y es que dentro mismo de la PCL-R, sus factores y facetas mantienen distintas relaciones con correlatos externos (Patrick, Fowles y Krueger, 2009).

Otro hallazgo que tiene relevancia para el diseño del tratamiento es el hecho de que altas y bajas puntuaciones difieren en grado más que en categoría (ver Skeem et al., 2011). Esto es, no existe prácticamente apoyo empírico a la manera de determinar (de acuerdo a si las puntuaciones obtenidas superan o no determinados puntos de corte recomendados) si los sujetos son o no psicópatas y, por lo tanto, si deberían ser sometidos a tratamiento.

Es más, la evidencia empírica basada en técnicas taxométricas (por ej., Meehl y Golden, 1982) sugiere que la psicopatía no es una categoría distinta que existe en la naturaleza, sino que se entiende mejor como una configuración dimensional de rasgos (Edens, Marcus, Lilienfeld, y Poythress, 2006; Harris, Rices y Quinsey, 1994; Marcus, Johns y Edens, 2004; Murrie et al., 2007; Vasey, Kotov, Frick y Loney, 2005). Esto implica que una persona con una puntuación de 30 en la PCL-R, si se compara con una que puntúe 20, es relativamente más “psicopática” (Edens et al., 2006), pero no una subespecie diferente de ser humano.

Volviendo al tema de las variantes de la psicopatía, Cleckley, los McCord y otros proporcionaron descripciones superpuestas y, al mismo tiempo, diferentes de los psicópatas; y más recientemente, afirmaciones respecto de la existencia de psicópatas exitosos o sub-criminales (Babiak y Hare, 2006; Skeem et al., 2011) han ampliado aún más el abanico de posibilidades de tipificación del trastorno.

Un contemporáneo de Cleckley de los años 40, Benjamin Karpman (1941) describió dos variantes de la psicopatía que los resultados de las investigaciones con

muestras de psicópatas medidos a través de las escalas PCL parecen reflejar de manera consistente: el psicópata primario y el secundario (por ej., Hicks, Markon, Patrick, Krueger y Newman, 2004; Poythress, Edens, et al., 2010; Skeem, Johansson, Andershed, Kerr y Loudon, 2007). De manera resumida cabría decir que los psicópatas primarios serían similares a aquellos descritos por Cleckley: emocionalmente estables superficialmente, encantadores e insensibles a los sentimientos de los demás; mientras que los psicópatas secundarios padecerían un trastorno neurótico, con evidente vulnerabilidad a la ansiedad, trastornos emocionales, irritabilidad, impulsividad, agresividad reactiva y fuertes historias de abuso infantil. (Blackburn, 1975, 1986; Poythress, Edens, et al., 2010).

Karpman (1941) teorizó que ambos subtipos se comportarían de la misma manera (lo que querría decir en la actualidad que las puntuaciones en las PCL-R/SV no deberían diferenciarlos), pero de acuerdo a Karpman, sólo los psicópatas secundarios serían susceptibles de tratamiento. Si damos esto por cierto, el no tener en cuenta estas variantes en la investigación del tratamiento podría diluir o dejar ocultos los diferentes efectos del tratamiento.

Como conclusión respecto a lo expuesto en este apartado podríamos citar a Skeem et al. (2011), que señalan que las principales fuentes de debate en relación al diagnóstico de la psicopatía serían: primero, si los rasgos adaptativos, positivos, deberían ser incluidos para el diagnóstico y, al contrario, si la reactividad emocional, la ansiedad y la irritabilidad deberían excluir el diagnóstico; segundo, si el comportamiento criminal o antisocial es inherente a la definición, o es más bien una consecuencia derivada de los rasgos de personalidad relevantes; y, finalmente, si la psicopatía es sólo un trastorno o uno pero con variantes diferenciables.

### **3. Diferencias entre el concepto de psicopatía y el trastorno antisocial de la personalidad**

Continuando en esta búsqueda por clarificar el concepto de psicopatía, no podemos dejar de mencionar la cuestión de la confusión existente, y aún no resuelta, entre los conceptos de psicopatía y trastorno antisocial de la personalidad.

Si bien es cierto que la psicopatía, medida por la PCL-R, y el trastorno antisocial de la personalidad (en adelante, TAP), tienen varias características en común (principalmente antisociales), sin embargo, no son conceptos o constructos equivalentes, o al menos no a nivel de medida (Hare y Neumann, 2009). Así pues, podría decirse que, aunque los criterios diagnósticos del TAP y los de la psicopatía a través de las escalas de Hare comparten el objetivo de delimitar entidades clínicas similares, se trata de dos síndromes clínicos muy distintos que en ningún caso pueden ser considerados como equivalentes (Torrubia, 2012).

Cuando el TAP fue presentado por el DSM-III (APA) en 1980, la intención fue la de proporcionar una manera fiable de medir el constructo tradicional de la psicopatía centrándose en aquellos comportamientos antisociales fácilmente medibles

(Widiger, 2006, pág. 157-159 y Robins, 1966); sin embargo, esto se hizo a expensas de los rasgos de personalidad fundamentales inferidos de la psicopatía, que fueron considerados enormemente complicados de medir de un modo fiable. Esta intención ha seguido reflejándose en las sucesivas ediciones del DSM (Robins, 1978) y, para algunos autores, como Torrubia (2012), el precio de esa elevada fiabilidad es una validez escasa, a causa de su tendencia a sobrediagnosticar, especialmente en la población penitenciaria.

Como resultado de ello se da una prevalencia del TAP en poblaciones forenses (y civiles) que es, al menos, tres veces superior a la prevalencia de la psicopatía, basada en los puntos de corte de la PCL-R y la PCL:SV ya mencionadas con anterioridad (Hare y Neumann, 2009). Así pues, se estima que entre un 50% y un 75% de los internos varones en prisión cumplen los criterios diagnósticos del TAP (Widiger, Cadoret, Hare, Robins, Ruhford, Zanarini et al., 1996), mientras que la población penitenciaria masculina que cumpliría los criterios para el trastorno de psicopatía se estima, según distintos estudios, entre un 15% y un 25% (Hare, 2003; Moltó, Poy y Torrubia, 2000; Stalenheim y Von Knorring, 1996). La relación entre el TAP y la psicopatía es, generalmente, asimétrica; muchos de los sujetos que reúnen los criterios para ser diagnosticados con TAP no reúnen aquéllos para ser diagnosticados como psicópatas, mientras que aquéllos diagnosticados de psicopatía sí reúnen los criterios diagnósticos del TAP (Felthous, 2007; Ogloff, 2006; Hare, 1996; Warren, 2006). La razón de esta asimetría difícilmente debería sorprendernos: el TAP está asociado mucho más fuertemente con las facetas Estilo de vida-Antisocial que con las facetas Interpersonal-Afectiva (medidas éstas por la PCL-R), una asociación diferencial que se mantiene tanto cuando el TAP y la psicopatía son tratados como variables categóricas como cuando se les trata como variables continuas (Hare, 2003).

A pesar de muchos años de teoría, investigación y debate, se mantiene la confusión entre el TAP y el constructo tradicional de psicopatía (Hare y Neumann, 2009). Rogers et al. (2000) dijeron acerca de esta situación que “el DSM-IV hace un flaco favor a la claridad del diagnóstico al equipararlo (el TAP) a la psicopatía” (pág 236-237). O, como señaló Lykken (2006): “identificar a alguien como ‘que tiene’ (el TAP) es tan vago e inútilmente científico como si se diagnostica a un paciente enfermo diciendo que tiene fiebre o una infección o un trastorno neurológico” (pág 4).

#### **4. Avances recientes en la clarificación del concepto de psicopatía: El Modelo Triárquico de Patrick, Fowles y Kruger (2009)**

Es importante señalar que un buen modelo de tratamiento para la psicopatía se ha de derivar de un entendimiento claro acerca de lo que es y lo que no es la psicopatía. En el ámbito de la psicología penitenciaria, en los últimos años, la curiosidad acerca de conocer qué es la psicopatía parece haberse dejado de lado, como si la cuestión estuviese ya firmemente asentada. En cambio, se ha centrado la atención hacia cómo abordar y tratar a los internos psicópatas en base a sus puntuaciones en la escala PCL-R (Polaschek y Daly, 2013). Y si bien la utilidad de la PCL-R parece incuestionable,

ésta no es sino una herramienta de evaluación, más que un modelo teórico de psicopatía; lo uno no sustituye a lo otro (Logan, Rypdal y Hoff, 2012).

Salekin (2002) observó que la psicopatía era un trastorno confusamente definido y con una etiología apenas entendida. Y hoy, una década después, esas conclusiones siguen siendo válidas (Skeem, Polaschek, Patrick y Lilienfeld, 2011), resultando esto esencial para entender el tratamiento actual de los psicópatas así como de cara a futuros avances en este campo.

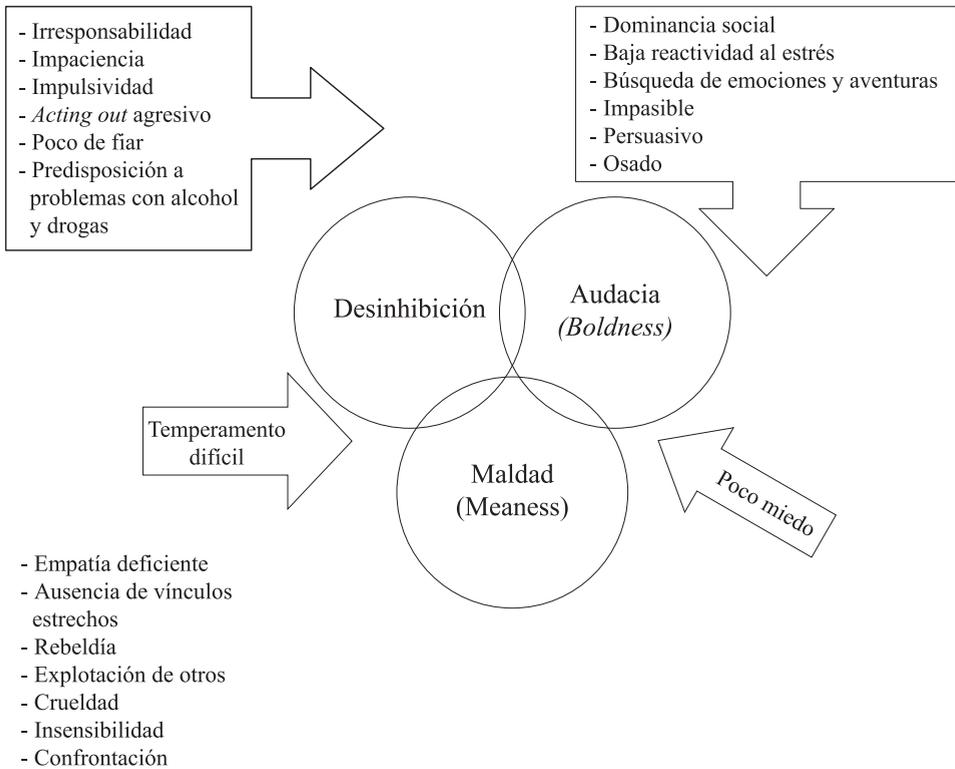
Así pues, recientemente, y precisamente con el objetivo de clarificar las cuestiones nosológicas complejas en las que se encuentra atrapada la psicopatía, Patrick, Fowles y Kruger (2009) han propuesto un modelo triárquico de la psicopatía. De acuerdo al modelo de Patrick y sus colegas, la psicopatía representa la intersección de tres fenotipos distintos: desinhibición (*desinhibition*), relacionada con problemas en el control de los impulsos; audacia (*boldness*), considerada como la combinación de dominancia social, resiliencia y osadía; y maldad (*meanness*), definida como la búsqueda de recursos agresivos sin tener en cuenta a los otros (ver Figura 1 más adelante).

¿Por qué es útil este Modelo Triárquico? Patrick propone que las maneras tan dispares de entender la psicopatía quedarían abarcadas por estos tres fenotipos. Éstos, al estar moderadamente asociados entre sí, permitirían explicar los diferentes factores etiológicos y las diferentes trayectorias evolutivas hacia la psicopatía y permitirían la integración de la mayor parte de las conceptualizaciones formuladas a lo largo de la historia. Dos factores disposicionales etiológicos, el temperamento difícil y la ausencia de miedo, serían el substrato temperamental de los mismos.

Dichas características temperamentales, a través de su interacción con variables ambientales, contribuirían a la aparición de los fenotipos. Las diferentes conceptualizaciones clínicas de la psicopatía compartirían el fenotipo desinhibición pero diferirían en cuanto a la relevancia que dan a los otros fenotipos; por ejemplo, la audacia sería esencial en la descripción de Cleckley (1976), mientras que la maldad lo sería en el modelo de McCord y McCord.

*Ver Figura 1 (Modelo triárquico de la psicopatía) en la página siguiente*

**Figura 1.** Modelo triárquico de la psicopatía (Patrick, Fowles y Krueger, 2009).



Si modelo triárquico se demuestra válido y efectivo para entender, efectivamente, las distintas configuraciones de fenotipos y genotipos asociados que conforman el constructo multifactorial de la psicopatía, el diseño y la evaluación del tratamiento se verán beneficiados. Asimismo, el modelo podría ayudar a la comprensión de los resultados de las investigaciones sobre el tratamiento al estimular la investigación sobre las implicaciones de las diferencias fenotípicas para los objetivos del tratamiento y la responsividad al mismo.

Patrick y su grupo de investigación han formulado recientemente algunas sugerencias creativas sobre intervenciones que se derivan de esta conceptualización triárquica (Patrick, Drislane y Strickland, 2012). Entre tanto, el modelo triárquico podría ser útil para poner en contexto la investigación seguida hasta la fecha que, al estar fuertemente influenciada por la PCL-R, suele resaltar las características de los psicópatas que son relativamente altas en maldad y desinhibición, y para las cuales la emocionalidad negativa podría variar, de manera congruente con las variantes de psicopatía primaria y secundaria.

# **PARTE II.**

**La especial peligrosidad  
del delincuente psicópata**



## 1. Introducción

Una minoría de delincuentes adultos es responsable de más del 50% de los delitos (Farrington, Ohlin y Wilson, 1986; Loeber, Farrington y Waschbusch, 1998). Dichos individuos presentan un inicio precoz de sus carreras delictivas, historiales más persistentes y con mayor presencia de violencia, se muestran más resistentes a la rehabilitación y generan un gran coste social. Muchos de ellos poseen rasgos psicopáticos de la personalidad (Torrubia, 2012).

Además, los delincuentes psicópatas no sólo cometen más actos violentos que los no psicópatas, sino que también parecen mostrar un tipo de violencia más instrumental o premeditada que los no psicópatas (Woodworth y Porter, 2002).

De acuerdo con esta primera descripción de la criminalidad desplegada por el sujeto psicópata, podemos pensar que nos encontramos ante un tipo de delincuencia sustantivamente distinta a la ejercida por los no psicópatas.

Y éste es, precisamente, el objetivo de esta parte del trabajo: analizar con detalle aquellas particularidades de la criminalidad del delincuente psicópata que se muestran cuantitativa y cualitativamente distintas de aquélla ejercida por los delincuentes no psicópatas y que, a la postre, convierten al delincuente psicópata en un sujeto especialmente peligroso y nocivo para las víctimas y para el resto de la sociedad.

Esa mayor capacidad de los criminales psicópatas para generar daño y destrucción justificaría, en nuestra opinión, el concentrar y dirigir los esfuerzos, desde el ámbito del tratamiento penitenciario, a encontrar intervenciones eficaces (o diseñarlas, en su caso) que eviten o minimicen, en la medida de lo posible, el impacto tan negativo de sus actos.

Así pues, a continuación, y tras exponer inicialmente la relación existente entre psicopatía y delincuencia a partir de la literatura especializada, ahondaremos en el análisis de aquéllas características que hacen la criminalidad del psicópata distinta y más peligrosa a la del resto de delincuentes; en primer lugar, desde un punto de vista cuantitativo, estudiaremos la mayor reincidencia registrada entre los delincuentes psicópatas; posteriormente, y desde un punto de vista más cualitativo, presentaremos en

detalle dos características distintivas de su violencia: la instrumentalidad y el sadismo.

En relación con todo ello describiremos, seguidamente, dos perfiles concretos de delincuente psicópata que despiertan especial interés dada la grave alarma social que generan: el psicópata agresor sexual y el psicópata homicida, señalando las particularidades que convierten a estos perfiles en especialmente nocivos y peligrosos.

Para finalizar, nos detendremos brevemente en el estudio de la peculiar trayectoria criminal de estos sujetos.

## **2. La relación entre psicopatía y delincuencia**

Existe un vínculo demostrable entre la psicopatía y el comportamiento criminal (Hare, 1996; Hart, 1998; Hemphill et al., 1998). De hecho, Vaughn y Howard (2005) sugieren que la psicopatía proporciona un marco conceptual ideal para estudiar la delincuencia crónica, mientras que DeLisi (2009) aventuró que la psicopatía es “la teoría unificada de la delincuencia y el crimen y la más pura explicación del comportamiento antisocial” (p.256). La psicopatía y la criminalidad no son el mismo constructo (Hart y Hare, 1997). Las características afectivas, interpersonales y de comportamiento que demarcan la psicopatía no implican necesariamente la existencia de un comportamiento criminal (Hare, 1991) y “sólo una pequeña minoría de aquellos que llevan a cabo una conducta criminal son psicópatas” (Hart y Hare, 1997, pág. 22). Sin embargo, ciertos rasgos psicopáticos (por ej., impulsividad, falta de empatía, y grandiosidad) “tanto aumentan la posibilidad de que los individuos afectados consideren involucrarse en una actividad criminal como disminuyen la posibilidad de que la decisión de actuar sea inhibida” (Hart y Hare, pág.31). Es más, la psicopatía se ha visto como predictiva del comportamiento antisocial en contextos que, teóricamente, deberían proteger contra el comportamiento delictivo (por ej., aquellos que se caracterizan por un alto estatus socioeconómico; Beyers et al., 2001).

Los delincuentes psicopáticos empiezan a delinquir a una edad muy temprana (Anderson et al., 1999; Blackburn y Coid, 1998; Hemphill et al., 1998; Moltó et al., 2000), cometen más número de delitos y más tipos de delitos (Blackburn y Coid, 1998; Hare, 2003; Moltó et al., 2000), tienen mayor probabilidad de mal comportamiento institucional (Guy et al., 2005) y expresan mayores sentimientos criminales y orgullo en su comportamiento antisocial (Simourd y Hoge, 2000) que otros delincuentes. Además, tienen más probabilidad de poseer un arma y de usar amenazas durante la comisión de un delito violento (Hare y McPherson, 1984). Es más, como han señalado Vaughn y DeLisi (2008), “como reincidentes, los psicópatas son más rápidos, más productivos y más dañinos (en su comportamiento criminal) una vez han sido puestos en libertad en la comunidad” (pág. 160).

En general, las víctimas de los psicópatas son menos a menudo miembros de la familia y más a menudo extraños, al contrario de lo que pasa con los delincuentes violentos no psicópatas (Häkkänen-Nyholm y Hare, 2009; Weizmann-Henelius et al.,

2002; Williamson et al., 1987), si bien resultados en sentido contrario se han obtenido en el caso de crímenes sexuales (Brown y Forth, 1997). Además, también suelen ser más resistentes al input terapéutico que el resto de los delincuentes (Harris y Rice, 2006; Wong y Hare, 2005).

### **3. Diferencias cuantitativas y cualitativas en la delincuencia del psicópata**

#### **3.1. La mayor reincidencia violenta del delincuente psicópata**

En un meta-análisis realizado por Hemphill, Hare y Wong (1998) se constató que en el primer año tras quedar en libertad, los psicópatas (en relación a los no psicópatas) tenían una probabilidad tres veces superior de delinquir y cuatro veces superior de hacerlo de forma violenta. Resultados parecidos fueron obtenidos en Suecia por Grann, Langström, Tengström y Kullgren (1998) y en Inglaterra por Hare, Clark, Grann y Thornton (2000).

Así pues, parece que la psicopatía es un importante factor de riesgo para la reincidencia y, más específicamente, para la violencia. De hecho, Serin y Amos (1995) encontraron que los delincuentes psicópatas tenían una probabilidad hasta cinco veces mayor que otros delincuentes de reincidir violentamente en los cinco años posteriores a su puesta en libertad.

Hemphill et al. (1998) encontraron que la psicopatía era un predictor importante de la reincidencia general, violenta y sexual, con unas correlaciones medias de  $r=.27$ ,  $r=.27$  y  $r=.23$ , respectivamente. Harris et al. (1991) analizaron las tasas de reincidencia, durante un año, de 169 delincuentes varones puestos en libertad desde una institución psiquiátrica. Encontraron que cerca del 80% de los delincuentes psicópatas cometieron un nuevo delito violento en ese periodo de tiempo, y que la psicopatía era el predictor más fuerte de la reincidencia. De hecho, los efectos de la psicopatía fueron más fuertes que los efectos combinados de 16 variables de experiencias previas, demográficas y de historial delictivo. De un modo similar, el estudio del riesgo de violencia en pacientes civiles psiquiátricos, llevado a cabo por la Fundación McArthur, encontró que la PCL:SV predecía la violencia mejor de lo que lo hacía cualquiera de otras 133 variables de riesgo (Steadman et al., 2000).

Las tasas base de reincidencia también son altas para los psicópatas jóvenes, con tasas habitualmente informadas de alrededor de un 64% para la delincuencia no violenta y de un 41% para la delincuencia violenta (por ej., Salekin, 2008). Y, lo que es más, de modo consistente con los adultos, la psicopatía era el predictor único más fiable de reincidencia entre los adolescentes (por ej., Catchpole y Gretton, 2003).

Salekin et al. (1996) llevaron a cabo el primer meta-análisis de 18 estudios del comportamiento psicopático-delictivo (unos publicados y otros no), e informaron tamaños del efecto medios ( $d$  de Cohen) de .79 para la reincidencia violenta (basados en 13 de los 18 estudios) y de .55 para la reincidencia general, esto es, violenta y no

violenta (10 de los 18 estudios). Aunque han sido ampliamente citados, se han planteado en la literatura ciertas dudas acerca de la metodología del autor (Gendreau et al., 2002; Hemphill et al., 1998). Concretamente, este meta-análisis ha sido criticado por la inclusión de estudios tanto prospectivos como retrospectivos; estudios que no estaban basados en muestras de delincuentes independientes y mutuamente excluyentes (por ej., algunos de los estudios llevados a cabo por el grupo de investigación de Oak Ridge; Harris et al., 1991, 1993; Rice et al., 1992, 1995); estudios no basados en los resultados comportamentales o índices de reincidencia (por ej., Serin et al., 2001, compararon correlaciones entre puntuaciones en la PCL-R y medidas falométricas de arousal de desviación sexual); y tamaños del efecto combinados entre contextos muy dispares (por ej., contextos institucionales y comunitarios).

Utilizando una larga muestra de estudios únicamente prospectivos, Hemphill et al. (1998) examinaron las tasas de reincidencia de delincuentes puestos en libertad, y obtuvieron correlaciones medias ponderadas de .27 para la reincidencia general ( $N=1.275$ ; 7 estudios), de .27 para reincidencia violenta ( $N=1.374$ ; 6 estudios) y de .23 para reincidencia sexual ( $N=178$ ; 1 estudio). Es más, el Factor 2 de la PCL-R (antisocial-estilo de vida inestable) estuvo relacionado más fuertemente con la reincidencia general de lo que lo estaba el Factor 1 (rasgos afectivos-interpersonales). En cambio, ningún factor de la PCL-R estuvo más fuertemente asociado que otro con la reincidencia violenta (esto es, ambos factores contribuyeron igualmente a predecir la violencia futura; Harpur y Hare, 1994). Sin embargo, este resultado para la reincidencia violenta estuvo basado sólo en tres estudios en los que no se pudo obtener una diferencia significativa en la fuerza relativa de las correlaciones entre los dos factores de la PCL-R y la reincidencia violenta. Algunos estudios no incluidos en el meta-análisis de Hemphill y sus colegas se han mostrado más ambiguos acerca de las relaciones entre el Factor 1 de la PCL-R y la reincidencia violenta (Salekin et al., 1996).

Dos meta-análisis adicionales han sido publicados posteriormente (Gendreau et al., 2002; Walters, 2003a,b). Gendreau y sus colegas informaron de un tamaño del efecto ponderado para la PCL-R de .23 para la reincidencia general y de .21 para la reincidencia violenta. Sin embargo, se observó una heterogeneidad considerable entre los efectos y varios estudios relevantes fueron omitidos de su revisión (Hemphill y Hare, 2004). Walters (2003a) informó una correlación biserial puntual de .26 para la predicción de la reincidencia general por la PCL-R a lo largo de 33 estudios. Seguidamente, Walters (2003b) informó que el Factor 1 (rasgos afectivos-interpersonales) estaba asociado de un modo menos robusto y fiable con la reincidencia general ( $r=.15$ ) y violenta ( $r=.18$ ) que el Factor 2 (estilo de vida antisocial-inestable;  $r=.32$  y  $r=.26$  respectivamente, para las mismas variables de resultado). Se reflejó igualmente una considerable heterogeneidad a través de los estudios.

Dhingra y Boduszek (2013) señalan que los grandes efectos obtenidos en estos meta-análisis sugieren que existe una fuerte relación entre la psicopatía y el comportamiento criminal futuro. A pesar de esto, dicen, la heterogeneidad considerable en los tamaños del efecto encontrada en estos estudios de meta-análisis genera ciertas dudas acerca de la agregación de diversos tamaños del efecto a través de los estudios. Es más, esto sugiere que podría haber características de la muestra (por ej., edad, raza, inteligencia, estatus socioeconómico o bagaje cultural; Heilbrun, 1979; Kosson et al., 1990; Walsh y Kosson, 2008) o variables metodológicas (por ej., variaciones de dise-

ño [duración del seguimiento], variaciones de medición [autoinformes vs. escalas PCL, operativización de la reincidencia]) que podrían influenciar de un modo significativo la asociación entre psicopatía y reincidencia.

En línea con esta idea, un estudio prospectivo de 199 delincuentes de EE.UU. encontró que, para los americanos-europeos, la psicopatía predijo mayor reincidencia cuanto menor era el nivel de estatus socioeconómico pero no existía asociación en relación con los altos niveles. Sin embargo, para los afro-americanos, el poder predictivo de la psicopatía se mostró relativamente estable a través del continuo de dicho estatus socio-económico (Walsh y Kosson, 2008).

Si bien la investigación con muestras de hombres generalmente sugiere que el Factor 2 de la PCL-R es un mejor predictor de la reincidencia que el Factor 1 (por ej., Walters, 2003), se especula cada vez más acerca de si el Factor 2 es un predictor igualmente potente de resultados en muestras de mujeres (por ej., Richards et al., 2003; Salekin et al., 1998).

Salekin et al. (1998), por ejemplo, en su estudio de mujeres delincuentes, encontraron que el Factor 1 demostraba una asociación significativa con la reincidencia mientras que la relación entre el Factor 2 y la reincidencia era insignificante. Esto es congruente con la propuesta de que los rasgos interpersonales y afectivos de la psicopatía son factores especialmente relevantes para las mujeres y para su riesgo de reincidencia (Odgers et al., 2005). Sin embargo, a la hora de interpretar estos hallazgos es importante hacer notar que las mujeres psicópatas podrían tener menor probabilidad que los hombres de reincidir (por ej., Salekin, 2008).

Un patrón similar al encontrado entre los psicópatas adultos varones ha sido observado en adolescentes; la psicopatía aparece moderadamente asociada con la delincuencia, la reincidencia general y la reincidencia violenta (Asscher et al., 2011; Edens et al., 2007), y el Factor 2 podría ser, de algún modo, más relevante que el Factor 1 en la predicción de la reincidencia general (Edens et al., 2007).

Un conjunto de estudios analizado por Dhingra y Boduszek (2013) ha examinado la contribución de la psicopatía a la reincidencia entre agresores sexuales adultos. Por ejemplo, Quinsey et al. (1995), en un estudio de 178 violadores y pederastas sometidos a tratamiento, encontraron que durante los 6 años posteriores a su puesta en libertad, más del 80% de los delincuentes con altas puntuaciones en la PCL-R había reincidido violentamente. Seto y Barbaree (1999) encontraron que las puntuaciones en la PCL-R predecían, en agresores sexuales, tanto la delincuencia general como aquella delincuencia más grave. Rice y Harris (1995), basándose en una larga muestra de agresores sexuales adultos, informaron de que la psicopatía era predictiva de la reincidencia violenta.

Adicionalmente, encontraron que la reincidencia sexual (a diferencia de la reincidencia violenta en general) podía ser predicha mejor a través de una combinación de altas puntuaciones en la PCL-R y evidencia falométrica de excitación (*arousal*) sexual desviada, definida esta evidencia como cualquier test falométrico que “indique una preferencia absoluta por estímulos desviados (niños, indicios asociables a una violación, o bien asociables a violencia no sexual)” (pág. 236). La combinación de altas puntuaciones en la PCL-R y evidencia falométrica de excitación sexual frente a

estímulos desviados fue encontrada también como enormemente predictiva de reincidencia en un estudio con delinquentes adolescentes (Gretton et al., 2001). Sin embargo, en este último estudio, la combinación fue más fuertemente predictiva de la reincidencia en general que de la reincidencia sexual. Serin et al. (2001) también encontraron que la combinación de altas puntuaciones en la PCL-R y excitación sexual desviada era predictiva de reincidencia general.

De manera congruente con los resultados de estudios que utilizaron agresores sexuales adultos, ha surgido una asociación entre puntuaciones en psicopatía y reincidencia general y violenta en estudios llevados a cabo con delinquentes sexuales jóvenes. Auslander (1998) encontró que, mientras las puntuaciones totales de la PCL-R predecían reincidencia violenta y no sexual, el Factor 1 de la PCL-R aparecía relacionado con una reincidencia sexual más baja. En un estudio con agresores sexuales jóvenes (con edades entre los 15 y los 20 años), las puntuaciones en la PCL-R predecían la reincidencia general pero no la sexual (Långström y Grann, 2000). De un modo similar, mediante el uso de la PCL:YV en una muestra de 222 agresores sexuales adolescentes, Gretton et al. (2001) encontraron que las puntuaciones de la psicopatía estaban asociadas fuerte y positivamente con la reincidencia general y violenta pero no con la reincidencia sexual.

Ha tenido lugar un debate considerable acerca de la relativa contribución de la psicopatía en la predicción del comportamiento reincidente en comparación con otros factores de riesgo y medidas. En algunos estudios se ha encontrado que la PCL-R funciona tan bien como (y, en algunos casos, mejor que) las medidas actuariales estadísticamente derivadas diseñadas de manera específica para predecir la violencia futura (Harris et al., 1993; Hemphill et al., 1998; Rice y Harris, 1995; Serin et al., 1990; Quinsey et al., 1998). Sin embargo, algunos meta-análisis posteriores (Gendreau et al., 2002; Walters, 2003a) han llegado a la conclusión de que las escalas PCL no son aquellas medidas de riesgo sin parangón como se había defendido con anterioridad (Salekin et al., 1996). Además, su validez predictiva podría ser sólo comparable a (o quizás algo menos) otros instrumentos que no están ligados al término potencialmente estigmatizante de “psicopatía” (Hemphill y Hare, 2004).

Y, más aún, se ha dicho que cuando las medidas de psicopatía predicen violencia, esto es porque éstas evalúan desinhibición, afectividad intensa, y una tendencia al comportamiento extrovertido (por ej., Walters, 2003). A pesar de estas críticas, numerosos estudios han encontrado que la psicopatía es capaz de predecir la reincidencia incluso cuando existe control sobre otros factores de riesgo conocidos (Hemphill et al., 1998; Skeem y Mulvey, 2001). El estudio longitudinal de Salekin (2008) encontró que la psicopatía predijo la delincuencia tanto general como violenta durante un periodo de 3 a 4 años, incluso tras controlar 14 correlatos de la delincuencia incluyendo tales como: pares delincuenciales, consumo de drogas, detenciones de familiares, estatus socioeconómico, antecedentes familiares, inteligencia, delincuencia previa, ausencias del colegio, educación, raza, género y edad.

Si bien alrededor de uno de cada cuatro delinquentes psicópatas no vuelve a ser condenado por un delito violento incluso tras 8 años de seguimiento (Serin y Amos, 1995), las características de los delinquentes psicópatas no reincidentes han recibido poca atención. Un estudio (Burt, 2004) que examinó delinquentes con una puntuación

en la PCL-R igual o mayor a 25 y que habían completado al menos 4 meses en un programa de tratamiento para delincuentes violentos ( $N=123$ ) encontró, sin embargo, que los psicópatas que desistieron de los delitos violentos (o que quizás no fueron atrapados; 47%) tenían unas puntuaciones en el Factor 2 de la PCL-R significativamente más bajas, si bien contaban con puntuaciones más altas en el Factor 1.

### 3.2. La instrumentalidad de la violencia del delincuente psicópata

Aunque la psicopatía no puede ser considerada un factor causal directo de la violencia y los mecanismos explicativos de la relación observada entre psicopatía y violencia son todavía desconocidos (Torrubia, 2012), sin embargo, la relación entre psicopatía y delincuencia violenta ha sido bien establecida a lo largo de los pasados 20 años por un extenso conjunto de investigaciones (Hare, 1991; Hemphill et al., 1998; Salekin et al., 1996).

Un estudio meta-analítico indica que la psicopatía, medida a través de la PCL-R, muestra un tamaño del efecto en su conjunto de  $r=.27-.37$  en la predicción de la violencia (por ej., Hemphill et al., 1998; Salekin et al., 1996). Con carácter general, los psicópatas tienen más probabilidad que otros delincuentes de usar amenazas de violencia y armas en sus delitos (Serin, 1991), así como de estar más motivados por venganza y retribución (por ej., Cornell et al., 1996; Williamson et al., 1987). Además, el alcohol, que a menudo se relaciona con el comportamiento agresivo, no parece ser un elemento generador de comportamiento violento en los psicópatas (por ej., Hare y McPherson, 1984).

La investigación señala que la asociación entre la PCL-R y la violencia es atribuible en gran parte a la sub-escala de Desviación Social (Walters et al., 2008). Esto podría ser en parte porque el mejor predictor del comportamiento futuro es el comportamiento pasado (Meehl, 1954; Gendreau et al., 2002) y, por otro lado, porque esta sub-escala mide rasgos amplios como la impulsividad, que no son específicos de los psicópatas pero incrementan el riesgo de involucrarse en la violencia en general (Skeem et al., 2005). Es más, un reciente estudio meta-analítico informó que la utilidad de la sub-escala de Desviación Social (Factor 2) en predecir la violencia no varió en función de los rasgos medidos por la sub-escala Interpersonal-Afectiva (Factor 1) o viceversa (Kennealy et al., 2010).

De acuerdo a Cleckley (1976), la violencia empleada por los psicópatas es mucho más instrumental que aquella cometida por otros delincuentes, que es típicamente reactiva. La violencia instrumental, también referida como violencia “proactiva” o “predadora”, es controlada, tiene un propósito y se usa para alcanzar un objetivo externo deseado (por ej., dinero, drogas o poder); mientras que la violencia reactiva es impulsiva y conducida por la emoción en respuesta a una amenaza percibida o a una provocación (Meloy, 1988, 1997). En el primer test empírico sobre esta afirmación, Williamson et al. (1987) estudiaron las características de los delincuentes violentos cometidos por 101 delincuentes canadienses. Encontraron que los delitos violentos de los psicópatas tenían mucha más probabilidad de haber sido motivados por un objetivo externo, como una ganancia material o venganza (45,2%), que aquéllos

de los no psicópatas (14,6%). Hay que hacer notar, sin embargo, que en más de la mitad de los casos, los psicópatas no tenían un objetivo externo aparente. Asimismo, se halló que era menos probable que los psicópatas (2,4%) se encontrasen en un estado de arousal emocional elevado en el momento de cometer los delitos, en relación a los no psicópatas (31,7%).

En el siguiente estudio que analizó los diferentes tipos de violencia empleada por los delincuentes psicópatas, Cornell y sus colegas (1996) investigaron los delitos violentos previos de delincuentes varones ( $N=106$ ) encarcelados en una prisión estatal de seguridad media. Los resultados indicaron que los delincuentes psicópatas (medidos con la PCL-R) tuvieron más probabilidad de haber cometido un delito con violencia instrumental en algún punto de su historia delictiva que los delincuentes no psicópatas quienes, a menudo, usaban violencia reactiva. Es más, la violencia instrumental estaba más habitualmente asociada con una falta autoinformada de arousal emocional durante el acto violento. Además, las víctimas de violencia instrumental eran, por lo general, extraños, mientras que las víctimas de la violencia reactiva eran conocidos por el delincuente.

Cornell y sus colegas también encontraron que los delincuentes instrumentalmente violentos podían ser distinguidos de aquéllos que empleaban la violencia reactiva a partir de sus niveles de psicopatía. Los delincuentes violentos que habían cometido al menos un acto instrumental obtenían más puntuación total en la PCL-R que aquellos delincuentes que sólo habían cometido actos violentos de manera reactiva. Posteriormente, Woodworth y Porter (2002) proporcionaron más evidencia de que la violencia de los psicópatas era más instrumental que la de otros delincuentes, cuando examinaron la relación existente entre psicopatía y homicidio (que luego analizaremos más en detalle); y Chase et al. (2001) encontraron, a su vez, relación entre la psicopatía y el uso de la violencia instrumental por parte de hombres maltratadores no encarcelados ( $N=60$ ).

Muchos estudios con adolescentes han encontrado igualmente apoyo a la idea de que la violencia cometida por sujetos psicópatas es más probable que sea de naturaleza instrumental. Así, Loper et al. (2001) encontraron que delincuentes juveniles, hombres y mujeres, que habían cometido violencia motivada instrumentalmente puntuaban más alto en rasgos de personalidad que habían sido asociados con la psicopatía. De manera similar, la instrumentalidad en la violencia previa aparecía correlacionada significativamente con puntuaciones en la psicopatía (evaluadas mediante la PCL:YV) en una muestra de 113 delincuentes adolescentes en prisión (Murrie et al, 2004). Krush y colegas (2005) encontraron que puntuaciones más altas en psicopatía estaban relacionadas con una historia de violencia no reactiva en una muestra de adolescentes juzgados como adultos (con edades de 16 a 21).

Por último, en un estudio de Flight y Forth (2007), delincuentes adolescentes ( $N=51$ ) que se habían visto envueltos previamente en episodios de violencia instrumental obtuvieron puntuaciones en psicopatía significativamente más altas que aquellos clasificados en la categoría “nunca instrumental”. Y, lo que es más, las puntuaciones en psicopatía aparecían asociadas de manera importante con la cantidad de violencia instrumental cometida por un sujeto. Sin embargo, debe hacerse notar que

las puntuaciones en psicopatía también fueron asociadas con un aumento en la violencia reactiva.

A partir de estos estudios, podemos deducir que la violencia cometida por los psicópatas, tanto adultos como adolescentes, es más probable que sea instrumental, en relación a otro tipo de delincuentes. Se ha sugerido que este mayor riesgo de que empleen agresión instrumental podría deberse al hecho de que ellos no interpretan los signos de malestar emocional en sus víctimas o bien porque no perciben la violencia como aversiva (Blair, 2001; Nestor et al., 2002), posiblemente debido a un funcionamiento reducido de la amígdala (Blair, 2007).

En apoyo a esta tesis, un reciente estudio británico encontró, usando una versión modificada del *Implicit Association Test* (IAT), que los delincuentes psicópatas que habían cometido un homicidio no asociaban la violencia con una situación desagradable, y que mostraban reacciones negativas disminuidas a la violencia en comparación con los asesinos no psicópatas (Gray et al., 2003). Esta idea ha recibido apoyo adicional a partir de algunos estudios que han analizado el reconocimiento facial del afecto como un índice de la empatía afectiva en la psicopatía. Concretamente, se halló que los psicópatas tenían dañada la capacidad de reconocimiento facial, fundamentalmente para la identificación de emociones negativas, en particular miedo y disgusto (Blair, 2004; Hastings et al., 2008; Munro et al., 2007).

Otros estudios, sin embargo, han concluido que no existen diferencias en la exactitud del reconocimiento de emociones entre sujetos con alta y baja psicopatía (Dolan y Fullam, 2004; Richell et al., 2003). Los aumentos en la agresión reactiva encontrados entre los psicópatas, por el contrario, han sido vinculados a anomalías en el cortex orbitofrontal (Blair, 2007).

La investigación que ha estudiado los sub-componentes de la psicopatía ha ayudado, de algún modo, a comprender aún más la relación existente entre psicopatía y violencia instrumental. Concretamente, varios estudios han encontrado que la violencia instrumental está más fuertemente asociada (si bien de manera no exclusiva) con el factor interpersonal-afectivo (Factor 1) de la psicopatía, mientras que la violencia reactiva está más vinculada con el factor impulsivo-antisocial (Factor 2). Declerq et al. (2012), por ejemplo, encontraron que la violencia instrumental estaba positivamente relacionada al Factor 1 y negativamente relacionada con el Factor 2, lo cual no hacía sino replicar los hallazgos de varios estudios previos con adolescentes y adultos (por ej., Patrick y Zempolich, 1998; Reidy et al., 2007; Vitacco et al., 2006).

A diferencia de ello, Walsh y sus colegas (2009) encontraron una correlación positiva significativa entre el sub-componente antisocial de la psicopatía y la violencia instrumental entre adultos. Es más, en una muestra de estudiantes universitarios adultos, Reidy et al. (2007) encontraron que la agresión instrumental en una prueba de agresión de laboratorio pudo únicamente relacionarse con el factor interpersonal-afectivo de la psicopatía; mientras que la agresión reactiva fue asociada tanto con el factor Interpersonal-afectivo como con el de Estilo de vida antisocial-Impulsivo.

Dhingra y Boduszek (2013) afirman que los resultados mixtos obtenidos en los estudios mencionados podrían ser debidos a: (a) una contaminación de los criterios (por ej., ítems del factor Interpersonal-afectivo de la PCL-R [por ej., argucias y esta-

fas motivadas por un deseo de ganancia personal; Hare, 1991], que se solaparía con el criterio de violencia instrumental); (b) el uso de una medida inadecuada de la motivación a la violencia (por ej., la dependencia respecto de algunos informes incompletos para codificar la motivación a la violencia); y (c) diferencias metodológicas entre estudios (por ej., tipo de muestras, cantidad y calidad de la información disponible para codificar la violencia o protección frente a la contaminación de criterios en la puntuación de la PCL-R).

Sin embargo, ha sido cuestionado el alcance respecto al cual resulta útil la distinción entre violencia instrumental y reactiva en relación a la conceptualización de la violencia cometida por los psicópatas y no psicópatas (Woodworth y Porter, 2002). Dempster y sus colegas (1996), por ejemplo, revisaron los expedientes de 75 delincuentes violentos adultos que asistían a un programa hospitalario de tratamiento para delincuentes violentos. Si bien los delincuentes psicópatas habían cometido mayor violencia de tipo instrumental, también éstos habían desplegado un comportamiento impulsivo en el transcurso de sus delitos. De acuerdo a estos resultados, Hart y Dempster (1997) concluyeron que incluso si los delincuentes psicópatas cometen más crímenes violentos de un modo instrumental, éstos podrían ser “impulsivamente instrumentales”. En consecuencia, es posible que los delincuentes psicópatas puedan cometer crímenes que, si bien orientados a un objetivo, sean altamente impulsivos e incluyan poca planificación (es decir, que contarían con elementos tanto de reactividad como de instrumentalidad). Así, algunos delitos primariamente instrumentales podrían contener elementos reactivos y algunos primariamente reactivos podrían contener un elemento instrumental.

### **3.3. El sadismo en la violencia del delincuente psicópata**

La investigación ha apoyado, generalmente, la asociación entre violencia sádica y psicopatía (Hare et al., 1999; Hart y Hare, 1997; Meloy, 2000; Porter et al., 2001; Porter et al., 2003). Holt et al. (1999), por ejemplo, investigaron la prevalencia de los rasgos sádicos (usando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II o MMPI-II, y los ítems para el trastorno de personalidad sádica del *Present State Examination* o PSE) en 41 delincuentes violentos psicopáticos y no psicopáticos que se encontraban en una prisión de máxima seguridad. Los delincuentes psicopáticos fueron significativamente más sádicos que los otros delincuentes. Es más, grupos violentos y sexualmente violentos no difirieron en cuanto a su nivel de rasgos de personalidad sádica, sugiriendo que estos rasgos eran generalizados y no vinculados específicamente al placer sexual.

En un estudio llevado a cabo por Woodworth y Porter (2002) con 125 delincuentes homicidas en prisión se vio que aquéllos que puntuaban en la escala PCL-R en 30 puntos o más (punto de corte recomendado para el diagnóstico de la psicopatía) tuvieron mucha más probabilidad de verse envueltos en violencia gratuita o innecesaria mientras habían cometido el homicidio. Se consideró violencia gratuita aquella violencia excesiva que iba más allá de lo que era necesario para llevar a cabo el homi-

dio y/o causaba a la víctima un sufrimiento y daño innecesarios. Muestras evidentes de violencia gratuita serían tortura/palizas, mutilación y uso de distintas armas.

Porter et al. (2003) encontraron también que los asesinatos perpetrados por los psicópatas (con un punto de corte en la PCL-R igual o mayor a 30) contenían un número significativamente mayor de violencia gratuita y sádica que aquéllos cometidos por delincuentes no psicópatas (el 53% de los asesinatos cometidos por delincuentes no psicópatas no incluyeron violencia sádica), congruente con una motivación de búsqueda de sensaciones. La violencia sádica fue operativizada como un placer o disfrute sexual o no sexual derivado de infligir sufrimiento a sus víctimas. Es más, la violencia sádica apareció relacionada de modo significativo tanto con las puntuaciones totales en la PCL-R así como en las de su Factor 1, pero no en las del Factor 2.

#### **4. Dos perfiles particularmente peligrosos de delincuente psicópata: El agresor sexual y el homicida**

##### **4.1. El delincuente psicópata agresor sexual**

La relación entre psicopatía y delincuencia sexual es compleja. Si bien asociados con varios tipos de delincuencia sexual, algunos estudios han encontrado relaciones débiles entre la psicopatía y la delincuencia sexual en general (Hare et al., 2000; Knight y Guay, 2006). Esto podría deberse, en parte, porque las tasas (y niveles) de psicopatía difieren entre los grupos de delincuentes sexuales (Firestone et al., 2000; Porter et al., 2000, 2003; Woodworth et al., 2013), con tasas que tienden a ser más altas en el caso de violadores (yendo entre el 25% y el 45%; Porter et al., 2000; Woodworth et al., 2013), especialmente violadores sádicos (Barbaree et al., 1994; Hare et al., 1999) y delincuentes homicidas sexuales (hasta un 97%; Firestone et al., 2000).

Porter y sus colegas (2000) sugirieron que una proporción significativa de la heterogeneidad de los agresores sexuales (por ej., diversidad criminal, grado de empatía, impulsividad y tipos de víctimas) podría relacionarse con los rasgos psicopáticos. En su estudio con 329 delincuentes de tipología variada encontraron que los violadores-pederastas eran más psicopáticos que los que eran sólo pederastas. Esto sugiere que los delincuentes con más rasgos psicopáticos no se centrarían en un tipo específico de víctima sino que asaltarían sexualmente a sus víctimas de un modo oportunista. Alternativamente, podrían cambiar su preferencia respecto a las víctimas a lo largo del tiempo en línea con la teoría propuesta en psicopatía de que los delincuentes sexuales estarían motivados por la búsqueda de emociones.

También encontraron que todos los grupos de delincuentes sexuales tenían puntuaciones altas en el Factor 1 (interpersonal-afectivo). La variabilidad en la asociación entre las dimensiones de la psicopatía interpersonal-afectiva (Factor 1) y la comportamental (Factor 2) y la delincuencia sexual también fue evidente en la muestra.

Tanto los violadores, como los violadores-pederastas y los delincuentes no sexuales, todos puntuaron significativamente más alto en el Factor 2 que los que eran exclusivamente pederastas, lo que sugería que este último grupo tenía un estilo de vida anti-social menos crónico y variado que los otros grupos.

Además, la dirección y magnitud de la asociación entre los Factores 1 y 2 de la PCL-R variaron de acuerdo al tipo delictivo. Se encontró una correlación positiva significativa para los delincuentes no sexuales. Sin embargo, con la excepción de los violadores, el Factor 1 y Factor 2 no estaban correlacionados significativamente entre los distintos sub-grupos de los pederastas. Esto parece indicar que los psicópatas violadores tienen una tendencia más fuerte hacia un estilo de vida criminal que otros grupos de delincuentes sexuales (Porter et al., 2003). En línea con esto, los violadores psicópatas tenían historiales delictivos más extensos que los violadores no psicópatas (Forth y Kroner, 2003).

Se ha propuesto que la relación entre psicopatía y delincuencia sexual podría deberse al uso instrumental del sexo y a una delincuencia de conveniencia asociada con la falta de empatía hacia sus víctimas (por ej., Blair et al., 1997; Knight y Sims-Knight, 2003). Congruentemente con esto, distintos estudios han encontrado en los delincuentes psicópatas tasas elevadas de placer sexual derivadas de los delitos violentos, una característica también definida como sadismo (por ej., Kirsch y Becker, 2007; Porter y Woodworth, 2007).

Es más, se ha encontrado que los delincuentes sexuales psicópatas, en relación a los no psicópatas, son más impulsivos y oportunistas en su violencia sexual (Barbaree et al., 1994; Forth y Kroner, 2003) y están menos motivados a delinquir sexualmente por los estados negativos emocionales predelictuales – los cuales han sido identificados, en general, como precursores de la agresión sexual- (por ej., Brown y Forth, 1997; Pithers et al., 1988). De hecho, el 40% de los violadores psicópatas en la muestra de Brown y Forth informaron de sentimientos positivos durante las 24 horas previas a su agresión.

Brown y Forth (1997) también encontraron que la intensidad autoinformada del afecto negativo durante las 24 horas previas a la agresión estuvo correlacionada negativamente con las puntuaciones totales de la PCL-R y las del Factor 1 (esto es, los rasgos centrales afectivos e interpersonales de la psicopatía). Es más, los delincuentes sexuales que puntuaban alto en la PCL-R (35%) tenían menos probabilidad de ser clasificados como “oportunistas” o “generalizadamente enfurecidos” que aquéllos que puntuaban bajo en la PCL-R, que era más probable que fuesen clasificados como “sexualmente no sádicos”. Resultó interesante el hecho de que la PCL-R correlacionara con el número de delitos previos no sexuales pero no con el número de delitos previos sexuales o con la edad de comienzo de la delincuencia sexual.

En una revisión de 50 años de investigación sobre la relación entre psicopatía y delincuencia sexual, Knight y Guay (2006) concluyeron que los delincuentes psicópatas tenían mucha más probabilidad que los no psicópatas de violar y que estaban sobre-representados en las muestras clínicas de delincuentes sexuales. Es más, sugirieron que los rasgos psicopáticos predicen la violación entre las muestras no delincuenciales y que los psicópatas constituyen un pequeño sub-grupo de violadores que son particularmente violentos y reincidentes.

Tanto en adolescentes como en adultos, mayores puntuaciones en la PCL-R se asocian con mayores niveles de violencia durante la comisión de delitos sexuales (Gretton et al., 2001; Rice y Harris, 1995), de nuevo en congruencia con una motivación de búsqueda de sensaciones (por ej., Porter et al., 2000, 2001; Hare, 1996). Sin embargo, otros estudios no han encontrado relación entre daños a la víctima y puntuaciones en la PCL-R (por ej., Brown y Forth, 1997).

#### **4.2. El delincuente psicópata homicida**

Varios estudios han mostrado que la psicopatía está sobrerrepresentada entre los delincuentes que cometen homicidios sin agresión sexual, siendo entre un 11% y un 32% aquéllos que reúnen los criterios de dicho trastorno (por ej., Häkkänen y Hare, 2009; Laurel y Däderman, 2007; Woodhouse y Porter, 2002). La prevalencia de la psicopatía varía dentro de la población delincencial homicida. Entre las madres que matan a sus niños, por ejemplo, la psicopatía es rara (Putkonen et al., 2009).

En un estudio que examinó la relación existente entre la psicopatía y la reactividad/instrumentalidad del homicidio ( $N=125$ ), Woodworth y Porter (2002) encontraron que los delincuentes psicópatas canadienses tenían dos veces más probabilidades (93,3%) de cometer un homicidio “primariamente instrumental” (esto es, no precedido por una poderosa reacción afectiva, sino premeditado y motivado por un objetivo externo) que los delincuentes no psicópatas (48,8%). Es más, a pesar de su impulsividad general y de que la investigación previa indicaba que los delincuentes psicópatas a menudo se veían envueltos en una violencia general de tipo reactiva (por ej., Cornell et al., 1996; Serin, 1991), se vio que era poco probable que los delincuentes psicópatas hubieran cometido un homicidio “puramente reactivo” (es decir, sin planificación e inmediatamente precedido de una provocación o conflicto). Consecuentemente, estos datos ponen en cuestión la afirmación de que “los psicópatas son impulsivos” (Hart y Dempster, 1997; Hare, 2003; Poythress y Hall, 2011).

Woodworth y Porter (2002) proponen una explicación de “impulsividad selectiva” para estos resultados, sugiriendo que el comportamiento impulsivo de los psicópatas en contextos fuera del homicidio podría no ser tan incontrolable como parece. Más bien, podría reflejar una elección de no inhibir tal comportamiento cuando los intereses percibidos son más bajos (por ej., cuando no es probable una detención; Arnett et al., 1997; Newman y Wallace, 1993). Al contrario, cuando perciben que las consecuencias de sus acciones podrían ser serias (por ej., detención, cadena perpetua) son capaces de abstenerse de actuar por impulso y/o retrasar su respuesta (quizás resultando esto en un homicidio instrumental). En otras palabras, los pobres controles comportamentales asociados con la psicopatía (ver ítem 10 de la PCL-R) podrían no estar reflejando necesariamente una incapacidad para controlar el impulso sino más bien una negativa a querer hacerlo. En consecuencia, cabe concebir que, en determinadas ocasiones, los delincuentes psicópatas sean capaces de frenarse a sí mismos.

Una explicación alternativa para los hallazgos de Woodworth y Porter (2002) es que los psicópatas podrían obtener satisfacción de la planificación y ejecución del acto instrumental de violencia. Esta explicación es congruente con la investigación previa que señalaba una relación entre psicopatía e intereses sádicos (Hare y Hare, 1997; Porter et al., 2003).

Otro hallazgo del estudio de Woodworth y Porter (2002) fue que el Factor 1, pero no el Factor 2, contribuía a la varianza asociada a la instrumentalidad del homicidio. Lo contrario fue cierto para los delincuentes no psicopáticos que habían cometido asesinato. Por lo tanto parece que, mientras que el Factor 2 podría tener una relación más directa con la delincuencia criminal y la reincidencia, el Factor 1 podría ayudar a explicar mejor los tipos específicos de violencia en la que los psicópatas se ven envueltos (Skeem et al., 2003). En línea con esto, Porter et al. (2001) habían informado con anterioridad que los delincuentes psicópatas que habían cometido asesinato puntuaban más alto en el Factor 1 de la PCL-R que los delincuentes no psicópatas; aquéllos que no habían matado mostraron puntuaciones más altas del Factor 2 de las que obtuvieron los que sí lo habían hecho.

Una serie de estudios han examinado el comportamiento post-delictivo de los delincuentes homicidas psicópatas. Häkkänen y Hare (2009), por ejemplo, en un estudio con 546 delincuentes homicidas encontraron que aquéllos que abandonaron la escena del crimen sin informar a nadie y, por lo tanto, negaron su responsabilidad por el crimen, obtuvieron puntuaciones más altas en la PCL-R, particularmente en las puntuaciones totales, y en las de Estilo de vida y Antisocial.

En otro estudio, Porter y Woodworth (2007) compararon las narraciones de 50 delincuentes homicidas a partir de informes policiales, y encontraron que los delincuentes psicópatas tenían más probabilidad que el resto de los delincuentes de exagerar la reactividad de su crimen así como de omitir detalles importantes de sus delitos al tiempo que mantenían una explicación aparentemente creíble. Esto se dio en contraste con la evidencia que señalaba que los homicidios cometidos por los delincuentes psicópatas en la muestra, en realidad, eran significativamente más instrumentales en su naturaleza respecto de aquéllos cometidos por otros delincuentes (Woodworth y Porter, 2002). Es más, Porter y Woodworth (2007) mostraron que el modo particular en el que los homicidios eran llevados a cabo por los delincuentes estaba relacionado con los rasgos interpersonales-afectivos de la psicopatía (Factor 1) y no con sus rasgos antisociales (Factor 2).

Dentro de este estudio del perfil del delincuente psicópata homicida consideramos que merece la pena hacer un capítulo aparte para contemplar con más detalle una particularidad criminal que se ha encontrado con frecuencia en el contexto de este delito de homicidio: el homicidio sexual.

El homicidio sexual ha sido definido como aquel homicidio “con evidencias que indican que tuvo una naturaleza de tipo sexual” (Ressler et al., 1988, pág. XIII). Estas evidencias incluyen: falta o no de vestimenta en la víctima, exposición de las partes sexuales del cuerpo de la víctima, posición sexual del propio cuerpo de la víctima, inserción de objetos en las cavidades del cuerpo de la víctima, evidencia de relación sexual o de actividad sexual sustitutiva, interés o fantasía sádica tal que la mutilación de genitales...etc.

