



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN PSICOPATÍA SECUNDARIA DESDE
LA EVALUACIÓN CON EL MMPI-2-RF Y LA PCL-R

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN
CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS

PRESENTA:

PAOLA SANCHEZ BOJORQUEZ

DIRECTORA: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE

FACULTAD DE PSICOLOGIA

COMITÉ: DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ- MAQUEO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMIREZ

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA

FACULTAD DE PSICOLOGIA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4

CAPÍTULO 1. DESARROLLO EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA

<i>Los primeros vínculos y el apego en el desarrollo emocional.....</i>	<i>5</i>
<i>Neurodesarrollo de las emociones.....</i>	<i>8</i>
<i> El circuito del estrés en los primeros años de vida.....</i>	<i>9</i>
<i>Desarrollo de la Empatía.....</i>	<i>10</i>
<i>Desarrollo de la Resiliencia.....</i>	<i>11</i>

CAPÍTULO 2. PERSONALIDAD Y PSICOPATÍA

<i>Definición.....</i>	<i>16</i>
<i>Desarrollo de la personalidad.....</i>	<i>16</i>
<i>Modelos de la personalidad.....</i>	<i>18</i>
<i> Modelo de Eysenck.....</i>	<i>18</i>
<i> Modelo de los cinco grandes factores de la personalidad.....</i>	<i>19</i>
<i>Definición de psicopatía.....</i>	<i>20</i>
<i>Dimensión interpersonal.....</i>	<i>20</i>
<i> Dimensión afectiva.....</i>	<i>22</i>
<i> Dimensión de estilo de vida.....</i>	<i>23</i>
<i> Dimensión Antisocial.....</i>	<i>24</i>

<i>Diferencia entre psicópata y sociópata.....</i>	<i>25</i>
<i>Clasificación del DSM-5 y su relación con la psicopatía.....</i>	<i>25</i>
<i>Epidemiología y Etiología.....</i>	<i>27</i>
<i>Tipos de psicópatas.....</i>	<i>29</i>
<i>Rasgos de personalidad y psicopatía.....</i>	<i>31</i>
<i>Rasgos de personalidad según el tipo de psicopatía.....</i>	<i>35</i>
<i>Clasificación de internos de prisiones según sus rasgos de personalidad.....</i>	<i>35</i>

CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO DE LA PSICOPATÍA

<i>Tratamiento de la psicopatía.....</i>	<i>37</i>
<i>Tratamiento en población adolescente.....</i>	<i>39</i>
<i>Tratamiento en población adulta.....</i>	<i>40</i>
<i>Propuesta de intervención para psicopatía secundaria</i>	
<i>Justificación.....</i>	<i>44</i>
<i>Características del terapeuta y de las instituciones.....</i>	<i>49</i>
<i>Etapas de respuesta al tratamiento.....</i>	<i>51</i>
<i>Técnicas de intervención y duración.....</i>	<i>53</i>
<i>Esquema ilustrativo de las fases de la propuesta de intervención.....</i>	<i>56</i>
<i>Enquadre.....</i>	<i>57</i>
<i>Alianza terapéutica.....</i>	<i>58</i>
<i>Sensibilización al tratamiento.....</i>	<i>59</i>

<i>Intervención de la psicopatía secundaria.....</i>	<i>60</i>
<i>Reestructuración de esquemas cognitivos.....</i>	<i>60</i>
<i>Entrenamiento de habilidades.....</i>	<i>68</i>
<i>Control de ira.....</i>	<i>68</i>
<i>Terapia grupal.....</i>	<i>74</i>
<i>Control de ira en terapia grupal.....</i>	<i>75</i>
<i>Resignificación de vínculos en terapia grupal.....</i>	<i>79</i>
<i>Entrenamiento en habilidades sociales en terapia grupal.....</i>	<i>80</i>
<i>Justicia Restaurativa.....</i>	<i>86</i>
<i>Término del tratamiento.....</i>	<i>89</i>

CAPÍTULO 4. MÉTODO

PRESENTACIÓN DE CASO

<i>Justificación.....</i>	<i>90</i>
<i>Modelo.....</i>	<i>91</i>
<i>Propósito.....</i>	<i>92</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>92</i>
<i>Identificación de variables.....</i>	<i>92</i>
<i>Variables atributivas.....</i>	<i>92</i>
<i>Definición conceptual de variables.....</i>	<i>92</i>
<i>Tipo de estudio.....</i>	<i>94</i>
<i>Hipótesis de trabajo.....</i>	<i>94</i>
<i>Instrumentos.....</i>	<i>94</i>

1. Escala de Psicopatía Revisada PCL-R.....	94
2. Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota 2	
Formato Restructurado, MMPI-2-RF.....	97
Relación entre la PCL-R con el MMPI-2 y el MMPI-2-RF.....	104
MMPI-2 y PCL-R.....	105
MMPI-2-RF Y PCL-R.....	108
Presentación de Caso.....	110
Puntuación y justificación de ítems de la PCL-R.....	115
Resultados de la PCL-R.....	122
Interpretación PCL-R.....	122
Resultados de MMPI-2-RF.....	124
Interpretación de MMPI-2-RF.....	128
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	129
Evaluación de rasgos de personalidad y psicopatía.....	129
Conclusiones y Limitaciones.....	133
REFERENCIAS.....	137

AGRADECIMIENTOS

A mi abuelita Lolita por su inmenso amor y apoyo, gracias por siempre creer en mí y por acompañarme en cada una de las etapas de mi vida. Por ser un gran modelo de mujer para mí. Te amo mucho.

A mi abuelo el Dr. Alberto Bojórquez quien sembró en mí desde pequeña el deseo de desarrollarme profesionalmente y el amor por la universidad. Agradezco todos los momentos que compartiste conmigo en los cuales con el ejemplo me mostraste que se podían cumplir todos los retos académicos. Descansa en paz querido abuelito, lo logré. Te amo.

A mi mamá por darme la vida, por impulsarme a ser una mujer independiente y próspera, por cada momento que vivimos juntas que resultó en un crecimiento personal. Te amo

A mi hermano Omar por crecer a mi lado, por tu amor y compañía. Te admiro y amo.

A mis tíos Vero y Carlos por su amor y cuidado desde pequeña los quiero mucho. A mi primo Ricardo por traer alegría a la familia, a mis tíos Dimas, Elvira y Rosy por toda su protección y cariño en mis primeros años de vida.

A mis queridos padrinos Paty y Roberto por su inmensa generosidad, amor y protección, por siempre tener palabras de cariño, por acompañarme en todas las etapas de mi vida y por todo su apoyo a mi familia.

A mi querida amiga Disraeli gracias por todos los momentos que hemos vivido juntas, por estar conmigo de manera incondicional, por escucharme, por ser como una hermana para mí. Te quiero mucho.

A mis amigos Omar, Lechuga, Marco, Angie, Fátima por todas las risas, y los maravillosos momentos que hemos vivido juntos, por ser cada uno un ejemplo para mí. Gracias por su amistad.

A Luis Alfredo por su amor y apoyo, por permitirme crecer contigo, por los aciertos y desaciertos, por nuestra historia. Te amo.

A mi colega y amiga Rosalba por ser una excelente psicóloga, por tu apoyo incondicional, por tu cariño y por la retroalimentación constante.

A la doctora Arleen Calderón por su labor terapéutica y ética profesional.

Mi más sincero agradecimiento:

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi segunda casa, por la libertad y el conocimiento que me otorgan sus espacios, por ser la incubadora de los mejores sueños de mi vida. Mi agradecimiento especial al proyecto de investigación "*Psicopatología, riesgo y resiliencia en adolescentes y sus familias*" PAPIIT No. IA303716.

A los psicólogos y criminólogos que amablemente me apoyaron en las evaluaciones del caso ilustrativo.

A la Dra. Paulina Arenas por cada coma y punto corregido, por toda su paciencia, retroalimentación positiva y entrega a su labor, por ser una excelente docente, terapeuta, investigadora y mujer. Por ser un ejemplo y modelo para mí, por siempre recibirme con cariño y una sonrisa, por darme la oportunidad de realizar el presente trabajo bajo su dirección y por todo el crecimiento que derivó de él. Por creer en mí y por incluirme en los espacios de desarrollo profesional y en futuras investigaciones.

A la Dra. Emilia Lucio por el tiempo y las observaciones otorgadas al presente trabajo, por compartir sus conocimientos y por su profesionalismo.

A la Dra. Sofía Rivera Aragón por su entrega al alumnado de la Facultad de Psicología, por siempre tener las puertas abiertas, por su excelente labor en la Coordinación de Especializaciones en Psicología.

A la Mtra. Rocío Nuricumbo por su tiempo y sus atinadas observaciones al presente trabajo. Por su calidez como persona.

A la Mtra. Laura Somarriba por su profesionalismo y guía en este trabajo. Por su docencia en mis primeros semestres de licenciatura.

A las maestras Asunción Valenzuela, María del Rosario Muñoz y Anel Gómez por su excelente labor de docencia en mi formación como especialista.

A todos mis maestros de Licenciatura quienes forjaron en mí buenos conocimientos y amor por la psicología.

Resumen

La psicopatía es un trastorno de personalidad caracterizado por un conjunto de déficits en el comportamiento del individuo, los cuales se expresan en el área afectiva principalmente en sus relaciones interpersonales y en el estilo de vida, el cual está conducido por un comportamiento antisocial generalizado (Hare, 1993). Esto provoca un involucramiento en conductas delictivas que genera la privación de la libertad desde temprana edad, representando el 20% de la población penitenciaria (Hare, Strachan, & Forth, 1993).

Dentro de las variantes de este trastorno, la psicopatía secundaria se considera la más tratable (Karpman, 1948; 1955). El propósito de este estudio fue desarrollar una propuesta de tratamiento integrativa para psicópatas secundarios en reclusión, con base en una revisión teórica de los principales tratamientos implementados para la psicopatía y en correspondencia con la evaluación de los rasgos de psicopatía y de personalidad de un caso ilustrativo. Se emplearon la Escala de Psicopatía Revisada (PCL-R) (Hare, 2003) y el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2-Forma Reestructurada (MMPI-2-RF) en su versión estandarizada para México (Lucio, Durán, Heredia, Arenas, & Martínez, 2015). Los resultados indican que los criterios de diagnóstico para la psicopatía secundaria se corroboran sobre predominancia en el Factor 2 de desviación social de la PCL-R (Skeem et al., 2011). Y los rasgos de personalidad en el MMPI-2-RF demuestran problemas asociados al poco control de la conducta como impulsividad, conducta antisocial y problemas de conducta infanto-juveniles los cuales corresponden a un perfil de psicopatía secundaria.

Palabras clave: psicopatía secundaria, personalidad, tratamiento, PCL-R, MMPI-2-RF, conducta antisocial.

Abstract

Psychopathy is a personality disorder characterized by a set of deficits in the individual's behavior, which are expressed at the affective area, mainly in their interpersonal relationships and lifestyle that is driven by a generalized anti-social behavior (Hare, 1993). This causes an involvement in criminal behavior provoking freedom deprivation since an early age, representing 20% of the prison population (Hare, Strachan, & Forth, 1993).

Within the different forms of such disorder, secondary psychopathy is considered the most treatable one (Karpman, 1948; 1955). The purpose of this study was to develop a proposal of a comprehensive treatment for secondary psychopaths in prison, based on a theoretical review of the main treatments implemented for psychopathy, and in accordance with the evaluation of psychopathy and personality traits of an illustrative case. Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 2003) and Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) were used in its standard version for Mexico (Lucio, Duran, Heredia, Arenas, & Martinez, 2015). The results indicate that the diagnostic criteria for secondary psychopathy are confirmed due to the Factor 2 predominance of social deviation of the PCL-R (Skeem et al., 2011). And personality traits in the MMPI-2-RF show problems associated with low behavioral control as impulsivity, antisocial behavior and child and youth behavioral problems which correspond to a profile of secondary psychopathy.

Keywords: secondary psychopathy, personality, treatment, PCL-R, MMPI-2-RF, antisocial behavior.

Introducción

La intervención en psicopatía ha representado para la psicología un reto durante décadas, siendo considerada por diversos autores como una problemática “intratable” (Karpman, 1941; Cleckley, 1976; Skeem et al., 2011) esto es debido al nulo deseo del psicópata por ser tratado. Esta situación ha producido un impacto importante sobre la sociedad ya que el psicópata al ser considerado un depredador social carente de conciencia y sentimientos por los demás (Garrido, 2012), se infiltra con facilidad en cualquier núcleo y estrato social provocando daños. Esta situación se encuentra relacionada con los altos índices de reincidencia y versatilidad criminal representando el 1% de la población mundial (Hare, 1993) y el 20% de la población penitenciaria (Hare, Strachan, & Forth, 1993). En México, no existen estudios que aborden el tratamiento de esta patología lo cual significa que, por lo menos en los centros de readaptación social, no existen tratamientos específicos para los psicópatas, esto sin duda representa un problema para la sociedad mexicana ya que son individuos con altos índices de reincidencia.

La psicopatía secundaria tiene sus orígenes en la infancia (Karpman, 1955) donde factores como el abuso y la negligencia por parte de las familias y la comunidad, pueden provocar un deterioro en el crecimiento emocional del menor y conllevan al desarrollo de comportamientos antisociales y psicopatía (Skeem, Johansson, Andershed, Kerr, & Loudon, 2007). Uno de los primeros elementos que reflejan la posible existencia de psicopatía es la delincuencia juvenil, la cual continua con un acelerado incremento en México (Salazar-Estrada, et al., 2011). En este sentido, la existencia de programas de intervención oportunos para esta población son necesarios para la sociedad actual.

La presente investigación busca contribuir al entendimiento de la psicopatía y su posible intervención, a partir de una evaluación de los rasgos de psicopatía y de personalidad. Dentro de los fundamentos teóricos bajo los cuales se sustenta esta investigación se encuentran los temas de desarrollo emocional, psicopatología, personalidad, psicopatía y tratamiento de ésta.

CAPÍTULO 1. DESARROLLO EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA

Los primeros vínculos y el apego en el desarrollo emocional

El primer psicoanalista en definir el término de *vínculo* fue Bion (1992) quien expresó su interés por examinar la relación del paciente con una función, “más que con el objeto que reemplaza una función: no me intereso solamente por el pecho, el pene o el pensamiento verbal, sino por su función, que es hacer un vínculo entre dos objetos” (p.115). También se ha definido al vínculo como “la realidad psíquica inconsciente específica construida por el encuentro de dos o más sujetos” (Kaës, 2009, p.116).

Los primeros vínculos en el desarrollo emocional del niño son fundamentales tal y como Spitz (1945) argumentó “el recién nacido que no es tocado literalmente puede morir” (p. 57) o Winnicott (1960) al decir que “el apoyo del ego de la atención materna permite al niño vivir y desarrollarse a pesar de no ser todavía capaz de controlar, o sentirse responsable de lo que es bueno o lo malo respecto de sí frente al medio ambiente” (p.585). Asimismo, Stern (1985) argumentó que las lecciones básicas de la vida emocional se asientan en los momentos de intimidad (*sintonía*) que se tienen con los padres en los primeros años de vida. Es en esta intimidad donde el bebé comienza a relacionarse y va almacenando las principales experiencias de interacción esto le permite con el tiempo poder prepararse para el encuentro con el otro. Entonces, los esquemas relacionales que el niños va estableciendo se vuelven más complejos, incluyendo contenidos cognitivos y fantasías que van completando estrategias de estar con el otro (Bleichmar, 2005).

Todo lo anterior señala la necesidad de un vínculo primario para el adecuado desarrollo emocional del niño, este vínculo a su vez genera lo que se conoce como apego. El apego es definido como un aspecto específico y circunscrito de la relación entre un niño y un cuidador que está involucrado con el mantener al menor seguro y protegido (Bowlby, 1982). También es descrito como aquel que se da cuando el niño utiliza al cuidador principal como una base para explorar su

exterior y cuando sea necesario, ser utilizado como un elemento de seguridad y una fuente de satisfacción (Waters & Cummings, 2000). La teoría del apego (Bolwby, 1969) considera que la propensión a generar lazos emocionales íntimos con individuos particulares es un componente básico en los primeros meses de vida de un niño, ya que todas las respuestas emocionales de este vínculo más tarde se convertirán en comportamiento de apego. Esto requiere que el niño desarrolle la capacidad cognoscitiva para mantener a su madre en mente cuando ella no está presente, dicha capacidad logra desarrollarse durante el segundo semestre de vida. Así, de nueve meses en adelante la gran mayoría de los bebés responden negativamente al quedarse con una persona extraña (Bolwby, 1988)

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) definieron diferentes tipos de apego que pueden observarse en la relación de padres e hijos. De acuerdo con estos autores el apego puede ser de tipo seguro, ansioso evitativo, ansioso ambivalente-resistente, y desorganizado y/o desorientado. En el apego seguro aparece ansiedad de separación y después aparece un reaseguramiento al volver a encontrarse con el cuidador, esto es debido a que existe confianza en el cuidador. El apego ansioso-evitativo se da cuando el niño no tiene confianza en la disponibilidad del cuidador, muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con éste. Mientras que en el apego ansioso-ambivalente / resistente, el niño muestra ansiedad de separación, pero no se tranquiliza al reunirse con el cuidador y puede buscar llamar la atención del cuidador constantemente. Finalmente el apego desorganizado/desorientado es aquel que no logra ubicarse en ninguno de los tipos de apego mencionados anteriormente.

Es importante mencionar que el comportamiento de apego seguro se logra cuando los padres conviven el suficiente tiempo con sus bebés y niños pequeños, prestando mucha atención a sus sentimientos y ayudándolos a manejar su comportamiento; todo esto va a permitir un crecimiento emocional en el niño y la posibilidad de crear relaciones de buena calidad en el futuro (Gerhardt, 2004; Lafuente, 2000). Por lo tanto, la estimulación social y la atención emocional que el

bebé recibe los primeros dos años de vida será crucial para afianzar la posibilidad de tener un cerebro social atento a los demás que le permita percibir las respuestas emocionales de los otros (Gerhardt, 2004; Muslow, 2008) o en su defecto perder la capacidad de experimentar, procesar y manejar las emociones de la misma forma que las personas usualmente las viven.

Es por ello que las experiencias tempranas son de suma importancia ya que pueden dar pie a la creación de vulnerabilidades o fortalezas con respecto a experiencias que se presenten en el futuro (Sroufe, 2005). Si el niño en sus primeros años de vida recibe una restricción de la expresión emocional derivada de un rechazo frente a sus necesidades afectivas puede más adelante adoptar la misma estrategia y volverse un individuo que se restrinja de una vinculación profunda con el otro y resistente a experiencias correctivas al respecto (Sroufe, 1983).

Eso significa que si los bebés viven con gente enojada, agresiva u autoritaria, éstos mantendrán las vías que les ayudan a estar alertas a la ira y la agresión provocando un desarrollo emocional desadaptativo e incluso predecir más tarde problemas antisociales (Belsky 2001).

Las intervenciones tempranas de tipo terapéutico pueden lograr un cambio positivo en la trayectoria del desarrollo posterior en los niños que crecen en contextos desfavorables, principalmente si estas intervenciones son en los primeros dos años (Crockenberg, 1981).

El desarrollo de la conducta antisocial tiene sus raíces en la infancia, esto puede observarse en el delincuente juvenil que roba, que en realidad este acto representa una búsqueda de objeto hacia la madre, que se traduce en una serie de compulsiones libidinales y agresivas (Winnicott, 1971).

La intervención de los aspectos emocionales del delincuente juvenil radica en encontrar los sentimientos de desesperanza que subyacen la agresión y que estarían derivando en conductas antisociales (Winnicott, 1984). Por lo tanto, la posibilidad de que un niño o joven que comete actos antisociales reciba un

tratamiento psicológico efectivo va a depender en gran medida de la capacidad que tenga para formar apegos y el grado de deterioro yoico, lo cual se va a expresar en la relación que establezca con el terapeuta independientemente de las distorsiones transferenciales (Terol, 2001).

Neurodesarrollo de las emociones

El estudio del neurodesarrollo de las estructuras que se encuentran relacionadas con el procesamiento emocional ha sido de gran interés en las investigaciones de la última década dejando grandes aportaciones. En este sentido, se argumenta que nacemos con un cerebro mayormente primitivo también llamado “cerebro reptiliano” (Reid, 1981) que se enfoca mayormente a la satisfacción de las necesidades básicas, pero lo que realmente hace comportarnos como humanos es el masivo desarrollo postnatal de las capas externas del cerebro, es decir, la corteza cerebral. Una de estas capas externas es la corteza prefrontal la cual tiene un mayor desarrollo durante los dos primeros años de vida. Este desarrollo depende directamente de la estimulación social (Einsenberg, 1995) por lo tanto, esta zona también es conocida como “cerebro social” porque se activa cuando estamos involucrados en el control de nuestras emociones, prestando mucha atención a las señales sociales y a otras personas asimismo, nos permite pensar y procesar los sentimientos para poder tener empatía por los demás (Gerhardt, 2004; Muslow, 2008).

Se ha observado (Perry, 2002) que en los niños que sufren de maltrato y descuido, el volumen de su cerebro en un número de áreas, especialmente la corteza prefrontal, se encuentra más reducida. Esto es importante porque el momento crucial para el desarrollo emocional de los lóbulos frontales principalmente el área prefrontal de estos lóbulos es la segunda parte del primer año por lo tanto es más susceptible a la influencia del medio externo. De igual forma, con relación al maltrato, Raine y Sanmartín (2000) señalan que si de forma reiterada un bebé es bruscamente zarandeado, es posible que las fibras blancas que ligan su corteza con otras estructuras cerebrales se rompan, dejando el resto

del cerebro como el hipotálamo y la amígdala, estructuras relacionadas con las emociones, fuera del control prefrontal.

A nivel genético se ha dicho que los genes G X E están directamente relacionados con el maltrato y la no expresión del gen promotor que transporta a la serotonina lo cual puede generar problemas emocionales en la adolescencia (Karg, Burmeister, Shedden, & Sen, 2011; Caspi, *et al.*, 2003). Todo lo anterior provoca que más adelante el niño tenga una comprensión muy superficial de las emociones y la falta de empatía, conductas relacionadas con las alteraciones en la amígdala y todos los circuitos neurológicos relacionados con dicha estructura (Hare, 1991).

El circuito del estrés en los primeros años de vida

Otro elemento biológico implicado en el procesamiento emocional es la hormona cortisol, mejor conocida como la hormona del estrés, la cual es liberada por las glándulas suprarrenales y enviada al cerebro para preparar al cuerpo ante el peligro o una demanda del exterior la cual produce una respuesta fisiológica. Este circuito en la infancia temprana no es del todo funcional; los bebés son muy vulnerables y se estresan con facilidad. Es así como situaciones como estar separado físicamente de su madre o de una persona familiar los puede estresar en gran medida (Gerhardt, 2004).

Los bebés de entre 1 y 2 años son dependientes de un adulto para ser protegidos del estrés y lograr con esto dispersar rápidamente su cortisol para volver a un estado estable. Si los adultos no los ayudan a manejar las situaciones que les generen estrés, pueden ser inundados de cortisol sin tener alguna forma de deshacerse de él. En este sentido, De Bellis (2001) argumenta que exponer a altos niveles de estrés y rechazo a un niño genera diversos desórdenes en el desarrollo de su conducta, entre ellos están los desórdenes en los afectos y comportamiento agresivo (Gunnar, 2006).

Por lo tanto, el bebé logra aprender cómo lidiar con el estrés por medio de experiencias y del adecuado acompañamiento de alguien que le ayude a hacerle frente a los acontecimientos estresantes de la vida cotidiana (Gerhardt, 2004).

Desarrollo de la empatía

La empatía surge como imitación física de la aflicción del otro, que evoca los mismos sentimientos en uno mismo, por lo tanto se refiere a la capacidad de percibir la experiencia subjetiva de otras personas. La empatía se construye bajo la conciencia de uno mismo; cuanto más estamos abiertos a nuestras emociones, más hábiles seremos para interpretar nuestros sentimientos y los de los demás (Goleman, 2002).

La presencia de la empatía puede empezar a observarse en los bebés, cuando otro llora cerca de él puede angustiarle el dolor de su par (Hoffman, 1984) y se va modelando mientras observa la reacción de los demás cuando alguien está afligido (Zahn-Waxler, Hollenbeck, & Radke-Yarrow, 1984). Por lo tanto, si el niño no obtiene ese repertorio de respuestas empáticas puede desarrollar conductas agresivas y la personalidad psicopática de la cual se hablará en capítulos posteriores. El desarrollo de la empatía en los primeros años de vida es importante para la vida social del individuo y estudiarla constituye un parteaguas para el tratamiento de aquellas personas que carecen de la capacidad de sentir emociones. Guthrie, Eisenberg, Fabes, Murphy y Holmgren (1997) argumentan que los aspectos relacionados con el autocontrol de los impulsos están directamente relacionados con la empatía y que ésta se puede ver desarrollada a los 8 años de edad.

Existen estudios sobre las relaciones de objeto provenientes del psicoanálisis que refieren que cuando los padres no muestran empatía hacia las emociones de sus hijos, éstos acaban por no expresarla o incluso no sentirla (Stern, 1985) lo cual nos habla de la importancia que tienen los primeros vínculos en la conformación de la empatía y la personalidad.

Desarrollo de la resiliencia

La resiliencia puede definirse como una capacidad intrínseca para reducir de la vulnerabilidad ante experiencias de riesgo, así como la superación de tensiones o adversidades con un resultado relativamente positivo a pesar de estas vivencias (Rutter, 2006). Dentro de esta capacidad emocional se encuentran las dos condiciones fundamentales de la resiliencia, la primera se refiere a la exposición a una amenaza significativa o una grave adversidad, mientras que la segunda alude a la adaptación positiva ante esta amenaza a pesar de atender en el proceso de desarrollo (Luthar & Zigler, 1991; Masten, Best, & Garmezy, 1990; Werner & Smith, 1982). Asimismo, este concepto se refiere también a todas las variaciones individuales que resultan a partir de haber vivido mucho estrés y experiencias de riesgo (Rutter, 1990).

Davidson (2000) ha sugerido que la capacidad de recuperación rápida de eventos afectivos negativos, representa un aspecto específico de la regulación emocional. Incluso se ha hecho una analogía entre lo que es la plasticidad cerebral, es decir la capacidad que el cerebro tiene de ser moldeado y la resiliencia (Cicchetti & Curtis, 2006; Rutter, 2006). Se dice que una adversidad es pensada como el causar un daño en alguno de los sustratos neuronales y en este sentido los mecanismos de plasticidad neuronal proporcionan una recuperación. Esto proporciona la conclusión de que ciertos individuos clasificados como resilientes pudieran tener algún incremento innato en la capacidad plástica de su cerebro. Esto también puede estar relacionado con lo que se sabe sobre el grado de plasticidad cerebral, el cual va disminuyendo con el tiempo y puede ser una de las razones por las cuales los psicópatas adultos presentan más problemas en su rehabilitación.

Los factores que influyen en el desarrollo de la resiliencia son diversos lo que sí es importante mencionar es que para que un individuo se adapte positivamente a una adversidad depende en gran medida de la etapa que esté viviendo, ya que a lo largo de la vida de una persona puede presentar momentos en los cuales sea más capaz de ser resiliente que en otros (Masten, 2012). Aunado a esto, se puede

decir que entre más factores de protección se acumulen, mayor es la probabilidad de dar un giro positivo a la vida de un individuo que vivió acontecimientos estresantes (Sameroff, Gutman, & Peck, 2003). Estos factores de protección van desde la capacidad de sentirse competente para afrontar los problemas de la vida; así como el tener un plan de vida que le permita al individuo encuadrar sus deseos y con ello afrontar dichos problemas, hasta factores que no sólo involucran la vida interna del individuo, si no elementos del contexto que pueden llegar a impactar positivamente como el matrimonio o el pertenecer a un círculo social en específico.

A continuación se muestra una lista (Tabla 1) de factores positivos asociados con una mejor adaptación (Masten, 2001; 2007) que permiten que la resiliencia se exprese.

Tabla 1

Características de los factores positivos asociados a la resiliencia de acuerdo a Masten (2001; 2007).

Individuales
Funciones ejecutivas
Herramientas en solución de problemas
Buenas habilidades cognoscitivas
Contar con estrategias efectivas para la regulación emocional y conductual
Temperamento social y adaptable en el niño
Una visión positiva de sí mismo (auto-confianza, alta autoestima, y auto-eficacia)
Tener una perspectiva positiva de la vida (tener esperanza)
Características valoradas por la sociedad y por sí mismo (talentos, sentido del humor, ser atractivo para los demás)

Familiares
Hogar estable
Armonía en la relación interparental
Relación cercana, sensible y responsable con el cuidador primario
Estilo de crianza frente a la autoridad (alto en calidez, estructura/monitoreo y expectativas)
Relaciones positivas entre hermanos
Soporte y cercanía por parte de los miembros de la familia extensa
Padres involucrados en la educación de sus hijos
Padre con cualidades individuales entorno a la protección del niño
Comodidad socioeconómica
Padres con formación académica mayor a la secundaria
Fe y afiliaciones religiosas

Comunidad

Calidad de vida en el vecindario

Vecindario seguro

Bajos niveles de violencia en la comunidad

Un hogar que cuente con lo necesario

Acceso a centros de recreación

Medioambiente limpio y acceso a agua potable

Escuelas efectivas

Maestros capacitados y bien pagados

Programas formativos después de la escuela

Acceso a recursos de recreación como deportes o arte

Oportunidades de empleo para los padres y los adolescentes

Buen servicio de salud pública

Acceso a servicios de emergencia (policía, bomberos, médicos)

Cercanía y actitudes prosociales hacia el adulto mayor

Sociales y culturales

Políticas de protección para los niños (salud, educación, alimentación)

Contar con recursos dedicados a la educación

Prevención y protección de la opresión y violencia política

Baja aceptación social sobre la violencia física

Habilidad para formar y mantener relaciones positivas en pares

Nota: Adaptado de "Risk and resilience in development," por A. Masten,, 2012. En P. D. Zelazo (Eds.), *Oxford handbook of developmental psychology*, p. 21, New York, NY: Oxford University Press (in press).

En relación con la psicopatía y la resiliencia, existe poca información sobre cuáles son los factores que influyen para que una persona no desarrolle una personalidad psicopática. Dentro de algunas investigaciones que se hicieron en lo que se refiere a una trayectoria delictiva y comportamiento criminal en jóvenes (Hawkins et al., 2003; Mulvey et al., 2010; Sampson & Laub, 1993) se observó que la interacción compleja entre jóvenes con sus padres, compañeros, otros adultos ya sean familiares o conocidos, el vecindario, las escuelas y el trabajo contribuyen positiva o negativamente en la transición de la infancia a la adolescencia y la adultez temprana. Estos estudios también sugieren que existen periodos críticos de cambio en la vida que hacen que ésta gire hacia retos específicos de desarrollo que pueden amoldarse a la naturaleza y curso de una adaptación a situaciones riesgosas a futuro. Estos periodos críticos de cambio usualmente ocurren con modificaciones en el contexto por ejemplo una adopción, inmigración, continuar estudiando después de la secundaria, el ser rescatado de un constante abuso, establecerse en un empleo seguro o comenzar con un buen matrimonio. Todo lo anterior puede indicar que se logre una alteración en el curso del desarrollo individual que permita cambiar un pronóstico desalentador en un individuo sin embargo, no hay resultados concluyentes.

En este sentido, Werner y Smith (1992) así como Sampson y Laub (1993) reportaron que la mayoría de los jóvenes en riesgo y con problemas serios durante la adolescencia lograban hacer cambios en su vida favorables cuando alcanzaban los treinta años, más en el caso de las mujeres. Solamente uno de cada seis jóvenes con problemas de comportamiento antisocial se convertía en un adulto con estos problemas sin embargo, hacen falta más datos que esclarezcan más profundamente el papel de la resiliencia en el desarrollo de la psicopatía.

CAPÍTULO 2. PERSONALIDAD Y PSICOPATÍA

Definición

Allport (1975) definía la personalidad como “la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse” (p.438). Mientras que Eysenck (1970) la definió como una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, lo cual permite su adaptación al ambiente. Otra definición que integra el aspecto emocional del individuo es la de Funder (2004) quien postuló que “la personalidad se refiere a los patrones característicos de un individuo de pensamiento, emoción y comportamiento, junto con los mecanismos psicológicos ocultos o expuestos detrás de esos patrones” (p. 5)

De acuerdo con las definiciones anteriores se puede decir que la personalidad se conforma en rasgos que son definidos como patrones relativamente perdurables de pensamientos, sentimientos y conductas que hacen que los individuos se distingan unos de otros (Roberts & Mroczek, 2008). Entonces, para el presente trabajo se utilizará la definición de rasgo como estructuras mentales organizadas, que varían de persona a persona las cuales inician y guían el comportamiento, (Allport, 1937) que logran construirse a partir de la influencia genética (Eynseck, 1967) y por la interacción social (Hampson, 1988).

