

# **CRIMINOLOGÍA**

## **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DELINCUENCIA**

### **TEMA 4**

#### **EL TRATAMIENTO DE LOS DELINCIENTES PSICÓPATAS**

**Carmen Godoy Fernández**  
**Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.**  
**Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.**

## **EL TRATAMIENTO DE LOS DELINCUENTES PSICÓPATAS**

En colaboración con CRISTINA ESTEBAN. Universidad de Valencia

### **12.1. EL CONCEPTO DE PSICOPATÍA**

A lo largo del cuerpo científico, referido a la investigación acerca de la psicopatía, no existe un acuerdo unánime respecto a la nomenclatura y en ocasiones acerca del constructo o definición de la psicopatía. Desde hace cerca de doscientos años ha existido entre los científicos sociales y psiquiatras una continua controversia acerca de la naturaleza de la psicopatía (McCord, 1982), habiendo sido definida desde diferentes ópticas y líneas de investigación.

#### **Evolución del concepto de psicopatía**

La psicopatía ha sido siempre un concepto escurridizo para los científicos sociales. Aunque en la actualidad tiende a considerarse el término «psicopatía» como sinónimo de «Trastorno Antisocial de la Personalidad», hasta 1930 era utilizado como un rótulo genérico referido a varios tipos distintos de patología, resultante de alguna forma de defecto constitucional (Gertsley *et al.*, 1990); es decir, se le otorgaba connotaciones biológicas. Y es a partir de 1930 cuando frente a los «constitucionalistas» que intentan afirmar que la psicopatía es una condición biológica surge la postura sociológica que intenta desechar el concepto por considerarlo científicamente retrógrado (McCord, 1982).

La clasificación diagnóstica de psicopatía comenzó probablemente con el psiquiatra francés Pinel (1809), quien empleó la calificación original de «manía sin delirio» (*manie sans delire*) para designar a aquellas personas que mostraban acciones notablemente atípicas y agresivas, «aparentemente normales, pero expuestas a extraños ataques de ira, sin que éstos se acompañen de cualquier sentimiento de culpabilidad». Tras esta primera categorización del trastorno, se creó una nueva literatura sobre el psicópata.

Pritchard (1835) en Inglaterra, acuñó la frase «moral insana» (*morally insane*) para designar a aquellos cuya moral y esfera afectiva están fuertemente perturbados o depravados; cuyo poder de autocontrol está ausente o muy deteriorado y a aquellos individuos incapaces de hablar o razonar acerca de algún tema propuesto, así como de conducirse por sí mismos con decencia y propiedad en los quehaceres de la vida. Sin embargo, Pritchard atribuyó el trastorno a un ambiente «negativo».

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

Por ejemplo, Kahn (1931) describe a los psicópatas como: «una variedad

confusa de los histéricos, compulsivos, desviados sexuales y psicóticos límite» (McCord y McCord, 1964, p. 28).

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

Los profesionales de la salud mental consideran a la psicopatía como una categoría diagnóstica que no ha sido siempre constante y que a pesar de las investigaciones llevadas a cabo, no se ha conseguido clarificar cuál es la causa de la psicopatía, la naturaleza de la mente psicópata, ni las diferencias con otros seres humanos, interpretándose desde distintos puntos de vista. Mucha gente incluso percibe a la psicopatía como una calificación relegada a las personas agresivas que no nos gustan. Sin embargo, a pesar de los cambios en la nomenclatura, así como la incertidumbre referente a la causa, naturaleza, etc., el perfil clínico del psicópata no ha sufrido variaciones en los últimos años.

## **Definición y características del psicópata**

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

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

Cleckley (1941, 1976), el autor que ha proporcionado las más detalladas descripciones clínicas de la psicopatía y de sus diversas manifestaciones, enumera una serie de rasgos que considera como más significativos del trastorno, y que son similares a los enumerados por Gray y Hutchinson (1964). Estos son:

1. Encanto externo y notable inteligencia.

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

Aunque otros autores (Karpman, 1941; Arieti, 1967; McCord y McCord, 1964; Craft, 1966; Foulds, 1965; Buss, 1966; etc.) han ofrecido en ocasiones muy similares definiciones de psicopatía, consideramos la definición de Cleckley como la más significativa por su mayor comprensividad y aceptación.

Sin embargo, a lo largo de los años, se ha ido sacrificando el concepto de «psicopatía» por otro concepto de naturaleza más sociológica, el «Trastorno Antisocial de la Personalidad» (TAP) (DSM-III; APA, 1980), considerándose que la actual categorización del DSM-III del Trastorno Antisocial de la Personalidad, ha sustituido a los anteriores constructos de psicopatología descritos por Cleckley (1976) y otros autores (por ejemplo: McCord y McCord, 1964; Jordan *et al.*, 1989). En la actualidad, superados un sinnúmero de sustantivos obsoletos (manía, locura sin delirio, locura de degenerados, moral insana, etc.), se acepta la denominación de «Personalidad Antisocial» o de «Trastorno Antisocial de la Personalidad», en términos de clasificación psiquiátrica, relegándose el término «psicopatía» a la investigación. Ahora bien, existen autores que consideran que a pesar del frecuente uso, como sinónimos o equivalentes, de los términos Psicopatía y Trastorno Antisocial de la Personalidad, se trata de dos conceptos diferentes. Al parecer, el concepto responsable de tal confusión sería el de conducta antisocial, dado que es el punto de intersección entre ambos trastornos. Es decir, si consideramos la conducta antisocial en sí misma, nos encontraríamos con que en ocasiones el factor responsable de su manifestación es la personalidad psicopática; en otras ocasiones sería el Trastorno Antisocial de la Personalidad, quedando un área en la que se incluirían diversas causas como el alcoholismo, la drogadicción, etc. Este último factor es también, en muchas ocasiones, motivo de confusión a la hora de diagnosticar tanto una personalidad psicopática como un Trastorno Antisocial de la Personalidad. Sin embargo, es de vital importancia clarificar la confusión diagnóstica entre un diagnóstico de alcoholismo o

drogadicción, por sus implicaciones en el tratamiento. Es decir, *cuando «n trastorno por adicción coexiste con un trastorno de personalidad es de gran importancia establecer cuál de las dos condiciones es el diagnóstico primario.*

La Conducta Antisocial englobaría desde los rasgos de personalidad psicopáticos hasta los criterios (más conductuales) de un Trastorno Antisocial de la Personalidad del DSM-III - DSM-III-R (APA, 1980 y 1987). La psicopatía, a decir de los clínicos actuales, es un síndrome con raíces biológicas que se manifiesta en patrones de conducta definidos de modo amplio y en rasgos de personalidad denotadores de «asocialidad», a diferencia del resto de los delincuentes, quienes al menos poseen una subcultura (delictiva) con la que se pueden identificar.

Por otra parte, la categorización del DSM-III suministra una definición de conductas antisociales específicas del Trastorno Antisocial de la Personalidad, con el resultado de que el trastorno llega a ser casi coincidente con la delincuencia (Jordan *et al.*, 1989). Sin embargo, como advirtió Karpman (1941), la presencia de la conducta antisocial no debería ser en sí misma suficiente para un diagnóstico de psicopatía, ya que estas conductas pueden estar presentes en otros tipos de trastornos.

Tras este intento de aclarar la confusión existente respecto a los conceptos de Psicopatía y Trastorno Antisocial de la Personalidad, concluiríamos, por tanto, que una persona diagnosticada de un Trastorno Antisocial de la Personalidad puede cumplir o no los criterios de Psicopatía y que puede haber psicópatas que no cumplan los criterios del DSM-III de Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Nosotros utilizaremos como término más general el de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), pero también como sinónimo de psicopatía, por afinidad al uso más común y por considerar que la mayor parte de estudios referentes a la psicopatía, con sus connotaciones subyacentes de rasgos de personalidad, hacen referencia a muestras de individuos que manifiestan conductas antisociales y que, por tanto, se podrían enmarcar dentro del concepto de Trastorno Antisocial de la Personalidad, como muchos estudios han demostrado. Tal vez lo que estamos haciendo es considerar a aquellos individuos que se solapan dentro de ambos trastornos, por lo que el punto de intersección sería la manifestación de las conductas antisociales.

## **12.2. EL DIAGNOSTICO DE PSICOPATIA**

Una de las dificultades en la trayectoria de la investigación acerca de la «personalidad antisocial» ha sido la ausencia de criterios diagnósticos claramente definidos, por lo que los distintos autores a lo largo de la investigación se han centrado en diferentes aspectos de este síndrome, en lugar de considerarlo como un síndrome unitario.

Otra de las dificultades se centraría en las aparentes diferencias entre los distintos criterios diagnósticos que han ido emergiendo a partir de la citada ausencia de los mismos. Por último habría que señalar el problema derivado de la conceptualización de la personalidad antisocial *versus* la psicopatía, ya tratado en el apartado anterior.

Así, como punto de partida para el tratamiento de las cuestiones relativas a

las cuestiones diagnósticas respecto a la psicopatía señalamos la problemática siguiente:

- a) Conceptualización del Trastorno Antisocial de la Personalidad *versus* la psicopatía.
- b) Ausencia hasta hace poco de criterios de diagnóstico claramente definidos.
- c) Diferencias entre los distintos criterios existentes.

Como indicábamos en el apartado anterior, existen en la actualidad dos nomenclaturas equivalentes (en cuanto a su uso indiscriminado para referirse posiblemente a un trastorno común) y distintas (por sus connotaciones rasgos de personalidad *versus* factores de conducta). Nos referimos a la descripción de Cleckley de psicopatía, que se operacionaliza en el criterio diagnóstico de Hare (*Psychopathic Checklist PCL*, Hare, 1980, 1985b) y que surge de esas tendencias más constitucionales o biológicas de las que hablábamos, y al concepto de Trastorno Antisocial de la Personalidad que se plasma en el DSM-III o equivalentes (por ejemplo el *Research Diagnostic Criteria: RDC*).

Hablamos de dos criterios similares y equivalentes por las razones ya aducidas que pasamos a clarificar a continuación, viendo sus puntos de solapación y diferencias, para más tarde abogar por el uso conjunto de ambos criterios para el diagnóstico de la Psicopatía.

## **El Criterio DSM-III**

El primer criterio al que muchos clínicos acuden a la hora de evaluar una Psicopatía es el *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, volumen III (DSM-III)* (American Psychiatric Association, 1980), bajo la categoría de Trastorno Antisocial de la Personalidad. Este criterio es considerado por muchos autores como la definición más moderna de la psicopatía, aunque existen diferencias o tendencias que para muchos autores sugieren conceptos distintos. Sin embargo, antes de buscar las diferencias existentes, pasaremos a describir este criterio.

El DSM-III, dedica un eje (eII) a los Trastornos de Personalidad, entre los que se encuentra el Trastorno Antisocial (301.70). Según el DSM-III los criterios diagnósticos que se describen para el Trastorno antisocial de la Personalidad son:

- a) La persona debe tener al menos dieciocho años.
- b) Debe haber mostrado una historia antisocial antes de los quince años. El propio manual describe qué conductas constituirían una historia antisocial antes de dicha edad.

Los criterios antes de los quince años hacen referencia a: 1) la vagancia, 2) expulsiones de la escuela, 3) arrestos, 4) fugas del hogar, 5) mentira persistente, 6) relaciones sexuales reiteradas y circunstanciales 7) ingestión de alcohol y abuso de sustancias, 8) robos, 9) vandalismo, 10) rendimiento escolar mediocre, 11) violación de normas y 12) peleas.

De estos criterios hay que cumplir un mínimo de tres.

c) Después de los dieciocho años, y al menos cinco años antes del momento del diagnóstico, el individuo debe haber mostrado una propensión significativa a las actividades antisociales.

El manual enumera para después de los dieciocho años nueve criterios de los que hay que cumplir un mínimo de cuatro, basados en datos de un estudio sociológico (Robins, 1966).