La mayoría de los delincuentes (58-97%) que han cometido un homicidio de tipo sexual reúnen los criterios para la psicopatía (Firestone et al., 2000; Meloy, 2000; Porter et al., 2003). Y, aún más, los delincuentes psicópatas que cometen homicidios sexuales puntúan más alto en la PCL-R respecto a otros delincuentes homicidas sexuales (Firestone et al., 2000; Meloy, 2000; Meloy et al., 1994), particularmente en la escala interpersonal-afectiva de la psicopatía (Firestone et al., 2000; Häkkänen-Nyholm et al., 2009).

Firestone et al.(2000), por ejemplo, en un estudio en el que compararon 48 delincuentes sexuales y un grupo de delincuentes por incesto que habían sido evaluados en una clínica canadiense para el comportamiento sexual, encontraron que los delincuentes homicidas sexuales (incluidos los homicidas pederastas) puntuaron aproximadamente en el percentil 85 para delincuentes sexuales en el Factor 1 de la PCL-R. Firestone y sus colegas especularon que estas altas puntuaciones en Factor 1 de los delincuentes psicópatas podrían estar indicando una falta de *insight* y esto, a su vez, podría contribuir a una pérdida significativa de información respecto a problemas en todos los instrumentos de autoinforme utilizados en el estudio.

Los autores de este estudio también encontraron que los delincuentes homicidas sexuales tenían una mayor incidencia de parafilias sexuales que los delincuentes por incesto no homicidas. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA; 2000) las caracteriza como impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales.

Woodworth y Porter (2002) examinaron el vínculo entre la dinámica del comportamiento homicida y la psicopatía en una muestra de 125 delincuentes encarcelados en una prisión federal canadiense. Los resultados mostraron que los delincuentes homicidas psicópatas (con un punto de corte en la PCL-R igual o mayor de 30) tuvieron una probabilidad significativamente mayor de agredir sexualmente a sus víctimas antes, durante o después de asesinarlas que los delincuentes homicidas no psicópatas.

Es más, en muchos de los casos, los delincuentes psicópatas utilizaron un cuchillo en vez de una pistola, que era el arma más comúnmente usada por otros delincuentes homicidas.

Existe poca investigación que haya estudiado el homicidio sexual en los delincuentes psicópatas adolescentes. Myers y Blashfield (1997) encontraron que 11 de entre 13 adolescentes delincuentes homicidas sexuales (evaluados con la PCL:YV) mostraban niveles de rasgos de psicopatía entre moderados y severos. Del mismo modo, Dempster y Hart (1996) encontraron que los adolescentes condenados por asesinato o tentativa de asesinato con altas puntuaciones en la PCL-R tenían más probabilidad de haber cometido un asesinato de tipo sexual.

## 5. La peculiar trayectoria criminal de los delincuentes psicópatas

Se ha concluido, a través de distintos estudios, que aquella minoría de delincuentes adultos responsable del mayor número de delitos (mutirreincidentes), entre la que se encuentran un gran número de sujetos con rasgos psicopáticos, presenta una trayectoria criminal particular; se constata un inicio precoz de sus carreras delictivas, empezando a delinquir a una edad muy temprana (Anderson et al., 1999; Blackburn y Coid, 1998; Hemphill et al., 1998; Moltó et al., 2000) así como historiales criminales más persistentes (Farrington, Ohlin y Wilson, 1986; Loeber, Farrington y Waschbusch, 1998).

No existen muchos estudios que hayan examinado la trayectoria de la carrera criminal de los delincuentes psicópatas. Utilizando un punto de corte de 30 en la PCL-R, Porter et al. (2001) examinaron, en función de la psicopatía, la carrera criminal completa de 317 delincuentes federales canadienses y su salida a la comunidad una vez puestos en libertad. Los resultados mostraron que los delincuentes psicópatas, consistentemente, cometían más delitos violentos y delitos violentos no sexuales que otro tipo de delincuentes durante alrededor de 30 años, yendo éstos desde su adolescencia tardía hasta el comienzo de sus 40 (Harpur y Hare, 1994).

El número de delitos no violentos cometidos por delincuentes psicópatas declinó enormemente al final de sus 20 en comparación con los delitos violentos, que disminuían y volvían a repuntar al final de los 30 (por razones desconocidas) antes de que una disminución importante se evidenciase a lo largo de la edad adulta.

De manera importante, la actuación una vez en libertad de aquéllos que tenían bajas puntuaciones en la PCL-R mejoró con la edad, mientras que lo contrario ocurría con aquéllos que puntuaron alto. Es interesante notar que, tras la mitad de los 40, se producía una bajada dramática en el número de condenas por delitos violentos en aquellos sujetos con altas puntuaciones en la PCL-R. No está claro si esto se producía como resultado de una verdadera disminución en la tendencia a delinquir, a periodos más largos de encarcelamiento (con falta de oportunidad para volver a delinquir), a que se volvían más hábiles para no ser atrapados, o incluso a su muerte, quizás como resultado de su alta búsqueda de sensaciones y estilos de vida peligrosos (Harris et al., 2007; Rutherford et al., 1997).

Un hallazgo similar fue descrito por Hare (1988) en un estudio que comparaba las tasas de condena de delincuentes de entre 16 y 45 años que puntuaban alto y bajo en la PCL original. Hare y sus colegas encontraron que los delincuentes psicópatas entre los 16 y los 40 años cometieron más delitos que los delincuentes con puntuaciones bajas, tras lo cual la tasa de condena de los que puntuaban alto disminuía sustancialmente en comparación con los que puntuaban bajo, cuyos delitos eran menos frecuentes pero más consistentes. Esa disminución en el delito de los delincuentes psicópatas fue especialmente evidenciada para los delitos no violentos. Esto sugiere que la capacidad para la violencia entre los psicópatas podría ser relativamente estable (Harris et al., 1991).

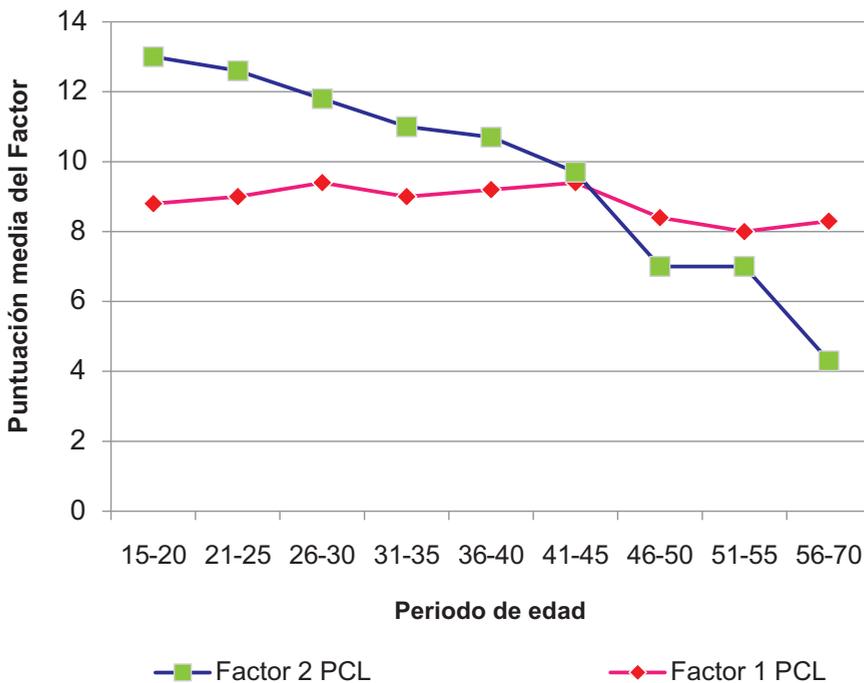
Así pues, parece que existe un cambio aparente en la psicopatía conforme avanza la edad del sujeto (Coid et al., 2009a,b; Hare, 2003). Harpur y Hare (1994), en el

mayor estudio que ha examinado la estabilidad de los rasgos de la psicopatía a lo largo de la edad adulta, informaron que los rasgos psicopáticos eran menos prevalentes en las cohortes de más edad, y que el Factor 2 de la PCL-R (desviación social) declinaba con la edad, mientras que el Factor 1 (interpersonal y afectivo) permanecía estable a lo largo de varios grupos de edad (ver Figura 2, más adelante).

Este hallazgo fue confirmado por Ulrich y sus colegas (2003) aplicando el modelo de los tres factores de la psicopatía en una muestra de prisioneros alemanes, quienes encontraron una disminución para el Factor 3 (impulsividad) relacionada con la edad.

Estos hallazgos no desconcertaron dada la asunción de que los rasgos interpersonales y afectivos (Factor 1) representan el núcleo de los rasgos de la personalidad (los cuales se asume que son estables a lo largo del tiempo); mientras, aquellos rasgos que conforman la desviación social (Factor 2) están relacionados con el comportamiento y, por lo tanto, pueden cambiar a lo largo del tiempo (Poythress et al, 2010).

**Figura 2.** Efectos de la edad en los factores 1 y 2 de la psicopatía (a partir de Harpur y Hare, 1994).



Hare (1996), basándose en la investigación y en su experiencia, señaló que los individuos con rasgos psicopáticos no cambiarían fundamentalmente con la edad sino que podrían adoptar diferentes tipos de comportamiento antisocial conforme ésta avanzase. Sin embargo, para Dhingra y Boduszek (2013), la naturaleza transversal de estos estudios excluye poder establecer conclusiones firmes respecto de la persistencia o no de los rasgos psicopáticos.

# **PARTE III.**

**El pesimismo respecto del  
tratamiento eficaz del  
delincuente psicópata  
durante el siglo XX**



## **1. Introducción**

En la parte III del trabajo vamos a realizar un breve recorrido por la historia previa a esta última década de avances, abarcando la casi totalidad del siglo XX; una historia aún reciente que, como veremos, mostró una visión generalmente pesimista frente a cualquier intento de rehabilitar a aquellos sujetos que reunían los criterios de psicopatía.

A partir del meta-análisis que llevó a cabo Salekin en 2002, y que explicamos en segundo lugar, pareció generarse un punto de inflexión que nos ha conducido a unos últimos años ricos en propuestas y estudios que serán objeto del siguiente apartado de este trabajo.

En la última parte de esta sección se resumen las intervenciones terapéuticas más relevantes que fueron puestas en marcha durante el último cuarto del siglo XX, fundamentalmente en los años 80 y 90; y si bien éstas, mayoritariamente, no lograron demostrarse eficaces del modo en que fueron planteadas, del trabajo de todas ellas, y también de sus errores y limitaciones, han surgido algunos de los modelos y programas de tratamiento actuales que se han revelado más prometedores.

## **2. La “intratabilidad” del delincuente psicópata: desde Cleckley hasta Salekin**

El pesimismo respecto a la posibilidad de tratar a los sujetos psicópatas, o lo que es lo mismo, de conseguir que éstos puedan cambiar, se remonta a los tiempos de Hervey Cleckley. La figura histórica más influyente en el moderno entendimiento de la psicopatía llegó a la conclusión al final de su carrera, a su pesar, de que los psicópatas eran intratables, escribiendo en la introducción de la 5ª edición de su obra “La máscara de la cordura” lo siguiente:

“He tenido la oportunidad de ver pacientes de este tipo que fueron tratados a través del psicoanálisis, mediante la psicoterapia de orientación psico-

analítica, en grupo y por la terapia “milieu”, y por muchas otras variantes del método dinámico... algunos... fueron tratados durante años... Ninguna de esas medidas me impresionó por el éxito de los resultados obtenidos... no contamos a día de hoy con ninguna clase de psicoterapia en la que confiar para cambiar la esencia del psicópata” (Cleckley, 1976, pp.438-439).

Estas conclusiones tan lúgubres de Cleckley tras décadas de experiencia, muy probablemente hayan disuadido a otros de intentar tratar a los psicópatas y, de hecho, esto puede seguir siendo así hoy en día dependiendo de cómo el término “esencia” sea definido. A pesar de haberse dado un goteo constante de informes sobre resultados de terapia con psicópatas desde los años 20 a los años 60, la revisión de Salekin (2002) encontró que, de 42 estudios del último siglo, sólo 6 fueron presentados después de 1980: el momento en el que la medición fiable de la psicopatía estaba justo empezando.

Entre esos últimos estudios, la evaluación retrospectiva de los años 60 en la Unidad de Terapia Social de Oak Ridge en Penetanguishene (Ontario) cerró la puerta para muchos bajo la recomendación de ni siquiera intentar el tratamiento. El estudio puntuó de manera retrospectiva a los participantes de un programa llevado a cabo bajo hospitalización y un grupo control en prisión usando la entonces recientemente disponible Escala de Psicopatía de Hare o *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991) y los resultados indicaron que, en comparación con los reclusos no tratados, el tratamiento llevado a cabo en el hospital hizo aún peores a los psicópatas incrementando su riesgo de nuevas condenas por delitos violentos tras realizar el programa (Rice, Harris y Cormier, 1992). El programa, involuntario, intrusivo y radical, podría ser considerado, con los estándares actuales, como dañino y falto de ética, por lo que no es difícil pensar que dañara a los psicópatas. ¿Pero, cómo exactamente? Los autores especularon con que el tratamiento llevaría a los psicópatas a volverse más habilidosos en cuanto a poder “leer” a los demás y, de ese modo, manipularlos y explotarlos (Harris y Rice, 2007; Rice et al., 1992).

¿Hasta qué punto es convincente esta propuesta tan popular? Según Polaschek y Daly (2013), un aumento en la capacidad para percibir los pensamientos y emociones en los demás, usada ésta para sus propios intereses, se diría que podría llevar a una disminución en la manipulación a través de la violencia (a menudo considerada el refugio de aquellos socialmente inhábiles) y, en vez de ello, a un aumento en la capacidad de elegir víctimas y métodos de explotación que minimizaran su detección por parte del sistema jurídico-legal. Es más, de los datos del propio programa no se deriva evidencia que apoye la idea de que los psicópatas estuvieran manipulando a los demás con mayor habilidad.

Por el contrario, dado que su comportamiento fue menos dócil, los psicópatas en este programa no voluntario era más probable, en relación a los demás, que fuesen derivados a un sub-programa disciplinario, con un informe de mala conducta, en un régimen de reclusión o siéndoles administrados alcohol y drogas (incluido LSD) con el propósito de doblegarlos físicamente (Skeem, Polaschek y Manchak, 2009). Ese régimen disciplinario continuaba “hasta que logran los objetivos del programa” (Rice et al., 1992, pág. 402). El estar sometido a acciones disciplinarias prede-

cía la reincidencia en toda la muestra: del mismo modo en los psicópatas y en los no psicópatas.

En conclusión, este programa coercitivo, punitivo e intrusivo podría haber dañado especialmente a los psicópatas debido a la mayor exposición de los clientes más resistentes a las intervenciones más tóxicas. Algunos posibles mecanismos que expliquen el resultado del incremento de riesgo de violencia incluirían un incremento en las atribuciones hostiles o el descontrol afectivo: ambos factores de riesgo empíricamente vinculados a la violencia (Polascheck y Daly, 2013).

Los resultados de aquel programa para psicópatas son consistentes con otras investigaciones que sugieren que las estrategias de control punitivo (Skeem et al., 2009) y algunos programas de tratamiento psicológico “de apoyo entre los iguales” (Lilienfeld, 2007) pueden ser yatrogénicos. En otras palabras, parece que el tratamiento sí que pudo dañar a los psicópatas, pero los mecanismos por los cuáles ocurrió esto no pueden ser deducidos a través de estos datos.

Tras la publicación de estos hallazgos se ha presentado poca investigación acerca de los resultados del tratamiento con delincuentes psicópatas. Sin embargo, una actitud generalmente negativa hacia el tratamiento de estos sujetos ha prevalecido tras posteriores evaluaciones documentadas sobre esta materia (por ej., Harris y Rice, 2007; Hart y Hare, 1997; Wong, 2000) y fue aún más apoyada por dos vías de investigación basadas en la validez predictiva de la PCL-R sobre muestras de tratamiento comprendidas, principalmente, por delincuentes con puntuaciones por debajo del punto de corte del diagnóstico de psicopatía.

En primer lugar, algunos estudios señalaron que las puntuaciones de la PCL-R estaban asociadas con un comportamiento disruptivo durante el tratamiento, a periodos de asistencia más corta al tratamiento y a una percepción más negativa del terapeuta respecto de la motivación y el progreso en el tratamiento (Hare, Clark, Grann y Thornton, 2000; Hobson, Shine y Roberts, 2000; Ogloff, Wong y Greenwood, 1990). Dicho de otro modo, las altas puntuaciones en la PCL-R se asociaban con un comportamiento más desafiante por parte del participante y una peor disposición al tratamiento.

En segundo lugar, una línea de investigación sobre el tratamiento con agresores sexuales iniciada por Seto y Barbaree (1999) generó (si bien al final infundadamente) nuevas preocupaciones sobre la inclusión de psicópatas en los programas de tratamiento con delincuentes. Seto y Barbaree (1999) examinaron la relación entre las puntuaciones en la escala de psicopatía PCL-R, el comportamiento del tratamiento y los resultados de reincidencia. Usando la división de la mediana para las puntuaciones de resultados del tratamiento y las puntuaciones de la PCL-R, crearon cuatro subgrupos. El hallazgo que preocupó fue que las puntuaciones en la PCL-R interactuaban con las puntuaciones en el tratamiento de tal modo que los hombres con mayores puntuaciones en la PCL-R y mejores evaluaciones en el tratamiento tenían una posibilidad mayor de volver a ser condenados por delitos serios (aunque no por cualquier delito) que los otros tres grupos.

Las limitaciones metodológicas del estudio incluían: (a) una muestra generalmente de bajo riesgo; la división de la mediana que solía crear grupos de “alta” y “baja”

psicopatía era sólo de 15 (sobre una puntuación máxima de 40); y muy pocos participantes reunían el punto de corte para la psicopatía (generalmente de 25 ó 30); (b) puntuaciones mayores en el tratamiento predecían un aumento de la reincidencia en delitos graves a lo largo de toda la muestra, haciendo difícil estar seguros del significado de las puntuaciones altas y bajas en el tratamiento; y (c) quizás lo más importante, una posterior ampliación del estudio que llevó un seguimiento mayor y unos datos de tasa de subsiguientes condenas más objetivos, no pudo replicar la interacción entre puntuaciones en el tratamiento y puntuaciones en la PCL-R (Barbaree, 2005). Además, posteriormente ocurrió que las puntuaciones en el tratamiento no eran replicables y estaban contaminadas por información no relacionada con el tratamiento de interés (Langton et al., 2006). Tomadas en conjunto, estas observaciones sugerían que el hallazgo fue espurio (Polaschek y Daly, 2013).

Sin embargo, los resultados de los estudios iniciales suscitaron una comprensible preocupación (Barbaree, Langton y Peacock, 2006), llevando a otros muchos estudios a investigar la importancia de las puntuaciones en la PCL-R en los resultados del tratamiento con agresores sexuales. De nuevo, dividiendo la muestra en cuatro grupos usando la mediana en las puntuaciones en la PCL-R y las puntuaciones en el progreso en el tratamiento, Looman, Abracen, Serin y Marquis (2005) encontraron que las puntuaciones en la PCL-R predecían la reincidencia, mientras que las puntuaciones del progreso en el tratamiento no lo hacían, y las dos no interactuaban. Una tercera replicación con una muestra más amplia que también incluía muchos de los casos del estudio de Seto y Barbaree (Langton, Barbaree, Harkins y Peacock, 2006), encontró de nuevo que las puntuaciones del tratamiento por sí solas no predecían el resultado, mientras que las del PCL-R sí. Ambos estudios usaron un punto de corte de la PCL-R de 25 (más indicativo de psicopatía) para crear grupos de alta y baja psicopatía. Ambos estudios encontraron que uno de los dos grupos de alta psicopatía (dividido por la calidad del resultado en el tratamiento) volvió a reincidir a una tasa estadísticamente equivalente a la de los dos grupos de baja psicopatía (también divididos en buenos y malos resultados del tratamiento).

Este resultado podría interpretarse como indicador de que algunos psicópatas se beneficiaron del tratamiento, dado que en cada estudio un grupo de alta psicopatía obtenía un resultado comparable a los delincuentes de baja psicopatía. Sin embargo, y generando cierta confusión, este resultado de mejora fue encontrado para los grupos que progresaban más pobremente en el tratamiento en Looman et al. (2005) y el grupo con mejor progreso en Langton et al. (2006), haciendo difícil explicar por qué una tasa de reincidencia más baja de lo esperado fue encontrada en estos subgrupos. Sin embargo, los resultados variables en estos estudios dan apoyo a la idea de que la heterogeneidad de la psicopatía medida con la PCL se extiende también a sus respuestas al tratamiento.

En resumen, sorprendentemente, ninguno de estos estudios demostró una diferencia significativa entre los psicópatas que respondieron pobremente al tratamiento y aquéllos que lo hicieron mejor y, en vez de ello, sólo demostraron que algunos grupos de psicópatas no lo hacen peor que los delincuentes menos psicópatas cuando se examina la tasa de reincidencia que sigue al tratamiento (Polaschek y Daly, 2013). Es más, ninguno de estos estudios tuvo como objetivo específico a los psicópatas para el tratamiento, ni tampoco los programas pretendían tratar la psicopatía; y ninguno

demonstró que los psicópatas fueran intratables. Con todo, todos ellos en conjunto han sido interpretados por algunos profesionales como un apoyo al punto de vista que sostiene que es mejor no incluir a la psicopatía dentro del empeño rehabilitador que se lleva a cabo en prisiones. En algunas jurisdicciones se ha respondido excluyendo a los psicópatas de los programas de tratamiento (D'Silva, Duggan y McCarthy, 2004).

En esta misma línea, en nuestro país y, posiblemente, por esa creencia general de terapeutas e investigadores de que la psicopatía (adulto y juvenil) es muy resistente a la intervención (Redondo, 2008), no han sido muchos los programas de tratamiento aplicados con psicópatas y, como consecuencia de ello, es menor el número de estudios evaluativos publicados (Redondo y Sánchez-Meca, 2003).

A mediados de los años 90, Garrido, Esteban y Molero (1996; Esteban, Garrido y Sánchez-Meca, 1996) revisaron 26 estudios evaluativos en los que se analizaron los datos de efectividad en una doble dirección: (a) comparándolos con los obtenidos por otros grupos de delincuentes con diagnósticos distintos al de psicopatía, y (b) pre-post, antes y después del tratamiento. Su conclusión fue que todos los resultados fueron sensiblemente negativos y contraproducentes.

Por último, confirmando esta visión pesimista mantenida casi unánimemente hasta comienzos del siglo XXI, Garrido afirmaba que, efectivamente, el poco interés demostrado en desarrollar programas de tratamiento para las personas diagnosticadas de psicopatía era, en parte, por la creencia compartida de que se trataba de personas “incurables” o no tratables (Garrido, 1993).

### **3. Un punto de inflexión: El meta-análisis de Salekin del año 2002**

Durante todo este periodo que acabamos de analizar, la perspectiva alternativa, esto es, la de que el tratamiento con los psicópatas puede funcionar, quedó reducida principalmente a un meta-análisis y varios artículos descriptivos de las investigaciones existentes sobre dicho tratamiento. Así pues, Salekin (2002) combatió el pesimismo sobre las perspectivas treatmentales del psicópata.

En los 42 estudios que él analizó, calculó las proporciones de casos exitosamente tratados a lo largo de todos ellos y los comparó con los resultados de un grupo control que conformó para dicho propósito. Los estudios examinados eran *tratamientos para la psicopatía*, a diferencia de las intervenciones más recientes centradas en el cambio del comportamiento criminal, y un número de estos estudios aseguraba que se habían encontrado mejoras en los rasgos de personalidad subyacentes, el comportamiento antisocial y el comportamiento delictivo. Salekin informó de que el tratamiento era especialmente efectivo cuando las intervenciones eran más intensas, cuando se dirigían a los jóvenes y a aquéllos diagnosticados usando la definición de psicopatía de Cleckley. Señaló que las modalidades más efectivas de tratamiento eran las cognitivo-conductuales y la psicoanalítica.

A pesar de las conclusiones alentadoras de Salekin, los estándares científicos en estos estudios fueron generalmente bajos. La mayoría de ellos fueron llevados a cabo antes de disponer de medidas de evaluación y diagnóstico fiables y bien establecidas, muchos de ellos adolecían de grupos de comparación no tratados y, además, utilizaban medidas de evaluación de resultados subjetivas y no validadas. En consecuencia, este estudio de Salekin y sus conclusiones generaron algunas críticas (Harris y Rice, 2006; Salekin, Worley y Grimes, 2010). Salekin identificó la pobre calidad de gran parte de la investigación; algunos investigadores contemporáneos (D'Silva et al., 2004; Wong, 2000) pensaron que esto generaba tanto problema que descontaron los hallazgos de muchos de los estudios contemplados por Salekin (2002), concluyendo alternativamente que, simplemente, no había evidencia científica convincente en relación a la tratabilidad o intratabilidad de los psicópatas.

#### **4. Los programas de tratamiento aplicados a los psicópatas a finales del siglo XX**

En su *Manual de técnicas de tratamiento para delincuentes*, Garrido (1993) llevó a cabo una recopilación de aquellos programas que, de forma más significativa, y durante los años 80 y 90, fueron aplicados para el tratamiento específico de la psicopatía, o bien aplicados a muestras que contenían sujetos diagnosticados de psicopatía o de un trastorno antisocial de la personalidad (en adelante, TAP), así como las técnicas empleadas en tales programas de forma más frecuente. Dada la alta coexistencia del consumo de sustancias y la psicopatía, muchos programas fueron dirigidos al tratamiento de la adicción primariamente. Sin embargo, y dado que las muestras a las que iban dirigidos incluían un número sustancial de sujetos diagnosticados de psicopatía o de un TAP, se contempló la utilización del programa como una intervención secundaria para el tratamiento de la psicopatía.

Así, a continuación, se enumeran estos programas más significativos, describiendo muy brevemente su contenido, tan sólo a los efectos de que el lector pueda hacerse una idea general del tipo de intervenciones que, hasta finales del siglo pasado, se habían llevado a cabo en relación con estos sujetos. Son los siguientes:

##### **- La Terapia Expresiva de Apoyo (*Supportive-Expressive Therapy*).**

Es una terapia de orientación analítica cuyas principales técnicas de tratamiento, como su propio nombre indica, son la expresiva (que intenta ayudar al paciente a identificar y trabajar los aspectos problemáticos de una relación) y el apoyo. Este tratamiento fue aplicado por Gerstley y su equipo (1989), aplicándose la terapia una vez por semana durante seis meses (24 sesiones) a sujetos adictos diagnosticados de un TAP. También fue aplicado por Woody et al. (1983) de la misma forma a pacientes que estaban recibiendo un tratamiento de metadona.

**- La Terapia Cognitivo-Conductual** (*Cognitive-Behavioral Therapy*).

Este tratamiento se centra en descubrir y comprender la influencia de los pensamientos, creencias y actitudes subyacentes a los sentimientos y conductas problemáticas de los sujetos, para que el paciente aprenda a corregir de forma sistemática sus pensamientos con el fin de que se adapten más adecuadamente a la realidad. Este tratamiento también fue aplicado por Gerstley y su equipo (1989) y por Woody et al (1983) bajo las mismas circunstancias y de forma conjunta al *Consejo de Drogas* que describimos a continuación.

**- El Consejo de Drogas** (*Drug Counseling*).

Se centra en la identificación de necesidades especiales y la asignación de servicios concretos. Este tratamiento se ocupa principalmente de suministrar recursos externos en lugar de enfrentarse con procesos intrapsíquicos. Los consejeros controlan el progreso revisando los análisis de orina, así como la labor llevada a cabo por los profesionales. Coordinan los servicios con los médicos, tribunales y agencias sociales, o ayudan a implementar la política y las normas del programa. Este tipo de tratamiento se aplicó, por una parte, en adición a la psicoterapia expresiva de apoyo y, por otra, junto a la psicoterapia cognitivo-conductual (Gerstley, 1989; Woody et al., 1983).

**- El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento** (*Coping Skills Training*). (Monti, Abrams, Kadden y Cooney, 1989).

Este tratamiento proporciona una experiencia de grupo altamente estructurada, diseñada para fomentar la adquisición de habilidades, incluyendo la solución de problemas, habilidades interpersonales, relajación y habilidades para el afrontamiento de la ira y el consumo de bebida. Fue aplicado por Kadden et al. (1989) como parte de un programa de intervención ambulatoria. La duración del programa fue de veintiséis semanas con sesiones de grupo de noventa minutos.

**- El Grupo de Terapia Interaccional** (*Interactional Group Therapy*).

(Getter, 1984). El objetivo de este tratamiento es explorar las relaciones interpersonales de los participantes y la patología tal como se manifiesta en las interacciones «aquí y ahora» dentro del grupo. Los terapeutas evitan dar guías específicas para el afrontamiento de los problemas. Esta intervención fue aplicada por Kadden et al. (1989), al igual que el tratamiento anterior, y bajo las mismas condiciones, con el fin de comparar los resultados de ambas intervenciones.

**- La Comunidad Terapéutica (TC).**

Las Comunidades Terapéuticas son programas de tratamiento residenciales con una duración que puede oscilar entre quince y veinticuatro meses. La mayor parte del personal clínico está constituido por ex-adictos, rehabilitados en la propia comunidad terapéutica. La meta específica es el desarrollo de un estilo de vida pro-social marcado por la abstinencia y la eliminación de actitudes y conductas antisociales. Generalmente, tras completar ocho meses de residencia, el plan de tratamiento contempla seis meses de vida independiente (De León, 1989).

**- Programa de Stoudenmire (Stoudenmire *et al.*, 1989).**

El programa del centro residencial, aplicado por Stoudenmire *et al.* (1989), incluía terapia de grupo e individual, educación sobre la adicción, ejercitación del aumento de control, ejercicio físico, educación para la nutrición, entrenamiento en técnicas de relajación, disertaciones y discusiones sobre el pensamiento racional, entrenamiento asertivo, y discusión y encuentros de Alcohólicos Anónimos. La duración del programa fue de seis semanas y la admisión en el programa se realizaba una vez los sujetos habían sido desintoxicados.

**- Programa de Mather (Mather, 1987).**

El programa aplicado para la recuperación del alcoholismo en el *Naval Hospital Roosevelt Roads* (Puerto Rico) descrito por Mather (1987), consistió en la hospitalización de los pacientes durante seis semanas, con actividades que incluían dos grupos diarios de terapia, consejo individual, encuentros de Alcohólicos Anónimos, administración diaria de «disulfirán» (Antabús), consejo familiar y sesiones, vídeos y discusiones relativas al alcoholismo y sus problemas relacionados.

**- La Comunidad Terapéutica Jerárquica (Ravndal y Vaglum, 1991a).**

El objetivo principal de las comunidades terapéuticas jerárquicas es el cambio global del estilo de vida, la abstinencia de drogas y la eliminación de la conducta antisocial. El modelo de tratamiento de las comunidades terapéuticas jerárquicas implica la utilización de técnicas de confrontación, por lo que el nivel de la tolerancia para los sentimientos agresivos debe ser alto. El programa de tratamiento, tal como lo aplicaron Ravndal y Vaglum (1991a), se centró en los cambios en la agresividad antisocial, y tiene una duración media de dieciocho meses.

**- Comunidad Terapéutica de Máxima Seguridad para Psicópatas y otros delincuentes con trastornos mentales (Rice *et al.*, 1992).**

Este programa comenzó a funcionar a principios de los años 90 en una institución de máxima seguridad y despertó el interés mundial por su orientación novedosa del tratamiento. Los participantes de las comunidades terapéuticas se atienden material y emocionalmente los unos a los otros, siguen las normas de la comunidad, se someten a la autoridad del grupo, y sufren las sanciones impuestas por el grupo (Jones, 1956; 1968). La honestidad, la sinceridad y la empatía para con los demás son altamente valoradas. Este tipo de comunidades se recomiendan para las adicciones, los delincuentes con trastornos mentales y para los delincuentes multirreincidentes (De León, 1985; Reid, 1989; Toch, 1980).

Este programa, tal como lo aplicaron estos autores, fue dirigido por los propios internos e implicó terapia de grupo intensiva durante alrededor de ochenta horas semanales. En la intervención llevada a cabo por Rice una pequeña proporción de los pacientes fueron diagnosticados de psicosis. Una de las razones de incluir a pacientes psicóticos en el programa fue el dar a los psicópatas una oportunidad de cuidar a tales individuos. La participación y el ingreso en la comunidad terapéutica no fue voluntario y no se utilizó como criterio de selección el deseo de participar.

**- La Terapia Ambiental en Wiltwyck (*Milieu Therapy at Wiltwyck*)**

(McCord, 1982). Se utilizó como un centro para el tratamiento de niños psicópatas y otros tipos de jóvenes delincuentes. El principio básico era evitar la brutalidad, el castigo y el autoritarismo. El personal estaba formado totalmente por graduados que habían sido seleccionados por su capacidad para tolerar la conducta abusiva.

**- La Escuela de Entrenamiento Lyman (*The Lyman Training School*)**

(McCord, 1982). La Escuela Lyman evolucionó desde ser un típico reformatorio público hasta convertirse en una escuela que recogía cientos de niños derivados por los tribunales. Un alto porcentaje manifestaban tendencias psicopáticas o pre-psicóticas. Los chicos de Lyman encontraban un ambiente muy distinto al de Wiltwyck. Aquellos que permanecían en Lyman durante dieciocho meses o más eran sometidos a un ambiente de orientación disciplinaria. La escuela enfatizaba una adhesión estricta a sus normas, una educación formal y labores agrícolas.

Carente de cualquier programa de tratamiento, Lyman suministraba servicios religiosos y una educación vocacional rudimentaria. No se ocupaba de formar al personal, no permitía ningún tipo de autogobierno o *counseling* ni intentaba fomentar las relaciones humanas.

### **La Psicoterapia de los Pacientes Diagnosticados Dualmente**

(Kaufman, 1989). Estaba destinada para aquellos sujetos con un problema de adicción que, a su vez, presentaban un trastorno psiquiátrico notable. Se dividía en tres fases:

- Fase 1, o de consecución de la sobriedad, que incluía: una evaluación del abuso de sustancias, evaluación psicopatológica y psicodinámica, evaluación familiar para determinar la participación de otros, la desintoxicación (metadona u otros fármacos, hospitalización, etc.), el inicio de la abstinencia mediante un contrato con el psicoterapeuta, y el contrato terapéutico entre el adicto y su familia.
- Fase 2, o de inicio de la rehabilitación, que implicaba: un apoyo, un acercamiento de psicoterapia directiva centrado en el abuso de sustancias y el objetivo de la abstinencia, así como en el tratamiento adecuado para los trastornos psiquiátricos concomitantes.
- Fase 3, o de avance de la rehabilitación, que utilizaba una orientación más tradicional, de exploración y reconstrucción de las cuestiones de fondo que subyacen al problema.

# **PARTE IV.**

**Avances en el  
tratamiento de los  
delincuentes psicópatas en  
la última década**



## **Introducción.**

### **2003-2013: Una década de avances**

Tras el meta-análisis de Salekin (2002), que supuso un punto de inflexión en la larga historia de pesimismo acerca de la posibilidad de tratar eficazmente a los psicópatas, durante la última década, entre 2003 y 2013, las investigaciones sobre la psicopatía y su tratamiento han comenzado a aumentar de nuevo; éstas han sido llevadas a cabo casi exclusivamente en contextos forenses, con la psicopatía medida o diagnosticada fundamentalmente a través de las escalas PCL. Los resultados de un buen número de estudios que demuestran la eficacia del tratamiento aplicado a este tipo de delincuentes han venido a reforzar el interés por llevar a cabo nuevas propuestas de modelos terapéuticos en este campo (y viceversa), así como el desarrollo de programas penitenciarios específicamente diseñados para sujetos con altas puntuaciones en psicopatía.

En este sentido, puede decirse que, en estos momentos, nos encontramos mucho mejor situados que antes para ofrecer luz respecto al tratamiento y la psicopatía al contar con una amplia gama de herramientas de medida y un número creciente de tratamientos para los delincuentes de alto riesgo y con trastorno de la personalidad.

De todo este avance reciente quiere ser reflejo esta parte IV del trabajo. Y con ese propósito dividimos la exposición de los avances en este campo en cuatro capítulos.

En primer lugar, hablaremos de los esfuerzos recientes en la formulación y adaptación de modelos terapéuticos para tratar a los delincuentes psicópatas, los cuales son la base sobre la que se asientan los programas analizados en el capítulo siguiente; así, se revisan cuatro modelos en particular: (1) un modelo RNR (Riesgo-Necesidad-Responsividad) en el que incluimos las particularidades del mismo en relación al tratamiento concreto de los sujetos psicópatas; (2) el recientemente propuesto modelo de los dos componentes de la psicopatía; (3) el modelo de la terapia dialéctica conductual adaptada para estos sujetos en particular; y (4) la también adaptación para este colectivo del modelo de la terapia de los esquemas.

En segundo lugar, presentamos una muestra de siete estudios llevados a cabo entre 2006 y 2013, que analizan los resultados de programas que han demostrado ser eficaces con delincuentes psicópatas, logrando el cambio a mejor de la mayoría de los sujetos que participaron en ellos. Se incluyen estudios de programas aplicados en distintos países (y continentes) pero que cuentan, todos ellos, con sistemas penitenciarios similares al nuestro; no se incluye ningún estudio llevado a cabo en España por no constarnos la existencia de tal.

A continuación, en el tercer capítulo, examinamos y resumimos los resultados de los programas que se han demostrado eficaces, analizando cuestiones como si ha sido posible constatar o no, en aquéllos que participaron en dichas intervenciones, una disminución de su reincidencia delictiva, de su comportamiento violento o, en su caso, de la gravedad de los nuevos delitos cometidos; nos planteamos también, a la luz de tales resultados, si cabe concluir que es posible cambiar los rasgos psicopáticos de los delincuentes tratados, esto es, su personalidad.

Por último, y en cuarto lugar, analizamos la cuestión de la responsividad al tratamiento del delincuente psicópata, dado que el hecho de que seamos capaces de obtener mejoras en los factores de riesgo dinámicos no implica, por sí solo, que podamos tratar eficazmente al sujeto.

## Capítulo primero

### Avances en desarrollo de modelos de tratamiento aplicables al delincuente psicópata

#### 1. Introducción

Vamos a analizar en este capítulo cuatro propuestas recientes de modelos de tratamiento que, o bien han sido originalmente planteadas para su aplicación con delincuentes psicópatas (es el caso del modelo de los dos componentes de Wong, Gordon, Gu, Lewis y Olver, 2012), o bien se trata de modelos terapéuticos ya existentes que han sido recientemente adaptados para ser aplicados con este colectivo específico (es el caso de las adaptaciones para el tratamiento de los psicópatas de la terapia dialéctica conductual, de Galietta y Rosenfeld, 2012; y de la terapia de los esquemas, de Bernstein, 2012).

Además, presentaremos en primer lugar, por ser la base de la mayoría de los tratamientos aplicados hoy en día a los delincuentes (incluidos los psicópatas), el modelo RNR (de los principios de Riesgo-Necesidad-Responsividad) de Andrews y Bonta (1998-2004), exponiendo seguidamente a este modelo general, la adaptación particular que de sus principios realizaron Wong y Hare en 2005 para los delincuentes psicópatas. Concretamente, este modelo RNR ha sido considerado por algunos como el modelo de rehabilitación de delincuentes mejor validado (McGuire, 2008), y como podrá verse más adelante (ver en este trabajo: parte IV, capítulo segundo), muchas de las intervenciones eficaces que se analizan en estudios recientes se apoyan, precisamente, en la aplicación de este modelo.

En segundo lugar analizaremos el modelo de los dos componentes de la psicopatía de Wong y sus colegas (2012), ideado como marco para guiar una intervención de reducción del riesgo en los delincuentes más peligrosos, y que propone que el tratamiento puede ser conceptualizado más clara y fructíferamente relacionando las cuestiones de riesgo, necesidad y responsividad del modelo anterior (RNR) con los factores 1 y 2 de la escala PCL-R de medición de la psicopatía. Haremos, pues, mención a su relación con ese modelo RNR y también con el marco para el tratamiento de los trastornos de personalidad propuesto por Livesley (2003, 2007) con el que es igualmente consistente.

En tercer lugar expondremos el modelo de la terapia dialéctica conductual (TDC) adaptada para los delincuentes psicópatas a partir de la propuesta original formulada por Linehan (1999, 2002) para el trastorno de personalidad límite. Los autores de esta adaptación ponen el acento del tratamiento en la regulación de las emociones y el control de los impulsos, al hilo de una creciente literatura científica acerca de los déficits neurológicos en los psicópatas que ha demostrado sus deficiencias en la percepción y regulación de emociones. La experiencia previa de Galietta y Rosenfeld con sujetos psicópatas que habían participado previamente en su programa piloto de TDC

les hizo identificar determinadas necesidades y desafíos respecto a su tratamiento, que suponen la base para esta adaptación y que se describirán en este apartado.

Por último y en cuarto lugar, presentaremos el modelo de la terapia de los esquemas adaptada para los delincuentes psicópatas por Bernstein (Bernstein et al., 2012) a partir de la propuesta original de Young (2003). El autor de esta adaptación afirma que podría haber encontrado un tratamiento aplicable a incluso a los peores casos de psicopatía, si bien, como veremos, la investigación que ha de respaldar dicha afirmación sigue aún en curso; una de las particularidades de esta propuesta es que se centra en el estado emocional del paciente.

Desde nuestro punto de vista, estos esfuerzos recientes en la formulación y adaptación de modelos terapéuticos para tratar a los delincuentes psicópatas son un reflejo del optimismo creciente respecto de los resultados alcanzables con este colectivo.

Asimismo, las nuevas propuestas en este campo facilitan las bases para seguir avanzando en la elaboración de programas de tratamiento eficaces con este conjunto de delincuentes que tanto riesgo plantean.

## **2. El Modelo RNR (Riesgo - Necesidad - Responsividad)**

### **2.1. Características generales del Modelo RNR**

Tal y como se lamentaba Cleckley (1976) acerca de los pobres resultados del tratamiento de la psicopatía basado en la psicoterapia orientada psicoanalíticamente, la terapia Milieu, y otras terapias dinámicas, los resultados del uso de estos tipos de tratamiento con delincuentes han sido bastante pobres o no concluyentes. Según Polaschek (2013) tan sólo a lo largo de los últimos 25 años, los delincuentes, en general, han sido considerados susceptibles de tratamiento a partir del surgimiento de un cuerpo de meta-análisis, aún en desarrollo, que ha demostrado que el riesgo delictivo puede ser reducido mediante tratamientos efectivos, con preponderancia en los últimos años de intervenciones grupales de tipo cognitivo-conductual orientadas al delito. Estos meta-análisis han servido para extraer una serie de principios de cara a diseñar e impartir estos programas. Muchos de estos principios son probablemente importantes de cara a la eficiencia (Polaschek, 2011a). Sin embargo, los tres más ampliamente reconocidos son: Riesgo (*Risk*), Necesidad (*Need*) y Responsividad o disposición al tratamiento (*Responsivity*), (Andrews, Bonta y Hoge, 1990). De ahí que los principios sean conocidos, colectivamente, como el “Modelo RNR”.

Múltiples evidencias han permitido determinar que estos principios básicos orientan los proyectos de intervención que logran buenos resultados en términos de disminución de la reincidencia en delito (Bourgon y Armstrong, 2005). Así, el modelo RNR, desarrollado para guiar la evaluación y el tratamiento de los delincuentes en general, ha sido considerado el modelo de rehabilitación de delincuentes mejor validado (McGuire, 2008).

Podríamos resumir así las características principales de cada uno de los tres principios:

- **Principio de Riesgo.** Establece que el nivel de tratamiento que ha de recibir un delincuente debe ajustarse a su nivel de riesgo. Esto es, delincuentes de mayor riesgo requieren niveles intensivos de tratamiento, mientras que los infractores de más bajo riesgo requieren niveles mínimos de intervención (Bonta, 2001). Esto implica poder contar con la capacidad para evaluar el riesgo de manera fiable.

- **Principio de Necesidad.** Identifica dos grandes tipos de necesidades en el delincuente: las criminógenas (estáticas y dinámicas) y las no criminógenas. Las necesidades criminógenas dinámicas son aquellos factores de riesgo que, al poder ser modificados, se asocian con cambios en la reincidencia. El tratamiento efectivo para el delincuente será aquel que se enfoque fundamentalmente hacia este tipo de necesidades (Bonta, 2001). Así, por ejemplo, el abuso de sustancias y los problemas laborales son necesidades criminógenas que deben ser abordadas por la intervención; en tanto que necesidades en principio no criminógenas (por ej., la ansiedad y la autoestima) deberían limitarse a un rol secundario, dado que focalizar la intervención sobre estos aspectos no impactaría sobre el comportamiento delictivo en el futuro.

- **Principio de Responsividad** (o disposición a responder al tratamiento). Establece que existen ciertas características cognitivo-conductuales y de personalidad en los delincuentes que influyen sobre su disposición a responder ante diversos tipos de tratamiento. En general, las intervenciones de carácter cognitivo-conductual u orientadas al aprendizaje social parece que logran mejores resultados que otras estrategias de tratamiento (responsividad general). Sin perjuicio de ello, la manera en la que se dispongan las acciones de tratamiento debe considerar los estilos de aprendizaje y motivaciones de las personas que participan de la intervención (responsividad específica).

Idealmente, terapeutas cálidos, entusiastas, respetuosos, bien entrenados y supervisados aplicarán estos principios usando las técnicas cognitivo-conductuales más efectivas para tratar el riesgo delictivo (Andrews y Bonta, 2006). Sin embargo, es importante señalar que, cuando los participantes del programa muestran características que suponen un desafío al compromiso y al cambio, estos terapeutas habrán de esforzarse en trabajar *con* esas características difíciles (por ej., hostilidad, pobre motivación, pobre aprendizaje) más que tomarlas como un indicador de que el cliente no es susceptible de tratamiento. Esta actitud es importante porque las características difíciles de los participantes son inherentes a aquellos que pueden beneficiarse más del tratamiento. Un número de esas mismas características contribuye al riesgo delictivo o de algún modo covaría con él, por consiguiente resultan más prominentes en esos clientes identificados para seguir el tratamiento de acuerdo al principio de riesgo (Polaschek y Daly, 2013).

El impacto sobre la reincidencia delictiva en aquellos programas que se adhieren a los tres principios citados es modesto, pero importante, variando el tamaño del efecto de 0.15 a 0.34 (Andrews y Bonta, 2006).

Así pues, resumiendo, podemos decir que los mayores efectos para reducir el riesgo de comisión de nuevos delitos proviene de centrarse en aquellos casos que suponen un mayor desafío, debiéndose dirigir a aquellos factores potencialmente susceptibles de cambio que predicen mejor el delito, y siendo necesarios terapeutas habilitados y optimistas que persistan con sus clientes, incluso cuando éstos no cooperan y generan frustración.

## **2.2. Aplicación del Modelo RNR al tratamiento de los delincuentes psicópatas**

La evidencia sugiere que el enfoque de tratamiento basado en los principios RNR (Riesgo-Necesidad-Responsividad) parece ser efectivo para producir cambios significativos en la disminución del riesgo y en reducir la gravedad del delito en la muestra de delincuentes altamente psicópatas y de alto riesgo; de hecho, el diseño y los objetivos de tratamiento de los programas que presentamos con detalle en un apartado posterior de este trabajo (ver parte IV; capítulo segundo) han estado basados en estos principios RNR.

Dado el perfil particular y cualitativamente distinto del delincuente psicópata, consideramos interesante analizar cada uno de estos principios de Riesgo, Necesidad y Responsividad desde el punto de vista de su aplicación al tratamiento de estos sujetos con altas puntuaciones en psicopatía.

### **a) El principio de Riesgo en el tratamiento del delincuente psicópata**

Uno de los factores de riesgo más potente, concretamente para el riesgo de reincidencia violenta, es de la psicopatía en tanto que concepto medido por la PCL-R de Hare (PCL-R; Hare, 1991, 2003) y sus derivadas (PCL:SV; Hart et al., 1995; y PCL:YV; Forth et al., 2003). Recientes meta-análisis indican que la correlación entre las puntuaciones de la PCL-R y la reincidencia violenta varían entre .25 y .35 (Hemphill, Hare y Wong, 1998; Hemphill y Hare, 2004; Salekin, Rogers y Sewell, 1996).

Por lo tanto, una importante implicación del principio de Riesgo es que los criterios de selección para la admisión al programa de tratamiento han de estar basados en una evaluación cuidadosa de la psicopatía y del riesgo de violencia, utilizando medidas validadas de evaluación del riesgo como la PCL-R y la Escala de Riesgo de Violencia (VRS). En el caso de la PCL-R, una puntuación de 30 o más en la escala

es el punto de corte sugerido para identificar a los psicópatas susceptibles de tratamiento específico (Hare, 2003) y debería poder asegurar que los delincuentes reúnen los criterios de selección de cara a iniciar con ellos un programa de tratamiento (si bien los propios autores de las escalas acaban concediendo valor de diagnóstico cuando se alcanza una puntuación menos exigente, de 27).

En sentido opuesto, es importante señalar que algunos delincuentes tienen un riesgo tan bajo de reincidencia (medible, entre otros, a través del concepto de psicopatía y sus escalas PCL) que el tratamiento adicional no implicaría una mayor disminución del riesgo si se compara con el grupo control no tratado (es el efecto suelo; Lipsey, 1995). Los recursos, por tanto, serán mejor utilizados en tanto se dirijan a los delincuentes de alto riesgo y es responsabilidad de los profesionales que seleccionan candidatos para sus programas de tratamiento, el considerar si merece la pena incluir o no a los psicópatas no violentos en el programa (Wong y Hare, 2005).

El principio del Riesgo implica, además, que se debe controlar con especial cuidado el abandono de los participantes del tratamiento así como la expulsión del programa, o podría ocurrir que los profesionales acaben tratando a un grupo de sujetos de bajo riesgo. Se ha constatado que aquéllos que abandonan suelen ser los que más riesgo de reincidencia tienen, frente a los que permanecen en el programa (Krawczyk, Witte, Gordon, Wong y Wormith, 2002; McKenzie et al., 2002; Andrews y Wormith, 1984). Y es que, habida cuenta del perfil del psicópata, para el terapeuta puede ser alta la tentación de expulsar a determinados sujetos difícilmente manejables o disruptivos, o bien no fomentar suficientemente su adherencia al programa cuando muestran deseos de abandonar.

### **b) El principio de Necesidad en el tratamiento del delincuente psicópata**

Ya hemos explicado anteriormente que el tratamiento es más efectivo cuando se dirige a los factores dinámicos ligados a la criminalidad y a la violencia (esto es, los factores criminógenos). Así pues, los delincuentes deberían ser evaluados mediante instrumentos que recojan una variedad de factores de riesgo dinámicos. Los factores criminógenos vinculados a la violencia son, por definición, dinámicos o modificables por naturaleza y deberían ser considerados como objetivos del tratamiento. La Escala de Riesgo de Violencia (VRS) de Wong y Gordon (2001, 2004c) puede ser utilizada para evaluar esos factores dinámicos vinculados a la violencia, tales como: actitud criminal, control emocional y agresión interpersonal. En contraste, los factores de riesgo estáticos, como el historial delictivo o la encarcelación, pueden predecir la violencia pero no son modificables y no pueden usarse como objetivos tratamentales.

Wong y Hare (2005) destacan una serie de efectos derivados de este principio de necesidad y que serían de aplicación para el tratamiento con delincuentes psicópatas:

**- Aquel tratamiento dirigido adecuadamente a los factores criminógenos conducirá a una reducción del riesgo.** Así, por ejemplo, señalan que si

una distorsión cognitiva facilita la violencia de un psicópata, una reducción en relación a dicha distorsión cognitiva derivará en la reducción de la violencia; y, al contrario, el tratamiento no dirigido a factores criminógenos no llevará a reducir el riesgo; de ese modo, por ejemplo, si un psicópata posee pocas habilidades de empleabilidad, pero esto claramente no se relaciona con una mayor posibilidad de cometer delitos, enseñar al psicópata habilidades que favorezcan su empleabilidad mejorará sus perspectivas de encontrar un trabajo, pero no reducirá su riesgo de violencia. Estas habilidades en particular, si bien útiles para la vida en general no suponen, sin embargo, una necesidad criminógena.

- **El tratamiento ha de ser comprensivo.** Así pues, debe ser considerada una amplia variedad de objetivos de tratamiento ligados a las distintas necesidades criminógenas que se detectan en el sujeto a tratar. Por ejemplo, un delincuente con problemas relacionados con el abuso de sustancias (caso habitual entre los psicópatas), y que cuenta con actitudes, estilo de vida y amistades criminales, se beneficiará más de un programa dirigido a todas esas áreas que sólo a una.

- **El cambio en el tratamiento debe medir el cambio en los factores criminógenos identificados.** Los desarrollos más recientes en la evaluación del riesgo han visto emerger instrumentos que tienen en cuenta factores estáticos y dinámicos (modificables). Es el caso del *Level of Service/Case Management Inventory* o LS/CMI de Andrews, Bonta y Wormith (2004), el *Historical-Clinical-Risk-20* o HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997b) y la *Violence Risk Scale* o VRS (Wong y Gordon, 2001). Los psicópatas y no psicópatas comparten muchos factores de riesgo; sin embargo, los psicópatas tienen más probabilidad de contar con factores de riesgo asociados a la violencia y, generalmente, tienden a tener más de ellos en relación a los no psicópatas.

### c) El principio de Responsividad en el tratamiento del delincuente psicópata

Algunas de las características de responsividad que es probable que se demuestren importantes al aplicar el tratamiento a los sujetos psicópatas son:

- **Alianza terapéutica.** La importancia del vínculo entre la relación terapeuta-cliente y el resultado positivo del tratamiento ha sido bien establecida, así como la responsabilidad del terapeuta de alimentar dicha relación. Las facetas de personalidad más relevantes en esta cuestión son las interpersonales y afectivas que conforman el Factor 1 de la PCL-R (Wong y Hare, 2005). Los rasgos interpersonales consisten principalmente en comportamientos explotadores tales como: la manipulación, la mentira, la no asunción de responsabilidad, y el encanto superficial. Los rasgos afectivos son síntomas negativos tales como: el afecto superficial, la falta de remordimiento o culpa, la falta de empa-

tía y el rechazo a asumir responsabilidad por el comportamiento. Ambos conjuntos de rasgos tienen importantes implicaciones para el tratamiento. Estos autores opinan que, si bien sería irreal intentar establecer cualquier lazo real de afectividad con el psicópata, la relación entre terapeuta y delincuente debe ser respetuosa de cara a obtener el máximo beneficio del tratamiento.

- **Motivación al tratamiento.** La motivación al tratamiento, operativizada en el Modelo de los Estadios de Cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), es una manera útil de conceptualizar los diferentes niveles de motivación que un psicópata podría experimentar en el tratamiento. Nos referiremos a este modelo más adelante, en el apartado de *Pautas prácticas para el diseño y aplicación de un programa de tratamiento con los delincuentes psicópatas* (en la parte V de este trabajo).

- **Déficits de procesamiento de la información.** El hecho de que una vez que los psicópatas están centrados en determinados comportamientos orientados hacia un objetivo concreto, tiendan a no considerar determinadas señales del contexto que, si bien periféricas, son relevantes (en particular las relacionadas con el castigo), tiene importantes implicaciones para el tratamiento. Wong y Hare señalan que cambiar conductas basadas en información disponible de tipo contextual-social (relacionada con el castigo o cualquier otra) es clave de cara a las relaciones interpersonales y sociales apropiadas. La deficiencia de los psicópatas para procesar la información en esta área es un importante factor de responsividad y la aplicación del tratamiento debería contemplar esta deficiencia.

### 3. El modelo de tratamiento de los dos componentes

#### 3.1. Introducción al modelo

Podría parecer intuitivamente obvio que el tratamiento de la psicopatía, un trastorno de la personalidad, debería centrarse en mejorar dicho trastorno y, de ese modo, disminuir el riesgo de violencia asociado a él; sin embargo, el vínculo entre los rasgos nucleares de personalidad de la psicopatía y la violencia es débil (Wong et al., 2012).

Mientras que la asociación entre la psicopatía evaluada a partir de la PCL-R (definida por la puntuación total de la PCL-R) y la violencia está bien establecida (Hare, 2003), no sucede lo mismo cuando se consideran los factores de la PCL-R separadamente. Parece especialmente relevante para el tratamiento de reducción de la violencia en psicópatas la asociación diferencial de los rasgos del Factor 1 y del Factor 2 con la violencia. Revisiones sistemáticas de la literatura previa han señalado un vínculo entre las puntuaciones del Factor 1 y del Factor 2 y la violencia (Hemphill, Hare y Wong, 1998; Hare, 1996). El resultado de un reciente meta-análisis (Yang, Wong y

Coid, 2010), usando modelos multi-nivel para abordar problemas metodológicos previos mostró que, mientras que había vínculos moderadamente fuertes entre las puntuaciones totales en la PCL-R y los rasgos del Factor 2 con la reincidencia violenta, no existían tales vínculos entre los rasgos nucleares de personalidad del Factor 1 y la violencia en muestras de delincuentes comunes o forenses. Otros han cuestionado también el vínculo causal entre los trastornos de personalidad y la violencia (Duggan y Howard, 2009).