Desarrollo de la personalidad

Los psicología infantil se han centrado en el estudio de lo que se conoce como rasgos del temperamento de la personalidad, los cuales están relacionados con esas primeras formas de comportarse y reaccionar ante el medio ambiente por lo tanto se presentan en la etapa más temprana de la vida. Suelen ser frecuentemente de naturaleza emocional y tienen una base biológica (Shiner, 1998). De acuerdo con esto y algunos estudios genéticos, se ha encontrado que las diferencias individuales de comportamiento en los primeros años de vida son sólo parcialmente hereditarias y que en su mayoría las definen las experiencias

con el medio ambiente (Emde & Hewitt 2001). Lo cual nos lleva a pensar que tal como se planteaba en el capítulo 1, los primeros vínculos son esenciales para la vida emocional ya que se ha considerado al apego como una característica principal para la salud mental y la conformación de la personalidad en la adultez (Bowlby, 1988).

Durante las dos primeras décadas de vida existe una diferenciación e integración progresiva de la personalidad, ya que es en este periodo cuando los niños y las niñas adquieren las pautas de desarrollo psicosexual que les permiten trazar su desarrollo de forma separada, lo cual posibilita que cuando se arribe a la adolescencia se puedan expresar las diferencias de personalidad entre ambos géneros (Blos, 1971). Es entonces la etapa de la adolescencia clave para el desarrollo de la personalidad, incluso se ha argumentado que las dificultades durante dicho periodo pueden ser atribuibles a causas biológicas o sociológicas, pero también pueden reflejar en parte la operación de rasgos de personalidad (McCrae, et al., 2002). Bowlby (1988) observó que los patrones de apego en jóvenes que habían cometido delitos como el robo eran de rechazo por parte de la madre, por lo cual la calidad en los vínculos primarios tendrá un impacto favorable o no en el desarrollo de la personalidad en esta etapa.

Asimismo, cada una de las fases de la adolescencia son importantes empezando por la fase previa a la adolescencia temprana conocida como pubertad la cual permite abordar hacia una maduración sexual que le va construyendo una identidad al individuo y que produce una transformación psíquica que resulta en una compleja estructura de personalidad (Blos, 1971). La consolidación de la personalidad al fin de la adolescencia trae mayor estabilidad y nivelación al sentimiento y la vida activa del joven adulto. El cual más tarde desempeña un rol social por ejemplo empezar una carrera, o tener un nuevo empleo que hace que se mitigue la evidencia del estado incompleto de la formación de la personalidad. Con relación al establecimiento de la personalidad en la adultez, algunas investigaciones han encontrado que después de los 30 años de edad las características de personalidad cambiaban poco, esto significa que las diferencias individuales se preservan fuertemente durante largos periodos de tiempo (McCrae

& Costa, 1984). Sin embargo, recientemente se ha encontrado que los rasgos de personalidad continúan cambiando en la edad adulta incluso en los adultos mayores (Roberts & Mroczek, 2008).

A continuación, se muestran dos de los principales modelos explicativos de la personalidad. El primero de ellos, es el modelo de Eysenck cuyos estudios de personalidad estuvieron orientados a tres rubros: el neuroticismo, la introversión-extroversión y el psicoticismo. Posteriormente el modelo de los cinco grandes factores de personalidad retoma estos postulados y los amplía con base a profundos análisis transculturales (Goldberg, 1990; John, 1989; McCrae, 1990).

Modelos de personalidad

Modelo de Eysenck

Eysenck (1967,1997) definió tres grandes factores de personalidad llamados neuroticismo, introversión-extraversión y psicoticismo. El neuroticismo se refiere a aquellas personas con tendencia a la ansiedad, depresión, problemas psicosomáticos, baja autoestima, que pueden ser más emocionales e irracionales ya que con facilidad pueden experimentar culpa y timidez además de tener cierta tendencia a experimentar tensión y mal humor. Respecto a la extroversión, la define como aquella que está presente en personas sociables, vivaces, activas, asertivas, libres, dominantes y aventureras que van en búsqueda de emociones. Caso contrario del introvertido el cual se muestra como alguien serio, retraído, que mantiene sus emociones para sí mismo bajo control y con altos estándares éticos. Y finalmente el psicoticismo, se expresa en personas agresivas, frías, egocéntricas, poco empáticas, impulsivas, impersonales, antisociales y creativas.

Modelo de los cinco grandes factores de la personalidad (Goldberg, 1990; John, 1989; McCrae, 1990).

Este modelo, ampliamente aceptado, describe la variación de la personalidad a lo largo de cinco factores llamados extroversión, apertura a la experiencia, responsabilidad, neuroticismo y amabilidad (Goldberg, 1990; John, 1989; McCrae, 1990). Se han llevado a cabo análisis transculturales en más de 50 sociedades de los 6 continentes que han apoyado la existencia y la universalidad de los cinco grandes factores de personalidad (McCrae, 2002; McCrae & Terracciano, 2005; Schmitt, Allik, McCrae, Benet-Martínez, Alcalay & Ault, 2007).

El factor de extroversión incluye características tales como sociabilidad, asertividad, actividad y locuacidad. Los extrovertidos son optimistas y energéticos con sentimientos y experiencias positivas (Clark & Watson, 1991).

La apertura a la experiencia incluye a personas imaginativas, curiosas intelectualmente, con sensibilidad estética, atentas a los sentimientos, con preferencia por la variedad, son personas dispuestas a cuestionar la autoridad ya que poseen independencia de criterio por lo cual se sienten preparadas para contemplar nuevas ideas éticas, sociales. Esto permite que sus vidas posean experiencias más ricas ya que pueden vivir las emociones positivas y negativas de manera más abierta que los individuos cerrados a vivir diferentes tipos de experiencias.

El factor de responsabilidad de este modelo alude a personas con buen autocontrol y con capacidad para planificar, organizar y realizar tareas (Barrick & Mount, 1993). La persona responsable es útil, tenaz y decidida, estas características usualmente se manifiestan en las personas orientadas al logro, es decir, trabajadoras, persistentes, ordenadas y confiables. Sin embargo, puntuaciones muy altas en este factor pueden reflejar comportamientos compulsivos. En contraste, con las bajas que reflejan personas que no necesariamente carecen de principios morales, sin embargo, son menos exigentes en aplicarlos.

El neuroticismo, es un factor de la personalidad que indica la tendencia general a la experiencia negativa de emociones como miedo, tristeza, vergüenza, enojo,

culpa y disgusto. Puntajes altos en este factor pueden reflejar riesgo de presentar algunos tipos de problemas psiquiátricos ya que indica que una persona es propensa a tener ideas irracionales, ser menos capaz de controlar sus impulsos así como tener dificultades para afrontar el estrés. Por otro lado, un puntaje bajo de neuroticismo es indicativo de estabilidad emocional. Estas personas suelen ser tranquilos, ecuanímenes, relajados y capaces de afrontar situaciones estresantes sin llegar a perturbarse (Hough, Eaton, Dunnette, Kamp, & McCloy, 1990).

Finalmente, la amabilidad describe a una persona altruista, agradable y que cree en los demás. La persona desagradable/antagonista que sería el opuesto de este factor es egocéntrico, escéptico de las intenciones de otros y competitivo más que cooperativo.

Definición de psicopatía

La psicopatía, según Hare (1993) es un trastorno de la personalidad dada por un conjunto distintivo de comportamientos y rasgos de personalidad, muchos de los cuales la sociedad considera como peyorativos. Los psicópatas son depredadores sociales que encantan, manipulan y despiadadamente se abren paso por la vida, dejando un amplio rastro de corazones rotos, expectativas destrozadas y billeteras vacías. Son totalmente carentes de conciencia y sentimientos por los demás, egoístamente toman lo que quieren y hacen lo que les complace, violando las normas sociales y expectativas sin el más mínimo sentido de culpa o remordimiento. Este mismo autor es quien desarrolla una lista de rasgos de personalidad y comportamientos comunes en los psicópatas los cuales se dividen en cuatro dimensiones: Interpersonal, Afectividad, Estilo de vida y Antisocial (Hare, 1993, Hare & Neumann 2008, Garrido, 2012).

Dimensión Interpersonal

Esta dimensión la integran a su vez cuatro elementos principales.

1. Encanto, desenvoltura y superficialidad. Se refiere a que el psicópata busca encandilar y seducir a la persona que tiene delante. Este rubro involucra simular emociones que no tiene, que no puede sentir.
2. Egocentrismo. Los psicópatas tienen una visión narcisista y groseramente inflada de su autoestima y un sentido del derecho sobre las cosas, se consideran como el centro del universo y justifican el vivir de acuerdo a sus propias reglas.
3. Mitomanía. Con la gran capacidad de imaginación en marcha que tienen y centrados en sí mismos, los psicópatas parecen sorprendentemente tranquilos por la posibilidad de que sean descubiertos por sus mentiras. Y cuando son atrapados en una o desafiados con la verdad, rara vez se avergüenzan simplemente cambian sus historias creando una serie de declaraciones contradictorias y un oyente completamente confundido. Asimismo, parecen sentirse orgullosos de su habilidad para mentir. Usualmente las mentiras van en relación a contar historias que lo dejen en buen lugar y como excusas para evitar ser sancionados.
4. Estafador y manipulador. Dada la desenvoltura y facilidad con la que mienten, los psicópatas con éxito engañan, defraudan y manipulan a la gente. Suelen ser sinceros en describirse a sí mismos como los estafadores o artistas de fraude. Sus declaraciones a menudo revelan su creencia de que el mundo se compone de depredadores y presas, por lo que sería muy tonto no aprovechar las debilidades de los demás. Asimismo, pueden ser muy astutos en determinar cuáles son las debilidades y utilizarlas para su propio beneficio. En la misma línea, los psicópatas en prisión a menudo aprenden a usar las instituciones correccionales para beneficio propio creándose una imagen positiva de sí mismos, buscando la libertad condicional. Toman clases y cursos de grado, se inscriben en los programas de abuso de drogas y alcohol, se unen a grupos religiosos en favor

de su "rehabilitación". Es común declararse haber nacido de nuevo dentro de la religión cristiana sólo para convencer al gobierno de la libertad condicional. Otro elemento muy común, y ahora muy en voga, es que los psicópatas utilizan las teorías del "ciclo de abuso" como el abuso infantil para justificar sus actos y con ello manipular las leyes.

Dimensión afectiva

Esta dimensión, la conforman los siguientes rasgos:

1. Falta de remordimiento o culpa. Muestran una sorprendente falta de preocupación por los efectos devastadores que sus acciones tienen sobre otros. Son a menudo totalmente francos en este sentido, afirmando tranquilamente que no tienen sentido de culpa, que no sienten pena por el dolor o la destrucción que han causado, y que no hay razón por la cual deban preocuparse. Y aunque a veces un psicópata puede llegar a admitir haber realizado las acciones, él minimizará considerablemente o incluso negará las consecuencias de éstas a los otros.
2. Poca profundidad en los afectos. Los psicópatas parecen sufrir una especie de pobreza emocional que limita el alcance y la profundidad de sus sentimientos. Mientras que a veces parecen fríos y sin emociones, en ocasiones pueden verse propensos a la teatralidad superficial. A veces argumentan experimentar emociones fuertes pero son incapaces de describir las sutilezas de distintos estados afectivos. Por ejemplo, igualan el amor con la excitación sexual, tristeza con frustración y enojo con irritabilidad.
3. Insensibilidad y falta de empatía. Poseen una profunda falta de empatía (incapacidad para construir un "facsímil" mental y emocional de otra persona). Parecen incapaces de "entrar en la piel" o "caminar en los zapatos" de los demás, salvo en un sentido puramente intelectual. Los sentimientos de otras personas no son de importancia para los psicópatas. Los psicópatas ven a la gente como objetos que pueden ser utilizados para su propia satisfacción.

4. No aceptación de la responsabilidad de sus actos. Por la falta de empatía, la mitomanía y tendencia a la manipulación que muestran los psicópatas son incapaces de aceptar la responsabilidad de sus actos, negando merecerse un castigo por éstos. Incluso, llegan a justificar sus acciones a partir de argumentos como un pasado doloroso o con una enfermedad mental lo cual los exime de cualquier responsabilidad.

Dimensión de estilo de vida

Bajo esta dimensión, se plantean cinco aspectos:

1. Necesidad de estimulación y propensión al aburrimiento. Tendencia a aburrirse y deseo por vivir sensaciones fuertes, aunque ello suponga un riesgo para ellos o los demás.

2. Estilo de vida parasitario. Se refiere a abusar de otros para disponer de dinero o facilidades para sus placeres o aficiones.

3. Falta de metas poco realistas a largo plazo. No se conduce hacia un sitio definido, aunque verbalmente puede dar explicaciones fantásticas sobre las metas que va a lograr. Como si la noción del mañana o del porvenir no tuviera un sentido real.

4. Impulsividad. Actúan sin pensar las consecuencias, bajo el deseo del momento de lograr algo o de sentirse muy bien. La misma impulsividad puede provocar que cambien o pierdan el empleo con frecuencia.

5. Irresponsabilidad. No honran los compromisos formales o implícitos a personas, organizaciones o principios. No son disuadidos por la posibilidad de que sus acciones pueden causar dificultades o riesgo para los demás. Historiales crediticios al tope revelan la deuda tomada ligeramente, promesas vacías para contribuir a una manutención revelan la falta de fiabilidad de los psicópatas. Esta falta de responsabilidad se extiende a cada parte de su vida, por ejemplo, su desempeño en el trabajo es errático, con frecuentes ausencias, uso indebido de

recursos de la empresa, las violaciones de la política de la empresa y la general falta de credibilidad

Dimensión Antisocial

Dentro de esta dimensión, pueden presentarse problemas de conducta como:

1. Poco control del comportamiento. Facilidad para perder el control, involucrarse en peleas, abuso de drogas o alcohol, tendencia a reaccionar con ira intensa que después olvidan fácilmente.

2. Problemas de comportamiento temprano. Presencia temprana de los rasgos de psicopatía. Estos pueden incluir mentiras persistentes, engañar, robar, piromanía, ausentismo, comportamiento disruptivo en clase, abuso de sustancias, vandalismo, violencia, intimidación, acoso escolar y sexualidad precoz.

3. Delincuencia juvenil. Saltar las normas de los padres y los maestros, y pronto se dan a conocer entre los profesionales del sistema de justicia juvenil.

4. Revocación de libertad condicional: capacidad para burlar las leyes y volver a cometer delitos.

3. Versatilidad criminal: los psicópatas no sólo se involucran en asesinatos o crímenes violentos, la capacidad de cometer delitos es muy variada por lo cual pueden estar presentes cualquier estrato de la sociedad. Esto significa que no todos los psicópatas matan como los asesinos seriales, muchos de ellos pasan inadvertidos, sin embargo, eso no quiere decir que no tengan un impacto fuerte en su contexto, por ejemplo, los grandes fraudes, guerras, dictaduras, sectas, partidos políticos entre otras situaciones probablemente tengan un psicópata detrás ya sea como un líder carismático que seduce y manipula a las personas o tal vez como una persona tímida que maneje a las personas sutilmente sin hacerse notar.

Existen otros dos rasgos presentes en la psicopatía pero que no se consideran en las dimensiones mencionadas anteriormente estas son:

1. Conducta sexual promiscua. Se refiere a la presencia de hipersexualidad o sexualidad desviada como obtener placer sexual a partir del dolor físico de otro.
2. Muchas relaciones a corto plazo. Dificultad en formar relaciones sólidas y auténticas, algo que implica tiempo, paciencia y tolerancia a la frustración.

Diferencia entre Psicópata y Sociópata

La diferencia entre psicópata y sociópata fue establecida por Hare y Babiak (2006) quienes señalan que el psicópata es aquel que carece de empatía o sentido de la moralidad aunado a los demás rasgos mencionados en el apartado anterior. Mientras que los sociópatas sí tienen un sentido de moralidad y una conciencia bien desarrollada, pero el sentido de lo que está bien o mal no es el de la cultura en la que están inmersos. Es importante aclarar que el término psicópata no significa necesariamente criminalidad o violencia, no todos los psicópatas se involucran en actividades criminales y no todos los criminales son psicópatas (Hare, Cooke & Hart, 1999). Con esto me refiero a que un psicópata puede ser un importante hombre de negocios, un político corrupto, un empleado desleal o un profesionalista sin ética.

Clasificación del DSM-5 y su relación con la psicopatía

A pesar de la importancia del diagnóstico de la psicopatía en el ámbito de la salud mental y legal aún no se encuentra reconocido dentro de las clasificaciones del Manual Estadístico de Desórdenes Mentales. La clasificación más cercana a la psicopatía dentro del DSM-5 es el trastorno de la personalidad antisocial caracterizado por:

- A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los quince años de edad, y que se manifiesta por incumplimiento de normas sociales, engaños, impulsividad, agresividad, irresponsabilidad y ausencia de remordimiento.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años
- C. Problemas de conducta desde los 15 años

Sin embargo, varias de las características de la psicopatía son similares a otros trastornos descritos en el DSM-5 por ejemplo los trastornos destructivos y de la conducta.

Por lo tanto, la distinción entre la psicopatía y el trastorno de personalidad antisocial es relevante llevarlo a cabo principalmente frente al sistema de justicia, en los juicios donde se determina si una persona es culpable por sus actos o fue una deficiencia mental la que lo orillo a cometer el delito. Algunos estudios argumentan (Hare, Hart & Harpur, 1991) que en lo que se refiere a rasgos de la afectividad y ajuste interpersonal como el egocentrismo, la mitomanía, la superficialidad en los afectos, la tendencia a manipular y la falta de empatía, culpa o remordimiento no se incluyen en el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial III y IV pero que si son determinantes para el diagnóstico de la psicopatía. Esto significa que los aspectos relacionados con rasgos de personalidad no son tomados tanto en cuenta para el diagnóstico del trastorno de personalidad antisocial. Las características conductuales como la constatación de la ruptura de las normas sociales, incluyendo la tendencia a la mentira, dificultad en las relaciones laborales y escolares, así como arrestos constantes son las que se encuentran mayormente incluidas en los criterios de diagnóstico del trastorno de personalidad antisocial.

La razón principal por la cual se excluyeron muchas de las características de personalidad de la psicopatía en el DSM-III, IV y V es porque las características de personalidad son difíciles de medir con una metodología confiable mientras que las características conductuales son más fáciles de tipificar. Sin embargo, el

resultado fue una categoría de diagnóstico con buena confiabilidad, pero de dudosa validez (Hare, Hart, & Harpur, 1991).

Muchos psicópatas cumplen con los criterios de clasificación del trastorno de personalidad antisocial, sin embargo, muchas personas con trastorno antisocial no son psicópatas ya que el trastorno de personalidad antisocial se encuentra muy presente en poblaciones con historial criminal, las cuales suelen ser muy heterogéneas con respecto a los rasgos de personalidad, actitudes y motivaciones que los orillan al comportamiento criminal.

Epidemiología y Etiología de la psicopatía

El origen de la psicopatía se ha discutido desde diferentes perspectivas, tal y como Borja y Ostrosky-Solís (2009) argumentan “existen una compleja interacción de factores genéticos, neurobiológicos, socioculturales y de aprendizaje en el desarrollo de desórdenes conductuales, como el trastorno de personalidad antisocial y la psicopatía” (p.161). Se habla de factores de riesgo medioambientales o demográficos que pueden contribuir a la psicopatía (Gunther, Vaughn & Philibert, 2010) como bajo estatus socio-económico (Silva, 2003), presencia de pandillas en el barrio (Mobilli & Rojas, 2006), condición de minoría (Ullrich, Farrington & Coid, 2008) y entornos escolares violentos con fracaso académico (Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Fleiz & Medina, 2005; Merrell, Buchanan & Tran, 2006). En relación al género se ha encontrado que la psicopatía está presente mas frecuentemente en los hombres (Gillet & Tamatea, 2012; Seara-Cardoso, Neumann, Roiser, McCrory & Viding 2012).

Sin embargo, una de las posturas más fuertes sobre el origen de la psicopatía es la de la relación directa entre una infancia vivida con abusos constantes y el desarrollo de conductas antisociales y delictivas en la vida adulta. Las investigaciones de Van der Horst (2011) parten desde la teoría del apego y postulan que la personalidad psicopática puede desarrollarse cuando miembros de la familia y los cuidadores no pueden proporcionar a los niños un sano sistema de apoyo que les permite sentirse comprendidos y aceptados. Asimismo, Borja y

Ostrosky-Solís (2009) encontraron en sus estudios con población convicta mexicana que los eventos traumáticos vividos durante la infancia y la adolescencia como acontecimientos estresantes, abuso físico, abuso emocional y abuso sexual, favorecen la manifestación de conductas violentas. Incluso se pudo observar una asociación entre la frecuencia de eventos vividos y el grado de psicopatía presentes en la vida adulta, es decir, a mayores eventos traumáticos vividos durante la infancia y adolescencia, mayor el número de conductas y rasgos de personalidad psicopática. Con frecuencia estos eventos traumáticos vividos en la infancia están relacionados con una desintegración familiar lo cual también ha sido asociado a la psicopatía (McDonald, Dodson, Rosenfield, & Jouriles, 2011). Además, se ha encontrado en los hermanos más jóvenes entre un gran número de hermanos y hermanas (Khan & Cooke, 2008; Lalumière, Harris, Quinsey, & Rice, 1998), cuando el padre presenta alcoholismo o comportamiento antisocial (Moffitt, 2005; Rodríguez et al., 2011) y cuando pasaron poco tiempo en los hogares de origen (García, Moral, Frías, Valdivia, & Díaz, 2012). Asimismo, existen estudios que sugieren cierta probabilidad en la herencia de este padecimiento (Simonsen & Birketsmith, 1998) éstos estudios también establecen que si existe una ausencia en la atención materna y un padre con características psicopáticas, el niño puede desarrollarlas con mayor facilidad.

Ressler (2012) pionero del término “asesino serial” quien ha hecho numerosas investigaciones con asesinos convictos confirmó la relación entre la presencia de una infancia violenta y el desarrollo de conductas violentas como el asesinato serial (Ressler & Burgess, 1985). Este autor argumenta que los comportamientos precursores del asesinato siempre han estado presentes en la persona y llevan mucho tiempo desarrollándose. Asimismo, sobre las entrevistas que le realizó a estos asesinos comenta que la mitad de ellos tenía algún pariente cercano con una enfermedad mental, la mitad tenía padres con antecedentes criminales y casi el 70% de los casos tenían un historial familiar de consumo abusivo de alcohol o drogas. Todos los asesinos habían padecido maltrato psicológico grave en la infancia y todos acabaron siendo lo que los psiquiatras denominan “adultos sexualmente anómalos”, es decir, incapaces de mantener una relación madura y

consentida con otra persona adulta (Prentky et al., 1989). También estos autores sostienen que, si bien en la infancia se viven eventos traumáticos, la preadolescencia es la segunda oportunidad que tiene la persona para no desarrollar conductas violentas siempre y cuando haya la presencia de una figura fuerte, tal vez un miembro de la familia extensa o alguien del entorno social del preadolescente como un maestro o un vecino. De lo contrario, el preadolescente se ve incapaz de desarrollar las habilidades sociales que son las precursoras de las habilidades sexuales y la base de las relaciones emocionales positivas (Ressler & Shachtman, 2012).

Se estima que 1% de la población mundial es psicópata, lo que significa que sólo en Norte América hay alrededor de 2 millones de psicópatas (Hare, 1993). La prevalencia de este tipo de trastorno de la personalidad en México va del 1% al 3% de la población mexicana, esto significa que cerca de 900 mil mexicanos son psicópatas. Mientras que el 25% de la población convicta en México es considerada psicópata (Ostrosky, 2008, en prensa).

Tipos de psicópatas

Hasta este momento se ha demostrado que los psicópatas no son un grupo homogéneo (Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld & Cale, 2003). Desde los estudios de Karpman (1948; 1955) se ha postulado la distinción entre los psicópatas primarios y secundarios también conocidos como psicópatas de baja ansiedad y psicópatas de alta ansiedad. Los psicópatas primarios o de baja ansiedad son aquellos que reflejan “una organización emocional instintiva de un subhumano” (Karpman, 1948, p.533) dicha organización emocional está repleta de déficits, sin embargo, de las variantes de psicopatía es el menos impulsivo debido a que logra planear sus acciones de manera fría y directa para maximizar las situaciones o cosas a su beneficio y goce, también es el que puntúa más alto en las escalas de psicopatía, sobre todo en la dimensión interpersonal y afectiva del Factor 1 de la Escala de psicopatía (PCL-R) (Hare, 1991) . Por todo lo anterior se ha dicho incluso que el psicópata primario es de tipo congénito (Porter, 1996). En

este sentido, existen estudios desde la genética que se refieren a la psicopatía como un conjunto de rasgos que se heredan por igual (Blonigen, Hicks, Krueger, Patick & Iacono 2005).

Mientras que el psicópata secundario usualmente suele tener una personalidad límite también conocido como “borderline” (Blackburn, 1996). Es aquel que se acerca más a un estilo neurótico impulsivo que sufre de depresiones y ansiedades cargadas de resentimiento que están muy relacionadas con vivencias tempranas como rechazo por parte de los padres, la imposición de castigos muy severos y/o abuso sexual (Porter, 1996). Contrario a los psicópatas primarios, quienes suelen venir de contextos socioeconómicos altos, los secundarios suelen venir de estratos socioeconómicos bajos y con esto, el psicópata secundario experimenta una adaptación a este maltrato y lo vuelve una persona acostumbrada al estrés quien en un futuro no se limitará en repetir la historia.

Es importante mencionar que las dos variantes de psicópatas según Karpman (1948) tienen características en común como problemas desde la infancia y la adolescencia, la tendencia a la irresponsabilidad, el comportamiento hostil y antisocial como el mentir, engañar y estafar. También comparten el no sentir empatía hacia los demás, especialmente en el caso de los psicópatas primarios por supuesto. En ambos tipos de psicopatía, sus relaciones son fugaces y carentes de formalidad y a pesar de vivir ciertas experiencias desagradables les cuesta mucho aprender de ellas. Sin embargo, a pesar de estas similitudes entre las variantes de psicopatía se les puede distinguir porque cada uno surge de manera diferente y las motivaciones que determinan su comportamiento también son distintas.

Es por ello que, establecer las diferencias entre las variantes de la psicopatía es de suma importancia ya que con esto se pueden trazar nuevas líneas de tratamiento. Según Karpman (1948) los psicópatas primarios son incurables debido a que son carentes de consciencia y son enteramente calculadores, egocéntricos e indiferentes de tener relaciones de afecto con los demás. De acuerdo con Mealey (1995) por la estructura de los psicópatas primarios

solamente podemos detectar y aprender a manejar las conductas de engaño que suelen tener, ya que pensar en un tratamiento para este tipo de psicópatas es algo sumamente complicado. Sin embargo, algunos autores han argumentado que los esfuerzos de tratamiento dirigidos hacia los psicópatas primarios deben concentrarse no en alterar sus rasgos de personalidad como tal, más bien sería el lograr proporcionarles salidas constructivas a estos rasgos, por ejemplo, la práctica de ciertos deportes (Suedfeld & Landon, 1978). Sin embargo, la psicopatía secundaria es algo que puede ser prevenido reduciendo la estratificación social y haciendo intervenciones tempranas con los niños que se encuentran en una situación vulnerable por su condición familiar y que por ende se encuentran en riesgo de desarrollarla. Se focaliza mucho los vínculos con la familia porque es donde surge realmente la psicopatía secundaria, ya que un niño puede vivir en un contexto que a lo mejor no le favorezca por ejemplo vivir en una zona geográfica donde predomine el vandalismo, sin embargo, si este niño logra afianzar esos primeros vínculos con los padres puede crecer como un niño con la capacidad de generar juicios sociales que en un futuro le permitan conducirse hacia una mejor adaptación.

Contrario a los psicópatas primarios, los secundarios si tienen consciencia pero se encuentra dañada debido a las fuertes experiencias hostiles vividas. Es por ello, que en ocasiones los psicópatas secundarios logran manifestar rasgos sociales positivos y emociones como la culpa, la empatía, el amor, deseo de ser aceptados. En este sentido, se ha encontrado que los psicópatas secundarios son más capaces de responder a la psicoterapia porque su comportamiento está basado en un conflicto de fondo relacionado con la capacidad de moral y ética del individuo que nace en esos primeros vínculos. Como se mencionaba en el capítulo 1 los primeros vínculos representados por los padres al no cumplir con su función parental, a largo plazo logran gestar seres humanos carentes de empatía y habilidades sociales (Porter, 1996).

Rasgos de personalidad y psicopatía

El trastorno de personalidad es definido como una perturbación relativa a uno mismo, a los otros y con respecto al ambiente, la cual es crónica y evidente desde la infancia continuando en la adolescencia y logrando persistir durante la edad adulta. Los rasgos de una personalidad trastornada son rígidos e inflexibles, lo cual hace que el sujeto no logre adaptarse adecuadamente al ambiente que le rodea (Garrido, 2012). En este sentido, lo que diferencia al psicópata de otros trastornos de personalidad es su sintomatología, los rasgos que presentan y el hecho de que experimenta placer cuando logra sus objetivos a partir de dañar a los demás.

Dentro de los primeros estudios sobre personalidad y psicopatía (Eysenck & Gudjonsson, 1989) se empezaron a cuestionar la necesidad de distinguir a las personas que cometen crímenes en general de los psicópatas ya que dentro de los estudios que estos autores llevaron a cabo, encontraron que tanto los psicópatas como el resto de las personas que cometen crímenes tienen un comportamiento antisocial, sin embargo, argumentaron que era probable que tuvieran rasgos de personalidad diferentes. Más adelante, con el desarrollo del modelo de los 5 grandes factores de la personalidad “The big five” (Goldberg, 1990; John, 1989; McCrae, 1990) algunos investigadores empezaron a comparar estos 5 factores de personalidad con la psicopatía y encontraron lo siguiente:

Neuroticismo: dependiendo del tipo de psicópata (ver capítulo 3) el neuroticismo es un factor que muestra al psicópata primario con pocos rasgos ansiosos a diferencia del secundario que suele ser más ansioso. Ambos tipos de psicopatía cuentan con pocos rasgos depresivos.

Extroversión: de acuerdo con este factor de personalidad y la psicopatía se puede expresar en rasgos como búsqueda de estimulación, poca calidez e impulsividad (Hare & Jutai, 1989; Kosson & Newman, 1986).

Amabilidad: la amabilidad y la psicopatía se han encontrado fuertemente orientadas hacia polos negativos es decir, se pueden observar rasgos como

crueledad, egoísmo, tendencia a la manipulación, orgullo, insensibilidad y hostilidad (Costa, McCrae & Dembroski, 1989).

Apertura a la experiencia: rasgos como poca apertura de los sentimientos, autoritarismo y dogmatismo se han asociado con la psicopatía de acuerdo con este factor de personalidad (McCrae & Costa, 1985).

Responsabilidad: este factor se ha relacionado con la noción irreal e inflada que los psicópatas tienen sobre ser excepcionalmente competentes en sus habilidades, sin embargo, a pesar de tener esa imagen de sí mismos mostraron ser poco disciplinados (Harpur, Hart, & Hare, 1994).

En años recientes se ha planteado la necesidad de crear un perfil de rasgos de personalidad psicopática a partir del modelo de los 5 factores de personalidad ya que de acuerdo a lo mencionado anteriormente, los diferentes factores de personalidad en el psicópata se expresan desde rasgos más desadaptativos, por lo tanto, Lynam y Widiger (2007) y Lynam *et al.* (2011) comenzaron a desarrollar un perfil de personalidad psicopática basada en el modelo de los 5 grandes factores de personalidad. Este perfil consta de 18 rasgos los cuales comienzan con las descripciones de los factores originales pero descritos de una forma en la cual la psicopatía tiende a manifestarse. A partir de esto, construyeron un instrumento el cual validaron y recibe el nombre de Elemental Psychopathy Assessment (EPA) que logra describir los principales rasgos de personalidad psicopática. A continuación en la Tabla 2 se muestran los 5 factores de personalidad (FFM) con sus respectivos rasgos junto con los 18 rasgos de psicopatía (EPA).

Tabla 2

Rasgos de personalidad del psicópata según FFM y EPA (Lynam & Widiger, 2007; Lynam et al. 2011)

Factores de la FFM original	Escala EPA
	EPA Oposición
E1: Calidez	Frialdad
A1: Confianza	Desconfianza
A2: Sincero	Manipulación
A3: Altruista	Egocentrismo
A6: Compasivo	Crueldad
	EPA Estabilidad emocional
N1: Ansiedad	Despreocupación
N3: Depresión	Complaciente consigo mismo
N6: Vulnerabilidad	Invulnerabilidad
	EPA Desinhibición
N5: Impulsividad	Urgencia
E5: Búsqueda de estimulación	Amante de la adrenalina
A4: Complaciente	Oposicionismo
C3: Obediente	Desobligado
C5: Disciplinado	Impersistente
C6: Meticuloso	Precipitado
	EPA Narcisismo
N2: Enojo y hostilidad	Enojo y hostilidad
N4: Timidez	Seguridad en sí mismo
E3: Asertividad	Dominante
A5: Modestia	Arrogancia

*Nota: FFM: 5 Factores de personalidad; N: Neuroticismo, A: Agradabilidad, C: Responsabilidad, O: Apertura a la experiencia; EPA: Elemental Psychopathy Assesment. Adaptado de "Psychopathy from a Basic Trait Perspective: The Utility of a Five-Factor Model Approach," por D.R. Lynam y J. D. Miller, 2014, *Journal of Personality* p. 6.

