

PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA DELINCUENTES VIOLENTOS CON COMPONENTE PSICOPÁTICO

Odette Terol Levy
Psicóloga Privada

Resumen

En este artículo, presentamos una propuesta de tratamiento para delincuentes violentos con rasgos psicopáticos analizando los factores que dificultan dichos tratamientos y estableciendo premisas y pautas necesarias para poder impartirlos. Asimismo exponemos los factores necesarios por parte de los equipos para maximizar la eficacia de los tratamientos y la necesidad de intervenciones individualizadas adaptadas a la problemática planteada por esta población para hacer posible la rehabilitación. A su vez estimamos que la eficacia de los tratamientos con este tipo de agresores se puede ver potenciada incluyendo intervenciones que desarrollen la motivación al cambio.

PALABRAS CLAVE: *Tratamiento, psicópatas, delincuentes, violencia, rehabilitación.*

Abstract

This paper presents a treatment proposal for violent aggressors with psychopathic features. We analyze factors that could hinder the treatment process and we establish the necessary premises and actions to be able to implement such treatment. We also make a note of the teams' necessary characteristics to make the most of the treatment plan. We also emphasize the need of individual interventions tailored to the problems of this population to make rehabilitation possible and suggest that the effectiveness of this kind of offender treatment may be enhanced by the inclusion of interventions that develop motivation to change.

KEY WORDS: *Treatment, psychopath, delinquents, violence, rehabilitation.*

Correspondencia: E-mail: otlforensicdoc@yahoo.es

Fecha de recepción del artículo: 4-11-2008.

Fecha de aceptación del artículo: 23-12-008.

Introducción

El problema que plantean las conductas delictivas a la sociedad es de carácter multidimensional. Por un lado tenemos el perjuicio que originan en las víctimas y en la propiedad, el cual en la mayoría de los casos es irreversible, y por otro lado tenemos que considerar el coste emocional y económico que provocan en la sociedad. En cuanto al coste emocional nos referimos a la frustración e impotencia de sociedades que no pueden prevenir la existencia de la criminalidad y que además no confían en la reinserción de los criminales. Nos gustará puntualizar que al hablar de criminales nos referimos a todos aquellos individuos que presenten una conducta desviada de la norma y causante de daño tanto físico y psicológico como económico. ¿Cuáles son los efectos a largo plazo en la población no criminal que rodea a estos individuos? Podríamos afirmar que la frustración nace de la impotencia e indefensión, la falta de confianza en el sistema y la desesperanza de un futuro seguro que ofrecer a nuestros hijos.

En nuestra sociedad existen opciones para disminuir o atajar las conductas violentas de los individuos. Una de estas es la privación de libertad tanto en centros penitenciarios como en instituciones mentales, con o sin intervenciones quimioterapéuticas o psicoterapéuticas. En este caso disminuimos las conductas o sucesos delictivos limitando los delitos durante el tiempo que dure la reclusión. Sin embargo las probabilidades de que se repitan estas conductas renacen de nuevo al ser estos individuos puestos en libertad. Nuestro sistema, desgraciadamente no cuenta con medidas de reinserción una vez cumplida una condena. Se ha podido de hecho constatar, debido a la reincidencia, que las medidas post-delictivas privativas de libertad de los individuos considerados peligrosos, no es eficaz si no conlleva otra alternativa terapéutica.

Evidentemente el propósito de la privación de libertad solo cumple esta función, es decir, privar de libertad y evitar con ello futuros actos delictivos eliminando la oportunidad pero sin tener en cuenta la rehabilitación de cara a la liberación. El individuo considerado peligroso en el momento de empezar una condena, continuará en la mayoría de los casos siendo peligroso¹ una vez cumplida ésta si no ha seguido un tratamiento en el que haya adquirido las bases de una conducta prosocial y haya internalizado la maldad y daño de su conducta. De ahí que una vez cumplida la sentencia, especificada para cada caso, el riesgo de violencia se mantenga, pues la detención continuada pierde su efectividad y de hecho se nos plantea como cuestionable ya que hemos vuelto a reunir al

¹ Llamamos estado post-delictivo al que se da cuando el delincuente es detenido o encarcelado. Una vez que es excarcelado este estado se convierte nuevamente en pre-delictivo por las probabilidades de reincidencia.

individuo criminal con la oportunidad del acto delictivo y si cabe con más resentimiento social.²

Asimismo, las detenciones preventivas, aunque más económicas, pueden exacerbar los resentimientos hacia la comunidad y potenciar los aprendizajes delictivos.

Los programas de quimioterapia tampoco se han demostrado eficaces a la hora de reducir la peligrosidad y el riesgo, sobre todo en agresores sexuales, sin contar con los problemas éticos y los efectos secundarios que conllevan, siendo difícil además, mantener la adherencia a estos tratamientos en la comunidad sin una supervisión estricta.

Las penas privativas de libertad resultarían más eficientes si la reinserción y rehabilitación se considerase como parte del programa formativo en prisión. El hecho de que estos programas no estén estrictamente implementados supone la falta de credibilidad de estos o en su defecto la falta de confianza en la rehabilitación de los agresores. Si realmente pensamos que los agresores están más allá de poderse reinsertar, porqué pues, exponemos a la sociedad al libre albedrío de estos, velando más por sus derechos que por los de la comunidad. Es por tanto claro que si los liberamos creemos que son recuperables. Pero, ¿qué nos hace pensar que sin un tratamiento efectivo en fase de internamiento y un seguimiento exhaustivo en fase de libertad condicional vamos a poder conseguir su reinserción?

Las prisiones tradicionales se reconocen como lugares donde la violencia se potencia y de donde los criminales salen sin ser rehabilitados. Sería pues mucho más conveniente para la comunidad y sociedad en general, encaminar nuestros esfuerzos a implementar los tratamientos, que ya de hecho existen en muchas prisiones y poner en marcha otros programas de prevención y rehabilitación de conductas violentas en régimen abierto y supervisado.

El problema que se le plantea a la sociedad a la hora de detener y encarcelar a un individuo es similar a la que se le plantea a la hora de liberarlo. El dilema esencial es el riesgo que suponen y el peligro al que exponen a la comunidad, si no han modificado los esquemas mentales que les hacen pensar y actuar como lo hacen. Afortunadamente contamos en la actualidad con instrumentos clínicos y actuariales, fiables y válidos para evaluar y predecir el riesgo de conductas violentas con lo que al menos podremos estimar que tipo de atención, programas y supervisión podríamos aplicar en la comunidad y como implementarlos.

Los tratamientos psicoterapéuticos podrían ser efectivos siempre y cuando el individuo estuviera motivado al cambio o se mostrase al menos

² Conviene tener en cuenta que hablamos en términos generales y que no excluimos la reinserción y rehabilitación efectiva en algunos casos

receptivo a modificar su conducta. En la mayoría de los casos la receptividad no es algo inherente a la personalidad criminal, por lo que corresponde a las instituciones penitenciarias y a los profesionales al cargo de estos individuos el fomentar, motivar e iniciar el cambio. De otra manera las penas post-delictivas serían la mayor parte del tiempo inefectivas.

Se plantea pues la necesidad de establecer programas e implementar los ya existentes en régimen cerrado para continuar los tratamientos en libertad condicional con un seguimiento estrictamente supervisado por un equipo de profesionales.

Como hemos mencionado, la participación voluntaria y el deseo del cambio son imprescindibles a la hora de conseguir resultados positivos. En algunos países la puesta en libertad es contingente al tratamiento y al cambio, así como a la obligatoriedad de continuar el tratamiento en la comunidad.

La mayor dificultad con que nos encontramos es la falta de motivación de estos individuos una vez que han cumplido sus condenas. El esfuerzo debe pues iniciarse desde la institución penitenciaria antes de que la condena llegue a su final. Aunque no es absolutamente necesario que los individuos estén motivados, sí debe existir cierta aceptación hacia el programa ya que el tratamiento coercitivo puede ser y es inefectivo en la mayoría de los casos y en general no favorece la adherencia al mismo.

El Departamento de Salud Mental de California hacía referencia en 1989 a los fallos de los tratamientos bajo coacción, o a cambio de la obtención de ciertos privilegios, en situación ambulatoria. Recogían cifras de fracaso terapéutico de un 55%. Sin embargo, conviene no ignorar que el 45 % de los tratados sí aprovechaban y completaban los tratamientos. La coerción sin embargo dificulta y a veces anula la relación terapéutica.