Los resultados globales sugieren que el tratamiento de los delincuentes que se dirige a cambiar los rasgos nucleares de la personalidad del Factor 1 probablemente no producirá una disminución de la violencia; mientras que el tratamiento dirigido a cambiar los comportamientos crónicamente antisociales y pobremente regulados, esto es, las características del Factor 2, sí podría traer consigo tal disminución.

Sabemos que los rasgos del Factor 1 están fuertemente asociados con los comportamientos que interfieren en el tratamiento (Barbaree, 2005; Hobson, Shine y Roberts, 2000; Hughes et al., 1997). Por lo tanto, en el tratamiento para psicópatas de reducción de la violencia se deberían controlar y manejar cuidadosamente las características del Factor 1 de cara a minimizar comportamientos tales como la búsqueda de la división entre los profesionales (manipulación), la mentira y la tendencia a la discusión (Wong et al., 2012).

En Wong y Hare (2005) se plantean debates acerca de cómo lidiar con tales comportamientos interferentes. Ellos proponen que algunos enfoques que podrían ser útiles incluirían el trabajar con delincuentes psicópatas a través de un pequeño equipo cohesionado (en vez de individualmente), lidiar proactivamente con cuestiones que impliquen discrepancias entre los profesionales, establecer una comunicación abierta, vigilar cualquier indicio temprano de traspaso de los límites terapéuticos y establecer pautas claras para el mantenimiento de la confidencialidad. Al mismo tiempo, las intervenciones cognitivo-conductuales y de habilidades pueden dirigirse a reducir las características criminógenas y violentas vinculadas al Factor 2 para disminuir el riesgo de violencia y de reincidencia. Reduciendo las características del Factor 2, que forman parte de la puntuación total de la PCL-R se estará, de hecho, reduciendo la psicopatía tal y como es evaluada a través de la PCL-R.

Si bien muchos de los ítems del Factor 2 son estáticos por naturaleza (por ej., los problemas de conducta tempranos de comportamiento o la versatilidad criminal), el Factor 2 es, en realidad, una evaluación representativa de un patrón establecido de comportamientos antisociales y un estilo de vida disfuncional que son susceptibles de cambio mediante el tratamiento (Wong, Gordon, Gu, Lewis y Olver, 2012).

La varianza del Factor 2 puede ser aprehendida de una forma más propicia para guiar el tratamiento mediante el uso de herramientas de evaluación del riesgo dinámico que también están diseñadas para medir la criminalidad y la violencia, como es el caso de la ya mencionada Escala de Riesgo de Violencia o *Violence Risk Scale* (VRS; Wong y Gordon, 2006) y la Escala de Riesgo de Violencia, en su versión para Agresores Sexuales (VRS-SO, Olver et al., 2007). Por ejemplo, los 20 ítems dinámicos de la escala VRS diseñados para predecir la violencia, identificar objetivos de tratamiento y para guiar el tratamiento, están altamente correlacionados ( $r=.80$ ) con el Factor 2. De acuerdo a Wong y sus colegas (2012), esta conceptualización del trata-

miento de la psicopatía, si se demuestra que tiene apoyo en la investigación, traería consigo tanto la disminución de la violencia como de la psicopatía.

### 3.2. Características del modelo de tratamiento de los dos componentes

Wong, Gordon, Gu, Lewis y Olver (2012) han propuesto recientemente, basándose en su extensa investigación con psicópatas violentos y agresores sexuales, un modelo de dos componentes de la psicopatía ideado como marco para guiar un tratamiento de reducción del riesgo en los delincuentes más peligrosos.

Apoyándose en las escalas PCL-R/SV, este equipo de investigadores propone que el tratamiento puede ser conceptualizado más clara y fructíferamente relacionando las cuestiones de la responsividad (*Responsivity*) o los comportamientos que interfieren en el tratamiento, con el Factor 1, y las cuestiones de riesgo (*Risk*) y necesidad (*Need*) con el Factor 2. Argumentan que, reduciendo las puntuaciones en el Factor 2, estaríamos efectivamente reduciendo la psicopatía (medida por la PCL). Señalan que las puntuaciones del Factor 2 suponen una representación estática de una amplia tendencia a la antisocialidad, consistente con la superioridad que tiene el Factor 2 en la predicción de los resultados de criminalidad y violencia (Skeem et al., 2011), y que la evidencia empírica apoya el que se dirija la atención hacia el cambio de los elementos relacionados con el Factor 2 para lograr disminuir la reincidencia.

El modelo de los dos componentes propone que las características del Factor 1 conforman el “Componente interpersonal” o Componente 1, y los elementos del Factor 2 el “Componente criminógeno” o Componente 2. Sus autores proponen un seguimiento atento de las características del Factor 1 para asegurar que son manejadas enérgicamente (por ej., las citadas anteriormente: manipulación, tendencia a la mentira, tendencia a la discusión). Si estos comportamientos son abordados de manera efectiva, habrá espacio para ponerse manos a la obra con las cuestiones nucleares de cara a reducir las necesidades criminógenas, que están fuertemente correlacionadas con las características del Factor 2.

La idea de que el tratamiento de la psicopatía debería centrarse tanto en la reducción de la violencia y la delincuencia, como en el manejo de los comportamientos de los delincuentes psicópatas interferentes con el tratamiento fue establecida inicialmente por Wong y Hare (2005), si bien no en la forma de un modelo con dos componentes.

### **3.3. Relación del modelo de los dos componentes con el marco de tratamiento de los trastornos de personalidad de Livesley**

El modelo propuesto de tratamiento de los dos componentes también es consistente con el marco para el tratamiento de los trastornos de personalidad propuesto por John Livesley (Livesley, 2003, 2007). Éste planteó que los principios del tratamiento del trastorno de personalidad incluían un factor genérico, no específico, y un factor técnico o específico. Los factores genéricos incluían, a su vez, el establecimiento de una alianza terapéutica o un compromiso positivo y reforzante entre terapeuta y clientes. De modo similar al Componente 1, la necesidad de establecer tal alianza es particularmente crucial en la terapia con psicópatas dado que son muchos los comportamientos interferentes con el tratamiento que podrían dificultar enormemente el establecer dicha alianza y el mantenimiento de la integridad del tratamiento. Los factores técnicos o específicos, de acuerdo a este autor, consisten en intervenciones específicas que deberían adaptarse a las áreas problemáticas del sujeto. Para la psicopatía, las intervenciones deberían ir dirigidas a problemas ligados a comportamientos antisociales y a la violencia como plantea el Componente 2 del modelo propuesto.

En general, los componentes interpersonal y criminógeno de modelo de los dos componentes son consistentes con los factores genéricos y específicos propuestos por Livesley para el tratamiento del trastorno de la personalidad (Wong et al., 2012).

### **3.4. Relación del modelo de los dos componentes con el modelo RNR**

Como hemos visto anteriormente en este mismo apartado sobre los modelos de tratamiento, dentro de la explicación del modelo RNR, muchos programas de rehabilitación de delincuentes han sido desarrollados atendiendo a los principios de Riesgo, Necesidad y Responsividad (principios RNR) establecidos por Donald Andrews y James Bonta (1998-2010).

Sabemos, pues, que la intensidad del tratamiento debe ir acorde con el nivel de riesgo del sujeto; aquéllos con un alto nivel de riesgo deberían recibir un tratamiento más intensivo o una mayor dosis del mismo (principio del Riesgo). Los delincuentes de bajo riesgo que requieren poco o ningún tratamiento son más pro-sociales generalmente y, por lo tanto, más fáciles de manejar. Atendiendo al principio de Riesgo evitaríamos los sesgos, intencionados o no, conducentes hacia la selección de aquellos delincuentes de bajo riesgo más fácilmente manejables pero para los que el tratamiento sería “innecesario”.

Las necesidades criminógenas individuales ligadas a la delincuencia deberían ser identificadas y convertirse en el objetivo del tratamiento (principio de Necesidad). De nuevo, atendiendo a este principio de Necesidad, los terapeutas pueden verse ayudados al diferenciar entre necesidades criminógenas frente a no criminógenas en aquellos delincuentes que presentan una amplia variedad de necesidades que requieren

atención. Los psicópatas, de cara a dar una buena imagen de sí mismos, a menudo pueden engatusar a los terapeutas llevándoles a dirigir la intervención hacia aquellas necesidades fácilmente abordables pero irrelevantes desde el punto de vista de los objetivos del tratamiento. Finalmente, la forma concreta de llevar a cabo el tratamiento debe acomodarse a las características particulares de los sujetos, tales como: su estilo de aprendizaje, características de personalidad y bagaje cultural (principios de responsividad específicos) y el uso de enfoques de tratamiento cognitivo-conductuales (principios de responsividad generales).

El modelo propuesto de los dos componentes también es consistente con estos principios del modelo RNR (Wong et al., 2012). Los autores de aquel modelo señalan que, en tanto que es probable que muchos delincuentes psicópatas sean considerados de alto riesgo por sus altas puntuaciones en la PCL-R, todos ellos necesitarían un tratamiento más intensivo y, por lo tanto, el principio de Riesgo parece no se aplica particularmente a este grupo de sujetos que cuentan de manera más uniforme con un alto riesgo. Por su parte, dicen, el Componente criminógeno (o Componente 2) es totalmente consistente con el principio de Necesidad del RNR; esto es, se deben tratar los problemas más directamente ligados a la delincuencia. El principio de Responsividad (o respuesta al tratamiento) del RNR es amplio y se refiere a cuestiones de responsividad tanto generales como específicas. El Componente Interpersonal (Componente 1) está más relacionado con la descripción de responsividad específica hecha por el modelo RNR; esto es, se ha de atender a la personalidad individual y a otras características interpersonales que podrían tener efectos perjudiciales en la integridad del tratamiento.

En resumen, podemos afirmar que el modelo de los dos componentes es consistente con el marco de tratamiento existente para los trastornos de personalidad y con el marco general propuesto de rehabilitación del delincuente.

### **3.5. Limitaciones del modelo**

Sin embargo, como teoría para la rehabilitación (Ward et al., 2007), la propuesta del modelo de los dos componentes tiene varias limitaciones importantes que constriñen su profundidad explicativa.

Polaschek y Daly (2013) hacen notar, primeramente, que los factores de la PCL-R aparecen altamente correlacionados. Aunque hay poca contribución única por parte del Factor 1 a la predicción del delito y la violencia, tiene un poder predictivo a través de su superposición con el Factor 2, lo que sugiere que, aunque la PCL-R no mide un solo constructo, tampoco está abarcando dos constructos completamente independientes. Relacionado con ello, señalan, establecer vínculos conceptuales entre el Factor 1 y el Factor 2 no es difícil. Muchos de los comportamientos relacionados con la delincuencia vistos como una evidencia del Factor 2 contienen en su interior evidencia adicional de características como la sensación grandiosa de autovalía, insensibilidad, y falta de remordimiento o culpa (por ej., en cómo el delincuente trató a su

víctima). Una consecuencia de este solapamiento podría muy bien ser que una reducción de las características del Factor 2 fuese acompañada de una disminución en el Factor 1, si bien quizás más modesta. Hasta hoy todavía no hay evidencia de ello.

#### **4. Modelo de la terapia dialéctica conductual adaptada para el tratamiento de delincuentes psicópatas**

##### **4.1. Introducción al modelo**

Michele Galietta y Barry Rosenfeld (2012), buscando encontrar un modelo de tratamiento que encajara bien con las necesidades de intervención de los delincuentes psicópatas, han presentado recientemente una adaptación de la Terapia Dialéctica Conductual (en adelante, TDC) dirigida a poder tratar este tipo de sujetos.

Buscando una posible explicación para el éxito limitado de las intervenciones tradicionales con psicópatas en el ámbito penitenciario, los autores plantearon que, a menudo, éstas se han centrado, principalmente, en el cambio de pensamientos y conductas, dejando de lado la regulación de las emociones y el control de los impulsos. Sin embargo, las intervenciones requieren que un sujeto disponga de la habilidad de beneficiarse de la psicoeducación sobre las emociones y conectar su propia experiencia de ira al material aprendido en el tratamiento. Y para esto hace falta contar con capacidades que, muy posiblemente, faltan en muchos sujetos con rasgos psicopáticos (por ej., pensamiento abstracto o la auto-observación de sus propias acciones y deseos).

Por otro lado, la desregulación de la emoción y la impulsividad han sido cada vez más reconocidos como elementos centrales de muchos trastornos de personalidad problemáticos (Fairholme et al., 2010; Kuo y Linhenan, 2009). De un modo similar, una creciente literatura acerca de los déficits neurológicos en los psicópatas ha demostrado deficiencias en la percepción y regulación de emociones entre individuos con psicopatía (Blair, 2005; Motzkin et al., 2012; Muller, 2010; Osumi et al., 2012; Raine y Yang, 2005). Así, el fallo de no haber abordado los déficits en el reconocimiento y regulación de emociones podría haber tenido como consecuencia muchos de los tibios resultados de tratamiento obtenidos con los sujetos psicópatas (Galietta y Rosenfeld, 2012).

Dada la importancia de la emoción en múltiples aspectos de la psicopatía, así como la evidencia cada vez mayor de un vínculo conceptual y conductual con el trastorno límite, los autores revisaron la literatura del tratamiento de trastornos de la personalidad en busca de la intervención que mejor se adaptase al tratamiento de sujetos con niveles altos de psicopatía. La intervención que cuenta con mayor apoyo empírico para cualquier trastorno de la personalidad es la Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Límite (por ej., Linehan, 1999, 2002; van den Bosch et al., 2002).

Además, el modelo de Linehan propone que las dificultades conductuales asociadas con el trastorno límite son la consecuencia de un problema central de desregulación emocional (una incapacidad generalizada para controlar emociones). De acuerdo con esta teoría, dos elementos (una vulnerabilidad biológica y un ambiente adverso) interactuarían a lo largo del tiempo generando cada vez más conductas desadaptadas.

La actual teoría e investigación sobre la etiología de la psicopatía apoya dicha hipótesis acerca de una relación recíproca entre biología y ambiente que provocaría las constelaciones de comportamientos observados en aquellos sujetos identificados como altos en psicopatía (Waldman y Rhee, 2006).

Así pues, el que el modelo biosocial de Linehan del trastorno límite encajase bien con el hecho de que los síntomas del trastorno límite se solapen con facetas de la psicopatía, parecieron proporcionar a los autores una sólida justificación teórica de cara a llevar a cabo una adaptación de la TDC para el tratamiento de la psicopatía.

## **4.2. Adaptación de la TDC a los delincuentes psicópatas**

La experiencia de Galietta y Rosenfeld (2012) con sujetos psicópatas que habían participado previamente en su programa piloto de TDC les hizo identificar determinadas necesidades y desafíos respecto a su tratamiento.

Así, estos autores señalan que, en primer lugar, parece que cualquier tratamiento dirigido a esta población requeriría un conjunto único de componentes que habitualmente no se encuentran en otras intervenciones, incluida la aplicación tradicional de la TDC. En segundo lugar, si bien los psicópatas conforman un grupo heterogéneo, muchos tienen déficits en pensamiento abstracto y resolución de problemas que no han sido abordados adecuadamente por los elementos estándar de la TDC. Tercero, la experiencia previa sugiere hacer ver que hace falta tratar toda la gama de emociones más allá de la ira o la hostilidad. Por último, el compromiso del delincuente con el tratamiento, por más que aquél se vea obligado a realizarlo por mandato judicial, no deja de ser un aspecto crucial que deberá recibir especial atención a la hora de aplicar este tratamiento.

### **4.2.1. Etapas del tratamiento de la TDC adaptada para psicópatas**

Como en la TDC estándar, esta adaptación de Galietta y Rosenfeld para sujetos psicópatas está basada en un tratamiento en etapas. El primer estadio es el de pre-tratamiento. Pasar de éste al de tratamiento requiere que el cliente se comprometa al cambio y que el terapeuta y el cliente lleguen a un acuerdo sobre los objetivos de la intervención. Los clínicos utilizarán la técnica de “los pros y contras” para ayudar a los sujetos a decidir si participan en el programa.

Si bien la adaptación propuesta hace uso de todas las estrategias estándar proporcionadas por Linehan de cara a fortalecer el compromiso, se ha visto que una de las más útiles para fomentarlo es la de “libertad de elección con ausencia de alternativas”. Linehan (1993) recomendó estrategias para ayudar a los sujetos a comprometerse a trabajar por “una vida que mereciera la pena”, pero tales estrategias requieren una adaptación considerable para los sujetos psicópatas. En este sentido, los autores recomiendan identificar una vida libre de la intervención de la justicia como un poderoso elemento motivador en tanto que el sujeto pueda visualizar cómo sería esa vida.

Una vez ha sido alcanzado un nivel adecuado de compromiso (por modesto que sea), la siguiente tarea será el acuerdo sobre los objetivos de tratamiento.

#### **4.2.2. Terapia individual**

La conceptualización de casos es una parte esencial de la intervención terapéutica individualizada. En el caso de los delincuentes psicópatas, Galietta y Rosenfeld (2012) afirman que un buen punto de partida para abordarla es el motivo por el cual el sujeto fue derivado al tratamiento. En la TDC estándar el terapeuta recaba toda la historia de intentos de suicidio y conductas autolesivas del sujeto, pero en el caso de los psicópatas lo que estos investigadores proponen es recoger lo más extensamente posible la información acerca de la historia de violencia del sujeto y otros comportamientos delictivos.

Al comienzo del tratamiento, el delito inmediato será examinado a través de un análisis de cadena de conductas, a la luz de la experiencia paso a paso del sujeto durante el evento. Del mismo modo, el terapeuta dirigirá un análisis de la cadena de conductas para cada hecho violento grave del pasado. Esto implica reunir la información secuencial respecto a pensamientos, emociones, sensaciones corporales, y acciones. Idealmente, el terapeuta contará con información objetiva acerca de esos hechos (fundamentalmente a través de expedientes que recojan su historial).

El terapeuta y el cliente usan la información de esas cadenas de conductas para entender mejor los factores que pudieron influir en el comportamiento del individuo y crean una jerarquía de objetivos treatmentales. Tales objetivos se priorizarán en base a los objetivos terapéuticos individuales estándar de la TDC. Cada categoría de objetivos de tratamiento podría incluir comportamientos múltiples, ordenados jerárquicamente (por ej., amenazas de muerte a alguien con cierto grado de intencionalidad, amenazas de hacer daño sin intencionalidad de llevarlas a cabo, llevar armas...etc).

La estructura de la sesión semanal está basada en el manual de tratamiento estándar de la TDC y, de ese modo, comienza con el terapeuta revisando una tarjeta diaria en la que el sujeto hace un seguimiento de comportamientos, tales como: actos violentos, abuso de sustancias, engaños; emociones y experiencias, como el aburrimiento; y del uso de habilidades durante la semana. Usando la jerarquía de los objetivos de tratamiento individualizados del sujeto, el terapeuta establece una agenda de trabajo para cada sesión. Terapeuta y sujeto colaboran en añadir o quitar de esa agenda.

En cada sesión el terapeuta dirige un análisis de cadena de conductas para poder entender los comportamientos vinculados a objetivos del tratamiento. Es importante resaltar que la actitud del terapeuta a lo largo de cada sesión ha de ser la de no juzgar (mostrando más curiosidad que confrontación). El terapeuta empleará para ello las técnicas estándar de la TDC de alternar a lo largo del tratamiento validación y estrategias de cambio.

Si bien no es posible describir aquí todas las estrategias de la TDC, Galietta y Rosenfeld resaltan un elemento importante del tratamiento que acabamos de mencionar: la validación. Ésta se refiere a comunicar al cliente que se ve la sensatez o validez de sus pensamientos, sentimientos y conductas. No obstante, para los sujetos psicópatas, con un contexto a menudo plagado de comportamientos agresivos, se advierte al terapeuta que debe tener mucho cuidado de no validar nunca (esto es, de tratar como si fueran sensatos) comportamientos que son inherentemente inválidos, tales como acciones violentas o dañinas. Para lograr este propósito, el terapeuta deberá validar cierta parte de la experiencia del cliente (si es posible). Cabría validar, por ejemplo, una emoción que da lugar a un tipo de comportamiento sin validar el comportamiento en sí.

Otra estrategia útil e importante en la TDC es el sinceramiento, pero es igualmente espinosa en el contexto del tratamiento con sujetos psicópatas. Los autores de esta adaptación de la TDC señalan que su equipo de tratamiento, a menudo, limita el sinceramiento en relación a detalles de la vida concreta del terapeuta (por ej., dónde vive). Al mismo tiempo, se ha visto que es esencial para el tratamiento de sujetos psicópatas un sinceramiento adecuado, si bien limitado, y concretamente respecto de los sentimientos del terapeuta y las reacciones a las conductas del cliente.

### **4.2.3. Grupo de aprendizaje de habilidades**

Los grupos de aprendizaje de habilidades tienen lugar en sesiones de 90 minutos a las que los sujetos acuden inmediatamente después de su sesión individual o antes de ella. Dadas las necesidades únicas de los delincuentes psicópatas, los autores de esta adaptación han tenido que modificar muchas de las habilidades enseñadas en estas sesiones.

Para empezar, el lenguaje utilizado para describir y debatir habilidades ha sido simplificado, por lo que el nivel de lectura es mucho menor al requerido en la TDC original de Linehan, adaptándose así al nivel medio de este tipo de población. Además, han sido añadidas otras habilidades desarrolladas para aplicarse en otros contextos de la TDC, tales como la de “caminar por el sendero del medio”, que fue desarrollada para adolescentes pero parece útil para fomentar la validación en sujetos con psicopatía. Este conjunto de habilidades es particularmente útil para los delincuentes psicópatas que, aunque quizás superficialmente encantadores y sociales, a menudo poseen poca capacidad para validar a los demás.

Se han añadido igualmente habilidades dirigidas al reconocimiento y solución de problemas, que parecen ser déficits globales para muchos delincuentes, incluidos los

psicópatas. Por otro lado, en esta adaptación de la TDC se han suprimido algunas habilidades como la de “rebelión alternativa”, que podría reforzar en los sujetos psicópatas la satisfacción derivada del engaño a los demás.

Por último, se han enfatizado técnicas para el uso de la toma de conciencia (*mindfulness*) respecto del reconocimiento y generación de emociones, así como para generar compasión hacia los demás. Es sabido que los psicópatas tienen dificultades para mostrar empatía, dada su limitada gama de emociones. Sin embargo, mostrar compasión no significa que necesariamente tengan que entender la experiencia emocional del otro y, así, muchos sujetos podrían llegar a aprender a comportarse de un modo más empático con los demás, que es lo que busca la TDC, mediante el aprendizaje de habilidades de utilización de determinadas posturas corporales (por ej., la media sonrisa), suavizando al expresión de opiniones, reduciendo los comportamientos de enfrentamiento...etc.

#### **4.2.4. Equipo de Consulta**

Se considera al Equipo de Consulta como una de las columnas vertebrales del tratamiento de la TDC. Es el mecanismo a través del cual los terapeutas son retroalimentados sobre sus acciones en términos de consistencia con el modelo de la TDC. Es un mecanismo primario que proporciona apoyo a los terapeutas que tratan con individuos enormemente problemáticos. Trabajando con psicópatas, Galietta y Rosenfeld destacan la importancia del Equipo de Consulta para identificar y enfrentar el riesgo de “burn-out” (o síndrome de “estar quemado”) del terapeuta. Este Equipo de Consulta se reúne una o dos horas por semana, con una agenda marcada por los terapeutas que imparten el programa basada en auto-evaluaciones de sus propias necesidades así como de cuestiones que se estén dando en los sujetos a los que tratan.

Una de las partes centrales de esta terapia, particularmente en su adaptación a los sujetos psicópatas, se centra en generar compasión. Así pues, durante el Equipo de Consulta se aprovechará para pedir a los terapeutas que lleven a cabo ejercicios de *mindfulness* para ayudarles a generar compasión hacia los individuos problemáticos con los que trabajan, con la esperanza de que sean capaces de enseñar más efectivamente a sus clientes cómo han de generar compasión ellos mismos.

### **4.3. Limitaciones de esta adaptación de la TDC para psicópatas**

Galietta y Rosenfeld (2012) citan en su estudio un caso particular de aplicación de esta terapia adaptada a modo de ejemplo ilustrativo de su experiencia generalmente exitosa con este tratamiento.

Sin embargo, hacen notar que esta adaptación resulta especialmente beneficiosa para los casos en los que: (1) los sujetos psicópatas muestran problemas de desregulación de emociones y comportamiento impulsivo; (2) los sujetos han supuesto un mayor desafío, si bien no insuperable, debido a que mostraban un tipo de afecto constreñido.

Señalan que, a pesar de una evidencia preliminar de tratamiento exitoso, es necesario seguir refinando esta intervención, en particular con aquellos sujetos que adolecen de la gama típica de experiencias emocionales y capacidad de conexión interpersonal. Igualmente, es necesario mejorar en cuanto a la evaluación de resultados del tratamiento, dado que resulta limitado confiar en auto-informes de mejoras y cambios, o indicadores tan toscos como el reingreso en prisión.

Para finalizar, subrayan que el trabajo realizado con esta terapia adaptada, hasta la fecha, se ha llevado a cabo con delincuentes si bien en contextos externos a prisión, generalmente con sujetos condenados por delitos menores y, por lo tanto, este enfoque requeriría de adaptaciones adicionales para poder ser usado en contextos institucionales, donde la severidad de la psicopatía y sus conductas problemáticas son mucho mayores.

## **5. El modelo de la terapia de esquemas aplicado al tratamiento de los psicópatas**

### **5.1. Introducción al modelo**

Una reciente y novedosa investigación llevada a cabo por el equipo de David Bernstein, de la Universidad de Maastrich, parece que podría haber encontrado un tratamiento aplicable a los sujetos psicópatas que sería eficaz incluso para los peores casos de este trastorno: la terapia de esquemas (Van Vinkeveen, 2012).

Bernstein está dirigiendo, a día de hoy, un estudio a gran escala en Holanda con más de 100 pacientes internados en siete clínicas de las denominadas TBS; estas clínicas son hospitales de máxima seguridad para el tratamiento de delincuentes con trastornos mentales que se encuentran internados bajo mandato judicial en cumplimiento de una suerte de medida de seguridad, conocida como “TBS” (acrónimo del holandés “*TerBeschikkingStelling*”); esta medida implica el tratamiento obligatorio bajo custodia para aquéllos que han cometido delitos graves que conllevan un castigo de más de cuatro años de prisión.

Los resultados preliminares de este estudio (Bernstein et al., 2012) han resultado prometedores, por lo que no hemos querido dejar de recoger esta propuesta, aunque sea brevemente, dentro de esta parte del trabajo que recoge los *Avances en el desarrollo de modelos terapéuticos aplicables a los delincuentes psicópatas*.

En su primer grupo de pacientes, este equipo de investigación observó una disminución del riesgo de reincidencia y, lo que es crucial, que este riesgo descendía de un modo más rápido en el grupo considerado como más psicopático (el mismo grupo que a menudo se consideraba como más “intratable”). Bernstein insiste en que es necesario ser precavidos a la hora de interpretar estos resultados, en tanto no son estadísticamente significativos y no se ha establecido aún ningún patrón consistente. Sin embargo, afirma que “si estos resultados se confirmaran para toda la población objeto de la investigación, se habría encontrado el primer tratamiento efectivo específicamente dirigido para psicópatas”.

## 5.2. Contenido del modelo de tratamiento de la terapia de esquemas

El tratamiento aplicado a estos pacientes se denomina terapia de esquemas. La terapia de esquemas fue inicialmente desarrollada por Jeffrey E. Young (Young, 2003) para ser utilizada en el tratamiento de trastornos de personalidad y trastornos crónicos del Eje I, cuando los pacientes no respondían o recaían tras haber pasado por otro tipo de terapias (por ejemplo, las tradicionales de orientación cognitivo-conductual). Se trata de una psicoterapia integradora que combina elementos de las escuelas cognitivo-conductuales, teoría del apego, Gestalt, constructivistas y elementos dinámicos (Young, 2003, p. 6). Así, una de las características más destacadas de la terapia de los esquemas es que ofrece, tanto al terapeuta como al paciente, un marco integrador que sirve para organizar y comprender patrones profundos, persistentes y auto-derrotistas de pensamientos, conductas, sentimientos y de relaciones con los demás, que Young ha denominado “esquemas disfuncionales tempranos”.

Lo que hace a este método único es que se centra no en aquellos rasgos de carácter inmodificables, sino en el estado emocional del paciente. Utiliza un paquete de técnicas de tratamiento especiales, siendo la más importante la denominada “reparentización limitada”. En el establecimiento de la relación con el paciente, el terapeuta asume el rol parental. Bernstein y su equipo (2012) señalan que los psicópatas son, a menudo, antisociales y desapegados emocionalmente, no confían en nadie y rehúsan cooperar, por lo que para ganar su confianza el terapeuta debe adoptar un rol compasivo y solícito. El objetivo es lograr vencer ese desapego emocional y conducir a los pacientes hacia una situación más vulnerable, haciéndolos “más suaves”.

El siguiente paso consiste en enseñar a los pacientes acerca de cómo expresar sus emociones. Esto se lleva a cabo utilizando el lenguaje de “Modos”. Un Modo es un estado emocional (intimidante, agresivo, manipulador) que puede ejercer el control de un paciente de manera temporal y jugar un importante papel en el comportamiento violento. Los Modos hacen referencia a partes del sí mismo que no han sido integradas en una personalidad consistente (Young, 2003). Forman parte de un patrón recurrente en la vida del sujeto y se activan ante determinados estresores.

La hipótesis de Bernstein es que detrás de estos esquemas emocionales extremos reside un lado más vulnerable y que ésa es la clave para acceder a las emociones fuer-

tes. Muchos pacientes fueron abusados o maltratados cuando eran niños y el objetivo sería ayudar a curar esas heridas tempranas. Además, la capacidad del paciente para la auto-reflexión va creciendo y aprenden la manera de controlar mejor sus frustraciones y conductas impulsivas.

En resumen, señala Van Vinkeveen (2012), puede decirse que la terapia de esquemas lucha por transformar la personalidad del paciente a través del cambio de sus Modos.

### **5.3. Alcance de los resultados de esta intervención**

El autor de este estudio afirma que es difícil saber si este tipo de intervención acabará siendo primaria en el tratamiento de los psicópatas. Y, si bien duda de que pueda ser aplicable a todo tipo de psicópatas, hace notar que, aunque con esta terapia de esquemas únicamente se pudiese tratar al 50% de ellos, el cambio en el ámbito de este trastorno sería radical. Sólo a nivel de eficiencia de costes, se ha estudiado que los recursos invertidos en tres años de intervención con la terapia de esquemas (alrededor de 20.000 euros) representarían un gasto significativamente menor que el de admitir a un paciente en una de las clínicas TBS holandesas (con un coste aproximado de 160.000 euros al año).

En relación a la controversia que genera una intervención de esta naturaleza, Bernstein entiende el escepticismo. De hecho, lo considera normal habida cuenta de la peligrosidad de los pacientes en cuestión, y del hecho de que durante 200 años los psicópatas han venido siendo considerados intratables. Por eso, dice, se insiste en que estos resultados positivos son aún preliminares y que es necesario seguir avanzando en la investigación.



## Capítulo segundo

### Avances en los programas de tratamiento eficaces para delincuentes psicópatas

#### 1. Introducción

En este apartado del trabajo exponemos, con cierto detalle, los aspectos más interesantes de siete estudios recientes (publicados entre 2006 y 2013) que han analizado los resultados de programas de tratamiento para delincuentes con altas puntuaciones en rasgos psicopáticos, a priori resistentes al cambio y, de acuerdo a la visión mantenida durante décadas por parte de la literatura especializada, supuestamente intratables.

La muestra de estudios seleccionada nos parece bastante representativa de las distintas tipologías de sujetos psicópatas a las que van dirigidas normalmente las intervenciones en este campo, estando incluidos en dichos estudios: (1) muestras de delincuentes psicópatas condenados por delitos violentos, pero también de sujetos condenados por delitos con un componente sexual (caso del estudio sobre el programa *Clearwater*; Olver, 2007; Olver y Wong, 2012); (2) muestras de delincuentes varones adultos (la mayoría), pero también muestras de delincuentes juveniles (estudio sobre el programa del Centro Juvenil de Mendotta, de Caldwell et al., 2006), lo que permite valorar hasta qué punto los resultados encontrados en el tratamiento de adolescentes psicópatas son consistentes con los hallados en los adultos con puntuaciones altas en psicopatía; (3) contextos penitenciarios puros y contextos psiquiátricos forenses (como es el caso de los estudios del centro psiquiátrico de Saskatoon, de Wong, Gordon, Gu, Lewis y Olver, 2012; y el estudio sobre el programa del centro psiquiátrico forense de Rooyse Wissel, de Chakssi et al., 2010).

Por otra parte, estos estudios han sido llevados a cabo en distintos países (Canadá, Estados Unidos, Holanda, Reino Unido, y Nueva Zelanda), y dentro de sistemas penitenciarios con características similares al nuestro, por lo que las líneas coincidentes en muchos de sus resultados cobran especial fuerza y permiten pensar en poder adoptar algunas sus propuestas de intervención, con las modificaciones que fueran necesarias, a la población penitenciaria española.

Además de detallar los resultados observados de los programas de tratamiento analizados en estos estudios, incluimos una descripción del contenido de dichos programas, así como de las particularidades de su puesta en marcha, con el fin de facilitar la identificación de aquéllos factores que hubieran podido contribuir a tales resultados y que pudieran ser de interés para el desarrollo de este tipo de intervenciones en nuestro país, habida cuenta de la eficacia que han demostrado tener para los delincuentes psicópatas que participaron en ellos.

Pero, sobre todo, la selección de estos estudios se ha llevado a cabo con el propósito final, de acuerdo al espíritu de este trabajo, de demostrar que los programas aplicados a candidatos bien seleccionados, bajo modelos de tratamiento adecuados a las necesidades de estos sujetos, con la intensidad adecuada, la implicación de los tera-

peutas, y el apoyo de entornos proclives a la intervención tratamental, pueden lograr resultados muy esperanzadores de cambio para una población de delincuentes que, de no intervenir con ellos, seguirá causando mucho daño a futuras víctimas y a la sociedad en general.

## **2. Los programas de tratamiento para delincuentes de alto riesgo del CPR de Saskatoon (Canadá)**

A continuación vamos a describir tres estudios llevados a cabo en Canadá: los dos primeros evalúan los resultados de dos programas de tratamiento, uno para delincuentes sexuales y otro para delincuentes no sexuales. El objetivo de tratamiento de ambos programas fue la disminución del riesgo de reincidencia sexual y violenta, respectivamente. Los psicópatas no fueron excluidos de los programas, si bien tampoco seleccionados específicamente para ellos. Los dos programas han estado operando durante entre 15 y 20 años en el Centro Psiquiátrico Regional (CPR) en Saskatoon, en Canadá. Este CPR es un hospital psiquiátrico forense que forma parte del Servicio de Prisiones de Canadá. Se especializa en la evaluación y tratamiento de delincuentes de alto riesgo y alta necesidad.

Tanto el programa para delincuentes violentos, llamado Programa de Control del Comportamiento Agresivo (*Agressive Behavior Control –ABC- Program*) o Programa ABC, como el Programa Clearwater para agresores sexuales centran su objetivo principal del tratamiento en la disminución de la reincidencia, y los principios RNR (tríada de principios de Riesgo-Necesidad-Responsividad) se presentan como aquéllos que han de guiar, con carácter general, el desarrollo del tratamiento. Ambos programas se muestran congruentes con la conceptualización ofrecida por el modelo de los dos componentes, ya explicado en un apartado anterior de este trabajo.

Tanto el estudio del programa Clearwater como el estudio del programa ABC investigaron si los delincuentes psicópatas que habían participado en alguno de los dos programas habían mostrado mejoras, esto es, una disminución del riesgo, vinculada ésta a una disminución de la reincidencia sexual o violenta una vez puestos en libertad. El tercero de los estudios llevados a cabo en el CPR de Saskatoon utilizó un diseño de grupo control para comparar resultados de tratamiento de un grupo de psicópatas que fueron tratados con un grupo control no tratado.

### **2.1. El programa *Clearwater* para agresores sexuales**

#### **2.1.1. Introducción**

El cuerpo de la investigación, en gran medida basado en Olver y su equipo (2007) y Olver y Wong (2009, 2012), presentó la evaluación del riesgo de delito sexual, la

evaluación del cambio tratamental y un seguimiento a largo plazo una vez en libertad, de una cohorte heterogénea y amplia ( $N=321$ ) de delincuentes sexuales que fueron tratados en el marco del Programa Clearwater para agresores sexuales entre 1983 y 1997; algunos de ellos presentaban rasgos psicopáticos significativos. La PCL-R fue utilizada para evaluar la psicopatía, y la Escala de Riesgo de Violencia Sexual (*Violence Risk Scale Sexual Offender version* o VRS-SO; Wong et al., 2003) fue utilizada para medir el riesgo de delincuencia sexual y el cambio tratamental. La VRS-SO, que comprende 7 ítems estáticos y 17 ítems dinámicos puntuables en una escala de 4 puntos (0,1,2,3), está diseñada para medir el riesgo de comisión de un delito sexual, identificar objetivos de tratamiento y evaluar cambios en el riesgo como consecuencia del tratamiento. Toda la muestra de los pacientes del programa Clearwater fue puntuada previa y posteriormente al tratamiento con la escala VRS-SO a partir de una información documental amplia, mientras que aproximadamente la mitad ( $n=156$ ) fueron también evaluados con la PCL-R usando las mismas fuentes documentales. Se llevó a cabo un seguimiento sobre la muestra durante una media de 10 años tras su puesta en libertad.

### 2.1.2. Programa de tratamiento Clearwater

El Programa Clearwater ha estado funcionando desde comienzos de los años 80. Fue desarrollado como un programa de alta intensidad con una duración aproximada de 8 meses y 15-20 horas por semana de contacto terapéutico o trabajo relacionado. Si bien el programa ha ido cambiando y evolucionando a lo largo de los años en tamaño (aumentando de 12 a 24 a 48 camas), contenido y estructura, su modelo terapéutico general ha tenido siempre un enfoque cognitivo-conductual y de prevención de recaídas (Gordon y Nicholaichuk, 1996). Ha ido incorporando continuamente nuevo conocimiento y práctica en la evaluación de los delincuentes y en su tratamiento, como sería el caso de la aplicación de los principios RNR, Riesgo-Necesidad-Responsividad (Andrews et al., 1990; Andrews y Bonta, 1994-2010) y, más tarde, algunos elementos del modelo *Good Lives* (Ward, Mann y Gannon, 2007). Tras la admisión en el programa Clearwater, se lleva a cabo una evaluación inicial amplia utilizando varias medidas (que han incluido la escala VRS-SO, una vez fue desarrollada) de cara a medir el riesgo pre-tratamiento individual, identificar las necesidades criminógenas vinculadas a la delincuencia sexual y violenta que deben ser priorizadas en el tratamiento, e identificar los factores de responsividad que podrían tener impacto en el tratamiento, tales como la falta de motivación o los déficit cognitivos. La psicopatía es evaluada cuando así se requiere. Cada participante elabora un ciclo delictivo que detalla los pensamientos, sentimientos y conductas que le llevaron al delito. Las fortalezas y déficits de afrontamiento son identificados, se enseña la adquisición de nuevas habilidades y los participantes son alentados a implementar esos nuevos aprendizajes en su día a día, en tanto que ello sea posible.

El programa Clearwater está diseñado para delincuentes sexuales de riesgo moderado a alto; muchos de ellos son delincuentes federales canadienses condenados a dos o más años de prisión. El programa cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales de tratamiento: psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales,

terapeutas ocupacionales, funcionarios de prisiones y oficiales de libertad condicional (*parole*). El tratamiento se imparte en formato grupal e individual. Cada participante es asignado a un terapeuta primario que le asiste en el desarrollo de nuevas habilidades cognitivas y de conducta en las interacciones del día a día. Los módulos de tratamiento se imparten en grupos de 10-12 personas, abarcando muchos aspectos del funcionamiento del delincuente sexual ligados al riesgo (por ej., actitudes y cogniciones, desarrollo de relaciones sanas, o sexualidad). Los terapeutas ejercen también de modelo para la adquisición de habilidades interpersonales adecuadas y están pendientes de las cuestiones de responsividad al tratamiento. Se espera de los participantes que se ayuden unos a otros cuando sea necesario. Se busca que el ambiente del grupo sea reforzante pero también retador, de tal modo que los delincuentes puedan analizar, con honestidad y en detalle, los patrones y las cuestiones de su delincuencia sexual de tal modo que ello les permita elaborar un ciclo del delito y un plan de prevención de recaídas.

Una vez finalizado el programa, se lleva a cabo una valoración del riesgo post-tratamiento, basada en la escala VRS-SO y otras medidas, para evaluar los cambios generados por la intervención y para proporcionar recomendaciones y un plan de cuidados de cara a su puesta en libertad, el cual garantice una asistencia dentro de la comunidad a la que se reincorporan. Todas las medidas de resultados en el programa de investigación, revisadas más adelante, estuvieron basadas en evidencia documentada oficialmente, que incluyó condenas por delitos violentos o de tipo general, disponible en el Centro de Información de la Policía Canadiense. En los tres estudios se tuvo mucho cuidado para evitar la potencial contaminación de los criterios. Toda la información de resultados de reincidencia fue recogida por una persona independiente no involucrada en otros aspectos de la recogida de datos y sólo cuando toda la información relativa al estudio, incluida la de las escalas VRS, VRS-SO y puntuaciones de cambio, había sido obtenida.

### **2.1.3. Resultados del programa Clearwater**

Olver y Wong (2006, 2009) encontraron que el 28,8% de su muestra del programa Clearwater podía ser diagnosticada de psicopatía utilizando la puntuación de corte de 25 en la PCL-R, recomendada para los diagnósticos basados en información documental (Wong, 1988). Así pues, el programa contenía una proporción nada desdeñable de delincuentes psicópatas, dándose las mayores tasas base de psicopatía entre los violadores y los delincuentes de tipo mixto. Mientras que Olver y Wong (2009) encontraron que los delincuentes sexuales psicópatas tenían más probabilidades que los no psicópatas de abandonar el tratamiento ( $r = .21, p < .01$ ), fue interesante el hecho de que se encontrara que cerca de las tres cuartas partes de los psicópatas (73%) completaron el tratamiento (ver Figura 3).

**Figura 3.** Tasas de finalización del programa de los delincuentes sexuales psicópatas que participaron en el programa Clearwater (a partir de Olver y Wong, 2009).



Los sujetos psicópatas que completaron este programa Clearwater obtuvieron, una vez puestos en libertad, una disminución en sus tasas totales de reincidencia violenta de un tercio en comparación con aquéllos que no completaron el tratamiento (60,6% frente al 91,7%, respectivamente), aunque las diferencias respecto a la reincidencia sexual (42,2% frente al 50%, respectivamente) no fueron significativas estadísticamente (ver Figura 4, más adelante).

Los cambios relacionados con el riesgo, valorados a partir de la escala VSR-SO, también estuvieron significativamente asociados con disminuciones en la reincidencia sexual y violenta, una vez controlados la psicopatía y el riesgo actuarial mediante el análisis de supervivencia (regresión de Cox). Entre el subgrupo de los psicópatas ( $n=45$ ), las puntuaciones de cambio de la VRS-SO estuvieron asociadas significativamente con una disminución de la reincidencia violenta, incluida la sexual ( $r=-.40$ ,  $p<.01$ ), pero no exclusivamente de la reincidencia sexual ( $r=-.10$ ,  $ns$ ). Dicho todo esto, los resultados proporcionaron cierto apoyo respecto a la disminución del riesgo futuro de violencia general y sexual en una muestra de delincuentes sexuales psicópatas (Wong et al, 2012).

*Ver Figura 4 en la página siguiente.*

**Figura 4.** Tasas de reincidencia violenta de los delincuentes psicópatas que participaron en el programa Clearwater, en relación a si finalizaron o no el tratamiento (a partir de Olver y Wong, 2009)

**Tasas de reincidencia violenta de los delincuentes psicópatas una vez puestos en libertad**



## 2.2. Programa ABC para delincuentes violentos

### 2.2.1. Introducción

Este estudio, basado ampliamente en Lewis, Olver y Wong (2012), examinó la predicción de la violencia y la evaluación del cambio producido por el tratamiento en una muestra de 150 delincuentes no sexuales tratados en el Programa de Control del Comportamiento Agresivo (*Agressive Behavior Control –ABC- Program*) o programa ABC. El riesgo de violencia y el cambio tratamental fueron evaluados utilizando la Escala de Riesgo de Violencia o *Violence Risk Scale* (VRS; Wong y Gordon, 1999-2003; 2006). La escala VRS está compuesta de 6 ítems estáticos y 20 ítems dinámicos y está diseñada para evaluar el riesgo de violencia, para identificar objetivos de tratamiento de reducción de la violencia y para analizar los cambios en el riesgo a través del tratamiento. Los participantes del programa fueron evaluados en la escala VRS previa y posteriormente a la intervención a partir de una exhaustiva información documental y se llevó a cabo un seguimiento de los mismos a lo largo de una media de cinco años tras su puesta en libertad. Igualmente, fueron puntuados en la PCL-R a partir de las mismas fuentes documentales con objetivos descriptivos y comparativos. Las medidas de seguimiento y de resultados fueron idénticas a las empleadas en el estudio del programa Clearwater, con la excepción de que la delincuencia sexual fue incluida en la delincuencia violenta general. En tanto que la muestra comprendía delincuentes violentos no sexuales, hubo muy poca reincidencia de tipo sexual.

### 2.2.2. Programa de tratamiento ABC

El programa ABC, diseñado e implementado a mitad de los años 90, ha utilizado intervenciones contemporáneas de tratamiento cognitivo-conductual basadas en la teoría de aprendizaje social que han enfatizado la prevención de recaídas y se han guiado por los principios RNR, esto es, de Riesgo-Necesidad-Responsividad (Andrews y Bonta, 1994-2010). El programa está dirigido a delincuentes federales canadienses de tipo no sexual y con un riesgo que va de moderado-alto a alto; muchos de los que participaron eran crónicamente agresivos, con amplias historias de criminalidad y violencia y/o problemas de comportamiento institucional, y estaban cumpliendo sentencias de dos años o más de duración. Los objetivos del programa fueron la disminución de la frecuencia e intensidad de los comportamientos violentos y, concretamente, del riesgo de reincidencia general y violenta. De un modo parecido al programa Clearwater, el programa ABC fue evolucionando a lo largo de los años incorporando nuevos conocimientos y prácticas en el programa. Las necesidades criminógenas de los delincuentes vinculadas a la violencia, como actitudes delictivas, creencias, agresión interpersonal y distorsiones cognitivas, fueron identificados como objetivos del tratamiento utilizando la escala VRS y a través de la elaboración de un ciclo de la violencia similar al del programa Clearwater. Las intervenciones cognitivo-conductuales fueron utilizadas para cambiar pensamientos, sentimientos y comportamientos antisociales hacia otros orientados más pro-socialmente. La práctica y la generalización de comportamientos socialmente apropiados durante su día a día fueron altamente alentados y reforzados.

El programa, de una duración de entre ocho y nueve meses, no fue específicamente diseñado para el tratamiento de delincuentes psicópatas, si bien la mayoría de los participantes padecían de distintos trastornos de personalidad, siendo el trastorno antisocial de personalidad el más predominante entre ellos (Wong et al., 2007). Las necesidades criminógenas fueron abordadas de un modo integral a partir del ciclo delictivo y el trabajo de prevención de recaídas en grupo y en terapia individual. Cuando se consideraba adecuado, se abordaban otros aspectos tales como una mejora educativa, en cuanto a déficits laborales y de habilidades para la vida diaria, y otras cuestiones como las relaciones con la pareja, el apoyo social externo o problemas derivados de una historia de abusos tempranos.

El programa reconocía, asimismo, la importancia de unir a su aplicación la cuestión de la responsividad de cada individuo, considerando aspectos tales como: cognitivos y de adecuación del lenguaje empleado, bagaje cultural previo y motivación y disposición al tratamiento. La psicopatía y, más concretamente, comportamientos relacionados con el Factor 1 que interferían con el tratamiento, fueron considerados más una cuestión de responsividad que de tipo criminógeno a ser tratada durante el tratamiento (en la línea de lo que propone el modelo de los dos componentes, explicado en el capítulo primero de esta parte IV). Cada participante desarrolló un plan detallado de prevención de recaídas al final del programa. Se utilizó un enfoque de equipo multidisciplinar hacia el tratamiento, incluyendo dicho equipo: enfermero, psicólogo, psiquiatra, trabajador social y otro tipo de personal comprometido, como profesores, funcionarios de vigilancia y supervisores laborales.

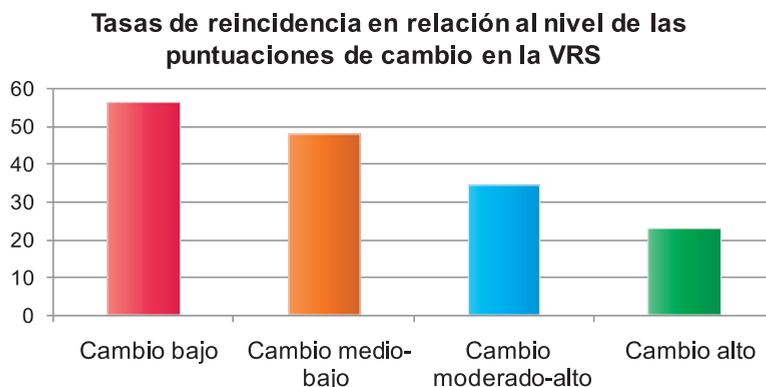
Los delinquentes psicópatas (con una puntuación en la PCL-R igual o superior a 25) constituyeron un número considerable de participantes del programa, especialmente cuando se le pidió a este programa que incluyese y tratase muchos más delinquentes de alto riesgo y alta necesidad a partir del año 2000. Habitualmente, fueron asignados a dicho programa los profesionales con mayor experiencia y antigüedad para que trabajasen o actuasen como terapeutas primarios con aquellos sujetos, siendo conscientes del potencial que estos últimos tenían para generar serios problemas de interferencia con el tratamiento. En ocasiones se conformaba un pequeño grupo de profesionales, denominado equipo primario de tratamiento, para lidiar con esos participantes. Los miembros de ese equipo trabajaban de un modo mucho más estrecho de lo habitual, precisamente para asegurar la consistencia del tratamiento y de su manera de enfocarlo. Fue la norma el que estos profesionales compartieran entre ellos, con mucha frecuencia, toda la información acerca del tratamiento y cuestiones de disciplina en relación con los delinquentes, de modo que se evitase el riesgo de divergencias entre los profesionales, manteniendo así la integridad del tratamiento.

### 2.2.3. Resultados del programa ABC

Hablando a grandes rasgos, la muestra del estudio fue un grupo de varones altamente psicopáticos y de alto riesgo, con una puntuación total media en la escala VRS de 61,6 ( $SD=8,1$ ) y un 93,3% ( $n=140$ ) de hombres que puntuaban por encima del punto de corte de 50 para alto riesgo (Wong y Gordon, 2006). La puntuación media en la PCL-R fue de 26 ( $SD=5,6$ ) con una tasa base de un 63,3% de individuos puntuando por encima de 25 (Lewis et al., 2012). Estos hombres eran similares a aquellos derivados para tratamiento especializado a los Programas de Trastornos de Personalidad Severos y Peligrosos (*Dangerous and Severe Personality Disorder programmes*) en el Reino Unido (Kirkpatrick et al., 2010).

Durante el periodo de seguimiento, el 46% de los hombres fueron condenados por un nuevo delito violento. Las puntuaciones de cambio de la escala VRS, que evaluaban el cambio en el riesgo de los sujetos, estaban asociadas de un modo significativo con disminuciones en la violencia en la comunidad ( $r=-.21$ ,  $p<.01$ ). Cuando las puntuaciones de cambio fueron divididas en cuatro grupos con cambios progresivamente mayores, los grupos con cambios más grandes mostraron menos reincidencia violenta (ver Figura 5, más adelante). Además, análisis de regresión adicionales (Cox y logístico) encontraron que la puntuación de cambio de la VRS mantenía una relación significativa con las disminuciones en la reincidencia violenta una vez controlado el riesgo, por vía tanto de los predictores estáticos de la VRS como de la puntuación global de la combinación de factores estáticos-dinámicos.

**Figura 5.** Tasas de reincidencia violenta en libertad (3 años de seguimiento) entre cuatro grupos de cambio terapéutico (adaptado de Lewis, Olver y Wong, 2012).



Al igual que con el tratamiento de los delincuentes sexuales en el estudio del programa Clearwater, los resultados apoyaron la idea de que los cambios en el tratamiento, en tanto que éstos sean relevantes de cara al riesgo, pueden predecir disminuciones significativas de la reincidencia violenta, y presagian mejores perspectivas de cara a la puesta en libertad de los sujetos, incluso dentro de un grupo de hombres con rasgos significativos de psicopatía y alto riesgo de reincidencia violenta.

### **2.3. Estudio comparativo de la reincidencia delictiva entre delincuentes psicópatas con y sin tratamiento**

#### **2.3.1. Introducción al estudio**

El tercero de los estudios llevados a cabo en el centro psiquiátrico regional de Saskatoon comparó las tasas de reincidencia de un grupo tratado y las de un grupo control no tratado (en adelante, grupo control) de delincuentes psicópatas de alto riesgo al objeto de determinar la efectividad del tratamiento de reducción del riesgo en la reducción de la reincidencia en la comunidad. Se planteó la hipótesis de que, comparado con el grupo control: (1) menos delincuentes del grupo tratado volverían a delinquir, (2) permanecerían más tiempo en libertad antes de volver a reincidir y (3) que aquéllos que finalmente sí reincidiesen cometerían delitos menos graves. La intervención tratamental y los profesionales fueron esencialmente los mismos que los del

programa ABC. La duración media del programa para el grupo tratado fue de 9,19 meses ( $SD=4,86$ ; rango= $4,37-20,37$ ). Las descripciones y resultados de este estudio fueron facilitados durante una conferencia por Wong y su equipo (Wong et al., 2006).

### **2.3.2. Seguimiento y medidas de resultado incluyendo gravedad del delito**

Se llevó a cabo un seguimiento a los delincuentes durante una media de más de siete años, una vez puestos en libertad tras cumplir su condena, y fueron utilizadas once medidas de reincidencia para evaluar la efectividad del tratamiento. La información sobre la reincidencia fue obtenida del mismo modo que en el estudio del programa Clearwater. Si bien se esperaba que esas medidas de resultados estuvieran altamente correlacionadas, como se demostró después en un estudio separado (Wong y Parhar, 2011), éstas pueden medir diferentes aspectos de la reincidencia y así, fueron incluidas para hacer una evaluación de la reincidencia amplia y exhaustiva. Por ejemplo, “reincidencia sí/no” (una medida de presencia o ausencia), “momento en que se llevó a cabo el primer delito violento y no violento” (una medida de latencia o periodo de inactividad), y “número de delitos” (una medida de densidad) representan diferentes aspectos de la carrera delictiva del sujeto.

En este sentido, ha sido propuesto que el tratamiento de los psicópatas o de otros delincuentes de alto riesgo con violencia persistente y largas historias delictivas podría estar mejor conceptualizado dentro de un programa de reducción del daño (Wong y Hare, 2005); el tratamiento podría no derivar en un completo abandono de los comportamientos antisociales o criminales sino, más bien, en una disminución en la severidad de dichos comportamientos.

Uno de los principios fundamentales del Código Penal Canadiense (al igual que en el español) es que la sentencia debe ser proporcionada a la gravedad del delito cometido. Sin embargo, factores atenuantes y agravantes pueden influir sobre la sentencia finalmente impuesta. No obstante, existe amplia evidencia, al menos en los sistemas penales de nuestro entorno, de que la duración de la sentencia impuesta es una medida razonable de la gravedad del delito (Di Placedo et al., 2006; Wong y Parhar, 2011). Bélanger (2001) utilizó información de sentencias impuestas a varones canadienses adultos entre 1999 y 2000 ( $n=37.514$ ), juzgados y encarcelados por una condena criminal (valorando distintas formas de agresión), y encontró que las formas más graves de agresión resultaron en la imposición de condenas más largas. Asimismo, Campbell (1993) ordenó la duración media de las sentencias impuestas por ocho tipos de infracciones relacionadas con la violencia contempladas en el Código Penal Canadiense para una muestra de 150.000 delincuentes. Las sentencias de mayor duración se impusieron a los delitos más serios tales como: el asesinato, la tentativa de asesinato, el homicidio involuntario...etc, y la sentencia de duración menor en el ranking fue para la agresión común.

### **2.3.3. Método**

Dentro de un diseño de grupo control, el grupo tratado estaba formado por 32 delincuentes varones que fueron emparejados con otros 32 en cuanto a raza, edad de imposición de la primera condena, y puntuaciones totales en la PCL-R de 26 o mayores, así como en puntuaciones en el Factor 1 y Factor 2, para asegurar que ambos grupos fuesen comparables en estos campos. El grupo tratado estaba conformado por sujetos que habían completado el Programa de Control del Comportamiento Agresivo (programa ABC). El grupo control estaba compuesto por delincuentes que habían participado en varios proyectos de investigación del Servicio de Prisiones de Canadá, por lo que su información demográfica y aquella relativa a los campos en los que se equiparaba a los sujetos del grupo tratado estaba disponible a partir de la base de datos de la investigación.