Rasgos de personalidad según el tipo de psicopatía

De acuerdo con la clasificación de los tipos de psicópatas (ver Capítulo 3) se han estudiado las diferencias de personalidad entre el psicópata primario y el secundario. Uno de los rasgos de personalidad que más distingue a los tipos de psicopatía es la reacción ante el estrés ya que el psicópata primario parece tener una reacción ante el estrés muy por abajo del secundario. Asimismo, algunas de las escalas de la Multidimensional Personality Questionnaire MPQ-BF (Patrick, Curtin, & Tellegen, 2002) muestran al psicópata primario como alguien que no evita lastimar a las demás personas además, suelen tener rasgos de alguien que planea y piensa antes de llevar a cabo sus actos, de igual forma, parece que el psicópata primario es el menos temeroso y tiene mayor facilidad para entablar relaciones sociales (Hicks, Markon, Patrick, Krueger, & Newman, 2004).

Sin embargo, el psicópata secundario mostró tener una mayor tendencia a ser una persona agresiva, impulsiva con dificultades para lidiar con el estrés, con rasgos paranoides porque puede llegar a ver el mundo lleno de enemigos potenciales. Por lo mismo, tienen más rasgos antisociales y problemas delictivos a corta edad, así como un coeficiente intelectual más bajo que los psicópatas primarios. Además, los psicópatas secundarios suelen reportar más rasgos de alcoholismo (Hicks, Markon, Patrick, Krueger & Newman, 2004).

Clasificación de internos de prisiones según sus rasgos de personalidad

Megargee (Megargee & Bohn, 1977) fue uno de los primeros investigadores interesados en un método de clasificación para internos de prisiones a partir de evaluación de rasgos de personalidad con el uso del MMPI. El propósito principal por el cual se desarrolló este método de clasificación fue para determinar las necesidades psicológicas de los internos, así como la detección de aquellos que representan un riesgo para ellos mismos o para los demás ya sea el personal de la prisión o el resto de la sociedad.

La clasificación consiste en 10 perfiles de internos a quienes los investigadores otorgaron los nombres de *Able*, *Baker*, *Charlie*, *Delta*, *Easy*, *Foxtrot*, *George*, *How*, *Ítem* y *Jupiter*. *Able* es descrito como enérgico, con confianza en sí mismo, manipulador y con poca culpa por cometer actos antisociales; opuesto al caso de *Baker* quien es introvertido y con tendencias depresivas además de que muestra ciertas dificultades para relacionarse con la autoridad. Mientras tanto, *Charlie* es aquel interno que es hostil y listo para enfrentarse con sus compañeros.

Por otro lado, *Delta* es aquel que es menos agresivo, sin embargo, muestra poca moralidad y suficientes habilidades interpersonales que le permite manipular a los demás. El perfil de *Easy* es alguien adaptado e inteligente, pero sin la capacidad de lograr sus metas, mientras que el tipo *Foxtrot* aparece como un interno que ofende constantemente y por lo mismo padece constantes conflictos interpersonales contrario al perfil que muestra *George* el cual es dócil y adaptable.

Posiblemente el tipo de perfil con más distorsiones es el tipo *How*, quien es el que se muestra extremadamente agitado e inestable cuyos crímenes parecen ser sólo un componente de un amplio patrón de funcionamiento interpersonal ineficaz. Mientras que el tipo *Ítem* se muestra como un sujeto normal y bien ajustado cuyas ofensas no se ven relacionadas con problemas interpersonales o intrapersonales. Finalmente, los de tipo *Júpiter* son internos impulsivos pero que hacen un esfuerzo por adaptarse al ambiente de la prisión.

A continuación, se explicarán los componentes de la psicopatía por lo cual todo lo mencionado en el presente capítulo, va a permitir entender este trastorno de personalidad desde su etiología hasta la posibilidad de intervenirlo a partir de los rasgos de personalidad que la definen.

CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO DE LA PSICOPATÍA

Entender el fenómeno de la psicopatía ha llevado varias décadas a los investigadores, hasta ahora ya puede entenderse en qué consiste y también cuáles pueden ser algunos de los factores de riesgo que están involucrados en este trastorno. Sin embargo, la parte que confiere al tratamiento de estos pacientes se ha encontrado muy dividida entre autores que describen a la psicopatía como extremadamente difícil de tratar (Losel, 1998; Ogloff, Wong, & Greenwood, 1990; Rice, 1997) y aquellos que si ven una posibilidad de tratamiento para esta psicopatología (Salekin, 2002; Reisel, 2014).

Los autores que sostienen la postura de ver al tratamiento de este trastorno como algo sumamente complicado, argumentan que esta dificultad radica en la elevada tendencia a la violencia y, que a diferencia de otro tipo de trastorno, los psicópatas responden menos a los diferentes tratamientos y también logran en muchos casos alterar el tratamiento de los que los rodean (Hare, 1999).

Hare (1993) ha observado que muchos psicópatas participan en diversos programas de tratamiento ofrecidos por la prisión, muestran su mejor cara, manifiestan un 'progreso remarcable', convencen a los terapeutas y al comité de libertad condicional de que se han reformado y son consecuentemente liberados. Es por ello, que se ha argumentado que la terapia individual y grupal puede ser una escuela para psicópatas ya que parecen aprender poco acerca de ellos mismos en terapia, pero aprender más sobre otros, y luego audazmente usar dicha información (Meyer, 1999) para su beneficio. Incluso se han observado resultados desalentadores en algunos programas de tratamiento como la de Seto y Barbaree (1999) que encontraron que aquellos psicópatas que reflejaban mayor avance en un tratamiento de tipo cognitivo-conductual con prevención de recaídas eran quienes mostraron tener mayor probabilidad de reincidir particularmente en conductas violentas.

Según Salekin (2002) lo anterior refleja un pesimismo terapéutico el cual disminuye la motivación para buscar modos eficaces de intervención para los

individuos psicópatas, de acuerdo con una revisión a diferentes estudios que este autor llevó a cabo, reveló que no hay base científica que sustente la creencia de que la psicopatía es un trastorno incurable y que incluso la psicoterapia logró generar un beneficio en algunos psicópatas tratados. Asimismo, Reisel (2014) argumenta que parece que hay dos maneras que definen a alguien como un psicópata y cómo tratar este padecimiento. Una es que se usa como excusa para no intervenir, para no ofrecer terapia, para renunciar a aquellas personas que se consideran los tipos más empedernidos, los que son los más difíciles de alcanzar. En segundo lugar, es que lo puede utilizar como una base para la interacción aún más intensiva en la intervención. Todo esto en relación a lo que numerosos autores han manejado en relación a lo complicado que ha sido intervenir a este tipo de población.

Sobre los tratamientos que tuvieron éxito se encontró (Salekin, 2002) que eran los de tipo intensivo, incluyendo un promedio de cuatro sesiones de psicoterapia individual por semana, durante al menos un año. También los que incluían psicoterapia de grupo, además de psicoterapia individual, resultaban ser benéficos así como los programas de tratamiento que incorporaban a miembros de la familia. Harris y Rice (2006) reconocieron que existen estudios que muestran resultados positivos para el tratamiento de la psicopatía, pero señaló que muchos de los estudios que demuestran efectos positivos eran estudios de caso, de ahí la importancia de esclarecer las diferencias entre los psicópatas que pueden ser tratados, de los que no. Estas diferencias deberían ser tomadas en cuenta para la construcción de un tratamiento eficaz para esta población.

Por supuesto, existen algunos intentos de intervención o líneas mediante las cuales los expertos han tratado de conducirse, a continuación se mencionarán algunas de ellas. Sin embargo, algo que es importante señalar es que el tratamiento de adolescentes con rasgos psicopáticos ha tenido más éxito que el de adultos (Salekin, Worley, & Grimes, 2010).

Tratamiento en población adolescente

Se ha observado que las intervenciones tempranas con niños y adolescentes con rasgos psicopáticos tiene un mayor índice de éxito que en el caso de los adultos (Forth & Burke 1998). Sin embargo, tanto los delincuentes adultos psicópatas como los delincuentes juveniles con psicopatía, reinciden más que los jóvenes sin este trastorno, pero de nuevo es imposible por lo menos hasta ahora contestar a la pregunta de si un buen diseño de tratamiento ha tenido éxito o no con esta población (Garrido & López, 2012).

Algunos autores comentan que el trabajo que deben llevar a cabo los padres durante los primeros seis años es la socialización del niño, enseñarle que vive en un mundo en el que también viven otras personas y que es importante interactuar con ellas. Después, la etapa que comprende de los ocho a los doce años es crítica ya que en este periodo se ha observado que inician muchas de las conductas desviadas, si no existe la presencia de una figura paterna (Ressler & Shachtman, 2012).

En este sentido, se sabe que aquellos niños y adolescentes que tienen un comportamiento impulsivo e hiperactivo, así como aquellos que están en riesgo de estar sufriendo abuso o descuido, pueden ser intervenidos tempranamente para prevenir que desarrollen una personalidad psicopática (Borja & Ostrosky-Solís, 2009). Y se están intentando desarrollar técnicas que permitan conocer cómo es que se procesan y ejecutan ciertas emociones de tipo moral para que de esta forma se puedan elaborar e implementar programas de rehabilitación adecuados para personas con psicopatía (Ostrosky-Solís & Vélez, 2008).

Sobre el tratamiento de adolescentes con psicopatía, ha habido mucha controversia en relación a considerar que un niño o adolescente puede ser diagnosticado con este tipo de patología. Existen algunos autores que argumentan que los rasgos de personalidad psicopática son relativamente estables desde la adolescencia a la edad adulta, que hay semejanzas notables en la literatura sobre psicopatía en adultos y que este padecimiento emerge en los niños y adolescentes

(Lynam, Caspi, Moffitt, Loeber, & Stouthamer, 2007). Mientras que otros autores refutan este hecho diciendo que no puede diagnosticársele a un adolescente con psicopatía debido a que es una etapa de desarrollo importante y que en las escalas de psicopatía algunos rasgos no se presentan aún en la adolescencia. (Seagrave & Grisso, 2002). Asimismo, Forth y Burke (1998) también señalan que los menores identificados como psicópatas pueden ser más maleables y pueden llegar a beneficiarse más de un tratamiento que sus colegas mayores.

Tratamiento en población adulta

Lykken dijo que “El orgullo puede ser un antídoto eficaz para la psicopatía” (Lykken, 1995, p. 229) debido a que como no sienten nada hacía los demás, lo único que puede importarles son ellos mismos, por lo cual hacerles ver que ellos pueden resultar afectados por su propio comportamiento puede hacer que modifiquen su conducta.

Uno de los principales autores que aborda la parte de tratamiento en psicópatas es Lösel (1998). Sus aportaciones se basan en los estudios de Hare (1991) autor de la Escala de Psicopatía *Psychopathy Check List Revised (PCL-R)*. En este sentido, Lösel (1998) propone una serie de puntualizaciones, que refiere como adecuadas para el desarrollo de tratamiento en psicópatas, dentro de las que se encuentran:

a) Conceptualización

A partir de una revisión de las principales teorías y tratamientos de la psicopatía (Hare & Schalling, 1978; Blackburn, 1993; Serin, 1995; Suedfeld & Landon, 1978) Lösel (1998) concluye que a pesar del mucho progreso en el conocimiento básico sobre psicopatía, aún no existe una teoría coherente. Y que el tratamiento con psicópatas no debería de centrarse exclusivamente en determinadas escuelas o tradiciones de la psicoterapia, en lugar de eso, las intervenciones deben centrarse en el cuerpo de conocimientos sobre lo que se sabe acerca de las causas y la

reincidencia, uniendo conceptos modernos de psicoterapia Integrativa. Dicho concepto de terapia debe incluir indicadores de logros en metas, los cuales deben de mostrar los avances o déficits en el procesamiento de la comprensión emocional, así como considerar comorbilidades realistas y muy específicas. Finalmente, el tratamiento debe contener recompensas positivas, y tomar en consideración los riesgos de abusar de elementos de programa.

b) Minuciosa evaluación dinámica del cliente.

Es necesario inicialmente establecer un diagnóstico de riesgo, peligrosidad y posibles líneas de tratamiento. Ya que muchas personas pueden tener ciertos rasgos de psicopatía pero no cumplir con el criterio de diagnóstico completo. Dicho diagnóstico debe realizarse a partir de entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo por expertos en el tema y con el principal instrumento validado de psicopatía *Psychopathic Check List Revised* (Hare, 1991; 1993).

c) Servicio Intensivo

Es necesario no sólo debido a las características del trastorno de la personalidad que presentan, sino también debido a su poca motivación para el cambio o rechazo al tratamiento. Una vez a la semana durante una hora, simplemente no va a crear mucho cambio.

d) Intervención planificada y lugar de tratamiento distinto.

Es importante establecer reglas claras, derechos y responsabilidades. Esto ayuda a los psicópatas a estructurarse en un sistema donde ellos no puedan tomar el control de la dinámica del entorno. Como es el caso de muchas prisiones en las cuales el psicópata toma el rol de líder. Asimismo, se evita un contagio social sobre las conductas antisociales y puede dárseles un tratamiento que se adapte a las necesidades particulares que tiene este trastorno, como la manipulación del tratamiento que el psicópata puede intentar llevar a cabo.

Otras sugerencias para el tratamiento por Lösel (1998) incluyen: desarrollo de un clima institucional prosocial y con reglas, siguiendo el principio de necesidad, y responsabilidad, particularmente con los métodos cognitivo-conductuales, realizando la integridad del tratamiento, minuciosa selección, entrenamiento y supervisión del personal, neutralización de las redes sociales desfavorables, fortalecimiento de los mecanismos protectores naturales, intervención temprana y la reducción de refuerzo social negativo. Asimismo, sugiere colaborar a reducir su dependencia del alcohol, drogas, reforzar el seguimiento y la supervisión en la familia y en el entorno cotidiano.

Estudios realizados en México (García, Moral, Frías, Valdivia, & Díaz, 2012) refieren, con relación al tratamiento del psicópata, que sería importante otorgar diferentes espacios en prisión para los presos psicópatas de los no psicópatas. Y que los servicios terapéuticos también podrían ser proporcionados a reclusos psicópatas para ayudarles con su funcionamiento social y afectivo. Las sesiones de terapia podrían centrarse en el papel del terapeuta como figura de apego que proporciona la aceptación incondicional. Donde la relación terapéutica ayudaría a crear una sólida base emocional e interpersonal, que los reclusos psicópatas necesitan mucho (Ansbro, 2008).

Asimismo, el tratamiento para los psicópatas se enfrenta directamente con las herramientas terapéuticas de transferencia y contratransferencia. La transferencia implica establecer relaciones emocionales con personas significativas y con la figura del terapeuta, aspectos en los cuales residen los problemas centrales de la personalidad psicopática (Lösel, 1998). En este sentido, Cox (1999) sugiere que un grupo terapéutico ofrece numerosas posibilidades de transferencia lo cual puede beneficiar más al psicópata.

En años recientes se ha empleado la justicia restaurativa en algunos de los presos con psicopatía. Esta forma de intervención nace de algo que es llamado Neurociencia de la justicia restaurativa desarrollada por Reisel (2014) la cual consiste en que el psicópata se responsabilice de sus actos a través de estimular la amígdala, estructura del cerebro responsable del procesamiento de las

emociones y la empatía. Esto se llevará a cabo a partir de un encuentro cara a cara con víctimas del delito que cometieron. Sólo con esto el psicópata podrá ver a la víctima como una persona real con pensamientos y emociones. Se busca estimular la amígdala de los internos con psicopatía porque este investigador encontró que dicha estructura cerebral en los psicópatas se encuentra deficiente, por lo tanto, el proceso de la empatía está afectado.

Reisel (2014) sugiere este tipo de tratamiento a los psicópatas a partir de sus estudios realizados en ratones los cuales fueron privados de cualquier contacto con el exterior tal como es en las celdas de las cárceles de máxima seguridad y se observó que aparecían comportamientos raros y repetitivos, logrando perder su capacidad para relacionarse con los demás ratones, situación muy parecida con los humanos ya que ambos somos especies naturalmente sociales. A partir de estas investigaciones, el autor concluye que los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo moral, por lo tanto, pretender desarrollarlo en la etapa adulta es más complicado. Pero no imposible, ya que se ha demostrado que la amígdala en el cerebro adulto puede modificarse, no al grado de volver un psicópata una persona dedicada al altruismo, pero si una persona que socialmente pueda adaptarse.

Por lo tanto, mantener encarcelados a los psicópatas inhibe aún más su amígdala y si en algún momento cumplen su condena y quedan libres su procesamiento emocional y la empatía serían prácticamente nulas. Lo cual puede ser una de las explicaciones a las altas tasas de reincidencia.

En los anteriores capítulos se explicaron los principales elementos que involucran a la psicopatía desde una perspectiva clínica lo cual va a permitir llevar a cabo una evaluación de la personalidad de un psicópata y las características conductuales bajo las cuales se rige, con esto se pretende poder generar mejores alternativas terapéuticas para este trastorno.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PSICOPATÍA SECUNDARIA

Justificación

La investigación sobre psicopatía en México es escasa, y en su mayoría la hacen desde la evaluación de factores de riesgo asociados a esta problemática, así como la estandarización de instrumentos que la miden (Ostrosky, Ruíz, Arias & Vázquez, 2008; Borja & Ostrosky-Solís, 2009; García, Moral, Frías, Valdivia & Díaz, 2012.).

La intervención clínica a los psicópatas es complicado ya que no sienten que deban ser tratados porque a simple vista no parecen enfermos y sus actos no les conllevan un sentimiento de culpa que les permita percibir el daño que se causan a sí mismos y a los que los rodean. En este sentido, Garrido (2003) argumenta que los psicópatas no tienen una pérdida de contacto con la realidad, ni experimentan los síntomas característicos de la psicosis, como alucinaciones, ilusiones o profundo malestar subjetivo y desorientación. A diferencia de los psicóticos, los psicópatas son plenamente racionales y conscientes de lo que hacen y por qué lo hacen. Esto convierte el tratamiento del psicópata en un verdadero reto para la psicología ya que implica tratar a un individuo que no presenta una demanda de atención terapéutica.

La importancia del presente estudio reside en que a nivel global el tema de la psicopatía ha tomado una importancia considerable en el ámbito de la salud mental (Felthous & Saß 2007), así como en el sistema de justicia sin embargo, en nuestro país no existen datos precisos sobre la prevalencia de este trastorno. Añadiendo a su vez, la dificultad que ha representado para los investigadores aportar un tratamiento eficaz para este tipo de población en México.

Los modelos de tratamiento que se han estudiado y probado sugieren que un enfoque integrativo es la mejor vía de tratamiento para internos con desórdenes de personalidad como la psicopatía (Livesley, 2007). Esto significa que deben estar compuestos por una combinación de diversos tratamientos con evidencia y

consideraciones racionales de efectividad que facilite el desarrollo de un funcionamiento más integrado y coherente de la personalidad de estos pacientes.

El modelo integrativo de psicoterapia que se sugiere llevar a cabo, surge de lo que se conoce como integración asimilativa la cual parte de modelo teórico base donde es posible importar progresivamente y de manera atenta algunas técnicas provenientes de otras escuelas de la psicología, con la conciencia de las posibles modificaciones y/o impactos que se pudieran surgir (Messer, 2001). Por lo tanto, los modelos base bajo los cuales se sustentará la presente propuesta de tratamiento, es la Terapia de Esquemas y la Entrevista Motivacional. La primera de ellas, consiste en una forma de psicoterapia integrativa que combina elementos cognitivos, conductuales, psicodinámicos, de las relaciones objetales y humanistas/existenciales del paciente (Young, Klosko & Wheishar, 2003). Mientras que la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991) es un enfoque de terapia breve que aborda y trata las ambivalencias al tratamiento basadas en falta de motivación, sus postulados proponen abordar al paciente desde una comprensión y comunicación empática que permita crear una atmósfera de cambio para poder generar las suficientes disonancias cognoscitivas que propicien poner en duda los comportamientos antisociales del paciente y con ello generar un discurso de cambio propio.

A partir de los modelos mencionados se integrarán diversas técnicas terapéuticas en los diferentes módulos de tratamiento, tanto de manera individual como grupal, buscando siempre una correspondencia entre este tipo de trabajo; es decir, que los temas propuestos para las sesiones individuales serán llevados a las grupales con el debido cuidado de confidencialidad, ya que pueden existir aspectos que los pacientes no deseen abordar en sesiones grupales pero que tal vez si puedan estar abiertos a escuchar de la experiencia de algunos de los demás miembros del grupo. Esto permitirá al interno integrar todo lo adquirido en las diferentes fases de tratamiento y al mismo tiempo favorecerá que repita patrones de colaboración más asertivos.

El presente modelo, a pesar de tener un enfoque predominantemente clínico, no descarta la posibilidad de un tratamiento farmacológico que permita que la intervención terapéutica sea más efectiva. En este sentido, se ha encontrado que fármacos moduladores del neurotransmisor serotonina pueden ayudar a regular el estado de ánimo del individuo principalmente el control de la ira así como las conductas impulsivas propias del psicópata secundario (Soderstrom et al., 2003).

En lo que se refiere al contenido de un tratamiento integrativo, se recomienda que los tratamientos estén dirigidos a tratar las características de comportamiento y cognición antisociales ligados al Factor 2 más que los de personalidad del Factor 1, de acuerdo con el modelo de psicopatía de Hare (1991), debido a que se ha demostrado que la faceta afectiva de la psicopatía muestra menos cambios después de una intervención terapéutica. Este tratamiento debe darse a través del moldeamiento de roles y reforzando nuevas habilidades prosociales para reducir la violencia (Wong & Hare, 2005), tratando de desarrollar en el psicópata el reconocimiento de sus fortalezas y con ello implementar nuevas habilidades en solución de problemas. Mismas que aplicarán posteriormente en un involucramiento social con los demás internos, familiares y si es posible con las víctimas de los delitos que cometió tal como se ha llevado a cabo en otros estudios (Reisel, 2014).

Sin embargo, a pesar de que la faceta afectiva es la más difícil de tratar, la presente propuesta de tratamiento sí involucra su intervención. Se propone llevarlo a cabo durante todo el proceso de tratamiento con intensidad progresiva y de manera permanente. Es decir, en un principio el interno probablemente no desee abrir aspectos de sus primeros años de vida porque puede resultar doloroso y lo suficientemente frustrante para poner resistencias, que lo muestren evasivo o agresivo, pero con el transcurrir de las sesiones, con una alianza terapéutica fortalecida, se pretenderá ir haciendo una resignificación de los vínculos del paciente. A pesar de que exista poca probabilidad de cambio en esta faceta no es razón suficiente para permanecer en la visión pesimista (Salekin, 2002) que se tiene del tratamiento para este tipo de personas cuando si existen estudios,

aunque pocos, de cambios en las características de personalidad del Factor 1 (Chakssia, Ruiterb, & Bernstein, 2010).

Lo que se esperaría encontrar en el tratamiento de psicópatas en prisión, y para lo cual los terapeutas deben estar preparados, es la tendencia a una pobre adherencia terapéutica expresada en comportamientos disruptivos durante las sesiones de terapia por ejemplo, tratar de manipular a los demás, decir mentiras o mostrarse demasiado importante ante los otros (Olver, Lewis, & Wong, 2013). Asimismo, intervenciones inapropiadas como simplificar un tratamiento a un entrenamiento conductal pueden resultar perjudiciales e incluso aumentar la probabilidad de reincidencia en los psicópatas en reclusión (Rice, Harris, & Cormier, 1992) por lo cual, toda intervención que se pretenda llevar a cabo debe estar basada en investigaciones que estén sustentadas y con apego a las normas éticas. Por la misma complejidad que implica tratar a este tipo de pacientes sería un error creer que individuos con un gran historial de comportamiento delictivo se volvieren ciudadanos “modelo” (Wong & Hare, 2005) sin embargo, se puede esperar que lleguen a ser individuos menos propensos a involucrarse en comportamientos criminógenos lo cual sería muy benéfico para la sociedad.

Asimismo, el presente trabajo puntualiza la importancia de una adecuada evaluación del paciente, esto va a permitir que se filtre a la población con psicopatía, de la que no padece este trastorno. Posteriormente se sugiere obtener una evaluación de los rasgos de personalidad del paciente para poder entender la dinámica interna de éste y con ello determinar su tratabilidad (Lösel, 1998). En capítulos posteriores se presentará un caso ilustrativo de evaluación de psicopatía secundaria a partir de la Escala de psicopatía de Hare (2003) y del MMPI-2-RF (Ben-Porath & Tellegen, 2008).

Es importante remarcar que durante la recopilación de datos del paciente, es necesario identificar en el psicópata sus particulares factores de riesgo, sus patrones delictivos y el consumo de sustancias ya que la presente propuesta no involucra tratamiento para ello, por lo cual deberá ser canalizado a un tratamiento de adicciones paralelo a este. Esto permitirá que el tratamiento sea el que se

adapte a las necesidades del interno aun cuando haya fases que, por su misma naturaleza, tengan que trabajarse en grupo. Es por ello, que la presente propuesta de tratamiento en general fue diseñada para perfiles de psicopatía secundaria por lo cual puede ser aplicado a sujetos que cumplan con los criterios de clasificación de psicopatía (puntuación 25 en adelante en PCL-R con predominancia en el Factor 2).

Características del terapeuta y de las instituciones.

Terol (2008) hace las siguientes recomendaciones sobre las características del terapeuta y de las instituciones para la adecuada intervención de este trastorno de personalidad:

Los terapeutas deben entender las bases psicodinámicas de la conducta criminal ya que si la intervención contempla analizar las relaciones internalizadas del paciente se debe conocer previamente el estado de su superego, para poder distinguir a los psicópatas que pueden ser tratados de los que no. Hasta el momento, se ha estudiado diversas formas para abordar al psicópata sin embargo aplicar lo mejor de los modelos cognitivo-conductuales apoyado en la psicodinámica es la mejor vía para el tratamiento de estos pacientes, por lo tanto, el terapeuta debe tener los conocimientos suficientes de éstos modelos para poder abordarlo apropiadamente.

Asimismo, el terapeuta debe ser perceptivo e intuitivo para poder evitar caer en la manipulación latente del psicópata, debe ser accesible, comprensivo y empático con él, manejando en su proceso terapéutico individual los posibles sentimientos de repulsión que le genere el historial criminal del paciente. Sin embargo, los límites que establezca con el psicópata deben ser claros y firmes.

Durante todo el proceso de intervención el psicólogo debe ser un modelo de identificación, esto va a permitir generar un referente para el interno y con ello dar paso a nuevas conductas que posteriormente en generalicen en la sociedad.

Un aspecto de suma importancia es la contratransferencia que el psicópata propicia en el terapeuta, en principio por los temores que giran en torno a su falta de empatía, moralidad y su marcada tendencia hacia la crueldad. Asimismo, la dificultad que representa tratar a este tipo de pacientes que carecen de una demanda propia de tratamiento puede provocar en el terapeuta una sensación de fracaso terapéutico, con pensamientos de incapacidad para generar un cambio. Es por ello, que el profesional debe ir un paso adelante ante las posibles reacciones contratransferenciales (Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 2003; Meloy, 2001; & Strasburger, 2001) que el psicópata pueda generar, empezando por una alianza terapéutica ilusoria en la cual se cree establecer un vínculo entre el paciente psicopático y el psicólogo pero en realidad pudiera tratarse de algo falso que el paciente esté manipulando para obtener alguna clase de beneficio.

También puede existir el miedo a recibir una agresión, ya que es claro que son pacientes con tendencias muy hostiles, es importante prevenir un posible daño investigando el grado y tipo de peligrosidad de cada uno de los pacientes. Ante una situación de riesgo para el terapeuta, se pueden presentar en él mecanismos de defensa como la negación e indefensión, en donde se minimicen los posibles daños que pueda provocar el paciente. La indefensión a su vez, puede conllevar a depositar en el psicópata una asunción de complejidad psicológica, es decir que se establezca una idea de que son sujetos muy difíciles de tratar y con un nivel intelectual superior al propio.

Si el psicópata logra percatarse de este tipo de inseguridades por parte del terapeuta puede incluso imitar o simular ciertos sentimientos o estados afectivos socialmente aceptables para mostrar una mejoría falsa. Sin embargo, es importante resaltar el hecho de que si pueden existir expresiones genuinas de mejoría en el paciente, pero en este tipo de perfiles no se presentan con tanta prontitud.

Un aspecto de suma importancia es que los terapeutas deben analizar sus limitaciones personales derivado de los sentimientos que les evocan este tipo de pacientes, ya que pudieran estar vinculados con temas pendientes de la vida

personal del psicólogo. Es probable que los fenómenos contratransferenciales acerquen al terapeuta a sus miedos o debilidades y a pesar de que son sentimientos inevitables por la naturaleza de los pacientes, es necesario compartir las reacciones personales con el resto del equipo de trabajo y por supuesto en el espacio terapéutico del psicólogo. Entonces, la supervisión constante entre los profesionales se convierte en un parteaguas para la eficacia del tratamiento.

Con relación a las características de las instituciones para el tratamiento de esta población, se sabe que el tratamiento por lo general se imparte en un régimen de internamiento por lo cual el clima del entorno es punitivo, lo que provoca que los pacientes vean al terapeuta como una figura de autoridad lo cual puede afectar la relación terapéutica porque pueden percibirlo como una persona lejana y con prejuicios. Asimismo, existen errores institucionales que reflejan una deficiencia e inconsistencia en los tratamientos, aunado a la falta de preparación de los profesionales que conducen a intervenciones inapropiadas y poco personalizadas.

Para ello Lösel (1998) propone filtrar a la población psicopática de la que no con el objetivo de que sea un tratamiento especializado para este tipo de internos, asimismo, sugiere realizar la integridad del tratamiento sin interrupciones burocráticas. También remarca la importancia de una minuciosa selección, entrenamiento y supervisión del personal de los reclusorios. Para lo cual se sugiere hagan de su conocimiento modelos prosociales para el control de los internos y que reciban entrenamiento en apaciguamiento verbal y habilidades disuasorias

Etapas de respuesta al tratamiento

El modelo transteórico o de la etapa de modelo al cambio (Prochaska et. al, 1992) aborda la disposición que el paciente muestra al cambio. El modelo postula que los individuos que modifican problemas de comportamiento atraviesan por cinco etapas: la pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

El estudio y consideración de cada una de estas etapas es de valiosa importancia porque ciertas intervenciones terapéuticas pueden ser efectivas en algunas de ellas y en otras no, incluso pueden llegar a ser contraproducentes. Por lo tanto, identificar en qué fase del tratamiento se va encontrando el paciente va a permitir que el proceso de tratamiento vaya transcurriendo apropiadamente, ahí radica lo que se mencionó anteriormente sobre que el tratamiento debe estar diseñado en función de las necesidades individuales del paciente, ya que algunos pueden permanecer más tiempo en una etapa que en otra, es por ello que el terapeuta debe observar cuidadosamente el transcurso y permanencia de una a otra ya que de esto va a depender su mejora.

La etapa de *pre-contemplación* se refiere al momento en el cual el paciente no presenta *insight* ni intención de cambiar en el futuro, presentan *mecanismos* de defensa como la negación que se expresa en dificultades para aceptar la responsabilidad de sus actos. En esta etapa el terapeuta debe centrarse en el desarrollo de la alianza terapéutica y la adherencia terapéutica así como en el fortalecimiento de la motivación al cambio. Asimismo, se aclaran las dudas del paciente con relación a su actual situación y las metas a futuro. En este momento se crean disonancias cognitivas respecto al comportamiento criminal que ha tenido y por medio de balances entre costo-beneficio del comportamiento criminal se remarca el alto costo que ha tenido éste para su vida. No se confronta la conducta del paciente simplemente se “pone sobre la mesa” los actos cometidos.

Mientras que los pacientes que se encuentran en la etapa de *contemplación* se muestran ambivalentes en reconocer sus actos lo cual les hace no mostrar ningún cambio de conducta en ese momento. En esta etapa el terapeuta deber centrarse en un trabajo de equilibrio decisional y evocar (ligeramente) razones para cambiar al mismo tiempo se buscará fortalecer la autoconfianza para el cambio.

La etapa de *preparación* combina las intenciones de cambiar con modificaciones en la conducta. Sin embargo, estas intenciones pueden mostrarse inestables. El terapeuta en este momento apoya al paciente a determinar el mejor curso de acción, estableciendo metas cortas de cambios de comportamiento que son planeadas, observadas y medibles. Se refuerzan los éxitos y se motiva a hacer un cambio sustancial.