En este artículo vamos a repasar las dificultades que se plantean a la hora de establecer un tratamiento, los distintos tratamientos que podemos llevar a cabo tanto en régimen cerrado como abierto y/o comunitario.³

Sabemos que el riesgo de reincidencia es menor después de un tratamiento efectivo. De hecho un meta-análisis de 22 evaluaciones llevadas a cabo por Garrido, Sánchez Meca y Redondo en 1999, puso de manifiesto que la reincidencia después de un tratamiento se reducía en un 12%. Redondo en otro meta-análisis con diversos estudios explica el 21% el decrecimiento de un 21% en reincidencia de los delincuentes tratados. Asimismo Lösel en 1989 hace un seguimiento de 3 a 5 años en 16 prisiones alemanas contabilizando un 10%

³ Téngase en cuenta que estamos hablando no solo de los tratamientos que puedan existir en la actualidad en diversas instituciones sino de lo que idealmente debería estar haciéndose en régimen cerrado y el seguimiento comunitario para la reinserción efectiva de estos individuos.

menos de reincidentes debido a una respuesta positiva ante los tratamientos conductivos, con delincuentes jóvenes y con delincuentes violentos.

El riesgo de reincidencia decrece cuanto más estructurados estén los programas terapéuticos a la vez que se adecuen más a las necesidades y a los patrones de aprendizaje individuales. Quinsey (1995) reitera la necesidad de ofrecer tratamientos individualizados. Es decir los programas pueden contar con elementos comunes a los individuos encarcelados pero en algún momento habrá que mantener un foco de atención y tratamiento en las idiosincrasias de cada uno y en las causas y concausas que les llevaron a delinquir, así como las características de personalidad, algún posible trastorno concurrente y la capacidad de asimilación y aprendizaje. Pongamos por ejemplo el tratamiento con modalidad grupal de maltratadores donde se les trata y se aplican intervenciones iguales para todos. Evidentemente algunos de estos grupos saldrán beneficiados y con una nueva actitud hacia la vida mientras para otros no se habrá llegado a la raíz del problema.

El tratamiento y manejo de los agresores violentos tienen una larga historia y en todos los países occidentales ha sido y sigue siendo un foco de preocupación en el ámbito de las instituciones responsables de la reinserción y rehabilitación del criminal. Podemos decir que en el ámbito forense este problema es común a todas las instituciones. ¿Qué podemos hacer que sea efectivo en cuanto al tratamiento y rehabilitación? Cabría preguntarse qué es lo que se ha hecho que ha funcionado, qué es lo que se ha hecho y no ha funcionado y el porqué no ha funcionado y qué se viene haciendo en otros países que esté funcionando.

Actualmente contamos con medios efectivos para medir y predecir el riesgo de reincidencia y con equipos multidisciplinarios capaces de poner en marcha programas efectivos⁴. Si bien es cierto que las prioridades no están de momento orientadas hacia la rehabilitación sino hacia las penas punitivas sin esfuerzos reinsertivos o preventivos. Según Quinsey (2003) el manejo del riesgo puede mejorarse combinando lo que ya sabemos acerca de la predicción de violencia, las decisiones clínicas y los programas de evaluación. La predicción de violencia para la que contamos con métodos tanto clínicos, actuariales o

⁴ ¿Cómo podemos resumir el problema de la escasez de tratamientos o la ineficacia de alguno de ellos?. En primer lugar decir que sería lamentable que con la preparación técnica de muchos de nuestros profesionales, estos conocimientos cayeran en el vacío a causa de la escasez de medios o falta de confianza y motivación de nuestros políticos. Los equipos terapéuticos se encuentran en la mayoría de los casos colapsados en su trabajo por la escasez de recursos o escasez de profesionales para ejecutar los tratamientos. Idealmente un equipo psicosocial debería poder concretarse a un número determinado de internos bajo su responsabilidad y no deberían exceder los límites de lo no plausible.

combinados nos ayuda a establecer la peligrosidad de los individuos para tomar las decisiones clínicas en cuanto al tratamiento más idóneo para cada individuo y los focos donde debemos prestar más atención.

Las evaluaciones frecuentes nos darán información de la evolución de los individuos y las medidas de seguridad a tomar en cada contexto. Recordemos que el que un sujeto presente una puntuación alta en la evaluación de riesgo en régimen cerrado no es tan grave como si éste fuera el resultado de una evaluación en la comunidad.

Andrews y Zinger (1990) aducen que la reincidencia criminal se reduce dramáticamente si los tratamientos están bien estructurados y los programas enfocados a las necesidades criminógenas de los agresores y estas encajan con su estilo de vida. Por necesidades criminógenas nos referimos a aquellas características del individuo que sean modificables y que le predispongan a delinquir.

Dificultades a la hora de poner en marcha los tratamientos

Contamos con dificultades a la hora de poner en marcha los tratamientos por parte de los equipos terapéuticos. En primer lugar a veces los tratamientos constan de *intervenciones inapropiadas* o son incoherentes en ellos mismos al ser aplicados transversalmente sin considerar las diferentes patologías, deficiencias y/o necesidades. En algunos casos los equipos no están preparados y aunque los estén no cuentan con tiempo suficiente para poner en efecto sus conocimientos por lo que se crean inconsistencias generadoras de frustración en los equipos.

Las inconsistencias pueden surgir de la falta de comunicación entre los equipos (lo cual sucede cada vez menos al plantearse los beneficios de los equipos multidisciplinarios y la comunicación entre las distintas disciplinas) es decir podríamos estar estableciendo medidas contingentes a un tratamiento por determinadas conductas pero al no comunicar la importancia de tales medidas corremos el riesgo de que personal menos cualificado ignore estas medidas en pos de mantener el orden en la unidad. Un ejemplo sería la imposición de una medida restrictiva impuesta a un individuo por parte del clínico en cuanto a limitar ciertos programas de televisión y la ignorancia de tal medida por parte del celador a quien no se ha comunicado la razón de tal medida y el objetivo de ello. Para el celador es más importante mantener el orden en la sala de actividades comunes que restringir una de las actividades a un individuo quien podría por ello plantear problemas.

En otros casos puede suceder que el mismo equipo terapéutico se muestre hostil hacia ciertos individuos por el tipo de agresión que han ejecutado.

No es raro encontrar que ciertos agresores son “peor vistos que otros en el ambiente penitenciario” y que esto pueda crear algún tipo de prejuicio y desesperanza en los equipos”.

Consideraciones previas al tratamiento

- *Por parte del terapeuta*

El terapeuta debe en todos los casos ser perceptivo e intuitivo pero más si cabe con esta población. Tengamos en cuenta que no son pacientes que vienen a la consulta voluntariamente porque reconozcan tener un problema sino que el tratamiento es forzoso y en la mayoría de los casos contingente a la adquisición de privilegios. Por ello el ser perceptivos nos ayudará a evitar manipulaciones y a caminar un paso por delante de ellos anticipando reacciones innecesarias (Strasburger, 2001).

A la vez el terapeuta debe ser accesible aunque firme sin olvidar que lo que intenta es ayudar a estos individuos, independientemente de la naturaleza criminal del paciente, para conseguir como ganancia secundaria el evitar sufrimiento a la comunidad. La repulsión que nos pueden causar y la posición de autoridad que nos confiere la aplicación de los tratamientos puede sin lugar a dudas reducir nuestra empatía y en algunos casos nuestra cercanía hacia ellos. Evidentemente esto entra dentro de las reacciones normales del ser humano, sin embargo es un punto a tomar en cuenta.

Los límites deben ser claros y firmes y nunca laxos o inconsistentes, estableciendo un ambiente cálido (dentro de lo posible) y comprensivo aunque crítico dentro de lo objetivo. Uno de los peligros en que podemos caer es en la crítica destructiva y subjetiva de la conducta manifestada por estos individuos debido principalmente a nuestra necesidad de desahogar el resentimiento e incomprensión hacia los crímenes cometidos. Sin embargo conviene tener en cuenta que con ello no conseguiríamos nuestro propósito terapéutico.

Nuestra meta es entender qué han hecho y por qué lo han hecho, qué necesitan incorporar a sus esquemas para actuar de otra manera y cómo podemos llegar a ellos para abrir esos canales de adquisición de conocimiento. No olvidar que debemos ser un modelo de identificación y un referente del que posiblemente han carecido en su vida anterior. Idealmente lo que queremos conseguir al ser un referente y modelar ciertas conductas es el que respeten lo que nosotros respetemos, el que nos traten como les

tratamos, el infundir confianza no traicionando⁵ y el que puedan generalizar lo aprendido a la sociedad en general.

- *Por parte de los equipos*

Teniendo en cuenta que el equipo de tratamiento debería ser multidisciplinar, las distintas disciplinas deberán estar en contacto directo y coordinadas en todo momento para poder alcanzar las metas establecidas y vencer las dificultades o inconsistencias del proceso terapéutico. Los equipos tienen que ser responsables facilitando un ambiente terapéutico propicio para imponer intervenciones apropiadas y tratamientos coherentes eliminando así las inconsistencias.