1. Inconsistencia en la conducta laboral.
2. Falta de responsabilidad como padre.
3. Conducta ilegal.
4. Escasa habilidad para mantener relaciones interpersonales duraderas.
5. Irritabilidad y agresividad.
6. Falta de honradez en las obligaciones financieras.
7. Impulsividad o fracaso a la hora de planear el futuro.
8. Mentiras, o uso de cómplices.
9. Temeridad (atolondramiento).

Un estudio detallado del contenido de estos criterios, indica que más que a rasgos de personalidad se hace referencia a un listado de conductas de naturaleza no sólo antisocial, sino delictiva y penal (Aluja, 1991). Esto enlazaría con un error que se da de forma común al equiparar el trastorno con la delincuencia (o la criminalidad). Craft (1966), advierte al respecto: «al igual que no todos los psicópatas son delincuentes, todos los delincuentes no son psicópatas»; sin embargo, hay un solapamiento entre psicópatas y delincuentes aunque no son sinónimos y ninguno de los dos términos es inclusivo del otro (Doren, 1988).

Existen otros criterios diagnósticos, como el de Guze (1976), el Washington University Research Diagnoses (Feigner *et al.*, 1972) o el Research Diagnostic Criteria (RDC) (Spitzer, Endicott y Robins, 1978), que al igual que el DSM-III inciden fuertemente en indicadores de conducta al realizar el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Los criterios del RDC, considerados predecesores del DSM-III (Hasin *et al.*, 1987), son idénticos a los del DSM-III, excepto en que requieren evidencia puntual de que la conducta antisocial adulta existe de forma independiente del consumo de drogas, y también de que haya una capacidad marcadamente deteriorada para mantener relaciones duraderas, íntimas, cálidas y responsables con la familia, los amigos o la pareja sexual, por lo que se trata de un criterio más restrictivo. De ahí que todos los pacientes que se hallan dentro del criterio RDC para el Trastorno antisocial de la Personalidad se hallan también dentro del criterio del DSM-III (Woody *et al.* 1985).

Antes de proceder a comentar las críticas suscitadas por este criterio, cabría señalar que existen diferentes instrumentos desarrollados para derivar un diagnóstico de acuerdo con el criterio DSM-III, como el *Diagnostic Interview Schedule* del National Institute of Mental Health (NIMH-DIS: Robins, Helzer, Grouhan y Ratcliff, 1981) o el *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia* (SADS: Endicott y Spitzer, 1978). Se trata en ambos casos de entrevistas susceptibles de elicitar información acerca de los síntomas psiquiátricos

actuales o a lo largo de la vida.

### *Críticas al DSM-III*

Pese a ser uno de los criterios más utilizados por la comunidad científica, y quizás por el mismo motivo, el DSM-III no está exento de críticas. Recogemos a continuación algunas de las críticas argumentadas por diferentes autores referentes a este criterio y que resumimos en:

- *Abandono del constructo de personalidad psicopática.*
- *Énfasis excesivo en la conducta antisocial y la delincuencia.*
- *Escaso valor discriminante.*
- *Ausencia de ítems críticos.*
- *Sacrificio de la validez en aras de la fiabilidad.*
- *Excesiva amplitud.*

Una de las críticas argumentada por los autores hace referencia a que por motivos de fiabilidad *el DSM-III ha abandonado el constructo de personalidad psicopática*, bien conocido por los clínicos (Widiger y Frances, 1985b).

Así, varios autores han criticado el diagnóstico del DSM-III por su *énfasis en la conducta antisocial y la delincuencia* con la exclusión de importantes rasgos de personalidad (Hare, 1985a, Millon, 1981). Muchos clínicos e investigadores consideran ciertos rasgos de personalidad tales como el egocentrismo patológico, el pobre juicio, la superficialidad del afecto, etc., como parte integral del diagnóstico (Cleckley, 1976; Craft, 1966; Hare, 1985b; McCord y McCord, 1964). Debido a que el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad del DSM-III incide más profundamente en los indicadores de conducta, *puede fracasar en diferenciar los delincuentes criminales que manifiestan tanto los rasgos intrínsecos de personalidad como la conducta antisocial de aquellos que manifiestan únicamente conductas antisociales.*

Dentro de la misma línea crítica, relativa a que el criterio de Trastorno Antisocial de la Personalidad del DSM-III se centra en patrones de conducta más que subrayar la dinámica de la personalidad, Gerstley *et al* (1990) señalan que presumiblemente la consideración del DSM-III era que los rasgos de personalidad podrían estar indirectamente reflejados en la conducta antisocial.

Estos mismos autores señalan que en el sistema del DSM-III varias combinaciones de conductas permiten al individuo encontrar el criterio diagnóstico, *sin que exista ningún ítem crítico*. Por tanto, aunque el DSM-III-R incluye algunos ítems que intentan medir los rasgos de personalidad, como la capacidad de mantener relaciones totalmente monógamas o la capacidad de establecer relaciones interpersonales significativas, tales ítems no se consideran rasgos esenciales para el diagnóstico: ya que el criterio no diferencia los pesos de los ítems que directamente evalúan el dinamismo de la personalidad, es posible que tanto los individuos psicópatas idiopáticos (de los que hablaremos más adelante) como los sintomáticos estén reunidos dentro del diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad del DSM-III.

Recopilando las cuestiones diagnósticas respecto al Trastorno Antisocial de



la Personalidad, veíamos como se sacrificaban los conceptos iniciales de psicopatía, con matices más centrados en un constructo de personalidad en aras de una mayor fiabilidad y estandarización, llegándose al concepto actual de Trastorno Antisocial de la Personalidad del DSM-III. Sin embargo, algunos autores como Vaillant (1984)) han argumentado que al adoptar este acercamiento, *la validez puede ser sacrificada en favor de la fiabilidad*

Al parecer, muchos clínicos se oponen a concluir la presencia de una psicopatía basándose únicamente en el hecho de que el sujeto se halle dentro de los criterios del DSM-III de Trastorno Antisocial de la Personalidad. El motivo es que *este criterio es demasiado amplio si lo comparamos con los descriptores de psicopatía.*

Por ejemplo, Hare (1981) encontró que el 77 por 100 de presos pertenecientes a diferentes instituciones penales canadienses se hallaban dentro del criterio de Trastorno Antisocial de Personalidad, mientras que tan sólo el 30 por 100 de presos parecían ser psicópatas de acuerdo con un criterio basado en la descripción de Cleckley (Doren, 1988).

### **El criterio de Cleckley: El *Psychopathic Checklist***

Como se puede desprender de las críticas realizadas al DSM-III, algunas de las cuales hemos recogido en este capítulo, surge la necesidad de retomar el constructo de personalidad psicopática abandonado en su momento, al menos a nuestro entender y al de otros muchos autores.

Por ello una alternativa al diagnóstico de «Trastorno Antisocial de la Personalidad» es el constructo de psicopatía ilustrado en el trabajo de Cleckley (1976) y operacionalizado por medio del *Psychopathic Checklist*<sup>1</sup> (PCL; Hare 1980, 1985b).

La evaluación de la psicopatía del PCL incide tanto en la conducta como en los rasgos de personalidad con el fin de diagnosticar el trastorno (Smith y Newman, 1990). Las características más generales de este criterio las describimos a continuación en palabras del mismo Hare (Hare, 1985b)

Se trata de una escala de 20 ítems para utilizar con poblaciones criminales. Se trata, a su vez, de una revisión de la escala anterior de 22 ítems, que se creó para sustituir las valoraciones clínicas globales que se utilizaban para la investigación de la psicopatía.

Con los valores globales se ordenaban los ítems a lo largo de una escala de 7 puntos de acuerdo con el grado en el que su conducta y personalidad era consistente con la concepción de psicopatía tipificada por Cleckley.

Aunque este procedimiento de valoración era fiable y válido, los evaluadores tenían que integrar gran cantidad de información en una única puntuación. En 1978 se comenzó un proyecto para determinar si se podía hacer el procedimiento más explícito. Se listaron las características, conductas, indicaciones y contraindicaciones de la psicopatía que se consideraban que se utilizaban al realizar una evaluación global. Se llevaron a cabo una serie de análisis para determinar cuáles de estos ítems discriminaban mejor entre presos con valores altos y bajos de psicopatía. El resultado fue una lista de 22 ítems con una alta consistencia interna y fiabilidad interjueces (Hare, 1980). La evidencia ha confirmado la fiabilidad de la escala y se ha demostrado que

es una medida útil y válida de la psicopatía en poblaciones de varones presos.

Recientemente se han realizado varios cambios en el *checklist* con el fin de hacer más fácil su utilización. Estos cambios incluyen la desaparición de dos ítems, uno debido a su dificultad para puntuar (Item 22, «Abuso de drogas y alcohol sin causa directa de la conducta antisocial»), y el otro debido a que proporciona una información relativamente poco útil (Item 2, «Diagnóstico previo de psicopatía»). El ítem 16 («Conducta irresponsable como padre») ha sido cambiado por «Irresponsabilidad general». Otros títulos han sido ligeramente cambiados sin alterar la naturaleza de la característica o conducta a la que el ítem se refiere. Los ítems y el procedimiento de puntuación son descritos con más detalle que lo eran, y algunas dificultades y aparentes inconsistencias en el criterio de puntuación han sido eliminadas.

Las indicaciones preliminares eran que el *Psychopathy Checklist* y la escala original de 22 ítems eran sustancialmente idénticas y que las dos versiones clasifican a los internos de la misma forma. Las escalas son equivalentes, lo que facilita las comparaciones entre estudios que han utilizado la nueva *Psychopathy Checklist* y los que han utilizado la escala de 22 ítems. Cuando se utiliza la escala de 22 ítems, se consideran los individuos con una puntuación de al menos 33 ó 34 como psicópatas. Esto se traslada a una puntuación de 30 o más en la escala revisada.

La información utilizada para completar el *Psychopathy Checklist* (o escala de psicopatía) se obtiene de una entrevista semiestructurada y de los archivos institucionales. Cuando se evalúa la información obtenida de la entrevista, se intenta determinar si el comportamiento general del preso es característico (la información de los archivos puede ayudar) o si existen razones especiales para su comportamiento durante la entrevista (problemas familiares, influencia de drogas o medicación...). El *checklist* no debe ser completado sin acceder a la información detallada de los archivos; son especialmente útiles los historiales criminales, las evaluaciones realizadas por los trabajadores sociales y funcionarios, la familia y la comunidad, los informes de la conducta institucional, los informes de la policía y los casos-historias del personal de clasificación, educadores, psicólogos y psiquiatras.

Se recomienda que dos investigadores completen el *Psychopathy Checklist* de forma independiente para cada individuo. Puede que no sea posible realizar dos entrevistas distintas, en cuyo caso uno de los investigadores puede situarse como observador. El entrevistador y el observador deberán luego completar la escala de forma independiente, utilizando cada uno sus impresiones y anotaciones junto a la información de los archivos. La correlación de las dos series de puntuaciones del *checklist* deberán ser calculadas e indicadas (como una fiabilidad interjueces). Las dos puntuaciones para cada individuo pueden ser promediadas para su utilización subsiguiente.

Es importante advertir que la escala fue elaborada con muestras que no contenían internos psicóticos, retrasados mentalmente o con deterioro cerebral claro, y que de forma rutinaria se excluían tales individuos del programa de investigación. Aunque no hay razón para que la escala no pueda utilizarse para investigar diferencias y semejanzas entre psicópatas y otros grupos forenses y psiquiátricos, es esencial que el juicio clínico se ejercite cuando las puntuaciones se asignen a algunos ítems, particularmente los que no hacen

referencia directa a las conductas criminales y antisociales. Por ejemplo, puede no ser apropiado asignar una puntuación de 2 cuando la conducta o característica en cuestión es obviamente el resultado de una condición particular como medicación, alucinaciones, delusiones, etc.