Después la etapa de *acción* los pacientes presentan una constante modificación de los comportamientos, actitudes y contextos que albergaron sus problemas. Los cambios poco a poco se van volviendo más estables, por lo tanto, esta etapa es en la cual se debe hacer un profundo trabajo en la enseñanza de habilidades. El terapeuta colabora en el fortalecimiento de la auto-eficacia en solución de problemas y en el alcance de los objetivos de tratamiento que se plantearon en un principio.

Finalmente en la etapa de *mantenimiento* se utilizan técnicas de prevención de recaídas para consolidar, fortalecer y generalizar los cambios hechos en la etapa de acción. Por lo tanto, el papel del terapeuta consiste en motivar al paciente a practicar y generalizar las habilidades aprendidas en las situaciones nuevas que se le presenten; de igual forma, se identifican estrategias para prevenir recaídas a partir de reforzar la auto-eficacia para que el paciente continúe haciendo cambios por sí mismo independientes al tratamiento.

En este sentido, el principal reto de un paciente con rasgos de psicopatía es la sensibilización y motivación al tratamiento ya que como se mencionó en el Capítulo 3, los psicópatas carecen de una demanda de tratamiento debido a que no creen tener un problema, por lo tanto, la etapa de pre-contemplación en un

psicópata puede durar más que la de otros pacientes y si se hacen intervenciones prematuras propias de otra etapa pueden generar resistencias y abandono del tratamiento.

Técnicas de intervención y duración.

Existen estudios que muestran resultados favorables referentes a la eficacia en el tratamiento a la población psicopática, en uno de ellos (Chakhssi, Ruitter, & Bernstein, 2010), previo a la intervención los investigadores destinaron un periodo de observación de la población de 6 meses para determinar las características de los individuos psicopáticos y no psicopáticos. Posteriormente, los internos fueron introducidos en un tratamiento multimodal de orientación cognitivo-conductual de 19 meses, que incluía una sesión semanal de dos horas de terapia grupal, donde se abordaban todas las conductas criminales, buscando que tomaran la responsabilidad de sus actos formulando alternativas y estrategias para intervenir las conductas y cogniciones que desencadenan un evento antisocial. Asimismo, los pacientes recibieron dos horas a la semana de arte-terapia, un hora de terapia grupal basada en el entrenamiento en habilidades sociales, una hora de psicoterapia individual, una hora a la semana de entrenamiento en control de la ira y veinte horas a la semana en un programa institucional que proveía de educación y empleo a los pacientes.

Los resultados de este estudio arrojaron que un tercio de los psicópatas mejoraron conductualmente en su adaptación al entorno social, es decir, mostraron mejores habilidades de comunicación, asimismo, incrementaron su capacidad de *insight* lo que permitió que desarrollaran la capacidad de asumir la responsabilidad de sus actos. Estos resultados contradicen la creencia generalizada de que los psicópatas no pueden cambiar (Cleckley, 1988). Este tipo de estudios si remarcan la importancia de un programa de tratamiento intensivo, con personal calificado y sobre todo se trata de programas de intervención no apresurados, que respetan los tiempos de respuesta al tratamiento de los pacientes, por lo cual, los resultados obtenidos son en general favorables y están en correspondencia a los

demás estudios que sustentan la mejoría de los psicópatas en un tratamiento (Olver & Wong, 2009; Skeem, 2008; Skeem et al., 2002).

Por lo tanto, la presente propuesta retoma algunas de las premisas del tratamiento que se mencionó anteriormente, formando un modelo integrativo de intervención el cual estará constituido por diferentes técnicas integradas en módulos que corresponden a cada una de las etapas de respuesta al tratamiento del paciente. Asimismo, la propuesta contempla una apertura en el número de sesiones que se otorgue a cada uno de estos módulos, por lo cual se sugiere una intervención con duración mínima de 7 meses. La flexibilidad en el número de sesiones debe ser contemplada debido a las etapas de respuesta al tratamiento de cada paciente ya que en ello va a radicar su efectividad.

Se sugiere llevar a cabo las sesiones una vez a la semana, mientras que las sesiones grupales podrán ser una vez a la semana con duración de dos horas. Esto corresponde a un rango de entre 20-25 sesiones individuales y de 7 a 11 grupales como mínimo, más el módulo de control de ira que contempla una intervención de 10 días de técnicas de respiración y meditación.

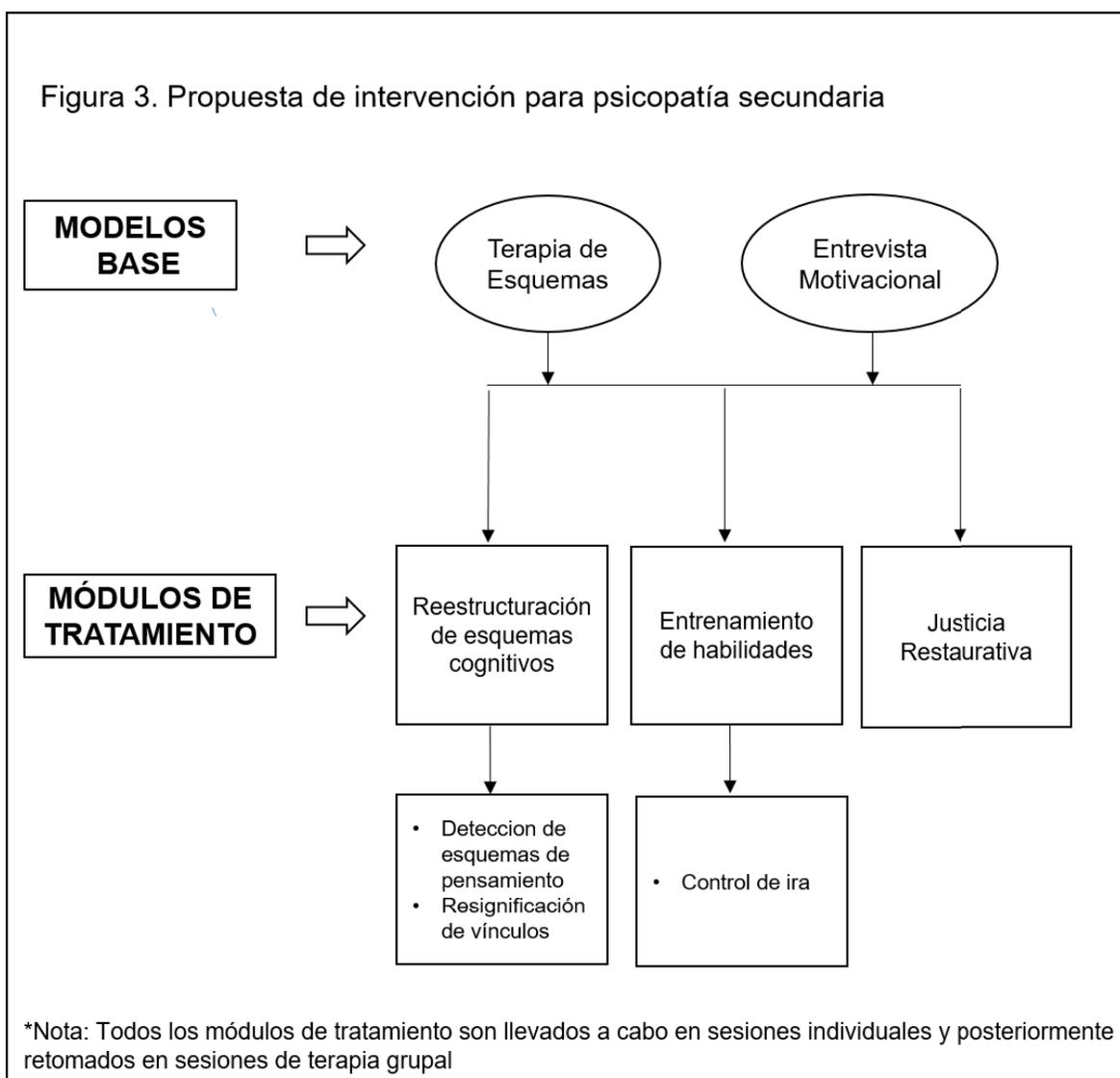
El inicio de la intervención estará guiada por una sesión de encuadre, posteriormente se sugieren entre tres y cinco sesiones de sensibilización al tratamiento donde se comience a abordar la importancia de comenzar un proceso terapéutico, todo esto como se mencionó anteriormente desde la entrevista motivacional.

Después de las sesiones de sensibilización, se comenzará con los módulos de tratamiento: Restructuración de esquemas cognitivos, Entrenamiento de habilidades sociales y Justicia Restaurativa. En un inicio cada uno de los módulos se llevará a cabo en terapia individual para posteriormente ser retomado en la sesión de terapia grupal, lo cual va a permitir ampliar y reafirmar lo observado en las sesiones individuales.

Las diferentes técnicas de intervención y las cartas descriptivas que se mencionarán a continuación constituyen la propuesta de tratamiento para internos de reclusorios con psicopatía secundaria.

Esquema ilustrativo de las fases de la propuesta de intervención

La Figura 3 muestra de manera general las fases de tratamiento que se proponen para la intervención de psicopatía secundaria.



Encuadre

Una de las principales barreras entre el psicópata y una intervención psicológica es la poca o inexistente motivación al cambio, lo que puede hacer que se presenten situaciones donde el psicópata se torne desconfiado y resistente del tratamiento y busque corromper el mismo. Al ser un trastorno de personalidad considerado como grave es común que el psicópata busque romper los acuerdos que se tienen en el tratamiento por lo cual se sugiere que se establezcan reglas muy marcadas y precisas respecto al trato y otras consideraciones importantes, ya que se trata de individuos que carecieron de disciplina y estructura durante su vida, por lo cual pueden responder agresivamente al intentar encuadrarlos en contexto con reglas establecidas por una figura de autoridad. Por lo tanto, el establecimiento de los acuerdos se construye desde el enfoque de la entrevista motivacional donde el dialogo entre el paciente y el terapeuta logre producir una atmósfera de colaboración para que el terapeuta pueda proponer algunos acuerdos y el paciente otros (Miller & Rollnick, 1991).

Es entonces en el encuadre donde se abordan aspectos como los objetivos del tratamiento, la confidencialidad, el respeto mutuo, la puntualidad, las implicaciones legales que tiene su apertura y adherencia al tratamiento, es en este momento cuando tanto el terapeuta como el paciente trazan los lineamientos bajo los cuales va a estar sustentado su tratamiento.

Asimismo, se sugiere que en los espacios de terapia grupal los miembros de éste hayan sido adecuadamente evaluados y cumplan con los criterios de diagnóstico de psicopatía secundaria ya que un grupo heterogéneo puede provocar desorden en la dinámica de las sesiones debido a que el psicópata por su naturaleza va a polarizar al grupo.

Alianza terapéutica

El psicópata por su alto grado de destructividad es estigmatizado por la sociedad como un villano incluso se utilizan términos para referirse a él como “monstruo” esto provoca poca motivación al cambio, por lo cual se propone tener una visión más humana del paciente para que logre sentirse lo suficientemente comprendido para afrontar la responsabilidad y generar la motivación necesaria para iniciar y permanecer en un tratamiento (Mann, Ginsburg, & Weekes, 2002). Una vez lograda la motivación al cambio se buscará que el paciente emita declaraciones en torno al cambio, esto a partir de un balance decisional que permita observar las cosas buenas y “no tan buenas” sobre los comportamientos antisociales bajo los cuales se rige. Este análisis de pros y contras de los comportamientos va a permitir que el interno vislumbre otras posibilidades de afrontamiento de su realidad.

Por lo tanto, la relación terapéutica es más como una sociedad o compañía, que una relación de experto y un paciente que permanece pasivo. Es por esto que por ningún motivo se debe discutir con el paciente ya que puede resultar contraproducente debido a que el psicópata presenta una gran dificultad para aceptar la responsabilidad de sus actos, por lo cual hará uso de recursos evasivo/agresivos o lábiles o para ganar las discusiones. Lo que es importante en realidad es una retroalimentación objetiva por parte del terapeuta remarcando que no se le forzará a nada solamente que considere las observaciones hechas en las sesiones. Esta práctica puede aumentar en el paciente la capacidad de reconocimiento del problema y sensibilizarlo al respecto. De igual forma se sugiere considerar que una manera de incrementar la alianza terapéutica es monitoreando el sentir del paciente respecto a la terapia y su efectividad de manera continua (Miller & Rollnick, 1991).

Una de las bases de la técnica de entrevista motivacional es el sentido de responsabilidad que el paciente tiene para cambiar su comportamiento. Es decir, la entrevista motivacional no desestima la libre elección de los internos con psicopatía secundaria lo cual representa un mensaje diferente, ya que por el

medio en el que se desarrollan suelen tener fuertes influencias externas que directa o indirectamente los orillan a no asumir una posición de responsabilidad. En este sentido, el objetivo principal sería que el interno comience a presentar argumentos en torno al cambio.

Asimismo, impulsar la autoeficacia y el optimismo en el paciente hará que éste evalúe la posibilidad de creer en un cambio de conducta en su beneficio. Además, es importante identificar las fortalezas del paciente ya que los psicópatas secundarios provienen de un contexto en el cual la desvalorización, abandono y violencia fue constante y nunca tuvieron espacios donde se les impulsara a encontrar y desarrollar sus fortalezas que les permitieran conducirse mejor a lo largo de su vida. Si crecieron bajo un clima de violencia, era probable que buscaran abrirse paso en la vida a través de ésta (Miller & Rollnick, 1991).

Sensibilización al tratamiento

Como se mencionó anteriormente se propone llevar a cabo de tres a cinco sesiones de técnicas de sensibilización al tratamiento, esto va a permitir que los pacientes se motiven a llevar a cabo la intervención y reciban mejor la inducción a los módulos de tratamiento, de igual forma estas sesiones van a permitir identificar el estado mental del paciente, sus factores de riesgo, su capacidad de *insight* y mecanismos de defensa. Con ello el terapeuta puede visualizar el tratamiento basado en las necesidades específicas del paciente y conducir los diferentes módulos de tratamiento en función de ello. Una vez que el paciente se encuentre en la etapa de *pre-contemplación* se puede dar paso a los módulos de tratamiento.

Intervención de la psicopatía secundaria

Las técnicas de intervención que se proponen llevar a cabo son organizadas en tres módulos de tratamiento, el primer módulo consiste en la reestructuración de esquemas cognitivos donde se detectarán los esquemas tempranos inadaptados bajo los cuales se conduce el paciente para posteriormente resignificar su manera de vincularse con las demás personas, el segundo módulo consiste en un entrenamiento de habilidades sociales dentro los cuales involucra el control de la ira. Una vez concluidos los dos primeros módulos se dará pie al tercer módulo donde se abordará desde un enfoque de justicia restaurativa que permita al paciente mantener y reafirmar las habilidades adquiridas y con ello reparar en la medida de lo posible los daños que se causaron a sus víctimas o a los familiares de éstas.

Reestructuración de esquemas cognoscitivos

La “Cognición” se refiere a lo que es de conocimiento del paciente, es decir, todo ese cúmulo de patrones de pensamiento que dirigen su conducta. Estos patrones de pensamiento están basados en las experiencias vividas que van formando lo que es conocido como “esquemas” (Young, 1994) los cuales representan las raíces de la infancia, que particularmente en el caso del psicópata secundario suele ser una infancia vivida con abandono y/o presencia de abusos donde sus necesidades básicas como niño no fueron asistidas, y el surgimiento de estilos desadaptativos de afrontamiento a la vida a manera de supervivencia fueron asumidos tempranamente los cuales fueron copiados en la etapa adulta donde representaron un mayor problema para ellos mismos y para la gente que les rodeaba.

La terapia de esquemas (Young, 1994) al ser una terapia integrativa propone incorporar una serie de técnicas provenientes de la Gestalt, trabajo de imaginación, la técnica de la silla vacía y ejercicios de “darse cuenta” para trabajar con estos esquemas de pensamiento.

Se propone utilizar la técnica de la silla vacía en diferentes fases del tratamiento. En las sesiones donde se aborde la resignificación de vínculos se espera que el paciente pueda expresar “los asuntos pendientes” y con ello mostrar las disfunciones en los patrones de pensamiento respecto a algunas figuras de apego (Greenberg, *et al.*, 1993; Paivo & Greenberg, 1995). En estos asuntos pendientes se guardan emociones sin expresar como viejos resentimientos, frustraciones, dolores o incluso palabras de amor y aprecio. Ésta dinámica también permite decir adiós a esas figuras que ya no están presentes en la vida del paciente.

Posteriormente, con esta misma técnica se pretende crear una alternativa cognitiva más sana para el paciente (Goldfried, 1988, 2003; Samoilov & Goldfried, 2000) llevando a la silla vacía a otro tipo de figuras de apoyo (otros familiares, amistades, etc.) que le provean palabras y sugerencias que lo ayuden en el proceso de cambio y si no es posible esto se puede crear una nueva afirmación de las figuras primarias. Es decir, un nuevo padre o una nueva madre que hablen con él con el fin de introyectar de una forma más positiva a estas figuras.

Es importante que el paciente identifique las experiencias en las cuales vivió abuso y/o abandono lo cual va a permitirle tornarse en una actitud más abierta para hablar de sus sentimientos. Incluso el mismo hecho de ser escuchado de manera diferente hará que esas necesidades afectivas vayan siendo satisfechas en la relación terapéutica. Si el paciente se muestra vulnerable ante estos sentimientos reprimidos, el terapeuta puede fortalecer la relación terapéutica a partir de esto y reelaborar la dinámica en la relación de apego que el paciente estableció con sus padres o figuras más cercanas. Este tipo de relación transferencial que el paciente y el terapeuta empiezan a sostener va a permitir que en momentos de resistencia el paciente continúe en las sesiones.

Después de que se hace la resignificación de los vínculos del paciente, (probablemente no en su totalidad ya que eso depende de la historia de los vínculos de cada persona) se van a identificar las fortalezas del interno (Ward & Maruna, 2007) a partir de la noción de un cambio por convicción propia y por el deseo de diferenciarse de sus primeros vínculos los cuales no fueron el mejor referente para el desarrollo de su personalidad. Una vez identificadas las fortalezas del interno se plantearán estrategias de afrontamiento ya que se ha encontrado que los internos de reclusorios presentan una dificultad continua en afrontar las situaciones estresantes que se les van presentando, esto hace que se enfraquen aún más en conductas antisociales y patrones de afrontamiento desadaptativos que los conduce a reincidir con facilidad (Feelgood, Cortoni, & Thompson, 2005). A continuación se muestran las cartas descriptivas de las sesiones que se sugieren para abordar la reestructuración de esquemas de pensamiento del paciente.

A continuación se muestran las cartas descriptivas de la fase de Reestructuración de esquemas cognitivos, éste módulo tiene una duración de 8 a 11 sesiones de terapia individual.

CARTA DESCRIPTIVA: 1 FASE DE TRATAMIENTO: Reestructuración de esquemas cognitivos

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Pre-contemplación/Contemplación

OBJETIVO: Identificar sus patrones de conducta antisocial y crear disonancias cognitivas de cada una de ellas

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Reestructuración de esquemas cognitivos	Identificar situaciones y errores cognitivos que podrían iniciar y perpetuar la conducta delictiva - Identificar sus factores de riesgo y cadena de eventos detonadores.	Sesión de terapia individual	<p>Las sesiones se pueden conducir en torno a las siguientes preguntas:</p> <p>-¿Qué puedes decir sobre los delitos que se te imputan? (si habla sobre ser inocente o culpable indagar sus pensamientos)</p> <p>Si se declara como culpable preguntar: ¿Qué motivo tuviste para llevar a cabo estos actos? ¿Cómo los calificarías (los delitos)? ¿Lo volverías a hacer?</p> <p>Si el paciente se muestra renuente a hablar sobre su situación legal se puede realizar las siguientes preguntas primero:</p> <p>-¿De pequeño cómo te describirías? ¿Cómo fue tu infancia? ¿Cómo eras en la escuela? ¿Qué problemas enfrentaste en la infancia?</p> <p>-¿Cuándo fue tu primer acercamiento con la ley (tutelares, "separos")? ¿Por cuales infracciones?</p> <p>-¿Alguna vez has sentido que actúas desesperadamente como si no pudieras controlarte y después te arrepientes de lo que hiciste?</p> <p>-¿Qué consecuencias piensas que ha traído para tu vida estas experiencias y el vivir actualmente en prisión?</p> <p>-¿Harías algo diferente el día de hoy? ¿Consideras que debería haber algún cambio en tu forma de conducirse en la vida?</p> <p>-¿Qué ventajas y desventajas pudiera traer a tu vida el hacer un cambio en las conductas que te han traído aquí?</p> <p>-¿Cómo te sientes al hablar de esto?</p>	Ninguno	Se sugieren de tres a cuatro sesiones de 50 minutos abordando ésta temática.

CARTA DESCRIPTIVA: 2 FASE DE TRATAMIENTO: Reestructuración de esquemas cognitivos

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Contemplación/Preparación

OBJETIVO: Que el paciente logre ir haciendo consciente las repeticiones familiares en la forma de vinculación y en la forma de responder ante la vida.

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Resignificación de vínculos	Que el paciente analice sus actos a partir de su historia familiar y logre con ello entenderse a sí mismo desde un punto de vista más humano.	Sesión de terapia individual	Las sesiones se desarrollarán en torno a las siguientes preguntas: -¿Cómo describirías a tu papá? (lo que sabes de él) -¿Cómo describirías a tu mamá? -¿A tus hermanos? ¿Tíos y primos? -¿Qué similitudes encuentras entre tu vida y la de tus familiares? ¿Qué diferencia? -¿Cómo observas las reacciones que tus familiares han tenido ante las situaciones estresantes? -¿Qué piensas sobre lo que has vivido en relación a las decisiones que tu familia ha tomado? -¿Te gustaría cambiar algo de tu historia familiar? -¿Cómo te vería tu familia si tu estilo de vida cambiara?	-Ninguno	Se sugieren dos sesiones de 50 minutos abordando ésta temática (es importante observar la respuesta del paciente si se observa mayor disposición al cambio se pasa a la siguiente fase)

CARTA DESCRIPTIVA: 3 FASE DE TRATAMIENTO: Reestructuración de esquemas cognitivos

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Contemplación/preparación

OBJETIVO: Que el paciente pueda identificar y expresar sus emociones hacia sus primeros vínculos y/o hacia las figuras más representativas de su vida.

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Resignificación de vínculos	Que el paciente identifique el enojo y sentimientos de abandono que sintió por parte de su familia de origen y logre tener un acercamiento por medio de la imaginación a éstos vínculos.	Sesión de terapia individual "Silla vacía"	<p>Introducción de las sesiones: Previo a llevar a cabo la dinámica de la silla vacía se identificaron en las sesiones anteriores las personas con quienes el paciente presenta mayor conflicto emocional y se le invita a llevarlos a las diferentes sesiones de la silla vacía.</p> <p>-¿Qué te gustaría preguntarle si el pudiera responderte cualquier cosa?</p> <p>-¿Qué te hubiera gustado hacer con esa de pequeño?</p> <p>-¿Qué te gustaría decirle de la distancia que han tenido?</p> <p>-¿Puedes manifestarle alguna cosa que no hayas podido hacer?</p> <p>-¿Existen cosas que te molestan de esa persona? ¿Puedes decírselas?</p> <p>-¿Crees que se parecen en cosas de su forma de ser y actuar? ¿En cuáles sí y en cuáles no?</p> <p>-¿Qué le dirías de tu situación actual dentro del Centro?</p>	-Ninguno	Se sugieren dos sesiones de 50 minutos abordando ésta temática

CARTA DESCRIPTIVA: 4 FASE DE TRATAMIENTO: Reestructuración de esquemas cognitivos

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Acción

OBJETIVO: Que el paciente logre encontrar sus fortalezas a partir del discurso de otras figuras de apoyo que lo motiven a generar cambios.

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Resignificación de vínculos	Identificar a las figuras más representativas de su vida para que a partir de la técnica de la silla vacía encuentre apoyo para hacer cambios en su vida.	“Silla vacía”	. Al paciente se le motivará a imaginar a la persona más representativa en su vida sentada en una silla. Posteriormente la sesión se desarrollará en torno a las siguientes preguntas: -¿Cómo se ve la cara de esa persona? ¿Qué sería lo primero que te diría? -¿Qué te gustaría decirle? -¿Qué palabras te diría para apoyarte en este momento? -¿Cómo le gustaría a esa persona verte al finalizar este año? -¿Cómo le gustaría verte al salir de aquí? -¿Cuál sería el último recuerdo que te gustaría que esa persona tuviera de ti?	Una silla	Una sesión de 50 minutos (si el paciente tiene otras figuras representativas puede ampliarse a dos sesiones más)

CARTA DESCRIPTIVA: 5 FASE DE TRATAMIENTO: Reestructuración de esquemas cognitivos

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Acción

OBJETIVO: Sesión dirigida para los paciente que tengan hijos con el objetivo de que continúe encontrando sus fortalezas y motivaciones internas para generar un cambio a través de estimular y fortalecer sus lazos afectivos.

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Resignificación de vínculos	Motivar al paciente al cambio y a generar un proyecto de vida a partir de imaginar a sus hijos en el futuro.	“Silla vacía”	<p>Se invitará al paciente a llevar fotos de sus hijos o si esto no es posible a imaginarlos y describirlos como si fueran adultos felices con una vida sana.</p> <p>A partir de esto se le preguntará lo siguiente:</p> <p>-¿Cuál es el hijo/a que estas mostrando/imaginando?</p> <p>-¿Por qué elegiste a este hijo?</p> <p>-¿Cómo te lo imaginas siendo grande? ¿Cómo sería su físico, su forma de ser, a que se dedicaría?</p> <p>-¿Qué te diría tu hijo/a de su infancia?</p> <p>-¿Qué te diría tu hijo/a sobre tu pasado (Imagínate que tú también eres una persona mayor?</p> <p>-¿Qué sería lo que tu hijo/a te diría en este momento de tu vida que le gustaría que hicieras?</p> <p>-¿Cómo te gustaría que tus hijos te vieran a esa edad?</p> <p>Al final de las sesiones abordando ésta temática se sugiere que el paciente elabore una carta a cada uno de sus hijos donde pueda expresarles sentimientos reprimidos y posibles deseos para ellos. Esa carta puede conservarla y retomarla en momentos difíciles para prevenir recaídas.</p>	Una silla	Esta actividad puede durar varias sesiones dependiendo los hijos que logre imaginar de grandes a partir de ver las fotos de ellos.

Entrenamiento de habilidades

Una vez que el paciente se encuentre en una etapa de *preparación* de respuesta al tratamiento, se puede proceder a una intervención de tipo conductual donde se abordarán las conductas antisociales del paciente como el control de impulsos, la tendencia al enojo, así como la tendencia a involucrarse en actos delictivos y violentos.

Control de ira

El entrenamiento en el control de ira es altamente recomendable para pacientes con psicopatía secundaria, ya que no puede existir un proceso introspectivo si no se cuenta con las herramientas necesarias para controlar una emoción tan importante como es el enojo. Es importante mencionar que cuando se presenta un enojo muy fuerte o un episodio de ira los pensamientos pueden ser exagerados e irracionales (Ostrosky-Solis, 2011) lo que hace que siga incrementando ese enojo. Por lo cual, lo primero que se tendría que trabajar con estos pacientes es la identificación de ese estado de enojo y la adecuada canalización a partir de técnicas de relajación que permitan posteriormente un adecuado análisis de todos los pensamientos automáticos que se generaron a partir de ese enojo inicial.

Existen estudios (Bhatia, 2003; Suarez, 2001) que sustentan la efectividad de algunas técnicas de relajación como medio para la reducción de la agresión y depresión, logrando un incremento en el sentido de vida y actitudes positivas (Chandiramani, Verma y Dhar, 1998). En este sentido, a nivel cerebral se ha observado que se incrementa la conectividad entre las neuronas haciendo más efectivo el procesamiento de la información.

Dentro de estas técnicas de relajación se encuentran el *mindfulness* o *Vipassana* que se han utilizado en el ámbito penitenciario y se han obtenido buenos resultados en la reducción de los índices de reincidencia (Alexander, et al., 2003). Este tipo de técnicas se centran en generar una conexión profunda entre la mente y el cuerpo, la cual puede experimentarse a partir del desarrollo de una atención disciplinada en las sensaciones corporales y con ello poder acceder a estados

mentales donde hubo dolor. Este tipo de técnicas pretenden ampliar la capacidad de análisis de las motivaciones del paciente lo cual va a permitir que las decisiones se vuelvan más equilibradas, en otras palabras, este tipo de técnicas van a permitir una reducción de las conductas impulsivas. Por lo cual dentro de la presente propuesta se sugiere llevar a cabo sesiones de relajación con técnicas de respiración con una persona calificada en ello y en compañía del terapeuta debido a que éstas técnicas permiten también la expresión de experiencias y emociones reprimidas.

Como se mencionó en el Capítulo 1 el desarrollo emocional sano va a depender de la adecuada contención y estructura que los primeros vínculos provean. Si el niño vive con padres que pierden el control fácilmente, él o ella va a desarrollar los mismos patrones de respuesta a la frustración sin tener la capacidad de comunicar lo que realmente está sintiendo. Por lo tanto, el trabajo terapéutico no sólo consiste en identificar el enojo y canalizarlo adecuadamente sino también en la comunicación de éste. El poder comunicar de manera asertiva lo que está generando ese enojo va a permitir no hacerlo de manera agresiva. Y muchas veces ese enojo no se refiere a algo que ocurrió en ese momento sino a un evento antiguo por el cual se conservan resentimientos no resueltos que le hacen proyectarlos a situaciones actuales de su vida. Por esto mismo, también es importante analizar esos resentimientos (Skeem, Johansson, Andershed, Kerr, & Loudon, 2007).

El psicópata secundario muestra similitudes en algunos rasgos de carácter de los pacientes con personalidad límite mejor conocidos como *Borderline* ya que pueden tener episodios de ira fuertes y repentinos y mostrarse hostiles constantemente, algo que en realidad sería la máscara de otras emociones y sentimientos como el miedo, la frustración, sensación de rechazo o envidia lo cual los hace responder agresivamente. Asimismo, es probable que exista una interpretación inadecuada de las situaciones debido a que se muestran desconfiados de los demás y con dificultades en el manejo de situaciones sociales

El mismo estado de reclusión hace que el interno se vuelva aún más hostil de lo que era debido a la lucha constante de supervivencia que se vive dentro, así como el hecho de enfrentar la frustración del día a día ver que las metas o sueños que en algún momento albergó se ven afectadas o incluso muchas de ellas imposibles de llevar a cabo. Todo lo anterior genera una bomba de tiempo en relación a la expresión de la ira y si en algún momento logran salir de prisión expresan aún más agresividad que cuando entraron.

Es importante realizar un monitoreo constante del estado emocional del paciente ya que como se mencionó anteriormente suelen ser individuos que con facilidad pueden irritarse, para ello se pueden emplear los cuatro pasos que involucran el manejo de enojo hacia el terapeuta o hacia otra persona en las sesiones de terapia (Young, Klosko, & Wheishaar, 2003):

1. *Ventilación*: el paciente es motivado a expresar su enojo lo más que pueda y a hacerlo claro para él. El terapeuta en cuanto nota al paciente molesto lo motiva con frases como “Háblame más de eso” o explícame porque estas molesto conmigo sin que esto signifique permitir algún abuso o acto destructivo. Ante los argumentos del paciente el terapeuta se muestra neutro tratando de encontrar los verdaderos hechos que lo mantienen molesto. Esta técnica es utilizada porque las respuestas empáticas que el terapeuta muestra ante el enojo del paciente va a hacer que las respuestas de enojo se reduzcan y se logre identificar las emociones o frustraciones que están detrás de ese enojo.
2. *Empatizar*: el terapeuta responde empáticamente al enojo que se activó a partir de algo dicho por él. Con éste reconocimiento del enojo del paciente el terapeuta busca disminuir la impulsividad y el enojo y dar pie a revivir experiencias reales vividas que generaron sentimientos de tristeza y sensaciones de abandono y abuso.

3. *Prueba de realidad*: los terapeutas no deben asumir una postura defensiva más bien, el objetivo real sería detectar aquellos aspectos del enojo que distorsionan la realidad.

4. *Ensayo de una asertividad apropiada*: una vez que el enojo ha disminuido, el terapeuta apoya al paciente a explorar como pueden expresar sus necesidades de manera asertiva. Usa frases como “Si lo pudieras hacer de nuevo, ¿Cómo expresarías tu enojo hacía mí?, ¿Cómo podrías expresar lo que necesitas y sientes a manera de que yo u otras personas puedan escucharte sin mostrarse defensivos?”