- *Adecuación de las intervenciones*

Las intervenciones responsabilidad de un ambiente terapéutico y un equipo preparado y responsable deben ser apropiadas e implementadas consistentemente siendo esta la de establecer e con metas definidas claramente

- *Por parte del entorno terapéutico*

Cuando los tratamientos se llevan a cabo en régimen de internamiento, la filosofía que se sigue es más de carácter punitivo lo que incita a que los reclusos puedan ver al terapeuta como figura de autoridad en vez de identificarlo con el profesional sin prejuicios, respetuoso y empático con el que mantener una relación terapéutica.. Conviene pues un replanteamiento que encuadre a la figura terapéutica independiente de la figura de autoridad.

Tratabilidad o intratabilidad de la conducta criminal psicopática y/o antisocial

Volvemos a la polémica de la *Intratabilidad del psicópata*, debido a los seguimientos deficientes de los efectos del tratamiento junto con, según Salekin (2002), la falta de acuerdos en cuanto a la etiología y definición de la psicopatía.

Las creencias comunes de intratabilidad del psicópata actúan como disuasores a la hora de establecer programas efectivos encaminados a la rehabilitación. Estas creencias se basan en la dificultad que plantean estos sujetos personalmente por la intimidación y manipulación que ejercen, la falta de capacidad vinculativa y carencia de empatía, ausencia de motivación genuina y prejuicios de los equipos terapéuticos ante estas características personales. El debate entre tratar y no tratar a los psicópatas hace que nos establezcamos un

⁵ Es importante no mentir con promesas que no podamos cumplir o manipular puesto que estaríamos modelando la misma conducta que queremos erradicar.

límite de tratamiento. Para los efectos de éxito podríamos establecer que psicópatas con una puntuación superior a 30 (Hare, 1993) no deberían recibir tratamiento por la incapacidad de rehabilitación. Cualquier mejora en su sistema de valores sería solo parte de sus habilidades manipulativas y no harían más que ampliar el repertorio delictivo del individuo y armarle de pseudohabilidades que en realidad no poseen. Pero entonces que podemos hacer con estos individuos? ¿Porqué devolverlos a una sociedad indefensa si no se han rehabilitado? ¿No estaríamos contemplando la probabilidad de agresiones futuras? ¿Qué nos hace pensar que se van a rehabilitar sin tratamiento cuando este no es capaz de rehabilitarlos? No sabemos a ciencia cierta de donde vienen las carencias del psicópata. ¿Son genéticas, psicosociales, vinculativas, ambientales? Como siempre caemos en la traída y llevada controversia de “nurture vs nature” (nace o se hace). Para Dietz (1986) se producen por el cruce entre determinados genes con los padres equivocados.

Según Meloy (2001), el 75% de los internos en instituciones penitenciarias tienen un diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial y solo el 25% exhiben algún grado de psicopatía. Dice Meloy que de ese 25% sólo un 5% tiene una puntuación superior al punto de corte en la PCL-R.

Convendría diferenciar entre los distintos grados de psicopatía dependiendo de la puntuación en la escala de Hare. Así por ejemplo podríamos hablar de trastorno psicopático leve cuando la puntuación oscilase entre 10 y 20; trastorno psicopático moderado, entre 20 y 30; y trastorno psicopático severo entre 30 y 40, siendo la puntuación máxima 40. Hare nos dice que no debemos tratar a sujetos que puntúen por encima de 30 en la PCL-R, por lo que establecemos que los trastornos psicopáticos leves y moderados podrían ser tratables. También podemos establecer la tratabilidad o no tratabilidad de estos individuos dependiendo de sus características intrapsíquicas (Meloy, 2001). Consideraremos NO TRATABLES los individuos que:

- Exhiban conductas sádicas
- Ausencia total de remordimientos
- Que tengan una inteligencia superior o inferior de dos desviaciones típicas por encima o debajo de la media
- Con incapacidad de formar vínculos
- Que produzcan un miedo atávico y depredador en el terapeuta

Dificultades que plantea la población criminal psicopática

La convicción de intratabilidad del criminal psicópata afecta el resultado de los tratamientos. Algunos autores estiman que no existen tratamientos

psiquiátricos o psicológicos para la población psicopática y en algunos casos no han sido efectivos independientemente de la modalidad de tratamiento. En algunos casos se ha demostrado que el tratamiento de estos individuos ha sido más perjudicial y con cifras de reincidencia mayores que los no tratados (Quinsey, 1995). Sin embargo en estos estudios la mayoría de los individuos padecía además un trastorno mental por lo que no puede generalizarse a toda la población psicopática. Sin embargo no existe una evidencia cierta de haber sabido establecer tratamientos efectivos con esta población por lo que difícilmente podemos afirmar la ausencia de resultados positivos.

Otros autores consideran que la psicopatía no es inmune a la psicoterapia aunque consideran que la postura de la mayoría de los clínicos es la de cuestionarse la posibilidad de cambio (Meloy, 2001)

Evidentemente la tratabilidad del criminal depende mucho de la capacidad de estos individuos de formar apegos y el grado de la patología de sus respectivos egos. La capacidad de formar apegos está directamente relacionada con el grado en que un individuo puede establecer una relación emocional genuina con su terapeuta independientemente de las distorsiones transferenciales (2001) ya que uno de los signos de la psicopatía es la incapacidad de internalización y por ello debemos entender la naturaleza y grado de sus representaciones objetales y las características de sus introyecciones. Por ejemplo los individuos que se identifiquen fuertemente con su representación objetal dentro de su estructura grandiosa de una manera cruel y agresiva y sin ningún intento de justificar sus conductas no serán considerados buenos candidatos, sin embargo aquellos sujetos que presenten grandiosidad y agresividad en sus representaciones alternado con ideas suicidas ante el rechazo y conducta dependiente y masoquista se mostraran más inclinados a formar un apego con el terapeuta.⁶

El grado de superego en base a sus relaciones internalizadas de estos individuos es también un baremo fiable de la tratabilidad de estos sujetos (Kernberg, 1984).⁷ Por ello a la hora de hacer una entrevista de evaluación

⁶ Es difícil de entender esta posición si no se tiene una formación psicodinámica y si no se es capaz de entender las bases psicodinámicas de la conducta criminal. Por ello recomiendo la lectura de *Mentes Psicopáticas* de R. Meloy o el tema de "Orígenes dinámicos de la psicopatía" del módulo 7.

⁷ Kernberg en 1984 utiliza los niveles de desarrollo del superego evidenciados por Jacobson en 1964 y formula seis niveles:

- Personalidad antisocial propiamente dicha que Meloy (1989) clasifica como *psicopatía severa* en la que los individuos se identifican con su estructura grandiosa y con el objeto extraño y establecen una relación primaria basada en la agresión y experimentada como placer sádico. Estos individuos aunque conozcan y verbalicen las normas sociales no las

conviene prestar atención a las representaciones internas de estos sujetos ya que es de crucial importancia el conocer que es lo que hace que estos sujetos se activen agresivamente debido a como se perciben ellos mismos y como perciben a los demás. Cuanto más profundo sea el grado de psicopatía más reveladores serán los indicios de su estructura grandiosa experimentada en el clínico como contratransferencia de ira o miedo (identificación proyectiva).

En un plano más cognitivo, Quinsey (2003) revisa los estudios de investigación de violencia en los psicópatas que validan que:

internalizan y la única manera de obtener satisfacción es a través de la expresión agresiva. Estos individuos NO serían TRATABLES