La equiparación entre los grupos tratado y control fue llevada a cabo electrónicamente. Los criterios de emparejamiento en cuanto a raza, edad de primera condena y puntuaciones totales en la PCL-R y en los Factores 1 y 2 fueron aplicados a ambos grupos usando, en un primer momento, exactamente los mismos criterios. Cuando no se encontraban criterios de emparejamiento exactos, estos criterios se hacían más laxos hasta dar con algún criterio de emparejamiento. La base de datos fue manejada electrónicamente, en vez de manualmente, para evitar potenciales desviaciones y contaminación. Un total de 32 de entre 270 individuos cumplieron con todos los criterios de selección antes mencionados dentro del grupo tratado; 32 de entre 239 lo hicieron dentro del grupo control. Hay que hacer notar que el número de emparejamientos obtenido fue pequeño debido al estricto criterio de emparejamiento que se impuso.

Los sujetos que formaron parte del grupo control podían haber participado en otro tipo de programas en prisión más generales, como de control de la ira, control del estrés o similares. Cualquier efecto positivo de tipo tratamental atribuible al programa ABC sería una estimación conservadora, dado que el grupo control se parecía más a un grupo habituado al tratamiento que a un grupo sin tratamiento.

### **2.3.4. Medidas de resultado de reincidencia**

Evaluar las diferencias grupales en los resultados de reincidencia mediante estadísticos tales como el análisis de supervivencia, que mide sólo la ocurrencia del primer delito, podría no ser suficientemente sensible como para recoger las diferencias sutiles entre los grupos. En vez de ello, para evaluar una gama de posibles medidas de reincidencia, fueron utilizadas once medidas de resultados de reincidencia diferentes que incluían, por ejemplo, el tiempo transcurrido hasta la comisión del primer nuevo delito y la revocación de la libertad condicional, “revocación de la libertad condicional sí/no”, o el número de nuevas condenas por delitos violentos/no violentos.

Se utilizaron siete cómputos diferentes de duración de condenas para lograr un indicativo suficientemente completo de la gravedad de los delitos. Algunos de estos cómputos fueron: la duración de la condena del primer nuevo delito cometido, la

duración de la condena impuesta en la primera sentencia por delito violento, o la duración de la condena más larga impuesta dentro del periodo de seguimiento. Éste fue el primer estudio sobre resultados de tratamiento con delincuentes psicópatas que utilizó la duración de las condenas como un indicativo de la gravedad de los delitos y los siete resultados obtenidos a partir de los cómputos buscaban proporcionar una evaluación exhaustiva de la gravedad. Los sujetos que no volvieron a ser condenados y las nuevas condenas que no recibieron pena de prisión fueron puntuadas con una duración de condena “cero”. Los delitos violentos fueron definidos como delitos contra las personas, tales como: homicidios, lesiones, y todo tipo de delitos con contacto sexual, incluyendo todas las condenas por agresión sexual. Todos los atracos fueron considerados violentos.

### 2.3.5. Resultados del estudio

El grupo tratado y el grupo control fueron comparables en todas las variables excepto en la edad en que les fue impuesta la primera condena y en el índice de duración de la condena. Este último difería en sólo un año por lo que, aunque estadísticamente es significativo, tenía poca significación clínica o práctica. El índice medio de duración de la condena fue significativamente más largo en el grupo tratado que en el grupo control (22 meses más largo), lo que sugería que, por comparación al grupo control, el grupo tratado había cometido de manera significativa un mayor índice de delitos serios o violentos y, probablemente, serían más refractarios al tratamiento o al cambio. Cualquier efecto positivo e la intervención atribuido al grupo tratado sería, probablemente, una estimación conservadora.

La puntuación media en la PCL-R para los dos grupos fue de alrededor de 28 o al percentil 79 (Hare, 2003), con ninguna puntuación por debajo de 25, que es el punto de corte habitual para identificar psicópatas de acuerdo a puntuaciones obtenidas a partir de información documental. Tanto el grupo tratamiento como el grupo control eran de alto riesgo de reincidencia violenta, como indicaba una puntuación de más de 50 en la escala VRS. Asimismo, también se situaban en el tramo de riesgo alto de la Escala de Información Estadística sobre Reincidencia o *Statistical Information on Recidivism scale -SIR-* (Bonta et al., 1996), con historias delictivas muy significativas que acumulaban más de 17 condenas previas, incluyendo 2,5 condenas por delitos violentos. Para el grupo tratado, el índice medio de duración de la condena de más de 5 años sugería que estaban condenados por delitos bastante graves. Los números de condenas pasadas por delitos violentos y no violentos y las dos medidas de riesgo (GSIR y VRS) fueron bastante similares y no significativas para los dos grupos. En total, ambos grupos eran comparables en cuanto a psicopatía, historia delictiva, riesgo, edad, y periodo de seguimiento.

No se halló diferencia significativa entre el grupo tratado y el control en las once variables de resultado de reincidencia; sin embargo, todos excepto uno de los resultados mostraron tendencias en la dirección esperada, esto es, una tendencia hacia un mejor logro de resultados con el tratamiento. Para el grupo tratado, la tasa base de reincidencia por cualquier tipo de delito fue muy alta, del 93,8% (30 de 32), siendo

del 81,3% (26 de 32) para nuevas condena por delitos violentos; tasas muy similares se dieron en el grupo control, con diferencias no significativas entre ambos.

Sin embargo, cuando la duración de las condenas fue utilizada como indicador de la gravedad del delito, el grupo tratado mostró una delincuencia menos grave que el grupo control en las siete medidas de gravedad, siendo tres de las siete estadísticamente significativas. Para las tres medidas significativas, la duración de las condenas del grupo tratado fue menos de la mitad de las del grupo control. Las diferencias entre los grupos parecieron hacerse mayores cuando las condenas fueron sumadas, en comparación con las medidas singulares de resultado individual como la primera nueva condena o la primera nueva condena por delito violento.

## **2.4. Conclusiones y comentarios a los tres estudios realizados en el CPR de Saskatoon**

### **2.4.1. Conclusiones en relación a los resultados de los tres estudios**

Los resultados de los estudios sobre los programas Clearwater y ABC mostraron que, tanto para delincuentes sexuales como para los delincuentes violentos, muchos de ellos con rasgos significativos de psicopatía, las disminuciones de riesgo evaluadas durante el tratamiento estuvieron relacionadas de manera consistente con reducciones en la reincidencia sexual y violenta una vez puestos en libertad. Cuanto mayor fue el cambio llevado a cabo durante el tratamiento, menor fue la reincidencia; los efectos positivos fueron aún evidentes durante el seguimiento a largo plazo, incluso cuando se habían recibido sólo ocho meses de tratamiento. Parece conveniente, pues, utilizar herramientas de evaluación de riesgo dinámico que permitan medir el riesgo y el cambio, tales como la escala VRS y la VRS-SO.

Wong y su equipo señalan que tales cambios son debidos, muy probablemente, a los efectos que tiene el participar en un programa de tratamiento, ya que las puntuaciones de cambios tratamientos fueron centrales en la evaluación dinámica del cambio. Sin embargo, se hace necesaria la inclusión de un grupo control para sustanciar la atribución del cambio a los efectos del tratamiento, lo cual fue el objetivo del tercero de los estudios.

Los resultados de este último estudio, en el que se usó un diseño de grupo control (comparando un grupo tratado con uno control aparejado a éste), indicaron que la disminución en la gravedad de los nuevos delitos era probablemente atribuible a un tratamiento de la reducción del riesgo (Wong et al., 2012). Cuando sólo eran incluidos en el análisis los delincuentes psicópatas de alto riesgo, en contraste con los estudios de los programas Clearwater y ABC, las diferencias entre el grupo tratado y el grupo control sólo eran observables cuando medidas más sensibles, como la duración de las sentencias, se usaban para valorar los efectos del tratamiento. Los psicópatas de alto

riesgo y los delincuentes persistentes no parece que dejen de reincidir totalmente tras un corto periodo de tratamiento, por más que éste sea intensivo; más bien parece que cometieran delitos mucho menos graves, tal y como vendría indicado por una acumulación de sentencias mucho más cortas, lo que sugiere un efecto de disminución del daño significativo.

En el tercer estudio, si las investigaciones sobre reincidencia hubieran terminado usando más indicadores tradicionales de la reincidencia, tales como “reincidencia sí/no”, o usando el análisis de supervivencia para valorar el primer abandono, uno podría concluir probablemente, de acuerdo a los resultados, que no hubo efecto del tratamiento y, por lo tanto, contribuir aún más a la literatura sobre el nihilismo terapéutico para la psicopatía. Wong y sus colegas hicieron notar que mientras que sea posible que los psicópatas, usando su locuacidad y encanto, puedan influir potencialmente o incluso disminuir la condena que les haya sido impuesta, el diseño de grupo control y el uso de múltiples medidas de duración de la condena, siete en total, rebatirían tales interpretaciones a menos que uno postulase que el tratamiento realmente mejora dichas habilidades, lo cual parece improbable.

En retrospectiva, los resultados no deberían ser completamente sorprendentes para los sujetos con rasgos significativos de psicopatía, comportamientos criminales arraigados y estilos de vida altamente disfuncionales. Pasaron de media sólo unos nueve meses en un programa de tratamiento, por más que este fuera muy intenso, tratando de superar muchos años de comportamientos antisociales y delictivos. Sería irreal esperar una “caída del caballo” como la de San Pablo. Así, Wong y Hare (2005) escribieron:

...sería un error creer que... sujetos con una historia de comportamiento depredador se convertirán en ciudadanos modelo. Saulo no se convertirá en Pablo, por usar una analogía bíblica. Lo más que podemos esperar es que los psicópatas que han pasado por un programa de tratamiento estarán menos dispuestos a adoptar un comportamiento violento de lo que lo estaban antes del programa. Aún así, incluso disminuciones modestas en el uso de la agresión y la violencia por los psicópatas supondrían un gran beneficio para la sociedad (pág. 9).

Esto es consistente con lo que se piensa actualmente acerca de la renuncia a la actividad delictiva. Esto es, que la renuncia al delito debería considerarse como una disminución gradual de la actividad delictiva. Estas mejoras graduales parecen ser mucho más realistas para los delincuentes que cuentan con largas carreras criminales, numerosos problemas personales y mucho bagaje antisocial. Una “dosis” más larga de tratamiento, junto con un mayor apoyo una vez puestos en libertad, podrían ayudar a mantener e incluso a acelerar la renuncia al delito. El apoyo de la comunidad es crítico, especialmente una vez el sujeto vuelve a entrar en dicha comunidad, cuando debe llevar a cabo los ajustes más importantes. Existe evidencia de que los psicópatas que no vuelven a delinquir tras un largo periodo de seguimiento han tenido un

mayor apoyo por parte de la comunidad que aquéllos que sí que han reincidido (Wong y Burt, 2007).

El emparejamiento tan estrecho que se dio entre el grupo tratado y el grupo control respecto de un número de variables que se sabe que están relacionadas con la reincidencia, tales como edad, riesgo de violencia, historia delictiva y psicopatía, sugerirían que es probable que el tratamiento sea la causa de las diferencias encontradas en la gravedad de la reincidencia entre ambos grupos.

El diseño y los objetivos de tratamiento de los programas ABC y Clearwater han estado basados en los principios RNR (Riesgo-Necesidad-Responsividad) que se dirigen a alcanzar una reducción del riesgo más que a una mejora del trastorno de personalidad psicopático o de sus rasgos. La evidencia sugiere que este enfoque del tratamiento parece ser efectivo para producir cambios significativos en la disminución del riesgo y en reducir la gravedad del delito en la muestra de delincuentes altamente psicópatas y de alto riesgo. Así, Wong, Gordon, Gu, Lewis y Olver (2012) piensan que las intervenciones dirigidas a “normalizar” o cambiar los rasgos del Factor 1 no necesitan convertirse en el foco central en un programa de reducción del riesgo de reincidencia; en lugar eso, resulta clave poder manejar y contener los comportamientos que interfieren con el tratamiento hasta que puedan establecerse comportamientos más funcionales.

Las conclusiones derivadas de lo que hemos revisado son consistentes con el modelo de los dos componentes para el tratamiento de la psicopatía (presentado anteriormente en este trabajo) que busca reducir el riesgo de violencia. De cara a reducir la violencia y la delincuencia, la diferencia entre utilizar reducción del riesgo y utilizar intervenciones en el cambio de personalidad, es una distinción teórica crítica que hay que hacer en el diseño e implementación de un programa. Mientras que el enfoque que busca una disminución del riesgo miraría hacia “lo que funciona” y hacia la literatura del RNR, el enfoque del cambio de personalidad miraría hacia un tipo diferente de literatura tal que las distintas terapias para intervenir con trastornos de la personalidad (por ej., Linehan et al., 1991).

El modelo de tratamiento de los dos componentes, visto anteriormente en esta misma parte IV, asume que ambos componentes se aproximan a una función normalmente distribuida similar a la del Factor 1 y Factor 2 de la PCL-R (Hare, 2003). La necesidad de manejar los comportamientos que interfieren con el tratamiento (componente 1), y de llevar a cabo intervenciones dirigidas hacia las necesidades criminógenas también se espera que varíe desde lo más bajo hasta lo más extremo (Wong et al., 2012).

En el tratamiento de los psicópatas de alto riesgo, el programa de tratamiento tendrá que lidiar con exigencias tratamentales muy extremas dada la presencia de muchos comportamientos que interfieren con el tratamiento y de múltiples necesidades criminógenas. Sin embargo, el modelo de tratamiento de los dos componentes debería ser capaz de incluir a sujetos con una variedad de rasgos psicopáticos y necesidades criminógenas, y de ese modo ser congruente con el punto de vista dimensional del tratamiento de los trastornos de personalidad (Livesley, 2007). Mientras, al menos en teoría, y según los autores del modelo de los dos componentes, no tiene que haber un programa de tratamiento de la psicopatía especialmente constituido en tanto

que el programa esté organizado y los profesionales entrenados para impartir tratamiento a la gama entera de sujetos que puedan encontrarse a lo largo de todo el continuo de los componentes 1 y 2. En la práctica y en respuesta a la demanda, programas como el Clearwater y el ABC fueron organizados para dar servicio a sujetos dentro del rango de riesgo de moderado a alto tanto en el componente 1 como en el 2, en vez de estar especializados sólo para el tratamiento de psicópatas.

#### **2.4.2. Fortalezas y limitaciones de los tres estudios**

Los tres estudios presentados han sido diseñados cuidadosamente con procedimientos de recogida de datos muy meticulosos de cara a hacer frente a distintos problemas metodológicos identificados en anteriores revisiones de la literatura, tales como: la evaluación de la psicopatía, el uso de enfoques de tratamiento contemporáneos basados en la evidencia, grupos de control apropiados, un periodo de seguimiento suficiente y criterios de resultado de tratamiento válidos y fiables (Wong et al., 2012).

Cada uno de los tres estudios se basó en revisiones documentales retrospectivas de cara a recopilar la información necesaria y se tuvo mucho cuidado en prevenir la contaminación de los criterios en el proceso de revisión mediante la recogida de toda la información de resultados sólo cuando la recogida del resto de la información estaba completada. Sin embargo, la recogida de información documental está obviamente limitada por la información que contienen los expedientes y, probablemente, por el hecho de que la información de tipo negativo aparezca recogida más ampliamente que la de tipo positivo.

Una asignación aleatoria de los participantes al grupo tratado y no tratado (o control) sería el tipo de diseño experimental ideal para poder controlar todas las variables espurias potenciales, pero las exigencias pragmáticas y logísticas desaconsejaron el uso de tal diseño. Las políticas del Servicio de Prisiones Canadiense no hubieran permitido que a los delincuentes de alto riesgo se les hubiera impedido participar en alguno de los tratamientos de disminución del riesgo. La replicación debería considerar utilizar un diseño control aleatorio y, si éste no fuese factible, un diseño parecido de grupo equiparado pero con una muestra diferente de delincuentes proveniente de otra jurisdicción criminal.

Las tendencias no significativas en las medidas más tradicionales de reincidencia podrían deberse, según los autores del estudio, a una potencia insuficiente como consecuencia de emplear una muestra relativamente pequeña en este estudio. Esto podría superarse con el uso de muestras más amplias. El empleo en el tercer estudio de procedimientos de emparejamiento muy rigurosos ha creado dos grupos muy estrechamente emparejados, pero podrían existir otras variables desconocidas y/o no emparejadas, tales como la disposición al cambio, que podrían haber tenido impacto en la reincidencia.

### 3. El programa de personalidad de alto riesgo (Nueva Zelanda)

#### 3.1. Introducción

Con anterioridad a la investigación de Wilson y Tamatea (2013) acerca del Programa de Personalidad de Alto Riesgo (High-Risk Personality Programme o HRPP en adelante), de la que presentamos en este apartado los puntos más sobresalientes, no se había evaluado ninguna intervención estructurada llevada a cabo con psicópatas en Nueva Zelanda. Sin embargo, los psicólogos penitenciarios de aquel país habían estado tratando durante décadas a internos que reunían los criterios diagnósticos de psicopatía; sólo que no sabían que lo eran.

Este Programa de Personalidad de Alto Riesgo fue diseñado para: (1) responder a las necesidades de gestión del riesgo de una población cada vez mayor de delincuentes identificados como psicópatas en las prisiones neozelandesas (Wilson, 2003); (2) reducir la incidencia de los delitos graves, (3) seguir direcciones prometedoras de tratamiento de cara a implementar otras iniciativas de rehabilitación dentro de la práctica penitenciaria en aquel país; (4) aprender cómo afrontar determinadas necesidades de responsividad (o disposición al tratamiento) de los sujetos psicópatas; (5) no tratar la psicopatía *per se*, sino controlar sus características más nucleares mientras que se abordan las conductas secundarias que sí están vinculadas funcionalmente a la delincuencia violenta.

#### 3.2. El enfoque del Programa de Personalidad de Alto Riesgo (HRPP)

Este programa se basó en una revisión de los resultados de otros tratamientos intensivos llevados a cabo en Canadá (por ejemplo, los del CPR de Saskatoon, que hemos presentado anteriormente) y en las entonces recientemente creadas “Unidades para el Trastorno de Personalidad Peligroso y Grave”, en inglés *Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) Units* (Tyrer et al., 2010; Saradjian, 2013; Tew y Atkinson, 2013). Meta-análisis de los factores asociados con el tratamiento efectivo para delincuentes adultos y adolescentes indicaban que la terapia cognitivo-conductual era el tipo de intervención más eficaz cuando lo que se quería obtener como resultado era la reducción de la reincidencia (Landenberg y Lipsey, 2005). Tanto los programas de Saskatoon como los aplicados en las unidades DSPD estuvieron basados en tratamientos cognitivo-conductuales (y algunas variaciones del mismo; Maden, 2006; Maden, Williams, Wong y Leis, 2004; Warren et al., 2003). Además, los programas basados en una intervención intensiva llevados a cabo en Nueva Zelanda han demostrado cierto éxito mediante el uso de dicha terapia con los delincuentes de alto riesgo (Berry, 1999), muchos de los cuales habían sido identificados como poseedores de rasgos psicopáticos (Polaschek y Bell, 2008). Como resultado, el núcleo del modelo de programa de tratamiento fue de orientación cognitivo-conductual.

La aplicación de terapia individual y grupal intensiva fue hecha a medida de las capacidades y necesidades de cada participante y teniendo en cuenta toda su patolo-

gía de personalidad, no sólo la psicopatía. La inclusión de ítems dinámicos de la Escala de Riesgo de Violencia (VRS) como una herramienta educativa y tratamental permitió a los sujetos la oportunidad de auto-evaluar los ítems que consideraron más relevantes para ellos (fue interesante ver que muchos fueron capaces de identificar los ítems relevantes para sí mismos). Además, la VRS facilitó la creación de planes relevantes para la gestión del post-tratamiento y posibilitó, a través de los informes finales de cambio, la elaboración de recomendaciones de cara a la libertad condicional.

### **3.3. Marco de aplicación del programa**

El HRPP se aplicó en la prisión de Waikeria (Nueva Zelanda), en un módulo con un nivel de seguridad medio-alto, situado dentro de un conjunto de módulos que conformaban un complejo de alta seguridad. En el momento de realización del programa, el mismo módulo albergaba otros prisioneros clasificados como de alta seguridad que estaban separados de la población penitenciaria general (en su mayor parte por una cuestión de su propia seguridad y la de los demás).

Los participantes del programa fueron, además, separados de otros internos del módulo debido a su alto riesgo de violencia sobre los demás. En la práctica esto significó que el grupo del HRPP sólo se juntaba en el momento de la terapia y durante el ejercicio físico, pasando largos tiempos encerrados en su celda individual. Los profesionales de este programa fueron entrenados sobre la psicopatía, el programa, su papel y la importancia de mantener las ganancias terapéuticas en medio de un entorno empobrecido y, a menudo, aversivo.

### **3.4. Formato del programa**

El programa se llevó a cabo a lo largo de 44 semanas, desde final de Enero a principios de Noviembre de 2007. Se consideró este tiempo como suficientemente largo para poder aplicar el programa y evaluar el cambio en el contexto del tratamiento, e iba en la línea con lo que se había hecho en otros programas intensivos (Andrews y Bonta, 2010). El programa sirvió también para facilitar el progreso en la clasificación de un nivel de seguridad más alto a uno más bajo para sujetos con un gran número de sentencias a sus espaldas, comportamientos desafiantes (por ej., agresiones serias a otros internos o al personal del centro) y una necesidad importante de poder acceder a intervenciones rehabilitadoras. Así, fue crítico que el programa hubiese identificado objetivos de tratamiento y una fecha concreta de finalización. En el transcurso de una semana, los sujetos participaban en: (1) tres sesiones de terapia grupal (de unas tres horas de duración cada una); (2) una hora de sesión de terapia individual; y (3) y una sesión de terapia grupal de dos horas que incluía actividades terapéuticas de tipo cultural. En total, los participantes recibían unas 450 horas de intervención psicológica directa.

### 3.5. Los profesionales del programa

El programa fue aplicado por tres psicólogos clínicos experimentados contratados por el Departamento de Prisiones, de ambos sexos y distinto origen étnico. Además, el creador del programa (Nick J. Wilson), un consultor cultural y un psiquiatra forense estuvieron disponibles para ayudar en el caso de que se produjera algún incidente comportamental de tipo patológico o con implicaciones culturales que fuese más allá del saber hacer de los profesionales. Los comportamientos disruptivos en la terapia que son consecuencia de los rasgos psicopáticos (por ej., la falta de *insight* y de preocupación por los demás) pueden originar, en ocasiones, situaciones peligrosas (Sheldon y Tennant, 2011; Thornton y Blud, 2007). Por ese motivo, los profesionales del programa fueron entrenados y supervisados en relación a la transferencia y a la patología típicamente mostradas por los delincuentes psicópatas de alto riesgo, buscando asegurar el desarrollo de una alianza de trabajo efectiva y objetiva así como la propia seguridad de los profesionales.

### 3.6. Contenido del programa

El programa estaba dividido en tres etapas: cada una de unos tres meses de duración, y separadas entre sí por 2-3 semanas de “vacaciones de terapia”. Estos periodos de descanso permitían a los terapeutas reagrupar y planificar las siguientes sesiones, y a los participantes practicar las habilidades aprendidas. Los principios para las tres fases de la terapia y los objetivos de las sesiones de cada fase fueron diseñados al principio del programa. No obstante, las sesiones se fueron revisando y modificando entre fases cuando hizo falta.

- La **primera fase** abordaba los intentos de tratamiento que habían fallado en el pasado, la educación sobre la terapia y el enfoque del HRPP y la identificación de cuestiones personales que pudieran suponer barreras para la entrada, la adherencia o el mantenimiento de las ganancias obtenidas en el tratamiento (por ej., conductas reactivas emocionalmente descontroladas). Se buscaba crear una relación de colaboración que compartiera objetivos en cuanto al tratamiento de la violencia.

- La **segunda fase** se orientaba a las técnicas para entender y controlar adecuadamente la agresividad y la violencia en entornos institucionales y comunitarios. El relato de experiencias delictivas se utilizó para identificar esquemas cognitivos (Young, Klosko y Weishaar, 2003) y patrones de comportamiento que apoyaran la violencia. A los participantes se les enseñó a llevar a cabo el análisis funcional: a desarrollar una mayor comprensión de su conducta en el pasado y mejorar su análisis de cara situaciones de riesgo futuras.

- **La tercera fase** (la final) implicaba la preparación para la libertad o reintegración gradual (incluyendo la inclusión en otro tratamiento) e incorporaba la contratación y la ayuda por parte de personas y grupos de apoyo externos que facilitasen la reinserción.

El programa buscaba un equilibrio entre estructura y flexibilidad. Por ejemplo, el segundo módulo se centraba en los 20 ítems dinámicos de la VRS pero también daba la oportunidad para repetir sesiones anteriores y practicar habilidades nuevas aprendidas recientemente.

La combinación de terapia grupal e individual permitía practicar de un modo flexible, incluyendo el uso de dinámicas de grupo para apoyar y desafiar cuestiones de interés para todos, y el uso de las sesiones individuales para llevar a cabo un acercamiento más personal, así como para aclarar material de la sesión grupal o abordar conflictos interpersonales con otros participantes o profesionales del centro.

### **3.7. Selección de los participantes del programa**

Se seleccionaron 12 internos varones a través de las propuestas de la dirección del centro o derivaciones de otras prisiones del país. Los criterios de selección fueron: (a) edad igual o mayor de 18 años, (b) alta puntuación en la PCL-R (más de 27); (c) relación de delitos violentos o historia violenta institucional; y (d) una duración de la sentencia lo suficientemente larga como para poder completar el tratamiento. Estos participantes tenían que dar su aprobación para ser ubicados separadamente del resto de internos si querían ingresar en el programa. Se esperaba que muchos fueran miembros de bandas criminales (Wilson, 2004) y un requisito de entrada fue que los participantes aceptaran dejar las rivalidades entre bandas fuera del contexto terapéutico.

### **3.8. Medidas de evaluación empleadas**

- *Psychopathy Check-list Revised (PCL-R)* o Escala de Psicopatía Revisada de Hare: como se ha mencionado, uno de los criterios de elegibilidad fue una puntuación igual o superior a 27 en la puntuación total.

- *Treatment Readiness, Responsivity, and Gain Scale: Short Version (TRRG:SV)* o Escala de Motivación al Tratamiento, Responsividad y Ganancias. Se trata de una medida de juicio clínico estructurada, diseñada para evaluar el grado de preparación y compromiso del delincuente con las intervenciones de cara a su rehabilitación a través de una serie de recursos motivacionales, indicadores del nivel de responsividad y del progreso posterior realizado (por ej., conocimiento, participación y competencia; Serin, Kennedy y Mailloux, 2005). Puntuaciones más altas en las escalas de motivación (ocho

ítems, que van de 0-24) y de responsividad (ocho ítems, que van de 0-24) indican una mayor disposición a comprometerse con el tratamiento.

- **Violence Risk Scale (VRS)** o Escala de Riesgo de Violencia (Wong y Gordon, 2000). Es una medida de juicio profesional estructurada que comprende variables estáticas (por ej., edad de comisión del primer delito) y dinámicas (por ej., distorsiones cognitivas). Fue diseñada para evaluar el riesgo de violencia general así como cambios en el riesgo a través del tiempo. Mayores puntuaciones (en ítems puntuables de 0 a 4) reflejan una mayor presencia de factores de riesgo.

- **Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3<sup>rd</sup> Edition (MCMI-III)** o Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon et al., 2009). Si bien sirve como una medida de cribado de salud mental general, también detecta la presencia de graves trastornos de personalidad (por ej., paranoide, límite). La investigación esperaba encontrar entre las características de los delincuentes de alto riesgo la presencia de otros trastornos de personalidad asociados con el comportamiento interpersonal reactivo emocionalmente descontrolado y anti-social.

### 3.9. Resultados del programa

#### 3.9.1. Características sociodemográficas

El grupo HRPP comprendía 12 internos varones. La media de edad al comienzo del programa fue de 28,6 años ( $SD=8,4$ ; rango 19-49 años): ligeramente más jóvenes que la población penitenciaria general. Diez identificados a sí mismos como maoríes y uno como descendiente de europeos. Cinco participantes estaban cumpliendo, al menos, ocho años de condena. Todos contaban con largas historias de delitos violentos institucionales y en la comunidad. Todos los participantes tenían un pasado de colaboración con bandas criminales. Para poder lidiar con la mezcla de bandas de procedencia, se dio a los participantes un uniforme distintivo con un color neutral (a efectos de bandas) y sólo se les permitió relacionarse con miembros de otro grupo mientras no estaban esposados si al menos tres profesionales estaban presentes.

#### 3.9.2. Compromiso con el tratamiento

- **Motivación.** En contra de lo que se esperaba, los participantes mostraron un alto grado de disposición al tratamiento ( $M=17,45$ ,  $SD=3,56$ ), lo cual no cambió de manera significativa del pre al post-tratamiento.

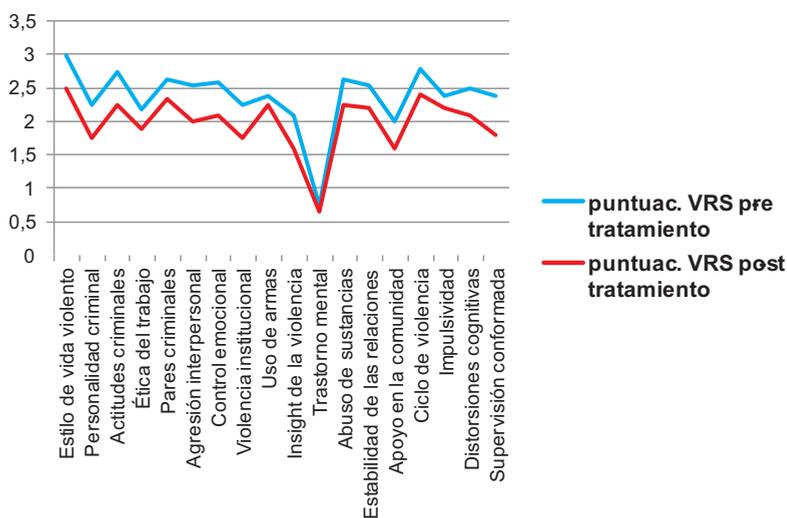
- **Responsividad.** De manera similar, el grupo informó de un alto grado de responsividad al tratamiento al comienzo del programa y las puntuaciones no fueron significativamente más altas al final del mismo (pre- $M=12,8$ ;  $SD=6,32$ ; post- $M=17,02$ ;  $SD=5,45$ ).

- **Cambio en el riesgo dinámico durante el tratamiento.** La información relativa al cambio producida en los participantes del programa fue obtenida a partir de las notas tomadas en sesiones grupales e individuales. Además, se mantuvieron encuentros diarios breves con el personal de vigilancia antes de la sesión grupal para obtener información sobre del comportamiento de los participantes. Si bien los participantes fueron separados unos de otros y respecto del resto de la población, los múltiples formatos del tratamiento (grupal, individual, y sesiones culturales) así como las interacciones con los profesionales y las observaciones de sus rutinas de ejercicio y aseo facilitaron oportunidades a los participantes de demostrar un cambio observable.

El foco principal del programa de tratamiento en sí mismo era relativo al cambio en el comportamiento violento. La media de las puntuaciones totales de la VRS (pre-tratamiento) era alta: 60,42 ( $SD=5,33$ ).

Algunos ítems comunes para los participantes incluían: estilo de vida violento, personalidad criminal, actitudes, pares, agresión interpersonal, control emocional, abuso de sustancias, estabilidad de las relaciones y ciclos de violencia distinguibles. En el post-tratamiento, se observó que las puntuaciones dinámicas había disminuido colectivamente a través de los factores dinámicos (post-total  $M=52,70$ ;  $SD=5,97$ ; diferencia *ns*; ver Fig. 6).

**Figura 6.** Comparación pre y post HRPP para las puntuaciones medias de los ítems dinámicos de la VRS (a partir de Wilson y Tamatea, 2013).



### 3.9.3. Personalidad patológica

- **Psicopatía.** La media de las puntuaciones en la PCL-R fue de 32,13 ( $SD=2,21$ ); todos los participantes del programa reunieron los criterios para el diagnóstico de psicopatía. Las puntuaciones de los factores revelaron que los déficits interpersonales y afectivos típicos de los sujetos psicópatas no fueron tan altos como los déficits para los estilos de vida desviado y antisocial (Factor 2). Las altas puntuaciones en el Factor 2 reflejan las historias criminales generalizadas de los participantes y la delincuencia violenta grave más que la psicopatía como tal.

- **Otros trastornos de personalidad.** Las puntuaciones en el MCMI-III indicaron la marcada presencia de una patología de personalidad avanzada en ocho de los participantes. Seis revelaron los rasgos centrales del trastorno límite; casi la mitad presentaron rasgos primarios de trastorno de la personalidad paranoide; y cuatro presentaron rasgos esquizotípicos. Sin embargo, la administración de la misma prueba post-tratamiento señaló una bajada en todas las puntuaciones globales de la escala de patología grave de la personalidad en todo el grupo, presentando sólo cuatro participantes síntomas consistentes con un trastorno de la personalidad grave.

### 3.9.4. Observaciones tras el programa y seguimiento de la reincidencia

Sólo un participante dejó sin completar el HRPP; fue apartado del programa para facilitar que acudiera a prolongadas sesiones de juicios por delitos pasados. En el caso de los 11 que sí completaron el programa el progreso no fue lineal, pero todos ellos redujeron las puntuaciones en medidas de riesgo de violencia dinámicas y en medidas de patología de la personalidad relacionadas con el control sobre las emociones y los impulsos. No se informó de malas conductas violentas durante las 44 semanas que duró el programa, si bien se incurrió en tres de ellas durante los seis meses posteriores al mismo, cuando todos estaban ya en otros módulos de la prisión; en todo caso, ello supuso una baja notable en relación a los meses previos al programa. Además, los profesionales (cuyas experiencias previas con estos internos los habían hecho escépticos inicialmente), informaron acerca de cambios positivos en el comportamiento de los participantes, los cuales continuaron una vez estuvieron en sus nuevos módulos. El 80% de los participantes redujo su calificación de peligrosidad previa al programa. El 40% continuó participando en terapia intensiva grupal adicional.

En cuanto a la reincidencia, tal y como se esperaba, los resultados fueron variados. Diez de los once que finalizaron el programa han sido puestos en libertad en algún momento entre 2009 y 2013. Algunos volvieron a prisión por delitos menos graves y han sido puestos en libertad de nuevo (incluso en varias ocasiones): un

patrón típico de aquéllos que desisten de la violencia pero son inestables (fluctúan, si bien delinquiendo con menor gravedad y frecuencia). Sin embargo, la mayoría acabaron abandonando la violencia; o bien desistieron de ella de manera estable (46%,  $n=5$ ) o bien de manera inestable (18%,  $n=2$ ). Los que desistieron de manera estable, o no volvieron a delinquir o delinquieron puntualmente de forma menos grave (en prisión o en libertad), mientras que aquéllos que desistieron de forma inestable tuvieron una reincidencia fluctuante que representaba, en todo caso, un cambio en la frecuencia o gravedad del delito en comparación a los patrones pasados de delincuencia. En cuanto a comportamiento en libertad, se definió como reincidencia “grave” aquella reincidencia que se traducía en una vuelta a prisión por dos años o más. En prisión, un comportamiento “grave” se definió como aquellas agresiones sobre los profesionales u otro tipo de violencia que implicara nuevas condenas penales.

Los cambios en cuanto a la frecuencia se basaron, para cada participante, en una comparación entre los nuevos delitos y aquéllos registrados durante su último periodo similar en libertad tras haber salido de prisión, o bien si la actual condena era prolongada, en comparación con malos comportamientos recogidos durante una cantidad de tiempo equivalente inmediatamente previa al programa. El análisis de la reincidencia de los participantes basado en entrevistas y en una revisión de los registros de libertad condicional encontró que los esfuerzos para abandonar el delito fueron arruinados por entornos inestables, permanencia en bandas o por planes para la libertad más pobremente elaborados.

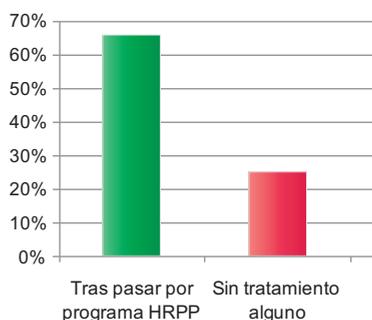
Considerando sus perfiles de riesgo y necesidad de acuerdo a sus historias delictivas y a su comportamiento en prisión previos, se trata de un resultado alentador para un grupo que, con anterioridad al tratamiento, era considerado como incapaz de abandonar la violencia. Y si bien el estudio no incluyó un grupo control, la investigación previa llevada a cabo por Wilson (2003) acerca de las tasas de abandono de la violencia por parte de sujetos con altas puntuaciones en psicopatía que no habían participado en tratamiento alguno, mostraron que un 25% de entre esos sujetos (frente al 46-64% de los que sí participaron en el programa) dejaba de reincidir de manera seria y frecuente durante un periodo de seguimiento de 5 años tras salir de prisión (ver Fig. 7)

**Figura 7.** Tasas de abandono de la delincuencia violenta de los psicópatas que participaron en el programa HRPP (incluyendo abandono “estable” e “inestable”), frente a la tasa de abandono media esperada en los delinquentes psicópatas que no han recibido tratamiento alguno, de acuerdo a un estudio de Wilson (2003). Datos a partir de Wilson y Tamatea (2013)

*Ver en la página siguiente*

**Figura 7.**

**Tasas de abandono de la delincuencia violenta**



### 3.10. Consideraciones a este estudio

De acuerdo a Wilson y Tamatea (2013) este Programa para Personalidades de Alto Riesgo (HRPP) se nutrió de: (1) un modelo establecido de psicopatía (Hare, 2003); (2) una teoría del comportamiento criminal (Andrews y Bonta, 2010); (3) una teoría del cambio del comportamiento (Prochaska y DiClemente, 1984); y (4) resultados conductuales medibles (Serin et al., 2005; Wong y Gordon, 2000). Los rasgos psicopáticos fueron tratados, más que como el centro de la intervención, como cuestiones de responsividad, de acuerdo con la reconfiguración de Andrews y Bonta (2010) de los factores de la PCL-R en relación a los principios RNR (Riesgo-Necesidad-Responsividad) y de acuerdo, como hemos explicado anteriormente en este trabajo, con el modelo de los dos componentes (Wong et al., 2012). En otras palabras, el objetivo fue reducir la *violencia* en un grupo de sujetos psicópatas más que reducir la *psicopatía* en un grupo de sujetos violentos. Algunos objetivos medibles relacionados con la reincidencia violenta (por ej., los ítems dinámicos de la VRS) fueron más importantes para el programa que el cambio de personalidad *per se*.

El éxito modesto del programa podría atribuirse a sus objetivos realistas y limitados en comparación con aquellos más ambiciosos perseguidos por iniciativas llevadas a cabo con anterioridad en este campo: el cambio de la personalidad psicopática (Wilson y Tamatea, 2013). Por ejemplo, el “éxito” estaba definido desde el comienzo del programa como el cambio de los participantes en relación a su comportamiento dentro de prisión y su acceso a las intervenciones más convencionales (por ej., de control del comportamiento violento). De este modo, la capacidad de los participantes para lograr disminuir su calificación nivel de seguridad requerido (esto es, de peligrosidad) era un indicador definitivo y medible de “éxito”. Cualquier reducción adicional en su agresividad dentro de la prisión, o incluso en su violencia una vez estuviese en libertad, sería visto como un beneficio adicional y muy positivo. Las medidas evaluadas mostraron un cambio a lo largo de una serie de factores que se han

demostrado empíricamente relacionados con la violencia, lo que sugiere que el tratamiento de los delincuentes psicópatas es justificable dado que éstos pueden cambiar patrones establecidos de violencia interpersonal.

A pesar de los variados resultados en cuanto a la reincidencia y a la limitación que supone contar una sola muestra pequeña, los resultados del programa HRPP parecen prometedores, sugiriendo que no sólo los delincuentes psicopáticos (como grupo) se benefician de programas penitenciarios (Polaschek et al., 2005), sino que podrían además beneficiarse de intervenciones diseñadas ad hoc para dirigirse a rasgos específicos.

En relación a la ubicación de los internos participantes dentro de la prisión, los autores de este estudio señalan que, si bien a priori ésta no parecía la más indicada al establecerse en un espacio que se utilizaba también para otras categorías de internos, se pudo obtener una ventaja de ello al reducir en gran medida el contacto de los participantes con miembros de bandas dentro de la prisión.

Por último, parece justo señalar el éxito del programa al lograr mantener a 11 de los 12 participantes iniciales dentro del mismo hasta el final. Y más cuando se tiene en cuenta la alta tasa de abandono de los delincuentes psicópatas (Olver, Stockdale y Wormith, 2011). Este es un resultado inesperado, puesto que se sabe que las puntuaciones del Factor 1 de los participantes del programa están normalmente asociadas con un uso de los demás cruel, egoísta y falto de remordimiento y, en particular, con un comportamiento pobre dentro del grupo y del módulo (Hobson, Shine y Roberts, 2000).

### **3.11. Limitaciones del programa**

Dado que el HRPP sólo incluyó a 12 sujetos y que no se utilizó un grupo control, parece obvio que se presentan dificultades para establecer generalizaciones de los resultados a partir de esta experiencia de tratamiento (Wilson y Tamatea, 2013).

Por otro lado, y si bien el contexto y el modo en el que se llevó a cabo el programa favoreció el distanciamiento de los participantes de sus bandas de origen, hay que señalar que más que abandonar sus bandas, sólo pudo constatarse que dejaron “aparcada” su pertenencia activa a las mismas durante el tiempo que duró el tratamiento.

Ya por último, se detectó que las frecuentes rotaciones de módulo por las que pasó el personal de vigilancia durante el tratamiento supusieron una pérdida de los profesionales en esa área que habían sido instruidos inicialmente para entender la psicopatía y los objetivos y estructura del programa, lo cual afectó la cooperación con las metas de la intervención.

#### **4. Programa para delincuentes juveniles psicópatas del Centro de Tratamiento de Mendota (Estados Unidos)**

##### **4.1. Introducción al estudio del programa**

Caldwell, Skeem, Salekim y van Rybroek (2006) llevaron a cabo un estudio diseñado para evaluar el impacto de un programa de tratamiento intensivo sobre la reincidencia de un grupo de adolescentes con rasgos pronunciados de psicopatía. En él se compararon las tasas de reincidencia entre dos grupos de delincuentes juveniles varones con altas puntuaciones en la PCL:YV (Escala de Psicopatía Versión Jóvenes; Forth et al., 2003): un grupo que participó en un programa de tratamiento intensivo aplicado en el Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota (Wisconsin, EE.UU.) y un grupo de comparación que participó en un tratamiento “habitual” menos intensivo en un centro de internamiento juvenil estándar. Por lo tanto, a diferencia de otras investigaciones anteriores al año 2006, en el que tuvo lugar ésta, este estudio presentó la particularidad de contar con un grupo control.

##### **4.2. Características de la intervención**

###### **4.2.1. Recursos disponibles para el tratamiento**

El Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota o *Mendota Juvenil Treatment Center* (en adelante, MJTC) contaba con un nivel de recursos mucho mayor respecto de los centros de internamiento para jóvenes estándar (en adelante, centros estándar). Esto se traducía en que el MJTC contaba con mayor cantidad de espacio físico por cada joven, y una ratio profesional-residente de más del doble que la de los centros estándar (incluyendo acceso a psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales).

###### **4.2.2. Filosofía de la intervención tratamental en ambos centros**

La filosofía de intervención empleada por los centros estándar se basaba en un código administrativo que contemplaba diversas sanciones como principal herramienta de control de los comportamientos inadaptados en la institución. A diferencia de ello, la filosofía de tratamiento del MJTC se tomó de la teoría de Sherman (1993) para explicar el comportamiento de esa minoría de delincuentes que reaccionan a las sanciones disuasorias con un incremento en la frecuencia, persistencia o gravedad de la violencia o de otro comportamiento delictivo.

El enfoque está basado en la noción de que el comportamiento desafiante se convierte en cíclico cuando la respuesta desafiante a una sanción es en sí misma sancio-

nada, derivando en un mayor desafío y en mayores sanciones. Con cada repetición, al delincuente juvenil se le aparta más de los objetivos y valores convencionales y queda cada vez más “constreñido” a un patrón de comportamiento que es activa y antagónicamente desafiante. El joven no ve una salida aceptable de este ciclo y, de ese modo, queda atrapado en un patrón de conducta que va deteriorándose cada vez más. Mediante el uso de una variante del modelo de descompresión descrito por Monroe (Monroe, van Rybroek y Maier, 1988; ver también Caldwell, 1994; Caldwell y Van Rybroek, 2001, 2002), el programa intenta erosionar los vínculos antagónicos con los roles convencionales, expectativas, y agentes tradicionales para reemplazarlos por lazos convencionales.

#### 4.2.3. Participantes y asignación al tratamiento

Los participantes eran delincuentes juveniles varones que fueron puestos en libertad consecutivamente desde el MJTC entre 1995 y 1997, tras participar bien en una breve evaluación o bien en un tratamiento completo originado por un comportamiento disruptivo o inmanejable. El MJTC no contaba con criterios de exclusión y no preseleccionaba a los jóvenes para su ingreso. Los jóvenes eran derivados al MJTC a criterio de los centros juveniles de internamiento estándar cuando se estimaba que los chicos no respondían a los servicios de rehabilitación que en ellos se ofrecían, y eran devueltos a los mismos centros estándar cuando se veía que ya tenían más posibilidad de ser tratados a través de los servicios con los que allí se contaba. De cara a investigar hasta qué punto los delincuentes juveniles con altas puntuaciones en psicopatía podían beneficiarse del tratamiento, fueron excluidos aquéllos que puntuaron por debajo de 27 en la PCL:YV, con lo que se obtuvo una muestra de 141 sujetos. Se consideró que esta puntuación mínima exigida garantizaba que los sujetos poseyeran rasgos sustanciales de psicopatía.

Dentro de la población típica del MJTC, un 40% de los delincuentes juveniles de este estudio ( $n= 56$ ) fueron tratados en el MJTC y conformaron el grupo tratado. Los jóvenes eran clasificados como casos de tratamiento del MJTC cuando: (1) cumplían una parte sustancial de su condena (por ej., más del 45%) en el MJTC ( $n= 50$ , 35%) o (b) cuando eran elegidos para ser puestos en libertad desde el MJTC ( $n= 6$ , 4%). El resto de los jóvenes ( $n= 85$ , 60%) fueron clasificados como casos de centro estándar y conformaron el grupo de comparación. Estos delincuentes eran evaluados o brevemente tratados en el MJTC pero obtenían la mayoría de su tratamiento en otro lugar y eran puestos en libertad desde otros centros. El conjunto de los 141 participantes era multi-racial, y muchos habían comenzado muy jóvenes sus carreras delictivas (el 50% de ellos [ $n= 71$ ] habiendo cometido su primer crimen antes de los 10 años) y con anterioridad a su internamiento presentaban una media de 13,3 cargos penales ( $SD=9,9$ ).

#### 4.2.4. Medidas evaluadas

Al ingreso al MJTC se recogía y codificaba información demográfica y clínica, previamente a tomar cualquier determinación respecto de la duración que tendría el tratamiento del joven en el centro. Las medidas de estudio consideraron los siguientes cuatro campos:

**a) Características demográficas y legales**, incluyendo: edad de primeros problemas de conducta evidentes, primer delito, primera detención y número de comportamientos desadaptados durante las 12 semanas previas a su derivación al MJTC.

**b) Variables clínicas.** Fueron evaluadas durante su ingreso y estaban relacionadas con el funcionamiento cognitivo, trastornos de conducta, rasgos psicopáticos y necesidades de tratamiento. La PCL:YV (Forth et al., 2003), se utilizó para evaluar los rasgos de psicopatía de los sujetos. A partir de información documental y entrevistas, dos calificadores (psicólogos certificados en el sistema PCL) puntuaron a cada sujeto, debatiendo luego las diferencias entre sus puntuaciones para llegar a una puntuación final de consenso.

La información recogida al ingreso de los jóvenes en el MJTC se utilizó para puntuar los 62 ítems del Inventario de Nivel de Servicio-Versión Joven, o *Young Offender Level of Service Inventory* (YO-LSI; Shields y Simourd, 1991), que evalúa las necesidades de tratamiento en relación a la delincuencia en los jóvenes. Este instrumento ha demostrado buena utilidad predictiva respecto del mal comportamiento institucional y de la reincidencia ( $r=.26-.70$  y  $r=.29-.66$ , respectivamente). Los profesionales de tratamiento desconocieron los resultados de los sujetos en la PCL:YV y en el YO-LSI.

**c) Días de internamiento y estatus de puesta en libertad.** Además de codificar el tiempo que estuvieron internados para cumplir con sus condenas, se tuvo en cuenta la forma en que salieron en libertad, porque se creyó que las diferencias en cuanto a los servicios ofrecidos y seguimiento a los jóvenes durante ese periodo probablemente afectarían a su tasa de reincidencia. Pues bien, el 72% ( $n=40$ ) de los jóvenes del MJTC y el 68% ( $n=56$ ) de los jóvenes del centro estándar salieron a centros externos abiertos. Todos menos seis de estos jóvenes tenían desarrollado un plan de seguimiento de servicios; los servicios que se les ofrecían en el exterior variaban pero generalmente incluían una atención mínima de salud mental y un servicio de orientación vocacional que facilitasen la transición hacia una vida independiente.

- d) Reincidencia.** Las variables en este campo incluyeron el número y tipo de cargos impuestos por la justicia contra el sujeto durante los 730 días tras su salida de una situación de custodia. Los delitos cometidos tras salir del MJTC pero antes de ser puestos en libertad desde una institución de custodia fueron codificados como “delitos institucionales”. Los que se cometieron tras salir en libertad de una institución de custodia se codificaron como “delitos comunitarios”.

### 4.3. Resultados del estudio

Se llevaron a cabo análisis para valorar el alcance de la relación existente entre el tratamiento recibido por estos delincuentes juveniles psicópatas y: (1) su nivel de reincidencia general y violenta durante un periodo de seguimiento de dos años; (2) el tiempo que estuvieron sin delinquir tras salir en libertad.

#### 4.3.1. Relación entre el tratamiento en el MJTC y la reincidencia

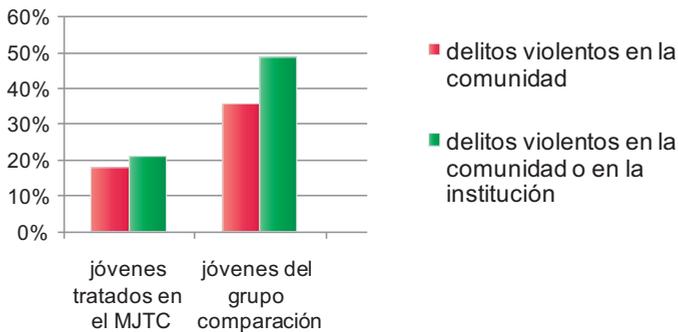
Para determinar si aquellos jóvenes que fueron asignados al tratamiento intensivo tuvieron menos probabilidad de delinquir que aquéllos que se encontraban el centro estándar, se analizó la relación básica entre estatus, reincidencia general y reincidencia violenta durante los dos años (730 días) que siguieron a su salida de la institución. De los 141 jóvenes, 15 (10,6%) salieron directamente a una prisión de adultos. Para aquellos jóvenes, la reincidencia tuvo lugar en la institución juvenil una vez finalizado el tratamiento en el MJTC. La mayoría de estos jóvenes que fueron a prisión (80%,  $n=12$ ) pertenecía al grupo del centro estándar. Por este motivo, se estudió la relación entre el tratamiento en el MJTC y (a) la reincidencia institucional y comunitaria combinada, y (b) la reincidencia sólo en la comunidad.

- **Reincidencia general.** Los jóvenes tratados en el MJTC tuvieron una probabilidad significativamente menor de reincidir en general. Un 57% ( $n=32$ ) de los jóvenes tratados en el MJTC reincidieron en la institución o la comunidad durante los dos años tras su salida del centro estándar, mientras que esa cifra fue de un 78% ( $n=66$ ) en el grupo de comparación. Teniendo en cuenta sólo aquellos casos con algún acceso a la comunidad durante su periodo de seguimiento, el 56% ( $n=31$ ) de los jóvenes tratados en el MJTC cometieron un delito tras su salida, mientras que este porcentaje fue del 73% ( $n=62$ ) en el grupo de comparación.
- **Reincidencia violenta.** Existió una clara relación entre el tratamiento seguido en el MJTC y la posterior implicación en un delito violento. Sólo un 21% ( $n=12$ ) de los jóvenes tratados en el MJTC se implicaron en actos violentos en la comu-

nidad o en la institución durante los dos años posteriores a su salida del centro estándar, mientras que casi la mitad (49%,  $n=42$ ) del grupo comparación lo hizo. Aislado aquellos casos con acceso a la comunidad, sólo un 18% ( $n=10$ ) de los jóvenes tratados en el MJTC participaron en delitos violentos mientras que un 36% ( $n=31$ ) del grupo comparación hizo lo propio. El hecho de que a los jóvenes, una vez en la comunidad, les fuera ofrecida o no supervisión no parece que tuviese demasiado impacto en la violencia ejercida en aquel contexto, dado que los casos que fueron supervisados en la comunidad se vieron igualmente implicados que los que no lo estuvieron. En resumen, puede decirse que los jóvenes del centro estándar (los no tratados intensivamente) tuvieron el doble de probabilidad de implicarse en un delito violento que los que fueron tratados en el MJTC (ver Figura 8).

**Figura 8.** Comparación entre las tasas de reincidencia violenta del grupo tratado en el MJTC y del grupo de comparación tras un periodo de seguimiento de dos años (datos a partir de estudio de Caldwell et al., 2006).

**Tasas de reincidencia violenta del grupo tratado en el MJTC y del grupo control**



Si bien estos resultados son prometedores, Caldwell et al. (2006) hacen notar que las comparaciones simples post-tratamiento, como las descritas anteriormente, podrían estar reflejando parcialmente un sesgo de selección; así pues, los autores del estudio consideraron necesario controlar el efecto de asignación no aleatoria al tratamiento. No obstante, una vez llevado a cabo este control, los resultados siguieron indicando que los jóvenes con rasgos psicopáticos que recibieron tratamiento MJTC tuvieron menos probabilidad de delinquir violentamente durante los dos años de seguimiento que aquéllos no tratados de esa manera.

#### 4.3.2. Relación entre tratamiento en el MJTC y el tiempo de “supervivencia”

Fueron utilizados análisis de supervivencia (regresión de Cox) para evaluar la efectividad del tratamiento MJTC en la reducción de la tasa de reincidencia medida a partir del tiempo que los jóvenes estuvieron en la comunidad sin cometer un nuevo delito. Para centrarse en la reincidencia en la comunidad, fueron excluidos los delitos que ocurrieron durante la institucionalización, así como aquellos delincuentes que no pasaron tiempo en la comunidad.

- **Reincidencia general.** Se concluyó que el tratamiento MJTC no tenía un efecto fiable en la reincidencia general en la comunidad.
- **Reincidencia violenta.** A pesar de la falta de efecto para la reincidencia general, el tratamiento MJTC sí predijo claramente una menor y más lenta tasa de reincidencia violenta para estos jóvenes. Es más, el tiempo de supervivencia fue bastante bien predicho por el tratamiento MJTC, en tanto que aquellos jóvenes que completaron dicho tratamiento tuvieron una probabilidad 2,7 veces menor de volverse violentos en la comunidad, en comparación con los que no siguieron tal tratamiento. La probabilidad de ejercer violencia en la comunidad durante los dos años fue aproximadamente del 16% para el grupo tratado en el MJTC y del 37% para el grupo comparación.

#### 4.3.3. Relación entre tratamiento en el MJTC y los delitos graves

Dado que las diferencias entre el tratamiento MJTC y los grupos comparación parecieron ampliarse con el incremento de la gravedad delictiva, la relación entre el tratamiento MJTC y la reincidencia muy grave fue específicamente analizada.

En primer lugar, los delincuentes tratados en el programa MJTC tuvieron menos probabilidad que los delincuentes del grupo comparación de ser condenados por un delito grave con lesiones durante los dos años de seguimiento. En este periodo, el 10,7% ( $n=6$ ) de los jóvenes del MJTC fueron condenados por ese delito, mientras que lo mismo ocurrió para un 29,5% ( $n=25$ ) del grupo comparación. Por otro lado, los delincuentes tratados en el MJTC tuvieron menos probabilidad que los del grupo comparación de ser condenados por un homicidio durante un periodo de seguimiento mayor (2.200 días). Ninguno de los delincuentes (0%) del MJTC fue acusado de homicidio mientras que sí lo fueron nueve miembros del grupo comparación (10,6%). Estos sujetos fueron responsables de un total de 16 muertes.

#### **4.4. Conclusiones y comentarios sobre este estudio**

##### **4.4.1. Resumen de los resultados del estudio**

Los resultados de este estudio encontraron que los jóvenes con rasgos psicópatas que recibieron tratamiento intensivo en el MJTC tuvieron tasas significativamente más bajas de reincidencia violenta y estuvieron muchos más días en libertad antes de volver a delinquir, en relación a aquéllos que recibieron tratamiento no intensivo (o “habitual”) en un centro para delincuentes juveniles estándar.