Generalmente se complementan las puntuaciones del *checklist* con dos series independientes de diagnósticos del DSM-III, realizados en base a los datos de la entrevista y del historial del caso. Estos diagnósticos pueden ser útiles especialmente en la delineación de grupos más heterogéneos de individuos con puntuaciones del *checklist* demasiado bajas para la clasificación como psicópatas.

El PCL ha demostrado poseer muy buena fiabilidad y validez, (ej.: Hare, 1980, 1986; Hart, Kropp y Hare, 1988; Kosson, Smith y Newman, 1990; Schroeder y Hare, 1983), y a diferencia del diagnóstico del «Trastorno Antisocial de la Personalidad» del DSM-III, los valores obtenidos con el PCL pueden ser utilizados dimensional o categorialmente (es decir, en este último caso puede producirse la asignación de los sujetos a grupos de baja, moderada o alta psicopatía) (Smith y Newman, 1990).

Recientemente, Hare y sus colaboradores (Harpur, Hakstian y Hare, 1988; Harpur, Hare y Hakstian, 1989) han identificado dos factores en el PCL que corresponden el primero a la personalidad intrínseca peculiar de la psicopatía (factor 1), y el segundo a los rasgos conductuales característicos de un estilo de vida crónicamente inestable (factor 2). Harpur et al. (1988) describieron el factor 1 como una representación de los rasgos de personalidad centrales en la psicopatía, mientras que el factor 2 incidiría principalmente en la desviación social general y se corresponde íntimamente con el criterio diagnóstico del Trastorno Antisocial de la Personalidad del DSM-III (ver Tabla 1).

Estos dos factores pueden ser utilizados correlacionalmente para investigar la naturaleza de la asociación putativa entre los componentes de la psicopatía (personalidad intrínseca vs. desviación social) y otras variables tales como procesos cognitivos, perceptuales e interpersonales (ver Harpur et al. 1989). De esta forma la investigación de la evaluación de la psicopatía por medio del PCL ofrece numerosas ventajas teóricas y metodológicas sobre el Trastorno Antisocial de la Personalidad del DSM-III (Smith y Newman, 1990).

Sin embargo, y pese a nuestro acuerdo con lo anteriormente dicho, abogamos por la utilización conjunta de ambos criterios, con el fin de poder comparar los datos de distintas investigaciones y con el fin de crear grupos lo máximamente homogéneos a la hora de elaborar y aplicar distintos tipos de tests o tratamientos.

Tabla 1  
ITEMS INCLUIDOS EN EL *PSYCHOPATHIC CHECKLIST*, SEPARADOS POR FACTORES

<b>FACTOR 1</b>	<b>FACTOR 2</b>
Locuacidad/Encanto superficial	Necesidad de Estimulación/Tendencia al aburrimiento
Sensación grandiosa de la autovalía	Estilo de vida parásito
Mentiras patológicas	Escaso control conductual

Dirección/Manipulación	Problemas de conducta precoces
Ausencia de remordimiento y culpabilidad	Falta de metas realistas a largo plazo
Escasa profundidad de los afectos	Impulsividad
Insensibilidad /Falta de empatía	Irresponsabilidad
Incapacidad de aceptar la responsabilidad de las propias acciones	Delincuencia juvenil
	Revocación de la libertad condicional

Debiera añadirse que al desarrollo de un perfil psicopático contribuyen tres frentes de cuya interacción surge el diagnóstico más adecuado, así como una mayor comprensión de la psicopatía.

Estos son:

- La investigación fisiológica: referente a la medida fisiológica (actividad electrodermal, detector de mentiras, etc.) de ciertas características inherentes a los psicópatas (ausencia de miedos y ansiedad, más impulsividad, etc.). También se incluyen los factores genéticos.

- La investigación socio-psicológica: referente a la utilización de tests proyectivos, cuestionarios, entrevistas, etc., que nos permiten diferenciar al psicópata de otros trastornos psiquiátricos y de los delincuentes.

- El juicio clínico de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, jueces, policía, etc., que ayuda al conocimiento de los síntomas y conductas actuales del sujeto psicópata (falta de empatía, ausencia de ansiedad, agresividad, etc.).

Los criterios comentados aquí se encuadrarían en el segundo y tercer grupo; sin embargo, la interacción de los tres frentes puede ser útil a la hora de elaborar un diagnóstico fiable de la psicopatía.

### **Diagnóstico diferencial de la psicopatía**

Una persona con un determinado diagnóstico psiquiátrico es más proclive a ser diagnosticada de un segundo diagnóstico psiquiátrico que una persona sin ningún diagnóstico (Boyd *et al.*, 1984). Sin embargo, la cantidad de diagnósticos concurrentes varía generalmente.

En primer lugar, es importante conocer qué otros diagnósticos coexisten con la psicopatía para la adecuación del tratamiento. Por ejemplo, un diagnóstico que con frecuencia coexiste con la psicopatía es la adicción al alcohol u otras drogas. En ocasiones el consumo excesivo puede llevar al sujeto a involucrarse en cierto tipo de conductas antisociales que podrían conducir a un diagnóstico erróneo de psicopatía, cuando en realidad el trastorno primario es la adicción. Por el contrario, puede ocurrir que el trastorno primario sea la psicopatía y que sea este trastorno el que de forma inherente sea la causa de una adicción secundaria.

Por ello no sólo es importante detectar qué trastornos son susceptibles de estar coexistiendo en un mismo individuo, sino cuál es el trastorno primario y

cuál es el secundario, lo que nos llevaría a los subtipos diagnósticos de la psicopatía, que a continuación comentaremos.

Por otra parte, además de conocer qué trastornos coexisten con la psicopatía y qué trastorno es primario o secundario, es importante reconocer la confusión que puede haber entre trastornos por sus manifestaciones comunes, pudiendo ocurrir que otro trastorno enmascare una psicopatía o bien que una psicopatía aparente enmascare otro trastorno.

Entre el primer grupo, una triada de diagnósticos que concurren de forma frecuente es la de alcoholismo, abuso de drogas y psicopatía. Por ejemplo, existen hallazgos como el de Lewis *et al.* (1991) por citar uno, de que aproximadamente las dos terceras partes de los diagnosticados de un Trastorno Antisocial de la Personalidad son también diagnosticados de alcoholismo, y aproximadamente uno de cada tres tiene un diagnóstico de drogodependencia.

A esta triada podríamos unir la delincuencia, que ya hemos comentado en este capítulo, y otros factores como raza, clase social, cultura, edad, etc., que pueden llevar a la confusión a la hora de realizar un diagnóstico.

Por otra parte, en el segundo grupo podríamos incluir trastornos como la psicosis, la paranoia, la neurosis, el deterioro cerebral, la personalidad borderline y el narcisismo cuya delimitación es necesaria para la detección fiable de la psicopatía.

## **Psicópatas y psicóticos**

A menudo los psicópatas han sido confundidos con los psicóticos. Hoch (1972) observó que algunos esquizofrénicos que manifestaban conductas antisociales habían sido diagnosticados de psicópatas. Algunos «psicópatas sexuales» -que manifestaban delusiones, depresión y elevada ansiedad- también han sido clasificados de forma errónea (Glüeck, 1954). Sin embargo, la distinción debería ser clara. Los psicóticos por lo general sufren alucinaciones y delusiones; los psicópatas no. Los psicóticos pueden ser autistas y ajenos a la realidad; los psicópatas son racionales -dentro de los confines de su propio placer y dolor. Los psicóticos sufren de un alto grado de ansiedad y sentimiento de culpabilidad; los psicópatas no.

En la infancia y la adolescencia, el pre-psicótico puede ser ensimismado, con sentimientos de culpa e introvertido. Puede sentirse inferior, retraído y «acomplejado» -mucho antes de comenzar las delusiones o alucinaciones (McCord, Porta y McCord, 1962). Lo que contrasta rotundamente con el patrón del psicópata, carente de sentimiento de culpabilidad y exhibiendo una clara conducta asocial (McCord, 1982).

## **Los psicópatas y la paranoia**

Un tipo de psicosis que también puede ser erróneamente confundida con la psicopatía es la paranoia, hasta el punto de que sin tests psicológicos exhaustivos, en ocasiones puede ser extremadamente difícil distinguir entre paranoicos que sufren delusiones de persecución y de grandeza y los psicópatas. El caso de Charles Starkweather, un asesino de 11 personas,

ilustra el problema (Reinhardt, 1960). Starkweather llevó a cabo su orgía de asesinatos en 1957 junto a Caril Fugate, un amor igualmente psicópata. Mientras Caril le observaba, Starkweather asesinó a tres miembros de su familia. Cuando finalmente fueron capturados, ninguno de los dos demostró el mínimo sentimiento de culpabilidad. De hecho, declararon que ambos habían tenido «gozosos» encuentros sexuales en la casa en la que se encontraban los cadáveres de la familia de Caril.

El psicólogo James Reinhardt entrevistó a Starkweather en su celda de la prisión y no halló evidencia de ningún signo de culpabilidad en él. «Nunca observé el mínimo signo de remordimiento [p. 16]», comentó Reinhardt. Cuando se le preguntó acerca del asesinato de una niña, Starkweather respondió: «¿Qué podíamos hacer con la niña? ¿No pensará que íbamos a llevarla con nosotros? (p. 16)»

Starkweather había estado durante mucho tiempo atormentado por el deseo de matar y por el sentimiento (o idea) de que todo el mundo le odiaba. Sus últimas acciones antes de la sentencia de muerte ilustra su deseo a largo plazo: «Si hubiese asesinado a tantas personas como veces he disparado contra mí mismo, hubiese asesinado a un millar [p. 99]». Su relación con Caril alentó sus emociones: «Estuvo conmigo porque vino a mí con facilidad», dijo, «y parecía que ella era el tipo de persona que había estado esperando durante mucho tiempo [p. 69]».

Caril Fugate, en libertad condicional tras pasar algunos años en prisión, había alentado sus tendencias psicopáticas. Después de una vida de soledad, Starkweather creyó haber encontrado un «amor verdadero». Ella le sirvió con toda seguridad como estímulo erótico; sin embargo, cuando fueron capturados ella le abandonó rápidamente.

Reinhardt pensó que Starkweather era meramente un paranoico. Sufría delusiones y alucinaciones. Creía que «La muerte» le visitaba en su celda y era capaz de dibujar una imagen de la muerte para el psicólogo. También creía que Jesús iba a verle. En cierto sentido, por tanto, Starkweather podía ser considerado como un esquizofrénico paranoico.

Sin embargo, los psiquiatras que participaban en su juicio manifestaron un sorprendente grado de unanimidad a la hora de calificarlo como psicópata. Los psiquiatras de la acusación declararon que padecía un «trastorno de personalidad» y que no estaba ni legal ni mentalmente sano. Los psiquiatras de la defensa estuvieron de acuerdo. Uno de ellos añadió que «El lanzar balas a una persona humana no era para Starkweather diferente a lanzar balas a un conejo [Reinhardt, 1960, p.11]. Starkweather fue al encuentro con su muerte, aunque los expertos que atestiguaron en ambos lados (defensa y acusación) estuvieron de acuerdo en que era incapaz de llevar a cabo sus actos con premeditación.

## **El psicópata y la neurosis**

La distinción entre psicópata y neurótico, a diferencia del psicótico, parece bastante clara (McCord, 1982). El individuo neurótico sufre una ansiedad intensa; el psicópata no. El neurótico a menudo tiene sentimientos de culpabilidad, escasa tensión y es inhibido; el psicópata no. El neurótico por lo

general reprime o contiene su hostilidad hacia los demás; el psicópata no, a no ser que suponga un beneficio inmediato para él.