- El segundo nivel sería la personalidad *narcisista con conducta antisocial* que Meloy clasifica como psicopatía de naturaleza biogénica y que sería más tratable debido a su necesidad de justificar moralmente sus conductas sádicas lo que sugiere la presencia intrapsíquica de un ideal primitivo que aunque omnipotente y cruel es más sociogénico y más tratable.
- El tercer nivel lo formarían el individuo *límite deshonesto pero sin conducta agresiva* evidenciada que niega sus acciones para evitar así la vergüenza el cual podría ser capaz de establecer algún tipo de apego aunque solo fuera por el temor a las consecuencias.
- En el cuarto nivel estaría la personalidad *narcisista sin conducta antisocial* caracterizado por irresponsabilidad moral de sus acciones que según Kernberg mantienen una discontinuidad afectiva (escisión) que les protege de la ansiedad y la culpa siendo ésta egosintónica (mecanismo defensivo que les hace sentirse mejor) y pudiendo desarmar al terapeuta al no presentar evidencias de conducta ilegal. Estos pacientes presentan una actitud arrogante y una ausencia de apegos profundos siendo sus relaciones emocionales vacías pero aparentemente satisfactorias. Estos individuos según Kernberg no han internalizado los niveles de desarrollo moral de las prohibiciones y demandas parentales estando los instintos sádicos mínimamente integrados formando una pseudomoralidad (es decir imitan la moralidad convencional de una manera falsa e hipócrita) evidenciada por la fragmentación de las ataduras emocionales con los demás (1989) Tratables.
- El quinto nivel estaría compuesto por la mayoría de las *personalidades límite* sin rasgos antisociales o narcisistas y conscientes de sus impulsos contradictorios inaceptables y capaces de verbalizarlos. “ El trastorno psicopático a este nivel lo encontramos en el rol que la escisión y disociación juega en la expresión de la naturaleza de la conducta inaceptable que no sería tolerada en cualquier otro estado del ego” (1989). Estos sujetos pueden expresar preocupación por ellos mismos y por los demás a la vez que remordimiento después de una conducta agresiva aunque presentan rasgos caóticos dependientes y más cargados afectivamente que los niveles anteriores debido a internalizaciones parentales más realistas. Aunque las intervenciones psicoterapéuticas con estos individuos pueden ser difíciles el pronóstico sin embargo es mejor que en los niveles anteriores.
- El último nivel de patología del superego estaría representado por la patología neurótica con un ego sádico que Freud calificaba como “criminales con sentido de culpa” (1916) y que padecen, según Kernberg, de una dominación moralista inconsciente junto con una fijación edípica en las demandas y prohibiciones parentales (1984). Debido a la existencia de una estructura superyoica y la ausencia de mecanismos de defensa límites no se podrían considerar puramente psicopáticos y serían receptivos a la psicoterapia.

- son más violentos que los no psicópatas
- cometen más crímenes
- tienden más al uso de armas especialmente si su QI está or encima de la media
- son más agresivos en encarcelamiento
- se escapan más a menudo
- su violencia no decrece con la edad
- tienden más a arremeter contra extraños que familiares o amigos
- agraden más a varones que a mujeres a no ser que sean agresores sexuales en cuyo caso su objetivo es la mujer o niños
- los que son violentos en el ámbito doméstico se calman a medida que entren en conflicto personal
- a menudo exhiben rasgos sádicos
- la mayoría de los sádicos sexuales son psicópatas
- la violencia y el sadismo se presenta como un continuo estable en toda su vida
- la violencia es de naturaleza afectiva y depredadora
- el constructo de psicopatía explica la proporción de varianza en la mayoría de estudios de agresores violentos.

Tratar sujetos con psicopatía conlleva un esfuerzo personal exhaustivo por parte del equipo clínico de distintas orientaciones. Algunos autores proponen que no se traten (Hare, 1993) otros aconsejan un tratamiento cognitivo-conductual basado en cambiar conductas antisociales reforzando las conductas prosociales y finalmente algunos proponen los tratamientos psicoanalíticos a largo plazo (Meloy, 2001).

Idealmente la combinación de las tres posturas nos acercaría a una postura más realista. Es decir no tratar a los intratables y tratar a los tratables con un acercamiento cognitivo conductual y un seguimiento de refuerzo cognitivo apoyado en la psicodinámica para hacer patentes las bases dinámicas de la conducta desviada aumentando el nivel de introspección y autoconocimiento. En algunos casos se recomendaría sesiones semanales individuales mientras que en otros sería más eficiente un seguimiento de control en régimen cerrado. Hablaremos de ello más adelante cuando planteemos las distintas modalidades.

Uno de los factores disuasorios a la hora de plantearse el tratamiento de estos individuos son las reacciones que afloran en los clínicos, es decir la contratransferencia que estos individuos ejercen en nosotros a todos los niveles. Nos atemoriza la ausencia de sentimientos y empatía, de moral y principios, de

falta de piedad y de crueldad innecesaria. Por otro lado nos intimidan por el miedo que evocan en nosotros el cual es tan atávico por ser incongruentes los actos que cometen para nuestro entendimiento. Este miedo disminuye la motivación para buscar modelos terapéuticos eficaces. Los psicópatas no nos merecen respeto y en ocasiones es difícil poner empeño y esfuerzo en tratar psicoterapéuticamente a sujetos de esta índole. Además de no merecernos respeto y por ello dificultar la empatía que NO sentimos por ellos, nos transfieren una sensación de fracaso terapéutico. Nos hacen sentirnos incapaces de hacerles cambiar un ápice o de hacer que reconozcan sus necesidades porque evidentemente ellos atribuyen, y con toda la razón las intervenciones a nuestras necesidades y a las de la sociedad pero no a las suyas. Debemos considerar por ello que no todos los terapeutas pueden o deben tratar a este colectivo y se requiere modestia profesional para admitir nuestras limitaciones personales⁸.

Dificultades que plantean al clínico

Contratransferencia

¿Cuáles son las reacciones contratransferenciales⁹ más comunes que estos individuos provocan en los clínicos?

Autores como Quinsey (2003), Meloy (2001) y Strasburger (2001) coinciden en identificar ciertas reacciones contratransferenciales que estos individuos provocan en el terapeuta dificultando por ello el tratamiento. Entre ellas podemos especificar

Aniquilación terapéutica

Según Lions (2001) tenemos una creencia equivocada de que nada funcionará terapéuticamente con esta población. Por ello caemos en un cinismo clínico cuando nos encontramos con sujetos que muestran algún tinte antisocial que nos hace decidir de antemano no intentar un tratamiento para evitar un posible fracaso de nuestros esfuerzos con la consecuente sensación de inutilidad profesional. En mi experiencia esto es solo salvable con paciencia terapéutica y no pretendiendo obtener resultados a corto plazo. Pensemos que las defensas y

⁸ Algunos clínicos no conocen en profundidad la estructura psicopática y otros aunque la conocen no confían en su tratabilidad o no se sienten capaces de enfrentarse a una patología tal.

⁹ De una manera sencilla podemos explicar la contratransferencia como el sentimiento que evoca un paciente en nosotros que nos pone en contacto con temas o sentimientos pendientes en nuestra vida. En este caso la contratransferencia podríamos decir que nos acerca a nuestros miedos, debilidades y temas no resueltos.

obstáculos que tendremos que vencer antes de poder establecer algún tipo de vínculo son más arduos con estos sujetos que con los que no poseen rasgos psicopáticos.

Alianza terapéutica ilusoria

En contraste con el cinismo de ser aniquilado terapéuticamente se nos crea la ilusión de establecer un vínculo emotivo entre el paciente psicopático y nosotros y estar mutuamente implicados en el proceso. Este vínculo es completamente ilusorio en las primeras fases del tratamiento.

Miedo a padecer agresión o daño

Evidentemente no podemos negar que el peligro es de alguna manera real y objetivo, sin embargo la experiencia de este miedo es visceral y atávica, es decir nos produce una reacción de calor o frío o “pelos de punta” y pánico, signos todos ellos de una activación cerebral enraizada biológicamente que nos avisa del peligro (Meloy, 2001). Tendríamos que distinguir esta reacción espontánea de una reacción a un miedo real, la cual debería ser utilizada como una señal para investigar la posible peligrosidad y no descuidar la guardia poniéndonos en peligro. Cabe preguntarse si nuestro miedo es realista o por el contrario estamos minimizando la peligrosidad porque nos asusta que sean peligrosos. Es importante no confundir esta reacción de miedo atávico de un peligro imaginario con la de un peligro real.

Negación y decepción

La negación se establece como una reacción contrafóbica a un peligro verdadero para evitar el pánico cuando en realidad el individuo es peligroso. Lo que quiere decir que negamos un peligro potencial por el propio miedo a no ser capaces de hacer frente a ese peligro. En cierta manera es como minimizar la peligrosidad de nuestros pacientes por el hecho de ser pacientes. Por otro lado estos miedos pueden hacer que no marquemos unos límites claros por temor a causar una reacción en ellos.

Indefensión y culpa

Es muy común sentirse incapaz o inútil a la hora de tratar a estos sujetos y por ello sentir resentimiento hacia ellos por hacer que nos sintamos inadecuados. A la vez este resentimiento puede convertirse en culpa teniendo en cuenta que siendo profesionales nos sentimos obligados a “curar” o “tratar” a los

pacientes en lugar de resentirlos¹⁰. Sin embargo estos sentimientos son inevitables por la naturaleza de los pacientes y conviene compartir nuestras reacciones con los demás miembros del equipo. La supervisión y consulta entre los profesionales es un factor primordial cuando tratamos a esta población.

Devaluación y pérdida de identidad profesional

Por lo dicho anteriormente, no es extraño que los profesionales se sientan incapaces o inadecuados y que estos individuos mermen de alguna manera nuestra autoestima profesional por su necesidad de denigrarnos para sentirse superiores (grandiosidad) y que como defensa atribuyamos a la intratabilidad del individuo nuestra impotencia.