Se propone llevar a cabo las sesiones de control de ira de forma individual y grupal debido a que en la etapa de respuesta al tratamiento de *pre-contemplación*, el paciente puede tornarse defensivo a aceptar que es violento o que vivió en un entorno así. Por lo cual, a partir de las técnicas de entrevista motivacional y balance decisional se llevarán a cabo sesiones individuales previas a las grupales tratando el tema del enojo. Una vez que el paciente muestre una mayor disponibilidad a hablar y a aceptar su conducta y pase a la fase de *contemplación y preparación*, se puede proceder a las sesiones grupales en las cuales se hable de su respuesta ante el enojo donde probablemente encuentre un reflejo en sus compañeros y de ahí se puede iniciar un plan de solución de problemas a partir de una lluvia de ideas donde los mismos pacientes proporcionen estrategias para controlar y expresar adecuadamente su enojo sin producir consecuencias negativas para ellos mismos y para las personas cercanas a ellos. A continuación, se muestran la descripción de sesiones para el control de ira que corresponden a un aproximado de 7 sesiones.

CARTA DESCRIPTIVA: 6 FASE DE TRATAMIENTO: Entrenamiento de habilidades

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Contemplación/Preparación

OBJETIVO: Explorar las raíces de los patrones conductuales en relación al enojo.

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Control de ira	Exponer la tendencia irascible y el impacto que ha tenido en las diferentes áreas de su vida.	Sesión de terapia individual	Se propone invitar a hablar al paciente libremente sobre el tema del enojo, se puede apoyar con las siguientes preguntas: -¿Qué piensas sobre el enojo, la ira o perder el control? -¿Cómo te describirías con respecto a la emoción del enojo? ¿Cómo reaccionas cuando te enojas? ¿Has podido identificar sensaciones específicas en tu cuerpo cuando te enojas? -¿Crees el enojo ha impactado diferentes áreas de tu vida (Con la familia, con tu pareja o amigos, como padre, en la educación, en las actividades recreativas, en tu aspecto físico, en tu comunidad? (En caso de que no observe las áreas afectadas se pueden mostrar algunos de los costos que ha implicado la conducta agresiva en su vida) -¿Cómo describirías a las personas más importantes para ti en relación al enojo? -¿Cómo observas a las personas que te rodean cuando se molestan?	Ninguno	Se sugieren de dos a tres sesiones de 50 minutos abordando ésta temática (es importante observar la respuesta del paciente si se observa mayor disposición al cambio se pasa a la siguiente fase)

CARTA DESCRIPTIVA: 7_ FASE DE TRATAMIENTO: Entrenamiento de habilidades

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Preparación/Acción

OBJETIVO: Psicoeducación sobre la emoción del enojo, que el paciente logre identificar a esta emoción como parte de un proceso adaptativo y posibilitar el establecimiento de nuevas estrategias para canalizarlo .

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
-Control de ira	Observar las reacciones emocionales que manejan su conducta en situaciones estresantes e impulsar a generar patrones de conducta basados en sus valores (cosas, personas o atributos que él valora por encima de cualquier cosa).	Sesión de terapia individual	<p>- En esta sesión se hablará sobre las cosas, personas o atributos personales que son importantes para el paciente y que se han visto comprometidos por su respuesta al enojo. Se propone desarrollar las siguientes preguntas:</p> <p>-¿Crees que la emoción del enojo tendría alguna ventaja en tu vida?</p> <p>-¿Ha funcionado la forma en la que respondes al enojo?</p> <p>-¿Crees que ha tenido consecuencias tu forma de actuar cuando te sientes molesto?</p> <p>-¿Alguna vez has sentido que algo tuyo o alguien querido para ti se ve afectado por tu manera de expresar el enojo?</p> <p>-¿Podrías contarme alguna ocasión en la cual te hayas enojado de tal forma que perdiste el control?</p> <p>- ¿Cómo describirías tu manera de actuar en esa situación?</p> <p>-¿El día de hoy responderías de la misma manera que en ese momento? Si no ¿Cómo responderías ahora?</p>	-Ninguno	Se sugieren dos sesiones de 50 minutos abordando ésta temática (es importante observar la respuesta del paciente si se observa mayor disposición al cambio se pasa a la siguiente fase)

CARTA DESCRIPTIVA: 8 FASE DE TRATAMIENTO: Entrenamiento en habilidades

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Preparación/acción

OBJETIVO: Identificar las distorsiones cognitivas respecto a los detonantes de la ira

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Control de ira	Desarrollar la capacidad de evaluación comprensión de las situaciones estresantes que generen enojo en el paciente	Sesión de terapia individual	<p>La sesión puede comenzar narrando algún evento o eventos en los cuales el paciente haya perdido el control.</p> <p>A partir de la narración se realizarán las siguientes preguntas:</p> <p>-¿Qué situaciones, palabras, actitudes fueron asumidas por ti y cuales fueron reales? Es decir, en algún momento tu diste por hecho que por ejemplo alguna persona en particular tenía algo en contra tuyo y respondiste como si fuera cierto.</p> <p>-¿En qué otras situaciones de tu vida has reaccionado agresivamente o con la necesidad de defenderte? ¿Han sido reales las amenazas que has podido percibir de los demás? ¿Cuáles si y cuáles no?</p> <p>-¿Qué estrategias tú crees que se puedan emplear para analizar tus pensamientos en un momento de conflicto?</p> <p>-¿Qué opinas sobre el “darle la vuelta” a las personas que busquen tener un conflicto contigo y de esta manera no engancharte en un altercado?</p>	Ninguno	Dos sesiones de una hora

Terapia Grupal

La intervención grupal en la presente propuesta de tratamiento tiene un papel muy importante ya que la interacción entre los miembros del grupo y el terapeuta va a permitir ampliar lo que el paciente observa de sí mismo en las sesiones de terapia individual. Por lo tanto, se sugiere que la intervención grupal sea un trabajo de coterapia y que los terapeutas sean los mismos que están trabajando de manera individual con los pacientes, esto es con el objetivo de aumentar la alianza terapéutica y que el terapeuta sea para el paciente una figura constante y estable a lo largo de todo su tratamiento. Sin olvidar los preceptos éticos que involucran la confidencialidad del terapeuta hacia el paciente ya que pueden existir aspectos que los pacientes hayan abordado en las sesiones individuales que no deseen abrir en terapia grupal.

Los módulos que se recomiendan llevar a cabo desde una terapia grupal son:

- Control de ira
- Resignificación de vínculos
- Entrenamiento en habilidades sociales

Los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que se presentan en la terapia grupal son de relevancia para pacientes con psicopatía ya que la presencia de más personas dentro de un proceso terapéutico hace que los afectos producidos en las sesiones no se concentren en una sola persona, esto va a provocar la creación de otra realidad interpersonal que de paso a diversas fuentes de identificación que en su momento podrá revivir la identificación con los padres, hermanos y grupos sociales, lo que va a favorecer la regresión en los pacientes (Slavson, 1953; Scheidlinger, 1979). En esta identificación se puede entrar en un proceso de unión lo que va a facilitar la expresión de deseos libidinales y agresivos limitados en las sesiones individuales, donde se compite por un liderazgo o la obtención de atención del terapeuta el cual puede despertar figuras paternas hacia los miembros del grupo.

Asimismo, los pacientes con pobre funcionamiento yoico (*borderline*, narcisistas e impulsivos) como lo es el psicópata secundario presentan dificultades para hacer un análisis objetivo de la realidad, pueden vivir el proceso individual como algo abrumador por lo cual la terapia grupal resulta ser una buena alternativa para estos pacientes ya que presentan una mejor respuesta a la atmósfera grupal porque les es más fácil identificarse con sus pares que con el terapeuta, lo cual hace que las defensas disminuyan y con ello puedan revisar las motivaciones inconscientes de su conducta . Esto a su vez, permite que el terapeuta tenga una contratransferencia más llevadera con este tipo de pacientes ya que lo protege contra el impacto intenso de una transferencia negativa y de los posibles brotes de ira de los pacientes (Kauff, 1993).

Control de ira en terapia grupal

Como se mencionó anteriormente, las sesiones de control de ira comenzarán a abordarse en sesiones individuales para posteriormente ser retomadas en sesiones grupales. Estas sesiones grupales se centrarán en trasladar la tendencia a la ira del paciente al grupo con preguntas como ¿Cómo lo ve el grupo?, ¿Alguno se identifica con la forma de responder ante situaciones estresantes? Este tipo de preguntas va a abrir la posibilidad de que el paciente se observe en sus compañeros y en conjunto puedan crear alternativas de respuesta al enojo. Es importante monitorear la adherencia terapéutica y observar en qué etapa de respuesta al tratamiento se encuentra cada uno de los pacientes en el grupo y que tanta posibilidad hay de que el terapeuta comience a hacer interpretaciones a partir de preguntas como ¿Me permites que haga una observación? Si en general el grupo se muestra abierto a ello el terapeuta más que dar interpretaciones emite observaciones de la conducta del paciente por ejemplo si se nota distante de las sesiones donde se abordó algún tema en particular. Con esta interacción se pretende que el paciente amplíe el conocimiento de sí mismo y de aquellos aspectos que tan a menudo pasan desapercibidos.

Otro aspecto relevante que deberá abordarse en las sesiones de control de ira en grupo, es el aprendizaje social que han tenido los pacientes para resolver los conflictos con violencia, para ello es necesario retomar en el contexto grupal sus primeros vínculos, es muy probable que los pacientes se encuentren identificados en cuanto a su historia familiar con antecedentes violentos y/o criminales. Con ello se pretende que en conjunto observen las consecuencias negativas que les ha traído a su vida su tendencia irascible. Estas conductas estarían ligadas a una serie de distorsiones cognitivas en relación a los demás, es decir, es probable que por el entorno en el cual los pacientes se han desenvuelto hayan desarrollado una tendencia a responder de manera agresiva y hostil ante cualquier escenario que les resultara amenazante, sin embargo, esta situación con el tiempo dejó de ser adaptativa y resultó contraproducente, es por ello que en las sesiones grupales se propone que los miembros se den cuenta que no es necesario continuar en un ambiente de violencia si no que ellos mismos pueden crear nuevas alternativas de respuesta al enojo. A continuación, se muestran las cartas descriptivas que sustentan los objetivos de la intervención del control de ira en terapia grupal.

A continuación, se muestran las cartas descriptivas correspondientes al módulo de control de ira en terapia grupal, las cuales están integradas en un rango de 2 a 3 sesiones con duración de una hora y media cada una. Posterior a éstas, los miembros del grupo serán introducidos en un taller de técnicas de respiración el cual tendrá una duración de 10 días de retiro, donde los internos serán aislados del resto de la población, llevando a cabo estas actividades en algún espacio destinado para ello, en este taller estarán presentes los entrenadores de las técnicas de *Vipassana* y *Mindfulness*, así como los terapeutas quienes serán una figura constante dentro de todo el proceso terapéutico de los pacientes.

CARTA DESCRIPTIVA: 9 FASE DETRATAMIENTO: Terapia grupal

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Contemplación/preparación

OBJETIVO: Continuar con psicoeducación emocional y explorar los patrones conductuales en relación al enojo.

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Control de ira	Exponer la tendencia irascible y la poca funcionalidad que ha tenido en su vida.	Mesa redonda	En sesión grupal se abrirá el tema del enojo y cómo ha sido expresado en su vida. Se comenzará analizando las personas que estuvieron en su vida que reaccionaban con agresión y cómo ellos lo experimentaban. Se hacen preguntas como: -¿Ustedes que piensan del enojo? -¿Cómo se expresa el amor en su cuerpo y en sus actitudes? -¿Qué emociones preceden al enojo, es decir cuáles son los detonantes que les hacen perder el control? -¿Se enojan fácilmente? Si es así: ¿Qué tipo de situaciones son las que más les hacen experimentar enojo? -¿De qué manera respondían sus familiares más cercanos antes situaciones estresantes? -¿Cómo se relaciona la forma en la que sus familiares reaccionaban al enojo con la de ustedes? -¿Ustedes creen que la forma en la cual han reaccionado al enojo en su vida ha sido la adecuada para ustedes mismos? (Cualquier respuesta que se dé se pregunta el por qué) - ¿Creen que pueda existir otras formas en la cual reaccionar al enojo? ¿Cuáles serían?	-Ninguno	Se sugieren dos sesiones de una hora y media minutos abordando ésta temática

CARTA DESCRIPTIVA: 10 FASE DE TRATAMIENTO: Terapia grupal

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Preparación/acción

OBJETIVO: Que el paciente logre integrarse en un grupo que le permita poner en práctica diversas técnicas de relajación basadas en la meditación.

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Control de ira	Que el paciente logre hacer consciente emociones reprimidas, asimismo que pueda reducir su impulsividad y que disminuya la sintomatología de depresión, los problemas de sueño y el uso de sustancias.	"Técnicas de respiración"	Durante 10 días continuos el grupo terapéutico estará dirigido por los expertos en meditación (<i>Vipassana o mindfulness</i>) acompañados por el equipo de psicólogos que estén dirigiendo el grupo. Durante diez días el grupo se encontrará apartado del resto de la población penitenciaria ya que dedicarán la mayor parte del tiempo en ésta actividad, tomarán sus alimentos juntos y se adaptará el espacio para que puedan dormir sus respectivas horas de sueño.	-Tapetes de meditación, espacio libre de distracciones	10 días

Resignificación de vínculos en terapia grupal

El análisis de los vínculos del paciente se llevará a cabo en mayor medida en las sesiones individuales como se mostró anteriormente. Se sugiere complementar las sesiones individuales con dos sesiones de terapia grupal abordando los temas vistos anteriormente. A continuación se puede observar la carta descriptiva que se sugiere para este módulo.

CARTA DESCRIPTIVA: 11 FASE DE TRATAMIENTO: Terapia Grupal

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Preparación/Acción

OBJETIVO: Que el paciente comparta con el grupo terapéutico lo que observó en sus sesiones individuales en relación a la forma de vinculación y en la forma de responder ante la vida a partir de sus relaciones familiares.

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Resignificación de vínculos	Promover el espejeo entre los miembros del grupo para que logren identificarse en experiencias familiares y reflexionar sobre las decisiones que han tomado a partir de ellas.	Sesión de terapia grupal	Se retomarán las preguntas que se plantearon en las sesiones individuales promoviendo una identificación con los miembros del grupo: -¿Cómo describirían a los principales miembros de su familia? -¿Qué similitudes encuentran entre su vida y la de sus familiares? ¿Qué diferencia? -¿Encuentran similitudes entre ustedes en relación a sus estructura familiar? -Si hubiera algo que hubiesen podido cambiar de su historia familiar ¿Qué sería? - (Con el debido encuadre) ¿Qué observas de la historia familiar de tus compañeros? -¿Cómo se sienten en relación a su familia en este momento?	-Ninguno	Se sugieren dos sesiones de una hora y media abordando ésta temática (es importante observar la respuesta del grupo, el terapeuta debe observar con cuidado el clima grupal)

Entrenamiento en habilidades sociales en terapia grupal

El entrenamiento en habilidades sociales es un módulo que se sugiere abordar en la terapia grupal una vez que los pacientes se encuentran en una etapa de *acción* de respuesta al tratamiento, la psicopatía es un trastorno de personalidad en el cual los pacientes no sienten empatía hacia los demás, esto provoca que piensen que no tienen un problema psicológico que necesite ser intervenido, por lo cual si se les entrena en habilidades sociales en un momento inoportuno puede resultar contraproducente porque en lugar de utilizarlo positivamente van a hacer uso de estas habilidades para abrirse paso en la sociedad manipulando a las demás personas ya que contarán con los elementos necesarios para modular su conducta y entender mejor a los demás. Por lo cual, es de suma importancia que los terapeutas se encuentren en constante monitoreo de la respuesta al tratamiento del paciente sobre todo en las primeras sesiones de reestructuración de esquemas cognitivos y resignificación de vínculos ya que son en dónde se lleva a cabo el mayor trabajo cognitivo donde se busca un cambio en la dinámica interna del paciente.

Sin embargo, también es importante mencionar que el entrenamiento en habilidades sociales tiene un gran peso en los pacientes con psicopatía secundaria ya que son personas que no tuvieron una vida sencilla en donde en diversas situaciones se tuvieron que involucrar en conductas antisociales muchas de ellas probablemente aprendidas en el mismo núcleo familiar por lo cual nunca desarrollaron habilidades para relacionarse de manera asertiva. Por lo tanto, el entrenamiento en habilidades sociales ayudará a estos individuos a desarrollar elementos de lenguaje corporal, emocional, vocacional, en solución de problemas para relacionarse diferente con la comunidad ya sea en prisión o fuera de ella. Asimismo, el entrenamiento en habilidades sociales también incluye el desarrollo de una percepción social modulada, es decir la introyección de normas, reglas y expectativas de las personas que rodean al psicópata secundario (Anthony, 1979).

Algunas de las técnicas que se utilizarán será la psicoeducación en la crianza (para aquellos que tengan hijos) para que no repitan con sus hijos los patrones antisociales, asimismo, las sesiones de terapia grupal pretenden orientar a los pacientes hacia el desarrollo de un razonamiento moral que permita llevar a cabo negociaciones y con ello resolver problemas sin violencia utilizando técnicas como el *role playing* y la silla vacía. Esto a su vez va a posibilitar que los pacientes vayan retroalimentándose los unos con los otros y logren desarrollar la capacidad de tolerar la presión social y no se frustren con facilidad.

En relación al razonamiento moral, se ha encontrado que la identidad moral en un psicópata está disminuida, (Glenn, Koleva, Iyer, Graham & Ditto, 2010) es decir, son individuos con dificultades para diferenciar lo bueno de lo malo, esto se traduce en una persona poco honesta, generosa y amable; características que están propiamente relacionadas con el Factor 1 Afectivo/interpersonal dónde refiere al psicópata como una persona que establece relaciones utilitarias con los demás.

Sin embargo, es importante mencionar que a pesar de que los psicópatas suelen apoyar acciones donde no se tenga que considerar a los demás, el juicio moral en los dos tipos de psicópatas si tiene variaciones ya que el psicópata primario suele respaldar significativamente acciones donde implique dañar a alguien, si existe la posibilidad de obtener un beneficio. Contrario a los juicios morales de los psicópatas secundarios los cuales se asemejan a los de las personas no psicópatas (Glenn, Koleva, Iyer, Graham, & Ditto, 2010), incluso en algunos estudios no encontraron diferencias (Cima et al., 2010). Es por ello, que en algunas sesiones de terapia grupal, y como parte del entrenamiento en habilidades sociales, se abordarán dilemas morales para llevar a cabo su análisis y solución.

Finalmente, este módulo de habilidades sociales también incluirá el desarrollo de la autoeficacia ya que ésta afecta directamente las elecciones que se toman en la vida. Las personas tienden a elegir aquellas actividades en las cuales se consideran más hábiles y tienden a rechazar aquellas en las cuales se consideran

incapaces (Arancibia & Peres, 2007). Tal como afirma Bandura (1987) las elecciones que hace un individuo durante el período de formación y que influyen en su desarrollo, son determinantes del curso futuro de su vida. Tales elecciones favorecen el desarrollo de distintas competencias, habilidades sociales, intereses y preferencias. El psicópata al provenir de un contexto en su mayoría criminógeno su autoeficacia se encuentra orientada hacia conductas antisociales, las cuales resultaron negativas. Por ello con las sesiones se buscará desarrollar una autoeficacia sana a partir del conocimiento de sus fortalezas, esto les va a permitir sentirse capaces de realizar actividades que tengan un impacto positivo en su vida.

A continuación, se muestran las cartas descriptivas de entrenamiento en habilidades sociales, razonamiento moral y autoeficacia, las cuales están integradas en un aproximado de 4 sesiones grupales de una hora y media.

CARTA DESCRIPTIVA: 12 FASE DE TRATAMIENTO: Entrenamiento en habilidades sociales ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Acción

OBJETIVO: Impulsar el razonamiento moral

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Entrenamiento en habilidades sociales	Analizar dilemas morales donde se expongan las acciones impersonales y se promueva la empatía.	Sesión de terapia grupal	<p>A cada uno de los miembros del grupo se le entregará tres papeles donde estén escritos tres dilemas morales con una pregunta al final. De manera individual los miembros del grupo deberán contestar de manera escrita si accederían o no a llevar a cabo la acción que está expresada en el papel y posteriormente deberán ponerlo en una caja correspondiente al dilema (cada dilema tendrá un color de hoja diferente para que puedan depositarlo en la caja del mismo color).</p> <p>Los dilemas que se les entregarán a los miembros del grupo serán los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía (Foot, 1967) <p>Usted es un cirujano y cinco de sus pacientes asignados necesitan trasplantes de órganos. Cada uno de ellos necesita un órgano diferente o seguramente morirá. Tienes otro paciente que está sano y sería un buen donante de órganos para los otros. Si trasplantas sus órganos (contra su voluntad) en los cuerpos de los otros pacientes, van a vivir pero el paciente donante morirá.</p> <p>En esta situación ¿Llevarías a cabo el trasplante?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accidente de avión (Greene, et al.,2001) <p>El avión en el que viajabas se ha estrellado en el Himalaya. Los únicos sobrevivientes son 4 hombres y un niño. Los seis viajan durante días, luchando contra viento y frío extremo. Su única posibilidad de supervivencia es hacerlo a un pueblo unos días de camino. El niño no puede moverse muy rápidamente. Sin el alimento, usted y los otros hombres seguramente morirá. ¿Uno de los hombres sugiere matar al niño y comer sus restos en los próximos días en esta situación, sacrificarías al niño?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gases (Thomson,1986) <p>Eres el vigilante nocturno en un hospital donde un accidente ha ocurrido en uno de los laboratorios de prueba en el sitio y ahora hay gases mortales levantándose a través del sistema de ventilación del hospital. Los gases se dirigen a un área donde hay cinco pacientes que seguramente van a morir. Si le das la vuelta un interruptor, el sistema de ventilación hará que los gases se dirijan a una habitación que contiene a un solo paciente, causándole la muerte en esta situación, ¿le da la vuelta el interruptor?</p> <p>Posteriormente los terapeutas harán un conteo de cada una de las respuestas afirmativas y negativas de los dilemas y lo escribirán en un pizarrón, después se les preguntará a los miembros que deseen participar por qué creen que se hayan dado esos resultados y porque decidieron responder afirmativamente o negativamente.</p>	Tres cajas pequeñas de colores diferentes, hojas con dilemas impresos, crayolas, pizarrón y plumones.	Una sesión de dos horas.

CARTA DESCRIPTIVA: 13 FASE DE TRATAMIENTO: Entrenamiento en habilidades sociales

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Acción

OBJETIVO: Psicoeducación en habilidades sociales

MÓDULO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
ESPECÍFICO					
Entrenamiento en habilidades sociales	Identificar los patrones de comunicación no asertiva de los miembros del grupo e impulsar el desarrollo de una comunicación verbal y no verbal asertiva	Sesión de terapia grupal	<p>La sesión puede conducirse a partir de una breve exposición por parte de los terapeutas sobre los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estilos de comunicación: Asertiva, pasiva, agresiva, agresiva-pasiva. • Habilidades básicas de interacción (sonreír, contacto visual, escuchar) • Habilidades de acercamiento (Cómo acercarse socialmente a un individuo o un grupo) • Habilidades de mantenimiento social (compartir, respetar turnos y reglas, cooperar con los demás) • Habilidades sociales en la amistad (Cómo demostrar afecto apropiado, involucrar a los otros en la toma de decisiones, manejar desacuerdos de una manera socialmente aceptable) • Comunicación de las ideas y necesidades <p>Entre cada una de las exposiciones se invitará a los miembros del grupo a ejemplificar cada uno de los temas a partir de testimonios propios, con <i>role playing</i> y/o silla vacía.</p>	Ninguno	Dos sesiones de una hora y media.

Justicia Restaurativa

La justicia restaurativa corresponde a la última etapa de tratamiento debido a que el paciente tiene que pasar por todo un proceso de reconocimiento, aceptación y modificación de sus patrones de conducta antisociales para poder tener un grado de conciencia que le permita llevar a cabo un trabajo de restauración con las víctimas. En el caso de los psicópatas es importante identificar si se encuentra en la etapa de *acción* de respuesta al tratamiento ya que es una fase en la cual el paciente tiene que contar con un avance en todos los elementos del Factor 1 específicamente en lo que se refiere a la expresión de la empatía aunque no sea en gran medida ya que lo que hará esta etapa de tratamiento será potencializar la capacidad de empatizar con las emociones de las víctimas.

A pesar de que es muy probable que tratándose de los delitos cometidos por los pacientes, como el homicidio o la violación, sea imposible devolver a la víctima a su estado original, lo que se busca es que el paciente se responsabilice de sus actos trabajando con la víctima directamente o con la familia de esta en caso de que la víctima haya sido privada de su vida por el psicópata. De ahí deviene uno de los pilares de la justicia restaurativa es la disminución de la reincidencia a partir del involucramiento social y con ello lograr el verdadero objetivo de los centros penitenciarios, la readaptación de los internos. En este sentido, se plantea la premisa de que un interno con el transcurrir del tiempo en prisión se va volviendo más violento que en un principio y que si en determinado momento logra su libertad la probabilidad de que reincida es muy alta lo cual representa un verdadero problema en términos de seguridad pública (Reisel, 2014)

Por otro lado, la justicia restaurativa permite a la víctima expresar sus pensamientos sobre lo ocurrido, lo cual puede ser benéfico si se encuentra dentro de un proceso terapéutico. Es de suma relevancia mencionar que pueden existir casos en los cuales la víctima y/o familiares de ésta no se encuentren en las condiciones emocionales necesarias para afrontar un encuentro con su agresor por lo cual forzar un encuentro así podría resultar contraproducente.

Dada esta dificultad, se sugiere que previo al encuentro con la o las víctimas se lleven a cabo sesiones donde se prepare al interno para este encuentro por medio de trabajos de imaginación como la técnica de la silla vacía donde se pueden ubicar a otras personas que le brinden un nuevo discurso de apoyo para su readaptación o incluso llevar a la silla vacía a la misma víctima a manera de ensayo en el cual el paciente podría identificar las emociones que le produciría ver a su víctima y poder con ello encontrar mejores alternativas para su canalización.

A continuación se muestra la sesión sugerida para el módulo de justicia restaurativa previa al encuentro cara a cara con la o las víctimas.

SESIÓN: 12 FASE DE TRATAMIENTO: Justicia Restaurativa

ETAPA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Acción/Mantenimiento

OBJETIVO: Que el paciente logre generar empatía con sus víctimas.

MÓDULO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Justicia Restaurativa	Imaginar a las víctimas de los delitos que cometió del interno.	“Silla vacía”	<p>Se comenzará a hablar sobre las víctimas confesas del interno, desde la técnica de entrevista motivacional (sin juicios) y se le invitará a identificar las emociones que vivió en los momentos que vivió con esas víctimas y se realizarán las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none">-¿Cuál es la víctima que puedes recordar en este momento o que sueles recordar en ocasiones?-¿Tú por qué crees que recuerdas a esa víctima?- Si pudieras regresar al momento en el que te encontrabas con esa persona ¿Qué harías?-Si estuviera aquí presente ¿Qué te gustaría decirle?-Si alguno de sus familiares estuviera aquí ¿Qué le dirías?	Una silla	Esta actividad puede durar varias sesiones dependiendo las víctimas que logre imaginar.

Término del tratamiento

Cuando los diferentes módulos de tratamiento hayan concluido se espera que el paciente se encuentre en la etapa de *acción y mantenimiento*. En ese momento se continúa con algunas sesiones individuales en las cuales se aborde la elaboración de un plan de vida a futuro contemplando la vida tanto en reclusión como en libertad, asimismo, se establecen estrategias para la búsqueda y establecimiento de nuevas redes de apoyo “no nocivas” dentro y fuera de prisión. Se aclaran dudas sobre el término del tratamiento y se reitera la alianza terapéutica como un vínculo estable al cual puede acceder en el momento que fuese necesario, también se habla sobre las sesiones de seguimiento las cuales se agendarán cada tres y seis meses.

Una vez concluidos los diferentes módulos de la propuesta de intervención para psicópatas secundarios, se espera que el paciente se encuentre con un crecimiento emocional y con herramientas necesarias para afrontar su vida de manera diferente. La presente propuesta no contempla la libertad anticipada si se lleva a cabo el tratamiento, ya que basados en la revisión teórica mencionada en capítulos anteriores, el psicópata puede acceder a tomar un proceso terapéutico sabiendo que tiene la promesa de salir de prisión. Y una vez dentro del tratamiento aparentar una mejora logrando posteriormente engañar al sistema de justicia, sin embargo, si el tratamiento produce cambios en su conducta antisocial es lógico que tendrá un impacto positivo en su situación jurídica y posiblemente logre una reducción de pena. Cabe mencionar que lo más importante es que el paciente se sienta emocionalmente mejor, que incluso dentro de prisión logre establecer mejores redes de apoyo, logrando integrarse a las demás actividades educativas, laborales y recreativas que ofrecen las instituciones.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

PRESENTACIÓN DE CASO

Justificación

Los psicópatas ocupan una proporción importante dentro de la población penitenciaria ya que corresponden aproximadamente al 20% de los reclusos masculinos, siendo responsables de más del 50% de los delitos cometidos (Hare, Strachan & Forth, 1993). Gran parte de los psicópatas, si no es que todos en el caso de México, permanecen sin un diagnóstico y tratamiento adecuado que a largo plazo se convierte en un problema para la sociedad en términos de salud pública y economía, porque si en algún momento quedan en libertad el grado de reincidencia en esta población es elevada (Barbaree, 2005; Hare, 1991).

Previo a la implementación de un tratamiento, los casos de psicopatía deben ser evaluados psicológicamente por diversas razones entre ellas, un adecuado filtro de la población psicopática, ya que al tratarse de un trastorno de personalidad severo necesitan intervenciones específicas y adecuadas a la naturaleza de sus síntomas, para ello se requiere un instrumento confiable que permita diagnosticar a los individuos con psicopatía. Otra de las razones por las cuales es relevante hacer una evaluación del individuo psicopático previo a su intervención, es conocer y detectar sus principales rasgos de personalidad, esto va a permitir hacer una correspondencia entre un caso individual y lo que existe en las investigaciones de la personalidad psicopática, con ello se busca empatar al psicópata con una intervención acorde a sus rasgos de personalidad, lo cual va a estar directamente relacionado con un tratamiento efectivo. Para ello, se requiere un instrumento confiable que evalúe la personalidad del paciente.

La presentación del caso pretende ilustrar una evaluación psicológica de un caso de psicopatía secundaria antes de ser tratado, por lo tanto, mediante el uso de dos instrumentos se evaluará a un interno de un reclusorio con gran historial delictivo y se identificarán sus índices de psicopatía y los rasgos de personalidad mayormente involucrados, con el objetivo de mostrar las principales características

de un psicópata secundario que cumple con los criterios de diagnóstico necesarios para la propuesta de intervención mencionada en capítulos anteriores.

Modelo

La presentación de caso se sustenta en el Modelo de Psicopatía (Fig. 1) desarrollado por Robert Hare (1993) quien a lo largo de dos décadas ha formulado con sus investigaciones la estructura de la psicopatía la cual divide en cuatro dimensiones: Interpersonal, Afectividad, Estilo de Vida y Antisocial. Cada una de estas dimensiones contiene 18 ítems que corresponden a los respectivos comportamientos y rasgos de personalidad del psicópata. Las flechas representan la interrelación que existe entre todos los elementos de la estructura psicopática lo cual significa que ninguna dimensión es excluyente de otra. Existen otros dos rasgos presentes en la psicopatía pero que no entran dentro de alguna de las dimensiones mencionadas anteriormente, pero si forman parte de los criterios de diagnóstico, estas son conducta sexual promiscua y muchas relaciones a corto plazo (Hare & Neumann, 2008). La investigación se sustenta en este modelo porque actualmente es aquel que se encuentra lo más apegado al perfil de un psicópata y al mismo tiempo, es en el cual está basado uno de los instrumentos utilizados en este estudio.