Los investigadores afirman incluso que la psicopatía y la neurosis podrían ser el polo opuesto en un continuo de los trastornos mentales, que neuróticos y psicópatas son tipos totalmente distintos de personas (Mason, 1944), que los rasgos neuróticos aparecen más a menudo en no delincuentes que en delincuentes del mismo grupo social (Sheldon y Glüeck, 1950) y que los neuróticos alcohólicos sufren de un conflicto de dependencia, sienten a menudo sentimientos de culpabilidad y buscan el cariño que cualquier persona les pueda ofrecer -características que son la antítesis del psicópata (McCord, McCord y Gudeman, 1960).

El «delincuente neurótico» (*acting-out neurotic*), clasificado erróneamente como psicópata, puede caer en la conducta criminal; sin embargo, difiere radicalmente del psicópata criminal. Los neuróticos delincuentes sufren una ansiedad intensa y una compulsión que les induce a cometer una acción en particular -abuso infantil, falsificación, ratería, incendios, etc. Tienden a tener una obsesión específica y buscan el alivio de su ansiedad mediante la repetición de la misma acción. Tal persona, diferiría bastante del psicópata.

El «delincuente neurótico» es únicamente similar al psicópata en el sentido de que ambos cometen delitos o crímenes. Sin embargo, sus motivos y su estructura de carácter difieren totalmente. El delincuente neurótico, como hemos indicado, tiene sentimientos de culpabilidad, ansiedad y compulsión. Y además puede acudir a la consulta del especialista con la esperanza de modificar su conducta.

Para clarificar más la distinción neurótico/psicópata nos vemos en la necesidad de introducirnos en los subtipos diagnósticos referentes a la psicopatía, avalada por diferentes autores. Entre otros subtipos nos encontraríamos con los «Psicópatas Primarios» frente a los «Psicópatas Secundarios», distinción utilizada por diversos autores (Mandell, 1981; Woody et al. 1985).

- Psicópatas Secundarios o Sintomáticos: serían individuos capaces de mostrar culpa y remordimiento y de establecer relaciones afectivas; su conducta estaría motivada por problemas de índole neurótica (u otro trastorno). Es decir, su problema primario sería la neurosis, y su problema secundario la conducta antisocial, siendo a su vez susceptibles de experimentar signos de culpabilidad, remordimiento, lazos interpersonales, depresión, ansiedad, etc., que podría decirse son «incompatibles» con la psicopatía como tal.

- Psicópatas idiopáticos, puros o primarios: serían individuos cuya conducta se consideraría una conducta antisocial en sí misma, manifestación de su propio «trastorno» y estructura de carácter antisocial.

## **La psicopatía y el deterioro cerebral**

Las víctimas de un deterioro cerebral serio pueden de forma superficial asemejarse al psicópata en su impulsividad, agresividad e irritabilidad. Sin embargo, aunque la psicopatía puede responder a un deterioro cerebral

subyacente, el psicópata diferiría de aquella persona que a causa de un accidente o una enfermedad padece de un deterioro cerebral. La persona que ha padecido problemas neurológicos crónicos, o que a causa de un accidente, enfermedad o lobotomía ha sufrido un deterioro cerebral, en ocasiones puede actuar de una forma similar al psicópata. Las baterías de tests neurológicos pueden ayudarnos a distinguir tales personas de los psicópatas (Smith, 1978, p.32).

En ocasiones, las condiciones subyacentes de deterioro cerebral pueden ser omitidas debido a que la conducta antisocial parece dominar el cuadro clínico. Una de estas condiciones es la del Síndrome de Personalidad Orgánico (Organic Personality Syndrome), tal y como denomina el DSM-III. Los sujetos con tal problema pueden mostrar «labilidad emocional» y «deterioro en su control de los impulsos», sin ningún otro signo de «pérdida de consciencia» «delusiones» o «alucinaciones» (American Psychiatric Association, 1980, p. 120). Esto puede ser similar a la psicopatía.

Este tipo de trastornos se podría contrastar con la psicopatía realizando una investigación de cualquier información de la historia de trauma cerebral del paciente, observando la interacción con el paciente y su reacción ante el tratamiento (por lo general responden mejor al tratamiento farmacológico que los psicópatas).

Otra situación similar puede tener lugar con una condición psicológica (versus orgánica) como es el Estrés Post-traumático (Post-traumatic Stress Disorder), cuya similitud con la psicopatía radicaría en la «constricción afectiva», acciones violentas hacia los demás sin ningún tipo de remordimiento, un merecimiento de desconfianza significativo, pobre juicio e incapacidad de aprender de la experiencia y un egocentrismo aparentemente patológico.

Con el fin de realizar un diagnóstico adecuado, deberá investigarse la existencia de un evento traumático y contrastarlo con la aparición de las conductas antisociales (antes o después del trauma), para descartar uno de los dos diagnósticos o asegurarse de que ambos se combinan. También, como en el caso anterior, se debe tener en cuenta la interacción con el paciente.

## **La psicopatía y la delincuencia**

Muchos clínicos confunden a los psicópatas con los criminales socializados. John Clausen (1957) argumentó que muchos rasgos de la psicopatía pueden hallarse entre los adolescentes de los barrios marginales de las clases más bajas: «incapacidad de establecer relaciones profundas y duraderas... falta de respeto por los derechos de los demás y pobreza emocional» (p. 267).

Clausen y otros autores parecen haber omitido el hecho de que los delincuentes, los gangsters o miembros de la Mafia que surgen de tales ambientes marginales establecen un lazo de unión muy intenso con sus grupos particulares y tienen un fuerte sentimiento de culpabilidad, si llegan a violar las normas de su grupo.

Otros autores como Richard Jenkins (1966), por ejemplo, demostraron que estos delincuentes «socializados» mantienen fuertes vínculos de unión con sus colegas. Glüeck y Glüeck (1950) demostraron que tan sólo una minoría de



delincuentes deberían ser clasificados como psicópatas y que relativamente pocos podrían ser diagnosticados de padecer un trastorno mental de cualquier tipo. Y Taylor (1975) advirtió que los delincuentes socializados no están exentos de ansiedad como lo están los psicópatas. Por tanto, confundir a los delincuentes «socializados» con los psicópatas revela un prejuicio, quizás de la clase media, más que un juicio clínico verificable.

También en este aspecto de confusión, y con el fin de clarificar términos, nos valdríamos de una subtipología de la psicopatía.

Frente a los Psicópatas Idiopáticos, Puros o Primarios estarían los individuos Disociales, Socializados o Culturales.

- *Delincuentes Socializados, Culturales o Disociales* serían individuos que presentan conductas antisociales y que por lo general pertenecen a un mundo marginal y tienen una «subcultura» propia. Tendrían una personalidad «normal» y serían capaces de funcionar adecuadamente dentro de su grupo, manifestando lealtad, sentimientos de culpa y afecto.

## **Los psicópatas y la personalidad borderline**

Ha sido demostrado por varios autores un solapamiento de un número considerable de síntomas de la Personalidad Borderline y de la Psicopatía (Pfohl *et al.*, 1986; Pope *et al.*, 1983; Widiger *et al.*, 1986; Zanarini *et al.*, 1987). En general, estos trastornos se caracterizan por problemas en el control de los impulsos y por la inestabilidad en las relaciones interpersonales.

La personalidad limítrofe o borderline se trata, a grandes rasgos, de una enfermedad que se caracteriza por elementos de la neurosis, la psicosis y de la psicopatía al mismo tiempo (Dorsch, 1985), de ahí su posible confusión con la psicopatía. Es un trastorno caracterizado por la inestabilidad en muchos terrenos de la vida, incluyendo las relaciones interpersonales, el estado de ánimo y el concepto de uno mismo. A menudo incurre en una conducta impulsiva e impredecible relacionada con los juegos de azar, el uso de drogas o alcohol, el sexo, los gastos exagerados, el exceso en la comida y las actividades físicamente peligrosas. Con frecuencia la personalidad limítrofe se queja de sentir aburrimiento o vacío espiritual en forma crónica. Sus explosiones de cólera son comunes, así como la dificultad para alcanzar un conjunto de valores aceptable (Sarason y Sarason, 1986).

Como puede apreciarse, existe un solapamiento entre algunos de los síntomas de la personalidad borderline y la psicopatía. Sin embargo, es necesario insistir en una absoluta dicotomía entre los psicópatas «puros» y otros sujetos con otro tipo de trastorno.

Pero no sólo es el solapamiento el que puede llevar a una confusión de diagnósticos, sino la coexistencia de ambos trastornos, cuando se considera un «Trastorno Antisocial de la Personalidad», como ha sido demostrado por diferentes estudios. Por ejemplo, Pfohl *et al.* (1986) encontraron que el 14 por 100 de individuos diagnosticados de una Personalidad Borderline también tenían un Trastorno Antisocial de la Personalidad. Widiger *et al.* (1986) encontraron que el 47 por 100 de los individuos borderline también eran diagnosticados de un TAP. Las diferencias en los porcentajes podrían reflejar

probablemente diferencias muestrales. En todo caso, estos resultados llevaron a Pope *et al.* (1983) a concluir que en ocasiones es imposible separar el diagnóstico de Personalidad Bordeline y el de Trastorno Antisocial de la Personalidad. Surgiría entonces la disyuntiva, en la que no vamos a entrar, de los «tipos puros» adecuados a un perfil de síntomas de acuerdo con un criterio diagnóstico específico, frente a los perfiles individuales confeccionados para un sujeto en particular, que puede compartir síntomas de múltiples perfiles.

Sin embargo, hemos advertido que este solapamiento es posible (según los autores citados) cuando consideramos un TAP, y que cuando consideramos la psicopatía como diagnóstico diferente al de Trastorno Antisocial de la Personalidad, este solapamiento sería radicalmente imposible y se haría necesario persistir en la dicotomía de ambos trastornos, a saber, la psicopatía y la personalidad borderline o limítrofe.

## **La psicopatía y el abuso del alcohol y/o las drogas**

A principios de la pasada década, el alcoholismo y los trastornos de la personalidad eran considerados como sinónimos. La primera y segunda edición del *Manual Estadístico y Diagnóstico* de la Asociación Americana de Psiquiatría, publicadas en 1952 y 1968, respectivamente, clasificaban el alcoholismo junto a los trastornos de la personalidad. Estas clasificaciones perpetuaron la concepción de que el paciente alcohólico era necesariamente un caso de trastorno de la personalidad y de que el alcoholismo se derivaba sin duda de un trastorno de la personalidad. Esta excesiva simplificación fue corregida en 1980 cuando el DSM-III ofreció una categoría diagnóstica diferenciada para los trastornos por el consumo de sustancias. El sistema multiaxial del DSM-III sitúa los trastornos de la personalidad en el Eje II. Esta separación de los trastornos de la personalidad de los trastornos del Eje I, tales como los trastornos por el abuso de sustancias, ha suscitado esfuerzos por mejorar la evaluación de la coexistencia de los trastornos de la personalidad con otras condiciones psiquiátricas, incluida la dependencia del alcohol (Nace, 1989).

No hay duda de que los trastornos de la personalidad coexisten, a menudo, pero no inevitablemente, con la dependencia del alcohol. La relación más fuerte tiene lugar con el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP). Helzer y Pryzbeck (1988) han suministrado datos acerca de la coexistencia del TAP con el alcoholismo, y el TAP fue hallado en el 15 por 100 de los varones alcohólicos. Por el contrario, los varones no alcohólicos manifestaron una prevalencia de TAP del 4 por 100 a lo largo de la vida. Para las mujeres, las proporciones de prevalencia de TAP fueron del 10 por 100 para alcohólicas y del 0,81 por 100 para no alcohólicas. Por lo tanto el varón alcohólico tiene una probabilidad casi cuatro veces mayor de padecer un TAP que el varón no alcohólico y la mujer alcohólica es dos veces más proclive a padecer un TAP que la mujer no alcohólica (Nace, 1989).