Odio y deseo de destrucción

Simon, en su libro “Bad men do what good men dream” (1996) nos aclara el porqué estos individuos nos acercan a nuestros propios impulsos destructivos y agresivos y el resentimiento que esto nos genera hacia ellos. Por otra parte, tener fantasías de lo que ellos son capaces de ejecutar y reconocer nuestra capacidad de destrucción nos asusta, dice Quinsey (1989) y reconocerlo sería la mejor manera de abordar este hecho.

Asunción de complejidad psicológica

En ocasiones queremos pensar que la mente de estos sujetos es más compleja que lo que realmente es y que a través de nuestra terapia vamos a resolver sus rupturas estructurales y vamos a poder nutrir su conciencia. Sin embargo la psique de alguno de estos individuos (especialmente psicópatas) no es tan compleja y si bastante más peligrosa de lo que pensamos especialmente si su cociente intelectual es alto.

Dificultades que plantea esta población

Resistencia

Resistencia es otro término psicodinámico para calificar los mecanismos que el paciente pone en marcha para resistirse a ser tratado o a contactar con

¹⁰ Strasburger en “tratamiento de los síndromes antisociales” hace hincapié en que la ira que el profesional puede sentir la expresa pasivamente alejándose del paciente. Este hecho puede estar contribuyendo a la idea generalizada de la intratabilidad de estos sujetos.

impulsos y bases dinámicas de su personalidad que no quiere o no puede explorar en ese momento. Estas resistencias se van a expresar en su conducta transferencial es decir en sus patrones de conducta hacia nosotros en la relación terapéutica. Entre ellos los más comunes son:

Manipulación

Estos sujetos entablan un ciclo de manipulación sádica del terapeuta el cual les produce una gran satisfacción por ser la manera de proyectar “todo lo inaceptable de sus objetos introyectados¹¹” en el profesional. En estos casos debemos reducir las chances de darles la oportunidad de implicarse en este ciclo manipulativo.

Decepción

Esta conducta es inherente a muchos delincuentes, especialmente psicópatas, como parte de su ciclo de manipulación¹² consciente del terapeuta. Lo hacen para devaluar al profesional omitiendo o mintiendo para boicotear cualquier acción terapéutica. En el profesional esto puede llegar a crear un tipo de contratransferencia como los mencionados anteriormente. Vencer esta decepción es difícil y en ocasiones se aconseja el ser claro y explícito con el paciente poniendo la responsabilidad en él para convencernos de que lo que dicen es verdad. Aunque parezca difícil, este puede ser un primer paso de acercamiento entre paciente y terapeuta y un primer autoanálisis de su propia conducta (aunque sea tomado como un juego) para examinar los puntos débiles de sus explicaciones.

Identificación pseudomaligna

Imitación o simulación de ciertos sentimientos o estados afectivos es típica en estos sujetos. No pueden en algunos casos sentir lo que expresan pero si imitarlo dada su capacidad camaleónica. Necesitan identificarse con sentimientos sociales aceptables sin por ello sentir empatía. Esto a su vez crea en el clínico un sentimiento de no poder empatizar con los sentimientos “vacíos” del sujeto. Sin embargo debemos considerar la posibilidad (Meloy, 1989) de que

¹¹ Psicodinámicamente, el objeto introyectado (digamos padre o madre o mundo exterior) puede ser experimentado como “bueno” o “malo”. En estos sujetos, el introyecto es malvado (ver “The origins of the psychopathic mind”, Meloy, 1989) y lo que proyectan al mundo es esa maldad. Ven al terapeuta como ese objeto malvado que introyectaron y con su manipulación, la manera de vengarse de él.

¹² no confundir con el mecanismo de defensa “negación” el cual es inconsciente.

en ocasiones estas expresiones afectivas puedan ser genuinas o desistir del tratamiento ya que sin ello no podríamos obtener ningún tipo de progreso. Evidentemente las expresiones genuinas no se dan con la prontitud a la que estamos acostumbrados en otro tipo de pacientes y la paciencia es una condición indispensable a la hora de plantearnos el tratamiento con este tipo de población.

Control sádico

Esta es una de las características del narcisismo maligno descrito por Kernberg (1984). El controlar estadísticamente al terapeuta es un signo de triunfo para algunos delincuentes (especialmente psicópatas). Este control estaría a un nivel de grandiosidad yoica perversa ante el cual poco podemos hacer. Quizás la existencia de este elemento sea lo que nos haga discernir entre tratabilidad e intratabilidad del individuo. Poco conseguiremos sino es poner en peligro nuestra seguridad por lo que las intervenciones aconsejadas en estos caso estarían limitadas a mantener reglas estrictas y supervisión extrema.

Propuesta de modalidad de tratamiento para delincuentes con componente psicopático

Tratamiento en fase de internamiento

Nos encontramos con ciertas dificultades a la hora de tratar a los internos, no solamente por sus individualidades y personalidades sino también por errores institucionales como pueden ser la deficiencia e inconsistencias de los tratamientos, la falta de preparación terapéutica, las intervenciones inapropiadas al tipo de riesgo o la ausencia de alternativas distintas y tratamientos personalizados. Las distintas naturalezas de los agresores y agresiones nos instan a sensibilizarnos y elaborar tratamientos individualizados aún manteniendo las metas comunes y los objetivos terapéuticos a todos ellos, como son:

- Los problemas psicológicos (autoestima, relaciones interpersonales, valores y actitudes pro-sociales, control de la impulsividad, resolución de conflicto, integración social).
- Las carencias educativas
- Aprendizajes de conductas normalizadas
- Las habilidades sociales alternativas a conductas delictivas
- Competencias psicosociales
- Protección de los intereses de la comunidad

- Los problemas relacionados con riesgo de violencia
- Prevención de recaída
- Desarrollo de la capacidad de relación interpersonal
- Desarrollo de actitudes de respeto y valores prosociales
- Control de la impulsividad

La modalidad cognitivo-conductual, tanto grupal como individual, ha sido y sigue siendo la más utilizada por su efectividad a corto y largo plazo, a la hora de trabajar con conductas delictivas. En todo momento se debe considerar la motivación del individuo creando un ambiente positivo y consistente y haciéndoles comprender los aspectos deletéreos de sus conductas antisociales para con ellos mismos. El desarrollo de autocontrol y la abstinencia de drogas, la prevención de recaída y la elaboración de planes realistas en la comunidad son factores primordiales antes de prepararles para un tercer grado o condicional.

Los tratamientos, como se ha mencionado anteriormente, deben ser diseñados individualmente e impartidos por equipos multidisciplinarios. El paso de un grado a otro podría ser contingente a su evolución, adherencia y progreso en el tratamiento.

En cualquier modalidad de tratamiento debemos considerar y vencer las primeras dificultades con las que nos vamos a encontrar como son *la ausencia de motivación* a seguir el tratamiento, *las resistencias* en formas de mecanismos de defensa, *el nivel de agresividad*, *el aislamiento* y *las drogas*. Una de las resistencias más comunes es la negación y minimización de las conductas. El tratamiento no puede ser eficaz si existe una desmotivación al cambio. ¿Cómo podemos motivar a un individuo que no considera su conducta abusiva o no la quiere cambiar?. Evidentemente este es el aspecto más importante y crucial de todo tratamiento. Como hemos mencionado anteriormente en la introducción la gran mayoría de los fracasos terapéuticos son debidos a la escasa motivación. Nos hallamos pues ante el pilar de todo tratamiento. La agresividad de los internos en una institución puede a la vez causar graves problemas entre los compañeros así como perturbaciones del orden en las unidades. El tratamiento será inefectivo si el individuo no reconoce su conducta abusiva aunque en verdad la mayoría de los criminales empiezan los tratamientos con cierto grado de negación y el disminuirla es un proceso gradual

Una de las prioridades en las instituciones sería el entrenamiento del equipo en apaciguamiento verbal y habilidades disuasorias, el enseñarles modelos prosociales y controlar la exposición a los medios o modelos violentos.

Tratamiento o programas en la comunidad

Los mismos programas y baremos considerados en los tratamientos en fase de internamiento se valorarán en la comunidad, teniendo en cuenta el riesgo que supone la exposición a estímulos y desestabilizadores. Como prevención de reincidencia, la libertad condicional debe incluir la asistencia a un centro de día donde se regulen y controlen los tratamientos además de contar con la supervisión y apoyo de los agentes de la condicional.

En los centros, las intervenciones serán apropiadas, individualizadas e implementadas por un equipo preparado y responsable con metas claramente definidas y realistas. Los programas se adecuarán a las necesidades del individuo y del contexto siendo una continuación del que siguieron en fase de internamiento (modalidad y técnicas), mencionado anteriormente.