Figura 1. Modelo de psicopatía (Hare, 1993)

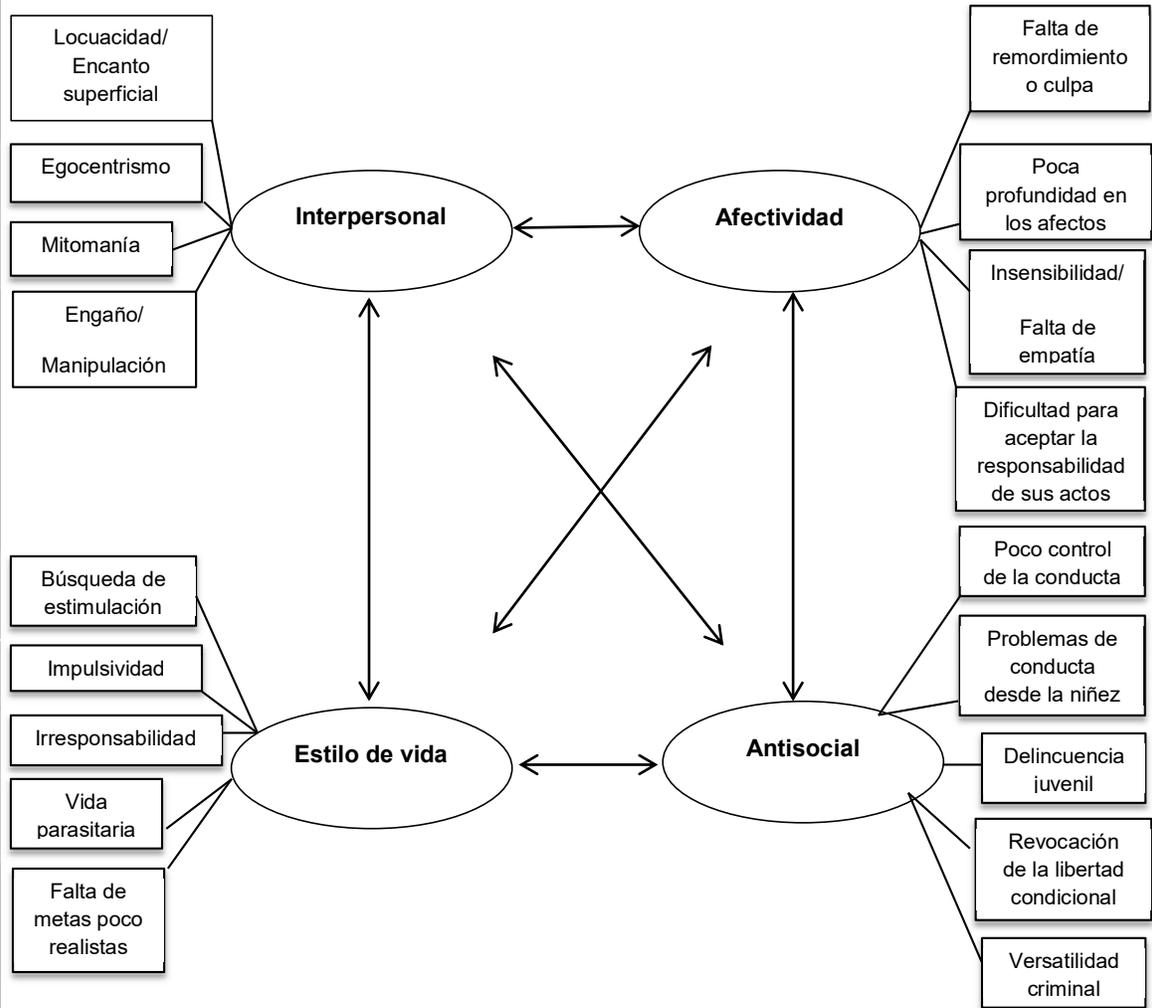


Figura 1. Modelo de psicopatía de Hare que muestra las cuatro dimensiones principales que la conforman. Cada una de las dimensiones contiene los elementos que la conforman. Adaptado de "Psychopathy as a Clinical and Empirical Construct," por R.D. y C.S. Neumann, 2008, The Annual Review of Clinical Psychology, 21, p.219.

Propósito

Identificar los rasgos de personalidad y psicopatía en un interno de una Penitenciaría Federal Mexicana.

Objetivos específicos

1. Aplicar el instrumento PCL-R para identificar el nivel de psicopatía en el interno.
2. Analizar el Factor predominante en la escala de psicopatía.
3. Aplicar el instrumento MMPI-2-RF para evaluar los rasgos de personalidad del interno.
4. Determinar los rasgos de personalidad mayormente involucrados con la psicopatía.
5. Integrar y analizar descriptivamente el estudio de caso con los instrumentos aplicados.

Identificación de variables

Variables atributivas

1. Psicopatía
2. Rasgos de personalidad

Definición conceptual de las variables

1. **Psicopatía.** Trastorno de la personalidad dada por un conjunto distintivo de comportamientos y rasgos de personalidad, muchos de los cuales la sociedad considera como peyorativos. Estos comportamientos y rasgos de personalidad involucran el área interpersonal, afectiva y en su estilo de vida el cual se caracteriza por ser antisocial (Hare, 1993).

- 2. Rasgos de personalidad.** Son estructuras mentales organizadas, que varían de persona a persona las cuales inician y guían el comportamiento (Allport, 1937). Se construyen a partir de la influencia genética (Eynseck, 1967) y por la interacción social (Hampson, 1988).

Tipo de estudio

Estudio de caso

Hipótesis de trabajo

El estudio de caso de un interno con psicopatía secundaria y la evaluación de sus rasgos de personalidad, permitirá entender algunas de las características conductuales bajo las cuales se traduce esta patología.

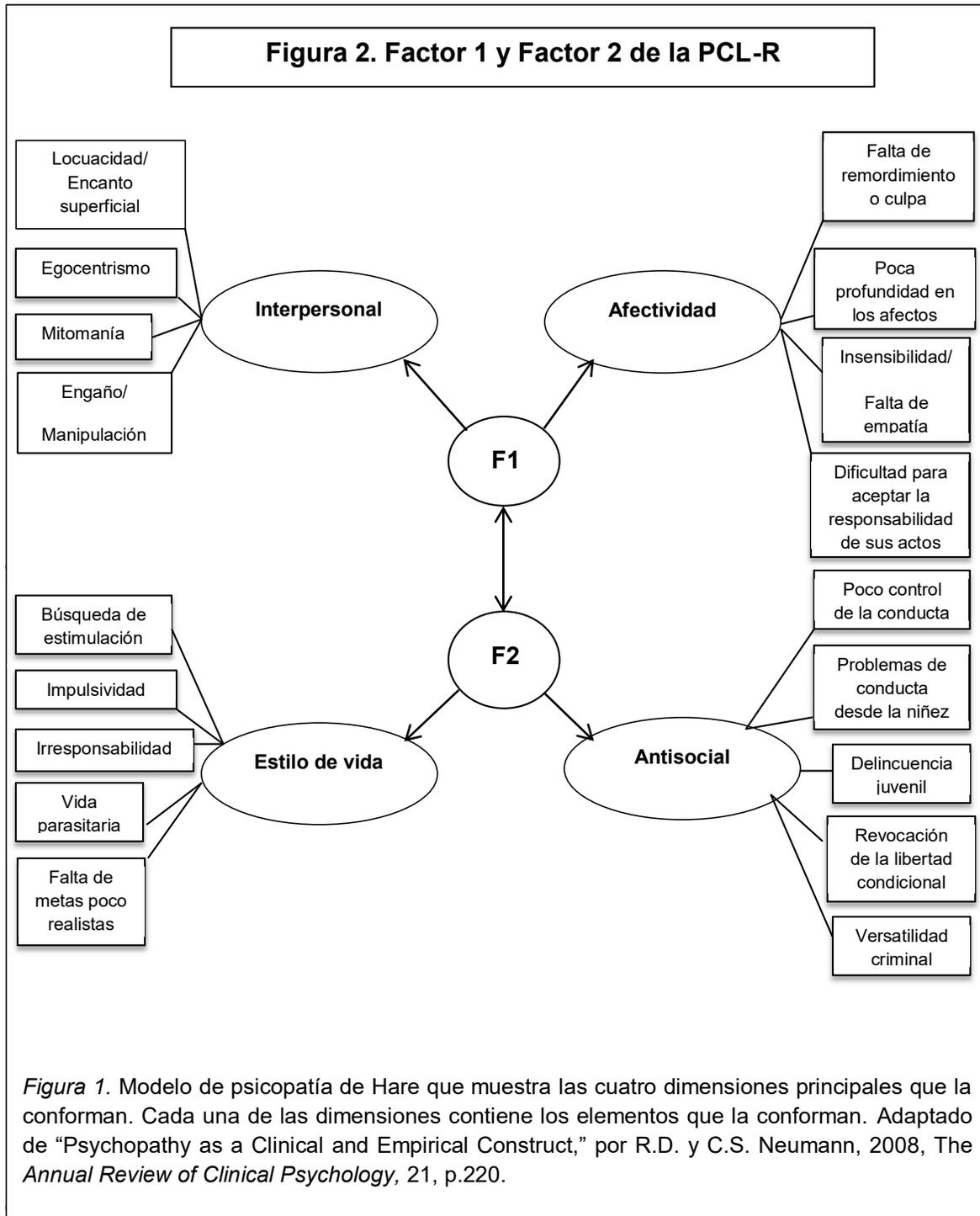
Instrumentos

1. Escala de Psicopatía Revisada PCL-R (Hare, 1991, 2003).

La escala de psicopatía (PCL-R) se ha utilizado en diferentes estudios de psicopatía incluso se emplea como método de clasificación de personas psicópatas y no psicópatas. Esta escala contiene una lista de comportamientos característicos de un psicópata.

La PCL-R es un constructo clínico que consta de una entrevista semiestructurada, y la aplicación de la escala con criterios específicos de puntuación. Los elementos que forman la escala son aquellos que describen las cuatro dimensiones que representan a la psicopatía: Interpersonal, Afectivo, Antisocial y Estilo de vida. Estas cuatro dimensiones a su vez son divididas en dos factores. El Factor 1 consta de la dimensión Interpersonal y Afectiva mientras que el Factor 2 (Fig. 2) consta de la dimensión Estilo de vida y Antisocial (Hare, 2003). El Factor 1 representa los rasgos de personalidad, mientras que el Factor 2 expresa los aspectos conductuales de la psicopatía. La aplicación de este instrumento varía

entre 90-120 minutos debido a que la primera parte referente a la entrevista semiestructurada puede variar de persona a persona.



El instrumento consiste en una escala que se califica de acuerdo a 3 criterios de puntuación (0, 1, 2) según el grado que el individuo aplica a las 20 preguntas que describen a los dos factores (los 18 mostrados en la Figura 2 más los otros dos elementos mencionados anteriormente de conducta sexual promiscua y muchas relaciones a corto plazo).

Cada ítem de esta escala se puntúa de forma independiente según la descripción clínica del manual, el juicio del entrevistador respecto a los datos obtenidos en la entrevista semi-estructurada y fuentes de información colateral.

El puntaje total de la PCL-R (Tabla 3) puede variar de 0 a 40 y reflejan el grado en el cual el individuo coincide con el psicópata prototípico. Para la investigación y propósitos de "diagnóstico", una puntuación de corte de 30 normalmente se utiliza para la psicopatía (Hare & Neumann, 2008).

Tabla 3.

Puntuaciones de la PCL-R y sus criterios de diagnóstico

Puntuación	Diagnóstico
33 a 40	Muy alta
25 a 32	Alta
30	Punto de corte principal
17 a 24	Moderada
9 a 16	Baja
< 9	Muy baja

Nota: Adaptado de "Manual de Escala de Psicopatía Revisada Método Hare," por R.D. Hare, 2003, Madrid: TEA Ediciones, S.A.

En cuanto a las propiedades psicométricas de este instrumento en México se analizó la confiabilidad, la validez y la estructura factorial en una muestra de 144 internos de una Penitenciaría Federal Mexicana, referidos por sus altos índices de violencia y de sanciones recibidas. La estandarización en México de la PCL-R (Ostrosky, Ruíz, Arias, & Vázquez, 2008) mostró que es un instrumento adecuado

para evaluar a la población convicta mexicana. Sólo se encontraron pequeñas variaciones culturales.

El instrumento mostró tener validez predictiva ya que se analizaron los índices de homogeneidad interna de los reactivos. Para ello se empleó el Coeficiente de Correlación de Pearson entre cada uno de los reactivos y la puntuación total obtenida, se observó que todos los reactivos mostraron una correlación total mayor de .50. El alfa de Cronbach para la puntuación total de la PCL-R fue de 0.87 y una correlación media inter-reactivo de 0.30 lo cual muestra que es un instrumento con consistencia interna. Por medio de una rotación oblicua se obtuvieron valores mayores a 0.18 confirmando la homogeneidad y unidimensionalidad del constructo medido.

Los resultados encontrados señalan que las características psicométricas de la versión en español del PCL-R en México son similares a las características de la versión original. La estadística descriptiva para los puntajes totales, los reactivos individuales y la estructura factorial es semejante a los valores reportados tanto para la población norteamericana como para la española. Por lo tanto, se puede considerar que los síntomas de psicopatía tienen una estabilidad entre las culturas muestreadas (Ostrosky, et al. 2008).

2. Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2-Forma- Reestructurada MMPI-2-RF (Ben-Porath & Tellegen, 2008)

Este instrumento es la versión más actualizada del MMPI-2, cuyas principales innovaciones de su versión anterior son una reducción del número de reactivos a 338 y el tiempo de aplicación entre 35 y 50 minutos. Además, contiene un nuevo conjunto de escalas que permiten una evaluación más eficiente.

El MMPI-2-RF es un inventario en el cual se utiliza un cuadernillo de aplicación con preguntas que se responden como Falso o Verdadero. El cuadernillo es contestado con lápiz en una hoja de respuestas que puede calificarse con un lector electrónico o manualmente con el uso de plantillas.

La estructura interpretativa del MMPI-2-RF consta de un total de 51 escalas que se dividen en dos grandes apartados y cada uno de ellos presenta subapartados relevantes. El primero es el de validez que contiene nueve escalas que incluyen el estudio de la consistencia de la respuesta, así como la posible presencia de patrones de exageración o minimización de síntomas.

Consiste en 12 escalas de orden superior (OS) y las Escalas clínicas reestructuradas (CR), 25 Escalas de problemas específicos (PE), Escalas sobre problemas somáticos/cognitivos (5 escalas), Escalas de problemas internalizados (nueve escalas), Escalas de problemas externalizados (4 escalas), Escalas de problemas interpersonales (5 escalas), Escalas de intereses específicos (2 escalas) y finalmente las 5 Escalas de psicopatología de la personalidad (PSY-5).

Todas estas escalas evalúan específicamente la posible existencia de alteraciones somáticas/cognitivas, emocionales, del pensamiento y comportamentales. También consideran las relaciones interpersonales, intereses del sujeto evaluado, consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

El beneficio del empleo de este instrumento radica en la capacidad que tiene para sintetizar la estructura de personalidad de acuerdo al modelo de Harkness y McNulty (1994) quienes revisaron las Escalas PSY-5 para el MMPI-2-RF (Harkness & McNulty, 2007) y construyeron un modelo jerárquico de la personalidad que consisten en rasgos definidos como agresividad, psicotismo, restricción, emocionalmente negativo/neuroticismo, Introversión/poco emocionalmente positivo.

A continuación, en la Tabla 4 se muestran detalladamente las escalas de validez, alto orden, reestructuradas, de problemas específicos y de internalización que componen al MMPI-2-RF.

Tabla 4.

Escalas del MMPI-2-RF estandarizadas para población mexicana (Lucio, Durán, Heredia, Arenas, & Martínez, 2015)

Escalas de Validez		
Escala	Nombre	Característica que mide
CNS	No puede responder	Cuando no se contestó alguna pregunta
INVAR-r	Inconsistencia de las respuestas variables	Responder de manera aleatoria
INVER-r	Inconsistencia de las respuestas “verdadero”	Arreglar las respuestas
F-r	Respuestas infrecuentes	Respuestas poco frecuentes en la población general
Fpsi-r	Respuestas infrecuentes de psicopatología	Respuestas poco frecuentes en pacientes psiquiátricos
Fs	Respuestas infrecuentes somáticas	Quejas de problemas somáticos poco frecuentes en pacientes.
FVS-r	Validez en el síntoma	Quejas de problemas somáticos y cognitivos asociados a altos niveles con sobre registro
SI	Escalas de síntomas inconsistentes	Exageración de problemas de memoria
L-r	Virtudes poco comunes	Pocas afirmaciones de atributos morales o actividades.
K-r	Validez de adaptación	Enorgullecimiento de un buen ajuste psicológico a partir de altos niveles de escasas respuestas

Escalas de Orden Superior (OS)

Escola	Nombre	Característica que mide
AE/PI	Alteración emocional/Problemas internalizados	Problemas asociados con los afectos y el estado de ánimo
AP	Alteración del pensamiento	Problemas asociados a desórdenes en el pensamiento
AC/PE	Alteraciones de la conducta/Problemas externalizados	Problemas asociados al poco control en el comportamiento

Escalas Clínicas Reestructuradas (CR)

Escola	Nombre	Característica que mide
Cd R	Desmoralización	Infelicidad e insatisfacción general
C1R	Quejas somáticas	Quejas sobre problemas de salud poco claros
C2R	Disminución de emociones positivas	Falta de sensibilidad a las emociones positivas
C3R	Cinismo	Poca confianza hacia los demás
C4R	Conducta antisocial	Rompimiento de reglas y comportamiento irresponsable.
C6R	Ideas de persecución	Creencias de que los demás representan una amenaza.
C7R	Emociones negativas disfuncionales	Mala adaptación en el procesamiento de la ansiedad, el enojo y la irritabilidad
C8R	Experiencias aberrantes	Pensamientos y percepciones inusuales
C9R	Activación hipomaniaca	Sobre actividad, agresividad, impulsividad, y grandiosidad

Escalas de Problemas Específicos (PE)

Escala	Nombre	Característica que mide
<i>Escalas de problemas somáticos/ cognitivos</i>		
MAL	Malestar	Sensación de debilidad física y mala salud en general
QGI	Quejas gastrointestinales	Nauseas, dolores de estómago y poco apetito
QDC	Quejas de dolor de cabeza	Dolor de cabeza y cuello
QNEU	Quejas neurológicas	Mareos, debilidad, parálisis, pérdida del equilibrio, etc.
QCO	Quejas cognitivas	Problemas de memoria, dificultades para concentrarse

Escalas de problemas internalizados

ISU	Ideación suicida/ Deseos de muerte	Reportes directos sobre ideación suicida y/o intentos de suicidio
Im/D	Impotencia/Desesperanza	Creencias sobre no poder alcanzar metas o no poder resolver problemas
DSM	Desconfianza de sí mismo	Poca confianza en sí mismo y sentimientos de inutilidad
INE	Ineficacia	Creencias sobre ser poco capaz y decidido
P/E	Preocupación/Estrés	Preocupación por fallar, dificultades para afrontar las presiones bajo tiempo
ANS	Ansiedad	Ansiedad generalizada, miedos y pesadillas constantes
TEN	Tendencia al enojo	Tendencia a enojarse fácilmente, ser impaciente con los demás
LCM	Limitaciones conductuales por miedos	Miedos que inhiben significativamente las actividades normales
MEM	miedos específicos múltiples	Miedos a la sangre, el fuego, los rayos, etc.

Escalas de Problemas externalizados

PCIJ	Problemas de conducta infanto-juveniles	Dificultades en la escuela y la casa, robo.
ABS	Abuso de sustancias	Consumo y abuso de alcohol y drogas en el pasado y en el presente
AG	Agresión	Agresividad física, comportamiento violento.
EUF	Euforia	Elevada excitación y niveles de energía

Escalas de Problemas Interpersonales

PFA	Problemas familiares	Relaciones familiares conflictivas
PIP	Pasividad Interpersonal	No ser asertivo y sumiso
ESO	Evitación social	Evitar o no disfrutar de situaciones sociales
TIM	Timidez	Penoso, propensión a sentirse inhibido y ansioso entre los demás
DES	Desapego	Sentir desagrado por la gente y por estar acompañado

Escalas de Intereses Específicos

Escala	Nombre	Característica que mide
IES	Intereses estético-literarios	Intereses literarios, musicales, teatro, etc.
IFM	Intereses físico-mecánicos	Intereses físico-corporales, arreglar y construir cosas, gustos por el exterior y los deportes

Cinco escalas de psicopatología de la personalidad (PSY-5)

Escala	Nombre	Característica que mide
AGGR-r	Agresividad-revisada	Agresividad instrumental y directa
PSYC-r	Psicotismo-revisada	Desconexión de la realidad
DISC-r	Impulsividad-revisada	Poco control sobre la conducta, impulsividad
NEGE-r	Neuroticismo/Emocionalidad Negativa- revisado	Ansiedad, inseguridad, preocupación y miedo
INTR-r	Introversión/ Disminución de Emociones Positivas-revisada	Poca vinculación e incapacidad para sentir placer

Los datos de normatividad referentes al MMPI-2-RF fueron construidos a partir de la muestra normativa de su antecesor el MMPI-2 que incluyó 2600 hombres y mujeres entre las edades de 19 a 80 de diferentes regiones y comunidades de Estados Unidos.

En México los estudios de normalización, confiabilidad e intercorrelación del MMPI-2-RF (Lucio, Durán, Heredia, Arenas, & Martínez, 2015) se llevaron a cabo

en tres poblaciones diferentes: una muestra normativa, una muestra de estudiantes universitarios y una muestra de selección de personal en varias regiones de México. En lo que se refiere a los datos de normalización se obtuvieron puntuaciones T lineales y uniformes de las 51 escalas que conforman la prueba. Por lo cual, los resultados que se obtuvieron fueron semejantes a los de la población estadounidense.

Relación entre la PCL-R con el MMPI-2 y el MMPI-2-RF

MMPI-2 y PCL-R

Es importante puntualizar las concordancias que existen entre los instrumentos que se utilizarán ya que por un lado, el MMPI-2 antecesor del MMPI-2-RF logró mostrar algunos datos que resultaron relevantes en relación a la psicopatía, entonces es prioritario mencionar algunos de estos hallazgos previos a los que se encontraron actualmente con el MMPI-2-RF.

En general, las correlaciones entre la PCL-R y el MMPI-2 son pequeñas pero constantes con la conceptualización de los rasgos que pretenden medir ambas pruebas (Duckworth & Anderson, 1995; Gacono, 2000). El perfil de psicopatía en el MMPI-2 se caracteriza por una elevación en la escala 4 Desviación psicopática (Dp). Asimismo, las elevaciones en la escala 9 Hipomanía (Ma), Prácticas Antisociales (PAS) y alcoholismo de Mac Andrew (A-MAC) han sido asociadas con altas puntuaciones en la PCL-R. La investigación ha sugerido que las elevaciones en estas escalas reflejan comportamientos impulsivos, rebeldía, estilo de vida antisocial y búsqueda de estimulación rasgos que son comúnmente encontrados en los psicópatas.

Heinze & Vess (2008) establecieron relaciones entre las escalas MMPI-2 y los 20 elementos de la escala PCL-R. Los índices de la escala F fueron significativamente relacionados con Impulsividad (Elemento 14), Problemas de conducta desde la niñez (Elemento 12), Estilo de vida parasitaria (Elemento 9), Delincuencia juvenil (Elemento 18) y Versatilidad criminal (Elemento 20). Estas

correlaciones sugieren que las elevaciones en la escala F en individuos psicópatas pueden ser asociadas con numerosos problemas de comportamiento y la tendencia a reprimir estos comportamientos en su ambiente. La escala de Fp se relacionó con poca profundidad en los afectos (Elemento 7), esto sugirió que la medida de la escala de validez Fp pudiera estar relacionada con algún nivel de desapego emocional hacia los demás.

Además, la escala Es mostró correlaciones significativas con los elementos de la PCL-R en la dimensión interpersonal del Factor 1 específicamente en el elemento 1 y 2 que corresponden a encanto, desenvoltura y egocentrismo respectivamente. Las correlaciones negativas de la escala Es y la PCL-R fueron en las dimensiones de estilo de vida y antisocial del Factor 2 en los elementos de estilo de vida parasitario, impulsividad, delincuencia juvenil y versatilidad criminal (Elementos 9, 14, 18 y 20). Por lo tanto, puntuaciones altas en la escala Es se refiere a aquellos psicópatas que muestran mayores habilidades verbales y egocentrismo. En contraste, con psicópatas que obtuvieron bajas puntuaciones en Es parecen estar más orientados a las acciones impulsivas y pueden ser más propensos a presentarse como personas que necesitan ayuda ya sea de manera parasitaria dependiendo de los demás o con intervenciones más formales como las del sistema de justicia.

De acuerdo a este mismo estudio (Heinze & Vess, 2008) se obtuvieron correlaciones significativas con la escala L en egocentrismo (Elemento 2) también con la falta de remordimiento o culpa, poca profundidad en los afectos y dificultad para aceptar la responsabilidad de sus actos (Elementos 6, 7 y 16) esto puede reflejar la capacidad de un psicópata para imitar comportamientos socialmente aceptados como la de aparentar expresar arrepentimiento sin una verdadera preocupación por las consecuencias negativas de sus actos o en su defecto, si en determinado momento aceptarán la responsabilidad de sus actos lo hacen de manera superficial justificándose o haciendo uso de la racionalización.

MMPI-2-RF Y PCL-R

Con relación a la dinámica entre el MMPI-2-RF y la PCL-R es muy similar que con el MMPI-2 ya que las escalas 9 de comportamiento antisocial y la 4 de activación hipomaniaca de las escalas clínicas reestructuradas han sido relacionadas con la psicopatía. A esto se le conoce como el código 4-9/9-4. De acuerdo con Graham (2006) este tipo de código está asociado con impulsividad, narcisismo, falta de emotividad hacia sí mismos o hacia los demás, también con la capacidad de dar una buena impresión y con la dificultad para manejar el enojo.

Sin embargo, estas dos escalas solo expresan las características de Factor 2 (Comportamiento Antisocial) de la PCL-R no del Factor 1 (Afectivo-Interpersonal). En este sentido, Sellbom, Ben-Porath, Lilienfeld, Patrick y Graham (2005) argumentan que las escalas PSY-5, principalmente el dominio de neuroticismo, fueron desarrolladas para medir un modelo dimensional de la personalidad, por lo tanto, resultan apropiados para evaluar los rasgos psicopáticos del Factor 1. Y particularmente el dominio de Agresividad de la PSY-5 ha sido relacionado con el Factor 2.

Las escalas del MMPI-2-RF que coinciden con la psicopatía, en algunos casos con ponderaciones negativas se muestran a continuación (Mufson, 2012):

Escalas Clínicas Reestructuradas

(C2R) Disminución de emociones positivas

(C3R) Cinismo

(C4R) Conducta antisocial

(C6R) Ideas de persecución

(C8R) Experiencias aberrantes

(C9R) Activación hipomaniaca

Escalas de Problemas Interpersonales

(PIP) Pasividad Interpersonal

(ESO) Evitación Social

(TIM) Timidez

(DES) Desapego

Escalas de Problemas Internalizados

(LCM) Limitaciones conductuales por miedos

(MEM) Miedos específicos Múltiples

PRESENTACIÓN DE CASO

“Guía de entrevista de PCL-R”

Caso A

Estado Actual

Sujeto masculino de 24 años actualmente es acusado de cometer delitos graves contra la vida humana, por lo cual se encuentra en espera de sentencia desde hace dos años en un centro de readaptación social varonil.

Su situación en reclusión es desfavorable debido a que no muestra interés por integrarse a actividades de readaptación y se le describe como un interno rebelde con tendencia a recibir correctivos disciplinarios, por tal motivo, no cuenta con carta de buena conducta, sin embargo, a partir del último correctivo disciplinar hace un año empezó a acudir a terapia psicológica desde un enfoque cognitivo-conductual.

Historial educativo

Cursó hasta el primer grado de secundaria, en ese momento decidió dejar la escuela por falta de interés y problemas de conducta en la escuela.

A los 11 años comienza su historial delictivo con delitos menores pero es los 16 años cuando es ingresado al Tutelar por el delito de homicidio donde continuó sus estudios hasta el primer año de bachillerato

Experiencia laboral

Al abandonar sus estudios comenzó a trabajar en oficios sencillos como ayudante en diversos establecimientos como panaderías y arreglando zapatos, nos obstante duraba poco tiempo en dichos trabajos (no más de 6 meses).

Debido a que a temprana edad empezó a vender droga, secuestrar y matar obtuvo grandes sumas de dinero lo cual provocó que no le interesara integrarse a un empleo honesto.

En este momento dentro de prisión no cuenta con ningún tipo de comisión que le permita generar ingresos.

Objetivos profesionales

Existe una ausencia de objetivos realistas para su futuro.

Salud física y mental

Su estado de salud es bueno, presenta adecuadas condiciones de aliño e higiene. Hace dos años accedió a asistir a terapia psicológica desde un enfoque cognitivo-conductual, el proceso evolutivo en terapia se describió como regular ya que no se observaron cambios conductuales, pero si, comenzó a mostrar menos resistencias y reflejó una mejor actitud hacia el tratamiento que le permitió entrar a la fase *pre-contemplativa* de respuesta al tratamiento, es decir, por momentos mostró cierta ambivalencia hacia el cambio producto de una mejora en la capacidad de introspección.

Sin embargo, su proceso terapéutico se vio interrumpido por cambios dentro de la institución y su caso fue referido a otro terapeuta con quien iba a continuar su tratamiento, sin embargo, sólo asistió a una sesión y volvió a mostrarse apático al tratamiento por lo cual actualmente no asiste ningún tipo de apoyo psicológico.

Inició su vida sexual en la adolescencia a la edad de los 12 años, refiere no haber experimentado prácticas de riesgo o presencia de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, si refiere haber tenido muchas parejas sexuales a corta edad y haberle sido infiel a su pareja.

Historial familiar

Dinámica familiar primaria

Proviene de una familia uniparental semiextensa, sin figura paterna. Su familia está compuesta de medios hermanos, mamá, abuela y tíos lo cual pudo generar una confusión en los roles. Esto mismo produjo una dificultad en el interno para introyectar límites ya que estos eran inexistentes debido a la presencia de figuras

familiares permisivas, a quienes recuerda con afecto, pero las describe como violentas física y psicológicamente.

Es evidente que sus figuras primarias no proporcionaron un adecuado apego y límites al interno en su infancia. Por un lado, la relación con su madre se observa poco afectuosa y en los primeros años de vida del interno ésta convivía poco tiempo con él dejándolo al cuidado de su abuela. Mientras que con su padre nunca convivió en su infancia y actualmente el interno se niega a establecer contacto con él.

Tanto él como su hermano se encontraron envueltos en una vida criminal a corta edad. Debido a ello, su hermano murió antes de cumplir los 20 años. El interno describe este hecho como uno de los más difíciles de su vida.

Dinámica familiar secundaria

El interno y su pareja actual han sostenido una relación de unión libre desde los 15 años donde procrearon tres hijos quienes son cuidados por ella y no conviven mucho con el interno a pesar de tener las posibilidades de recibir visitas de ellos. Hubo presencia de violencia física e infidelidad por parte del interno hacia su pareja.

Su relación actual es buena, ubica a su pareja como su principal fuente de apoyo, aunque existen tensiones fuertes entre las familias de origen de cada uno. Se desconocen los medios económicos que sustentan a su pareja y a sus hijos.

Relaciones interpersonales

Actualmente no recibe visitas de amigos y su relación con los demás internos es de camaradería sin embargo, se refiere que sus relaciones de amistad son superficiales y de tipo utilitario.

Abuso de sustancias y conductas impulsivas

Antes de los 15 años inició el consumo de sustancias psicoactivas y marihuana. El alcohol lo bebía esporádicamente. Dentro del reclusorio se le ha encontrado

marihuana de la cual argumenta que solo fuma para relajarse, por tal motivo ha recibido correctivos disciplinares.

Asimismo, refiere que con facilidad se aburre en las tareas que se le ponen mostrándose apático y opositor por lo cual es complicado que se inscriba a alguno de los programas de readaptación. Asimismo, cuando comparte tiempo de recreación con sus compañeros en algún tipo de actividad deportiva suele comportarse bruscamente, dirigirse con groserías y su desempeño en dichas actividades suele no tener planeación.

Control de ira y de las emociones

Se muestra como un sujeto con resentimientos y que ha vivido con deseos de venganza por motivos personales (la muerte de su hermano). Durante su estancia en el Tutelar estuvo envuelto en diversas riñas que le generaron una mayor nocividad delincencial

Refiere “si pudiera regresar el tiempo pensaría mejor las cosas” [sic]. Muchos de los homicidios que cometió estuvieron cargados de ira y hostilidad matando a sangre fría sin mostrar señales de arrepentimiento.

Antecedentes criminológicos y antisociales

Familiares

Tanto su madre como su padre y otros miembros de su familia, se han encontrado recluidos en centros de readaptación por delitos menores. Tiene familiares cercanos consumidores de drogas fuertes como la cocaína. Su hermano fue asesinado por un ajuste de cuentas.

Personales

Desde los 11 años comenzó a vender droga, a extorsionar y a robar coches, por tales motivos estuvo a punto de ser procesado, sin embargo, buscó los medios para evadir a la justicia. A los 16 años fue ingresado a un Tutelar de menores por la “infracción” (en menores de edad no se les tipifica como homicidio) de homicidio

en el cual recibió la pena máxima de 5 años no recibiendo ningún tipo de tratamiento de readaptación. Durante este tiempo confesó decenas de asesinatos por los cuales no fue procesado inicialmente.

Después de permanecer más de cuatro años en el Tutelar para menores reincidió a los pocos meses en el delito de homicidio. Actualmente es conocido por su alias el cual es reservado por aspectos de confidencialidad.

Puntuación y justificación de ítems de la PCL-R

Caso A (Psicópata secundario)

Ítem 1 “Facilidad de palabra/Encanto superficial”

Por momentos busca proyectar una imagen agradable y abierta, sin embargo, cuando es entrevistado tarda mucho tiempo en responder debido a que se distrae fácilmente, esto hace que sus respuestas se tornen confusas. Actualmente carece de una posición importante entre los internos por lo cual no convive mucho con ellos. Refiere “engentarse” fácilmente.