Drake y Vaillant (1985) suministran documentación adicional acerca del incremento de la prevalencia del trastorno de personalidad en alcohólicos. En un estudio longitudinal de una muestra de varones en el cual se realizó un seguimiento, el 23 por 100 se hallaron dentro del criterio diagnóstico de trastorno de la personalidad del Eje II a los cuarenta y siete años, sin embargo

de los varones alcohólicos de esta muestra, el 37 por 100 tenían un trastorno de la personalidad.

Según Schuckit (1972), serían tres los posibles vínculos etiológicos entre la psicopatía y el alcoholismo.

- a) Que el abuso del alcohol sea un síntoma de la conducta antisocial.
- b) Que el abuso del alcohol conduzca a la conducta psicopática.
- c) Que exista un factor etiológico común subyacente tanto a la psicopatía como al alcoholismo, que podría responder tanto a factores genéticos como ambientales.

Sin embargo, cualquiera que sea el factor etiológico, el hecho es que uno de los diagnósticos psiquiátricos que más concurren con el alcoholismo o la adicción a otras drogas es el de la personalidad psicopática, como numerosos estudios han demostrado (Grande et al. 1984; Hesselbrock et al., 1985a; Powell et al., 1988; Cadoret et al, 1988).

Es importante en este punto clarificar qué diagnóstico de los dos es el síndrome primario, tanto por sus implicaciones diagnósticas como por sus implicaciones a la hora de aplicar un tratamiento determinado. Un síndrome primario se define como el síndrome que tiene lugar en el paciente en primer lugar. Ello nos lleva a dos subtipos de psicopatía o adicción. Siguiendo a Schuckit (1985), nos encontraríamos:

- Psicopatía primaria o alcoholismo secundario: El problema principal del sujeto es el trastorno de la personalidad psicopática, constituyendo el problema adictivo un síntoma de ese trastorno. En estos casos los problemas de adicción son más severos, aparecen a una edad más temprana, el curso de desarrollo del alcoholismo plantea más problemas y el pronóstico de tratamiento es menos alentador. Según Cleckley (1976) en el psicópata, el alcohol sirve como un catalizador que facilita la expresión de la conducta antisocial, pero «el alcohol no induce a la presencia de ningún impulso que no estuviese de forma potencial en la personalidad [p. 356]. Por tanto, el consumo de alcohol y/o drogas por parte del psicópata es considerado como sintomático de un estilo general de desviación conductual.

- Alcoholismo primario o psicopatía secundaria: El problema principal del sujeto es la adicción, causa de la comisión de conductas antisociales que pueden llevar al diagnóstico de un trastorno antisocial. En estos casos el pronóstico es mejor, la edad de inicio de la conducta de beber es más tardía y los problemas relacionados con la adicción menos severos. Siguiendo a Cleckley de nuevo, el alcohólico bebe en exceso por razones bien distintas al psicópata (por ejemplo: como un medio de escape de algún factor emocionalmente estresante), y cuando llega a manifestar una conducta desviada es debido a su consumo excesivo de alcohol más que a una tendencia antisocial subyacente.

Existen subtipos de distinta nomenclatura, según el autor que los propone, que sin embargo responden a las mismas razones, por ejemplo, Rada (1978) o Collins et al. (1988) hablan de alcohólicos sociópatas y sociópatas alcohólicos, equivalentes al primer y segundo grupo, respectivamente.

Hasta este momento hemos analizado la asociación entre la psicopatía y la delincuencia y, por otra parte, la asociación entre la psicopatía y el abuso de drogas. Sin embargo, no se trata de asociaciones aisladas, ya que la delincuencia está fuertemente relacionada con el alcoholismo (ejemplo: Collins, 1982; Guze, Goodwin y Crane, 1969) y otras formas de abuso de drogas (Fry, 1985; Nurco, Ball, Shaffer, y Hanlon, 1985). Pero además las prevalencias del alcoholismo y el abuso de otras drogas son significativamente elevadas entre los delincuentes con trastorno de la personalidad psicopática (Collins, Schlenger, y Jordan, 1988; Lewis, Clininger y País, 1983). Por ejemplo, Collins et al. hallaron que el 71,3 por 100 de los delincuentes internos con un Trastorno Antisocial de la Personalidad tenían un diagnóstico de abuso-dependencia del alcohol, frente al 40,2 por 100 de los delincuentes no diagnosticados de un TAP. El abuso-dependencia de otras drogas fue también mayor entre los delincuentes con TAP (28,3 por 100) que entre los delincuentes sin TAP (10,4 por 100). Por tanto, los delincuentes con un diagnóstico de TAP tienen una posibilidad significativamente más alta de presentar trastornos de adicción.

Sin embargo, la importancia de un diagnóstico diferencial exhaustivo, no radica en la simple clasificación del sujeto bajo un rótulo que responda de una forma u otra a sus características, sino en las implicaciones que pueda tener a la hora de elaborar e implementar un tratamiento adecuado.

### **La Psicopatía y la Personalidad Narcisista**

Otro de los trastornos a tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial de la Psicopatía es el de la Personalidad Narcisista.

La Personalidad Narcisista es un trastorno caracterizado por un sentido de autosuficiencia o singularidad amplificado, y por estar absorta en sí misma. Estas cualidades a menudo encubren una autoestima muy frágil. Los individuos narcisistas buscan constantemente la admiración y la atención de los demás. Sus relaciones interpersonales a menudo son tormentosas, porque suelen tratar de explotar a los demás y son insensibles a sus sentimientos; no pueden subordinar sus propios deseos a las necesidades de otras personas (Sarason y Sarason, 1986). Son estas últimas características de explotación de los demás e insensibilidad las más solapadas con la personalidad psicopática y, por tanto, susceptibles de llevar a confusión.

### **12.3. EL TRATAMIENTO DE LOS PSICOPATAS**

Existe un pesimismo generalizado acerca de la posibilidad de rehabilitación de los delincuentes. Este pesimismo afecta de forma particular a la actitud hacia los psicópatas, «los más severos y presumiblemente menos tratables de los delincuentes» (McCord, 1982, p. 188). Ante esta opinión general las perspectivas han sido desesperanzadoras.

Sin embargo, los estudios que de forma sistemática han aplicado tratamientos específicos para los psicópatas son relativamente escasos, por lo que, dado que no existe un cuerpo de investigación sistemático acerca de un tratamiento óptimo, nos queda la esperanza de la ausencia de confirmación

empírica.

En general los tratamientos aplicados a los trastornos de la personalidad, los podemos dividir en:

- *Tratamientos farmacológicos*: centrados por lo general en un síntoma particular del trastorno. En el caso de los psicópatas se han utilizado fármacos (litio, por ejemplo, para tranquilizar a los agresivos extremos) con el fin de que los sujetos sean más manejables en la psicoterapia; sin embargo, los resultados son ambiguos y en todo caso temporales, pero nunca con efectos a largo plazo.

- *Terapia conductual*: centrada, al igual que el tratamiento farmacológico en el tratamiento de conductas discretas. Este tipo de terapia requiere de motivación y cooperación, ausentes en muchos casos en los pacientes con trastornos de personalidad. Implica la utilización del condicionamiento positivo o aversivo. En el caso de los psicópatas, parece ser que responden mejor al refuerzo positivo que al castigo (destinado al fracaso) y en concreto a la recompensa monetaria.

- *Terapia cognitivo-conductual*: centrada en el esquema cognitivo y las asunciones irracionales que subyacen a las creencias y conductas del paciente, y que son particularmente relevantes para el tratamiento de los trastornos de la personalidad.

- *Terapia familiar e interpersonal*: centrada en las relaciones con los demás. Puede ser una parte útil en el tratamiento, aunque no necesaria. La calidad de las relaciones del paciente (o su ausencia) forman una parte integral de su trastorno de personalidad, por lo que podría afectar a su terapia individual.

- *Psicoterapia psicodinámica y psicoanalítica*: se centra en la estructura de carácter como principal foco de atención. Por tanto, el concepto de trastorno de la personalidad es más consistente con una orientación centrada en la orientación de rasgos individuales o intrapsíquica. En el caso de los psicópatas, sin embargo, los resultados son contradictorios.

- *Tratamiento comunitario*: se centra en la modificación de los grupos sociales -familia, escuela o una comunidad entera-. Al parecer, este tipo de tratamiento podría adaptarse a los delincuentes, pero su relevancia para los adultos psicópatas es indeterminada, aunque su utilidad no se descarta.

- *Terapia Ambiental (Milieu) o Comunidad Terapéutica*: se centra en la creación de ambientes consistentes que alteren de forma completa las circunstancias de la vida del sujeto. Muchos autores han argumentado que ésta es la única forma de curar al psicópata. Sin embargo, tampoco se ha observado una disminución significativa en la reincidencia. Por otra parte y dado que los psicópatas por lo general requieren estar en instituciones de seguridad, los intentos de establecer comunidades terapéuticas en una prisión han fracasado por su dificultad.

## **Tratamientos aplicados más significativos**

En esta sección describiremos aquellos programas que de forma más significativa han sido aplicados para el tratamiento específico de la psicopatía, o bien aplicados a muestras que contenían sujetos diagnosticados de

psicopatía, o de un TAP, así como las técnicas empleadas en tales programas de forma más frecuente.

Recordemos que un programa es un esquema ordenado temporal y temáticamente de cada uno de los pasos y procedimientos para el logro de un objetivo individual o colectivo, y que entre esos procedimientos se encuentran las técnicas.

Hay que advertir que dada la alta, ya comentada, coexistencia del alcoholismo, la drogadicción y la psicopatía, muchos programas van dirigidos al tratamiento de la adicción primariamente. Sin embargo, y dado que las muestras a las que van dirigidos incluyen un número sustancial de sujetos diagnosticados de psicopatía o de un TAP, se contempla la utilización del programa como una intervención secundaria para el tratamiento de la psicopatía, como podremos comprobar.

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

Terapia de orientación analítica. Las principales técnicas de este tipo de tratamiento son la expresiva y el apoyo, como su nombre implica. La técnica expresiva intenta ayudar al paciente a identificar y trabajar los aspectos problemáticos de una relación. El terapeuta identifica estos aspectos mediante la relación con el paciente y paralelamente a través de lo que dice el paciente acerca de sus relaciones con sus padres, su esposa u otros miembros de la familia. Se pone una atención especial al significado que el paciente atribuye a la dependencia de las drogas. Por ejemplo, un terapeuta puede tener un paciente que niega tener el mínimo problema, evitando discutir cualquier problema, mintiendo sucesivamente durante las sesiones, y que consume drogas. El terapeuta trabaja con el paciente, instándole a que reconozca sus problemas y no los niegue. Si el terapeuta tiene éxito, el tratamiento ayudará al paciente a abarcar sus problemas de forma más directa, y, por tanto, incrementará la posibilidad de que el paciente encuentre mejores soluciones que el consumo de drogas para resolver sus problemas cotidianos (Woody *et al.*, 1983). Este tratamiento fue aplicado por Gerstley *et al.* (1989), aplicándose la terapia una vez a la semana durante seis meses (24 sesiones) a sujetos adictos diagnosticados de un TAP. A este tipo de terapia se unía el consejo de drogas (descrito más abajo).

También fue aplicado por Woody *et al.* (1983) de la misma forma a pacientes que estaban recibiendo un tratamiento de metadona.