Puntos comunes a los tratamientos con agresores y como tratarlos

1.-Negación e identificación del problema

- Admitir que tienen un problema (debate)
- Identificar el problema
- Identificar consecuencias del problema (personales, víctima)
- Identificar detonadores de la conducta problema y situaciones que potencian tal conducta
- Admitir pensamiento criminal y errores de pensamiento
- Decidir querer cambiar la conducta problema
- Facilitar conductas alternativas

2.-Ira

- Habilidades sociales
 - o Talleres, lecturas, grupos (autoestima, asertividad, etc...)
- Estrategias cognitivas de afrontamiento
 - o Debate, parada de pensamiento, etc..
- Relajación
 - o Apaciguamiento verbal, relajación progresiva de Jacobson
 - o Visualización
- Deportes de cooperación

3.-Agresión

- La baja tolerancia a la frustración (expresada en ira contra el mundo y finalmente agresión)
- Miedo al fracaso y reticencia para planear
- Análisis de costes y beneficios de la agresión y la ira
- Distorsiones del tipo “tengo derecho a estar enfadado con el mundo”, “el mundo tiene la culpa”

- Creencias irracionales “Yo soy así” “He nacido para esto”
- Facilitar el cambio del locus de control externo por interno
- Ayudarles a reconocer el ciclo de la agresión
- Ayudarles a identificar las etapas y las consecuencias que los ciclos han tenido en sus vidas
- Entrenarlos en técnicas de resolución de conflictos: Información sobre conflicto y técnicas de resolución y explorar consecuencias de la no-resolución de conflictos.

4.-Aislamiento

Técnicas asertivas

- Aumentar las habilidades sociales
 - o Talleres de habilidades
 - o Talleres creativos
 - o Talleres de aprendizaje
- Disminuir la ansiedad
 - o Técnicas de relajación (Jacobson)
- Desarrollar habilidades cotidianas y talleres, lectura, etc...

5.-Empatía por la víctima (reconocer a la víctima)

- Facilitar cambio de pensamiento
- Identificar a las víctimas de sus acciones
 - o Disminuir la idea de si mismos (como buenos) al reconocer como victimizan a los demás
- Aumentar la auto-insatisfacción para motivar el cambio

6.- Modificar los esquemas mentales y pensamiento criminal a través de intervenciones de modalidad cognitiva

Es un proceso de auto-descubrimiento que no debe devaluar o inculpar sino:

- Debatir los errores de pensamiento y distorsiones cognitivas
- Desarrollar el proceso de razonamiento del pensamiento
- Interferir con el patrón de pensamiento distorsionado que favorece la victimización
- Combatir el pensamiento criminal
- Actitud de merecerlo todo¹³¹⁴

¹³ El Pensamiento criminal se caracteriza por:

- Canal de pensamiento cerrado. Postura de víctima. Falsa auto-apreciación. Esfuerzo insuficiente. Falta de interés de actuar responsablemente. Falta de perspectiva de tiempo. Miedo al miedo.
- Urgencia de poder .Sentido de ser único

¹⁴ Algunas de estas características coinciden con las distorsiones cognitivas que ya conocemos.

7.- Problemas específicos o necesidades individuales

- Identificar sus propios patrones de conducta antisociales
- Identificar situaciones y errores cognitivos que podrían re-iniciar y perpetuar la conducta delictiva
- Identificar sus factores de riesgo y cadena de eventos detonadores
- Desarrollar conductas de afrontamiento
- Compromiso de sobriedad
- Sistema de apoyo en la comunidad
- Planes realistas

Reestructuración cognitiva

- Abordar las creencias básicas y las distorsiones que promueven la conducta delictiva
- Identificar y modificar las creencias básicas que influyeron en la aparición de las distorsiones cognitivas
- Debatir las distorsiones y reemplazarlas con mensajes apropiados y responsables

8.-Adquisición de habilidades alternativas a conducta delictiva

Habilidades pro-sociales para vivir vs habilidades antisociales para sobrevivir

9.-Drogas

- Compromiso de sobriedad
- Alcohólicos Anónimos
- Tratamiento farmacológico si necesario.

10.-Prevención de recaída

- Identificar patrones de conducta antisociales
- Identificar situaciones y errores cognitivos que podrían re-iniciar y perpetuar la conducta delictiva
- Identificar factores de riesgo y cadena de eventos detonadores
- Desarrollar conductas de afrontamiento
- Compromiso de sobriedad
- Sistema de apoyo en la comunidad
- Planes realistas

Tratamientos específicos

Intervenciones con conductas psicopáticas

Nos gustaría hacer hincapié en que los tratamientos cortos no funcionan con los psicópatas¹⁵ debido a la habilidad que tienen para poder pretender el cambio que se desea de ellos y por la ausencia de internalización de los procesos mentales. Los tratamientos a largo plazo serían los más indicados, evidentemente el poder contar con el factor constancia solo es posible en régimen cerrado y cuando este tratamiento es de carácter obligatorio. Asimismo la necesidad de tratamientos individualizados, implementados en la terapia individual son más efectivos habiéndose demostrado que el fracaso de muchos programas tanto con agresores sexuales como con maltratadores o conductas delictivas de otro tipo se achaca a la ausencia de planes individualizados que tengan en cuenta las necesidades criminógenas de cada individuo.

Hasta la fecha en los contextos institucionales se ha venido tratando las conductas problema, es decir todas aquellas conductas que podrían originar un conflicto dentro de la institución intentando minimizar los roces con los demás internos. Estos, sin embargo, no es suficiente ya que este tratamiento siendo principalmente punitivo no aporta los factores necesarios para la internalización de las normas o castigos impuestos ni para la generalización de estas normas a la vida en la comunidad. Se impone pues el tratamiento dentro de la institución como premisa indispensable para motivar a estos sujetos a continuar el tratamiento en la comunidad. Tanto en la institución como en la comunidad deberían abordarse:

- los problemas psicológicos
- las carencias educativas
- desaprender las conductas delictivas
- aprender conductas adaptativas
- incorporar habilidades sociales alternativas a conductas delictivas
- mejorar la competencia psicosocial
- prevención de recaída

Además en la comunidad debemos:

- proteger los intereses de los ciudadanos
- continuar el plan de prevención de recaída
- incorporar e implementar la supervisión

¹⁵ Al hablar de tratamiento de conductas psicopáticas nos referimos siempre a las que se encuentren por debajo del punto de corte en la PCL-R., es decir conducta criminal con componente psicopático leve o moderado.

Cabe no obviar todos los problemas planteados en la introducción en cuanto a las dificultades y resistencias de estos individuos y las limitaciones impuestas por la gravedad y características de sus personalidades¹⁶.

Antes de pasar a los tratamientos posibles con estos individuos recordemos las características más llamativas que tenemos o debemos intentar cambiar.

- *A nivel afectivo*
 - Superficialidad
 - Grandiosidad
 - Tendencia a la decepción
 - Ausencia de remordimiento y empatía
 - Falta de responsabilidad emocional

- *A nivel conductual*
 - Impulsividad
 - Control conductual pobre
 - Irresponsabilidad
 - Conducta antisocial adolescente
 - Conducta antisocial adulta
 - Ausencia de metas

En todos los tratamientos conviene tener las ideas claras de que o cuales son las conductas que queremos cambiar. Para ello recomendaría el repasar el DSM-IV en caso de patología y trastornos de personalidad e intentar establecer objetivos que corrijan los síntomas. En el caso de las personalidades psicopáticas los más apropiado sería el reducir las desviaciones tanto afectivas como conductuales que exhiben. Como mencionado anteriormente solo haremos esto en los casos que hayamos decidido tratar, es decir los psicópatas tratables. Por ello lo que vamos a intentar es reducir las conductas no deseadas y desarrollar las carencias o las conductas deseadas.

Lo primero y más sencillo es atajar las desviaciones conductuales al ser más sencillo actuar a través de las consecuencias. Las desviaciones afectivas son más difíciles de tratar y para ello necesitamos haber establecido un rapport sólido y estable con el individuo o algún tipo de vínculo.

¹⁶ Al hablar de tratamiento queremos dejar claro como dicho anteriormente que no todos los sujetos con una psicopatía son tratables, por lo que recuerdo al lector que estas intervenciones van dirigidas a la población que hayamos cribado y que sea apta para ser tratada.