Si bien las tasas de reincidencia general fueron similares, sólo una quinta parte (21%,  $n=12$ ) de los jóvenes tratados en el MJTC se implicaron en hechos violentos en la comunidad durante los dos años posteriores a su puesta en libertad, mientras que casi la mitad (49%,  $n=2$ ) del grupo comparación lo hicieron. Así, hemos visto que los chicos tratados en el MJTC tuvieron una probabilidad 2,7 veces menor de volverse violentos en la comunidad que aquéllos que no recibieron el tratamiento intensivo. Esta disparidad en las tasas de reincidencia entre ambos grupos fue aún más pronunciada conforme la severidad de los delitos crecía, dándose la mayor diferencia para el homicidio.

##### **4.4.2. Limitaciones del estudio**

Este estudio está limitado en cuanto a la falta de información acerca de qué pudo haber cambiado exactamente en los jóvenes tratados. Esto, a su vez, limita poder pronunciarse sobre si los rasgos psicopáticos son verdaderamente maleables en los jóvenes o si algún otro factor sería el responsable para las reducciones en el riesgo de reincidencia (Caldwell et al., 2006).

Por otro lado, en base al diseño de este estudio, sus autores hacen notar que no cabe determinar claramente si la relación entre el tratamiento en el MJTC y la reducción del riesgo de reincidencia refleja factores cualitativos (es decir, la intensidad y persistencia del tratamiento) o de tipo cualitativo (esto es, las técnicas de tratamiento especializadas). El factor cualitativo más consistente que tuvo lugar durante el tiempo del estudio fue contextual: el programa MJTC se apoyó en una filosofía y estructura administrativa de salud mental con un número sustancialmente mayor de profesionales clínicos, en comparación con la estructura administrativa y de profesionales “habitual” en el tratamiento de los centros estándar (ver Lipsey, Wilson y Cothorn, 2000). Aunque fueron aplicadas técnicas de tratamiento cognitivo-conductuales, el programa fue repetidamente reorganizado durante el periodo de estudio. Así pues, es poco probable que las técnicas de tratamiento empleadas cuenten de cara a los efectos de tratamiento vistos aquí.

#### 4.4.3. Consideraciones sobre los resultados del estudio

Caldwell, Skeem, Salekim y van Rybroek (2006) consideran que la aparente falta de impacto del MJTC en la delincuencia menos grave de tipo general y no violenta podría indicar que estos delitos (generalmente contra la propiedad y contra la salud pública de escasa entidad) están más influenciados por circunstancias de la vida en el barrio del joven que por algún cambio personal que ocurra durante el tratamiento.

Si bien parece razonable pensar que los psicópatas pudieran requerir técnicas de tratamiento especializado, también es posible que estos sujetos pudieran beneficiarse de las técnicas de tratamiento existentes en tanto fuesen aplicadas en dosis suficientemente consistentes e intensivas (de acuerdo con el principio de riesgo).

Se sabe de la dificultad que los sujetos con rasgos de psicopatía suponen para la aplicación de un programa de tratamiento por su tendencia a llevar a cabo comportamientos disruptivos, pero también hemos visto que no se puede expulsar del programa sin más a los sujetos por ese tipo de conductas, dado que ellos son, precisamente, los que más necesitan la intervención (ver apartado 2.2 del capítulo primero, *Aplicación del modelo RNR al tratamiento de los delincuentes psicópatas*). En esta línea de pensamiento, el programa MJTC intentó mantener dentro del programa a los jóvenes pese a su comportamiento. Las conductas agresivas y disruptivas fueron contestadas continuando el programa con mayor intensidad aún, cuando esto era posible.

Los resultados parecen indicar que el potencial violento de los jóvenes psicópatas puede ser reducido significativamente a través de un tratamiento intensivo. También parecen sugerir que concentrar los recursos de tratamiento en este grupo de alto riesgo es una forma de maximizar la efectividad y eficiencia en la reducción de la violencia y el comportamiento violento.

Por último, a pesar de las limitaciones del estudio señaladas anteriormente, sus autores hacen notar que éste difiere (para mejor) de los estudios que se habían realizado previamente con jóvenes adolescentes en tres aspectos importantes: (1) el programa objeto de estudio fue diseñado específicamente para abordar las necesidades de los delincuentes juveniles agresivos, en parte deteriorando su antagonismo desafiante hacia las figuras de autoridad; (2) la muestra estudiada incluyó jóvenes delincuentes que de manera uniforme alcanzaron (o casi) los puntos de corte tradicionales para poder calificar a un sujeto psicópata en las medidas de evaluación más frecuentemente utilizadas; (3) el diseño del estudio incluyó un grupo de comparación que recibió un tratamiento “habitual”.

## **5. Tratamiento para delincuentes psicópatas en el Centro Psiquiátrico Forense de Rooyse Wissel (Holanda)**

### **5.1. Introducción**

Chakhssi, de Ruiter y Bernstein (2010) presentaron recientemente un estudio que llevaron a cabo en el Centro Psiquiátrico Forense de Rooyse Wissel (Holanda), un hospital de máxima seguridad para el tratamiento de delincuentes con trastornos mentales internados bajo mandato judicial en cumplimiento de una suerte de medida de seguridad conocida como TBS (acrónimo del holandés “*TerBeschikkingStelling*”); esta medida implica el tratamiento obligatorio bajo custodia para aquéllos que han cometido delitos graves que conllevan un castigo de más de cuatro años de prisión.

El objetivo final del estudio era demostrar que, frente al pesimismo histórico imperante en este campo, era posible un cambio en positivo en los pacientes con psicopatía durante su tratamiento en este psiquiátrico forense.

Los autores consideraron que, si bien los psicópatas comparten una alta probabilidad futura de violencia y comportamiento criminal, su psicopatología co-mórbida dista mucho de ser homogénea (Brinkley, Newman, Widiger y Lynam, 2004; Hildebrand y de Ruiter, 2004). Por lo tanto, la respuesta al tratamiento de los psicópatas a nivel de grupo podría no reflejar el desarrollo individual del psicópata durante el tratamiento, y sería necesario un análisis centrado más en los sujetos a nivel individual para investigar así las diferencias a nivel de tratamiento dentro del propio grupo de los psicópatas.

A la luz de la investigación de los últimos años (Skeem, 2008; Skeem et al., 2002), los autores establecieron la hipótesis de que los psicópatas mostrarían la misma responsividad al tratamiento que los no psicópatas y que, a nivel individual, porcentajes similares de psicópatas y no psicópatas mostrarían mejora, no mejora o empeoramiento, de acuerdo al Índice de Cambio Fiable o *Reliable Change Index* (RCI).

### **5.2. Objetivos del tratamiento y programa**

Chakhssi, de Ruiter y Bernstein (2010) señalan que el objetivo general del programa en el Centro Psiquiátrico Forense de Rooyse Wissel era el de reducir el riesgo de violencia futura en los delincuentes con trastorno mental mediante la aplicación de un tratamiento hospitalario y, en la mayoría de los casos, una reinserción escalonada en la sociedad con la ayuda de servicios penitenciarios y de salud mental. Se ofrecía a todos los pacientes un entorno de apoyo que contaba con las siguientes intervenciones y profesionales: enfermeros psiquiátricos, programas educacionales, psicoterapia individual y grupal por parte de psicólogos, talleres de arte y creatividad impartidos por terapeutas (por ej., de teatro, música o movimiento), intervenciones farmacológicas dirigidas por psiquiatras, y apoyo en la construcción y mantenimiento de redes sociales con la ayuda de trabajadores sociales.

Tras un extenso periodo de tiempo de observación y evaluación (de unos 3-6 meses), todos los pacientes con trastornos de personalidad empezaron un programa de tratamiento multi-modal con un enfoque cognitivo-conductual centrado en la prevención de recaídas (por ej., Laws, Hudson y Ward, 2000). Durante el tiempo de observación de este estudio ( $M=20$  meses), tanto los delincuentes psicópatas como los no psicópatas siguieron el mismo protocolo de tratamiento. Éste consistía en sesiones grupales semanales de dos horas dirigidas por dos terapeutas cognitivo-conductuales. Estas sesiones, que tuvieron una duración de 19 meses, se centraron en el comportamiento criminal del paciente (que debía tomar responsabilidad por el delito cometido), las necesidades criminógenas y la cadena de eventos que habían conducido al delito, con un énfasis permanente en la participación del paciente en formular estrategias alternativas a los comportamientos y pensamientos que condujeron a tal delito. Dada la heterogeneidad de la conducta problemática dentro de los delincuentes con trastorno de personalidad, cada una de las necesidades criminógenas idiosincráticas de los pacientes era abordada en sucesivas (o paralelas) intervenciones terapéuticas.

### **5.3. Pacientes de la muestra y medidas de evaluación empleadas**

La muestra del estudio comprendió 74 delincuentes varones con trastorno de la personalidad admitidos a ese centro psiquiátrico, bajo la orden de cumplir una TBS, entre Marzo de 2000 y Mayo de 2007.

Para obtener una muestra homogénea, sólo fueron incluidos sujetos con trastornos de personalidad de acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), siendo excluidos los pacientes con trastorno mental grave. Estos pacientes fueron divididos en dos grupos: delincuentes psicópatas y delincuentes no psicópatas, de acuerdo a un punto de corte en la PCL-R igual o mayor a 26 (Hildebrand, de Ruiter y de Vogel, 2004; Hildebrand, de Ruiter y Nijman, 2004).

Para determinar si los psicópatas respondían al tratamiento se utilizó el Índice de Cambio Fiable (en adelante, RCI; Jacobson y Truax, 1991). Este instrumento fue desarrollado para evaluar el cambio del cliente durante la terapia, y es utilizado frecuentemente en la investigación sobre resultados de terapia (Atkins, Bedics, McGlinchey, y Beauchaine, 2005; McGlinchey, Atkins, y Jacobson, 2002; Ogles, Lunnen, y Bonesteel, 2001). El RCI describe los cambios del individuo durante el tratamiento no sólo en términos de mejora fiable sino también en cuanto a no cambio y/o empeoramiento fiable. El RCI mide la fiabilidad del cambio tomando repetidas mediciones. Comparado con el análisis a nivel grupal, el RCI supone una metodología más rigurosa. Para demostrar el cambio fiable, los pacientes tienen que cambiar más allá del nivel de cambio que podría ser explicado mediante la falta de fiabilidad de la medición y las evaluaciones repetidas.

El cambio terapéutico fue medido con el índice BEST o *Behavioral Status Index* (Reed, Wood y Robinson, 2000), una medida de comportamientos dinámicos relacionados con el riesgo. Se eligió el índice BEST dado que podía ser administrado repetidamente durante el tratamiento para evaluar los cambios en múltiples dimensiones

del riesgo forense y porque había mostrado buena fiabilidad y validez en estudios previos con pacientes forenses (Chakhssi, de Ruiters, y Bernstein, 2009; Ross et al., 2008; Woods, 2000). Este instrumento contiene 70 ítems divididos a priori entre tres sub-escalas: riesgo, *insight* y habilidades sociales y de comunicación.

#### 5.4. Procedimiento de evaluación

- **Medidas con el índice BEST.** Los enfermeros psiquiátricos no fueron informados del propósito del estudio así como tampoco de las puntuaciones de la PCL-R. Todos ellos fueron bien entrenados en el uso del índice BEST y evaluaron a cada paciente 6 meses después de la admisión, que generalmente correspondía con el comienzo del tratamiento del paciente. Durante su estancia en el hospital, los enfermeros evaluaban a los pacientes a intervalos de 6 meses mediante sus propias observaciones apoyadas con información documental. Todos los pacientes de la muestra del estudio fueron evaluados al menos cuatro veces con este instrumento.
- **Medidas con la PCL-R.** Las puntuaciones en la PCL-R de cada paciente fueron obtenidas durante el transcurso del tratamiento ( $M=2,5$  años tras la admisión,  $SD=1,88$ ) por dos puntuadores entrenados e independientes que sólo usaron información documental. La información documental de los pacientes incluía: historial delictivo, informes psicológicos y psiquiátricos del juzgado, valoraciones del riesgo de violencia, información médica, informes de progreso en el tratamiento e informes de los enfermeros psiquiátricos y de los trabajadores sociales. La puntuación final en la PCL-R se basaba en el consenso entre ambos puntuadores.

#### 5.5. Resultados del estudio

- **Prevalencia del TAP.** En la muestra del estudio, el trastorno de personalidad más prevalente fue, tanto para no psicópatas como para psicópatas, el trastorno antisocial de la personalidad o TAP (44,7% y 81,5%, respectivamente), con una altísima y muy superior prevalencia en el caso de los psicópatas que no debe extrañarnos dado que es congruente con la investigación, que ha señalado repetidamente el fuerte vínculo existente entre el TAP y el Factor 2 de la PCL-R, que medía la psicopatía en la muestra (para más detalle, ver apartado 3 de la parte I, *Diferencias entre el concepto de psicopatía y el trastorno antisocial de la personalidad*).
- **Variables demográficas y judiciales.** Los tests que analizaron las diferencias entre grupos en cuanto a variables demográficas y judiciales mos-

traron que el grupo de psicópatas era significativamente más joven en el momento de cometer el primer delito y que contaban un número mucho mayor de órdenes de TBS previas.

- **Cambios durante el tratamiento a nivel grupal.** En relación a estos cambios, se señala que en la puntuación total en el índice BEST no hubo diferencia entre los resultados obtenidos por psicópatas y no psicópatas; sin embargo, en el factor de hostilidad interpersonal del índice BEST los resultados de las puntuaciones indicaron que los psicópatas mostraban un mayor comportamiento interpersonal hostil.
  
- **El tratamiento no hizo empeorar a los psicópatas.** En relación a la pregunta de si el tratamiento hace a los psicópatas peores, planteamiento éste mantenido durante largo tiempo por gran parte la literatura especializada, Chakhssi et al. (2010) hacen notar que, contrariamente a este pesimismo generalizado, los resultados del estudio señalan que el tratamiento no hizo empeorar a todos los psicópatas, ni siquiera a la mayoría de ellos. Desde el punto de vista de los cambios a nivel individual, psicópatas y no psicópatas mostraron, en general, el mismo patrón de empeoramiento fiable en la puntuación total del índice BEST. Sin embargo, los actos que implicaron violencia física fueron una excepción; casi una cuarta parte (22%) de los psicópatas mostraron un empeoramiento fiable, mientras que los no psicópatas no mostraron empeoramiento fiable en violencia física durante el tratamiento. Este hallazgo va en la línea de anteriores estudios que señalaron que los psicópatas, en relación a los no psicópatas, tienen mayor probabilidad de mostrar agresión cuando están hospitalizados (por ej., Hildebrand et al., 2004) y de mostrar comportamientos negativos durante el tratamiento (Hobson, Shine y Roberts, 2000).
  
- **Los psicópatas mejoraron con el tratamiento.** En relación a la pregunta de si los psicópatas mejoran con el tratamiento, hay que decir que los análisis a nivel individual y grupal sugieren que tanto psicópatas como no psicópatas responden al tratamiento forense hospitalario, siendo esto demostrado por cambios significativos en la puntuación total del índice BEST y en los factores de este instrumento que miden las habilidades sociales y el *insight*. Los psicópatas y los no psicópatas parece que cambiaron en las escalas del índice BEST que miden el comportamiento social adaptado, las habilidades de comunicación, el nivel de *insight* y la atribución de responsabilidad. Más específicamente, aproximadamente un tercio de los psicópatas mostraron una mejora fiable en la puntuación total del índice BEST y en los factores de éste que miden habilidades sociales e *insight*. De nuevo, estos hallazgos contradicen el punto de vista que sostenía que los psicópatas no podían cambiar (Cleckley, 1988). Por otro lado, existe alguna indicación de que los pacientes no psicópatas

mejoraron, de algún modo, más que los pacientes psicópatas. En general, tanto los análisis a nivel individual como a nivel grupal mostraron pocas diferencias significativas entre psicópatas y no psicópatas en términos de cambio.

### 5.6. Conclusiones sobre estos resultados

Así pues, parece que a nivel global los hallazgos del estudio confirman la hipótesis de sus autores de que dentro del grupo de los psicópatas la responsividad al tratamiento varía y enfatizan, asimismo, su noción de que la variabilidad individual dentro de los psicópatas aparece enmascarada en los análisis a nivel grupal.

De manera consistente con la investigación previa (Olver y Wong, 2009; Skeem, 2008, Skeem et al., 2002) sus hallazgos demuestran que el tratamiento no hace a todos o a la mayoría de los psicópatas peores sino que, contrariamente, éstos consiguen mejoras a través del mismo, si bien es cierto que existen diferencias entre psicópatas y no psicópatas en términos de cambio durante el tratamiento.

### 5.7. Limitaciones del estudio

Los hallazgos de este estudio deben ser considerados siendo conscientes de la existencia de varias limitaciones, señaladas por Chakhssi y sus colegas. Las más significativas pueden resumirse así:

- la **generalización de los resultados queda limitada** a pacientes psiquiátricos forenses varones con trastornos de la personalidad. El estudio debería ser replicado en muestras más amplias y diferentes (por ej., pacientes psiquiátricos con trastornos psicóticos) para medir la fuerza de los hallazgos.
- El **periodo de observación de este estudio** ( $M=1,67$  años) es apenas una tercera parte de la duración estándar del tratamiento bajo la orden de TBS ( $M=5,9$  años; Wartna, el Harbachi y Essers, 2006). Debería llevarse a cabo una investigación que abarque periodos más largos para determinar si los pacientes psicopáticos siguen respondiendo al tratamiento psiquiátrico forense a lo largo del tiempo.
- La **falta de grupo control** no tratamental es otra de las limitaciones del estudio, si bien, por otro lado, es algo inherente a estudios de resultado clínicos forenses donde apartar del tratamiento a un sujeto que lo necesita no sería ético ni justificable. Esto implica que las diferencias en cuanto al cambio (o en el caso de este estudio, la falta de diferencias) entre los

grupos de psicópatas y de no psicópatas podría deberse a causas naturales en los sujetos como consecuencia del paso del tiempo más que debido a los efectos del tratamiento. Sin embargo, habida cuenta de los comportamientos documentados en los psicópatas sobre su pobre ajuste a las comunidades terapéuticas (por ej., Hobson, Shine y Roberts, 2000; Ogloff, Wong y Greenwood, 1990), y sobre el incremento de las conductas agresivas durante el tratamiento (por ej. Ogloff et al., 1990; Olver y Wong, 2009), cabe pensar que las mejoras mostradas por los pacientes psicópatas de este estudio es poco probable que se deban sólo al paso del tiempo.

- Por último, una limitación adicional de este estudio es el hecho de que no es posible comparar a psicópatas y no psicópatas en cuanto a su **implicación a la terapia y a la intensidad del tratamiento**. No hay datos fiables sobre la intensidad del tratamiento y la implicación durante el periodo de seguimiento.

## **6. El Programa Chromis (Reino Unido)**

### **6.1. Origen y desarrollo del programa**

Dada la relevancia de la psicopatía en el sistema jurídico-penal, y desde una visión más optimista de los investigadores y profesionales en relación al tratamiento de los sujetos con este trastorno, el National Offender Management Service para Inglaterra y Gales (NOMS) pensó en desarrollar un programa específico para este grupo heterogéneo. El que se denominó programa Chromis estuvo cinco años en desarrollo, comenzando en 1999 cuando el NOMS creó un comité, que contó con los mayores expertos a nivel mundial en este campo, para encontrar maneras de abordar las necesidades de sujetos de alto riesgo de violencia con altos niveles de rasgos psicopáticos.

Asimismo, el NOMS alentó un buen número de proyectos de investigación para apoyar el desarrollo del programa y aprender más acerca de las necesidades de este tipo de delincuentes; éstos incluían entrevistas con los destinatarios finales del programa, a efectos de conocer mejor sus necesidades, así como con profesionales del ámbito terapéutico y de vigilancia para conocer qué consideraban que funcionaba o no con estos delincuentes.

Se llegó al acuerdo de que el Chromis se perfilaría a partir de aquella literatura que había venido señalando “lo que funcionaba” (McGuire, 1995) en este campo, y que se guiaría por los principios de la práctica efectiva en la reducción de la criminalidad llevada a cabo con los delincuentes comunes. En este sentido, la mejor práctica a la hora de planificar el tratamiento para delincuentes ha seguido los principios de Riesgo-Necesidad-Responsividad, desarrollados por Andrews y Bonta (2010), y se consideró que esto no sería una excepción en el tratamiento con los delincuentes psicópatas. Se contaba, asimismo, con un cuerpo de investigaciones considerable en relación a cómo los rasgos interpersonales, afectivos y conductuales asociados con la psicopatía influían en el compromiso y nivel de ganancias adquirido en el tratamiento (por ej., Blud, Thornton y Ramsey-Heimmermann, 2003; Clark, 2000; Hobson, Shine y Roberts, 2000), lo cual contribuyó a la hora de diseñar el programa de modo que respondiera mejor a las necesidades de tratamiento y a la responsividad (o disposición al tratamiento) de los delincuentes psicópatas.

El programa Chromis fue acreditado por Comité de Acreditación del Servicio de Prisiones de ese país (CSAP; Lipton, Thornton, McGuire, Porporino, y Hollin, 2000; Maguire, Grubin, Lösel, y Raynor, 2010), y empezó a aplicarse en el año 2005 en la Unidad Westgate de la Prisión Frankland (Inglaterra).

### **6.2. Objetivos del programa Chromis**

Tew y Atkinson (2013) han llevado a cabo recientemente un análisis acerca de cómo se gestó y desarrolló el programa Chromis, del que vamos a destacar algunos de los puntos más relevantes en esta exposición. Así pues, cabe decir que se trata de

un programa dirigido a reducir la violencia en los delincuentes cuyo nivel o combinación de rasgos psicopáticos interfiere en su capacidad de participar en el tratamiento y de comprometerse al cambio. No se dirige a cambiar los rasgos de la personalidad sino que trabaja con ellos para reducir el riesgo de reincidencia violenta del sujeto. Como en otras intervenciones acreditadas, el Chromis combina la identificación, reducción y control del riesgo, desarrollando nuevas maneras satisfactorias de vivir de un modo pro-social. Sin embargo, busca particularmente dar respuesta a esa gama diversa de necesidades complejas asociadas con la psicopatía, al tiempo que se mantiene el compromiso con la integridad del programa.

### 6.3. Los principios del programa Chromis

Como hemos señalado antes, los principios de este programa surgen de la literatura de investigación sobre el cambio efectivo en los psicópatas y otros delincuentes altamente resistentes. Asimismo, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con delincuentes y profesionales para su elaboración. Los principios clave se centran en la importancia de reconocer la complejidad de cada sujeto al tiempo que se refuerza la propia responsabilidad ofreciendo la posibilidad de elección y control dentro del entorno del tratamiento. A continuación, resumimos los principios más relevantes señalados por Tew y Atkinson:

- **Necesidades complejas y relevancia personal.** Los delincuentes psicópatas se ven a menudo a sí mismos con necesidades complejas y especiales y muchos de ellos encuentran algunos aspectos del tratamiento aburridos, condescendientes e irrelevantes. Este programa individualiza el tratamiento y establece con el participante qué es lo que a él le preocupa, sus prioridades y sus fortalezas, así como aspectos de su vida que necesitan ser mejorados y áreas de riesgo que han de abordarse.
- **Control y elección.** Para los sujetos con rasgos psicopáticos, el cambio puede resultar enormemente desafiante, y pueden no ver un motivo para el mismo. Es esencial para el Chromis la creencia de que no puede pretenderse que un sujeto cambie a menos que dicho sujeto tome conciencia de que necesita hacerlo, de que vea en qué podría resultar dicho cambio. Para apoyar este principio, se utiliza un método llamado “estrategia de elecciones” (Harris, Attrill y Bush, 2005), que se usa a lo largo de todo el programa y, a un nivel más amplio, en toda la Unidad donde el programa está insertado. Esta estrategia vendría a decir algo así como “No podemos hacerte cambiar, ni queremos hacerlo; pero si tú quieres aprender, podemos enseñarte cómo cambiar”. El respeto al derecho del interno y a la capacidad para dirigir su propia vida inspira esta estrategia. Desde luego, ofrecerle elegir quiere decir que se ha de aceptar que los internos decidan libremente no obedecer las normas. En efecto, la estrategia dice: “accepta-

remos tu elección, cualquiera que sea ésta”. Sin embargo, de acuerdo con el “principio de transparencia”, que también rige en este programa, la Estrategia de Elecciones requiere que los profesionales expongan claramente las consecuencias de cada elección.

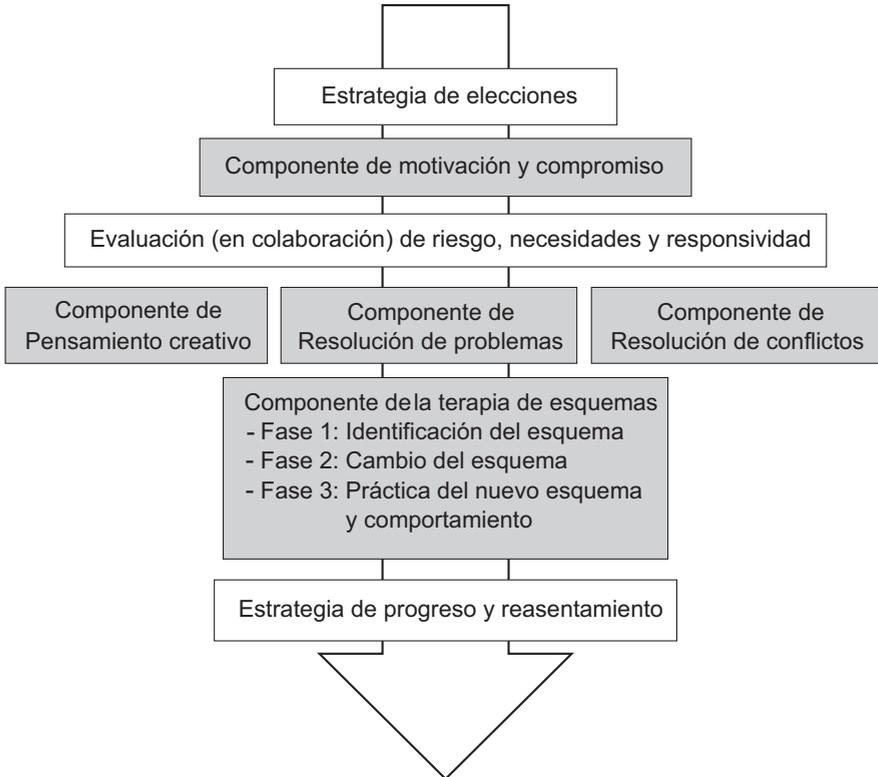
- **Orientación hacia el futuro.** Este programa pone énfasis a lo largo de todas sus sesiones y componentes en cómo querría el individuo que fuese su vida; esto es, con una clara orientación de futuro. Muchos programas de tratamiento se centran en el pasado del sujeto; en relación a ello, este programa sólo tiene en cuenta el pasado para establecer objetivos a partir de problemas previos.
  
- **Novedad y estimulación.** El Chromis busca ayudar a los participantes a desarrollar su tolerancia al aburrimiento y a la frustración, desarrollando nuevas habilidades para gestionar su tiempo y hacer frente al aburrimiento de un modo más pro-social. Además, el material y estilo de aplicación del programa han sido adaptados a esa tendencia al aburrimiento y a la necesidad de estimulación. Así, por ejemplo, las sesiones no duran más de una hora en general (adaptándose según el propósito de cada sesión).
  
- **Colaboración y transparencia.** El programa pretende ser altamente transparente de cara a involucrar a los delincuentes psicópatas y evitar su desconfianza. Este enfoque pretende reducir los “juegos” y la manipulación por parte de los sujetos con altos rasgos de psicopatía. Se hace especial énfasis en la colaboración con el fin de promover la sensación de control en el sujeto.
  
- **Estatus y credibilidad.** El programa admite abiertamente que cada participante es un experto en su propia vida. Los profesionales evitarán presentarse como expertos o profesores. El lenguaje usado para dirigirse a cada participante ha de ser profesional y respetuoso, y no muy diferente del que se usaría con un colega.

#### 6.4. Estructura y contenido del programa Chromis

Este programa comprende cinco componentes separados, cada uno de ellos con objetivos de tratamiento específicos dirigidos a abordar el riesgo y las necesidades de los psicópatas violentos (ver Figura 9). La duración del tiempo que cada participante estará en el programa dependerá de sus necesidades individuales y de su progreso, pero es probable que permanezca entre 2½ - 3 años en total, incluyendo el tiempo de

evaluación y de preparación para la progresión. El tiempo entre componentes también vendrá marcado por las necesidades individuales y la respuesta al tratamiento.

**Figura 9.** Esquema de los elementos del Chromis (a partir de Tew y Atkinson, 2013).



Nota: Las áreas en gris corresponden a los componentes del Chromis.

Estos son los componentes que conforman el programa:

- a) **Sesión introductoria.** En ella los profesionales presentan a los participantes la “estrategia de elecciones” (Harris et al., 2005), que ya hemos explicado anteriormente.
  
- b) **Componente de motivación y compromiso.** Consiste en 12 sesiones individuales y se centra en las tareas diseñadas específicamente para involucrar a los sujetos al programa y otras actividades. Se dirige a moti-

var a los participantes a elegir comprometerse de manera constructiva con el tratamiento, y hacerles ver la relevancia personal y el valor de ello; después, se les motiva a elegir llevar a cabo un cambio real más que limitarse a “cumplir”. Este componente se centra en entender lo que a los internos verdaderamente les preocupa y quieren, y cómo ellos generalmente lo intentan y consiguen. Se utiliza el *Good Lives Model* (Ward y Brown, 2004) como herramienta para hacer emerger las ideas subyacentes de cada participante. Asimismo, se presenta a los sujetos el uso de la objetividad como habilidad. Al final de este componente, los participantes han de completar una batería de pruebas de evaluación.

- c) Componente de habilidades cognitivas.** Como se muestra en la Figura 9, se presentan tres componentes de habilidades cognitivas, que son: (1) el componente de “pensamiento creativo” (20 sesiones); (2) el componente de “resolución de problemas” (17 sesiones); y (3) el componente de “resolución de conflictos” (21 sesiones). Estos componentes tienen una aplicación flexible para adecuarlos a la responsividad individual de los sujetos y a sus necesidades de tratamiento, pudiendo utilizarse para ello tanto sesiones grupales como individuales. Las habilidades se presentan y practican haciendo énfasis en la relevancia y valor que vayan a tener en los participantes y en la generalización a su vida diaria.
- d) Componente de la Terapia de Esquemas.** Este componente supone una intervención de alta intensidad basada en la terapia cognitivo-conductual para trastornos de personalidad (Davidson, 2007). Busca reducir la violencia y otros comportamientos dañinos (incluso para uno mismo) a través del uso de un enfoque que explora y aborda el desarrollo y mantenimiento de esquemas, creencias y conductas inútiles. La primera fase de este componente busca identificar cómo se desarrollan las creencias nucleares de las personas o “esquemas”, y cómo éstas son mantenidas por (y resultan en) conductas inútiles. La segunda fase utiliza experimentos conductuales para explorar los esquemas existentes y ayudar a desarrollar otros nuevos y más adaptativos. La tercera fase facilita la adquisición de nuevas habilidades y prepara al sujeto para la progresión. Busca consolidar las habilidades y aprendizajes, permitiendo a los participantes ser sus propios terapeutas. Incluye la puesta a prueba del esquema en curso en ese momento con la supervisión de los profesionales. Durante las sesiones se planifican experimentos conductuales y actividades de prueba para llevar a cabo.
- e) Estrategia de progreso y reasentamiento.** Ofrece a los participantes caminos individualizados para el progreso. Se centra en apoyar al interno en la generalización de habilidades para reducir y controlar su riesgo, y a identificar dónde será necesario controlar el riesgo una vez se

encuentre en el exterior. Incluye mecanismos para documentar y comunicar el progreso y el riesgo a través de agencias y servicios.

### **6.5. Modificaciones hechas al programa tras su puesta en marcha**

El arranque de este programa tuvo lugar en el año 2005 y actualmente es una intervención que sigue en marcha tras haberse finalizado la fase piloto. Tew y Atkinson (2013) destacan una serie de modificaciones que se han ido haciendo en el programa como consecuencia de que, a lo largo de estos años de puesta en práctica, las necesidades han resultado ser más complejas de lo que se anticipó originalmente, tanto en términos de historias delictivas como de dificultades psicológicas y de comportamiento. Éstas son las adaptaciones hechas en el programa que consideramos más relevantes:

- **Historias delictivas versátiles.** En términos de historias delictivas, muchos de los crímenes no fueron “simplemente” violentos sino que añadían, en ocasiones, elementos sexuales al uso de la violencia, secuestro... etc. Esto ha exigido adaptar las necesidades criminógenas a abordar para tratar esas particularidades que, inicialmente, no se habían contemplado.
  
- **Alta comorbilidad con otros trastornos.** Se han registrado en los sujetos altos niveles de comorbilidad con otros trastornos de personalidad, que han requerido ser abordados antes o durante el Chromis; actualmente, la política en relación con los trastornos de salud mental, a un nivel más general, es la de que cualquier trastorno depresivo o ansioso debe ser abordado con anterioridad a la participación en el programa, asegurando así que los participantes sean capaces de comprometerse con el tratamiento dando lo mejor de sí mismos.
  
- **Materiales del programa.** Ha sido necesario adaptar los materiales del programa para adecuarlos a los niveles educativos y estilos de aprendizaje de los participantes. De cara a abordar estas dificultades, se ha tenido cuidado en ver cómo los sujetos habían participado en programas previos de tratamiento o educativos y cuál era su estilo preferido de aprendizaje.

En cualquier caso, es importante señalar que todas las adaptaciones que se han venido haciendo han sido debatidas y llevadas a cabo en colaboración con los participantes, lo cual conlleva, entre otras ventajas, la de minimizar el número de sujetos que finalmente se han de acabar excluyendo el programa por diversos motivos.

## 6.6. Los profesionales del programa

El proceso de evaluación acerca de cómo ha sido la selección de los profesionales y de cuál ha sido su evolución a lo largo de la aplicación del programa se encuentra actualmente en desarrollo (Tew y Atkinson, 2013).

En cualquier caso, parece necesario que los profesionales que trabajen en este programa (u otro de características y población similares) sean psicológicamente fuertes, estén ampliamente informados sobre lo que implica trabajar con esta población y hayan sido bien entrenados para aplicar este tratamiento.

Además, a partir de la experiencia de estos años de funcionamiento del Chromis, se ha visto crucial que los profesionales tengan la capacidad para autoevaluarse y detectar cuándo necesitan tomarse un descanso del programa. En relación con esto, durante el primer año de funcionamiento del Chromis, los profesionales del programa elaboraron unas listas de control que les ayudaban a identificar los signos particulares de un posible síndrome de *burnout* (o síndrome del quemado) así como determinados traspasos de los límites del programa (por ej., pasar mucho tiempo en la Unidad con un participante en particular, minimizar o sobreestimar su riesgo...etc). Estas listas se hicieron con un espíritu de transparencia y para poder ser compartidas con los colegas, y se llevaban a la supervisión. La supervisión regular (particularmente la externa ofrecida por un grupo creado a tal efecto) ha sido muy valiosa para mantener la salud de los profesionales y la integridad del programa. Ha de ser posible (y no ha de suponer un estigma) pedir tiempo para apartarse de la intervención, y los supervisores deberían responder a esto con inmediatez y sin emitir juicios de valor.

Los autores de este estudio ven aconsejable que los profesionales encaren este programa con un sano cinismo combinado con un optimismo terapéutico, al objeto de prevenir que éstos se vuelvan desconfiados y pesimistas respecto al cambio.

## 6.7. Resultados del programa Chromis

¿Fue capaz el programa Chromis de conseguir el impacto buscado en sus participantes logrando reducir su riesgo de violencia? La metodología que ofrece resultados más robustos de cara a evaluar la efectividad de un programa pasa por utilizar ensayos control aleatorios o diseños cuasi-experimentales (Harper y Chitty, 2005). Por razones prácticas, tales diseños son raros en las evaluaciones de programas. La naturaleza del programa Chromis no permite llevar a cabo estos estudios en la actualidad debido a determinados factores, tales como: el tamaño limitado de la muestra, la naturaleza compleja de los participantes y la integración del programa Chromis dentro del régimen de tratamiento de la Unidad Westgate (Tew y Atkinson, 2013).

Un diseño de casos múltiples ha ofrecido, hasta el momento, la manera más efectiva de responder acerca de qué cambios se observaron en los participantes del Chromis a lo largo del tiempo (Yin, 2009). Este trabajo está desarrollándose en la

actualidad, buscando los cambios en aquellas áreas consideradas significativas a través de cinco estudios de caso de sujetos que han completado el programa y han progresado, bien yendo a centros de menor seguridad o bien saliendo en libertad.

Un elemento clave de este proyecto ha sido completado; concretamente, el que tiene en cuenta los cambios en relación a la ira y a la agresión mostrados por los sujetos. (Tew, Dixon, Harkins y Bennet, 2012). El estudio de Tew y Atkinson encontró, buscando a través de estudios de caso, que los sujetos experimentaron una disminución en cuanto a la ira auto-informada, medida ésta pre y post tratamiento mediante el Inventario Novaco de la Ira o *Novaco Anger Scales and Provocation Inventory* (NAS-PI; Novaco, 1994). Los sujetos mostraron, en general, una reducción de sus actos de agresión física y verbal conforme progresaban en el tratamiento. La ecuación de Cooke (1997) fue utilizada para comparar las tasas actuales y esperadas de agresión física a lo largo de distintos periodos de tiempo. Esto mostró que los sujetos tenían tasas de agresión física más bajas de lo esperado mientras estaban en Westgate y tras salir de allí, en comparación a su comportamiento antes de entrar a la Unidad y empezar con el tratamiento. Contrariamente, los sujetos obtuvieron, en general, tasas más altas de lo esperado en cuanto a agresión verbal cuando estuvieron en Westgate y tras salir de allí, en comparación a su comportamiento pre-tratamiento.

Se considera que las razones para que se diera este resultado podrían ser: (1) los efectos disruptivos derivados de estar en tratamiento; (2) una reacción a su aparente reducción en cuanto al nivel de agresión física o (3) las diferencias en la manera en que el comportamiento fue identificado, recogido y controlado antes, durante y después de su estancia en aquella Unidad. También podría indicar que es necesario un trabajo adicional tras el programa Chromis para ayudar a los sujetos a controlar y expresar adecuadamente la ira que siguen experimentando. Si bien existen limitaciones en cuanto a este proyecto y, como señalan sus autores, es esencial proseguir con el trabajo adicional actualmente en curso, resulta alentador que hayan sido encontradas mejoras en áreas relativas a un objetivo central del Chromis (la reducción de la violencia) en sujetos que han salido de la Unidad.

Por otro lado, unos cuantos estudios no publicados de profesionales de la Unidad Westgate han proporcionado, asimismo, evidencia preliminar de cambios positivos en los participantes del Chromis. En un pequeño estudio ( $n=14$ ), Morris (2010), considerando los tamaños del efecto de acuerdo a Cohen (1988), encontró cambios positivos en evaluaciones psicométricas de actitudes, estilos de pensamiento y regulación emocional administradas antes y después de que los componentes de habilidades cognitivas del Chromis se dirigieran a estas áreas. También encontró que el equipo clínico juzgó que un 95% de los participantes estaba progresando en el tratamiento (Morris, 2010). Liell (2009), a su vez, encontró una mejora en cuanto al compromiso con su educación en aquéllos que habían completado los componentes de habilidades cognitivas del Chromis ( $n=11$ ), lo cual podría ser considerado para algunos como un factor protector contra la violencia.

El NOMS (2009), por su parte, encontró que los delincuentes informaron que el *feedback* que recibían de sus profesionales era acertado, y que el tratamiento era importante para ellos. Si bien podría esperarse esto de delincuentes con altos niveles de rasgos psicopáticos, este hallazgo fue apoyado por los profesionales que observa-

ron cómo los participantes fueron volviéndose menos resistentes, más involucrados, formando relaciones más positivas y de confianza con los profesionales, estando más centrados, y trabajando más en conjunto dentro de las sesiones grupales, conforme iban progresando a lo largo de los componentes del Chromis.

Aunque estos estudios tienen limitaciones, como los pequeños tamaños de las muestras y una falta de grupos control, los hallazgos que plantean ofrecen indicadores muy prometedores del impacto del Chromis (Tew y Atkinson, 2013).

Las investigaciones preliminares de la base de datos del programa también ofrecen resultados alentadores. Los datos muestran una tasa de finalización de cada uno de los componentes del Chromis del 95%. Sólo fueron rechazados permanentemente del programa 9 de entre los 64 sujetos que empezaron al mismo tiempo (esto es, sólo un 14%). Éstas son unas cifras muy buenas de índice de abandono teniendo en cuenta las dificultades que se esperaba encontrar con delincuentes que se sabe que son desafiantes, despreciativos, difíciles de mantener concentrados, volátiles, inconsistentes en cuanto a la información que ofrecen y con muy distintos niveles de inteligencia.

Por último, es importante señalar un problema que hacen notar los autores en relación a los delincuentes psicópatas, y es que éstos, potencialmente, sean capaces de aprender el lenguaje de la terapia pero puedan no llevar a cabo cambios significativos en su comportamiento. El enfoque de evaluación triangulada (Flick, 1992) busca detectar si éste es el caso, y el debate abierto con los participantes busca abordar esta cuestión allí donde ocurra. De manera anecdótica, existe información esperanzadora del equipo de tratamiento del Chromis en relación a que los delincuentes son buenos llevando a cabo los experimentos conductuales que forman parte del componente de Terapia de los Esquemas. Esto indicaría que están aprendiendo y que son capaces de poner en práctica las nuevas habilidades cuando eligen hacerlo. Además, esta observación ha sido confirmada por profesionales de Westgate que no formaban parte del equipo de tratamiento y que, de manera espontánea, comentaron acerca de los cambios notables de comportamientos pro-sociales en los sujetos que habían participado en este componente del programa.

## **6.8. Conclusión final**

Parece justo hacer notar que el Chromis sigue siendo un programa experimental, y podría decirse que se encuentra en una fase de evaluación y mejora continuos (Tew y Atkinson 2013). Y si bien es cierto que las investigaciones hasta la fecha no permiten extraer conclusiones firmes sobre el impacto del Chromis, también lo es que los indicios que tenemos a día de hoy señalan que los esfuerzos de quienes han desarrollado el programa, de los profesionales que lo han impartido y de los sujetos que han participado, han merecido la pena. Parece que los internos en Westgate se encuentran involucrados en el programa y continúan participando en el tratamiento durante más tiempo del que típicamente cabría esperar dada la complejidad que caracteriza a esta

población. Aquéllos que participan en el Chromis muestran mejoras en sus actitudes y conductas, concretamente en las relacionadas con la ira y la agresión, en Westgate y una vez son transferidos de allí, tal y como indican las pruebas psicométricas y el comportamiento actual.

## Capítulo tercero

### Efectos del tratamiento en los delincuentes psicópatas

A la vista de los resultados de los siete estudios recientes que acabamos de presentar con cierto detalle y, teniendo en cuenta, asimismo, algunos otros estudios que también se han llevado cabo con similar propósito, vamos a señalar en este capítulo las conclusiones que consideramos más relevantes en relación a los efectos que el tratamiento, fundamentalmente en prisión (o centro psiquiátrico penitenciario), ha mostrado tener sobre los delincuentes psicópatas.

Así pues, vamos a resumir a continuación esos efectos del tratamiento en los siguientes 5 epígrafes, si bien hemos de señalar que el último de ellos, que aborda la cuestión del cambio en los rasgos de la personalidad psicopática se trata, en realidad, de una constatación de la falta de evidencia de dicho cambio.

#### 1. Disminución de la tasa de reincidencia delictiva

Varios de los estudios anteriormente presentados han examinado de manera directa si el tratamiento disminuye el comportamiento delictivo de los sujetos psicópatas, y los resultados de tres de ellos han sido especialmente positivos.

Así pues, los delincuentes psicópatas del programa Clearwater (Olver y Wong, 2009) obtuvieron una disminución en sus tasas totales de reincidencia violenta de un tercio en comparación con aquéllos que no completaron el tratamiento (60,6% frente al 91,7%, respectivamente).

Se ha demostrado que este tipo de hallazgos en adultos es, asimismo, consistente con los adolescentes de más edad en los contextos forenses. En este sentido, los jóvenes con rasgos psicopáticos que recibieron tratamiento intensivo en el Centro Juvenil de Mendota (MJTC) obtuvieron tasas significativamente más bajas de reincidencia violenta y estuvieron muchos más días en libertad antes de volver a delinquir, en relación a aquéllos que recibieron tratamiento no intensivo (o “habitual”) en un centro para delincuentes juveniles estándar. Sólo una quinta parte de los jóvenes tratados en el MJTC se implicaron en hechos violentos en la comunidad durante los dos años posteriores a su puesta en libertad, mientras que casi la mitad del grupo comparación hizo lo propio; del mismo modo, los jóvenes del Centro de Mendota tuvieron una probabilidad 2,7 veces menor de volverse violentos en la comunidad que aquéllos que no recibieron el tratamiento intensivo (Caldwell, Skeem, Salekin y van Rybroek, 2006).

En el caso de los delincuentes psicópatas que siguieron el Programa de Personalidad de Alto Riesgo en Nueva Zelanda (HRPP), de acuerdo a Wilson y Tamatea (2013), la mayoría acabaron abandonando la violencia (64%) frente a una tasa estimada de abandono de sólo el 25% en el caso de aquéllos que no habían participado en tratamiento alguno (según la investigación previa llevada a cabo por Wilson en 2003).

Por último, hay que señalar que, en el caso del tercero de los estudios del CPR de Saskatoon (Wong et al., 2012), si bien no se halló diferencia significativa entre el grupo tratado y el control en las once variables de resultado de reincidencia, sin embargo, todos excepto uno de los resultados mostraron tendencias en la dirección esperada, esto es, una tendencia hacia un mejor logro de resultados con el tratamiento.

Ninguno de estos estudios es una prueba controlada aleatoria (*Randomized Controlled Trial* o RTC). Y no conocemos que haya sido publicado ningún RTC que investigue las respuestas de delincuentes psicópatas al tratamiento empíricamente validado. Algunos investigadores concluyen que hasta que estas pruebas RTC no se hayan llevado a cabo no puede hablarse de una evidencia convincente de que los psicópatas puedan beneficiarse del tratamiento (Harris y Rice, 2006). Sin embargo, otros investigadores (Polaschek y Daly, 2013) consideran que esta postura es exageradamente conservadora. Muchos meta-análisis sobre protocolos de intervención para delincuentes de alto riesgo han encontrado poca o ninguna diferencia en el tamaño del efecto para diseños aleatorios frente a diseños cuasi-experimentales de alta calidad (Hollin, 2008). Los estudios revisados, señalan Polaschek y Daly, eran diseños de alta calidad cuasi-experimentales que aplicaban diversos métodos de última generación a una respuesta de tratamiento estimada de modo muy conservador (por ej., incluir en los análisis a aquéllos que no completaban el tratamiento). Desde su punto de vista, estos estudios son suficientemente rigurosos y sus hallazgos desafían la creencia de que el riesgo de los prisioneros psicópatas de cometer un nuevo delito no pueda ser disminuido con el tratamiento. Y lo que es más, muestran que no existe evidencia de que la psicopatía (medida a través de las escalas PCL) condicione los resultados, a pesar de la capacidad de dichas escalas para predecir estos mismos resultados en ausencia de tratamiento.

## **2. Disminución de la gravedad de los nuevos delitos**

Es importante señalar que, si bien la reincidencia parece ser la medida más incontestada respecto de la efectividad final de un tratamiento penitenciario, en la mayoría de las ocasiones, la mejora encontrada tras mucho esfuerzo de intervención con los delincuentes no es una cuestión de “todo o nada”; así pues, comparar con la historia delictiva previa (en este caso, la cantidad y la gravedad de los delitos, así como el tiempo que transcurre entre la comisión de uno y otro) puede ser darnos una medida más objetiva y ajustada del progreso del sujeto que la simple dicotomía: delinque o no delinque. En esta línea, algunos autores (por ej., Kazemian, 2007) consideran que la renuncia al delito debería plantearse más como una disminución gradual de la actividad delictiva que como un paso único a dar entre la delincuencia y la no delincuencia.

En este sentido, el tercero de los estudios llevados a cabo en el CPR de Saskatoon (Wong, Gordon, Gu, Lewis y Olver, 2012), que comparó dos grupos de psicópatas de alto riesgo (uno que recibió tratamiento y otro control) señaló, inicialmente, que no hubo diferencias significativas en la reincidencia entre ambos grupos, a través de su evaluación en una serie de medidas en relación a este con-

cepto. Sin embargo, cuando la duración de las condenas fue utilizada como indicador de la gravedad del delito, el grupo tratado mostró una delincuencia menos grave que el grupo control en las siete medidas de gravedad, siendo tres de ellas estadísticamente significativas.

Por otro lado, en el estudio con psicópatas juveniles de Caldwell y sus colegas (2006), que comparó un tratamiento intensivo (Centro de Mendota) con uno estándar, se halló que las tasas de reincidencia general fueron similares, las de reincidencia violenta difirieron significativamente entre ambos grupos (con menor reincidencia del tratado), pero lo interesante fue encontrar que esa disparidad de tasas de reincidencia fue aún más pronunciada conforme crecía la gravedad de los delitos.

### **3. Disminución en el comportamiento violento**

Más allá de las mejoras de los sujetos psicópatas en cuanto a la reducción en su reincidencia delictiva, la mayoría de los programas que hemos presentado han acreditado mejoras, con mayor o menor intensidad, en una disminución de las conductas violentas exhibidas durante y posteriormente al tratamiento, en relación con las que se habían venido dando previamente.

Por ejemplo, en el aquéllos sujetos que completaron el programa Chromis se constataron cambios en relación a la ira y a la agresión mostradas por los sujetos, dándose en éstos, por lo general, una reducción de sus actos de agresión física conforme progresaban en el tratamiento, que mantuvieron una vez finalizado el mismo (Tew y Atkinson, 2013).

Por otro lado, en el marco del programa HRPP de Nueva Zelanda, no se informó de malas conductas violentas durante las 44 semanas que duró el programa, si bien se incurrió en tres de ellas durante los seis meses posteriores al mismo, cuando todos estaban ya en otros módulos de la prisión; en cualquier caso, ello supuso una baja notable en relación a los meses previos al programa, y el 80% de los participantes redujo la calificación de peligrosidad recibida con anterioridad a la intervención (Wilson y Tamatea, 2013).

En último lugar, y más allá de los estudios presentados en el capítulo anterior, en otro estudio orientado exclusivamente al contexto no forense, el tratamiento intensivo de pacientes de un psiquiátrico civil redujo su comportamiento violento independientemente de las puntuaciones de la PCL-R (Skeem, Monahan y Mulvey, 2002). Y los psicópatas que recibieron menos de 6 sesiones de tratamiento tuvieron 3,5 veces más probabilidad de comportarse violentamente en las siguientes 10 semanas en relación con aquellos que participaron en más sesiones.

#### **4. Cambios en las variables de riesgo dinámicas y relación de dicho cambio con una disminución de la reincidencia delictiva**

Se ha constatado, a través de varios de los estudios presentados, cómo algunas de las variables de riesgo dinámico asociadas a los sujetos psicópatas se ven claramente afectadas a consecuencia de las intervenciones de tratamiento y, a su vez, cómo dicho cambio incide directamente en una disminución de la reincidencia delictiva. O dicho de otro modo, algunos de estos estudios han mostrado cómo el mecanismo de cambio en los resultados de reincidencia de los delincuentes psicópatas es el resultado de restringir los objetivos del tratamiento a aquéllos que están vinculados al riesgo de reincidencia y que son denominados *factores de riesgo dinámicos*.

Los mejores métodos para medir los cambios que genera el tratamiento en los delincuentes no están claros a día de hoy (Langton et al., 2006; Seto, 2003). Muchos estudios han señalado que las puntuaciones de la PCL-R/SV correlacionan con unos índices más pobres de mejora tras el tratamiento (por ej., calidad de los planes de prevención de recaídas, Langton et al., 2006; y de mejora global, Ogloff et al., 1990). Los resultados de estos estudios son difíciles de interpretar en el contexto actual por varios motivos (Polaschek y Daly, 2013): en primer lugar, los índices elegidos generalmente no predecían la reincidencia como se esperaba: este es un problema común en la investigación sobre el cambio generado por el tratamiento que pone en duda la validez de las medidas para entender los efectos del tratamiento (Serin, Lloyd, Helmus, Derkzen y Luong, 2013). En segundo lugar, como delincuentes de alto riesgo, los psicópatas a menudo comienzan programas con un nivel de objetivo de tratamiento para ellos más problemático o dificultoso. A no ser que sean tomadas medidas pre-tratamiento y comparadas después con medidas post-tratamiento, será difícil determinar con seguridad si los delincuentes psicópatas y los no psicópatas se han beneficiado de igual modo: incluso si los que puntúan más alto en la PCL-R consiguieran un mismo nivel de cambio, seguirían siendo más problemáticos al final del tratamiento, en virtud del mantenimiento de un nivel de problemas relativamente más alto.

Algunos estudios han conseguido avances en estas cuestiones. En ellos, los evaluadores fueron entrenados para recopilar observaciones de múltiples informadores a lo largo de dos momentos temporales (el comienzo y el final de la intervención). Los datos fueron introducidos en medidas validadas de necesidades de tratamiento relevantes: en este caso, la Escala de Riesgo de Violencia, o *Violence Risk Scale* (VRS; Wong y Gordon, 2006; VRS-SO; Wong, Olver, Nicholaichuk y Gordon, 2003).

Así pues, en el caso del programa intensivo Clearwater (Olver y Wong, 2009; Wong et al., 2012) se encontró que los agresores sexuales con rasgos altos de psicopatía hicieron progresos en la escala VRS:SO sobre los objetivos de tratamiento relacionados con el riesgo. Es más, cuanto más cambio se daba en ellos, menor número de nuevas condenas obtenían. En el estudio del mismo equipo de investigadores relativo al programa ABC para delincuentes violentos (con alto nivel de psicopatía, medido a través de la PCL) se obtuvieron resultados similares. Cuanto más cambiaron los delincuentes psicópatas, menos probable era que volviesen a ser condenados por delitos violentos (Lewis, Olver y Wong, 2012). Estos dos estudios, por tanto, documen-

tan el cambio en los psicópatas durante el tratamiento, y eso se vincula estadísticamente con cambios reales en los resultados de violencia criminal.

Por su parte, y en la misma línea, en el programa HRPP de Nueva Zelanda, cuyo foco principal era el cambio en el comportamiento violento, se vio cómo todos los sujetos que participaron en la intervención redujeron las puntuaciones en medidas de riesgo de violencia dinámicas, y la media de la puntuación total de la VRS disminuyó en más de 10 puntos una vez finalizado el programa; esto, a su vez, tuvo una incidencia directa en las tasas de reincidencia violenta (Wilson y Tamatea, 2013).

## 5. Cambio en los rasgos psicopáticos

Hacer disminuir el comportamiento delictivo debería ser el principal foco de atención en los tratamientos que se llevan a cabo en prisiones de cara a los sujetos psicópatas (y otros criminales de alto riesgo).

Pero, ¿existe alguna evidencia directa de que las más novedosas intervenciones orientadas al comportamiento criminal estén alterando de algún modo los rasgos nucleares interpersonales y afectivos de la psicopatía?

David Bernstein, quien ha presentado recientemente unos resultados muy esperanzadores de tratamiento exitosos con psicópatas a través de la terapia de esquemas (ver parte IV; capítulo primero; apartado 5, de este trabajo) señala que, en el caso de los psicópatas, no existe la “cura” como tal (van Vinkeveen, 2012). Afirma que no se puede garantizar que no volverán a cometer otro delito, dice, pero puede reducirse el riesgo. Y establece una analogía con el cáncer, donde los médicos difícilmente pueden garantizar que la enfermedad no vuelva a reaparecer, si bien se puede intentar mantener el riesgo alejado el mayor tiempo posible.

En este sentido, el diseño y los objetivos de tratamiento de los programas que hemos presentado con detalle en el apartado anterior han estado basados en los principios RNR (Riesgo-Necesidad-Responsividad) que se dirigen a alcanzar una reducción del riesgo más que a una mejora del trastorno de personalidad psicopático o de sus rasgos. La evidencia sugiere que este enfoque del tratamiento parece ser efectivo para producir cambios significativos en la disminución del riesgo y en reducir la gravedad del delito en la muestra de delincuentes altamente psicópatas y de alto riesgo. Las intervenciones dirigidas a “normalizar” o cambiar los rasgos del Factor 1 no necesitan convertirse en el foco central en un programa de reducción del riesgo de reincidencia (Wong et al., 2012); en lugar eso, resulta clave poder manejar y contener los comportamientos que interfieren con el tratamiento hasta que puedan establecerse comportamientos más funcionales. Estas conclusiones derivadas de los estudios que hemos revisado son consistentes con el modelo de los dos componentes para el tratamiento de la psicopatía explicado en un apartado anterior de este trabajo (parte IV; capítulo primero, apartado 3).

Por lo tanto, a la pregunta planteada debemos responder que no existe todavía tal evidencia. No conocemos la existencia de alguna investigación que se haya planteado directamente esta cuestión, y no existe herramienta validada que haya sido dise-

ñada para hacer un seguimiento de este tipo de cambio (Polaschek y Daly, 2013), aunque está en desarrollo una que puede ser prometedora (ver Cooke, Hart, Logan y Michie, 2012), y las escalas autoinformadas pueden tener el potencial para ser utilizadas en este sentido.