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

Se trata de un sistema de psicoterapia activa, directiva y con limitación de tiempo. Este tratamiento se centra en descubrir y comprender la influencia de los pensamientos, creencias, actitudes subyacentes a los sentimientos y conductas problemáticas de los sujetos. Lo que se pretende es que el paciente aprenda a corregir de forma sistemática sus pensamientos con el fin de que se adapten más adecuadamente a la realidad. En la Terapia Cognitivo-Conductual con adictos, un paciente puede decirle al terapeuta que es incapaz de pensar o sentir con normalidad si no es bajo el efecto de las drogas y que, por tanto, no tiene intención de desistir de su consumo. El terapeuta y el paciente intentarán de forma conjunta comprobar tal pensamiento, examinando la evidencia

existente (por ejemplo: experiencias en las que el paciente se siente bien en la actualidad sin consumir drogas) y generando nuevas evidencias, como que el paciente asista a fiestas sin estar bajo la influencia de las drogas. Este procedimiento se repetiría para distintas creencias o pensamientos, de forma que al finalizar la terapia el paciente pueda corregir él mismo sus pensamientos inadecuados y sustituirlos por otros más funcionales y por mecanismos de afrontamiento más constructivos (Woody et al, 1983). Este tratamiento fue aplicado, al igual que el tratamiento anterior, por Gerstley et al (1989) y por Woody et al (1983) bajo las mismas circunstancias y de forma conjunta al Consejo de Drogas que describimos a continuación.

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

Se centra en la identificación de necesidades especiales y asignación de servicios concretos. Este tratamiento se ocupa principalmente de suministrar recursos externos en lugar de enfrentarse con procesos intrapsíquicos. Los consejeros controlan el progreso revisando los análisis de orina, así como la labor llevada a cabo por los profesionales. Coordinan los servicios con los médicos tribunales y agencias sociales, o ayudan a implementar la política y las normas del programa. Una situación de consejo típica cuando un consejero se reúne con un paciente podría ser la siguiente: el consejero revisa el protocolo clínico del paciente y observa que los análisis de orina contienen restos de opiáceos. Interroga al paciente acerca de lo que ha ocurrido y de cómo se siente. El paciente le responde que su dosis de metadona no es suficiente, que al final del día padece síndrome de abstinencia y que ha estado consumiendo heroína. El consejero entonces concierta una cita del paciente con el médico del programa, quien evaluará la necesidad de incrementar la dosis de metadona. A su vez, el paciente menciona que debe comparecer ante los tribunales dentro de dos semanas y que necesita una certificación de que está participando en un programa de tratamiento para presentarla ante el juez. El consejero hace que el paciente firme una solicitud de informe, prepara un documento y se lo da al paciente para que se lo dé a su abogado. Este tratamiento o servicio es complementario a cualquier otro tipo de programa (Woody et al., 1983.). Este tipo de tratamiento se aplicó en adición a la psicoterapia expresiva de apoyo por una parte, y por otra junto a la psicoterapia cognitivo-conductual (Gerstley, 1989; Woody et al., 1983).

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

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento, proporciona una experiencia de grupo altamente estructurada, diseñada para fomentar la adquisición de habilidades, incluyendo la solución de problemas, habilidades interpersonales, relajación y habilidades para el afrontamiento de la ira y el consumo de bebida. Los miembros del grupo aprenden a identificar y manejar situaciones que pueden suponerles un alto riesgo para la recaída. Los terapeutas utilizan, para la enseñanza de las habilidades, presentaciones didácticas y ensayos conductuales dentro de las sesiones de grupo, así como la práctica de ejercicios en casa. Los terapeutas eluden centrarse en los conflictos o sentimientos interpersonales que se desarrollan entre los

miembros del grupo (Kadden et al. 1989). Este tipo de intervención fue aplicada por Kadden et al. (1989) como parte de un programa de intervención ambulatoria (los pacientes no se recluyen en un centro) en el que además se suministraban clases educativas, películas, encuentros de Alcohólicos Anónimos y tratamiento familiar. La duración del programa fue de veintiséis semanas con sesiones de grupo de noventa minutos.

- **El Grupo de Terapia Interaccional** (*Interactional Group Therapy*) (Getter, 1984).

El objetivo del grupo de terapia interaccional es explorar las relaciones interpersonales de los participantes y la patología tal como se manifiesta en las interacciones «aquí y ahora» dentro del grupo. Los terapeutas fomentan la expresión de los sentimientos inmediatos, la autorreflexión, y la exploración de las experiencias significativas tal como suceden en cada sesión. Debido a la naturaleza a corto plazo de los grupos, se utilizan técnicas estructuradas para facilitar el proceso del grupo (por ejemplo: la historia técnica; Lazarus 1971). Los resúmenes del terapeuta de cada sesión son enviados a los miembros del grupo para que sean leídos antes de la sesión siguiente. Los terapeutas evitan el dar guías específicas para el afrontamiento de los problemas. Este tipo de intervención fue aplicada por Kadden et al (1989), al igual que el tratamiento anterior, y bajo las mismas condiciones, con el fin de comparar los resultados de ambas intervenciones.

- **La Comunidad Terapéutica (TC).**

Las Comunidades Terapéuticas son programas de tratamiento residenciales con una duración de entre quince y veinticuatro meses. La mayor parte del personal clínico está constituido por ex-adictos, rehabilitados en la propia comunidad terapéutica. La meta específica del tratamiento es el desarrollo de un estilo de vida prosocial marcado por la abstinencia y la eliminación de actitudes y conductas antisociales. El régimen diario en las comunidades se estructura en torno a la implicación del residente en varias actividades laborales, educativas, profesionales, terapéuticas, recreativas y comunitarias. Los componentes clave del programa son los grupos de encuentro y la terapia de grupo, el consejo individual, las sesiones de aprendizaje, las clases de educación formal y terapéutica y las responsabilidades laborales del paciente. Los residentes van pasando a través de unas fases explícitas, que suponen un incremento del grado de aprendizaje psicológico y social. Tras completar ocho meses de residencia, el plan de tratamiento contempla seis meses de vida independiente (De León, 1989).

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

El programa del centro residencial, aplicado por Stoudenmire et al. (1989), incluía terapia de grupo e individual, educación sobre la adicción, ejercitación del aumento de control, ejercicio físico, educación para la nutrición, entrenamiento en técnicas de relajación, disertaciones y discusiones sobre el pensamiento racional, entrenamiento asertivo, conferencias seguidas por *role-playing* y *feed-back* y *ejercicios* seguidos de discusión y encuentros de Alcohólicos Anónimos. La duración del programa, fue de seis semanas y la



admisión en el programa se realizaba una vez los sujetos habían sido desintoxicados.

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

El programa aplicado para la recuperación del alcoholismo en el Naval Hospital Roosevelt Roads (Puerto Rico), descrito por Mather (1987), consistió en la hospitalización de los pacientes durante seis semanas, con actividades que incluían dos grupos diarios de terapia, consejo individual, encuentros de Alcohólicos Anónimos, administración diaria de «disulfirán» (Antabuse)<sup>2</sup>, consejo familiar y sesiones, vídeos y discusiones relativas al alcoholismo y sus problemas relacionados.

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

El objetivo principal de las Comunidades terapéuticas jerárquicas es el cambio global del estilo de vida, la abstinencia de drogas y la eliminación de la conducta antisocial. Dada su larga duración, su intensidad y el tratamiento de orientación grupal centrado directamente en la personalidad del paciente, se espera que se den de forma permanente cambios en la personalidad. El modelo de tratamiento de las Comunidades Terapéuticas Jerárquicas implica la utilización de técnicas de confrontación por lo que el nivel de la tolerancia para los sentimientos agresivos debe ser alto. El programa de tratamiento, tal como lo aplicaron Ravndal y Vaglum (1991a), se centró en los cambios en la agresividad antisocial, y tiene una duración media de dieciocho meses. El período de comunidad (en el que el paciente vive en la comunidad), la fase 1, lleva un año y el período de reinserción (en el que el paciente vive fuera de la comunidad), seis meses. El tratamiento en la fase 1 es un programa intensivo, de alta confrontación y orientado al grupo, y en la fase de reinserción los pacientes acuden sólo a un grupo de encuentro una vez a la semana. Durante los primeros tres meses de la fase de reinserción los pacientes deben acudir a recibir instrucción académica o a desempeñar un empleo regular.

Las notas distintivas de una Comunidad Terapéutica son: (libre comunicación en todos los aspectos, análisis común de los procesos de grupo, medidas para la eliminación de la jerarquía y frecuentes encuentros globales y por grupos» (Dorsch, 1985, p. 137). Sin embargo, en las Comunidades Terapéuticas Jerárquicas no sólo se evita la eliminación de la jerarquía, sino que se fomenta. Es decir, la organización intrínseca de este último tipo de Comunidad Terapéutica es de tipo piramidal, por lo que los pacientes que participan en la misma van ascendiendo dentro de un escalafón de cargos o niveles (a mayor nivel mayor responsabilidad).

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

Este programa ha funcionado durante una década en una institución de máxima seguridad y ha despertado el interés mundial por su orientación novedosa del tratamiento.

Los participantes de las comunidades terapéuticas se atienden material y emocionalmente los unos a los otros, siguen las normas de la comunidad, se someten a la autoridad del grupo, y sufren las sanciones impuestas por el

grupo (Jones, 1956; 1968). La honestidad; la sinceridad y la empatía para con los demás son altamente valoradas. Este tipo de comunidades se recomiendan para las adicciones, los delincuentes con trastornos mentales y para los delincuentes multirreincidentes (De León, 1985; Reid, 1989; Toch, 1980).

Este programa, tal como lo aplicaron estos autores, fue dirigido por los propios internos e implicó terapia de grupo intensiva durante alrededor de ochenta horas semanales. La meta es la de crear un ambiente donde los pacientes puedan desarrollar la empatía y responsabilidad para con sus compañeros. Los sujetos participan en sesiones diarias preestablecidas y de larga duración con uno o dos pacientes y celebran encuentros en los que se dirigen y estructuran todos los aspectos de su vida. Los pacientes que llevan un buen proceso en el programa y que demuestran tener aptitudes para la organización son destinados a asumir el papel de líder en el programa, así como para conducir los grupos de terapia y para participar en los comités de seguridad y administración. A su vez, los pacientes participan en las decisiones respecto a los permisos y las transferencias.

Hay otras características importantes del programa que han de destacarse. Los pacientes tienen muy poco contacto con el personal profesional. Los esfuerzos en la organización de programas recreativos son escasos. Muy pocos pacientes participan en la formación académica o vocacional. Algunos pacientes trabajan en talleres bajo contrato, en la cocina o en labores de limpieza. Sin embargo, tales trabajos son considerados como un «descanso» en la terapia, y estos pacientes comparten las ganancias con los pacientes implicados en la terapia intensiva. Ningún programa intentó de forma específica modificar las actitudes y disposiciones prosociales, enseñar habilidades sociales o solución de problemas sociales, ni el entrenamiento de habilidades de vida.

En la intervención llevada a cabo por Rice una pequeña proporción de los pacientes fueron diagnosticados de psicosis. Una de las razones de incluir a pacientes psicóticos en el programa fue el dar a los psicópatas una oportunidad de cuidar a tales individuos. Se mantuvo una seguridad «hermética», tanto interna como externa, por parte de los pacientes en cooperación con los asistentes psiquiátricos. Los pacientes tenían muy pocas oportunidades de diversión; se imponían severas limitaciones para ver la televisión, en los materiales de lectura e incluso para la interacción social entre los pacientes.

La participación y el ingreso en la comunidad terapéutica no fue voluntario y no se utilizó como criterio de selección el deseo de participar. Por ejemplo, un individuo no declarado culpable por razones de perturbación mental, o arrestado por un crimen violento y, por tanto, encarcelado, podría ser asignado al programa incluso aunque no lo deseara. Una vez en el programa, los pacientes que rehusaban entrar en una discusión minuciosa de sus delitos, antecedentes y sentimientos, eran enviados a un subprograma donde discutían sus motivaciones, actitudes y participación hasta que cumplían con los requisitos del programa.

Aunque los pacientes podían abandonar la comunidad terapéutica convenciendo al personal o a un comité independiente que se encargaba de revisar su progreso clínico, podía serle denegada la salida simplemente por

mala conducta. La falta de adaptación y la conducta perturbada eran considerados como síntomas a modificar. Había varios aspectos del programa que podían ser considerados hoy en día como una violación de los derechos del paciente, pero el programa ha sido considerado favorablemente tanto desde fundamentos éticos como clínicos (Butler, Long, y Rowsell, 1977; Canadá, 1977).