Puntuación: 0

Ítem 2 “Sentido desmesurado de autovalía”

Era líder dentro de la banda a la que pertenecía, pero ésta posición de respeto la obtuvo a partir de sus acciones. De adolescente disfrutaba ser entrevistado y darse a conocer por sus delitos. Sin embargo, recientemente su actitud ha cambiado y se ha vuelto más reservado con sus comentarios y en su rol social.

Puntuación: 1

Ítem 3 “Necesidad de estimulación/Tendencia al aburrimiento”

La facilidad con la que se involucró en actividades ilícitas que implicaban poner en riesgo su vida pero que le daban una sensación de poder sobre los demás. Además del consumo de drogas y prácticas sexuales con varias parejas como medio de estimulación. Asimismo, la tendencia a aburrirse en actividades escolares y labores.

Puntuación: 2

Ítem 4 “Mentiroso patológico”

Miente sobre la comisión de los delitos, pero en otros contextos los acepta e incluso agrega información al respecto. Esto también puede observarse en algunas inconsistencias en su expediente.

Puntuación: 1

Ítem 5 “Estafador/Manipulador”

Antes de ingresar al tutelar buscó no ser acusado por otros delitos que había cometido e incluso en algunos en los cuales fue captado *in fraganti*. Estafó a los familiares de las personas que secuestraba.

Dentro del Tutelar ejercía manipulación hacia otros a quienes mandaba a cometer actos antisociales. Actualmente dentro del reclusorio busca obtener dinero a partir de estafas.

Puntuación: 1

Ítem 6 “Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa”

No refiere sentir arrepentimiento por las muertes que causó debido a que muchos de ellos según su criterio “lo merecían”. Al cometer los asesinatos se encontraba más preocupado por no ser capturado.

Además, la reincidencia a los pocos meses después de haber cumplido su primer pena en el tutelar es muestra de que en un principio no se arrepintió de los actos que cometió.

Puntuación: 2

Ítem 7 “Afecto superficial”

Manifiesta sentir preocupación por el cuidado de sus hijos sin embargo, no se muestra cercano a ellos incluso no reconoce a uno de ellos como suyo. Manifiesta

querer casarse con su pareja pero en ocasiones le fue infiel y la violentó físicamente.

Puntuación: 1

Ítem 8 “Insensibilidad afectiva/Ausencia de empatía”

No expresa sentir culpa por los delitos que cometió y ve por sí mismo porque cuando argumenta ocasiones en las cuales no le fue bien en la comisión de los delitos los describe como mala suerte para él o que “su santo no lo escuchó en ese momento”.

Con sus compañeros del reclusorio aunque su relación es de camaradería y no se pelea con ellos, suele dirigirse a estos con groserías

Puntuación: 2

Ítem 9 “Estilo de vida parasitario”

Actualmente no cuenta con ingresos y su concubina está a cargo de la manutención de sus hijos. Durante su estadía en el tutelar su madre era quien lo proveía de cosas. El interno se mantenía económicamente de la comisión de los delitos que cometía y duraba poco en los empleos.

Puntuación: 1

Ítem 10 “Pobre autocontrol de la conducta”

La forma en la que cometía los delitos denotaba en muchos casos poca capacidad de planeación (existencia continua de testigos), asimismo, existieron ira y deseos de venganza en sus asesinatos. Puede mostrar un débil control conductual cuando se ve en una situación desfavorable para él.

Estuvo involucrado en riñas dentro del Tutelar.

Puntuación: 2

Ítem 11 “Conducta sexual promiscua”

En algunas entrevistas admite haberle sido infiel a su pareja. Su vida sexual comenzó a temprana edad (12 años) y expresa haber tenido muchas parejas sexuales alrededor de esa edad.

Puntuación: 1

Ítem 12 “Problemas de conducta en la infancia”

Inicio con consumo de sustancias, a vender droga y robar antes de los 12 años. Su vida sexual comenzó muy temprano y presentó problemas de conducta en la escuela que fue uno de los motivos por los que dejó de estudiar. Refiere que desde pequeño los miembros de su familia lo incitaban a robar.

Puntuación: 2

Ítem 13 “Ausencia de metas realistas a largo plazo”

Sus metas a largo plazo son confusas o inexistentes. Se propone en ocasiones retomar la escuela y terminarla sin embargo, no lo lleva a cabo. Durante el tiempo que obtenía altas sumas de dinero por la comisión de sus delitos podía fácilmente derrocharlo sin prever a futuro.

Se muestra apático y deprimido respecto a su futuro.

Puntuación: 2

Ítem 14 "Impulsividad"

Gran parte de los homicidios que llevó a cabo fueron carentes de premeditación y reflexión. Actuaba a base de impulsos agresivos, y aprovechaba las oportunidades que le proveían de recursos de una manera inmediata.

No logra mantenerse en un solo lugar, se muestra inquieto constantemente y es muy difícil que logre concentrarse y concretar una tarea.

Puntuación: 2

Ítem 15 "Irresponsabilidad"

Muestra dificultad para cumplir compromisos (se inscribe a la escuela o a otras actividades de readaptación y no asiste), hace acuerdos de palabra que no cumple. Dejó la secundaria a la mitad por falta de interés, no reconoce a uno de sus hijos como suyo, duraba poco tiempo en los empleos, se involucró a temprana edad en círculos delictivos sin medir las consecuencias negativas que le podía traer incluso a sabiendas de lo que su familia había vivido por involucrarse en actividades delictivas.

Puntuación: 2

Ítem 16 "Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones"

Si acepta la comisión de los delitos que se le imputan pero de manera parcial ya que en un inicio él no aceptaba haber cometido el último asesinato por el que fue recluido por segunda vez, se mostraba sorprendido tratando de dar una impresión de inocencia y timidez. Tiempo después argumenta haberse involucrado en matar por dinero porque así se obtenía más rápido éste.

Puntuación: 1

Ítem 17 "Frecuentes relaciones maritales de corta duración"

Actualmente sólo cuenta con una relación de pareja de la cual recibe visita íntima sin embargo, si refiere haberle sido infiel.

Puntuación: 1

Ítem 18 "Delincuencia juvenil"

Cuenta con antecedentes de conducta antisocial durante su adolescencia por delitos graves como asesinato, robo, tráfico de drogas y secuestro.

Puntuación: 2

Ítem 19 "Revocación de la libertad condicional"

A los pocos meses de salir del Tutelar reincidió con un delito tipificado como grave.

Puntuación: 2

Ítem 20 “Versatilidad criminal”

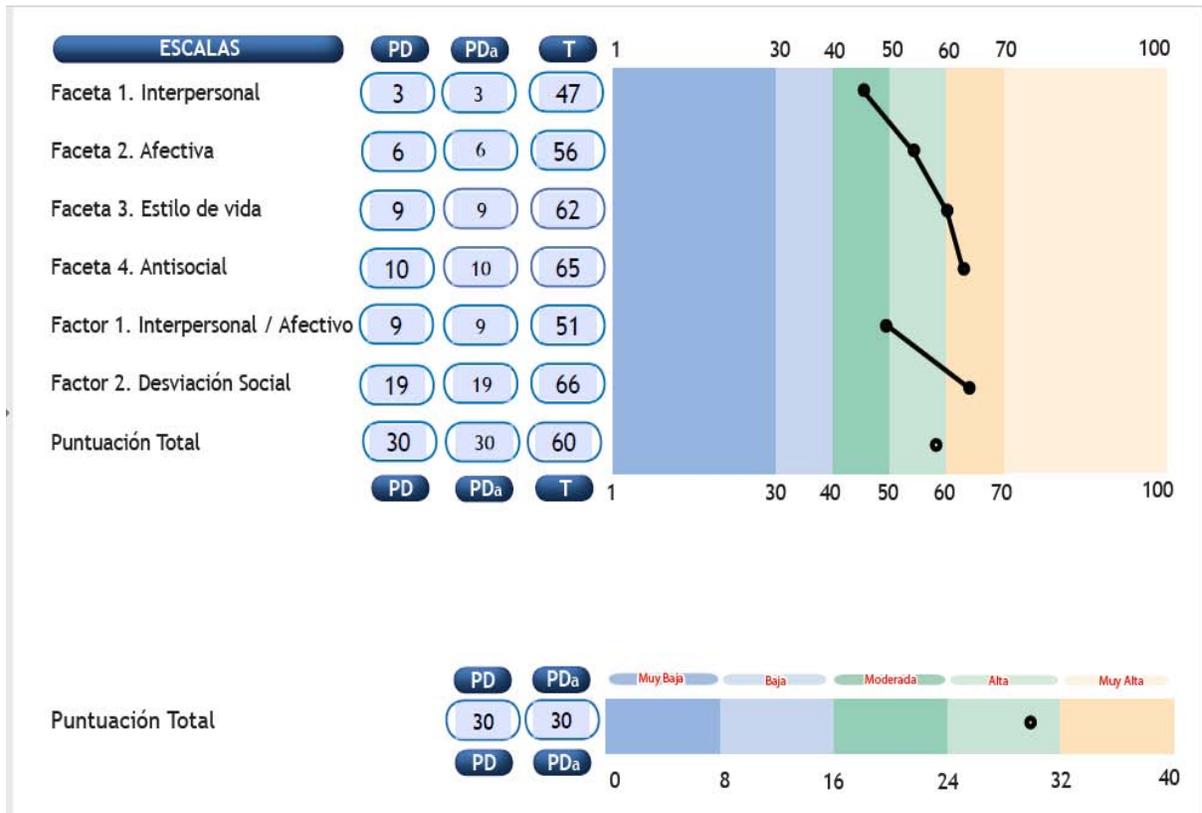
Ha confesado haber participado en diferentes actos delictivos dentro de los que figuran:

- Robo
- Extorsión
- Delitos contra la salud pública (venta de droga)
- Amenazas
- Homicidio
- Secuestro
- Vandalismo
- Corrupción

Puntuación: 2

Puntaje Total: 30

Resultados de la PCL-R



Interpretación de PCL-R

Conversión de Puntajes T a Percentiles

La Tabla 5 muestra la conversión de los puntajes totales obtenidos en cada una de las facetas y factores a percentiles, lo que permitirá establecer una correspondencia aproximada entre ambos puntajes (Puntaje T y percentil). Esto es debido a que los puntajes totales son sacados a partir de criterios heterogéneos y una forma de homogeneizar el perfil es obtener una medida común la cual sería 100. Este número representa el perfil de un psicópata prototípico.

Tabla 5

Conversión de Puntajes

Escalas	Puntaje T	Percentil
Faceta 1. Interpersonal	47	38
Faceta 2. Afectiva	56	73
Faceta 3. Estilo de vida	62	88
Faceta 4. Antisocial	65	93
Factor 1. Interpersonal/Afectivo	51	54
Factor 2. Desviación Social	66	95
Puntuación Total	60	84

Nota: Puntaje T = Puntaje Total

Los resultados de la PCL-R muestran que el puntaje obtenido de treinta indica la presencia de psicopatía con una predominancia sobre el Factor 2 de Desviación Social, lo que corresponde al perfil de un psicópata secundario cuyos rasgos psicopáticos están mayormente presentes en aspectos conductuales.

Estos aspectos conductuales reflejan un estilo de vida antisocial presente desde temprana edad, donde ha existido una tendencia al aburrimento, poco control de impulsos e irresponsabilidad que lo orillan a una búsqueda de estimulación constante. Esto ha dado pie al involucramiento en conductas delictivas (delincuencia juvenil) y versatilidad criminal reincidente.

Resultados del MMPI-2-RF

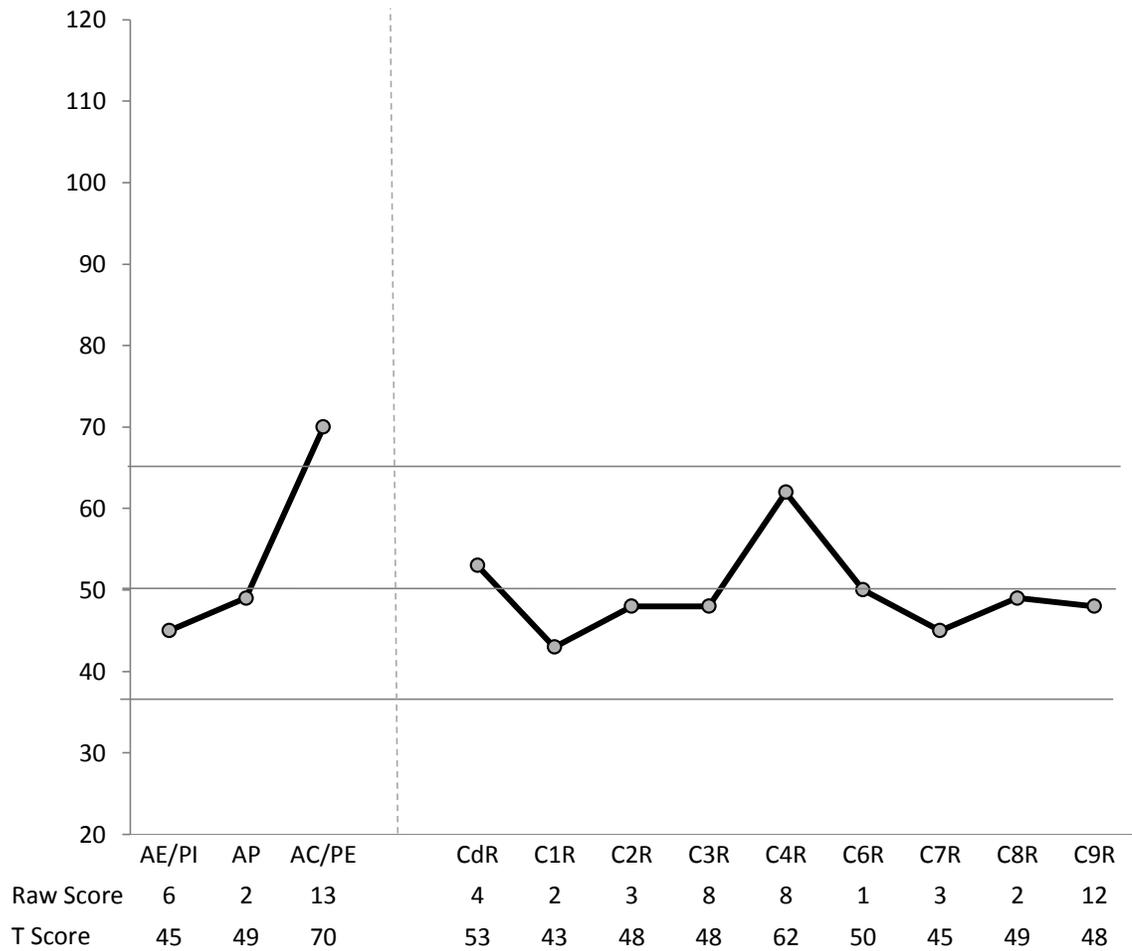
Durante la aplicación del instrumento, el interno mostró poco interés por contestar la prueba y al transcurrir la aplicación ya no accedió a contestarla, por lo cual ésta quedó inconclusa siendo contestada en un 72 por ciento. En consecuencia, lo que se llevó a cabo fue un cálculo del porcentaje respondido de cada una de las escalas y con ello se observó las escalas que tienen una mayor probabilidad de ser interpretadas.

Asimismo, el punto de corte de interpretación se redujo de 65 a 50 debido a que no se contestó la prueba completamente, las escalas que poseen un porcentaje mayor de respuestas contestadas (75% a 90%) serán más interpretables que las escalas que se vieron más afectadas, sin embargo, existen escalas que pese a su número reducido de porcentaje respondido (entre 50% y 70%) obtuvieron puntajes T importantes por lo tanto también se tomarán en cuenta para la interpretación cualitativa.

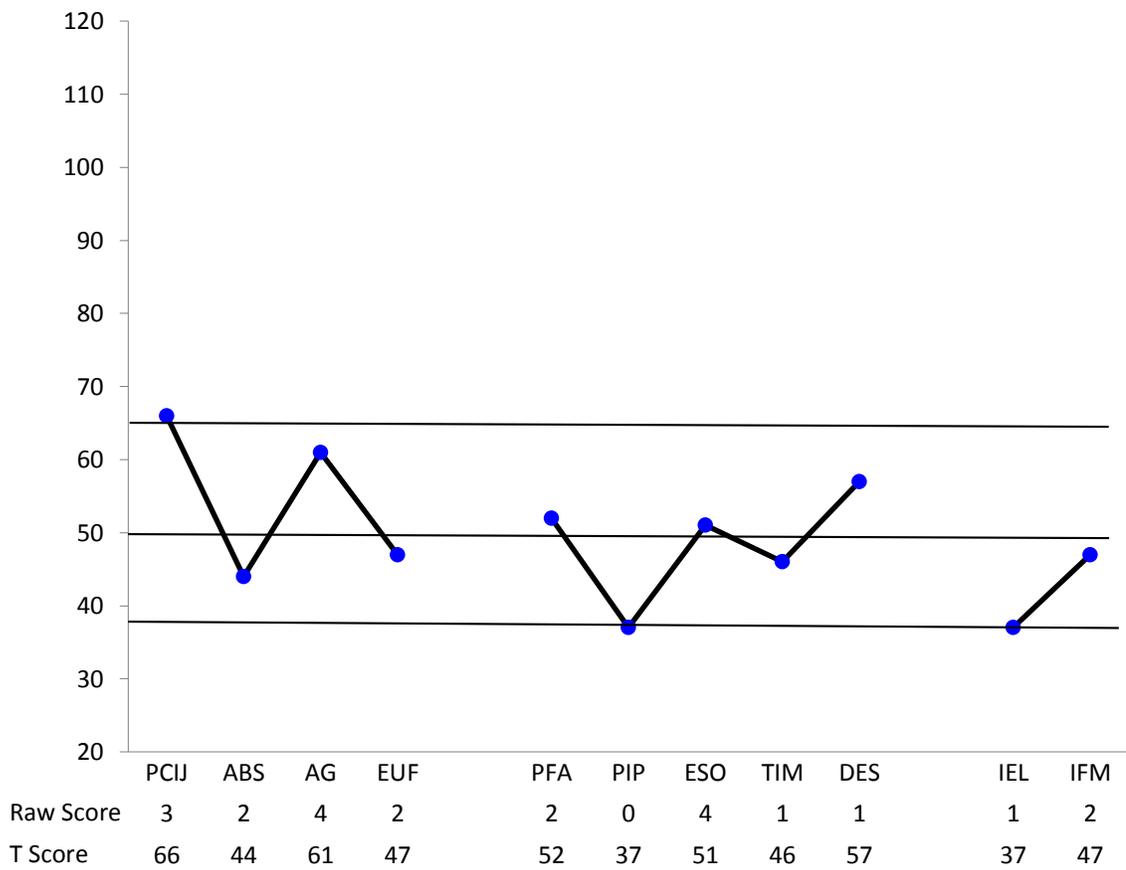
Es de suma importancia mencionar que en las escalas de validez, se mostró que el interno respondió con sinceridad y que no hay evidencia de sobrerreporte o inconsistencia en las respuestas de la prueba.

A continuación, se muestran los perfiles de las escalas de Orden Superior (OS), Clínicas Reestructuradas (CR), de Problemas Internalizados, Externalizados y de Intereses del Caso A, el resto de los resultados se reservarán debido a motivos de confidencialidad, sin embargo, la interpretación de tipo cualitativo es una integración de todas las escalas interpretables de la prueba.

**Figura 4. Perfil de las escalas de Orden Superior (OS) y Escalas clínicas reestructuradas (CR)
Caso A**



**Figura 5. Perfil de las escalas de problemas Internalizados, Externalizados y de Intereses
Caso A**



La Tabla 6 que se muestra a continuación refleja las escalas que obtuvieron mayor puntaje T, asimismo, se muestra su porcentaje de respuestas contestadas, la interpretación que se llevará a cabo posteriormente se basará principalmente en estas escalas.

Tabla 6.

Escalas del MMPI-2-RF con mayor puntaje

<u>Escala</u>	<u>Nombre</u>	<u>Puntaje T</u>	<u>Porcentaje de respuestas contestadas</u>
AC/PE	Alteraciones de la conducta / Problemas externalizados	70	70%
Cd R	Desmoralización	53	87.5%
C4R	Conducta Antisocial	62	78%
C6R	Ideas de persecución	50	65%
MAL	Malestar	51	75%
QDC	Quejas de dolor de cabeza	53	67%
Im/D	Impotencia/Desesperanza	61	60%
TEN	Tendencia al enojo	50	43%
PCIJ	Problemas de conducta infanto-juveniles	66	84%
AG	Agresión	61	56%
PFA	Problemas familiares	52	70%
ESO	Evitación Social	51	90%
DES	Desapego	57	84%

Interpretación del MMPI-2-RF

El Caso A es un individuo con graves dificultades conductuales desde temprana edad, las cuales han sido expresadas en su amplia historia de conductas criminales, abusivas y violentas que son derivadas de una personalidad antisocial con pobre control de impulsos.

Las características antisociales que posee el interno lo hacen tener dificultades para ajustarse a las normas sociales, esto le ocasiona problemas con las figuras de autoridad y con la mayoría de sus relaciones interpersonales, las cuales se tornan conflictivas y superficiales. Estas dificultades en el manejo de sus relaciones interpersonales lo muestran como una persona violenta, suspicaz y agresiva con tendencia al enojo y al *acting out* dispuesto a responder con agresión física ante la menor provocación.

Todo lo anterior es en gran medida consecuencia de un entorno familiar conflictivo con falta de vinculación profunda entre sus miembros, con quienes vive distancia y en ocasiones sentimientos negativos.

Respecto a su situación actual, la prueba mostró que puede sentirse estresado y con dificultad para concentrarse. Asimismo, pueden existir sentimientos de impotencia o indefensión que lo hacen mostrar cierta evitación social lo que da como resultado una insatisfacción con su vida y pocas esperanzas en el futuro.

Debido al perfil impulsivo que presenta el interno, hace poco probable que se motive para un tratamiento, esto a su vez hace que aumente la posibilidad de reincidencia en caso de salir libre de prisión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo central del presente trabajo fue desarrollar una propuesta de tratamiento integrativa para psicópatas secundarios en reclusión, con base en una revisión teórica de los principales tratamientos implementados. Asimismo, la presentación de una evaluación clínica de los rasgos de personalidad en un perfil psicopático complementa el entendimiento de esta patología previa a una intervención.

A continuación se discuten los resultados obtenidos.

Evaluación de rasgos de personalidad y psicopatía

En relación a los puntajes de la PCL-R, el Caso A refleja a un individuo con una inclinación hacia el Factor 2 de psicopatía es decir, las características conductuales psicopáticas prevalecen sobre las del Factor 1 de personalidad, lo cual corresponde al diagnóstico de psicopatía secundaria (Skeem et al., 2011). Asimismo, los resultados del MMPI-2-RF reflejaron problemas asociados al poco control de la conducta como impulsividad, conducta antisocial y problemas de conducta infanto-juveniles.

El perfil de Caso A mostró a un individuo con una búsqueda de estimulación constante que lo inclinó a involucrarse en conductas antisociales en las cuáles existía una vivencia de adrenalina y poder. Lo anterior, está relacionado con otros elementos conductuales de la psicopatía como son la impulsividad y la irresponsabilidad, que en el Caso A se refleja en la forma poco planeada e instintiva con la que cometía los numerosos actos antisociales en los que se involucró, por lo tanto, se pueden describir sus actos como carentes de estructura y premeditación, con una marcada pobreza en el control de su conducta que se expresa en la dificultad para evaluar las posibles consecuencias que pudieran conllevar sus actos. En esto mismo, se expresa otro elemento de la psicopatía que es la irresponsabilidad asociada a diferentes hechos como la dificultad para ejercer una paternidad responsable en la manutención de sus hijos y en la poca constancia en su desarrollo académico y laboral. Todo lo anterior, se encuentra

relacionado con la ausencia de metas poco realistas donde se manifiesta una dificultad para crear un proyecto de vida viable de modo que no existe un pensamiento serio sobre su futuro. Esta misma irresponsabilidad y ausencia de metas en el Caso A hace que otros elementos de la psicopatía secundaria como la delincuencia juvenil, la versatilidad criminal y la reincidencia, se expresen. La primera de ellas, está relacionada con los antecedentes de conducta antisocial que cometió antes de los 17 años, mismos que contaron como infracciones ante la ley; dichas infracciones, que posteriormente se convirtieron en delitos, muestran esa versatilidad criminal ya que estos cargos han sido por diferentes actos antisociales que van desde el robo hasta el secuestro y el homicidio. Lo anterior también refleja un individuo con un alto índice de reincidencia, por lo que su historia refleja que no ha recibido una verdadera readaptación ya que cuando fue liberado después de haber permanecido durante 5 años en un tutelar para menores volvió a delinquir a escasos meses de encontrarse libre.

Todo lo anterior resume la conducta prototípica de un psicópata secundario pues, como se mencionó en un principio, uno de los criterios para considerar la psicopatía secundaria es la predominancia sobre el Factor 2 de acuerdo con el modelo de psicopatía de Hare (1993). En el capítulo 3 se mencionó que este tipo de psicopatía tiene sus orígenes en las experiencias de la infancia asociadas a un descuido constante reflejado en maltrato, rechazo, abandono y/o abusos sexuales (Karpman, 1948; Porter, 1996). Las consecuencias de una infancia vivida de esta manera provocan problemas de conducta desde temprana edad como bajo aprovechamiento escolar, experiencias sexuales precoces, embarazos en la adolescencia, comisión de delitos y actos disruptivos en el colegio y/o en el vecindario. Indudablemente, el papel de la familia en el desarrollo de la psicopatía secundaria es de hacerse notar ya que ésta se vuelve promotora y mantenedora de las conductas antisociales, en este sentido, es común que los psicópatas secundarios tengan familiares violentos con historial delictivo, son individuos que tienen que abrirse paso en la vida a partir de lo que conocen en casa y por lo mismo, resulta complicado erradicar esas conductas porque ha sido el único medio bajo el cual se han desarrollado. Un cambio en el estilo de vida antisocial

implicaría modificar también su ambiente ya que el sistema familiar va a generar una inercia para devolver al psicópata secundario a su estado original, es por ello que durante décadas el tratamiento para el psicópata se ha visto poco alentador.

Mencionar al papel de la familia en el desarrollo de este tipo de trastornos de personalidad involucra sin duda empezar a hablar del área afectiva o del Factor 1 que, aunque no sea el predominante en este tipo de perfil, si constituye un parteaguas para el desarrollo de esta psicopatología. En este sentido, los autores coinciden describiendo al psicópata como un individuo con relaciones familiares tormentosas, desconfiado, frío, cruel, sin capacidad para sentir culpa aunado a una tendencia al enojo y a la hostilidad (Lynam & Widiger, 2007; Lynam et al. 2011).

En el caso A los elementos del Factor 1 de personalidad, denotan a un individuo con ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa, lo cual se expresa en la indiferencia que mostró por los delitos que cometió, los comentarios que ha hecho al respecto muestran una falta de empatía hacia las víctimas y una inexistente preocupación por las consecuencias negativas de sus acciones. Sin embargo, a pesar de todo, si ha mostrado ligeros destellos de arrepentimiento con frases como *“hubiera pensado mejor las cosas”* [sic] este tipo de comentarios son comunes en los individuos con un diagnóstico de psicopatía secundaria, estos ligeros destellos pueden permitirle al terapeuta rescatar la posibilidad de sensibilizarlo y motivarlo a un tratamiento ya que hasta la fecha no ha logrado beneficiarse de la experiencia que vivió en el tutelar para menores cuando era adolescente; en donde incluso se llegó a enorgullecer de sus actos por el estatus que recibía entre los demás internos.

La forma en la que establece sus relaciones interpersonales es de tipo superficial esto se puede observar en sus relaciones familiares las cuales son lejanas y poco afectuosas, su relación de pareja es la más cercana sin embargo, no ha logrado integrar a sus hijos en su vida afectiva. Esta dinámica que vive en sus vínculos se repite en los demás aspectos de su vida como lo es su readaptación, ya que actualmente no ha logrado establecer una relación terapéutica en los diferentes

acercamientos que ha tenido al área de psicología, asimismo ha adoptado un estilo de vida parasitario rigiéndose bajo la ley del mínimo esfuerzo donde no busca algún programa académico o laboral dentro del reclusorio.

La propuesta de intervención desarrollada en el presente trabajo se enfocó en abordar los principales rasgos de psicopatía secundaria como los del Caso A, en primera instancia la resignificación de los vínculos va a permitir que el paciente logre hacer consciente aspectos fundamentales de su dinámica interna como su forma de vincularse con sus familiares, pareja y amigos, asimismo la intervención en el control de ira introducirá al interno a buscar otras formas de resolver sus conflictos de manera pacífica. Posteriormente, el entrenamiento de habilidades y la terapia grupal pueden darle la resocialización necesaria para conducirse de manera diferente dentro y fuera de la prisión. Finalmente la justicia restaurativa buscará que el interno logre reparar por lo menos en la medida de lo posible el daño causado a sus víctimas y estimulará el desarrollo de la empatía. La intervención terapéutica buscará con todo lo anterior dotar a los pacientes de herramientas que les permitan reincorporarse (si su sentencia lo permite) de manera sana y productiva a la sociedad.

Asimismo, la propuesta de tratamiento también busca que al ser implementada reduzca los índices de reincidencia en la población psicopática como se ha observado en otras investigaciones en las cuales se encontró una disminución del 12% en la reincidencia (Garrido, Sánchez-Meca & Redondo, 1999) esto sugiere que algunos psicópatas si presentan una mejoría con el tratamiento, (Olver, Lewis, & Wong (2013); Skeem, 2008; Skeem et al., 2002).

En lo que se refiere al Caso A la aplicación del MMPI-2-RF permitió conocer parte de sus rasgos de personalidad, pero algo importante a mencionar es la respuesta emocional del interno al no completar la prueba refleja como tal sus resistencias internas, así como una dificultad para terminar metas cortas debido a su tendencia al aburrimiento y a la impulsividad, que son básicamente características inherentes de su psicopatía, incluso a pesar de tratarse de una prueba reducida en comparación con el MMPI-2 no favoreció por lo menos a la psicopatía del Caso A.

Sin embargo, también es importante remarcar que la respuesta negativa a completar la prueba se presentó cuando por cuestiones de tiempo limitado para la aplicación de la prueba no se pudo concretar en una sola sesión y fue en la segunda sesión cuando el interno presentó esta negativa, esto refleja la falta de compromiso por parte del interno para completar tareas (la irresponsabilidad como elemento diagnóstico de la psicopatía) y por otro lado, también muestra el impacto negativo que implica la limitación en los tiempos que se otorgan con los internos para la aplicación de instrumentos. En futuras investigaciones, sería relevante realizar una aplicación del MMPI-2-RF posterior a la implementación del tratamiento para observar su comportamiento ante la prueba y el impacto en cada una de las escalas.

Conclusiones y limitaciones

La psicopatía ha sido un enigma en términos de tratamiento, los investigadores a lo largo de los años han llevado a cabo diversos estudios para poder entender este trastorno y lograr de alguna manera intervenirlo. Sin embargo, las investigaciones continúan ambiguas en relación a la posibilidad de tratar a este tipo de perfiles, por un lado, hay una corriente que resalta una chispa de esperanza en el tratamiento (Skeem, et al., 2002; Wong, et al., 2012) y otras siguen encontrando el tratamiento a psicópatas como un terreno áspero e incluso contraproducente (Richards, et al., 2003; Van Stelle, et al., 2004).

Ante esta dificultad, se habla de la necesidad de crear verdaderos programas de prevención (Raine & Yang, 2006; Ramsland, 2005) ya que los tratamientos para población penitenciaria representan un costo muy grande en comparación con el de una labor de prevención dentro de la familia, las escuelas y la comunidad. En México, se están empezando a llevar a cabo programas de prevención de violencia en el hogar a partir de un trabajo con los estilos de crianza (Brito-Navarrete, et al., 2015) sin embargo, existe poca investigación sobre psicopatía en México, (Ostrosky, Ruíz, Arias, & Vázquez, 2008; Borja & Ostrosky, 2009; García, Moral, Frías, Valdivia, & Díaz, 2012.) lo cual hace que haya poca información real sobre este padecimiento en mexicanos. Este desconocimiento del trastorno

provoca que los adolescentes infractores con rasgos psicopáticos salgan de los tutelares sin ninguna readaptación y reincidan llevando incluso vidas humanas de por medio, con lo fue el Caso A, por lo tanto la presencia del psicólogo en la implementación de nuevas políticas públicas en el sector de la salud mental en México es de suma importancia.

En este sentido, la sobrepoblación y los altos índices de reincidencia en los centros de readaptación para adultos puede disminuir drásticamente si desde los tutelares para menores se llevan a cabo evaluaciones adecuadas de los adolescentes detectando e interviniendo a tiempo los casos de psicopatía secundaria, ya que actualmente en México no existe algún instrumento estandarizado de psicopatía para adolescentes. Asimismo, la implementación de tratamientos a jóvenes dentro de los tutelares como la presente propuesta de intervención podría reducir la posibilidad de reincidencia. Existen estudios longitudinales que abordan la prevalencia de psicopatía de adolescentes a adultos (Burke et al., 2007; Lynam, et al., 2007) esto lo hace un padecimiento que prevalece si no es tratado. Sin embargo, la adolescencia representa una oportunidad para la readaptación ya que existen periodos críticos de cambio de vida en esta etapa (Sampson y Laub, 1993; Werner & Smith, 1992).