Hay que señalar que un estudio con adolescentes ha encontrado resultados alentadores usando el *Antisocial Process Screening Device* (APSD; una medida de la delincuencia auto-informada). Cambios en cada una de sus escalas (Insensibilidad/Impasibilidad o falta de emociones, Narcisismo, Impulsividad) y en la puntuación total del APSD aparecían vinculadas a mejoras en el comportamiento institucional y en el tratamiento.

Disminuciones en la severidad del trastorno de personalidad subyacente tendrían un valor incuestionable para la sociedad. Muchos terapeutas están preocupados no sólo con el impacto del comportamiento criminal de los sujetos a los que tratan, sino también con la mejora de los estragos que la psicopatía puede infligir interpersonalmente en todas las esferas. La psicopatía puede contribuir a extender el daño social, sin importar si implica o no la comisión de un hecho delictivo (Hare, 1993). Las intervenciones de hace años estaban más preocupadas con objetivos amplios de tratamiento (Salekin, 2002), que con el hecho de concentrar los esfuerzos en reducir el riesgo de comisión de un nuevo delito; incluso en contextos de salud mental, el tratamiento de la psicopatía ha recibido escasa atención (Galietta y Rosenfeld, 2012). En varias jurisdicciones se están desarrollando programas experimentales que se llevan a cabo bajo una visión más amplia de trastorno de la personalidad (por ej., Bernstein et al., 2012) aunque los datos de sus resultados aún no están disponibles.

A día de hoy, por tanto, parece que el modelo predominante en el terreno del tratamiento con adultos es mayoritariamente un modelo de perspectiva forense, centrado en la disminución del riesgo delictivo, que establece una distinción entre comportamiento y cambio en los rasgos de personalidad (Wong et al., 2012). Los expertos sugieren que los rasgos distintivos de la psicopatía (aquellos en términos triárquicos más asociados con la astucia (*boldness*) y la maldad (*meanness*) no serían tanto objetivos del tratamiento como algo en lo que trabajar alrededor en tanto que se reduce en riesgo de reincidencia (Doren, 1987; Wong, 2000; Wong y Hare, 2005).

## Capítulo cuarto

### La cuestión de la responsividad al tratamiento de los delincuentes psicópatas

Si bien en este trabajo hemos comenzado a abordar el tratamiento de los delincuentes psicópatas haciendo notar una visión generalmente pesimista acerca de sus posibilidades de intervención, la evidencia que hemos presentado después, particularmente detallada en siete de los estudios más recientes, sugiere que la premisa inicial no es cierta o, al menos, que es prematura respecto a un punto: los sujetos con altas puntuaciones en psicopatía (evaluados a través de las escalas PCL) pueden beneficiarse de tratamientos de reducción del riesgo y parece que lo hacen mediante el cambio en sus factores de riesgo dinámicos, tal y como aquellos delincuentes que puntúan bajo en psicopatía pueden hacer, y hacen.

Sin embargo, ¿podemos decir que la capacidad de mejorar en los factores de riesgo dinámicos es la única definición de la tratabilidad? Puede decirse que existen varias condiciones necesarias, pero no suficientes, que conceptualmente han de preceder al cambio que el tratamiento genera sobre los factores de riesgo dinámicos. De cara a poder llevar a cabo un cambio, los sujetos necesitan querer participar en el tratamiento, y además ser capaces de adherirse a él. Y puede decirse, igualmente, que la efectividad de un tratamiento en su conjunto debería incluir una valoración de aquella proporción de sujetos que rechazaron entrar en el mismo, de aquellos que empezaron pero no consiguieron completarlo o de aquellos que, aún completándolo, no consiguieron un beneficio apreciable.

En contextos terapéuticos más convencionales, particularmente aquellos en los que los terapeutas están acostumbrados a trabajar con clientes que piden ayuda por sí mismos, la tratabilidad podría ser juzgada subjetivamente. Polaschek y Daly (2013) llevan a cabo una analogía al decir que, al igual que un profesor de colegio puede considerar a sus alumnos hostiles, desobedientes o egocéntricos como “in-enseñables” incluso si aprueban el curso, los psicoterapeutas pueden, del mismo modo, juzgar la susceptibilidad al tratamiento no sobre la base de los resultados alcanzados, sino sobre la base de sus experiencias con un proceso de terapia complicado o difícil con el sujeto: sobre la disposición del delincuente para el tratamiento y su responsividad al tratamiento más que sobre la ganancia que se obtenga del mismo. Señalan que esta potencial atribución errónea (asumiendo que los sujetos no se beneficiasen porque se muestran desafiantes o disruptivos) podría ser muy probable que ocurriera cuando los terapeutas no cuenten con medidas pre y post objetivas de los progresos del sujeto, y cuando los participantes más difíciles se encuentren mezclados con aquellos que son más llevaderos.

No hay duda de que el trabajo con aquellos sujetos que puntúan alto en la PCL-R/SV o en la PCL:YV (en el caso de adolescentes) puede ser complicado y poco recompensante, y que es útil para los terapeutas empeñados en este esfuerzo poder contar con una buena dosis de entusiasmo si quieren trabajar con estos clientes tan difíciles.

Sabemos que las puntuaciones de las escalas PCL correlacionan con una variedad de características personales negativas, así como con ciertas variables del proceso del tratamiento. Así, aquéllos que puntúan alto en la PCL-R tienden a ser evasivos, combatiivos verbalmente, hostiles, disruptivos y menos dispuestos al cambio, menos comprometidos a realizar determinadas actividades relacionadas con el trabajo y la educación, y más proclives a ser expulsados o a abandonar el tratamiento de modo prematuro, en comparación con aquellos delincuentes que puntúan bajo (Alterman, Rutherford, Cacciola, McKay y Boardman, 1998; Caldwell, McCormick, Umstead y van Rybroek, 2007; Chakhssi, de Ruiter y Bernstein, 2010; Hildebrand, de Ruiter y de Vogel, 2004; Hobson, Shine y Roberts, 2000; Ogloff, Wong y Greenwood, 1990; Olver y Wong, 2009; Olver, Wong, Nicholaichuk y Gordon, 2007; Rice, Harris y Cormier, 1992; Richards, Casey y Lucente, 2003; Salekin et al., 2010; Seto y Barbaree, 1999; Taft, Murphy, Musser y Remington, 2004).

Hay que recordar que las escalas PCL se utilizan a menudo para evaluar el riesgo criminal, lo que quiere decir que puntuaciones más altas tienden a identificar a sujetos con mayor riesgo. Una variedad de otros instrumentos actuariales de medición del riesgo han sido usados para desarrollar una extensiva investigación en paralelo a la investigación de la psicopatía asociada a las escalas PCL, identificando las características de los delincuentes que afloran conforme sus niveles de riesgo son mayores. En general, esos estudios apuntan que, conforme incrementa el riesgo actuarial, no importa cómo sea estimado, eso en sí mismo predice un gran número de desafíos para el tratamiento. Los delincuentes de alto riesgo se muestran a menudo enfadados e irritables, tendentes a presentarse como víctimas, suspicaces respecto a las intenciones de los demás, antagonistas, agresivos, desconfiados, egocéntricos, desobedientes, y no comprometidos con el cambio (Blackburn, 1999; Krueger et al., 1994; Lowenkamp y Latessa, 2004; Moffit, 2003; Ross, Fabiano y Ewles, 1988). Las terapias de reducción del delito se suelen centrar en ayudar a los delincuentes a aprender nuevas habilidades, pero los delincuentes de alto riesgo suelen ser “malos estudiantes”. No persisten en el tratamiento cuando consideran que las tareas son difíciles. Suelen adolecer de auto-reflexión y auto-control (Cale, 2006). Eventualmente, sus habilidades verbales deficientes y un posible abanico de discapacidades neuropsicológicas, una historia de fracaso escolar, y su actitud negativa hacia el aprendizaje de lo nuevo sólo logran empeorar las cosas (Golden, Jackson, Peterson-Rohne y Gantkovsky, 1996; Moffit, Lynam y Silva, 1994). Estos hallazgos sugieren que puede ser la naturaleza multifactorial del riesgo criminal en sí misma, más que la psicopatía específicamente, la que cree las mayores dificultades en relación al tratamiento.

Podemos plantearnos si hay alguna evidencia para que debamos de considerar a los participantes de un programa de tratamiento que cuenten con altas puntuaciones en las escalas PCL como un desafío sustancialmente mayor que el que presentan otros delincuentes de alto riesgo sin ese trastorno. Pocos estudios han analizado hasta qué punto el que un sujeto puntúe significativamente en el PCL-R/SV (y de un modo particular en el Factor 1) puede predecir la existencia de mayores desafíos al proceso del tratamiento y a las ganancias obtenidas del mismo (Polaschek y Daly, 2013).

De hecho, uno de los resultados sorprendentes que arrojan varios de los siete estudios presentados anteriormente en este trabajo es el hecho de que los sujetos psicópatas mostraran mayor motivación y adherencia al tratamiento de las que cabría espe-

rar dados los rasgos asociados a su trastorno. Así, en el marco del programa Clearwater, si bien Olver y Wong (2009) encontraron que los delincuentes sexuales psicópatas tenían más probabilidades que los no psicópatas de abandonar el tratamiento, fue interesante el hecho de que cerca de las tres cuartas partes de los psicópatas (73%) completaran el mismo.

Por su parte, Tew y Atkinson (2013) señalan cómo el *National Offender Management Service* (NOMS) de Reino Unido encontró, en el contexto de la aplicación del programa Chromis, que los delincuentes informaron que el tratamiento era importante para ellos y, en la misma línea, las investigaciones preliminares de la base de datos de ese mismo programa mostraron una tasa de finalización de cada uno de sus componentes del 95%. De hecho, sólo fueron rechazados permanentemente de dicho programa 9 de entre los 64 sujetos que empezaron al mismo tiempo (esto es, sólo un 14%).

Por su parte, en el Programa de Personalidades de Alto Riesgo (HRPP), y en contra de lo que se esperaba, los participantes mostraron un alto grado de disposición al tratamiento y el grupo informó, igualmente, de un alto grado de responsividad a la intervención desde el comienzo del programa, de acuerdo al estudio de Wilson y Tamatea (2013). En cuanto a la tasa de abandono, sólo un participante (de un total de 12) dejó sin completar el HRPP y, lo que es más, el 40% de ellos continuó participando en terapia intensiva grupal adicional.

Por otro lado, una cuestión relacionada con esto, la de si el incremento de las puntuaciones en psicopatía se asocia a disminuciones en el cambio terapéutico, ha sido examinada en varios estudios.

Así, las puntuaciones en el PCL:YV no interactuaban en el tratamiento de psicópatas jóvenes (Cadwell, McCormic, Umstead y van Rybroek, 2007) y, del mismo modo, las puntuaciones de los delincuentes psicópatas adultos en la PCL:SV no estaban relacionadas con la cantidad de cambio conseguida durante el tratamiento (Polaschek y Ross, 2010). Sin embargo, en un programa similar en régimen de custodia, se evidenció que las puntuaciones en la PCL-R fueron predictivas de una disminución en el cambio terapéutico. Concretamente, la faceta afectiva del Factor 1 únicamente predecía una reducción en el cambio terapéutico sobre los factores de riesgo dinámicos (Olver et al., en prensa).

Los resultados del estudio de Olver, como los de cualquier investigación individual, requieren ser replicados antes de poder ser generalizados, pero suscitan curiosidad porque encajan con la propuesta de que deberíamos trabajar acerca de los rasgos de los psicópatas y también que éstos deberían únicamente poder comprometer un ingrediente esencial de cualquier tipo de terapia efectiva: la alianza terapéutica (Galloway y Brodsky, 2003; Thornton y Blud, 2007; Wong y Hare, 2005).

De nuevo, esta idea apenas ha recibido atención empírica y los resultados actuales son contradictorios (Polaschek y Daly, 2013). En un programa intensivo basado en los principios RNR para delincuentes de alto riesgo (programa donde los terapeutas están acostumbrados a trabajar la adherencia con sujetos desafiantes) Polaschek y Ross (2010) encontraron que las puntuaciones en alianza terapéutica no fueron significativas en relación con las puntuaciones PCL:SV (PCL:SV  $M=19,5$ ; por encima del

diagnóstico según el punto de corte sugerido para la psicopatía; Hart, Cox y Hare, 1995). Es más, las puntuaciones en alianza de terapeutas, prisioneros y observadores fueron altas en la primera semana de tratamiento e incrementaron conforme el tratamiento fue avanzando. Sin embargo, en una muestra de riesgo delictivo relativamente bajo (en un programa de tratamiento en la comunidad para hombres que solicitan ayuda por delitos de violencia de género), puntuaciones en la escala autoinformada de psicopatía de Hare predijeron consistentemente unas puntuaciones más bajas en cuanto a alianza terapéutica (Taft et al., 2004).

En resumen, podemos decir que, si bien la psicopatía puede suponer desafíos únicos al proceso de tratamiento del delincuente, aún existe poca investigación al respecto; en todo caso, existe evidencia en varios de los estudios recientes de que es posible obtener buenos resultados de responsividad al tratamiento por parte de los sujetos psicópatas, por lo que, en línea con el espíritu de este trabajo, podemos concluir que no cabe calificar a estos sujetos como no responsivos a los programas, si bien somos conscientes de la mayor dificultad que suponen a la hora de aplicar la intervención.

# **PARTE V.**

**Pautas prácticas para el  
diseño y aplicación de un  
programa de tratamiento  
con delincuentes psicópatas**



## 1. Introducción

Acabamos de mostrar, en la parte anterior de este trabajo, cómo sí es posible la intervención eficaz con delincuentes psicópatas, pese a la visión pesimista imperante durante décadas. Como hemos visto, numerosos estudios recientes (entre ellos, los que han sido expuestos con detalle previamente) concluyen que el daño que causan estos sujetos puede llegar a reducirse a niveles significativos a través del tratamiento. A partir de los programas concretos que se han demostrado eficaces, intuimos qué elementos han podido estar detrás de los cambios positivos conseguidos. No obstante, y con la intención de facilitar la tarea de aquellos profesionales del tratamiento penitenciario que quieran abordar este tipo de intervención, esta última parte del trabajo revisa y expone las propuestas más rigurosas de los últimos años en cuanto a pautas prácticas para el diseño y aplicación de programas para delincuentes psicópatas en prisión.

En primer lugar, describiremos brevemente una propuesta inicial de programa de tratamiento llevada a cabo por Robert Hare (1992), la cual supuso uno de los primeros intentos serios de estructurar una intervención específicamente dirigida a un colectivo de sujetos que se intuía necesario abordar.

A continuación, presentaremos los principios que Lösel (1998, 2000) desarrolló y que, a su juicio, debían guiar las intervenciones eficaces con delincuentes psicópatas, para cuya elaboración tuvo en cuenta las deficiencias de las adolecían, a su parecer, muchos de los intentos previos de tratamiento con esta población y que se demostraron poco eficaces.

Seguidamente, y de un modo más detallado, dedicaremos una parte sustancial de este apartado a revisar los aspectos más destacados de las “Pautas para un Programa de Tratamiento de la Psicopatía” (*Guidelines for a Psychopathy Treatment Program*) elaboradas por Wong y Hare (2005) y que constituyen, en la actualidad, una de las propuestas más rigurosas en el campo de la intervención con estos delincuentes; estas pautas se basaron en los resultados concretos obtenidos con programas aplicados en los años previos a su elaboración, y tomaron en consideración la mayoría de los principios de Lösel que también recogemos en esta parte V.

Ya por último, hemos considerado interesante concluir este trabajo llevando a cabo una síntesis de aquellas características comunes, en cuanto a diseño y aplicación, que tienen los distintos programas eficaces cuyos resultados han sido analizados en la parte IV; así pues, y teniendo en cuenta que una parte de la eficacia conseguida por dichos programas puede deberse a su diseño y desarrollo, creemos que resultará útil para el profesional del tratamiento penitenciario considerar estos aspectos.

## **2. Propuesta inicial de un programa de tratamiento para los delincuentes psicópatas (años 90)**

A comienzos de los años 90, un panel de expertos internacionales (que incluía a Wong y Hare) elaboró unas líneas de actuación para una propuesta de programa de tratamiento de psicópatas (Hare, 1992). En resumen, este panel propuso que las técnicas de prevención de recaídas fueran integradas junto a elementos de los mejores programas cognitivo-conductuales disponibles en prisión. Estas líneas de actuación no se preocupaban tanto de desarrollar la empatía y la conciencia (esto es, de cambiar la personalidad del psicópata) como en convencer a los delincuentes de que ellos eran los únicos responsables de su comportamiento y de que debían aprender maneras más pro-sociales de satisfacer sus necesidades aprovechando sus fortalezas y habilidades.

De acuerdo a esa propuesta, los delincuentes estarían sujetos a un estricto control y seguimiento tras su puesta en libertad. El diseño experimental permitiría una evaluación empírica de su tratamiento y de sus módulos de intervención (aquello que funcionaba y lo que no funcionaba para sujetos concretos) mediante las comparaciones con grupos cuidadosamente seleccionados tratados a través de programas penitenciarios estándar. Esto es, algunos módulos o componentes podrían resultar menos efectivos con los psicópatas que con los otros delincuentes, o viceversa.

Elementos de aquel programa descrito por Hare (1992) fueron combinados con avances recientes en el campo de la psicopatía y del tratamiento penitenciario. El resultado fueron las más recientes *Pautas para un Programa de Tratamiento de la Psicopatía* (Wong y Hare, 2005), que están diseñadas para aquéllos sujetos con una alta puntuación en la dimensión de la psicopatía, y que expondremos ampliamente más adelante dentro de esta misma parte V.

## **3. Principios de Lösel para un programa de tratamiento dirigido a delincuentes psicópatas (1998, 2000)**

A finales del siglo pasado Lösel (1996, 1998, 2000) se ocupó de analizar cómo tendrían que ser los programas específicos dirigidos a los delincuentes psicópatas.

En esencia, Lösel apostaba por ajustar el programa a las necesidades de cambio del individuo (principio de Necesidad), no considerando adecuado desarrollar en él la

conciencia y la empatía sino, en su lugar, “fomentar los comportamientos no criminales mediante el uso de recompensas y castigos; aumentar la demora de la gratificación; reducir las distorsiones cognitivas que favorecen el comportamiento criminal y fomentar los inhibidores del mismo; enseñarles a controlar sus impulsos y resolver los problemas de manera prosocial; reducir su dependencia del alcohol y las drogas; enseñarles a imitar modelos atractivos prosociales, y reforzar el seguimiento y supervisión en la familia y en el entorno cotidiano” (Lösel, 2000, p. 257).

Garrido (2009) señala que la opinión de Lösel coincidía con una anterior de Tennent et al. (1993), quienes preguntaron a psiquiatras, psicólogos forenses y oficiales de *probation* si pensaban que los psicópatas podían ser tratados con éxito. El resultado de la encuesta reveló que los profesionales se sentían capaces de remediar síntomas tales como “antisocialidad crónica”, “anormalmente agresivo” y “ausencia de autocontrol”; pero en el caso de ítems como “ausencia de sentimiento de culpa”, “ausencia de remordimientos” y “egocentrismo patológico”, las expectativas eran mucho peores (que son las cualidades de la personalidad recogidas en el Factor 1 de la PCL-R).

Previamente a elaborar estos principios, Lösel (1996) identificó las que, desde su punto de vista, habían venido siendo las dificultades metodológicas más notables hasta la fecha para la puesta en marcha de los programas de tratamiento con psicópatas, y que sería necesario abordar; las recogemos en la Figura 4.

**Tabla 4.** Dificultades metodológicas identificadas por Lösel (1996) en programas de tratamiento llevados a cabo en el pasado con los delincuentes psicópatas.

<b>Dificultades metodológicas para el tratamiento de los psicópatas</b>
Heterogeneidad de los grupos tratados.
Diferentes conceptos en la definición de psicopatía.
Comorbilidad con otros trastornos.
Objetividad y fiabilidad de la evaluación de los delincuentes.
Falta de procesamiento de datos relativos a la intervención.
Escasez de integridad en el tratamiento.
El contenido del tratamiento no se especificaba en cuanto a intensidad y calidad.
Diferentes conceptos y tipos de resultados.
Problemas de fiabilidad y validez en los criterios de éxito.

Posteriormente, este mismo autor (Lösel, 1998, 2000) desarrolló detalladamente una serie de principios acerca de cómo debería orientarse un programa de tratamiento para delincuentes psicópatas que aspirara a ser relativamente prometedor; resumimos a continuación lo que, desde nuestro punto de vista, resulta más esencial de su propuesta.

Así pues, según Lösel, un programa de tratamiento aplicable a delincuentes psicópatas, debería:

a) Apoyarse en una **sólida base conceptual teórica**

b) Realizar una **evaluación profunda y dinámica del delincuente**

c) **Seguir un tratamiento intensivo**

Los psicópatas necesitarán de un tratamiento intensivo y regular, no programas de corta duración. Se les debe forzar a colaborar mediante gratificaciones, pero siendo muy prudentes en este extremo. Es preciso evitar que el programa termine antes de tiempo, dado que los psicópatas se pueden adaptar a él de manera superficial. Puesto que muchos de ellos abandonan el programa por mal comportamiento o falta de motivación, se debe de hacer todo lo posible para que esto no suceda y, en todo caso, tal abandono del programa no ha de resultar beneficioso para ellos.

d) **Contar con instituciones claramente estructuradas y controladas**

El entorno institucional debe evitar reforzar la manipulación, los reproches, las negociaciones y otras técnicas típicas de los psicópatas, por lo que se recomienda que el entorno esté bien estructurado y supervisado. A ser posible, la institución o departamento terapéutico debería estar aislado. Es necesario imponer normas y cumplirlas, así como establecer derechos y obligaciones claras y estrictas, y hay que actuar en consecuencia.

e) **Crear un ambiente y régimen positivos en la institución**

Si bien el personal de la institución debe de ser firme y ha de hacer cumplir las normas, el ambiente en la institución debe ser sensible a las necesidades, constructivo y de apoyo. Dada la facilidad con la que los psicópatas causan conflictos y problemas interpersonales, existe el riesgo de que los aspectos positivos de un régimen claramente estructurado se conviertan en fríos y hostiles, lo cual reforzaría su estilo interpersonal de conducta. Para evitar esto, el ambiente institucional debe de ser objeto continuo de atención y autorregulación.

**f) Cubrir las necesidades criminógenas de los delincuentes**

Ésta es una de las metas fundamentales del tratamiento que puede ser percibida por ellos como contraria a sus intereses, por lo que habrá que fomentar, mediante el uso de recompensas y castigos, los siguientes comportamientos no criminales:

- Reducción de distorsiones cognitivas favorecedoras del comportamiento criminal.
- Aumento de la demora de gratificación.
- Control de sus impulsos.
- Resolución de los problemas de manera pro-social.
- Disminución/eliminación del consumo abusivo de alcohol y otras sustancias.
- Seguimiento y supervisión en el entorno familiar y cotidiano.
- Cambios en el modo de procesar la información.

**g) Aplicar medidas basadas en el principio de respuesta al tratamiento**

Se deben de realizar programas multimodales y cognitivo-conductuales, porque parecen ser los más indicados para cambiar las distorsiones cognitivas, negaciones, minimizaciones... etc. Cada elemento del programa ha de examinarse para ver si existe la posibilidad de que los delincuentes se aprovechen de él. Es recomendable asignar a cada sujeto psicópata un miembro del equipo que sea comprensivo, pero también firme y consecuente.

**h) Asegurar que el programa se cumpla íntegramente**

La causa de que un programa no se cumpla puede deberse a:

- La ausencia de un concepto bien desarrollado del tratamiento.
- La falta de habilidades, actitudes y motivaciones de los profesionales.
- El comportamiento de los psicópatas.

Por ello se hace necesario supervisar el programa tanto cuantitativa como cualitativamente.

**i) Seleccionar, formar y supervisar minuciosamente a los profesionales**

Se requiere un personal cualificado, sensible, competente y multidisciplinar, seleccionado no solamente en función de sus calificaciones profesionales, sino también por sus características personales. Deberían pasar por una formación intensiva que les instruya a fondo sobre la psicopatía y el

manejo de psicópatas en los programas. La supervisión continua ayuda a mejorar las habilidades personales y actitudes en el trabajo.

**j) Neutralizar las redes sociales y procesos de grupo desfavorables**

Deben de controlarse las redes sociales existentes en la institución con el fin de no dejar que el psicópata llegue a manipular a otros o que, a su vez, se vea influido por otros, perjudicándose de ese modo los avances que pudiera estar realizando. Al mismo tiempo, internos relativamente firmes y cooperadores pueden cumplir una función importante al enfrentar al psicópata con la realidad, llegando a poder funcionar como un tipo de co-terapeuta.

**k) Reforzar los factores de protección naturales**

Los profesionales deben intentar descubrir y reforzar aquellos factores de protección que contrarresten la manipulación y las relaciones sociales criminógenas tras la puesta en libertad.

**l) Realizar un seguimiento controlado y prevenir las recaídas**

Muchas veces el tratamiento del comportamiento antisocial de los psicópatas sólo surte efectos superficiales o pasajeros, por lo que se recomienda en este punto:

- A aquéllos que han sido puestos en libertad, vigilarlos y supervisarlos regularmente para asegurarse de que los cambios positivos se mantienen.
- Evaluar el aprovechamiento por parte de los psicópatas de las habilidades aprendidas en el tratamiento.
- Evaluar siempre datos objetivos, documentales, e información de terceros. Las redes de los diferentes servicios deberían estar bien coordinadas para así reducir la posible manipulación del sujeto a la hora de mostrar avances.

**m) Evaluar sistemáticamente los programas**

Los actuales conocimientos teóricos y prácticos sobre el control y tratamiento de los psicópatas deben ser sometidos a examen continuamente en evaluaciones que tengan una sólida base metodológica.

**n) Prevenir e intervenir a una edad temprana**

Hay cada vez más indicios de que existen precursores de este trastorno que pueden identificarse en la infancia y la adolescencia. Los estudios

sobre el comportamiento antisocial precoz y persistente revelan la existencia de una serie de factores biopsicosociales que constituyen un riesgo acumulativo, una especie de efecto de bola de nieve; teniendo esto en cuenta, dice Lösel, resultaría prometedor intervenir tempranamente, antes de que se hayan acumulado demasiados riesgos. Los programas eficaces para niños en situaciones de riesgo deberían incluir elementos que mejoren las habilidades cognitivas y sociales, y reduzcan la impulsividad y los déficits de atención. Asimismo, deberían ir acompañados de elementos que mejoren también el comportamiento de los padres.

**o) Reducir el refuerzo por parte de la sociedad**

Los factores culturales pueden suprimir o reforzar la expresión del comportamiento psicopático.

#### **4. Pautas para un programa de tratamiento de la psicopatía de Wong y Hare (2005)**

##### **4.1. Objetivos de las Pautas de Wong y Hare**

Wong y Hare elaboraron, en el año 2005, unas “Pautas para un Programa de Tratamiento de la Psicopatía” (en adelante, Pautas) cuyo propósito fue el de desarrollar un enfoque teórico en el tratamiento de los psicópatas y trasladarlo a un conjunto de directrices prácticas para un programa de tratamiento. Este enfoque está elaborado a partir de integrar la literatura clínica y experimental de la psicopatía con “aquello que funciona” (“*what works*”), con la psicoterapia y con muchos años de investigación y experiencia clínica en la evaluación, el tratamiento y la gestión con sujetos psicópatas y otros delincuentes de alto riesgo.

El objetivo principal de estas Pautas es el de disminuir la frecuencia y gravedad del comportamiento de los psicópatas tanto a nivel institucional como, sobre todo, una vez son puestos en libertad. Y si bien estas Pautas se centran en los delincuentes violentos psicópatas, lo cierto es que, como señalan sus autores, podrían ser perfectamente aplicables a otros delincuentes de alto riesgo y alta necesidad con dilatadas historias de comportamiento violento.

Las Pautas recomiendan un sistema de tratamiento que pretende incrementar el repertorio de comportamientos pro-sociales del psicópata. Wong y Hare señalan que, poniéndonos en lo peor, el repertorio de comportamiento antisocial permanecería intacto; esto es, no peor que antes. Sin embargo, ha de hacerse notar que el psicópata podría aprender a ocultar sus comportamientos negativos, dado que otros lo estarían observando cuidadosamente. Por lo tanto, se debe ejercer un cuidadoso control y vigilancia del progreso en el tratamiento y en la evaluación de cualquier programa y

de sus resultados. La palabra del psicópata, las impresiones subjetivas de los profesionales acerca de la mejora, o los cambios en las puntuaciones de los tests no deben ser tomados como la única (o incluso como la principal) medida de resultado del tratamiento. Se debe utilizar evidencia documental corroborada del historial delictivo y del comportamiento a lo largo del tiempo como indicador de que la tendencia hacia la violencia y su incidencia han disminuido. El objetivo del tratamiento, insisten, es reducir la violencia, y no cambiar la personalidad o comportamientos superficiales. En tanto que la cantidad y la extensión de los comportamientos violentos y destructivos disminuyan, los objetivos del tratamiento habrán sido cumplidos. Teniendo esto en mente, dicen, el tratamiento de los psicópatas no debería plantear dilemas morales o éticos.

#### 4.2. El modelo propuesto para el tratamiento efectivo de los psicópatas

Tomada en su conjunto, la literatura que habla de “lo que funciona” señala que para que los programas de tratamiento consigan ser efectivos en lograr la disminución de la reincidencia deben ser diseñados y aplicados respondiendo a las características de riesgo, necesidad y responsividad (o disposición al tratamiento) del delincuente; deben ser bien dirigidos para mantener la integridad del programa; y deben encajar bien con el ámbito institucional y de la comunidad.

Wong y Hare (2005) desarrollan en su manual estos tres requerimientos que nosotros, a continuación, resumimos.

- a) **Adecuación de los programas de tratamiento a los principios de Riesgo-Necesidad-Responsividad.** En relación con la adecuación de los programas a estos tres principios que se ha demostrado que garantizan la efectividad del tratamiento, nos remitimos a lo explicado sobre ellos, con carácter general, en la descripción del modelo RNR (ver parte IV; capítulo primero; apartado 2).
  
- b) **Mantenimiento de la integridad del programa,** Wong y Hare señalan que es esencial una buena gestión del programa para lograr tal propósito. Aquéllos que aplican programas penitenciarios, dicen, a menudo trabajan bajo numerosas dificultades y desafíos. Deben hacer malabaris-mos abordando un gran número de prioridades al mismo tiempo. A menudo han de convivir con engorrosas reglas institucionales, equilibrar requisitos clínicos con otros de tipo más operativo, y han de hacer frente, eventualmente, a la negatividad de los detractores del tratamiento; y todo ello puede dificultar, y mucho, el mantener la integridad del programa. Se han señalado muchas razones que explicarían una menor efectividad de los programas institucionales, tales como: las dificultades en la generalización de habilidades dentro de las instituciones, el clima negativo existente en las mismas, y ciertas características de los profe-

sionales que trabajan en las ellas (baja motivación, experiencia o entrenamiento; ver Hollin, 1995). Dentro de la institución, se dan muchos factores que podrían desbaratar la implementación de un programa bien diseñado. Para poder mantener la integridad del programa, éste deber estar bien dirigido para asegurar que aquello que se promete es verdaderamente lo que se acaba aplicando.

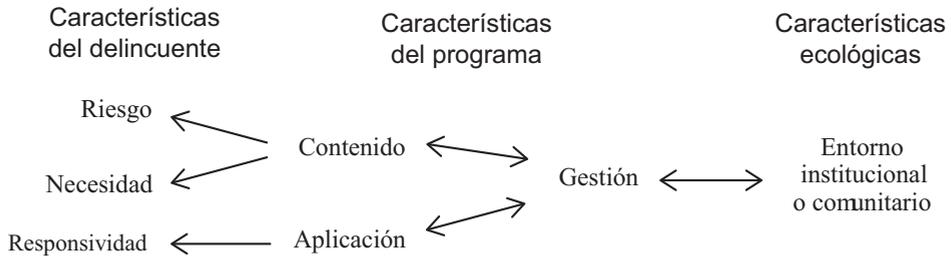
- c) **Buena adecuación entre el programa y los ámbitos institucional y comunitario.** Un programa de tratamiento nunca existe en el vacío, sino que se integra en el marco de una institución que es parte de una burocracia mayor, la cual, a su vez, forma parte de un sistema legal (penal-penitenciario) aún más amplio y de una comunidad política. El programa debe ser capaz, sin sacrificar su integridad, de poder evolucionar y responder a las demandas de su entorno inmediato y de las comunidades antes mencionadas en las que se integra. O, dicho resumidamente, el programa debe mantener un buen encaje con el contexto en el que está situado (Harris y Smith, 1996). Es tan importante para un programa ser congruente con las características de riesgo-necesidad-responsividad del delincuente como con ese contexto mayor de tipo institucional - comunitario.

### 4.3. Modelo de Congruencia del Tratamiento Penitenciario Efectivo

La figura que se muestra más adelante en este mismo apartado (ver Figura 10) representa un modelo de tratamiento penitenciario efectivo que proponen Wong y Hare (2005), y que enfatiza que el contenido del programa y su aplicación han de ser congruentes con las características de riesgo-necesidad-responsividad y con el contexto institucional/comunitario en el que está situado.

Las flechas unidireccionales apuntando desde el Contenido y Aplicación del programa hacia las características de riesgo-necesidad-responsividad señalan la importancia de unir el contenido y aplicación del programa con las características del delincuente, y no al revés. Un ejemplo de esto último sería la asignación de los delincuentes a idénticos programas pre-establecidos simplemente por el hecho de que estos programas se encuentren disponibles; esto es, una asignación al programa basada en la idea errónea de que “lo mismo podrá ser útil para todos”. Las flechas bidireccionales entre Gestión, Contenido y Aplicación indican que las técnicas directivas bien empleadas deben utilizarse para apoyar el programa de tratamiento penitenciario y asegurar la integridad del contenido del programa y de su aplicación.

**Figura 10.** Modelo de Congruencia (de Wong y Hare, 2005)



Al mismo tiempo, el contenido y aplicación del programa necesitarán ser modificados cada cierto tiempo, por ejemplo, según sean los resultados de las evaluaciones de los efectos del programa o bien en respuesta a determinados requisitos de operatividad. Las flechas bidireccionales entre Gestión y Entorno institucional o comunitario reflejan la necesidad de que el programa evolucione y se ajuste a sí mismo frente a las necesidades de la institución y/o de la comunidad, a través de una mejora progresiva de su gestión y prácticas de cooperación y colaboración.

Asimismo, la institución/comunidad debe, recíprocamente, proporcionar apoyo continuado al programa, con quien mantiene una relación simbiótica. El modelo propuesto de tratamiento penitenciario puede ser utilizado en el diseño e implementación de programas en prisión para delincuentes en general, o delincuentes con necesidades especiales, como sería el caso de los delincuentes violentos o los psicópatas.

El tratamiento de los psicópatas violentos, señalan los autores, debería considerarse un caso especial de tratamiento penitenciario. Por lo tanto, su contenido y aplicación deberían adherirse a los principios generales del tratamiento penitenciario efectivo tal y como se refleja en este Modelo de Congruencia.

#### 4.4. Contenido del programa

Estas Pautas utilizan un enfoque altamente estructurado de tipo cognitivo-conductual y de prevención de recaídas (Bandura, 1969; Laws, 1989; Marlatt y Gordon, 1985; Meichenbaum, 1977). Dicho enfoque permite a los delincuentes descubrir los pensamientos, sentimientos, y comportamientos idiosincráticos que causaron y/o facilitaron sus actos violentos al tiempo que les ayuda a aprender habilidades especí-

ficas de prevención de recaídas mediante el uso de intervenciones cognitivo-conductuales. Las Pautas no describen una comunidad terapéutica en la cual se otorga a los delincuentes un rol de liderazgo en el funcionamiento del programa (Harris, Rice y Cormier, 1989). Más bien, lo que hacen es proporcionar un entorno terapéutico pro-social estructurado y de apoyo que alienta el compromiso fuerte y la participación activa del delincuente.

#### 4.4.1. Objetivos del tratamiento e intervenciones

Los objetivos tratamentales contemplados por estas Pautas son aquellas necesidades (factores) criminógenas ligadas a la violencia en el psicópata (para más detalle acerca de cuáles son estas necesidades en el delincuente psicópata, ver, en este trabajo, parte IV, capítulo primero, apartado 2.2.: *Aplicación del modelo RNR al tratamiento de los delincuentes psicópatas*).

Durante algún tiempo han estado ampliamente disponibles programas basados en el conocimiento y en el entrenamiento de habilidades orientados hacia el abuso de sustancias, el manejo de la ansiedad, el entrenamiento en habilidades cognitivas, el control de la ira...etc. Quienes diseñaban los programas creían que era preferible diseñar y aplicar intervenciones dirigidas hacia una o unas pocas áreas al mismo tiempo. Sin embargo, los delincuentes de alto riesgo y alta necesidad, señalan los autores, manifiestan muchos de esos problemas, y las intervenciones habrán de dirigirse a todos ellos.

El contenido deberá ir ligado, lógicamente, al diseño global y la aplicación del programa y debe incluir procesos para evaluar la eficacia de la intervención. Algunas áreas de intervención, como el abuso de sustancias, requerirían de un tratamiento adicional especializado (por ej., de mantenimiento con metadona).

Wong y Hare hacen notar que existen motivos para integrar el tratamiento de los sujetos violentos psicópatas y el de los sujetos violentos no psicópatas. En primer lugar, el objetivo principal en el tratamiento de ambos grupos es la disminución del riesgo de violencia. Las necesidades criminógenas de estos dos grupos son, asimismo, bastante similares. En segundo lugar, se espera que los programas de tratamiento diseñados para los psicópatas violentos también incluyan a muchos participantes no psicópatas (a menudo más del 50%). Y si bien desde un nivel puramente teórico podría discutirse sobre si aplicar el programa a unos y otros separadamente (como los autores hacen en estas Pautas), a un nivel práctico la aplicación del tratamiento en el día a día debería ser integrada y dirigida hacia las necesidades de ambos grupos. Wong y Gordon han desarrollado un conjunto de manuales de programas (Wong y Gordon, 2004a, 2004b) para el Programa de Reducción de la Violencia o *Violence Reduction Program* (VRP), los cuales pueden ser utilizados para guiar la implementación del programa y la aplicación del tratamiento para delincuentes violentos, incluyendo psicópatas.

Los profesionales que impartan el programa no deberían ser dogmáticos respecto del contenido exacto del material. Deberían tener en mente los objetivos de la inter-

vención y adaptar el material para adecuarlo a los requisitos especiales o individuales del programa y sus delincuentes (de acuerdo al principio de responsividad).

No obstante, los autores de estas Pautas proponen una serie de **reglas de actuación en relación al material del programa**:

- El material debe ser **relevante** para los delincuentes; las características sociales, culturales, locales y socioeconómicas de éstos deben ser tenidas en cuenta al aplicar el programa.
  
- Estos materiales están **estructurados** para ser neutrales en relación al sexo, raza y cultura. Sin embargo, el material del programa podría modificarse de acuerdo al estilo de aprendizaje o bagaje cultural de los delincuentes (nuevamente, de acuerdo al principio de responsividad).
  
- El material debe ser **aplicado de manera estimulante y exigente**. Para aquellos psicópatas que tienden a aburrirse fácilmente, explicaciones didácticas largas y tediosas no serán bien recibidas. Un enfoque de aprendizaje basado en problemas (ver Albanese y Mitchell, 1993) podría ser una alternativa o complemento a una forma didáctica de enseñanza.

Deberían **predominar los refuerzos positivos** por encima de los castigos. Los castigos podrían reforzar aún más la postura antisocial y criminal de los psicópatas apoyando la imagen de “tipo duro” y haciendo aparecer las reglas no escritas del código de la cárcel de “nosotros contra ellos”.

#### **4.4.2. Intervenciones propuestas para los distintos objetivos del tratamiento**

A continuación se resumen los principales factores criminógenos considerados por Wong y Hare para los delincuentes psicópatas y las intervenciones que irían asociadas al tratamiento de cada uno de ellos. Los autores hacen notar que, si bien estas áreas de intervención se van describiendo de forma independiente, en realidad, se trata de intervenciones complementarias y, en cierta forma, redundantes.

##### **a) Apoyo social y del grupo de iguales respecto de las actitudes y comportamientos antisociales**

Este tipo de apoyo es un factor criminógeno que puede tener, asimismo, un gran impacto sobre el clima general del tratamiento. El objetivo de la intervención es ani-

mar al delincuente a separarse de las redes establecidas criminales y antisociales incluyendo grupos de iguales y bandas (ver Howells, 1989), tanto dentro como fuera de prisión, y animarlo a que se asocie con grupos de iguales más pro-sociales. En un programa de tratamiento institucional, la elección de amigos del delincuente y sus alianzas es uno de los pocos comportamientos que pueden ser fácilmente observables por los profesionales.

La intervención asociada a este objetivo puede pasar porque los profesionales (e incluso otros delincuentes más pro-sociales): (1) expresen valores y actitudes pro-sociales; (2) identifiquen y confronten actitudes y conductas inapropiadas; y (3) alienen y modelen comportamientos pro-sociales en las sesiones grupales y durante el transcurso de las actividades diarias.

### **b) Actitudes y comportamientos disfuncionales y su relación con la violencia**

La actitudes y valores pro-criminales han demostrado ser predictivos del comportamiento violento futuro así como de la delincuencia general (por ej., en Harris, Rice y Quincey, 1993).

El objetivo de la intervención en esta área, de acuerdo a los autores de estas Pautas, deberá ser el de reemplazar estas actitudes criminales y comportamientos disfuncionales por actitudes y comportamientos pro-sociales. Se proponen las siguientes intervenciones:

- **Grupos de divulgación y Ciclos del delito.** En sesiones grupales donde los delincuentes revelan información acerca de sí mismos y examinan sus ciclos delictivos, se cuentan y analizan actitudes criminales y otro tipo de actitudes disfuncionales y, concretamente, se estudia cuál es su asociación con la violencia. Los profesionales y otros delincuentes hacen notar esas actitudes disfuncionales. Se llevan a cabo análisis de costes-beneficios respecto de las actitudes y comportamientos pro-sociales. Se proponen actitudes pro-sociales alternativas para ser integradas en sus planes de prevención de recaídas.
- **Módulo de examen de actitudes.** Este módulo está diseñado para ayudar al delincuente a entender la forma en la que las actitudes se forman y cómo éstas pueden afectar positiva y negativamente al comportamiento (McWilliams y Wong, 1997). Los delincuentes aprenden a reconocer el impacto de sus actitudes (por ej., sentimientos antisociales o anti-autoridad) sobre sus propios comportamientos.
- **Entrenamiento en meta-cognición.** Se enseña a los delincuentes a examinar críticamente el proceso y contenido de su pensamiento.
- **Entrenamiento en autocontrol.**
- **Entrenamiento en habilidades sociales e interpersonales.** Muchos delincuentes utilizan la agresión para satisfacer sus necesidades por la falta que tienen de habilidades sociales adecuadas.

### **c) Emociones disfuncionales y falta de control emocional**

Existe amplia evidencia de que los delincuentes violentos tienen menos control sobre su ira que los delincuentes no violentos y que la mala gestión de sus emociones negativas puede elevar su potencial de cara a la violencia. El control emocional se centrará en el vínculo entre la falta de habilidad para regular ciertas emociones (por ej., angustia o celos) y la violencia. Éste podría ser o no un componente importante para los psicópatas, dependiendo de hasta qué punto su violencia sea instrumental más que reactiva, como vimos en un apartado anterior de este estudio (para más detalle, ver, en este trabajo, parte II; apartado 3.2.).

La intervención viene marcada por el resultado de evaluaciones meta-analíticas del tratamiento para el trastorno de la ira llevadas a cabo con adultos (Trafate, 1995) y que han señalado las siguientes terapias efectivas:

- **Terapias cognitivas**, tales como: el Entrenamiento en Auto-instrucciones (por ej., Hazaleus y Deffenbacher, 1986; Moon y Eisler, 1983; Novaco, 1975); la Terapia Cognitiva de Beck (Whiteman, Fanshel y Grundy, 1987); y cierto apoyo, si bien limitado, a la Terapia Racional Emotiva Conductual (por ej., Lyons y Woods, 1991).
- **Terapias basadas en la relajación**, tales como: la Relajación Muscular (Davidson, Williams, Nezami, Bice y DeQuattro, 1991) y la Desensibilización Sistemática (Evans, Heran y Saklofske, 1973).
- **Terapias de entrenamiento en habilidades**, tales como: el Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad (Deffenbacher, Story, Stark, Hogg y Brandon, 1987; Moon y Eisler, 1983), y el Entrenamiento en Habilidades de Solución de Problemas (Deffenbacher, Thwaites, Wallace y Oetting, 1994).

Hay que hacer notar que el tratamiento catártico, esto es, invitar al delincuente a expresar abiertamente su ira hacia objetos reales o imaginarios (por ej., golpeando sacos o gritando) lo que puede provocar es aumentar el nivel de la ira (Berkowitz, 1970; Warren y Kurlycheck, 1981).

### **d) Falta de aceptación de responsabilidad por las propias acciones**

Los psicópatas tienden a culpar a otros de sus problemas y a atribuir la causa de su violencia a factores externos. Se ven a sí mismos como víctimas más que como infractores, y continúan así manipulando su entorno para satisfacer sus necesidades. Esta área es una de las que contempla la PCL-R.

La intervención implicará un detallado análisis funcional del ciclo delictivo del psicópata, incluyendo la cadena de eventos que conduce hasta el delito y sus ciclos de comportamiento en el día a día, lo que demostrará la cantidad de decisiones que se han ido tomando por parte del sujeto. Las malas decisiones, eventualmente, habrán podido facilitar la violencia. Este análisis puede llevarse a cabo en formato grupal para aprovechar la presión positiva del grupo de iguales y el feedback obtenido a través de éstos y de los profesionales. El análisis del ciclo del delito y esta presión de

grupo positiva asociada podrían convencer al delincuente de su propia responsabilidad respecto a la violencia. El delincuente tendrá que completar, por escrito, un ciclo delictivo que incluya, detalladamente, factores desencadenantes y de riesgo en los periodos pre-delictivos, delictivos y post-delictivos.

#### **e) Abuso de sustancias**

Éste es un factor criminógeno de gran importancia. El objetivo en esta área será reducir o eliminar la dependencia a ellas. Para los psicópatas, son los componentes de desviación social del trastorno (medidos por el Factor 2 de la PCL-R) los que están más fuertemente relacionados al abuso de sustancias (Hare, 2003; Hemphill, Hart y Hare, 1994). Esto sugeriría, además, que el tratamiento e intervenciones que se demuestran efectivos con los no psicópatas serían igualmente efectivos con los que sí lo son.

La intervención en esta área se ha venido apoyando en distintos modelos: moral, de enfermedad y de reducción del daño (Marlatt, 1998). Cualquiera que sea el enfoque de tratamiento usado para reducir o eliminar el uso de la sustancia, deberá contar con una efectividad demostrada y ser adecuado a las necesidades locales e institucionales.

#### **f) Falta de ética de trabajo, de habilidades de empleabilidad y de actividades de ocio apropiadas**

Los delincuentes que prefieren llevar un estilo de vida parásito, menosprecian el trabajo legítimo o utilizan la violencia como un medio para mantenerse económicamente tienen un riesgo mayor de violencia futura.

Si la falta de habilidades pro-sociales es un factor que contribuye a la delincuencia, el objetivo de la intervención será ayudar al delincuente a desarrollar y utilizar habilidades sociales apropiadas (por ej., ocupacionales, recreativas, de ocio) como sustitutos de otras actividades disfuncionales o antisociales. Los profesionales pueden ayudar a identificar las fortalezas que podrían ser útiles para distintos tipos de empleo. Así pues, las intervenciones concretas en esta área podrían agruparse en tres tipos de acciones: (1) terapias ocupacionales y recreativas, (2) de mejora educativa y vocacional, y (3) de opciones de vida pro-sociales.

#### **g) Grupos de iguales antisociales, redes y subcultura en la comunidad**

Este factor criminógeno incluye la asociación con iguales criminales y la participación en la subcultura criminal de la comunidad. Llevar un estilo de vida delictivo, ser miembro de bandas, participar en actividades del crimen organizado, tráfico de drogas... etc, serían buenos ejemplos de ello. La separación de sus iguales criminales y de su estilo de vida delictivo asociado ocurrirá mediante el establecimiento de vínculos con grupos más pro-sociales, tales como grupos de apoyo en la comunidad o amigos pro-sociales, y miembros de la familia.

La intervención en este campo pasará por abordar los siguientes aspectos:

- **Promover los lazos positivos familiares y de la comunidad.** En tanto que los delincuentes sean alentados a reestablecer tales lazos, advierten los autores que los profesionales del programa deben ser conscientes de que las familias de los psicópatas podrían correr el riesgo de ser revictimizadas. Así pues, los miembros de dichas familias deberían ser claramente informados, preferiblemente tanto por el profesional como por el delincuente, del riesgo potencial de implicarse de nuevo con el sujeto. El delincuente debería compartir su plan de prevención de recaídas con los miembros de su grupo de apoyo. Este grupo de apoyo deberá tener información de primera mano sobre los factores de alto riesgo, los signos de empeoramiento, y las distintas estrategias de intervención que puede usar el delincuente para conducir su comportamiento.
- **Enseñar al delincuente a buscar y aceptar ayuda de grupos de apoyo en su comunidad.** El delincuente debe familiarizarse con los servicios de apoyo sociales y comunitarios disponibles para el público en general y para él en particular. Así, se debe presentar a los delincuentes aquéllos grupos, ONG's y servicios sociales dispuestos a apoyarle.

#### **h) Tratamiento opcional para víctimas de abuso infantil**

Wong y Hare señalan que los factores criminógenos y las intervenciones señalados anteriormente no son, en ningún caso, exhaustivos. Una evaluación adecuada de todos los factores ligados a la violencia debería proporcionar la base del tratamiento.

En este sentido, pudiera darse que el sujeto manifieste haber sido objeto de abusos sexuales en la infancia; pues bien, si la respuesta a esta experiencia de abuso se revela como una causa directa o indirecta de su violencia o comportamiento criminal, entonces deberíamos considerarla como un factor criminógeno y tratar éste de cara a la reducción del riesgo. Si, por el contrario, tal vínculo no se diera pero dicho abuso generase en el delincuente un malestar significativo (por ej., depresión), y esto dificultase su participación en el programa, entonces ese malestar deberíamos considerarlo como un factor de responsividad y debería tratarse para poder llevar a cabo el programa.

No obstante, hay que advertir que los psicópatas tienden a suscitar “cuestiones tangenciales” de cara a confundir a los terapeutas y distraer la atención respecto de las cuestiones importantes. Por lo tanto, el terapeuta deberá estar atento a contrastar la veracidad del auto-informe del psicópata en esta área.

#### **4.5. Aplicación del programa**

La aplicación del programa implica la manera en que el contenido del programa, que acabamos de exponer resumidamente, se presenta al delincuente. El Modelo de Congruencia para el Tratamiento Penitenciario Efectivo (ver figura 10 expuesta en el

anterior punto 4.3) requiere una aplicación del programa adecuada a las características de responsividad del delincuente en orden a maximizar su efectividad. De acuerdo a los autores de estas Pautas, es especialmente importante para el tratamiento de los psicópatas y otros delincuentes de alto riesgo y alta resistencia al tratamiento: (a) ajustar la intervención en relación a la motivación al tratamiento del delincuente, (b) mantener una alianza terapéutica funcional con éste, y (c) aplicar todo el programa de una manera estructurada, racional y flexible. Otras características de responsividad del delincuente podrían ser su capacidad intelectual, bagaje cultural, manejo del lenguaje... etc, todo lo cual juega un papel importante en la aplicación del programa.

Dos factores de responsividad adicionales y que son específicos de los psicópatas serían: su deficiencia en respuestas afectivas (Hare, 1998b) y su deficiencia en el uso de información del contexto para modelar los comportamientos orientados a un objetivo (Newman, 1997, 1998; Newman et al., 1997). La aplicación del programa debe tener en cuenta estas deficiencias para poder ajustar la aplicación de técnicas de tratamiento a las capacidades del psicópata.

En las “Pautas para un Programa de Tratamiento de la Psicopatía” se propone utilizar, de cara a conceptualizar y medir la motivación al tratamiento y el cambio, el Modelo Transteórico del Cambio (TM; Prochaska y DiClemente, 1986; Prochaska et al., 1992). Por otro lado, el Modelo de Aplicación del Tratamiento de las 3 Fases (Gordon, Wong, Middleton y Polvi, 2004) se adopta para informar al profesional acerca de lo que es necesario hacer a lo largo de varios puntos del programa.

#### **4.5.1. Medida del progreso del tratamiento y de la reducción del riesgo**

Cuando se selecciona una herramienta para evaluar el progreso del tratamiento y la reducción del riesgo es esencial elegir una que incluya factores de riesgo dinámicos (modificables) con demostrada fiabilidad y validez en poblaciones penitenciarias. Wong y Hare señalan que tal herramienta debe ser capaz de medir cambios en comportamientos observables que, a su vez, reflejen cambios en el riesgo. La *Violence Risk Scale* (VRS) o Escala de Valoración del Riesgo fue desarrollada con estos propósitos (Wong y Gordon, 2001; 2004c).

La VRS evalúa el riesgo de violencia, identifica objetivos de tratamiento y mide cuantitativamente el cambio en el tratamiento usando el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska et al., 1992). La VRS mide 6 factores de riesgo estáticos y 20 dinámicos. Para cada factor dinámico identificado como un objetivo del tratamiento, se determina el estadio de cambio de pre-tratamiento para el sujeto en base a los criterios descritos en la evaluación de la VRS hecha al comienzo de la intervención. Al final del tratamiento, el estadio de cambio para el mismo factor se determina de nuevo, basándonos en el rendimiento del sujeto durante el tratamiento, y medido de nuevo atendiendo a los criterios descritos en la VRS. El progreso de un estadio a otro refleja una mejora en el tratamiento y su correspondiente disminución cuantitativa del riesgo.

En la VRS se hicieron cambios respecto de las descripciones conductuales que caracterizan tres de los cinco “estadios de cambio” del Modelo Transteórico, de cara a proporcionar criterios aplicables a delincuentes encarcelados o institucionalizados. Las modificaciones para los estadios de Pre-contemplación y Contemplación fueron mínimas. Sin embargo, las características conductuales de los estadios de Preparación, Acción y Mantenimiento son descritas a lo largo de tres dimensiones: (1) el alcance de los cambios conductuales, (2) la estabilidad de dicho cambio a lo largo del tiempo y (3) la generalización de dicho cambio.

Las características generales que describen los tres estadios serían las siguientes:

- **Estadio de preparación.** El alcance, estabilidad y generalización de los cambios son limitados. Son frecuentes los fallos y los cambios se restringen a menudo a situaciones específicas.
- **Estadio de cambio.** El alcance, estabilidad y generalización de los cambios son sustanciales. Sin embargo, el sujeto aún no se ha puesto a prueba en situaciones clave de alto riesgo que fueron problemáticas en el pasado.
- **Estadio de mantenimiento.** El alcance, estabilidad y generalización de los cambios son sustanciales, y los cambios han sido puestos a prueba en situaciones problemáticas del pasado

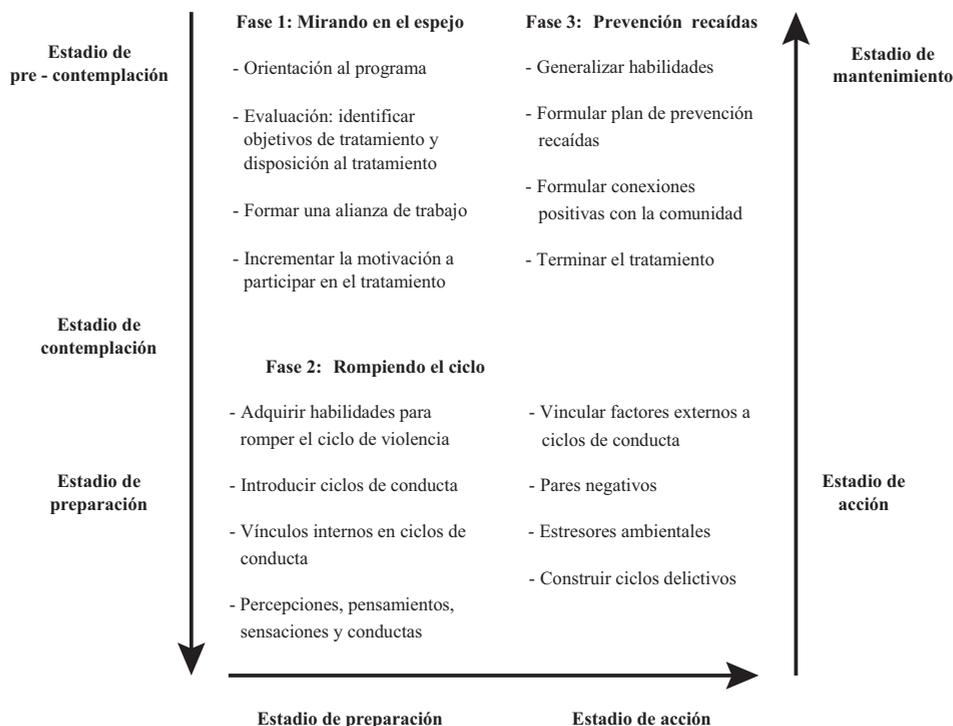
#### 4.5.2. Estructuración de la aplicación del tratamiento

La implementación de las Pautas de Wong y Hare se conceptúa como un proceso de 3 fases, con tareas terapéuticas específicas disponibles en cada una de las fases dirigidas a las necesidades modificables del delincuente, según el tratamiento vaya progresando (Truax y Carkhuff, 1967; Carkhuff, 1987; Egan, 1990).