- **La Terapia Ambiental en Wiltwyck** (*Milieu Therapy at Wiltwyck*) (McCord, 1982).

Fundada en 1937, Wiltwyck originalmente servía como campamento de verano para niños, pasando más tarde a ser un centro para niños delincuentes y desajustados. Ernst Papanek llegó a la escuela como director hacia 1950 y la transformó en un centro para el tratamiento de niños psicópatas y otros tipos de jóvenes delincuentes (McCord, 1982).

«Papanek intentó particularmente ayudar a los psicópatas, los más recalcitrantes de los delincuentes. Su terapia ambiental les suministró una combinación de amistad, ausencia de castigo, junto con la idea de que cada joven debía pagar de alguna forma por las consecuencias de sus acciones. Los servicios auxiliares -educativos, psiquiátricos, psicológicos- jugaban un papel importante pero no capital en el mosaico global de la terapia ambiental en Wiltwyck.» (McCord, 1982, p. 232).

Wiltwyck enfatizaba la terapia individual y de grupo. En un principio, los terapeutas y los trabajadores sociales trataban a los niños de un modo formal; sin embargo, Papanek fomentó la creación de un ambiente cálido para los niños. En su opinión, «el terapeuta con más éxito de todos fue el cocinero grueso, risueño, siempre generoso» (McCord, 1982, p. 233). Cada dependencia de 10 jóvenes era supervisada por un consejero masculino y uno femenino, que actuaban como pseudopadres. Aunque Papanek no era partidario del autogobierno en chicos de la edad y temperamento característicos en Wiltwick, sí que intentaba introducirlos en los principios democráticos. Por ello se creaban comités en los que participaban los chicos con el fin de cooperar con el personal en la discusión y resolución de problemas. Por ejemplo, existía un comité de comidas, un comité laboral, un comité encargado de la cantina o un comité de deportes.

En 1953, Papanek resumió la orientación terapéutica de la escuela del modo siguiente:

«Los niños que no han conocido nunca la comprensión, la aceptación social, la amistad o el amor, o que se les ha interpretado mal o utilizado mal cuando delinquieran, protegiéndoles y no confrontándoles, deberían encontrar en Wiltwyck una comunidad de comprensión, donde obtener seguridad y reconocimiento en la experiencia social (McCord, 1982, p. 233).

Basó sus esfuerzos en el principio del no castigo. Los chicos eran alentados en la expresión de su aversión, pero no debían nunca herir a los demás y tenían que reparar las consecuencias de sus explosiones de ira. El principio básico era evitar la brutalidad, el castigo y el autoritarismo.

El personal estaba formado totalmente por graduados que habían sido seleccionados por su capacidad para tolerar la conducta abusiva. Muchos

poseían el grado de master en ciencias conductuales.

- **La Escuela de Entrenamiento Lyman** (*The Lyman Training School*) (McCord,1982).

La Escuela Lyman ha evolucionado desde ser un típico reformatorio público hasta convertirse en una escuela que recoge cientos de niños derivados por los tribunales. Estos niños procedían de áreas urbanas de clase baja y de familias rotas por el divorcio o el abandono. Eran niños que se encontraban en el inicio de la adolescencia y que en su mayoría poseían informes delictivos. Algunos habían sido remitidos a la escuela por «delitos de estatus», como peleas frecuentes, novillos habituales en la escuela, así como por la incapacidad de los padres de educar a los niños. Los niños padecían una severa deprivación económica y social y un alto porcentaje manifiestan tendencias psicopáticas o pre-psicóticas.

Los chicos de Lyman encontraban un ambiente muy distinto al de Wiltwyck. Muchos permanecían tan sólo unos días de forma temporal hasta ser transferidos a otras escuelas o agencias sociales. Aquellos que permanecían en Lyman durante dieciocho meses o más eran sometidos a un ambiente de orientación disciplinaria. La escuela enfatizaba una adhesión estricta a sus normas, una educación formal y labores agrícolas. Al llegar, el niño recibía de forma automática una sentencia de 3000 créditos que podía ir consumiendo gradualmente por buena conducta.

El régimen normal de vida podía ser modificado por la mínima falta de disciplina: hablar sin estar permitido, fumar, «terquedad y desobediencia» y cualquier otra desviación menor. Tras violar una norma, el chico era relegado a una dependencia disciplinaria, donde todo privilegio -asistencia a la escuela, ver películas, juegos, nadar o incluso hablar- era suprimido. El «relegado» debía permanecer en silencio en todo momento y automáticamente le era impuesta una sentencia extra de 1000 créditos. Los niños que intentaban escapar recibían una sentencia extra de 3000 créditos. Durante la estancia en una dependencia disciplinaria, el chico no podía consumir sus créditos. Generalmente pasaba su tiempo removiendo estiércol que la escuela utilizaba para el cultivo.

La filosofía de educación de la escuela quedó expresada por el director de esta forma:

«No sé si estará de acuerdo y me tiene sin cuidado. La causa real de la delincuencia juvenil es todo ese cuento de la educación progresiva. Los niños modernos necesitan una disciplina firme. Sus relaciones sociales pueden cuidar de sí mismos» (McCord y McCord, 1933, p.416).

Al tratarse de una escuela con financiación pública, Lyman no disponía de recursos para suministrar la sofisticada terapia psicológica implementada en Wiltwyck. Los residentes más permanentes recibían un diagnóstico, los tratamientos eran escasos o inexistentes. El encargado de diversos bloques de celdas (generalmente dos hombres para cada 35 chicos) estaba mal remunerado no tenía educación más allá de un nivel secundario, y generalmente consideraba a sus pupilos como "punks".

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

### - **La Psicoterapia de los Pacientes Diagnosticados Dualmente** (Kaufman, 1989).

Los pacientes diagnosticados dualmente son aquellos sujetos con un problema de adicción que a su vez presentan un trastorno psiquiátrico notable, o bien aquellos pacientes psiquiátricos cuyo abuso de sustancias supone un problema significativo. La psicoterapia de los pacientes diagnosticados dualmente se ocupa de ambos grupos. Aunque existen similitudes en el tratamiento de ambos tipos de pacientes, también existen diferencias considerables, que se manifiestan más en las fases iniciales de la terapia que en las finales.

Este tipo de psicoterapia ha sido utilizado por Edward Kaufman en la Universidad de California durante varios años. Se divide en tres fases, con sus pasos y objetivos particulares.

#### FASE 1: CONSECUION DE LA SOBRIEDAD

1. *Evaluación del abuso de sustancias*: evaluación de la extensión del abuso y sus consecuencias físicas, vocacionales, sociales y familiares.

2. *Evaluación Psicopatológica y Psicodinámica*: evaluación de psicopatologías posibles (por ejemplo: psicopatía) y la determinación de si es primaria o secundaria, así como evaluación de las posibles transferencias, regresiones, etc., con el fin de iniciar el tratamiento de otros trastornos.

3. *Evaluación familiar*: para determinar la participación de otros.

4. *Desintoxicación* (metadona u otros fármacos, hospitalización, etc.).

5. *Inicio de la abstinencia* (metadona, naltrexona, programas de 12 pasos -A-A, CA, NA<sup>3</sup>, etc.-, etc.) mediante un contrato con el psicoterapeuta.

6. *Contrato Terapéutico* entre el adicto y su familia, que incluye:

- Acuerdo sobre el método de desintoxicación y su complementación.

- Compromiso de abstinencia.

- Compromiso de un método para continuar la abstinencia que incluye:

a) Número de reuniones semanales de 12-pasos (2-7).

b) Número de reuniones educativas semanales (1-2).

c) Número de sesiones de terapia de grupo semanales (1-2).

d) Extensión de la modificación de la dieta, ejercicio, técnicas de relajación.

e) Terapia familiar y de pareja.

Análisis de orina para detectar el abuso de drogas.

- Compromiso por parte de cada miembro de la familia que incluya el número específico de grupos de apoyo de autoayuda, grupos de otros significativos, terapia de pareja, familia, de adolescentes compañeros, etc. (1-7 semanales).

- En caso de enfermedad psiquiátrica mayor, acuerdo del paciente en tomar la medicación prescrita.

- El terapeuta puede elegir una lista de conductas deseables como parte del

contrato (por ejemplo: escuchar, no actuar como juez crítico, etc.).

## FASE II: INICIO DE LA REHABILITACION

Esta fase se centra en los métodos para mantener un estado libre de alcohol y drogas. Implica un apoyo, un acercamiento de psicoterapia directiva que se centra en la enfermedad del abuso de sustancias y el objetivo de la abstinencia, así como en el tratamiento adecuado para los trastornos psiquiátricos concomitantes. En esta fase, las defensas son redirigidas y se utiliza la psicoterapia psicodinámica principalmente para reforzar los métodos para mantener la abstinencia.

## FASE III: AVANCE DE LA REHABILITACIÓN

Esta fase utiliza una orientación más tradicional, de exploración y reconstrucción de las cuestiones de subfondo que subyacen al problema. Con los trastornos de la personalidad y de ansiedad, el objetivo es el conocimiento y el cambio de personalidad utilizando una integración de la psicoterapia psicodinámica y métodos cognitivo-conductuales. Paralelamente al control del consumo de sustancias se explora el subfondo, así como las defensas que utiliza el individuo, a la vez que se intenta que el sujeto se mantenga firme en su identidad.

## Evaluación de los programas

El tratamiento de los psicópatas ha preocupado de forma notable a los criminólogos y a los expertos en salud mental. Los informes iniciales manifestaron los efectos positivos de la psicoterapia (Corsini, 1958; Lipton, 1950; Rodgers, 1947; Rosow, 1955; Schmideberg, 1949; Showstack, 1956; Thorne, 1959); sin embargo, otros autores se mostraron pesimistas acerca del pronóstico de los psicópatas con o sin tratamiento (Cleckley, 1982; Darling, 1945; McCann, 1948; Meloy, 1988). Los investigadores más recientes, basándose en la evaluación crítica de la evidencia, argumentan que el tratamiento de los adultos psicópatas es inefectivo (Cleckley, 1982; Hare, 1970; McCord, 1982; Woody, McLellan, Robersky, y O'Brien, 1985).

**- La Terapia Expresiva de Apoyo** (*Supportive-Expresive Therapy*), **La Terapia Cognitivo-Conductual** (*Cognitive-Behavioral Therapy*) y **El Consejo de Drogas** (*Drug Counseling*).

Gerstley *et al*, 1989, compararon tres grupos de tratamiento, el consejo de drogas solo, la psicoterapia expresiva de apoyo más el consejo de drogas y la psicoterapia cognitivo-conductual más el consejo de drogas. Estos tratamientos fueron aplicados a una muestra de adictos a la heroína que estaban recibiendo además un tratamiento con metadona, y entre los que se encontraba un subgrupo diagnosticado de un TAP, así como diferentes subgrupos con otros trastornos psiquiátricos.

En este estudio no se encontraron diferencias significativas entre los resultados para los dos tipos de psicoterapia. Sí que se hallaron, sin embargo,

diferencias significativas entre la evaluación de la «vinculación terapéutica» de los sujetos antisociales y sus resultados del tratamiento en cuanto a una reducción del consumo de drogas y un incremento en el nivel ocupacional de estos sujetos. Advierten los autores que estos cambios no son tan significativos ni duraderos como los cambios que pueden experimentar otros subgrupos diagnósticos. La conclusión a la que llegaron los autores es que algunos pacientes que se encuadran dentro del criterio DSM-III de Trastorno Antisocial de la Personalidad son capaces de formar una relación significativa con el terapeuta y, por tanto, de beneficiarse de la psicoterapia.