A nivel institucional la demanda de tratamiento en la población penitenciaria excede la posibilidad de dar atención a toda la población lo cual provoca un contagio social de muchas conductas antisociales entre los internos, esto habla de la necesidad de abrir más espacios terapéuticos para el psicólogo dentro de las instituciones para que desarrolle programas innovadores de intervención y que los costos de tener un interno por largos periodos de tiempo se reduzcan evitando la preservación de un ambiente criminógeno dentro de las cárceles. Esto a su vez, pretende lograr una verdadera reinserción social del interno ya que hasta el momento las prioridades de los centros de readaptación social no están orientadas hacia la rehabilitación, sino hacia la ejecución de penas punitivas sin esfuerzos reinsertivos o preventivos (Terol, 2008). En México, no existen políticas y datos sobre la reinserción social de los internos, sin embargo, cada año son privados de

su libertad en promedio 4,500 adolescentes acusados de haber cometido delitos considerados graves por la ley (Azaola, 2016). Estas condenas pueden ir desde un año hasta veinte lo cual representa un gran problema social en términos económicos y de derechos humanos.

Sin embargo, aunque se desarrollen programas de tratamiento que puedan ser efectivos para esta población, no se debe dejar de lado las particularidades de cada caso, principalmente en el caso de la psicopatía los tratamientos cortos no funcionan debido a la habilidad que tienen para poder aparentar un cambio y por la dificultad que presentan en la internalización de los procesos mentales (Terol, 2008). Es justo en este punto donde puede radicar mucho su efectividad; la psicopatía al ser un trastorno de personalidad tan complejo debe ser tratado con la suficiente minuciosidad y detenimiento para poder llevar a cabo variaciones en su intervención, por ello, se remarca una especial atención a las etapas de respuesta al tratamiento porque cada uno de los pacientes con psicopatía va a responder a su tiempo en cada uno de los módulos. Se habla de que la terapia psicológica debe ser una oportunidad para el paciente para descubrir sus fortalezas, por lo tanto respetar sus tiempos en cada una de las etapas correspondería a un acto ético por parte del profesional y sobre todo de las instituciones que, al tener una sobrepoblación hacen esfuerzos por desarrollar programas eficaces que muchas veces caen en ser tratamientos fugaces que no permiten profundizar lo necesario para que de verdad exista un cambio en los internos a largo plazo. Esto también está relacionado con la capacidad plástica del cerebro que por muy difícil que sea el tratamiento de la psicopatía existe la posibilidad de modificar la conducta a partir de una “reconexión” paulatina del cerebro con intervenciones puntuales.

Con relación a las limitaciones del presente trabajo, un estudio de caso no permite dar cabida a generalizaciones que permitan un mayor entendimiento de este trastorno. Asimismo, otra de las limitaciones fue en la aplicación del MMPI-2-RF, el cual no fue contestado en su totalidad, esto hace que los resultados fueran interpretados con reserva, aunque esta misma situación permite reflejar el

comportamiento de la prueba en un caso de psicopatía, ya que hasta el momento no se ha aplicado este instrumento en población penitenciaria en México.

Uno de los principales obstáculos que enfrentan los psicólogos que intervienen este trastorno es la falta de motivación. Por lo cual, el desarrollo de técnicas de sensibilización al tratamiento para este perfil puede ser una buena estrategia para futuras investigaciones. Asimismo, la investigación en psicopatía en México es reducida por lo cual, se sugiere abrir mayor campo en este sentido para poder comprender las particularidades de la población mexicana en la expresión de este trastorno de personalidad.

REFERENCIAS

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Alcázar, C., Verdejo, A., & Bouso, J. (2008). La neuropsicología forense ante el reto de la relación entre cognición y emoción en la psicopatía. *Revista de neurología*, 47(11), 607-612.
- Alexander, C.N., Rainforth, M.V., Frank, P.R., Grant, J.R., Von Stade, C., & Walton, K.G. (2003). Walpole study of the Transcendental Meditation program in maximum security prisoners: III. Reduced recidivism. *Journal of Offender Rehabilitation* 36, 161-180.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Oxford: Holt.
- Allport, G. W. (1975). *La personalidad: Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Editorial Herber.
- Ansbro, M. (2008). Using attachment theory with offenders. *Probation Journal. The Journal of Community and Criminal Justice*, 55, 231-244. doi:10.1177/0264550508092812.
- Anthony, W.A. (1979). *Principles of psychiatric rehabilitation*. Baltimore: University Park Press.
- Arancibia, G. y Péres, X. (2007). Programa de autoeficacia en habilidades sociales para adolescentes. *Ajayu*, 5(2), 133-155.
- Azaola, E. (2016). *Diagnóstico de las y los adolescentes que cometen delitos graves en México*, UNICEF, Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana de la Secretaría de Gobernación. Recuperado de: http://www.unicef.org/mexico/spanish/Diagnostico_adolescentes_web.pdf
- Bandura, A. (1987) *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.

- Barbaree, H.E. (2005). Psychopathy, Treatment behavior, and recidivism: An extended follow-up of Seto and Barbaree. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(9), 1115–1131.
- Barrick, M.R. & Mount, M.K. (1993). Autonomy as a moderator of the relationship between the Big Five personality dimensions and job performance. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 111-118.
- Bhatia, M., Kumar, A., Kumar, N., Pandey, R., Kochupillai, V. (2003). Electrophysiologic evaluation of sudarshan kriya: An ECG, BAER, P300 study. *Indian J Physiol Pharmacol*, 47(2), 157-163.
- Belsky, J. (2001). Developmental risks (still) associated with early child care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 845-859. doi: 10.1111/1469-7610.00782
- Ben-Porath, Y. S. & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF (Minnesota multiphasic personality inventory-2): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Bion, W. (1959). *Réflexion faite*. Paris: PUF.
- Blackburn, R. (1975). An empirical classification of psychopathic personality. *British Journal of Psychiatry*, 127, 456–460. doi: 10.1192/bjp.127.5.456
- Bleichmar, E.D. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación de padres e hijos*. Madrid: Paidós.
- Blonigen, D. M., Hicks, B. M., Krueger, R. F., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2006). Continuity and Change in Psychopathic Traits as Measured Via Normal-Range Personality: A Longitudinal–Biometric Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 85–95. doi:10.1037/0021-843X.115.1.85
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Ciudad de México: Ediciones JM.
- Borja, K., & Ostrosky-Solís, F. (2009). Early Trauma and its influence in Adult Male Psychopathy. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(2), 160-169.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Nueva York: Basic Books
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Nueva York: Basic Books.
- Brito-Navarrete, D., Lozano-Gutiérrez, A., Ostrosky-Shejet, F., González-Osornio, G., Aguilera-Lázaro, E. (2015). Primary preventive programs for risk behavior: Results from a study in high poverty areas of Mexico. *Rev Med Hosp Gen Méx*, 78(1), 36-42.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffit, T.E., Taylor, A., Craig, I.W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT GENE. *Science*, 301(5631), 386-389.
- Chakssia, F., Ruitter, C., & Bernstein, D. (2010). Change during forensic treatment in psychopathic versus nonpsychopathic offenders. *Journal of forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 1-23. doi: 10.1080/14789949.2010.483283
- Chandiramani, K., Verma, S. K. and Dhar, P. L. (1998). Psychological Effects of Vipassana on Tihar Jail Inmates. Maharashtra, Vipassana Research Institute.
- Cicchetti, D., & Curtis W, J. 2006. The developing brain and neural plasticity: implications for normality, psychopathology, and resilience. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds), *Developmental psychopathology* (pp.1-64). New Jersey: Wiley.
- Cima, M., Tonnaer, F., & Hauser, M. (2010). Psychopaths know right from wrong but don't care. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(1), 59–67.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1991). General affective dispositions in physical and psychological health. En C.R. Snyder & D.R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (267-284). New York: Pergamon.
- Cleckley, H, (1976). *The mask of sanity* (5th ed.). St Louis, MO: Mosby.
- Costa. P.T., McCrae, R. R., & Dembroski, T. M. (1989). Agreeableness versus antagonism: Explication of a potential risk factor for CHD. En A. W Siegman & T. M. Dembroski (Eds.), *In search of coronary-prone behavior beyond type A* (pp 41-63). Hillsdale, NJ: Erlbaum

- Cox, M. (1998). A group-analytic approach to psychopaths: "the ring of truth". En Millon, T., Simonsen, E. (Eds.), *Psychopathy: antisocial, criminal and violent behavior*. (pp. 393-406). New York: The Guilford Press.
- Crockenberg, S. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant–mother attachment. *Child Development*, 52(1), 857 – 865.
- Davidson, R.J., Daren C. J., & Ned, H.K. (2000). Emotion, Plasticity, Context, and Regulation: Perspectives From Affective Neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126(6), 890-909. doi: 10.1037//0033-2909.126.6.890
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment and policy. *Development and Psychopathology*, 13(3), 539–64.
- Duckworth, J. C., & Anderson, W. P. (1995). *MMPI & MMPI-2; Interpretation manual for counselors and clinicians (4th ed.)*. Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Eisenberg, L. (1995). The social construction of the human brain. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1563–1575.
- Emde, R.N., Hewitt, J. K. (2001). *Infancy to Early Childhood: Genetic and Environmental Influences on Developmental Change*. New York: Oxford University Press.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield: Thomas.
- Eysenck, H. J., & Gudjonsson, G. H. (1989). *The causes and cures of criminality*. New York: Plenum Press.
- Eysenck, H. J. (1997). Personality and experimental psychology: The unification of psychology and the possibility of a paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1224-1237.

- Feelgood, S., Cortoni, F. & Thompson, A. (2005). Sexual coping, general coping and cognitive distortions in incarcerated rapists and child molesters. *Journal of Sexual Aggression*, 11(2), 157-170.
- Felthous AR., & Saß H. (2007). *International Handbook on Psychopathic Disorders and the Law*. New York: Wiley.
- Foot, P. (1967). The problem of abortion and the doctrine of the double effect. *Oxford Review*, 5, 5–15.
- Forth, A. E., & Burke H. C. (1998). Psychopathy in adolescence: assessment, violence and developmental precursors. En Cooke, D., Forth, A., & Hare, R. (Eds.), *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*, (pp. 205–230). Dordrecht: Kluwer.
- Funder, D. C. (2004). *The Personality puzzle*. Nueva York: W. W. Norton.
- Gacono, C. B. (2000). *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- García, C., Moral, J., Frías, M., Valdivia, J., & Díaz, H. (2012). Family and sociodemographic risk factors for psychopathy among prison inmates. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 4(2), 119-134.
- Garrido, V. (2003). *El psicópata: Un camaleón en la sociedad actual*. Valencia: Algar.
- Garrido, V. (2012). *Cara a cara con el psicópata*. Barcelona: Ariel.
- Garrido, V., & López, L.M. (2012). La psicopatía como paradigma actual de estudio en la criminología. *Criminología y Justicia*, 3(1), 4-17.
- Gerhardt, S. (2004). *Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby's Brain*. London: Routledge.
- Gillett, G., & Tamatea, A. J. (2012). The warrior gene: Epigenetic considerations. *New Genetics and Society*, 31(1), 41-53. doi: 10.1080/14636778.2011.597982
- Glenn, L.A., Koleva, S., Iyer, R., Graham, J., Ditto, H.P. (2010). Moral identity in psychopathy. *Judgment and Decision Making*, 5(7), 497–505.

- Goldberg, L.R. (1990). An alternative “description of personality”: The big five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229.
- Goldfried, M. R. (1988). Application of rational restructuring to anxiety disorders. *The Counseling Psychologist*, 16(1), 50–68.
- Goldfried, M. R. (2003). Cognitive–behavior therapy: Reflections on the evolution of a therapeutic orientation. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 53–69.
- Goleman, D. (2002). Las raíces de la empatía. En Goleman, D. (Eds.), *La inteligencia emocional* (pp. 123-138). México: Vergara.
- Greene, J. D., Sommerville, R. B., Nystrom, L. E., Darley, J. M., & Cohen, J. D. (2001). A fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science*, 293(14), 2105–2108.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Gunnar, M., & Fisher, P.A. (2006). Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Development and Psychopathology* 18, 651–677. doi: 10.1017/S0954579406060330
- Gunter, T. D., Vaughn, M. G., & Philibert, R. A. (2010). Behavioral genetics in antisocial spectrum disorders and psychopathy: A review of the recent literature. *Behavioral Sciences & the Law*, 28(2), 148-173. doi: 10.1002/bsl.923
- Guthrie, I. K., Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B.C., & Shepard, S. (1997). The relations of regulation and emotionality to children’s situational empathy-related responding. *Motivation and Emotion*, 21, 87-108.
- Hampson, S.E. (1988). *The construction of personality. An introduction*. London Routledge.
- Hare, R.D., & Schalling, D. (1978). *Psychopathic behavior: Approaches to research*. Chichester: Wiley.

- Hare, R. D., & Jutai, J. W. (1986). Psychopathy, stimulation seeking, and stress. En J. Strelau, E. H. Farley, & A. Gale (Eds.), *The biological bases of personality and behavior* (pp. 175- 184). Washington, DC: Hemisphere.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (1993). *Without Conscience. The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: The Guildford Press.
- Hare, R. D., Strachan, C., & Forth, A. E. (1993). Psychopathy and crime: An overview. En C. R. Hollin & K. Howells (Eds.), *Clinical approaches to the mentally disordered offender* (pp. 165-178). Chichester: Wiley & Sons.
- Hare, R. D. (1999). Psychopathy as a riskfactor for violence. *Psychiatric Quarterly*, 70(3), 181-197.
- Hare, R.D. (2003). *Psychopathy Checklist Revised (PCL-R)*. Toronto: Multi Health Systems.
- Hare, R.D., & Babiek, P. (2006). *Snakes in suits*. New York: Harper Collins.
- Hare, R.D., Cooke, David J., Hart, S.D. (1999). Psychopathy and sadistic personality disorder. En Millon, T., Blasney, P.H. and Davis, R.D. (Eds.), *Oxford Textbook of Psychopathology* (pp. 555-584). New York, NY: Oxford University Press.
- Hare, R.D., Hart, S.D., Harpur, T.J. (1991). Psychopathy and the proposed DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3) 391-398.
- Hare, R.D., & Neumann, C.S. (2008). Psychopathy as a Clinical and Empirical Construct. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 4(21), 7-46. doi. 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452.
- Harpur, T. J., Hart, S. E., & Hare, R. D. (1994). The personality of the psychopath. En P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 149-173). Washington, DC: American Psychological Association.

- Harris, G., T., & Rice, M. E. (2006). Treatment of Psychopathy. A Review of Empirical Findings. En C.J. Patrick (Eds.), *Handbook of psychopathy* (pp.555-572). New York: Guilford Press.
- Hawkins, J. D., Smith, B. H., Hill, K. G., Kosterman, R., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2003). Understanding and preventing crime and violence. En T. P. Thornberry & M. D. Krohn (Eds.), *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp. 255–312). New York, NY: Kluwer Academic.
- Heinze, M. C., & Vess, J. (2008). The Relationship Among Malingering, Psychopathy, and the MMPI-2 Validity Scales in Maximum Security Forensic Psychiatric Inpatients. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 5(3), 35-53. doi: 10.1300/J158v05n03_02.
- Hicks, B. M., Markon, K. E., Patrick, C. J., Krueger, R. F., & Newman, J. P. (2004). Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. *Psychological Assessment*, 16(3), 276–288. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.16.3.276>
- Hoffman, M.L. (1984). Empathy, Social Cognition and Moral Action. En W. Kurtines y J. Gerwitz (Eds.), *Moral Behavior and Development Advances in Theory, Reserch, and Aplications* (pp.275-301). New York, N.Y: Wiley and Sons.
- Hough, L.M., Eaton, N.K., Dunnette, M.D., Kamp, J.D. & McCloy, R.A. (1990). Criterion-related validities of personality constructs and the effect of response distortion on those validities. *Journal of Applied Psychology*, 75(5), 581-595.
- John, O.P. (1989). Towards taxonomy of personality descriptors. En D.M. Buss & N. Cantor (Eds.), *Personality psychology: Recent trends and emerging directions* (pp. 261-271). Nueva York: Springer-Verlag.
- Juárez, F., Villatoro, J. A., Gutiérrez, M. L., Fleiz, C., & Medina, M. E. (2005). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: Mediciones 1997-2003. *Revista de Salud Mental*, 28(3), 60-68.
- Kaes, R. (2009). La realite psychique du lien. *Le Divan familial*, 2(2), 109-125.

- Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K., & Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Archives of general Psychiatry*, 68(5), 444-454. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
- 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.
- Karpman, B. (1948). Conscience in the psychopath: another version. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18(3), 455–491
- Karpman, B. (1955). Criminal psychodynamics: a platform. *Archives of Criminal Psychodynamics*, 47(1), 3–100.
- Kauff, P.F. (1993). The contribution of analytic group therapy to the psychoanalytic process. En A. Alonso & H. Swiller (Eds.), *Group therapy in clinical practice* (pp. 3-28). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Khan, R., & Cooke, D. J. (2008). Risk factors for severe inter-sibling violence: A preliminary study of a youth forensic sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(11), 1513-1530. doi: 10.1177/0886260508314312
- Kosson, D. S., Q Newman, J. P (1986). Psychopathy and allocation of attentional capacity in a divided-attention situation. *Journal of Abnormal Psychology*, 9(5), 257-263.
- Lafuente, M.J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo (de la década de los 70 a la década de los 90). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(1), 165-190.
- Lalumière, L. M., Harris, G. T., Quinsey, V. L., & Rice, M. E. (1998). Sexual deviance and number of older brothers among sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10(1), 5-15. doi: 10.1177/107906329801000102
- Livesley, W.J. (2007). The relevance of an integrate approach to the treatment of personality disordered offenders. *Psychology, Crime and Law*, 13(1) 27-46.

- 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). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Lucio, E., Durán, C., Heredia, M., Arenas, P., & Martínez, L. (2015). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2- Forma Reestructurada*. México D.F: El Manual Moderno.
- Luthar, S.S., & Zigler, E. (Enero, 1991). Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood. *Am J Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Lykken, D.T. (1995). *The Antisocial Personalities*. Mahwah: Erlbaum.
- Lynam, D., Caspi A., Moffit, T., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber. (2007). Longitudinal Evidence that Psychopathy Scores in Early Adolescence Predict Adult Psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 155-165. doi:10.1037/0021-843X.116.1.155.
- Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2007). Using a general model of personality to identify the basic elements of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 160–178.
- Lynam, D., Gaughan, E., Miller, J., Miller, D., Mullins-Sweatt, S., & Widiger, T. (2011). Assessing the basic traits associated with psychopathy: Development and validation of the Elemental Psychopathy Assessment. *Psychological Assessment*, 23(1), 108– 124. doi: 10.1037/a0021146
- Lynam, D. R. and Miller, J. D. (2014), Psychopathy from a Basic Trait Perspective: The Utility of a Five-Factor Model Approach. *Journal of Personality*. doi: 10.1111/jopy.12132
- Mann, R. E., Ginsburg, J. I. D. and Weekes, J. R. (2002). Motivational Interviewing with Offenders, En M. McMurrin (Eds.), *Motivating Offenders to Change: A Guide to Enhancing Engagement in Therapy* (pp.157-177). West Sussex: John Wiley & Sons.

- Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(1), 425–444.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *The American Psychologist*, 56(3), 227–238.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921–930.
- Masten, A. S. (2012). Risk and resilience in development. En P. D. Zelazo (Eds.), *Oxford handbook of developmental psychology*. New York, NY: Oxford University Press (in press).
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1984). *Emerging lives, enduring dispositions: Personality in adulthood*. Boston: Little, Brown.
- McCrae, R. R., & Costa, E T., Jr. (1985). Openness to experience. En R. Hogan & W H. Jones (Eds.), *Perspectives in personality* (pp. 145- 172). Greenwich, CT: JAI Press.
- McCrae, R.R. (1990). Traits and trait names: How well is Openness represented in natural languages? *European Journal of Personality*, 4(2), 119-129.
- McCrae, R.R., Costa, T.P., Terracciano, Wayne, A., Parker, D., Mills, J.C., Fruyt, D.F., & Mervielde, I. (2002). Personality Trait Development From Age 12 to Age 18: Longitudinal, Cross-Sectional, and Cross-Cultural Analyses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(6), 1456–1468. doi: 10.1037//0022-3514.83.6.1456.
- McCrae, R. R., & Terracciano, A. (2005). Universal features of personality traits from the observer's perspective: Data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 547–561. doi:10.1037/0022-3514.88.3.547
- McDonald, R., Dodson, M. C., Rosenfield, D., & Jouriles, E. N. (2011). Effects of a parenting intervention on features of psychopathy in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 1013-1023. doi: 10.1007/s10802-011-9512-8

- Mealey, L. (1995). Primary sociopathy (psychopathy) is a type, secondary is not. *Behavioral and Brain Sciences*, 18(3), 579–599. <http://dx.doi.org/10.1017/S0140525X00040024>
- Megargee, E.I. & Bohn, M.J. (1977). A new classification system for criminal offenders, IV: Empirically determined characteristics of the ten types. *Criminal Justice and Behavior*, 4(2), 149-210.
- Meloy, R. (2001). *The Mark of Cain. The psychoanalytic insight and the psychopath*. Nueva Jersey: The Analytic Press.
- Merrell, W. K., Buchanan, R., & Tran, O. K. (2006). Relational aggression in children and adolescents: A review with implications for school settings. *Psychology in the Schools*, 43(3), 345-360. doi: 10.1002/pits.20145
- Messer, S.B. (2001). Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1-4.
- Meyer, Robert G. (1999). *Case studies in abnormal behavior. (4th ed.)*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (1991). *Motivational interviewing. Preparing: people to change addictive behavior*. Nueva York: Guilford.
- Mobilli, A., & Rojas, C. (2006). Aproximaciones al adolescente con trastorno de conducta disocial (Approaches to adolescent with disocial behavior disturbance). *Investigación en Salud*, 8(2), 121-128.
- Moffitt, E. T. (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin*, 131(4), 533-554. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.533
- Mufson, L. (2012). *Validity of MMPI-2-RF MEASURES OF PSYCHOPATHY* (Tesis doctoral). Pepperdine University. Recuperado de: <http://gradworks.umi.com/35/47/3547787.html>
- Mulsow, G.G. (Enero-Abril, 2008) Desarrollo emocional: impacto en el desarrollo humano. *EduÇao*, 1(31), 61-65.
- Mulvey, E. P., Sternberg, L., Piquero, A. R., Besana, M., Fagan, J., Shubert, C., & Cauffman, E. (2010). Trajectories of desistance and continuity in antisocial

- behavior following court adjudication among serious adolescent offenders. *Development and Psychopathology*, 22(2), 453–475.
- Ogloff, J. R. P., Wong, S., & Greenwood, A. (1990). Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and the Law*, 8(2), 181–190.
- Olver, M. E., Lewis, K., & Wong, S. (2013). Risk Reduction Treatment of High-Risk Psychopathic Offenders: The Relationship of Psychopathy and Treatment Change to Violent Recidivism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 160–167. doi: 10.1037/a0029769
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 328–336. doi:10.1037/a001500
- Ostrosky-Solis, F. (29 de octubre de 2008). Hay 900 mil psicópatas mexicanos según estudio. *El Universal*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/551054.html>.
- Ostrosky-Solís, F. (2011). *Mentes asesinas. La violencia en tu cerebro*. Edo de México: Quinto sol.
- Ostrosky-Solís, F., Ruíz, A.H., Arias, N., & Vásquez, V. (2008). Estandarización de la PCL-R en Población Penitenciaria Mexicana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(2), 49-58.
- Ostrosky-Solís, F., Vélez García, A.E. (2008). Neurobiología de la sensibilidad moral. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 115-126.
- Paivo, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving “unfinished business”: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 63(1), 419–425.
- Patrick, C. J., Curtin, J. J., & Tellegen, A. (2002). Development and validation of a brief form of the Multidimensional Personality Questionnaire. *Psychological Assessment*, 14(2), 150–163.

- Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*, 3 (1),79-100.
- Porter, S. (1996). Without conscience or without active conscience? The etiology of psychopathy revisited. *Aggression and Violent Behavior*, 1(2), 179–189. [http://dx.doi.org/10.1016/1359-1789\(95\)00010-0](http://dx.doi.org/10.1016/1359-1789(95)00010-0)
- Prentky, A. R., Burgess, W.A., Rokous, F., Lee, A., Hartman, C., Ressler, R., & Douglas, J. (1989). The Presumptive Role of Fantasy in Serial Sexual Homicide. *American Journal Psychiatry*, 146(7), 887- 891.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47(9), 1102 -1114.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Raine, A., & Sanmartín, J. (2000). *Violencia y psicopatía*. Barcelona: Ariel.
- Raine, A., & Yang, Y. (2006). Neural foundations to moral reasoning and antisocial behavior. *Social, Cognitive, and Affective Neuroscience*, 1(3), 203–213.
- Ramsland, K. (2005). Handbook of psychopathy. Recuperado de: http://www.trutv.com/library/crime/criminal_mind/psychology/robert_hare/index.html.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J., y Garrido, V. (1999). The Influence of Treatment Programmes on the Recidivism of Juvenile and Adult Offenders: An European Meta-Analytic Review. *Psychology, Crime & Law*, 5(3), 251-278
- Reid, C. (1981). *Neuroanatomía. Obras médicas concisas*. Interamericana: México.
- Reisel, D. (2014). *Rewiring our morality*. London: TED Books.
- Ressler, R. K., & Burgess, A.W. (1985).The Men Who Murdered. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 54(8), 2-6.
- Ressler, R. K., & Shachtman, T. (2012). *Asesinos en serie*. México: Ariel.

- Rice, M. E. (1997). Violent offender research and implications for the criminal justice system. *American Psychologist*, 52(4), 414–423.
- Rice, M.E., Harris, G.T., & Cormier, C.A. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16(4), 399–412.
- Richards, H. J., Casey, J. O., & Lucente, S. W. (2003). Psychopathy and treatment response in incarcerated female substance abusers. *Criminal Justice and Behavior*, 30(2), 251–276.
- Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2008). Personality Trait Change in Adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 17(1), 31–35. doi:10.1111/j.1467-8721.2008.00543.
- Rodríguez, F. J., Bringas, C., Rodríguez, L., López-Cepero, F., Pérez, B., & Estrada, C. (2011). Drug abuse and criminal family records in the criminal history of prisoners. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 3(2), 89-105.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). New York: Cambridge.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*.1094, 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002
- Salazar-Estrada, J., Torres-Lopez, T., Reynaldos-Quinteros, C., Figueroa-Villaseñor, N., Araiza-González, A. Factores asociados a la delincuencia en adolescentes de Guadalajara, Jalisco. *Papeles de Población*, 17(68), abril-junio, 2011, 103-126.
- Salekin, R. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79–112.

- Salekin, R.T., Worley, C., & 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*(2), 235–266.
- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C.(2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. En S.S. Luthar (Eds.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 364–391). Cambridge: Cambridge University Press.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(1), 373–385.
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Scheidlinger, S. (1980). *Psychoanalysis and Group Behavior*. New York: Norton.
- Schmitt, D.P., Allik, J., McCrae, R.R., Benet-Martínez, V., Alcalay, L., Ault, et al. (2007). The geographic distribution of big five personality traits: patterns and profiles of personal self-description across 56 nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*(2), 173-212. doi: 10.1177/0022022106297299
- Seagrave, D., & Grisso, T. (2002). Adolescent development and the measurement of juvenile psychopathy. *Law Hum Behav, 26*(2), 219-39.
- Seara-Cardoso, A., Neumann, C., Roiser, J., McCrory, E., & Viding, E. (2012). Investigating associations between empathy, morality and psychopathic personality traits in the general population. *Personality and Individual Differences, 52*(1), 67-71. doi: 10.1016/j.paid.2011.08.029
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y. S., Lilienfeld, S. O., Patrick, C. J., & Graham, J. R. (2005). Assessing Psychopathic Personality Traits with the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment, 85*(3), 334-343.
- Seto, M.C., y Barbaree, H.E. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(12), 1235-1248.

- Serin, R. (1995). Treatment responsivity in criminal psychopaths. *Forum on Corrections Research*, 7(3), 23–26.
- Shiner, R. L. (1998). How shall we speak of children's personalities in middle childhood? A preliminary taxonomy. *Psychological Bulletin*, 124(3), 308–32.
- Silva, A. (2003). *Conducta antisocial: Un enfoque psicológico*. México: Pax
- Simonsen, E. y Birketsmith, M. (1998). Preface. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birketsmith & R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy, Antisocial, criminal and violent behavior* (pp. 7-9). New York, N.Y: The Guilford Press.
- Skeem, J. (2008). High risk, not hopeless: Recent research on treating individuals with psychopathy. Trabajo presentado en el encuentro anual de la Asociación Internacional Forense de Salud Mental, Vienna, Austria.
- Skeem, J. L., Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M., & Louden, J. E. (2007). Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 395-409.
- Skeem, J., Monahan, J., & Mulvey, E. (2002). Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26(6), 577–603.
- Skeem, J.L., Polaschek, D.L., Patrick, C.P., & Lilienfeld, S.O (2011). Psychopathic personality: Bridging the gap between scientific evidence and public policy. *Psychological Science in the Public*, 12(3), 95-162.
- Skeem, J. L., Poythress, N., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., & Cale, E. M. (2003). Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression and Violent Behavior*, 8(5), 513–546.
- Slavson, S.R. (1953). *Common Sources of Error and Confusion*. En M. Schiffer (Eds.), *Dynamics of Group Psychotherapy* (pp. 85- 113). New York: Jason Aronson

- Soderstrom, H., Blennow, K., Sjodin, A.K., Forsman A. (2003). New evidence for an association between the CSF HVA: 5-HIAA ratio and psychopathic traits. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 74(7), 918–921.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood, *Attachment and Human Development*, 7(4), 349-367.
- Sroufe, L. A., Fox, N., & Pancake, V. (1983). Attachment and dependency in developmental perspective. *Child Development*, 54(6), 1615 – 1627.
- Spitz, R.A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53–74.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic books.
- Strasburger, L.H. (2001). *The treatment of antisocial syndromes*. The Analytic Press. Hillsdale: NJ.
- Suarez, V. (Marzo de 2001). Anxiety study at Lance Alternative Program. En Cancer Hospital All India Institute of Medical Sciences Proceedings Science of Breath. International Symposium on Sudarshan Kriya, Pranayam and Consciousness. AIIMS. Simposio llevado a cabo en New Delhi, India.
- Suedfeld, P., & Landon, P.B. (1978). Approaches to treatment. En R.D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathie behavior: Approaches to research* (pp. 347–376). Chichester: Wiley.
- Terol, O. (2008). Propuesta de tratamiento para delincuentes violentos con comportamiento psicopático. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 8(1), 161-192.
- Thomson, J. J. (1986). Rights, restitution, and risk. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Ulrich, S., Farrington, D., & Coid, J. (2008). Psychopathic personality traits and life-success. *Personality and Individual Differences, 44*(5), 1162-1171.
- Van der Horst, F. C. P. (2011). *John Bowlby - From psychoanalysis to ethology: Unraveling the roots of attachment theory*. Chichester, England: Wiley. doi: 10.1002/9781119993100.
- Van Stelle, K. R., Blumer, C., & Moberg, P. (2004). Treatment retention of dually diagnosed offenders in an institutional therapeutic community. *Behavioral Sciences and the Law, 22*(4), 585–597.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the Risk Paradigm*. London: Routledge.
- Waters, E. & Cummings, E.M. A secure base from which to explore close relationships. *Child Development, 71*(1), 164-172.
- Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Winnicott, D.W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *The International Journal of Psychoanalysis, 41*(1), 585-595.
- Winnicott, D.W. (1971). *Clínica psicoanalítica infantil*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D.W. (1984). Deprivación y delincuencia. México: Paidós.
- Wong, S. C. P., Gordon, A., Gu, D., Lewis, K., & Olver, M. E. (2012). The effectiveness of violence reduction treatment for psychopathic offenders: Empirical evidence and a treatment model. *The International Journal of Forensic Mental Health, 11*(4), 336–349.
- Wong, S. C. P., & Hare, R. D. (2005). *Guidelines for a Psychopathy Treatment Program*. North York: Multi-Health Systems.
- Young, J.E. (1994). Young Parenting Inventory. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Zahn-Waxler, C., Hollenbeck, B., & Radke-Yarrow, M. (1984). The origins of empathy and altruism. En M.W. Fox & L.D. Mickley (Eds.), *Advances in animal welfare science* (pp. 21-41). Washington: The Humane Society of the United States.