Con el objetivo de adecuar lo mejor posible la aplicación del tratamiento a la motivación del delincuente respecto de tal tratamiento, Gordon, Wong, Middleton y Polvi (2004) sugieren combinar el heurístico de las fases del tratamiento en un modelo integrado de aplicación del tratamiento: el Modelo de Aplicación de Tratamiento de las 3 Fases (ver *Violence Reduction Program: Facilitators's Manual*, Gordon y Wong 2004 y ver Figura 11), correspondiendo generalmente tales fases a los estadios de cambio del delincuente.

En la figura 11, que se expone a continuación, la flecha que apunta hacia abajo (Fase 1) representa esquemáticamente la entrada del delincuente en el tratamiento, mientras que la flecha que apunta hacia arriba (Fase 3) representa su salida. Las tareas principales en las tres fases, y la ubicación de los estadios de cambio en las fases están recogidas en la dicha figura. El estadio de Preparación se sitúa al final de la Fase 1 y al principio de la Fase 2. De manera similar, el estadio de Acción se da al final de la Fase 2 y al principio de la Fase 3. La repetición de estadios en ambas fases pretende subrayar el hecho de que la transición del delincuente entre los dos estadios implica un proceso continuo más que uno de tipo discreto.

**Figura 11.** Modelo de aplicación del tratamiento en 3 fases



Fuente: *Programa de reducción de la violencia: Manual del terapeuta* (Gordon y Wong, 2004)

Resumimos, a continuación, el contenido del **Modelo de Aplicación del Tratamiento de las 3 Fases**:

**- Fase 1: Mirando en el espejo**

Su principal objetivo es motivar al delincuente a participar en el tratamiento y llevar a cabo evaluaciones que identifiquen los factores criminógenos. Esta fase incluye un periodo de autoexamen crítico y serio, y de reflexión e identificación de problemas, con la ayuda de los profesionales. A los delincuentes: (a) se les informa acerca de normas y expectativas, (b) se les proporciona información de cómo se va a desarrollar el programa, y (c) se les evalúa para medir el nivel de riesgo pre-tratamiento, para identificar los objetivos del tratamiento y la disposición al cambio, además de evaluarlos con la PCL-R (si no se hubiese realizado antes de

su admisión). La motivación a participar en el programa puede apoyarse con técnicas de entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991). Esta Fase 1 es especialmente relevante para los sujetos menos motivados y más resistentes al tratamiento. Wong y Hare señalan que estas Pautas son distintas a cualquier otro programa forense en tanto que no requieren que los potenciales participantes estén motivados antes de ser admitidos al tratamiento, un requisito que excluiría a muchos de aquellos sujetos aparentemente desmotivados pero de alto riesgo.

## **- Fase 2: Rompiendo el Ciclo**

Las intervenciones de la Fase 2 están diseñadas para: (a) ayudar a los delinquentes a entender cómo los pensamientos y emociones disfuncionales y otros factores criminógenos podrían culminar en violencia; (b) enseñarles las habilidades necesarias para cambiar las áreas problemáticas; y (c) proporcionarles oportunidades para practicar las habilidades en situaciones de la vida diaria. Las intervenciones descritas en el apartado “Contenido del Tratamiento”, visto anteriormente, pueden ser aplicadas durante esta Fase 2. Esta fase examina en detalle el concepto de ciclo delictivo y conductual, y cómo construir y entender el vínculo entre estos ciclos y la violencia. Los delinquentes elaboran y presentan en grupo sus propios ciclos delictivos y de conducta. Pueden usarse análisis funcionales de los ciclos de conducta diarios como una importante herramienta de aprendizaje.

## **- Fase 3: Prevención de recaídas**

Esta fase final implicará: (a) la aplicación de nuevas habilidades a situaciones cada vez más diversas y difíciles (generalización); (b) la práctica adicional de las habilidades aprendidas; (c) la formulación del plan de prevención de recaídas; (d) la preparación para “la vida después del tratamiento” (con lo que ello signifique para el delincuente); y (e) la finalización del tratamiento. Aquéllos situados en los estadios de Acción y Mantenimiento son los más indicados para esta fase del programa. Establecer conexiones pro-sociales positivas con gente de apoyo en el exterior es otra de las tareas principales dentro de esta fase si el delincuente está relativamente cerca de su libertad.

### **4.5.3. Otras cuestiones de la aplicación del programa**

#### **a) Duración del programa**

Los programas deberían tener, de acuerdo a los autores de estas Pautas, una duración razonable y ocupar una cantidad importante (al menos 50-75%) del tiempo del delincuente, para asegurar que la intervención tiene tiempo de generar un impacto en

los patrones arraigados de comportamiento antisocial. Idealmente, debería ser un proceso de 24 horas al día, 7 días a la semana. Los participantes deberían acabar el tratamiento una vez completada la Fase 3 de su programa. En general, se recomienda un periodo de unos 4-6 meses dedicados a cada una de las tres fases del tratamiento, lo que supone una duración total de entre 12-18 meses. Se aconseja un periodo de observación adicional de 12 meses en un marco menos intenso y restrictivo, a efectos de valorar si el sujeto puede generalizar lo aprendido a un entorno con demandas diferentes. Deberían darse, al menos, 2 horas de contacto terapéutico al día, 5 días a la semana, excluyendo los deberes relativos al tratamiento o el tiempo dedicado al empleo. La duración del tratamiento y la cantidad de tiempo de contacto obviamente varían dependiendo del nivel de riesgo y necesidad de los delincuentes. No obstante, dado que los psicópatas son unos de los delincuentes con mayor riesgo, mayor resistencia al tratamiento y dificultad de manejo, la duración e intensidad sugeridos por estas Pautas no parecen exagerados.

### **b) Programas abiertos frente a programas cerrados**

No es factible determinar a priori si un programa de tratamiento institucional para psicópatas o delincuentes violentos debería ser abierto o cerrado. Sin embargo, Wong y Hare señalan que aquéllos que diseñen el programa deberían tomar en consideración los siguientes principios de cara a poder decidir esta cuestión:

- **Evitar mezclar** a los recién llegados con los delincuentes más avanzados; podría darse una excepción cuando los delincuentes más avanzados se incluyen en el programa precisamente para orientar a aquéllos que necesitan ayuda.
- Las **diferencias individuales en cuanto al progreso** en el tratamiento deben ser tenidas en cuenta. Éste es un importante factor de responsividad.
- Los sujetos podrían tomarse una **pausa en el programa**, preferentemente antes de finalizar la Fase 1 o 2. Esta opción evitaría obligar a los delincuentes a abordar algún aspecto del programa frente al que están reticentes o para el que aún no están preparados. Aquéllos que se tomen un descanso no estarían abandonando el programa, y se les debería dejar retomarlo más tarde para continuar con el tratamiento en un punto adecuado para ellos.

### **c) Número y ratio de los participantes**

Es importante, señalan, no incluir en el mismo grupo demasiados sujetos con una puntuación muy alta en las características del Factor 1 de la PCL-R. Los programas que mejor funcionan y que cuentan con profesionales bien entrenados pueden manejar una proporción mayor de psicópatas que de no psicópatas, mientras que se aconseja que aquellos programas aún en desarrollo sean menos ambiciosos. Una ratio de 1:1 de psicópatas y no psicópatas es una situación razonable para que un programa pueda

funcionar bien con hasta 10-12 internos. Los profesionales deberían estar atentos para que los no psicópatas no sean excesivamente influenciados por los psicópatas.

#### **d) Pautas para agresores sexuales**

Los delincuentes con una historia que comprenda principalmente delitos de agresión sexual tienen sus propias necesidades criminógenas específicas. Sin embargo, con las modificaciones apropiadas, tales como añadir la evaluación y el tratamiento de los factores criminógenos específicos para este tipo de sujetos (por ej., arousal sexual desviado, compulsividad sexual... etc), las Pautas propuestas por Wong y Hare pueden ser adaptadas para el tratamiento de los agresores sexuales. Éstos hacen notar que no es aconsejable poner a delincuentes sexuales y no sexuales juntos en el mismo programa por motivos tanto tratamentales como de su propia seguridad.

#### **e) Estructura del programa y reglas**

Un programa para tratar a delincuentes psicópatas, afirman, debería ser altamente estructurado. Sus reglas, objetivos y actividades deberán ser claras y explícitas, y llevadas a cabo e implementadas de un modo firme pero correcto. El uso de un ambiente de programa estructurado podría facilitar el tratamiento y manejo de los psicópatas (Lösel, 1998) y ayudaría a los profesionales a hacer frente a los intentos de los psicópatas de manipularlos y engañarlos, tanto a ellos como al resto de delincuentes. Sin embargo, estructura no implica rigidez. Así pues, el principio de responsividad requiere que se vayan dando pasos para abordar las necesidades individuales de tratamiento.

#### **f) Lugar de vida de los participantes del programa**

Wong y Hare señalan que el programa de tratamiento de la psicopatía probablemente tendrá que llevarse a cabo bajo un entorno de alta seguridad para adecuarse a muchos de los delincuentes psicópatas que cuentan con historias previas de quebrantamientos o faltas graves de comportamiento.

Desde una perspectiva clínica, la disposición del lugar donde han de vivir los participantes del programa puede ser conceptualizada dentro de los estadios del Modelo del Cambio. Existen pros y contras respecto a poner a vivir juntos en un mismo lugar a delincuentes que se encuentran en distintos estadios de cambio. Una alternativa a esto sería proporcionar zonas de vida separadas para aquéllos que se encuentran en sus primeros estadios. Los sujetos menos avanzados, que requieren mayores intervenciones de la Fase 1 tales como refuerzo motivacional, construcción de alianzas de trabajo... etc, recibirían esa aplicación del tratamiento más focalizada. La gran desventaja de tener a los participantes en diferentes áreas es que esto implica ir pasando delincuentes adelante y atrás de acuerdo a unos criterios que no siempre están claros.

Un compromiso entre ambas alternativas sería tener a todos los delincuentes del programa viviendo en la misma área pero, al mismo tiempo, establecer un “área de transición” adyacente con un pequeño número de plazas que podría ser utilizada por

los algunos internos durante cortos espacios de tiempo y de cara a solucionar necesidades clínicas muy puntuales.

## **5. Características comunes de los programas de tratamiento eficaces estudiados en la parte IV de este trabajo (2006-2013)**

### **Introducción**

Hemos visto en los apartados 3 y 4 de esta parte del trabajo cuáles son los principios y pautas de cara al diseño y aplicación de programas de tratamiento para delincuentes psicópatas propuestos por algunos de los expertos en este campo (Hare, 1992; Lösel, 1996, 1998, 2000; Wong y Hare, 2005).

En este último apartado de la parte V, queremos concluir la exposición de estas propuestas ofreciendo una síntesis de las características que tienen en común, en cuanto a su diseño y aplicación, aquellos programas de tratamiento eficaces que hemos presentado en el capítulo segundo de la parte IV de este trabajo. Nos referimos a los programas Clearwater y ABC (Olver y Wong, 2009, 2012; Wong et al., 2012), el programa HRPP (Wilson y Tamatea, 2013), el programa del centro psiquiátrico de Rooyse Wissel (Chakhssi, de Ruiter y Bernstein, 2010) el programa del centro de tratamiento juvenil de Mendota (Caldwell, Skeem, Salekim y van Rybroek, 2006), y el programa Chromis (Tew y Atkinson, 2013).

Y, si bien es cierto que cada uno de esos seis programas difiere de los demás en relación a determinados aspectos, tales como: el contexto en el que han sido aplicados (centro penitenciario de adultos, centro juvenil, centro psiquiátrico), los participantes a los que se han dirigido (jóvenes o adultos, delincuentes no sexuales o delincuentes sexuales), los objetivos particulares del tratamiento... etc, también es cierto que comparten muchos más elementos y, lo que es más importante, comparten el logro de unos resultados eficaces.

Por lo tanto, consideramos que puede ser de interés resaltar aquellas características en relación al diseño y aplicación de la intervención que son comunes a todos los programas, o a la mayoría de ellos, con el objetivo de que puedan servir de guía y ayuda para futuras intervenciones en este campo. Como se podrá ver a lo largo de la siguiente exposición, muchos de estos puntos aplicados por los programas responden, como no podía ser de otro modo, a las propuestas hechas por algunos de los expertos en este campo y que han sido recogidas en esta misma parte V del trabajo.

Así pues, a continuación vamos identificar esas características comunes de los programas eficaces señalando algunas de las particularidades más interesantes ofrecidas por dichas intervenciones.

### 5.1. Objetivos del programa

Los seis programas expuestos en la parte IV de este trabajo coincidieron en marcarse como objetivo de la intervención la disminución de la frecuencia e intensidad de los comportamientos violentos y, concretamente, del riesgo de reincidencia general y violenta; todos los programas, en su diseño, tuvieron muy claro que entre sus objetivos no estaba el de cambiar los rasgos de la personalidad de los delincuentes psicópatas, sino que lo que se plantearon fue trabajar con tales rasgos para lograr el objetivo de reducción del riesgo.

Según algunos autores (por ej., Wilson y Tamatea, 2013) el hecho de que algunos de los resultados de estos programas fueran considerados “modestos” se debió, precisamente, al establecimiento de unos objetivos realistas y limitados en comparación con aquellos más ambiciosos perseguidos por iniciativas llevadas a cabo con anterioridad en este campo: el cambio de la personalidad psicopática.

Así pues, algunos objetivos medibles relacionados con la reincidencia violenta (por ej., los ítems dinámicos de la VRS) fueron más importantes para estos programas que el cambio de personalidad *per se*.

### 5.2. Orientación y enfoque teórico del programa

Todos los programas expuestos en la parte IV del trabajo, y que se demostraron eficaces, se perfilaron a partir de aquella literatura que había venido señalando “lo que funcionaba” (McGuire, 1995) y, de ese modo, se nutrieron de los siguientes elementos:

- un **enfoque cognitivo-conductual**, a partir del cual aplicaron intervenciones para cambiar pensamientos, sentimientos y comportamientos anti-sociales hacia otros orientados más pro-socialmente.
- un **enfoque de prevención de recaídas** (Gordon y Nicholaichuk, 1996), desarrollando cada participante, en la mayoría de estos programas, un plan detallado de prevención de recaídas al final del mismo.
- un **modelo de los principios RNR**, de Riesgo-Necesidad-Responsividad (Andrews y Bonta, 1994-2010).
- un **modelo establecido de psicopatía** (Hare, 2003).
- algunos de los **otros elementos** utilizados por varios de los programas fueron: elementos del modelo *Good Lives* (Ward, Mann y Gannon, 2007), utilizados por el programa Clearwater y el programa Chromis; una Teoría del Cambio del comportamiento (Prochaska y DiClemente, 1984), utilizada por el programa HRPP; y una variante del modelo de decompresión de Monroe (Monroe, van Rybroek y Maier, 1988), utilizado por el programa del centro juvenil de Mendota.

### **5.3. Adecuación del programa al principio de riesgo: Intensidad y duración**

#### **a) Intensidad del programa**

Los seis programas fueron descritos como de alta intensidad, lo cual está en relación con el principio de riesgo, que exige un nivel de intensidad de la intervención adecuado al riesgo del participante del programa; al contar todos estos programas con sujetos con altas puntuaciones en las escalas PCL y definir el riesgo de sus participantes como de un nivel moderado-alto a alto, la intensidad, por lo tanto, debía ser asimismo alta. Los perfiles habituales en estos programas, hemos visto que implicaban individuos crónicamente agresivos, con amplias historias de criminalidad y violencia y/o problemas de comportamiento institucional.

Esta intensidad se tradujo, a la hora de desarrollar los programas, en una media de intervención psicológica directa semanal de entre 11 y 20 horas en todos ellos; a modo de ejemplo, en cifras totales, en el programa de Personalidad de Alto Riesgo (HRPP) de Nueva Zelanda cada participante recibía, en total, unas 450 horas de intervención terapéutica directa.

#### **b) Duración del programa**

Si bien la duración del tiempo que cada participante estuvo en cada uno de los programas dependía de sus necesidades individuales y de su progreso, la duración de las intervenciones eficaces estudiadas no bajó, en ningún caso, de los 8-10 meses (programas Clearwater, ABC y HRPP). Se consideró este tiempo como suficientemente largo para poder aplicar el programa y evaluar el cambio en el contexto del tratamiento.

En el caso del programa Chromis, su duración estuvo entre los 2½ - 3 años (incluyendo el tiempo de evaluación), siendo ésta ampliamente superada por el programa del centro psiquiátrico de Rooyse Wissel, el cual podía alcanzar una duración igual al tiempo de cumplimiento de la orden de TBS impuesta por el juez ( $M=5,9$  años; Wartna, el Harbachi y Essers, 2006).

### **5.4. Adecuación del programa a las necesidades criminógenas**

De acuerdo al principio de necesidad del modelo RNR, en el que se basaron todos estos programas, fueron identificados como objetivos del tratamiento las necesidades criminógenas de los delincuentes vinculadas a la violencia, tales como: actitudes delictivas, creencias, agresión interpersonal y distorsiones cognitivas.

La mayoría de estas intervenciones abordaron las necesidades criminógenas de sus participantes mediante el uso de la escala de riesgo de violencia o VRS (Wong y Gordon, 1999-2003; 2006), mediante la elaboración de un ciclo de la violencia y a través del trabajo de prevención de recaídas.

Y si bien los seis programas centraron el trabajo terapéutico en este tipo de necesidades, esto no impidió que se contemplasen, además, otros aspectos; así, por ejemplo, en los programas Clearwater y ABC, cuando se consideraba adecuado, se abordaban aspectos tales como: una mejora educativa, déficits laborales y de habilidades para la vida diaria, y otras cuestiones como las relaciones con la pareja, el apoyo social externo o problemas derivados de una historia de abusos tempranos.

De igual modo, cuando los programas contaban con sujetos con altas puntuaciones en trastornos de personalidad, sobre todo en los programas llevados a cabo en contextos psiquiátricos (como el programa desarrollado en Rooyse Wissel), cada una de las necesidades criminógenas idiosincráticas de los pacientes era abordada en sucesivas (o paralelas) intervenciones terapéuticas individuales.

Un aspecto que nos parece especialmente interesante fue el modo particular en el que algunos de estos programas buscaron responder mejor a las necesidades de tratamiento.

Así, por ejemplo, en el marco del diseño del programa Chromis, en Reino Unido, el *National Offender Management Service* para Inglaterra y Gales (NOMS) alentó un buen número de proyectos de investigación para aprender más acerca de las necesidades de este tipo de delincuentes, incluyendo entrevistas con los destinatarios finales del programa, así como con profesionales del ámbito terapéutico y de vigilancia.

Por otro lado, y en la misma línea, varios de los programas resaltaron la importancia de llegar a establecer con el propio participante qué es lo que a él le preocupa, cuáles son sus prioridades y qué aspectos de su vida necesitan ser mejorados, así como las áreas de riesgo que han de abordarse.

## **5.5. Adecuación del programa al principio de responsividad**

### **5.5.1. Gestión de las cuestiones de responsividad**

En cuanto al manejo de las cuestiones relacionadas con la responsividad o disposición del participante al tratamiento (el tercero de los principios del modelo RNR), también ha existido coincidencia entre todos los programas eficaces analizados en la parte IV de este trabajo.

Así, todos ellos han considerado aspectos cognitivos y de adecuación del lenguaje empleado, bagaje cultural previo y motivación de los participantes.

Del mismo modo, todos ellos han considerado la psicopatía y, concretamente, aquellos comportamientos relacionados con el Factor 1 que interferían con el tratamiento, más como una cuestión de responsividad que como una cuestión de tipo criminógeno a ser tratada durante el tratamiento (en línea con lo propuesto por el modelo de los dos componentes de Wong et al., 2012).

En algunos de estos programas, los aspectos ligados a la responsividad se trataban ya desde los primeros pasos; así, por ejemplo, en el programa HRPP, su primera fase

abordaba los intentos de tratamiento del sujeto que habían fallado en el pasado, la educación sobre la terapia y el enfoque del programa y la identificación de cuestiones personales que pudieran suponer barreras para la entrada, la adherencia o el mantenimiento de las ganancias, buscando crear una relación de colaboración que compartiera objetivos en cuanto al tratamiento de la violencia.

En cualquier caso, todos los programas adaptaron su material para adecuarlo a los niveles educativos y estilos de aprendizaje de los participantes. Así, varios de ellos tuvieron en cuenta la tendencia al aburrimiento y la necesidad de estimulación que, en general, presentan los delincuentes que puntúan alto en psicopatía. En línea con esto, por ejemplo, en el programa Chromis las sesiones no duran, en general, más de una hora.

### **5.5.2. Actitud frente a los comportamientos disruptivos**

Ya hemos señalado que los comportamientos relacionados con el Factor 1 que interfieren con el tratamiento han sido vistos por estos programas como una cuestión de responsividad que es necesario saber manejar para poder seguir adelante con el tratamiento, centrandó éste en el abordaje de las necesidades del sujeto ligadas a su criminalidad (necesidades criminógenas).

En este sentido, ninguno de los seis programas consideraba, en principio, la exhibición de comportamientos disruptivos por parte de los participantes como una causa de expulsión del programa. De hecho, por ejemplo, en el caso del programa para psicópatas adolescentes del Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota, se intentó mantener dentro del programa a los jóvenes pese a su comportamiento, y las conductas agresivas y disruptivas fueron contestadas continuando el programa con mayor intensidad aún.

Otras cuestiones de responsividad que pueden interferir la buena marcha del tratamiento, como la desconfianza o pasividad que pudieran darse en los sujetos psicópatas, se han contrarrestado en varios de estos programas (por ejemplo, en el programa Chromis) promoviendo el uso de la colaboración y la transparencia, de cara a involucrar a los participantes, generar en ellos una sensación de control y reducir la manipulación que pudieran querer llevar a cabo.

### **5.6. Medidas de evaluación empleadas**

En general, tras la admisión en cualquiera de estos seis programas, o bien durante la primera fase de los mismos, se incluía una evaluación inicial utilizando diferentes tipos de medidas de cara a valorar, entre otros: el nivel de psicopatía del sujeto, su riesgo pre-tratamiento individual, identificar las necesidades criminógenas vinculadas a la delincuencia (que debían ser priorizadas en el tratamiento), e identificar los factores de responsividad que podrían tener impacto en el tratamiento, tales como la falta de motivación o los déficits cognitivos.

Por lo general la evaluación inicial implicaba un periodo amplio, llegando a ocupar, en el caso del programa del centro psiquiátrico de Rooyse Wissel, entre 3 y 6 meses. Una vez finalizado el programa, se han llevado a cabo valoraciones del riesgo post-tratamiento en todos ellos, para evaluar los cambios generados por la intervención y para proporcionar recomendaciones y un plan de cuidados de cara a su puesta en libertad.

Los estudios que analizaron los resultados de estos programas, y que se detallan en la parte IV de este trabajo, hacen hincapié en el cuidado puesto en la mayoría de ellos para evitar la potencial contaminación de los criterios. Por ejemplo, en los programas llevados a cabo en el centro de Saskatoon (programa Clearwater y programa ABC) toda la información de resultados de reincidencia fue recogida por una persona independiente no involucrada en otros aspectos de la recogida de datos y sólo cuando toda la información relativa al estudio, incluida la de las escalas VRS, VRS-SO y puntuaciones de cambio, habían sido obtenidas.

En el resto de programas, por ejemplo, las puntuaciones de las escalas PCL aplicadas a los sujetos solían ser llevadas a cabo por, al menos, un par de evaluadores independientes, que llegaban a un consenso de cara a la puntuación final.

Las medidas de evaluación más empleadas por todos los programas fueron dos: (a) las escalas de psicopatía PCL (fundamentalmente dos: la PCL-R, de Hare, 2003; y la PCL:SV, de Forth, Kosson, y Hare, 2003), para medir, en una escala de hasta 40 puntos, el nivel de psicopatía del sujeto; y (b) la Escala de Riesgo de Violencia o VRS, y su versión para agresores sexuales VRS-SO (Wong y Gordon, 1999-2003; 2006), diseñadas para evaluar el riesgo de violencia, para identificar objetivos de tratamiento de reducción de la violencia y para analizar los cambios en el riesgo a través del tratamiento. Ambas medidas y sus versiones han sido suficientemente descritas y explicadas en apartados anteriores de este trabajo (para más detalle, en este trabajo, ver parte I; apartado 2, y parte IV; capítulo segundo, apartado 3.6.).

Otras medidas de evaluación aplicadas por algunos de los programas fueron:

- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon** o MCMI-III (Millon et al., 2009) para detectar la presencia de graves trastornos de personalidad.
- **Escala de Motivación al Tratamiento, Responsividad y Ganancias (versión corta)**, o *Treatment Readiness, Responsivity, and Gain Scale: Short Version* (TRRG:SV), para evaluar el grado de preparación y compromiso del delincuente.
- **Inventario de Nivel de Servicio-Versión Joven**, o *Young Offender Level of Service Inventory* o (YO-LSI; Shields y Simourd, 1991), para evaluar las necesidades de tratamiento en delinquentes jóvenes.
- **Índice de Cambio Fiable** o *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson y Truax, 1991), para determinar si los psicópatas respondían al tratamiento.
- **Índice BEST** o *Behavioral Status Index* (BEST-Index; Reed, Wood y Robinson, 2000), para valorar el cambio terapéutico evaluando los cambios en múltiples dimensiones del riesgo forense.

Más allá de las evaluaciones realizadas a través de estos instrumentos de medida, la información relativa al cambio producido en los participantes del programa se obtuvo también a través de métodos más sencillos, pero igualmente eficaces y, en todo caso, complementarios. Así, en el programa HRPP, esta información se obtenía además a partir de las notas tomadas en sesiones grupales e individuales, así como de los encuentros diarios breves mantenidos con el personal de vigilancia antes de la sesión grupal, quienes informaban sobre el comportamiento de los participantes.

### **5.7. Criterios de selección de los participantes del programa**

Los criterios de selección de participantes que llevaron a cabo de manera prácticamente común los seis programas eficaces de nuestro análisis, fueron: (a) edad igual o mayor de 18 años (salvo en el programa del centro juvenil), (b) alta puntuación en la PCL-R (o en la PCL:YV en el caso del mismo programa juvenil); (c) relación de delitos violentos o historia violenta institucional; y (d) una duración de la sentencia suficientemente larga como para poder completar el tratamiento.

Las puntuaciones totales exigidas en las escalas PCL (tanto en la PCL-R como en la PCL:YV) no bajaron de 25 en ningún programa, buscando con ello garantizar que la intervención estuviera dirigida a individuos con un nivel alto de riesgo.

En algunos casos se exigieron requisitos adicionales a los mencionados; así, en el programa HRPP, los participantes tenían que dar su aprobación para ser ubicados separadamente del resto de internos si querían ingresar en el programa. Y se les exigió además que dejaran las rivalidades entre bandas fuera del contexto terapéutico.

Un caso distinto al resto de las intervenciones fue el del programa para delincuentes juveniles psicópatas del centro de Mendota; salvo en la exigencia de contar con una alta puntuación en la escala PCL:YV (que sí se exigió, necesitando el sujeto obtener una puntuación igual o superior a 27) este programa no contaba con criterios de exclusión y no pre-seleccionaba a los jóvenes para su ingreso. Los jóvenes eran derivados a este centro a criterio de los centros juveniles de internamiento estándar cuando se estimaba que los chicos no respondían a los servicios de rehabilitación que en ellos se ofrecían, y eran devueltos a los mismos centros estándar cuando se veía que ya tenían más posibilidad de ser tratados a través de los servicios “habituales” (esto es, no intensivos).

### **5.8. Los profesionales del programa**

Todos los programa eficaces que hemos presentado en detalle en este trabajo han contado con un equipo multidisciplinar de profesionales de tratamiento, que ha incluido, por lo general: psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, funcionarios de prisiones y oficiales de libertad condicional (*parole*); y, en varios de los programas (por ejemplo en el programa ABC), tam-

bién han contado con otro tipo de personal comprometido, como profesores, terapeutas culturales o supervisores laborales.

La selección de los profesionales de tratamiento que han de aplicar estos programas ha supuesto considerar a profesionales psicológicamente fuertes, ampliamente informados sobre lo que implica trabajar con esta población y bien entrenados para aplicar este tratamiento. Concretamente, fueron entrenados sobre aspectos como: el trastorno de la psicopatía, el programa concreto de aplicación, su papel en la intervención y la importancia de mantener las ganancias terapéuticas en medio de un entorno empobrecido y, a menudo, aversivo.

Habitualmente, han sido asignados a dicho programa los profesionales con mayor experiencia y antigüedad para que trabajasen o actuasen como terapeutas primarios con los internos psicópatas, siendo conscientes del potencial que estos últimos tienen para generar serios problemas de interferencia con el tratamiento. En relación a estos comportamientos disruptivos, que pueden originar, en ocasiones, situaciones peligrosas, se les ha entrenado en relación a la transferencia y a la patología típicamente mostradas por los delincuentes psicópatas de alto riesgo, buscando asegurar el desarrollo de una alianza de trabajo efectiva y objetiva así como la propia seguridad de los profesionales.

Varios de los programas han recomendado (y puesto en práctica) el que estos profesionales compartieran frecuentemente, entre ellos, toda la información acerca del tratamiento y las cuestiones de disciplina en relación a los delincuentes, de modo que se evitase el riesgo de divergencias entre los profesionales, buscando así fortalecer la integridad del tratamiento.

Más allá de estas características señaladas en relación a los profesionales, y que son compartidas por todas las intervenciones analizadas, en el programa Chromis, particularmente, se ha hecho hincapié en una cuestión de especial interés para los propios profesionales y con claras consecuencias para la intervención. Concretamente, se ha recomendado valorar en aquellos profesionales que han de aplicar el programa la capacidad para autoevaluarse y detectar cuándo necesitan tomarse un descanso de la terapia; así, se ha buscado que éstos fueran capaces de identificar en sí mismos los signos del síndrome de *burnout*, así como el riesgo de traspasar los límites del programa.

En relación con esto, el programa Chromis ha puesto en marcha un mecanismo de supervisión regular externo sobre los profesionales del programa, al cual considera muy valioso para mantener la salud de los profesionales y la integridad del programa.

Asimismo, y en la misma línea de ayuda externa, hacemos notar que en algunos de los programas (por ej., en el programa HRPP) expertos externos al mismo (en esa intervención, el creador del programa, un consultor cultural y un psiquiatra forense) estuvieron disponibles para ayudar en el caso de que se produjese algún incidente comportamental de tipo patológico o con implicaciones culturales que fuese más allá del saber hacer de los profesionales.

Para concluir, queremos resaltar que todos los programas eficaces analizados han contado con un nivel de recursos profesionales mucho mayor en comparación a las intervenciones no intensivas llevadas a cabo con otro tipo de delincuentes; asimismo, se ha puesto especial cuidado en seleccionar a aquéllos cuyas características perso-

nales y cuya formación más se adecuaban a las especiales exigencias que implica intervenir con sujetos psicópatas.

### **5.9. Comorbilidad con otros trastornos**

Se constató que un alto número de los participantes de estos programas padecían distintos trastornos de personalidad, si bien el trastorno antisocial de personalidad fue el más predominante entre ellos, lo cual no debe sorprendernos dado que, como hemos visto anteriormente en este trabajo (ver parte I, apartado 4), la relación entre psicopatía y TAP es muy alta.

Esta situación, lógicamente, fue más pronunciada en los programas llevados a cabo en un contexto psiquiátrico, como era el caso de los programas Clearwater, ABC, y del centro de Rooyse Wissel; en este último, esa prevalencia del TAP fue especialmente elevada tanto para no psicópatas como para psicópatas, siendo del 44,7% y del 81,5%, respectivamente.

En general, las intervenciones estudiadas se aplicaron teniendo en cuenta toda la patología de personalidad de los sujetos que participaban en ellas, y no sólo la psicopatía, si bien los programas, en su mayoría, no admitieron a sujetos con un trastorno grave de salud mental sin haber sido éste tratado previamente; así, por ejemplo, el programa Chromis exigía que, para acceder al mismo, cualquier trastorno depresivo o ansioso fuese abordado con anterioridad.

### **5.10. Grado de estructura y flexibilidad del programa**

Parece que ha existido acuerdo entre los programas estudiados en desarrollar su intervención dentro de un marco bastante estructurado, si bien al mismo tiempo flexible, para ser así capaces de ir incorporando nuevo conocimiento y práctica en la evaluación de los delincuentes y en su tratamiento.

En la mayoría de ellos, los principios y líneas de actuación de la terapia, así como los objetivos de las sesiones, fueron diseñados al principio del programa, si bien las sesiones se iban revisando y modificando entre fases o módulos cuando era necesario.

A modo de ejemplo, el programa HRPP, buscando ese equilibrio entre estructura y flexibilidad, si bien centraba su segundo módulo en los 20 ítems dinámicos de la VRS, también daba la oportunidad para repetir sesiones anteriores y practicar habilidades nuevas aprendidas recientemente. Del mismo modo, sus sesiones se fueron revisando y modificando entre fases cuando hizo falta.

### **5.11. Generalización de las habilidades aprendidas**

En todos los programas los participantes han sido alentados a implementar, en su día a día, los aprendizajes de nuevas habilidades en tanto que ello fuera posible; así, la generalización de comportamientos socialmente apropiados fueron altamente alentados y reforzados; a modo de ejemplo, en el programa Chromis, en relación al componente de la terapia de esquemas, durante las sesiones del mismo se planifican experimentos conductuales y actividades de prueba para llevar a cabo.

Y en el programa HRPP, dividido en tres etapas, existieron periodos de descanso entre etapas (2-3 semanas de “vacaciones de terapia”) que permitían a los terapeutas reagrupar y planificar las siguientes sesiones, y a los participantes practicar las habilidades aprendidas.

### **5.12. Énfasis en la responsabilidad del interno**

Varios de los programas examinados han destacado el aspecto de la “cesión” de responsabilidad al delincuente que participa en ellos, buscando, finalmente, que el sujeto asuma la responsabilidad por el delito cometido y, a partir de ahí, sea capaz de llevar a cabo un análisis más riguroso de su comportamiento criminal.

El programa Chromis, de un modo más formal, ha llegado a incluir entre sus principios clave el reconocimiento de la complejidad de cada sujeto, al tiempo que señala que hay que reforzarle su propia responsabilidad, para lo cual el programa ofrece la posibilidad de elección y control dentro del entorno del tratamiento, a través de un método llamado “estrategia de elecciones” (Harris, Attrill y Bush, 2005); esto implica el respeto al derecho del interno y a su capacidad para dirigir su propia vida, si bien cada una de las elecciones que éste toma conllevará determinadas consecuencias, las cuales le son explicadas con claridad por los profesionales.

### **5.13. Flexibilidad en el formato de las sesiones: individuales y en grupo**

En los seis programas analizados las sesiones de tratamiento se ha impartido en formato tanto grupal como individual. La combinación de terapia grupal e individual ha permitido practicar de un modo flexible, incluyendo el uso de dinámicas de grupo para apoyar y desafiar cuestiones de interés para todos, y el uso de las sesiones individuales para llevar a cabo un acercamiento más personal.

En algunos de los programas cada participante ha sido asignado a un terapeuta primario, el cual le asiste individualmente en el desarrollo de nuevas habilidades cognitivas y comportamentales en las interacciones del día a día.

Los grupos han contado con una media de 10-12 participantes y todos los programas estudiados han buscado, por lo general, que el ambiente fuera reforzante pero también retador, de tal modo que los delincuentes pudieran analizar, con honestidad y en detalle, los patrones y las cuestiones de su delincuencia, permitiéndoles esto elaborar un ciclo del delito y un plan de prevención de recaídas.

#### **5.14. Ubicación física de los participantes del programa**

Con carácter general, estos programas de tratamiento se han llevado a cabo en prisiones de alta seguridad o bien dentro de módulos con un nivel de seguridad de medio-alto a alto, y los internos participantes del programa han estado separados de la población penitenciaria general (en su mayor parte por una cuestión de su propia seguridad y la de los demás) o bien con poco contacto con dicha población.

La ubicación concreta de estos programas en entornos de alta seguridad respondía, como es lógico, al propio perfil de alto riesgo de los integrantes del programa. Entre los motivos para su relativo aislamiento del resto de internos, se encontraba el impedir la “contaminación” (en ambos sentidos) y el facilitar la separación respecto de sus iguales delincuenciales dentro del centro (en ocasiones, compañeros de bandas), que ha sido también uno de los elementos comunes a todos los programas.



# **Conclusiones**



## **1. Es necesario avanzar hacia un concepto de la psicopatía que sea capaz de recoger la heterogeneidad del trastorno**

Es importante señalar que un buen modelo de tratamiento para la psicopatía se ha de derivar de un entendimiento claro acerca de lo que es y lo que no es la psicopatía. En el ámbito de la psicología penitenciaria, en los últimos años, se ha centrado la atención hacia cómo abordar y tratar a los internos psicópatas en base a sus puntuaciones en la escala PCL-R (Polaschek y Daly, 2013). Y, si bien la utilidad de la PCL-R parece incuestionable, ésta no es sino una herramienta de evaluación, más que un modelo teórico de psicopatía; lo uno no sustituye a lo otro (Logan, Rypdal y Hoff, 2012).

Salekin (2002) observó que la psicopatía era un trastorno confusamente definido y con una etiología apenas entendida. Para algunos autores (Skeem, Polaschek, Patrick y Lilienfeld, 2011) esas conclusiones siguen siendo válidas una década después.

Sin embargo, ha habido avances en este sentido durante los últimos años y, así, Patrick, Fowles y Kruger (2009) han propuesto un modelo triárquico en el que la psicopatía representa la intersección de tres fenotipos distintos: desinhibición, audacia y maldad, los cuales, al estar moderadamente asociados entre sí, permitirían explicar los diferentes factores etiológicos y las diferentes trayectorias evolutivas hacia este trastorno y permitirían la integración de la mayor parte de las conceptualizaciones formuladas a lo largo de la historia.

Quedan aún muchas preguntas por responder en la investigación sobre cómo los diferentes constructos o facetas de la psicopatía pudieran interactuar con determinados enfoques de tratamiento de cara a un resultado efectivo. Pocos estudios sobre el campo de la rehabilitación del delincuente han sido capaces de establecer un vínculo entre el cambio provocado por el tratamiento y los resultados de reincidencia; los avances en este área serían muy alentadores.

Resumiendo, podríamos decir que necesitamos mirar a la psicopatía no como “el” trastorno que causa el riesgo criminal sino como un trastorno heterogéneo, dimensio-

nal, cuya relación con la delincuencia todavía está por llegar a ser completamente comprendida.

## **2. Los delincuentes psicópatas son, potencialmente, mucho más peligrosos que el resto y, por ello, parece necesario concentrar más recursos en su intervención**

En la parte II de este trabajo hemos visto que los delincuentes psicópatas son cuantitativa y cualitativamente distintos, y peores, que los delincuentes sin este trastorno. Así, se sabe que estos delincuentes empiezan a delinquir a una edad muy temprana (Moltó et al., 2000), cometen un mayor número de delitos y más tipos de delitos (Blackburn y Coid, 1998; Hare, 2003), tienen mayor probabilidad de mal comportamiento institucional (Guy et al., 2005) y expresan mayores sentimientos criminales y orgullo en su comportamiento antisocial (Simourd y Hoge, 2000) que otros delincuentes. Como reincidentes, los psicópatas son más rápidos, más productivos y más dañinos (en su comportamiento criminal) una vez han sido puestos en libertad (Vaughn y DeLisi, 2008), y parecen mostrar un tipo de violencia más instrumental o premeditada que los no psicópatas (Woodworth y Porter, 2002).

Sus víctimas, en general, son menos a menudo miembros de la familia y más a menudo extraños (Häkkinen-Nyholm y Hare, 2009; Weizmann-Henelius et al., 2002). Y cuando perpetran asesinatos y agresiones sexuales, éstos contienen un número significativamente mayor de violencia gratuita y sádica que los llevados a cabo por los delincuentes no psicópatas (Porter et al., 2003; Gretton et al., 2001; Rice y Harris, 1995), teniendo asimismo más probabilidad de poseer un arma y de usar amenazas durante su comisión (Hare y McPherson, 1984).

Todo ello se traduce en una capacidad para generar daño y sufrimiento mucho mayor que la que tienen otro tipo de delincuentes; de acuerdo a ese mayor riesgo y peligrosidad, parecería necesario concentrar sobre ellos un mayor número de recursos de tratamiento.

## **3. El pesimismo histórico acerca de la posibilidad de tratar eficazmente a los delincuentes psicópatas no estuvo bien fundamentado**

La sabiduría tradicional clínica que durante décadas dijo que el tratamiento de los psicópatas estaba condenado al fracaso o que podía incluso volverlos peores (Dolan y Coid, 1993; D'Silva, Duggan y McCarthy, 2004) llevó a muchos clínicos y a las autoridades penitenciarias a evitar siquiera intentar intervenir con esos sujetos (Wong y Hare, 2005).

Sin embargo, y como hemos visto en la parte III de este trabajo, cuando se han llevado a cabo revisiones serias sobre la literatura de investigación en este campo se ha

constatado que la mayoría de estudios que han informado de la incapacidad de los delincuentes psicópatas para mejorar a través del tratamiento han contado, generalmente, con poca calidad. En síntesis, el pesimismo terapéutico se ha basado en investigaciones que adolecían de numerosas limitaciones metodológicas: falta de grupos control, falta de atención a los factores evolutivos, fallos de control sobre la heterogeneidad dentro de los grupos de tratamiento, inadecuada definición e implementación del tratamiento y criterios de resultado restrictivos (Harris et al., 1991; Hemphill y Hart, 2002; Salekin, 2002).

En paralelo, parece necesario considerar, por un lado, la creciente literatura generada sobre el abandono del delito y, por otro, la importancia de hacer un seguimiento de los delincuentes a lo largo del tiempo que capture la transición hacia una delincuencia menos grave e intensa, más que centrarnos sólo en la reincidencia (Serin y Lloyd, 2009).

#### **4. Estudios recientes han demostrado que sí es posible obtener resultados eficaces mediante el tratamiento con los delincuentes psicópatas**

En la parte IV de este trabajo se han presentado en detalle siete estudios recientes (conducidos entre 2006 y 2013) que han analizado los resultados de seis programas de tratamiento para delincuentes psicópatas, los cuales han demostrado que es sí posible una intervención eficaz con este tipo de población penitenciaria cuando dicha intervención reúne determinadas características (recogidas en las conclusiones 5, 6, 7 y 8, expuestas más adelante).

Con carácter general los programas dirigidos a estos sujetos obtuvieron, o bien una disminución de su tasa de reincidencia delictiva, o bien una disminución de la gravedad de los nuevos delitos cometidos. Asimismo, casi todas las intervenciones lograron una disminución en las conductas violentas exhibidas durante y posteriormente al tratamiento, en relación con las que se habían venido dando previamente.

Igualmente, se ha constatado cómo algunas de las variables de riesgo dinámicas asociadas a los sujetos psicópatas se ven claramente afectadas a consecuencia de las intervenciones de tratamiento y, a su vez, cómo dicho cambio incide directamente en una disminución de la reincidencia delictiva. O dicho de otro modo, algunos de estos estudios han mostrado cómo el mecanismo de cambio en los resultados de reincidencia de los delincuentes psicópatas es el resultado de restringir los objetivos del tratamiento a aquéllos que están vinculados al riesgo de reincidencia y que son denominados *factores de riesgo dinámicos*.

## **5. El tratamiento con los delincuentes psicópatas ha de centrarse en su comportamiento antisocial y no en sus rasgos de personalidad**

La violencia y los comportamientos antisociales son las principales razones por las que se encarcela o detiene a los psicópatas. Así pues, el centro de su tratamiento debería girar en torno a la disminución de su riesgo de violencia y de comportamientos antisociales más que a tratar de modificar sus rasgos nucleares de personalidad.

En este sentido, el diseño y los objetivos de tratamiento de los programas que hemos presentado con detalle en la parte IV de este trabajo han estado basados en los principios RNR (Riesgo-Necesidad-Responsividad), que se dirigen a alcanzar una reducción del riesgo más que a una mejora del trastorno de personalidad psicopático o de sus rasgos. De acuerdo al modelo de los dos componentes (Wong et al., 2012), expuesto también en esa parte del trabajo, las intervenciones dirigidas a “normalizar” o cambiar los rasgos del Factor 1 del trastorno (medido por la escala PCL-R) no necesitan convertirse en el foco central en un programa de reducción del riesgo de reincidencia; en lugar de eso, resulta clave poder manejar y contener los comportamientos que interfieren con el tratamiento de modo que haya espacio para ponerse manos a la obra con la reducción de las necesidades criminógenas, que están fuertemente correlacionadas con las características del Factor 2.

Se concluye, pues, que los factores criminógenos que suponen las causas directas o indirectas de la violencia deben ser considerados como los objetivos prioritarios del tratamiento (principio de necesidad). Sin embargo, sería prematuro concluir, en sentido contrario, que el tratamiento con los psicópatas no es capaz de lograr cambios en los rasgos de personalidad. Polaschek y Daly (2013) señalan que estas cuestiones rara vez han sido planteadas en la investigación del tratamiento y son difíciles de estudiar dadas las limitaciones en las medidas dinámicas disponibles que hacen referencia directa a esos rasgos.

## **6. El resultado esperable de la intervención con este tipo de delincuentes debería ser una disminución de la actividad delictiva y no tanto su abandono definitivo**

Es importante señalar que, si bien la reincidencia parece ser la medida más incontestada respecto de la efectividad final de un tratamiento penitenciario, en la mayoría de las ocasiones, la mejora encontrada tras mucho esfuerzo de intervención con los delincuentes no es una cuestión de “todo o nada”; así pues, comparar con la historia delictiva previa (esto es, la cantidad y la gravedad de los delitos, así como el tiempo que transcurre entre la comisión de uno y otro) puede darnos una medida más objetiva y ajustada del progreso del sujeto que la simple dicotomía: delinque o no delinque. Así, algunos autores (por ej., Kazemian, 2007) consideran que la renuncia al delito debería considerarse más como una disminución gradual de la actividad delictiva que como un paso único a dar entre la delincuencia y la no delincuencia.

### **7. Un programa de tratamiento con delincuentes psicópatas que busque ser eficaz deberá basarse en los principios de riesgo, necesidad y responsividad**

La literatura que señala “aquello que funciona” (con los psicópatas) ha identificado con claridad los principios generales de los programas de tratamiento en prisión que son efectivos (principios de Riesgo, Necesidad y Responsividad, o disposición al tratamiento), y que deberían ser los cimientos para un programa de tratamiento para los psicópatas. Esto implica que: (a) la intervención, de acuerdo al nivel de riesgo de esta población, habrá de ser intensiva; (b) aquellos aspectos directamente ligados a su riesgo delictivo violento deberán ocupar el centro del tratamiento; y (c) las características cognitivas y de personalidad del sujeto psicópata, tales como el egocentrismo, la falta de motivación y los déficits afectivos y de procesamiento de la información son importantes factores de responsividad que han de tenerse en cuenta en la aplicación del programa. Asimismo, el programa de tratamiento ha de ser bien gestionado para mantener su integridad; y es que, a menos que sean supervisados muy de cerca, los sujetos psicópatas pueden comprometer rápidamente la integridad de cualquier intervención.

### **8. Resulta especialmente importante que los profesionales que apliquen este tratamiento sepan gestionar bien las cuestiones ligadas a la responsividad**

El tratamiento dirigido a este tipo de población debe estar altamente estructurado, si bien ha de ser, al mismo tiempo, lo suficientemente flexible como para acomodar la heterogeneidad de estos sujetos en cuanto a su disposición hacia el tratamiento y sus estilos de aprendizaje. La falta de motivación hacia el tratamiento no debería ser usada como una razón para excluir a los psicópatas del programa; en vez de ello, los terapeutas deberían ajustar sus estrategias de intervención de acuerdo con el nivel de preparación (disposición) del delincuente. Así, los intentos en el pasado de excluir a estos sujetos más disruptivos y que requieren más intensidad en la intervención, en tanto que no susceptibles de tratamiento, pueden no haberse basado tanto en evidencias científicas como en una preferencia a trabajar con sujetos de menor riesgo, más recompensantes a nivel interpersonal, más motivados y más obedientes (Wormith y Olver, 2002).

Un adecuado entrenamiento de los profesionales, su supervisión y apoyo facilitará que éstos sepan lidiar con aquellos comportamientos disruptivos de los psicópatas que interfieren con el tratamiento. Al mismo tiempo, los profesionales bien entrenados y suficientemente apoyados será menos probable que experimenten el síndrome de *burn-out* (o síndrome del quemado) o bien un traspaso de los límites terapéuticos, y serán más efectivos clínicamente.

## **9. Conclusión final**

Podemos decir que hoy estamos mucho mejor situados que antes para ofrecer más luz respecto al tratamiento de los delincuentes psicópatas; contamos con una amplia gama de herramientas de evaluación y un número creciente de tratamientos para los delincuentes de alto riesgo con este trastorno.

Los avances en el campo del tratamiento para esta población están empezando a dar fruto. En tanto que los delincuentes identificados como de alto riesgo puntúan alto en las escalas PCL, la investigación sugiere que aquéllos que cuentan con rasgos psicopáticos pueden beneficiarse del tratamiento, mostrando una disminución del riesgo delictivo similar a la de los participantes menos psicópatas, así como una cantidad de cambio similar a ellos respecto de los objetivos de tratamiento ligados a ese riesgo.

Aquellas actitudes que excluían del tratamiento a los delincuentes con altas puntuaciones en las escalas PCL parecen haberse suavizado a lo largo de los últimos años, siendo sustituidas por un reconocimiento de que las intervenciones para los delincuentes más psicopáticos necesitan ser intensivas, bien diseñadas y bien manejadas. Es de esperar que estemos en la senda de un renacimiento en el entusiasmo por la investigación y puesta en práctica de esta área de la intervención penitenciaria tan apasionante como importante.

# **Bibliografía**



Albanese, M.A. y Mitchell, S.M. (1993). Problem-based learning: A review of literature on its outcomes and implementation issues. *Academic Medicine*, 68, 52-81.

Alterman, A., Rutherford, M., Cacciola, J., McKay, J., y Boardman, C. (1998). Prediction of 7 months methadone maintenance response by four measures of antisociality. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 217-223. doi:10.1016/S03768716(98)00015-5.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington (DC): APA; 1980.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Revised 4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, S. W., Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., y Damasio, A. R. (1999), "Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex", *Nature neuroscience*, Vol. 2 No. 11, pp. 1032-1037.

Andrews, D. A., y Bonta, J. (1994-2010). *The psychology of criminal conduct* (1ª a 5ª ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing.

Andrews, D. A., y Bonta, J. y Wormitt, J.S. (2004). *Level of Service / Case Management Inventory (LS/CMI) User's Manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

Andrews, D. A., y Wormitt, J.S. (1984). *Criminal Sentiment Scale and Criminal Behavior*. Ottawa, Canada: Ministry of the Solicitor General of Canada.

Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., y Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-404.

Arnett, P. A., Smith, S. S., y Newman, J. P. (1997), "Approach and avoidance motivation in psychopathic criminal offenders during passive avoidance", *Journal of personality and social psychology*, Vol. 72 No. 6, pp. 1413-1428.

Asscher, J. J., van Vugt, E. S., Stams, G. J. J., Deković, M., Eichelsheim, V. I., y Yousfi, S. (2011), "The relationship between juvenile psychopathic traits, delinquency and (violent) recidivism: A meta-analysis", *Journal of child psychology and psychiatry*, Vol. 52 No. 11, pp. 1134-1143.

Atkins, D.C., Bedics, J., McGlinchey, J.B., y Beauchaine, T.P. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 982-989.

Auslander, B. A. (1998), "An exploratory study investigating variables in relation to juvenile sexual reoffending". *Unpublished doctoral dissertation*, Florida State University, Tallahassee. Dissertation Abstracts International, 59, 5069B.

Babiak, P., y Hare, R. D. (2006). *Snakes in suits: When psychopaths go to work*. New York, NY: Harper Collins.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Hold, Rinehart y Winston.

Barbaree, H. E. (2005). Psychopathy, treatment behavior, and recidivism: An extended follow-up of Seto and Barbaree. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1115-1131.

Barbaree, H. E., Langton, C. M., y Peacock, E. J. (2006). Sexual offender treatment for psychopaths: Is it harmful? In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez & L. E. Marshall (Eds.), *Sexual offender treatment: Controversial issues* (pp. 159-171). Chichester, UK: Wiley.

Barbaree, H. E., Seto, M. C., Serin, R. C., Amos, N. L., y Preston, D. L. (1994), "Comparisons Between Sexual and Nonsexual Rapist Subtypes Sexual Arousal to Rape, Offense Precursors, and Offense Characteristics", *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 21 No. 1, pp. 95-114.

Bélanger, B. (2001). Sentencing in adult criminal courts, 1999/00. *Juristat*, 21 (10), 1-20.

Berkowitz, L. (1970). Experimental investigation of hostility catharsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 1-7.

Bernstein, D. P., Nijman, H. L. I., Karos, K., Keulen-de Vos, M., de Vogel, V., y Lucker, T. P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 312-324.

Beyers, J. M., Loeber, R., Wikström, P. O. H., y Stouthamer-Loeber, M. (2001), "What predicts adolescent violence in better-off neighborhoods?", *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 29 No. 5, pp. 369-381.

Blackburn, R. (1975). An empirical classification of psychopathic personality. *British Journal of Psychiatry*, 127, 456-60.

Blackburn, R. (1999). Personality *assessment* in violent offenders: The development of the antisocial personality questionnaire. [Abstract]. *Psychologica Belgica*, 39(2-3), 87-111. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/>

Blackburn, R., y Coid, J. W. (1998), “Psychopathy and the dimensions of personality disorder in violent offenders. *Personality and Individual Differences*, Vol. 25 No. 1, pp. 129-145.

Blair, R. J. R. (2001), “Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy”, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, Vol. 71 No. 6, pp. 727-731.

Blair, R. J. R. (2004), “The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behaviour”, *Brain and cognition*, Vol. 55 No. 1, pp. 198-208.

Blair, R. J. R. (2005). Subcortical brain systems in psychopathy: the amygdala and associated structures. In C. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 296–312). New York: Wiley.

Blair, R. J. R. (2007), “The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and Psychopathy”, *Trends in cognitive sciences*, Vol. 11 No. 9, pp. 387-392.

Blud, L. M., Thornton, D., y Ramsey-Heimmermann, D. (2003). *Psychopathy and response to cognitive skills programmes: Analysis of OBPU research data*. Unpublished report for Her Majesty’s Prison Service.

Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., et al. (1997). *Manual for the sexual violence risk—20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver (BC): British Columbia Institute on Family Violence.

Bonta, J., Harman, W. G., Han, R. G., y Cormier, R. B. (1996). The prediction of recidivism among federally sentenced offenders: A re-validation of the SIR scale. *Canadian Journal of Criminology*, January, 61–79.

Brinkley, C.A., Newman, J.P., Widiger, T.A., y Lynam, D.R. (2004). Two approaches to parsing the heterogeneity of psychopathy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 69–94.

Brown, S. L., y Forth, A. E. (1997), “Psychopathy and sexual assault: Static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65 No. 5, pp. 848.

Burt, G. (2004), “Investigating characteristics of the non-recidivating psychopathic offender”, *Dissertation Abstracts International*, 64. Retrieved from PsycInfo database.

Buss A., Homin R. *Temperament Theory of Personality Development*. N.Y.,1976.

Caldwell, M. (1994). Applying social constructionism in the treatment of patients who are intractably aggressive. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 6-7.

Caldwell, M. F., McCormick, D. J., Umstead, D., y Van Rybroek, G. J. (2007). Evidence of treatment progress and therapeutic outcomes among adolescent offenders with psychopathy features. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 573- 587. doi: 10.1177/0093854806297511

Caldwell, M., Skeem, J., Salekin, R. y Van Rybroek, G. (2006). Treatment response of adolescent offenders with psychopathy A 2-Year Follow-Up. *Criminal Justice and Behavior* 2006 33: 571. DOI: 10.1177/0093854806288176.

Caldwell, M., y Van Rybroek, G. (2001). Efficacy of a decompression treatment model in the clinical management of violent juvenile offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 469-477.

Caldwell, M. F., y Van Rybroek, G. (2002, March). *Efficacy of the decompression model in the treatment of persistently violent juvenile offenders*. Paper presented at the Biannual Meeting of the American Psychology – Law Society, Austin, Texas.

Cale, E. M. (2006). A quantitative review of the relations between the “Big 3” higher order personality dimensions and antisocial behavior. *Journal of Research in Personality*, 40, 250-284. doi:10.1016/j.jrp.2005.01.001.

Campbell, G. (1993). *An examination of recidivism in relation to offence histories and offender profiles*. Ottawa, ON: Canadian Centre of Justice Statistics.

Carkhuff, R.R. (1987). *The art of helping* (6<sup>a</sup> ed.). Amherst, MA: Human Resource Development Press.

Catchpole, R. E., y Gretton, H. M. (2003), “The Predictive Validity of Risk Assessment with Violent Young Offenders: A 1-Year Examination of Criminal Outcome”, *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 30 No. 6, pp. 688-708.

Chakhssi, F., de Ruiters, C., y Bernstein, D. (2009). Reliability and validity of the Dutch version of the behavioural status index: A nurse-rated forensic assessment tool. *Assessment*, Prepublished on line August 21, 2009; doi: 10.1177/ 1073191109338815.