En realidad, el trabajo de Gerstley *et al.* es una réplica de una investigación llevada a cabo por Woody *et al.* (1983) en los mismos términos y en la que los resultados fueron muy similares. Sin embargo, a sugerencia de Woody *et al.*, Gerstley *et al.* introducen una variable que podría dar explicación a los resultados que es la «vinculación terapéutica». Dado además que la muestra era la misma, nos parecía más pertinente tan sólo incluir la investigación de Gerstley *et al.* (1989).

- **El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento** (*Coping Skills Training*) y **El Grupo de Terapia Interaccional** (*Interactional Group Therapy*).

Kadden *et al.* (1989) llevaron a cabo una investigación en la que intentaron comparar los resultados de dos condiciones de tratamiento,, el Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento frente al Grupo de Terapia Interaccional y su relación con la psicopatía. La investigación se llevó a cabo en una muestra de sujetos alcohólicos, estando el tratamiento enfocado en el problema adictivo.

Aunque la interacción de la psicopatía con cualquiera de las dos condiciones de tratamiento es un claro predictor de la recaída, hay que advertir que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento fue más efectivo para los sujetos con mayor grado de psicopatía. La argumentación de los autores frente a sus hallazgos es que (dos pacientes con mayor grado de psicopatía pueden obtener mejores resultados con el entrenamiento en habilidades de afrontamiento debido a que no se requieren relaciones interpersonales significativas entre los miembros del grupo, y debido a que se suministran de forma específica habilidades para el manejo de la ira» (Cooney *et al.*, 1991 p. 601).

- **La Comunidad Terapéutica (TC)** (De León, 1989).

Existe un vasto número de estudios que han evaluado los cambios psicológicos entre los residentes de las Comunidades Terapéuticas (TCs). Es interesante señalar, como lo hace De León, que los hallazgos son muy similares a través de diferentes instrumentos, muestras y lugares. En cuanto a la mejoría durante el tratamiento, suele tener lugar en la autoestima, la fuerza del ego, la socialización y la depresión. Sin embargo, la mejoría es relativamente muy pequeña en las características de personalidad más intrínsecas. Por otra parte, en cuanto a la mejoría tras el tratamiento, es decir, a largo plazo, los pacientes con resultados conductuales desfavorables en términos de abuso de drogas y/o delincuencia manifiestan una escasa mejoría psicológica tanto durante el tratamiento como tras el mismo.

- **La Terapia Ambiental en Wiltwyck** (*Milieu Therapy at Wiltwyck*) y **La Escuela de Entrenamiento Lyman** (*The Lyman Trainnig School*) (McCord, 1982).

McCord (1982) llevó a cabo una investigación con el fin de analizar los efectos que tenía en los psicópatas su estancia en Wiltwyck y en Lyman, una vez habían abandonado estos dos centros, de orientación radicalmente diferente, como se desprende de la descripción anterior.

Los psicópatas suponían aproximadamente los mismos porcentajes en ambas escuelas, el 35 por 100 de la población de Wiltwyck y el 31 por 100 de la muestra de Lyman.

Los graduados de Wiltwyck hasta los veinticuatro años -y particularmente entre los quince y los diecinueve- tenían un menor grado de reincidencia que los de Lyman. A partir de los veinticuatro años la reincidencia decaía en Lyman y aumentaba levemente en Wiltwyck. Aparentemente Wiltwyck tuvo su mayor impacto sobre los psicópatas durante los cinco primeros años tras la libertad.

A excepción del grupo de edad de los quince a los diecinueve años que habían sido puestos en libertad en Lyman, una minoría de psicópatas de ambas escuelas fueron acusados de crímenes graves. Este hecho mina la prevalente opinión de que los psicópatas continúan en una carrera delictiva de por vida.

Los psicópatas de las dos escuelas cometieron la mayoría de los crímenes (entre el 56 y el 70 por 100 de los delitos), considerando los cometidos por los integrantes totales de ambas instituciones, a todos los niveles de edad.

Los psicópatas en general y en el caso de ambas escuelas tuvieron un mayor índice de encarcelación que los demás grupos integrantes de la muestra. Pero la posterior encarcelación difiere para ambas escuelas. Los niños de Wiltwyck eran enviados a instituciones básicamente similares a Wiltwyck, y algunos eran transferidos a unidades psiquiátricas para adolescentes. Por el contrario, los niños de Lyman eran transferidos a dependencias policiales o sentenciados a ingresar en instituciones de seguridad.

Estas últimas son posibles explicaciones al éxito inicial de los psicópatas en Wiltwyck y su posterior igualdad con los de Lyman. Los autores plantean explicaciones alternativas, como el uso de tratamiento psiquiátrico y médico en Wiltwyck frente a la ausencia de cualquier tipo de intervención en Lyman; el posible sesgo en los diagnósticos iniciales; el dominio de la raza negra e hispánica frente a la diversidad étnica de Lyman, etc.

Por tanto, aunque la tentativa inicial sería la de otorgar una mayor eficacia a la escuela de Wiltwyck, los resultados son mucho más ambiguos. Concluye McCord que: «Es aparente que el tratamiento en Wiltwyck cambia significativamente las actitudes y la conducta criminal de los chicos durante un período de entre cinco y diez años. Tras ello, parece que el efecto de tal ambiente benevolente se erosiona por otras influencias o acontecimientos» (McCord, 1982, p. 261).

- **La Psicoterapia de los Pacientes Diagnosticados Dualmente** (Kaufman, 1989).



Este tipo de psicoterapia ha sido utilizado por Kaufman durante varios años. Aunque este método individualizado de psicoterapia comprensiva ha tenido éxito cuando ha sido aplicada por algunos autores, el estilo y la personalidad de cada terapeuta individual es una variable importante en la predicción de los resultados del tratamiento. Igualmente, los pacientes con psicopatologías más severas obtienen mejores resultados con terapeutas entrenados de forma profesional. Creemos que sería interesante que cada terapeuta utilizara las pautas de tratamiento marcadas por Kaufman como base sobre la que añadir su propio estilo terapéutico individual y su personalidad. Todavía no hay resultados que puedan permitirnos extraer valoraciones definitivas sobre este modelo terapéutico.

## **12.4. CONCLUSIONES**

En realidad, ha habido poco interés en desarrollar programas de tratamiento para las personas diagnosticadas de psicopatías o de Trastorno Antisocial de la Personalidad, en parte por la creencia compartida de que se trata de personas «incurables» o no tratables. Por otra parte, ha habido también una renuencia a considerar los factores de personalidad implicados en las poblaciones de delincuentes más peligrosos, lo que ha tenido el efecto desafortunado de no estudiar tales variables como elementos moduladores de los resultados del tratamiento. Por ejemplo, sabemos poco, en términos de éxito terapéutico, de la importancia de trabajar con psicópatas «neuróticos» o secundarios, en lugar de los psicópatas «puros» o primarios.

En los últimos años, sin embargo, ha habido diversos intentos por introducir las variables de personalidad -tales como las implicadas en el trastorno de la - la conceptualización de un programa de intervención. Esto ha seguido el modelo de operacionalizar tales variables, convirtiéndolas en déficit o excesos de conductas. Se comprende esta iniciativa, ya que es realmente difícil trabajar con el concepto de «paranoia», pero más factible hacerlo con el de «violento ante situaciones de frustración. Esta es la línea de Marshall y Barbaree (1984), quienes definen los desórdenes de personalidad como repertorios de conducta social inhábiles, que no consiguen elicitarse respuestas reforzantes -o no aversivas- de los demás. Aunque el modelo de estos autores se centra en el fortalecimiento de las conductas adaptativas, pone un énfasis especial en la modificación de las expectativas irreales en torno a uno mismo y a los otros, las cuales, se cree, están apoyando estilos de conducta desadaptados e inflexibles. Este procedimiento se ajusta plenamente a las terapias de corte cognitivo-conductual, si bien, a decir de Blackburn (1989), hay mayor interés en el modelo de Marshall y Barbaree en los procesos de comunicación y motivación.

Los resultados que tenemos con respecto a la psicopatía son muy vagos, en buena medida porque la calidad de la investigación efectuada ha sido muy escasa. Por ejemplo, Levine y Bornstein (1972) examinaron casi 300 informes relativos al tratamiento de los psicópatas, pero de ellos tan sólo 10 poseían criterios metodológicos mínimos (tales como grupo de comparación y criterios específicos de éxito terapéutico). Unos años después, Suedfeld y Landon (1978) revisaron la literatura existente hasta el año 1975, y concluyeron que

los psicópatas requerían un tratamiento caracterizado por los siguientes puntos: la terapia debía seguir unos criterios estrictos de conducta, con un apoyo activo pero nunca ingenuo; el uso de ciertas drogas puede ayudar a establecer un cierto vínculo con el terapeuta; finalmente, la comunidad terapéutica y el paso del tiempo pueden proporcionar buenos resultados.

Como se ve, es poco material para extraer valoraciones prácticas con excesivo detalle. En revisiones posteriores de McCord (1982) y Mollá (1993) tampoco se extraen conclusiones más definitivas. La revisión que hemos efectuado en este capítulo pone de relieve, sin embargo, tres aspectos de interés.

Primero, no se puede obviar el tratamiento del alcohol y las drogas en el tratamiento de los psicópatas. Aunque conceptualmente no deben confundirse, en un porcentaje muy elevado (en torno al 60-80 por 100) ambos síndromes han de ser objeto de intervención.

En segundo lugar es importante clarificar el cuadro de personalidad al que nos estamos enfrentando. En particular, ha de estudiarse con detenimiento si nos hallamos bien ante delincuentes multirreincidentes o bien ante *delincuentes realmente psicópatas*, es decir, personas que cumplen los criterios definidos por Cleckley y Hare. La solapación de sujetos diagnosticados con un TAP con los psicópatas no favorece a nadie, de ahí que la investigación debería separar ambos constructos en la validación de los resultados.

En tercer lugar, no deberían menospreciarse los hallazgos de la investigación de Rice (1992), en la que una comunidad terapéutica de máxima seguridad aumentó el comportamiento socialmente habilidoso de los psicópatas, pero también su reincidencia en crímenes violentos. *Debería ponerse un cuidado especial en no favorecer únicamente el aprendizaje de habilidades sociales significativas, ya que se hace necesario un desafío profundo de las actitudes antisociales de los psicópatas; al menos hasta el punto en que ellos comprendan que no es ventajoso seguir delinquiendo.*

En opinión de Blackburn (1989), los desórdenes de personalidad no son enfermedades, de ahí que su tratamiento haya de basarse más en programas de educación que en tratamientos de naturaleza médica. Nosotros estamos de acuerdo con esta afirmación, pero añadiríamos que tal educación debería constituir un logro de acuerdo al sentido de este término: un progreso real en el desarrollo de la personalidad, una maduración significativa en la esfera afectiva, cognitiva y conductual del sujeto. La mera instrucción no es educación, y con los psicópatas esto puede constituir un error de consecuencias fatales.

---

1 Un *Checklist* o escala de calificación es una hoja donde aparecen descripciones de la conducta o del carácter de un individuo, las cuales han de ser valoradas por un juez en su grado de aplicación al individuo que está siendo estudiado, utilizando una escala numérica.

2 Antabuse es un fármaco que produce efectos desagradables (náusea, sudor frío) cuando la gente bebe alcohol dentro de las doce horas siguientes a su ingestión. Puesto que el propio individuo es el que se administra el antabuse, el éxito de esta técnica depende de su motivación para reducir o eliminar la bebida. Si el individuo no toma el fármaco, o si está más interesado en beber que en permanecer sobrio, la terapia del antabuse no tiene éxito (Sarason y Sarason, 1986).

3 AA, Alcohólicos Anónimos; CA, Dependientes Químicos Anónimos (*Chemical Abusers Anonymous*), y NA, Dependientes de los Narcóticos Anónimos (*Narcotics Abusers Anonymous*).