Objetivos terapéuticos a nivel conductual

- Desarrollar actitudes de respeto ante los sentimientos y propiedades de los demás
- Desarrollo de los valores y actitudes prosociales
- Control de la impulsividad y desarrollo de autocontrol
- Resolución de conflicto
- Modificación de las estructuras y condicionamientos que promueven las conductas antisociales
- Mejora de los factores personales para mayor integración en el medio social
- Elaborar un plan de prevención de recaída en conductas psicopáticas

Objetivos terapéuticos a nivel afectivo¹⁷

- Reconocer el dolor de la víctima para aumentar la empatía y sentido del remordimiento y aceptar la responsabilidad disminuyendo la negación o minimización de sus actos
- Mejorar la autoestima y desarrollar habilidades de relación interpersonales para disminuir la necesidad de exhibir superficialidad y grandiosidad.

Las primeras intervenciones estarán dedicadas a:

- Crear un ambiente positivo y consistente

Para ello como decíamos al principio el terapeuta tiene que tener ciertas características humanas y a pesar de la repugnancia y sentimientos encontrados que estos individuos nos pueden causar debemos vencerlos no solo para poder tratarlos sino para implementar el bienestar de la comunidad. Nuestra contratransferencia puede actuar como una desventaja y por ello antes de plantearnos ningún tipo de intervención deberíamos explorar nuestros sentimientos. Para crear un ambiente positivo lo primero en nuestro repertorio es el crear un rapport honesto desde el cual poder relacionarse abiertamente estableciendo límites firmes, justos y consistentes. No debemos interpretar los motivos encubiertos de sus conductas ni pretender que sabemos por que han actuado de tal o cual manera sino tratar de recabar la mayor información posible. Esta información nos ayudará a saber de que lugar remoto les vienen sus

¹⁷ Como mencionado anteriormente en este artículo, la adquisición de empatía es una ardua tarea. Nos conformaremos con que entiendan el daño que han ejercido aunque no lo sientan.

tendencias, es decir si se originaron en el dolor, en la ira, en la decepción, en el rechazo o el abandono. Con ello tendremos un arma y un lugar para poder reunirnos con sus más íntimos traumas y reconducirlos desde allí a un lugar más seguro donde puedan empezar a expresar emocionalmente lo que vienen expresando conductualmente.

- Incrementar la motivación y reducir las resistencias

Una vez establecido el rapport, lo cual puede tardar en suceder dependiendo de la personalidad del terapeuta y la conexión entre éste y el paciente, pasaremos a incrementar la motivación y reducir las resistencias haciéndoles comprender los aspectos detrimentales de su conducta antisocial y psicopática y como les afecta. Como dijimos anteriormente, la motivación para el tratamiento es la base del éxito de éste ¿Como estimulamos la motivación? Desde fuera puede parecer sencillo y en ocasiones se intenta ofreciendo algo a cambio. Cualquier tipo de incentivo es suficiente para aumentar la motivación para hacer o no hacer algo. No podemos caer en esta trampa con ellos. Por ejemplo para estos individuos un cambio de grado o un permiso penitenciario no debería ser contingente a su tratamiento pues estaríamos promoviendo una pseudomotivación y sabemos que estos individuos saben fingir exactamente lo que se espera de ellos. La motivación al cambio tiene que venir desde dentro y para obtener algo interno y estable que les facilite una vida normal y sin delitos. Tienen que introyectar el concepto de que su conducta no solo es detrimental para la comunidad sino para ellos mismos. Es difícil que se resistan cuando les exponemos las consecuencias que su conducta ha tenido para ellos. La mayoría dentro de su negación y minimización no encuentran ninguna razón para cambiar pero cuando repasamos con ellos sus vidas y el tiempo que han pasado fuera del penitenciario o huyendo de la justicia y si somos hábiles podemos finalmente hacerles identificar y reconocer que su conducta les ha encarcelado una y otra vez y les ha privado de una vida familiar, social y laboral normal. Una de las ventajas y beneficios de poder establecer una relación de honestidad y de contención emotiva incondicional con estos individuos es el hecho de que puedan generalizar esta relación a su vida familiar y social.

Intervenciones secundarias

- Desarrollar autocontrol
- Reducción de distorsiones cognitivas que mantienen su conducta
- Desaprender conductas psicopáticas y negociación de alternativas a conductas delictivas cambiando el pensamiento criminal antisocial por un pensamiento prosocial

- Adquisición de habilidades y formación profesional
- Reforzar factores de protección naturales como sería la pareja, familia, apoyo social y tolerancia a la frustración
- Aplicación de estrategias educativas o de ayuda social para compensar las carencias
- Abstinencia de drogas o alcohol y tratamiento si fuera necesario
- Prepararles para la condicional
- Plan de prevención de recaída enseñándoles a reconocer los detonadores y precursores de su conducta psicopática

Como se podrá observar en ningún momento hemos mencionado el promover la adquisición de empatía porque esto lo haremos llegado el momento y en un tercer nivel intervenciones. Lo que más nos preocupa es cambiar su conducta o las manifestaciones de ésta porque es lo que resulta peligroso para la comunidad. Más adelante si el individuo continua en tratamiento le ayudaremos a explorar otras áreas más profundas de su personalidad y la psicodinámica de sus acciones. Según numerosos autores (Hare, 1989) el psicópata no puede adquirir empatía porque no tiene conciencia, sin embargo en nuestra experiencia, si logramos superar las dos primeras fases de tratamiento, lo cual puede extenderse varios años, podremos abordar otro tipo de conflictos intrincados en la psicodinámica de la personalidad desviada y trabajar la empatía siempre que los rasgos psicopáticos estén dentro de un grado de leve a moderado.

Modalidades

- Terapia individual cognitivo conductual
- Terapia grupal
- Talleres grupales de adquisición de habilidades sociales y laborales y resolución de conflicto
- Grupos de abstinencia

Tanto en la comunidad como en la institución debemos practicar evaluación de riesgo de violencia haciendo hincapié en los factores dinámicos de las escalas de riesgo y análisis de sustancias periódicamente

Supervisión en la comunidad y seguimiento controlado

El tratamiento iniciado en la institución debe ser implementado en la comunidad siguiendo el mismo modelo y teniendo en mente los mismos objetivos. Nuestra esperanza es que cuando el individuo sea liberado tenga ya un

gran camino terapéutico caminado por lo que las intervenciones irán encaminado a reforzar las conductas aprendidas anteriormente, el abordaje de la empatía si lo estimáramos conveniente, el refuerzo del plan de recaída y los controles de tóxicos.

- Terapia individual cognitivo conductual
- Terapia grupal
- Contactos colaterales con familiares y amigos, lugar de empleo, vecinos, etc.
- Prohibición de tenencia de armas

Conducta criminal antisocial no psicópata

Consideramos personalidad antisocial a aquellos individuos que no son psicópatas pero que:

- tienen una historia adolescente con antecedentes agresión física, falta de respeto por los demás y por las normas (robo, vandalismo) y/o abuso de sustancias resultante en confrontación con fuerzas policiales, falta de honestidad(mentira)
- mantienen un patrón consistente de extrapunitivo (culpar a los demás) por lo que les sucede
- que rehusan el seguir las normas manteniendo la actitud de que las normas no son para ellos sino para los demás
- tienen antecedentes de conductas peligrosas reflejo de falta de consideración por ellos mismos y los demás y necesidad de excitación, de diversión y de vivir al límite
- exhiben un desinterés por la verdad reflejado por un patrón de mentiras continuadas
- exhiben un patrón de promiscuidad sexual no habiendo sido nunca monógamos en una relación por más de un año y no se responsabilizan de los hijos
- mantienen un patrón de interacción irritable, agresiva y/o disconforme con la autoridad
- no tiene remordimientos por sus conductas dañinas
- a menudo inician peleas verbales o físicas
- muestran una incapacidad para atenerse a las reglas sociales y respetar las leyes manifestado por actos antisociales por los que pudiera o no haber sido arrestado (vandalismo, robo, timos...)

- mantiene un patrón de conductas impulsivas como mudanzas frecuentes, viajes sin planear, abandono de empleo sin tener otro a la vista...)
- exhiben una inhabilidad de ajuste conductual para mantener un empleo
- no pueden funcionar consistentemente como padres responsables

Los diagnósticos posibles con que nos podemos encontrar en estos individuos además de trastorno antisocial de la conducta (301.7) y Trastorno narcisista de la personalidad (301.81) son:

- 303.90- Dependencia de alcohol
- 304.20- Dependencia de cocaína
- 304.89- Dependencia de sustancias varias
- 309.3- Síndrome de adaptación con trastorno de conducta
- 312.34- Trastorno de conducta
- 312.34- Trastorno intermitente explosivo

Objetivos de tratamiento con personalidades antisociales

Nuestros objetivos con estos individuos serán a largo plazo ya que aplicaremos el mismo baremo que con la población psicopática en cuanto a duración de los tratamientos, es decir, los tratamientos cortos no funcionan por la falta de motivación, las dificultades de entablar un rapport y desarrollar empatía. Asimismo al establecer los objetivos tanto a largo como a corto plazo debemos tener en cuenta los síntomas (en este caso conductas) que queremos modificar. Algunas conductas son obvias por lo cual éstas determinarán los objetivos a corto plazo y otras estarán más arraigadas por ser parte de la estructura de personalidad por lo que determinarán los objetivos a largo plazo.

El rapport debe ser establecido de la misma manera y con los mismos baremos que lo hacíamos con los psicópatas por lo que no queremos repetir lo ya expuesto en el apartado anterior.

Objetivos a largo plazo

Los objetivos a largo plazo irán encaminados a que los individuos:

- 1.- Se responsabilicen por sus conductas y las mantengan dentro de un límite aceptable teniendo en cuenta las normas y reglas de la sociedad.
- 2.- Desarrollen y demuestren un sentido del respeto por las normas sociales, los derechos de los demás y la necesidad de ser honestos.
- 3.- Mejoren las pautas de relación con el mundo especialmente con las figuras de autoridad; sean más realistas, menos retadores y más socialmente sensibles.

4.- Entiendan y acepten la necesidad de poner límites y barreras a sus conductas.

5.- Acepten la responsabilidad por sus propias acciones incluyendo el pedir disculpas por el daño ejercido sin culpar a los demás.

6.- Mantengan empleo consistente y demuestren responsabilidad financiera y emocional por sus hijos

Objetivos a corto plazo

El papel e intervenciones del terapeuta irán inicialmente dirigidas a los objetivos a corto plazo para finalmente alcanzar las metas a largo plazo. Como podemos intuir cada objetivo tendrá o necesitará de una intervención específica

Vamos a ir enumerando las intervenciones encaminadas a abordar cada objetivo.

1.- Explorar la historia de los patrones de conducta ilegal o poco ética y confrontar los intentos de minimización, negación y proyección de culpa

2.- Revisar las consecuencias para uno mismo y los demás de la conducta antisocial. Para ello necesitamos que el individuo admita que ha actuado ilegalmente o con poca ética o que haya engañado a las autoridades o haya defraudado los derechos o sentimientos de los demás

3.- Enseñarles que la base de toda relación es la confianza y que los demás le trataran con respeto y bondad

4.- Enseñarle que la necesidad de estar dentro de la ley anula la anarquía en la sociedad y es la base para la confianza

5.- Solicitar un compromiso para vivir prosocialmente y con un estilo de vida al lado de la ley

6.- Abordar la realidad de las consecuencias negativas si continuase con la misma conducta

7.- Revisar las relaciones que ha perdido debido a las tendencias y prácticas antisociales (deslealtad, deshonestidad, agresión, etc.)

Para ello debe hacer un listado de las relaciones que se terminaron por falta de respeto o de honestidad deslealtad o agresión y verbalizar que entiende los beneficios para él mismo y los demás de vivir dentro de las reglas de la sociedad, comprometiéndose a ello.

8.- Confrontar la falta de sensibilidad hacia las necesidades y sentimientos de los demás, ayudarle a enumerar tres acciones que demuestren bondad, personas a quien ha herido y el beneficio de pedir perdón y aceptar responsabilidad por su conducta desarrollando sensibilidad y sentimientos por los demás. Sensibilizarle con su falta de empatía revisando las consecuencias de ello.

Conviene en estos casos utilizar el cambio de roles y hacer que intente ponerse en el lugar del otro.

Para ello debe identificar y verbalizar las ocasiones en que ha sido insensible a las necesidades de los demás o ha herido física o emocionalmente a otra persona y debe enumerar los beneficios de ser sensible a las necesidades ajenas. Debe asimismo enumerar tres acciones que podría realizar con bondad y sentimiento hacia los demás y nombrar a tres personas a quien les deba una explicación o una excusa por haberles hecho daño y mencionar los pasos necesarios para remendar el daño hecho.

9.- Abordar su egolatría (primero yo..) y la actitud de ser el número uno tan típica de los antisociales

Para ello tiene que reconocer su patrón de conducta ególatra en sus relaciones y con la gente en general, su necesidad de centrarse en él mismo y comprometerse a pensar más en los demás; enumerar las desventajas de su postura y las ventajas en caso de dejar de lado su egolatría

10.- Enseñar el valor de la honestidad y fiabilidad como base para la confianza y respeto en las relaciones y en la aprobación social y el efecto positivo que ello tendría en los demás al no sentirse decepcionados o heridos por mentiras o promesas rotas

11.- Pedirle al individuo que se comprometa a ser fiable y honesto

12.- Confrontarle cuando sea rudo o falte el respeto a los demás

13.- Alentar a respetar las reglas y normas en el trabajo y ayudarle a listar las conductas necesarias para ser responsable en el trabajo

14.- Desarrollar un plan para ser un padre responsable

15.- confrontarle cuando culpe a los demás por sus conductas o no tome responsabilidad por sus acciones

16.- Explorar las razones para culpar a los demás por sus acciones

17.- Reforzar los intentos de responsabilizarse por sus conductas

18.- Explorar antecedentes de abuso infantil, abandono o rechazo y abordar el desapego emocional en las relaciones como consecuencia de sus intentos disfuncionales de protegerse del dolor

19.- Explorar los miedos asociados con confiar en los demás e identificar algunos pensamientos y sentimientos que podría compartir con alguien próximo como una manera de empezar a demostrar su confianza en los demás procesando la experiencia de hacerse vulnerable a los demás¹⁸.

¹⁸ Las distintas intervenciones estarán dirigidas a los objetivos a corto plazo, es decir a las acciones que queremos implantar, modificar o erradicar en estos sujetos. Algunos apartados en los que no se menciona lo que el sujeto debe hacer como respuesta a nuestra intervención se debe a que los objetivos son similares a las intervenciones por lo que de cada intervención se puede concluir el objetivo con el sujeto.

Conclusiones

A través de este artículo hemos querido crear una esperanza en cuanto a la rehabilitación de ciertas conductas criminales y fomentar el que se continúen o inicien nuevos planes de tratamiento en este ámbito. Recalcamos por supuesto la necesidad de que estos tratamientos sean motivadores, individualizados, a largo plazo, consistentes y mantenidos en la comunidad.

Referencias

- Andrews, D.A., and Zinger, E., (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Athens, L. (1992). *Creation of dangerous violent criminals*. UI. Press:Chicago.
- Cleckley, H.,(1941). *The mask of sanity*. St. Louis.MO: Mosby.
- Dietz, P.E. (1986). Mass serial & sensational homicides. *Bulletin of NY Academy of Medicine* 62:447-449 .
- Freud, S. (1916). Some character types met within psychoanalytic work. Standard edition, 14:4309-333. London: hogarth Press, 1957
- Hare,R.D., (1993). *Without conscience*. New York Pocket Books and Paidos: Barcelona.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal Amer. Psychoanal. Assn.*, 13:58-56
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders:Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT:Yale University Press
- Kernberg, O. (1989). The narcissistic personality disorder and the diferencial diagnosis o antisocial behavior. in J Meloy, (2001) *The Mark o Cain The psychoanalytic Insight and the psychopath*. The Analytic Press. Hillsdale:NJ
- Lions, J. R.(2001). Outpatient treatment of psychopaths. "The Mark of Cain" The Analytic Press. Hillsdale:NJ
- Lösel, F (1989). Evaluation research on correctional treatment in West Germany: A meta analysis. En H. Wegener, F. Losel y J. Haisch (Eds). *Criminal Behavior and the Justice System: Psychological Perspective* (pp 334-355). New York: Springer:Verlag
- Meloy, R., (1989). *The psychopathic mind*. Library of Congres. Aronson Inc. NJ:London
- Meloy, R.-(2001). *The Mark of Cain. The psychoanalytic Insight and the psychopath*. The Analytic Press. Hillsdale:NJ
- Quinsey V.L., et al., (1995). *Predicting sexual offenses.Assessing dangerousness and violence by sexual offenders*. Sage. Thousand Oaks:NY
- Quinsey, V.L., et al. (2003) . *Violent offenders. Appraising and managing risk*. United Book Press, Baltimore:MD.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J., and Garrido, V. (1999). The Influence of Treatment Programmes on the Recidivism of Juvenile and Adult Offenders: An European . www.ub.edu/geav/members/sredondo/ -

- Salekin, R.T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79-112
- Skodol, A., (1998). *Psychopathology and violent Crime*. American Press: Washington D.C.
- Simon, R. (1996). *Bad men do what good men dream*. American Psychiatric Press.
- Strasburger, L.H. (2001). *The treatment of antisocial syndromes*. The Analytic Press. Hillsdale: NJ
- Terol, O. (2005). Medidas de Seguridad en delitos violentos en Psiquiatría criminal y comportamientos violentos. *Cuadernos de Derecho Judicial VIII-2005*