Chakhssi, F., de Ruiters, C. y Bernstein, D. (2010). Change during forensic treatment in psychopathic versus nonpsychopathic offenders', *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21: 5, 660-682. DOI: 10.1080/14789949.2010.483283.

Chase, K. A., O'Leary, K. D., y Heyman, R. E. (2001), “Categorizing partner-violent men within the reactive–proactive typology model”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69 No. 3, pp. 567.

Clark, D. (2000). The use of the Hare Psychopathy Checklist Revised to predict offending and institutional misconduct in the English prison system. *Prison Research & Development Bulletin*, 9, 10-14.

Cleckley, H. (1941 [1976]), “*The mask of sanity*”, Mosby, St. Louis, MO.

Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Cleckley, H.M. (1988). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so called psychopathic personality* (5th ed.). Augusta: Emily S. Cleckley.

Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., y Hare, R. D. (2009a), "Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain", *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 32 No. 2, pp. 65-73.

Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., Moran, P., Bebbington, P., y Hare, R. (2009b), "Psychopathy among prisoners in England and Wales", *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 32 No. 3, pp. 134-141.

Cooke, D. J. (1997). The Barlinnie special unit: The rise and fall of a therapeutic experiment. In E. Cullen, L. Jones, & R. Woodward (Eds.), *Therapeutic communities for offenders* (pp. 121-157). Chichester: Wiley.

Cooke, D.J., Forth, A.E. y Hare, R.D. (Eds.) (1998) *Psychopathy: Theory, research, and implications for society*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., y Michie, C. (2012). Explicating the construct of psychopathy: Development and validation of a conceptual model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 242-252.

Cornell, D. G., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., y Pine, D. (1996), "Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders", *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 64 No. 4, pp. 783.

Craft, M. (1966) The Meanings of the Term "Psychopath". In *Psychopathic Disorders* (ed. M. Craft). Oxford: Pergamon Press.

Davidson, G.C., Williams, M.E., Nezami, E., Bice, T.L. y De Quattro, V. (1991). Relaxation, reduction in angry articulated thoughts, and improvement in borderline hypertension and heart rate. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 453-468.

Davidson, K. M. (2007). *Cognitive therapy for personality disorders: A guide for clinicians* (2nd ed.). Hove: Routledge.

Declercq, F., Willemsen, J., Audenaert, K., y Verhaeghe, P. (2012), "Psychopathy and predatory violence in homicide, violent, and sexual offences: Factor and facet relations", *Legal and Criminological Psychology*, Vol. 17 No. 1, pp. 59-74.

Deffenbacher, J.L., Story, D.A., Stark, R.S., Hogg, J.A. y Brandon, A.D. (1987) Cognitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 171-176.

Deffenbacher, J.L., Thwaites, G.A., Wallace, T.L. y Oetting, E.R. (1994). Social skills and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 386-396.

De León, G. (1985): The Therapeutic Community: status and evolution. *International Journal of the Addictions*, 20 (6-7), pp.823-844.

De León, G. (1989): Psychopathology and Substance Abuse: What is Being Learned from Research in Therapeutic Communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21:177-188.

DeLisi, M. (2009), "Psychopathy is the unified theory of crime", *Youth Violence and Juvenile Justice*, Vol. 7, pp. 256-273.

Dempster, R. J., Lyon, D. R., Sullivan, L. E., Hart, S. D., Smiley, W. C., y Mulloy, R. (1996, August), "Psychopathy and instrumental aggression in violent offenders", Paper presented at the 104<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.

Dhingra, K. y Boduszek, D.(2013).Psychopathy and Criminal Behaviour: A Psychosocial Research Perspective. *Journal of Criminal Psychology*. ISSN 2009-3829.

Di Placedo, C., Simon, T. L., Witte, T. D., Gu, D., y Wong, S. C. P. (2006). Treatment of gang members can reduce recidivism and institutional misconduct. *Law and Human Behavior*, 30, 93–114. doi: 10.1007/s10979-006-9003-6

Dolan, B. y Coid, J. (1993). *Psychopathic and antisocial personality disorders: Treatment and research issues*. London: Gaskell.

Dolan, M., y Fullam, R. (2004), "Theory of mind and mentalizing ability in anti-social personality disorders with and without psychopathy", *Psychological Medicine*, Vol. 34 No. 6, pp. 1093-1102.

Doren, D.M. (1987). *Understanding and Treating the Psychopath*. New York: John Wiley and Sons.

D'Silva, K., Duggan, C., y McCarthy, L. (2004). Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *Journal of Personality Disorders*, 18, 163-177.

Duggan, C., y Howard, R. (2009). The 'Functional Link' between personality disorder and violence: a critical appraisal. In McMurrin & Howard (Ed.), *Personality, personality disorder and violence*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Edens, J. F., Campbell, J. S., y Weir, J. M. (2007), "Youth psychopathy and criminal Recidivism", *Law and Human Behavior*, Vol. 31 No. 1, pp. 53-75.

Edens, J. F., Marcus, D. K., Lilienfeld, S. O., y Poythress, N. G., Jr. (2006). Psychopathic, not psychopath: Taxometric evidence for the dimensional structure of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 131-144. doi:10.1037/0021-843X.115.1.131.

Egan, G. (1990). *The skilled helper: a systematic approach to effective helping* (4ª ed.) Belmont, CA: Wadsworth.

Esteban, C., Garrido, V. y Sánchez-Meca, C. (1996). Cuando la emoción es un problema: un estudio meta-analítico de la eficacia de los tratamientos con sujetos diagnosticados como psicópatas. *Ansiedad y Estrés*, 2 (1), 55-68.

Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., y Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. In A. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283–309). New York: Guilford.

Falkenbach, D.M., Poythress, N.G. y Heide, K.M. (2003). Psychopathic features in a juvenile diversion population: reliability and predictive validity of two self-report measures. *Behav. Sci. Law*, 21: 787-805. Doi: 10.1002/bsl.562.

Farrington, D.P., Ohlin, L.E., y Wilson, J.Q.(1986). *Understanding and controlling crime: Toward a new research strategy*. New York: Springer-Verlag.

Felthous, AR. (2007). Sass H. editors. *International handbook on psychopathic disorders and the law*. New York (NY): John Wiley & Sons, Inc.

Firestone, P., Bradford, J. M., Greenberg, D. M., y Serran, G. A. (2000), “The relationship between deviant sexual arousal and psychopathy in incest offenders, extra-familial child molesters, and rapists”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 28, pp. 303–308.

Flick, U. (1992). Triangulation revisited: Strategy of validation or alternative? *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 22, 175-197. doi:10.1111/j.1468-5914.1992.tb00215.x.

Flight, J. I., y Forth, A. E. (2007), “Instrumentally violent youths the roles of psychopathic traits, empathy, and attachment”, *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 34 No. 6, pp. 739-751.

Forth, A.E. y Burke, H.C. (1998). *Psychopathy in adolescence: Assessment, violence and developmental precursors*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Forth, A. E., Kosson, D. S., y Hare, R. D. (2003). *The Psychopathy Checklist: Youth Version*. Toronto: Multi-Health Systems.

Forth, A. E. y Kroner, D. (2003), “*The factor structure of the Revised Psychopathy Checklist with incarcerated rapists and incest offenders*”, Unpublished manuscript.

Galietta, M. y Rosenfeld, B. (2012). Adapting Dialectical Behavior Therapy (DBT) for the Treatment. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11:4, 325-335, DOI: 10.1080/14999013.2012.746762.

Galloway, V. A., y Brodsky, S. L. (2003). Caring less, doing more: The role of the-rapeutic detachment with volatile and unmotivated clients. [Abstract]. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 32-38. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12647567>.

Garrido, V. (1993). *Técnicas de Tratamiento para Delinquentes*. Madrid : Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, D.L. 1993. ISBN 84-8004-073-4.

Garrido, V. (2009). El delincuente psicópata. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Volumen XII; núm: 32-33.

Gendreau, P., Goggin, C., y Smith, P. (2002), “Is the PCL-R really the “unparalleled” measure of offender risk? A lesson in knowledge cumulation”, *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 29, pp. 397–426.

Gerstley et al. (1989): Alibi to form an alliance with the therapist: a possible marker for prognosis for patients with antisocial personality disorders, *Am. J. Psychiatry*, 146, 508-512.

Gerstley, L.J., Alterman, A.I., y McLellan, A.T. (1990). Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: a problematic diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, 147: 173-178.

Getter, H. (1984): *Aftercare for alcoholism: short-term interactional group therapy manual*. (Manuscrito no publicado).

Golden, C. J., Jackson, M. L., Peterson-Rohne, A., y Gontkovsky, S. T. (1996). Neuropsychological correlates of violence and aggression: A review of the clinical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 1, 3-25. doi:10.1016/ 13591789 (95)00002-X

Gordon, A., y Nicholaichuk, T. P. (1996). Applying the risk principle to sex offender treatment. *Forum on Corrections Research*, 8, 36–38.

Gordon, A.E., Wong, S.C.P., Middleton, H. y Polvi, N. (2004). *The 3-Phase conceptualization of treatment delivery*.

Grann M., Langström, N., Tengström, A., y Kullgren, G. (1998). Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law Human Behav*, 23, 205-17.

Gray, K.C., y Hutchinson, H.S. (1964). The psychopathic personality: a survey of canadian’s psychiatrist’s opinions. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 9, 452-460.

Gray, N. S., McCulloch, M. J., Smith, J., Morris, M., y Snowden, R. J. (2003), “Forensic psychology: Violence viewed by psychopathic murderers”, *Nature*, Vol. 423 No. 6939, pp. 497-498.

Gretton, H. M., McBride, M., Hare, R. D., O'Shaughnessy, R., y Kumka, G. (2001), "Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders", *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 28 No. 4, pp. 427-449.

Guy, L. S., Edens, J. F., Anthony, C., y Douglas, K. S. (2005), "Does psychopathy predict institutional misconduct among adults? A meta-analytic investigation", *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 73 No. 6, pp. 1056-1064.

Häkkinen-Nyholm, H., y Hare, R. D. (2009), "Psychopathy, homicide, and the courts working the system", *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 36 No. 8, pp. 761-777.

Häkkinen-Nyholm, H., Repo-Tiihonen, E., Lindberg, N., Salenius, N., y Weizmann-Henelius, G. (2009), "Finnish sexual homicides: Offence and offender characteristics", *Forensic Science International*, Vol. 188, pp. 125-130.

Hare, R.D. (1970). *Psychopathy: theory and research*. New York: Wiley & Sons.

Hare, R.D.(1980). A research scale for the *assessment* of psychopathy in criminal populations. *PersIndividDif*, 1, 111-9.20.

Hare, R.D. (1991), *The Hare psychopathy checklist-revised (PCL-R)*, Multi-Health Systems, Toronto, Ontario.

Hare, R.D. (1992). *A model treatment program for offenders at high risk for violence*. Report submitted to the Research Branch, Communications and Corporate Development, Correctional Service of Canada, Ottawa, Ontario.

Hare, R.D. (1996), "Psychopathy a clinical construct whose time has come", *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 23 No. 1, pp. 25-54.

Hare, R.D. (1996). Psychopathy: and antisocial personality disorder: a case of diagnostic confusion. *Psychiatr Times* ;13:39-40.

Hare, R.D.(1998a). Psychopathy, affect and behavior. In D.J. Cook, A.E. Forth, y R.D. Hare (Eds), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 105-137). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Hare, R.D. (1998b) *Without conscience: the disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Guilford Press.

Hare, R.D. (2003) *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. 2<sup>nd</sup> ed. Toronto (ON): Multi-Health Systems, Inc.

Hare, R.D. (2010). *Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare Revisada (PCL-R)*. Madrid: TEA.

Hare, R. D., Clark, D., Grann, M., y Thornton, D. (2000), "Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective", *Behavioral sciences and the law*, Vol. 18 No. 5, pp. 623-645.

Hare, R.D., Cooke, D.J., Hart, S.D. (1999), "Psychopathy and sadistic personality disorder", in Millon T, Blaney P, Davis R (eds.), *Oxford Textbook of Psychopathology*, Oxford University Press, Oxford, pp. 555–584.

Hare, R. D., y McPherson, L. M. (1984), "Violent and aggressive behavior by criminal Psychopaths", *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 7 No. 1, pp. 35-50.

Hare, R. D., McPherson, L. M., y Forth, A. E. (1988), "Male psychopaths and their criminal careers", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 56 No. 5, pp. 710-714.

Hare, R. D., y Neumann, C. S.(2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217-246. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452.

Hare, R. D., y Neumann, C. S. (2009). Psychopathy: Assessment and forensic implications. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 791-802

Harper, G., y Chitty, C. (Eds.) (2005). *The impact of corrections on re-offending: A review of 'what works'* (2<sup>nd</sup> ed.). Home Office Research Study 291. London: Home Office.

Harpur, T. J., y Hare, R. D. (1994), "Assessment of psychopathy as a function of age", *Journal of abnormal psychology*, Vol. 103 No. 4, 604-609.

Harpur, T. J., Hare, R. D., y Hakstian, R. (1989). A two-factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and implications for assessment. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 6-17. doi: 10.1037/1040-3590.1.1.6.

Harris, D., Attrill, G., y Bush, J. (2005). Using choice as an aid to engagement and risk management with violent psychopathic offenders. *Issues in Forensic Psychology*, 5, 144-151.

Harris, G. T., y Rice, M. E. (2006), "Treatment of psychopathy", In Patrick, C. J. (Ed.), *Handbook of psychopathy*, Guildford Publication, Guildford, UK, pp. 555-572.

Harris, G. T., y Rice, M. E. (2007). Psychopathy research at Oak Ridge: Skepticism overcome. In H. Hervé & J. C. Yuille (Eds.), *The psychopath: Theory, research, and practice* (pp. 57-75). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Harris, G. T., Rice, M. E., y Cormier, C. A. (1989). *Violent recidivism among psychopaths and nonpsychopaths treated in a therapeutic community*. Penetanguishene, Canada: Mental Health Center.

Harris, G. T., Rice, M. E., y Cormier, C. A. (1991), "Psychopathy and violent recidivism". *Law and Human Behavior*, Vol. 15 No. 6, pp. 625-637.

Harris, G. T., Rice, M. E., Hilton, N. Z., Lalumiere, M. L., y Quinsey, V. L. (2007), "Coercive and precocious sexuality as a fundamental aspect of psychopathy", *Journal of personality disorders*, Vol. 21 No. 1, pp. 1-27.

Harris, G. T., Rice, M. E., y Quinsey, V. L. (1993), "Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument", *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 20 No. 4, pp. 315-335.

Harris, G. T., Rice, M. E., y Quinsey, V. L. (1994). Psychopathy as a taxon: Evidence that psychopaths are a discrete class. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 387-397. doi:10.1037/0022-006X.62.2.387.

Harris, P. y Smith, S. (1996). Developing community corrections: An implementation perspective. In A.T. Harland (ed.), *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply* (pp. 183-222). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Hart, S. D. (1998), "The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology*", Vol. 3 No. 1, pp. 121-137.

Hart, S. D., Cox, D., y Hare, R. (1995). *Manual for the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

Hart, S. D., y Dempster, R. J. (1997), Impulsivity and psychopathy. In C. D. Webster and M.A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment and treatment*, Guilford Press, New York, NY, pp. 212-232.

Hart, S.D., y Hare, R.D. (1997), "Psychopathy: Assessment and association with criminal Conduct", In D.M. Stoff and J. Breiling (Eds.), *Handbook of antisocial behaviour*, John Wiley and Sons, Inc, Hoboken, NJ, pp. 22-35.

Hastings, M. E., Tangney, J. P., y Stuewig, J. (2008), "Psychopathy and identification of facial expressions of emotion", *Personality and individual differences*, Vol. 44 No. 7, pp.1474-1483.

Hazaleus, S.L., y Deffenbacher, J.L. (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 222-226.

Heilbrun, A. B. (1979), "Psychopathy and violent crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*", Vol. 47 No. 3, pp. 509-516.

Hemphill, J. F., Hare, R. D. (2004). Some misconceptions about the PCL-R and risk assessment: A commentary on the "lesson in knowledge cumulation" proffered by Gendreau, Goggin & Smith. *Criminal Justice and Behavior*, 31, 203-243.

Hemphill, J. F., Hare, R. D., y Wong, S. (1998), "Psychopathy and recidivism: A review", *Legal and Criminological Psychology*, Vol. 3 No. 1, pp. 139-170.

Hemphill, J. F., y Hart, S. D. (2002). *Motivating the unmotivated: Psychopathy, treatment, and change*. In M. McMurrin (Ed.), *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy* (pp. 193-219). New York: Wiley.

Hemphill, J. F., Templeman, R., Wong, S., y Hare, R. D. (1998), "Psychopathy and crime: Recidivism and criminal careers, in Cooke, D. J., Forth, A. E., & Hare, R. D. (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society*, Kluwer Academic pub, Netherlands, pp. 375-399.

Hicks, B. M., y Christopher, J. P. (2006). Psychopathy and negative emotionality: Analyses of supressor effects reveal distinct relations with emotional distress, fearfulness, and anger-hostility. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 276-287. doi: 10.1037/0021-843X.115.2.276

Hicks, B. M., Markon, K. E., Patrick, C. J., Krueger, R. F., y Newman, J. P. (2004). Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. *Psychological Assessment*, 16, 276-288.

Hildebrand, M., y de Ruiter, C. (2004). PCL-R psychopathy and its relation to DSMIV Axis I and Axis II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 233-248.

Hildebrand, M., de Ruiter, C., y Nijman, H. (2004). PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 13-29.

Hildebrand, M., de Ruiter, C., y de Vogel, V. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 1-24.

Hilton, N.Z., Harris, G.T., Rice, M.E., et al.(2008). An in-depth actuarial assessment for wife assault recidivism: the Domestic Violence Risk Appraisal Guide. *Law Hum Behav.*; 32:150-163.

Hobson, J., Shine, J., y Roberts, R. (2000). How do psychopaths behave in a prison therapeutic community? *Psychology, Crime & Law*, 6, 139-154. doi: 10.1080/10683160008410838

Hollin, C.R. (1995). The meaning and implications of "programme integrity". In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending, guidelines from research and practice* (pp. 195-208). Chichester, UK: Wiley & Sons.

Hollin, C. (2008). Evaluating offending behaviour programmes: Does only randomization glitter? *Criminology and Criminal Justice*, 8, 89-106. Doi: 10.1177/1748895807085871.

Holt, S. E., Meloy, J. R., y Stack, S. (1999), "Sadism and psychopathy in violent and sexually violent offenders", *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, Vol. 27 No. 1, pp. 23-32.

Howells, K. (1989). Anger management methods in relation to the prevention of violent behavior. In J. Archer & K.D. Browne (Eds.), *Human aggression: Naturalistic approaches* (pp. 153-181). London:Routledge.

Hughes, G., Hogue, T. E., Hollin, C., y Champion, H. (1997). First-stage evaluation of a treatment program for personality disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 8, 515-527.

Jones, M. (1956): The concept of a therapeutic community. *American Journal of Psychiatry*, 647-650.

Kadden, R.M.; Coony, L.G; Getter, H y Litt, M.D. (1989): Matching alcoholics to coping skills or Interactional therapies: Post-treatment results, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, n° 4, 698-704.

Kahn, E. (1931). *Psychopathic personalities*. New Haven, CT: YaleUniversity Press.

Karpman, B. (1941). On the need of separating psychopathy into two distinct clinical types: The symptomatic and the idiopathic. *Journal of Criminal Psychopathology*, 3, 112-137.

Kaufman, E. (1989): the Psychotherapy of Dually Diagnosed Patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 9-18.

Kazemian, L. (2007). Desistance from crime: Theoretical, empirical, methodological, and policy considerations. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 23, 5-27.

Kennealy, P. J., Skeem, J. L., Walters, G. D., y Camp, J. (2010), "Do core interpersonal and affective traits of PCL-R psychopathy interact with antisocial behavior and disinhibition to predict violence?", *Psychological assessment*, Vol. 22 No. 3, pp. 569-580.

Kirkpatrick, T., Draycott, S., Freestone, M., Cooper, S., Twiselton, K., Watson, N. et al. (2010). A descriptive evaluation of patients and prisoners assessed for dangerous and severe personality disorder. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21, 264-282. doi:10.1080/14789940903388978.

Kirsch, L. G., y Becker, J. V. (2007), "Emotional deficits in psychopathy and sexual sadism: implications for violent and sadistic behaviour", *Clinical Psychology Review*, Vol. 27 No. 8, pp. 904-922.

Knight, R. A., y Guay, J. P. (2006), "The role of psychopathy in sexual coercion against Women", in Patrick, C.J. (Ed.), *Handbook of psychopathy*, Guilford Press, New York, pp. 512-532.

Knight, R. A., y Sims-Knight, J. E. (2003), "The developmental antecedents of sexual coercion against women: Testing alternative hypotheses with structural equation modelling", *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 989 No. 1, pp. 72-85.

Koch, J.L.A. (1888). *Short Textbook of Psychiatry*.

Kosson, D. S., Smith, S. S., y Newman, J. P. (1990), "Evaluating the construct validity of psychopathy in black and white male inmates: three preliminary studies", *Journal of abnormal psychology*, Vol. 99 No. 3, pp. 250-259.

Krawczyk, S., Witte, T.D., Gordon, A., Wong, S. y Wormith, J.S. (2002, mayo). *Treatment attrition and institutional offending in violent offenders*. Poster presented at the Canadian Psychological Association's 63<sup>th</sup> Annual Convention, Vancouver, Canada.

Krueger, R. F. (2006). Perspectives on conceptualization of psychopathy: Toward an integration. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy* (pp. 193-202). New York: Guilford.

Krueger, R. F., Schmutte, P. S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Campbell, K., y Silva, P. A. (1994). Personality traits are linked to crime among men and women: Evidence from a birth cohort. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 328-338. doi: 10.1037/0021-843X.103.2.328.

Kruh, I. P., Frick, P. J., y Clements, C. B. (2005), "Historical and personality correlates to the violence patterns of juveniles tried as adults", *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 32 No. 1, pp. 69-96.

Kuo, J. R., y Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: Physiological and self-reported *assessment* of biological vulnerability, baseline intensive, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 531-544, doi: 10.1037/a0016392.

Landenberger, N. A., y Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476. doi: 10.1007/s11292-005-3541-7.

Långström, N., y Grann, M. (2000), "Risk for criminal recidivism among young sex Offenders", *Journal of interpersonal violence*, Vol. 15 No. 8, pp. 855-871.

Langton, C. M., Barbaree, H. E., Harkins, L., y Peacock, E. J. (2006). Sex offenders' response to treatment and its association with recidivism as a function of psychopathy. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 99-120.

Laurell, J., y Dåderman, A. M. (2007), "Psychopathy (PCL-R) in a forensic psychiatric sample of homicide offenders: Some reliability issues", *International journal of law and psychiatry*, Vol. 30, No. 2, pp. 127-135.

Laws, D.R. (Ed. (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford Press.

Laws, D.R., Hudson, S.M., y Ward, T. (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. Thousand Oaks: Sage.

Lewis, K., Olver, M. E., y Wong, S. C. P. (2012). The Violence Risk Scale: Validity, measurement of treatment changes and violent recidivism in a high risk and personality disordered sample of male offenders. *Assessment*. Published ahead of print doi: 10.1177/1073191112441242

Liell, G. (2009). *Chromis: Cohort of cognitive skills completers - Activities and adjudications*. Unpublished manuscript.

Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00029.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.

Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Welch, S., Heagerty, P., y Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13–26.

Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8, 279–292, doi: 10.1080/105504999305686.

Lipsey, M.W. (1995) What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending, guidelines from research and practice* (pp. 63-78). Chichester, UK: Wiley & Sons.

Lipsey, M., Wilson, D., y Cothorn, L. (2000). *Effective intervention for serious juvenile offenders* (Juvenile Justice Bulletin, April 2000). Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Lipton, D. S., Thornton, D. M., McGuire, J., Porporino, F. J., y Hollin, C. R. (2000). Program accreditation and correctional treatment. *Substance Use & Misuse*, 35, 1705-1734. doi:10.3109/10826080009148238.

Livesley, J. (2003). *Practical Management of Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Livesley, J. (2007). The relevance of an integrated approach to the treatment of personality disordered offenders. *Psychology, Crime & Law*, 13(1), 27–46.

Logan, C., Rypdal, K., y Hoff, H. A. (2012). Understanding, treating, and managing psychopathy: Moving on. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 239-241.

Lösel, F. (1996). Management of psychopaths. En D. J. Cooke, A.E. Forth, J. Newman y R.D. Hare (Eds.), *International perspectives on psychopathy. Issues in Criminological and Legal Psychology*, n° 24, pp. 100-106.

Lösel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths. En D.J. Cooke, A.E. Forth & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 303-354). London: Kluwer.

Lösel, F. (2000). ¿Existe un tratamiento para la psicopatía? Qué sabemos y qué deberíamos saber. En A. Raine y J. Sanmartín, *Violencia y psicopatía* (pp. 235-272). Barcelona: Ariel.

Loeber, R., Farrington, D.P., y Waschbusch, D.A. (1998). *Serious and violent juvenile offenders* (pp. 313-345) Thousand Oaks, CA: Sage.

Looman, J., Abracen, J., Serin, R. C., y Marquis, P. (2005). Psychopathy, treatment change and recidivism in high risk high need sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 549-568.

Loper, A. B., Hoffschmidt, S. J., y Ash, E. (2001), "Personality features and characteristics of violent events committed by juvenile offenders", *Behavioral Sciences and the Law*, Vol. 19 No. 1, pp. 81-96.

Lowenkamp, C., y Latessa, E. (2004). Increasing the effectiveness of correctional programming through the risk principle: Identifying offenders for residential placement. *Criminology and Public Policy*, 4, 501-528. doi:10.1111/j.1745-9133.2005.00021.x.

Lykken, D.T. (2006). *Psychopathic personality: the scope of the problem*. In: Patrick C, editor. Handbook of psychopathy. New York (NY): Guilford Press; pp. 3-13.

Lyons, L.C. y Woods, P.J. (1991). The efficacy of rational emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review*, 11 (4), 357-369.

Maden, A., Williams, J., Wong, S. C. P., y Leis, T. A. (2004). Treating dangerous and severe personality disorder in high security. Lessons from the Regional Psychiatric Centre, Saskatoon, Canada. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, 375-390. doi:10.1080/1478994042000268853.

Maguire, M., Grubin, D., Lösel, F., y Raynor, P. (2010). What works and the Correctional Services Accreditation Panel: An insider perspective. *Criminology and Criminal Justice*, 10, 37-58. doi:10.1177/1748895809352651.

Marcus, D. K., John, S. L., y Edens, J. F. (2004). A taxometric analysis of psychopathic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 626-635. doi:10.1037/0021-843X.113.4.626.

Marlatt, G.A. (Ed.).(1998) *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford Press.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.).(1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Mather, D.B. (1987): The role of antisocial personality in alcohol rehabilitation treatment effectiveness, *Military Medicine*, 152, 10, 516-518.

McCord, J. (1982). Review of H.B. Kaplan, “Deviant Behavior in Defense of Self.” *American Journal of Sociology*, 87 (5), 1236-1237.

McCord, W.M. (1982): *The psychopath and milieu-therapy*. New York: Academic Press.

McCord, W., y McCord, J. (1964). *The psychopath: An essay on the criminal mind*. Princeton: Van Nostrand.

McGlinchey, J.B., Atkins, D.C., y Jacobson, N.S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy*, 33, 529-550.

McGuire, J. (Ed.) (1995). *What works: Reducing reoffending: Guidelines from research and practice*. Chichester: Wiley.

McGuire, J. (2008). Review. A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of the Royal Society, Biological Sciences*, 363, 1503, 2577–2597. doi: 10.1098/rstb.2008. 0035.

McKenzie, K.A., Witte, T.D., Beyko, M.J., Wong, S., Olver, M. y Wormith, J.S. (2002, mayo). *Predictors of attrition in a sex offender program*. Poster session presented at the Canadian Psychological Association’s 63<sup>th</sup> Annual Convention, Vancouver, Canada.

McWilliams, L. y Wong, S. (1997). *Attitude examination group manual*. Saskatoon, Canada: Regional Psychiatric Center.

Meehl, P.E. (1954), *Clinical versus Statistical Prediction*, University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.

Meehl, P. E, y Golden, R. R. (1982). Taxometric methods. In P. C. Kendall & J. Butcher (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp. 127-181). New York: Wiley.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrated approach*. New York: plenum Press. Meloy, J. R. (2000), “The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review”, *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 5 No.1, pp. 1–22.

Meloy, J. R. (1988), *The psychopathic mind: Origins, dynamics and treatment*, Aronson, Northvale, NJ.

Meloy, J. R. (1997), "The psychology of wickedness: Psychopathy and sadism", *Psychiatric Annals*, Vol. 27, pp. 630–633.

Meloy, J. R., Gacono, C. B., y Kenney, L. (1994), "A Rorschach investigation of sexual Homicide", *Journal of Personality Assessment*, Vol. 62 No. 1, pp. 58-67.

Miller, W. y Rollnick, S. (1991) *Motivational interview: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Millon, T., Millon, C., Davis, R., y Grossman, S. (2009). *Millon Clinical Multiaxial Inventory- III (MCMI-III) manual* (4<sup>th</sup> ed.). San Antonio, TX: Pearson.

Millon, T., Simonsen, E., y Birket-Smith, M. (1998). Historical conceptions of psychopathy in the United States and Europe. In T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith, & R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (pp. 3-31). London: Guilford.

Moffitt, T. E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 49-75). New York: Guilford.

Moffitt, T. E., Lynam, D. R., y Silva, P. A. (1994). Neuropsychological tests predicting persistent male delinquency. *Criminology*, 32, 277-300. doi:10.1111/J.17459125.1994.Tb01155.X.

Moltó, J., Poy, R., y Torrubia, R. (2000). *Adaptación española del PCL-R: análisis psicométricos en muestras penitenciarias*. En R. D. Hare, Escala de evaluación de Psicopatía de Hare Revisada (PCL-R). Madrid: TEA.

Monroe, C. M., Van Rybroek, G. J., y Maier, G. J. (1988). Decompressing aggressive inpatients: Breaking the aggression cycle to enhance positive outcome. *Behavioral Sciences and the Law*, 6, 543-557.

Monti, P.M.; Abrams, D.B.; Kadden, R.M. y Cooney, N.L. (1989): *Treating alcohol dependency: a coping skills training guide in the treatment of alcoholism*. New York: Guilford Press.

Moon, J.R. y Eisler, R.M. (1983). Anger control: An experimental comparison of three behavioral treatments. *Behavior Therapy*, 14, 493-505.

Morris, J. (2010). Costs in context: A report on the function of the Westgate DSPD unit. Unpublished manuscript. Westgate unit, HMP Frankland.

Motzkin, J.C., Newman, J.P., Khiel, K.A., y Koenings, M. (2011). Reduced prefrontal connectivity in psychopathy. *Journal of Neuroscience*, 31, 17348-17357.

Muller, J. L. (2010). Psychopathy – an approach to neuroscientific research in forensic psychiatry. *Behavioral Sciences and the Law*, 28, 129–147, doi: 10.1002/bsl.926.

Munro, G. E., Dywan, J., Harris, G. T., McKee, S., Unsal, A., y Segalowitz, S. J. (2007), "ERN varies with degree of psychopathy in an emotion discrimination task. *Biological psychology*", Vol. 76 No. 1, pp. 31-42.

Murrie, D., Cornell, D. G., Kaplan, S., y McConville, D. and Levy-Elkon, A. (2004), "Psychopathy scores and violence among juvenile offenders: A multi-measure study", *Behavioral Sciences and the Law*, Vol. 22 No.1, pp. 49-67.

Murrie, D. C., Marcus, D. K., Douglas, K. S., Lee, Z., Salekin, R. T., y Vincent, G. (2007). Youth with psychopathy features are not a discrete class: A taxometric analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 714-723. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01734.x.

Myers, W. C., y Blashfield, R. (1997), "Psychopathology and personality in juvenile sexual homicide offenders", *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law On line*, Vol. 25 No. 4, pp. 497-508.

Nestor, P. G., Kimble, M., Berman, I., y Haycock, J. (2002), "Psychosis, psychopathy, and homicide: A preliminary neuropsychological inquiry", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 159 No. 1, pp. 138-140.

Newman, J. P. (1997). Conceptual models of the nervous system: Implications for antisocial behavior. In D. Stoff, J. Brieling, y J. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior* (pp. 324-335). New York: Wiley & Sons.

Newman, J.P. (1998). Psychopathic behavior: an information processing perspective. In D.J. Cooke, A.E. Forth, & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 81-104). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Newman, J. P., Schmitt, W.A. y Voss, W.D. (1997). The impact of motivational neutral cues on psychopathic individuals: Assessing the generality of the response modulation hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 563-575.

Newman, J. P., y Wallace, J. F. (1993), "Diverse pathways to deficient self-regulation: Implications for disinhibitory psychopathology in children", *Clinical Psychology Review*, Vol. 13 No. 8, pp. 699-720.

Novaco, R.W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Lexington Books.

Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 21-59). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Odgers, C. L., Reppucci, N. D., y Moretti, M. M. (2005), "Nipping psychopathy in the bud: an examination of the convergent, predictive, and theoretical utility of the PCL-YV among adolescent girls", *Behavioral sciences and the law*, Vol. 23 No. 6, pp. 743-763.

Ogles, B.M., Lunnen, K.M., y Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421–446.

Ogloff, J.R.(2006). Psychopathy / antisocial personality disorder conundrum. *Aust N Z J Psychiatry*. 40: 519–528.

Ogloff, J.R., Wong, S.C.P., y Greenwood, A. (1990). Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 181-190.

Olver, M. E., Lewis, K., y Wong, S. C. P. (in press). Risk reduction treatment of highrisk psychopathic offenders: The relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.

Olver, M. E., Stockdale, K. C., y Wormith, J. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21. doi:10.1037/a0022200.

Olver, M. E., y Wong, S. C. P. (2006). Psychopathy, sexual deviance, and recidivism among sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 65–82. doi: 10.1007/s11194-006-9006-3.

Olver, M. E., y Wong, S. C. P. (2009). Therapeutic responses to psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 328-336. doi: 10.1037/a0015001.

Olver, M., y Wong, S. C. P. (2011) Predictors of Sex Offender Treatment Drop out: Psychopathy, Sex Offender Risk, and Responsivity Implications. *Psychology, Crime & Law*, 17(5), 457–471.

Olver, M. E., Wong, S. C. P., Nicholaichuk, T., y Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the Violence Risk Scale—Sexual Offender Version: Assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological Assessment*, 19, 318-329. doi:10.1037/1040-3590.19.3.318.

Osumi, T., Nakao, T., Kasuya, Y., Shinoda, J., Yamada, J., y Ohira, H. (2012). Amygdala dysfunction attenuates frustration-induced aggression in psychopathic individuals in a non-criminal population. *Journal of Affective Disorders*, 142, 331-8.

Patrick, C. J., Drislane, L. E., y Strickland, C.(2012). Conceptualizing psychopathy in triarchic terms: Implications for treatment. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 253-266.

Patrick, C. J., Fowles, D. C., y Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, 21, 913-938. doi: 10.1017/S0954579409000492.

Patrick, C. J., y Zempolich, K. A. (1998), “Emotion and aggression in the psychopathic Personality”, *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 3, pp. 303–338.

Pinel, P. (1809). *Traité medico-philosophique sur l'alienation mentale*. 2ª ed. Paris: Brosson.

Pithers, W. D., Kashima, K. M., Cumming, G. F., Beal, L. S., y Buell, M. M. (1988), "Relapse prevention of sexual aggression", *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 528 No. 1, pp. 244-260.

Polaschek, D. L. L., y Bell, R. K. (2008). *Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV) project: Retrospective file scoring of PCL: SV measures for VPU evaluation sample* (Unpublished report). Department of Corrections, Wellington, New Zealand.

Polaschek, D.L.L. y Daly, T.E. (2013) Treatment and psychopathy in forensic settings, *Aggression and Violent Behavior*, doi: 10.1016/j.avb.2013.06.003.

Polaschek, D. L. L., y Ross, E. C. (2010). Do early therapeutic alliance, motivation, and change readiness predict therapy outcomes for high risk violent prisoners? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 100-111. doi:10.1002/cbm.759.

Porter, S., Birt, A. R., y Boer, D. P. (2001), "Investigation of the criminal and conditional release profiles of Canadian federal offenders as a function of psychopathy and age", *Law and Human Behavior*, Vol. 25 No. 6, pp. 647-661.

Porter, S., Campbell, M. A., Woodworth, M., y Birt, A. R. (2001), "A new psychological conceptualization of the sexual psychopath", *Advances in psychology research*, Vol. 7, pp. 21-36.

Porter, S., Fairweather, D., Drugge, J., Herve, H., Birt, A., y Boer, D. P. (2000), "Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders", *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 27 No. 2, pp. 216-233.

Porter, S., y Woodworth, M. (2007), "'I'm sorry I did it... but he started it': A comparison of the official and self-reported homicide descriptions of psychopaths and nonpsychopaths", *Law and Human Behavior*, Vol. 31 No. 1, pp. 91-107.

Porter, S., Woodworth, M., Earle, J., Drugge, J., y Boer, D. (2003), "Characteristics of sexual homicides committed by psychopathic and nonpsychopathic offenders", *Law and human behavior*, Vol. 27 No. 5, pp. 459-470.

Poythress, N. G., Edens, J. F., Skeem, J. L., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S., Frick, P. J., Wang, T. (2010). Identifying subtypes among offenders with antisocial personality disorder: A cluster-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 389-400.

Poythress, N. G., y Hall, J. R. (2011), "Psychopathy and impulsivity reconsidered", *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 16 No. 2, pp. 120-134.

Prichard J. C. (1835). *Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*. Ed: Sherwood, Gilbert and Piper. London.

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1986). *Toward a comprehensive model of change*. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 2-37). New York: Plenum Press.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Putkonen, H., Weizmann-Henelius, G., Lindberg, N., Eronen, M., y Häkkänen, H. (2009), “Differences between homicide and filicide offenders; results of a nationwide register-based case-control study”, *BMC psychiatry*, Vol. 9 No. 1, 27.

Quinsey, V.L., Harris, G.E., Rice, M.E., et al. (2006). *Violent offenders: appraising and managing risk*. 2<sup>nd</sup> ed. Washington (DC): American Psychological Association.

Quinsey, V. L., Khanna, A., y Malcolm, P. B. (1998), “A retrospective evaluation of the Regional Treatment Centre sex offender treatment program”, *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 13 No. 5, pp. 621-644.

Quinsey, V. L., Rice, M. E., y Harris, G. T. (1995), “Actuarial prediction of sexual Recidivism”, *Journal of interpersonal violence*, Vol. 10 No. 1, pp. 85-105.

Raine, A., y Yang, Y. (2005). The neuroanatomical bases of psychopathy: A review of brain imaging findings. In C. Patrick (Ed.) *Handbook of psychopathy* (pp. 278–295). New York: Wiley.

Ravndal, E. y Vaglum, P. (1991a): Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand*, 83, 217-222.

Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.

Redondo, S. y Sánchez-Meca, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la delincuencia juvenil. En M. Pérez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez, *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 183-214). Madrid: Pirámide.

Reed, V., Woods, P., y Robinson, D. (2000). *Behavioural status index (BEST Index): A 'life skills' assessment for selecting and monitoring therapy in mental health care*. UK: Psychometric Press.

Reid, W.H. (1989): *the treatment of psychiatric disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Reidy, D. E., Zeichner, A., Miller, J. D., y Martinez, M. A. (2007), “Psychopathy and aggression: Examining the role of psychopathy factors in predicting laboratory

aggression under hostile and instrumental conditions”, *Journal of Research in Personality*, Vol. 41 No. 6, pp. 1244-1251.

Ressler, R.K., Burgess, A.W. y Douglas, J.E. (1988), *Sexual homicide: Patterns and Motives*, The Free Press, New York, NY.

Rice, M. E., y Harris, G. T. (1995), “Violent recidivism: Assessing predictive validity”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 63 No.5, pp. 737-748.

Rice, M. E., Harris, G. T., y Cormier, C. A. (1992), “An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders”, *Law and Human Behavior*, Vol. 16 No. 4, pp. 399-412.

Richards, H. J., Casey, J. O., y Lucente, S. W. (2003), “Psychopathy and treatment response in incarcerated female substance abusers”, *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 30 No. 2, pp. 251-276.

Richell, R. A., Mitchell, D. G. V., Newman, C., Leonard, A., Baron-Cohen, S., y Blair, R. J. R. (2003), “Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the ‘language of the eyes’?”, *Neuropsychologia*, Vol. 41 No. 5, pp. 523-526.

Robins, L.N. (1966) *Deviant children grown up*. Baltimore (MD): Williams & Wilkins;1966.

Robins, L.N. (1978). *Aetiological implications in studies of childhood histories relating to antisocial personality*. In: Hare RD, Schalling D, editors. *Psychopathic behavior: approaches to research*. Chichester (GB): John Wiley & Sons, Inc; p. 255–271.

Rogers, R., Salekin, R.T., Sewell, K.W., et al. (2000). Prototypical analysis of antisocial personality disorder: a study of inmate samples. *Crim Justice Behav.*; 27: 234–255.

Ross, R. R., Fabiano, E. A., y Ewles, C. D. (1988). Reasoning and rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32, 29-36. doi:10.1177/0306624X8803200104.

Ross, T., Woods, P., Reed, V., Sookoo, S., Dean, A., Kettles, A.M...., Pfäfflin, F. (2008). Selecting and monitoring living skills in forensic mental health care: Cross-border validation of the BEST-index. *International Journal of Mental Health*, 36, 3–16.

Rutherford, M. J., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., y McKay, J. R. (1997), “Validity of the Psychopathy Checklist-Revised in male methadone patients”, *Drug and alcohol dependence*, Vol. 44 No. 2, pp. 143-149.

Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22, 79-112.

Salekin, R. T. (2008), "Psychopathy and recidivism from mid-adolescence to young adulthood: Cumulating legal problems and limiting life opportunities", *Journal of abnormal psychology*, Vol. 117 No. 2, pp. 386-395.

Salekin, R. T., Rogers, R., y Sewell, K. W. (1996), "A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness", *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 3 No. 3, pp. 203-215.

Salekin, R. T., Rogers, R., Ustad, K. L., y Sewell, K. W. (1998), "Psychopathy and recidivism among female inmates", *Law and Human Behavior*, Vol. 22 No. 1, pp. 109- 128.

Salekin, R. T., Worley, C., y Grimes, R. D. (2010). Treatment of psychopathy: A review and brief introduction to the mental model approach for psychopathy. *Behavioral Sciences and the Law*, 28, 235-266.

Saradjian, J. (2013). Delivering effective therapeutic interventions for men with severe personality disorder within a high secure prison. *Psychology, Crime & Law*. doi:10.1080/ 1068316X.2013.758972.

Serin, R. C. (1991), "Psychopathy and violence in criminals", *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 6 No. 4, pp. 423-431.

Serin, R. C., y Amos, N. L. (1995), "The role of psychopathy in the assessment of Dangerousness", *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 18 No. 2, pp. 231-238.

Serin, R. C., Kennedy, S., y Mailloux, D. L. (2005). *Manual for the Treatment Readiness, Responsivity and Gain scale Short Version (TRRG: SV)*. Ottawa, Ontario, Canada: Carleton University.

Serin, R., y Lloyd, C. (2009). Examining the process of offender change: The transition to crime desistance. *Psychology, Crime and Law*, 15, 347-364. doi:10.1080/ 10683160802261078.

Serin, R. C., Lloyd, C. D., Helmus, L., Derkzen, D. M., y Luong, D. (2013). Does intra-individual change predict offender recidivism? Searching for the Holy Grail in assessing offender change. *Aggression and Violent Behaviour*, 18. 32- 53. doi: 10.1016/j.avb.2012.09.002.

Serin, R. C., Mailloux, D. L., y Malcolm, P. B. (2001), "Psychopathy, deviant sexual arousal, and recidivism among sexual offenders", *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 16 No. 3, pp. 234-246.

Serin, R. C., Peters, R. D., y Barbaree, H. E. (1990), "Predictors of psychology and release outcome in a criminal population", *Psychological Assessment*, Vol. 2 No. 4, pp. 419-422.

Seto, M. C. (2003). Interpreting the treatment performance of sex offenders. In A. Matravers (Ed.), *Sex offenders in the community* (pp. 125-143). Devon, UK: Willan.

Seto, M. C., y Barbaree, H. E. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248.

Sheldon, K., y Tennant, A. (2011). Considerations for working with personality-disordered patients. *British Journal of Forensic Practice*, 13, 44-53. doi:10.5042/bjfp.2011.0049.

Sherman, L. (1993). Defiance, deterrence, and irrelevance: A theory of the criminal sanction. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30, 445-474.

Shields, I. W., y Simourd, D. (1991). Predicting predatory behavior in a population of incarcerated young offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 18, 180-194.

Simourd, D. J., y Hoge, R. D. (2000), "Criminal Psychopathy A Risk-and-Need Perspective", *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 27 No. 2, pp. 256-272.

Skeem, J. (2008, July). *High risk, not hopeless: Recent research on treating individuals with psychopathy*. Paper presented at the annual meeting of the International Association of Forensic Mental Health, Vienna, Austria.

Skeem, J.I. y Cooke, D.J. (2010a). One measure does not make a construct: Directions toward reinvigorating psychopathy research-reply to Hare and Newman. *Psychol Asses*, 22, 455-9.

Skeem, J.I. y Cooke, D.J. (2010b). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychol Asses*, 22, 433-45.

Skeem, J. L., Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M., y Louden, J. E. (2007). Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 395-409. doi: 10.1037/0021-843X.116.2.395.

Skeem, J. L., Miller, J. D., Mulvey, E. P., Tiemann, J., y Monahan, J. (2005), "Using a five-factor lens to explore the relation between personality traits and violence in psychiatric patients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73, pp. 454-465.

Skeem, J., Monahan, J., y Mulvey, E. (2002). Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26, 577-603.

Skeem, J. L., y Mulvey, E. P. (2001), "Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: Results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study", *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 69 No. 3, pp. 358-374.

Skeem, J. L., Polaschek, D. L. L., y Manchak, S. (2009). Appropriate treatment works, but how? Rehabilitating general, psychopathic, and high risk offenders. In J. L. Skeem, K. Douglas & S. Lilienfeld (Eds.), *Psychological science in the court room: Controversies and consensus* (pp. 358-384). Washington DC: American Psychological Association.

Skeem, J. L., Polaschek, D. L. L., Patrick, C. J., y Lilienfeld, S. O. (2011). Psychopathic personality: Bridging the gap between scientific evidence and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 12, 95-162. doi: 10.1177/1529100611426706.

Skeem, J. L., Poythress, N., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., y Cale, E. M. (2003), "Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment", *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 8 No. 5, pp. 513-546.

Stalenheim, E.G, y Von Knorring, L.(1996). Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *ActaPsychiatrScand*, 94, 217-35.

Steadman, H. J., Silver, E., Monahan, J., Appelbaum, P., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., y Banks, S. (2000), "A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools", *Law and Human Behavior*, Vol. 24 No. 1, pp. 83-100.

Stoudenmire, J.; Stevens, M. y Cumbest, Sh. (1989): Personality factors in holistic living: Improvement among inpatient alcoholics, *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, N° 4, 457-462

Suedfeld, P. y Landon, P.B. (1978). Approaches to treatment. In R.D. Hare & Schalling (Eds.), *Psychopathic behavior: Approaches to research* (pp. 347-376). Chichester, UK: Wiley & Sons.

Tafra, R. (1995). Evaluation of treatment strategies for adult anger disorders. In H. Kassirer (Ed.), *Anger disorders: definition, diagnosis, and treatment* (pp. 109-129). Washington: Taylor and Francis.

Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H., y Remington, N. A. (2004). Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 349-354. doi:10.1037/0022-006X.72.2.349.

Tennent G., Tennent D., Prins H. y Bedford A. (1993). Is Psychopathic Disorder a Treatable Condition? *Med. Sci. Law*. 33, 63-66.

Tew, J. y Atkinson, R. (2013). The Chromis programme: From conception to evaluation. *Psychology, Crime & Law*. doi:10.1080/1068316X.2013.758967.

Tew, J., Dixon, L., Harkins, L., y Bennett, A. (2012). Investigating changes in anger and aggression in offenders with high levels of psychopathic traits attending the

Chromis violence reduction programme. *Criminal Behaviour and Mental Health*. doi:10.1002/cbm.1832.

Thornton, D., y Blud, L. (2007). The influence of psychopathic traits on response to treatment. In H. Herve & J. C. Yuille (Eds.), *The psychopath: Theory, research, and practice* (pp. 505-539). Mahwah, NJ: Lawrence ErlbaumAssociates.

Toch, H. (ed.) (1980): *Therapeutic communities in corrections*. New York: Praeger

Torrubia, R. (2012): Evaluación de la psicopatía mediante la PCL-R de Hare: aplicaciones en el ámbito penitenciario; *VII Jornadas de ATIP Almagro 2012*, págs. 97-111.

Truax, C.B., y Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and therapy*. Chicago, IL: Aldine.

Ullrich, S., Paelecke, M., Kahle, I., y Marneros, A. (2003), “Categorical and dimensional assessment of “psychopathy” in German offenders. Prevalence, gender differences and age factors”, *Der Nervenarzt*, Vol. 74 No. 11, pp. 1002 1008.

Van Vinkeveen, H. (2012). *Some psychopaths can be treated*. In *Mind*. October 2012. 14:18

Vasey, M., Kotov, R., Frick, P., y Loney, B. (2005). The latent structure of psychopathy in youth: A taxometric investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 411-429. doi: 10.1007/s10802-005-5723-1.

Vaughn, M. G., y DeLisi, M. (2008), “Were Wolfgang's chronic offenders psychopaths? On the convergent validity between psychopathy and career criminality”, *Journal of Criminal Justice*, Vol. 36 No. 1, pp. 33-42.

Vaughn, M. G., y Howard, M. O. (2005), “The construct of psychopathy and its potential contribution to the study of serious, violent, and chronic youth offending”, *Youth Violence and Juvenile Justice*, Vol. 3 No. 3, pp. 235-252.

Vitacco, M. J., Neumann, C. S., Caldwell, M. F., Leistico, A.M., y Van Rybroek, G. J. (2006), “Testing factor models of the Psychopathy Checklist: Youth Version and their association with instrumental aggression”, *Journal of Personality Assessment*, Vol. 87 No.1, pp. 74–83.

Waldman, I. D., y Rhee, S. H. (2006).Genetic and environmental influences on psychopathy and antisocial behavior. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (205–228). New York: Guilford Press.

Walsh, Z., yKosson, D. S. (2008), “Psychopathy and violence: the importance of factor level interactions”, *Psychological assessment*, Vol. 20 No. 2, pp. 114-120.

Walters, G. D. (2003a), "Predicting institutional adjustment and recidivism with the Psychopathy Checklist factor scores: A meta-analysis", *Law and Human Behavior*, Vol. 27 No. 5, pp. 541-558.

Walters, G. D. (2003b), "Predicting criminal justice outcomes with the Psychopathy Checklist and Lifestyle Criminality Screening Form: a meta-analytic comparison", *Behavioral sciences and the law*, Vol. 21 No. 1, pp. 89-102.

Walters, G. D., Knight, R. A., Grann, M., y Dahle, K. P. (2008), "Incremental validity of the Psychopathy Checklist facet scores: predicting release outcome in six samples", *Journal of abnormal psychology*, Vol. 117 No. 2, pp. 396-405.

Ward, T., y Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257. doi:10.1080/10683160410001662744.

Ward, T., Mann, R. E., y Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87-107. doi:10.1016/j.avb.2006.03.004.

Warren, J.I. (2006). Comparing the constructs of antisocial personality disorder and psychopathy in a sample of incarcerated women. *Behav Sci Law*; 24: 1-20.

Warren, R. y Kurlycheck, R.T. (1981). Treatment of mal-adaptive anger and aggression: Catharsis versus behavior therapy. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology, Methods and Therapy*, 27, 135-139.

Wartna, B.S.J., Harbachi, S. el., y Essers, A.A.M. (2006). Strafrechtelijke recidive ex-terbeschikkinggestelden: Fact sheet 2006-8 [*Criminal recidivism of ex-forensic psychiatric patients detained under the Dutch TBS-order*]. Den Haag: WODC.

Webster, C., Douglas, K., Eaves, D., et al. (1997b). *The HCR-20 assessing risk for violence: version II*. Burnaby (BC): Mental Health, Law & Policy Institute, Simon Fraser University.

Weizmann-Henelius, G., Sailas, E., Viemerö, V., y Eronen, M. (2002), "Violent women, blame attribution, crime, and personality", *Psychopathology*, Vol. 35 No.6, pp. 355-361.

Whitemann M., Fanshel, D., y Grundy, J. (1989). Cognitive-behavioral interventions aimed at anger of parents at risk of child abuse. *Social work*, 32, 469-474.

Widiger, T.A. (2006). Psychopathy and DSM-IV psychopathology. In: Patrick CJ, editor. *Handbook of psychopathy*. New York (NY): Guilford Press; p. 156-171.

Widiger, T.A., Cadoret, R., Hare, R.D., Robins, L., Ruheford, M., Zanarini, M. et al., (1996). DSM-IV Antisocial Personality Disorder Field Trial. *J Abnormal Psychol*, 105, 3-16.

Wilson, N. J. (2003). *The utility of the Psychopathy Checklist-Screening Version for predicting serious violent recidivism in a New Zealand offender sample* (Doctoral Thesis). Waikato University, Hamilton, NZ. Retrieved from New Zealand Department of Corrections website <http://www.corrections.govt.nz/research/The-utility-of-the-psychopathy-checklistscreening-version.html>.

Wilson, N. J. (2004). *New Zealand high-risk offenders: Who are they and what are the issues in their management and treatment?* Retrieved from New Zealand Department of Corrections website <http://www.corrections.govt.nz/research/high-risk-offenders.html>.

Wilson, N.J., y Tamatea, A. (2013) Challenging the ‘urban myth’ of psychopathy untreatability: the High-Risk Personality Programme, *Psychology, Crime & Law*, 19: 5-6, 493-510, DOI: 10.1080/1068316X.2013.758994.

Williamson, S. E., Hare, R. D., y Wong, S. (1987), “Violence: Criminal psychopaths and their victims”, *Canadian Journal of Behavioral Science*, Vol. 19 No. 4, pp. 454-462.

Wong, S. (1984). *Criminal and institutional behaviors of psychopaths*. Programs branch users report. Ottawa, ON: Secretariat, Ministry of the Solicitor General of Canada

Wong, S. (1988). Is Hare’s Psychopathy Checklist reliable without the interview? *Psychological Reports*, 62, 931–934.

Wong, S. C. P. (2000). Psychopathic offenders. In S. Hodgins & R. Muller-Isberner (Eds.), *Violence, crime and mentally disordered offenders* (pp. 87-112). Chichester: Wiley.

Wong, S., y Gordon, A. (1999–2003). *The Violence Risk Scale*. Unpublished manuscript. Saskatoon, SK, Canada, Research Unit, Regional Psychiatric Centre.

Wong, S. C. P., y Gordon, A. (2004a). *Violence reduction program: Program management manual*.

Wong, S. C. P., y Gordon, A. (2004b). *Violence reduction program: Participant’s workbook*.

Wong, S. C. P., y Gordon, A. (2004c) *Violence Risk Scale Manual*.

Wong, S. C. P., y Gordon, A. (2006). The validity and reliability of the Violence Risk Scale: A treatment-friendly violence risk assessment tool. *Psychology, Public Policy, and Law*, 12, 279-309. doi:10.1037/1076-8971.12.3.279.

Wong, S. C. P., Gordon, A., y Gu, D. (2007). The assessment and treatment of violence-prone forensic clients: An integrated approach. *The British Journal of Psychiatry*, 190, s66–s74.

Wong, S.C.P., Gordon, A., Gu, D., Lewis, K. y Olver, M.E. (2012). The Effectiveness of Violence Reduction Treatment for Psychopathic Offenders: Empirical Evidence and a Treatment Model. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11:4, 336-349, DOI: 10.1080/14999013.2012.746760.

Wong, S. C., y Hare, R. D. (2005), *Guidelines for a psychopathy treatment program*, Multi-Health Systems, Toronto, ON, Canada.

Wong, S., Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P., y Gordon, A. E. (2003). *The Violence Risk Scale—Sexual Offender version (VRS–SO)*. Saskatoon, SK, Canada: Regional Psychiatric Centre, Department of Psychology and Research.

Wong, S. C. P., y Parhar, K. (2011). Evaluation of the predictive validity of the Violence Risk Scale using four recidivism measures in a community offender sample on conditional release: a 7-year prospective study. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22 (6), 790–808.

Woodworth, M., Freimuth, T., Hutton, E. L., Carpenter, T., Agar, A. D., y Logan, M. (2013), “High-risk sexual offenders: An examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics”, *International journal of law and psychiatry*, Vol. 35 No. 2, pp. 144-156.

Woodworth, M., y Porter, S. (2002), “In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy”, *Journal of abnormal psychology*, Vol. 111 No. 3, pp. 436-445.

Woody et al. (1983): Psychotherapy for opiate addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 639-645

Wormith, J. S., y Olver, M. E. (2002). Offender treatment attrition and its relationship with risk, responsivity, and recidivism. *Criminal Justice & Behavior*, 29, 447-471.

Yang, M., Wong, S. C. P., y Coid, J. (2010). The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment instruments. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 740–767.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4<sup>th</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford



