



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República  
Facultad de Psicología

# **Diagnóstico de psicopatía: posibilidades de intervención**

Trabajo Final de Grado  
Modalidad: Monografía

Estudiante: Tamara Belén Molina Acosta

C.I.: 5.330.622-9

Docente tutora: Asis. Mag. Andrea Gonella

Docente revisora: Asis. Mag. Rossina Machiñena

Abril, 2024

Montevideo, Uruguay

## Índice

Resumen .....	1
Introducción .....	2
1. Origen y evolución del constructo psicopatía .....	3
2. Conceptualización de la psicopatía .....	6
3. Descripción fenomenológica de la psicopatía .....	7
3.1. Rasgos interpersonales .....	8
3.2. Rasgos emocionales .....	9
3.3. Estilo de vida (rasgos comportamentales).....	10
4. La evaluación de la psicopatía: escala PCL-R .....	11
5. Origen y desarrollo de la psicopatía en la vida del sujeto: influencia de las experiencias tempranas.....	12
6. Diagnóstico diferencial .....	14
7. Psicopatía subclínica-integrada.....	16
8. Psicopatía y criminalidad.....	17
9. Tratamiento de la psicopatía .....	18
9.1. La evidencia.....	18
9.2. Intervenciones posibles .....	20
9.2.1. Terapia psicoanalítica .....	20
9.2.2. Terapia cognitivo-conductual .....	22
9.2.2.1. Terapia dialéctica-conductual .....	23
9.2.2.2. Terapia de esquemas .....	25
10. Tratamiento de la psicopatía en el contexto de privación de libertad.....	27
10.1. Modelo dos componentes.....	27
10.2. Modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR).....	28
11. Prevención de reincidencia delictiva en personas privadas de libertad con diagnóstico de psicopatía .....	30
12. Abordaje de la psicopatía en Uruguay y desafíos .....	31
12.1. Población uruguaya privada de libertad y psicopatía .....	32

12.1.1. La evaluación de la psicopatía en el contexto penitenciario de Uruguay: aplicación de la PCL-R en una cárcel uruguaya.....	32
12.1.2. Aplicación del modelo RNR en Uruguay .....	33
12.1.3. El psicólogo en el sistema penitenciario y psicopatía .....	34
12.2. Sistema Nacional Integrado de Salud y psicopatía .....	35
12.3. <i>Código de ética profesional del psicólogo/a</i> y abordaje de la psicopatía .....	36
Conclusiones .....	38
Referencias bibliográficas .....	40
Anexos.....	48

## Resumen

El presente trabajo pretende indagar sobre la posibilidad de tratamiento de personas con diagnóstico de psicopatía.

Para ello se partirá de la historia del constructo psicopatía, hasta llegar a su conceptualización actual, evaluación y origen de esta en el desarrollo evolutivo del sujeto. Luego se propondrá el diagnóstico diferencial entre psicopatía y otros cuadros similares y la contraposición entre psicopatía criminal e integrada. Después, se buscará indagar sobre las opciones de tratamiento y su eficacia para, finalmente, contextualizar la problemática a la realidad uruguaya.

La psicopatía es un trastorno de personalidad que, como indica Hare (2003), “se traduce en la aparición de problemas en tres vertientes a la vez: en sus relaciones con los demás, en su afectividad y en su conducta” (p. 8).

Existen diversas posturas en relación con la posibilidad y eficacia de tratamiento de las personas con diagnóstico de psicopatía: hay quienes niegan de forma enfática la posibilidad de intervención; hay quienes sostienen que existen deficiencias metodológicas en los programas de tratamiento que se han realizado hasta la fecha, lo cual respalda la visión pesimista respecto a la rehabilitación de esta población (Muñoz Vicente, 2011).

**Palabras clave:** psicopatía, tratamiento, comportamiento antisocial, PCL-R, salud mental.

## Introducción

El diagnóstico de psicopatía se encuentra atravesado por ideas prejuiciosas y juicios de valor negativos en donde se estigmatiza y juzga a quien posee esta condición (De Santisteban Pérez, 2016).

Goffman (1970 en López et al., 2008) sostiene que el estigma está compuesto por un “atributo profundamente desacreditador”, o sea, una característica que provoca un amplio descrédito o desvalorización en quien la tiene. (p. 45).

Este fenómeno está presente en muchos ámbitos y, especialmente, en el de la salud mental, ya que ha sido y sigue siendo una importante barrera para el desarrollo de servicios que promuevan la integración de las personas afectadas (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Este estigma puede verse presente en diferentes lecturas que se hacen sobre la psicopatía, en donde la persona que tiene este diagnóstico es vista como un claro ejemplo del “mal” debido al desconocimiento y el morbo del constructo mediatizado socialmente y de las dificultades que presenta su conceptualización en la literatura especializada (De Santisteban Pérez, 2016).

Esta imagen claramente negativa de las personas con diagnóstico de psicopatía también se ve alimentada por la influencia de los medios de comunicación, en donde se muestra a la persona con diagnóstico de psicopatía como un ser desalmado capaz de cometer los crímenes más atroces (Raine y Sanmartín, 2002).

Películas tales como *El silencio de los corderos* muestran una cara de la psicopatía que genera fascinación en el espectador (Hare, 2003), pero esta imagen que proyectan dista bastante de la realidad, ya que la mayoría de las personas con psicopatía no cometen actos criminales (Raine y Sanmartín, 2002).

Si bien el hecho de padecer psicopatía puede aumentar la probabilidad de cometer delitos, debido a ciertos rasgos de personalidad, de ninguna manera conduce irrevocablemente al crimen (Muñoz Vicente, 2011).

Considerando lo mencionado anteriormente, en este trabajo no se busca perpetuar estas ideas preconcebidas, sino adoptar una postura reflexiva frente a la temática.

Atendiendo al formato de monografía, aquí se presenta una revisión y sistematización de parte de la literatura publicada sobre la psicopatía para poder dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo en su abordaje.

## 1. Origen y evolución del constructo psicopatía

En la búsqueda del origen de este constructo, “no existe total consenso a la hora de delimitar quién sería el pionero en conceptualizar la psicopatía como un trastorno mental” (Koch y Montes, 2018, p. 47).

López Magro y Robles Sánchez (2005) sostienen que el primero en hacerlo fue Benjamin Rush cuando en 1786 publicó el ensayo en el que introduce el término *depravación moral (innata)*, el cual aludía a un “trastorno mental en el que estaban afectadas las facultades morales con conservación de la razón y otras facultades intelectuales” (p. 138).

No obstante, hay quienes afirman que el psiquiatra francés Philippe Pinel habría sido el primero en delimitar y profundizar acerca del tema al introducir el concepto de *manía o locura sin delirio* en 1801 (Koch y Montes, 2018). Este término hacía referencia a aquellas personas cuya capacidad intelectual no se encontraba afectada, sin embargo, presentaban un comportamiento que entraba en conflicto con las normas morales o sociales, manifestando extraños ataques de ira y ausencia de culpabilidad (López Magro y Robles Sánchez, 2005).

Hasta esta primera definición de *psicopatía* se pensaba que “padecer un trastorno mental era equivalente a padecer una alteración de la razón, y solo una desintegración de las facultades de razonar y del intelecto podía considerarse locura” (Millon, en Koch y Montes, 2018, p. 47).

Luego de esta primera aproximación a la conceptualización de la psicopatía, se introdujo el término *locura moral o moral insanity*, el cual fue acuñado por el británico James Cowles Prichard en 1835 (García Garrido, 2016). Este lo definió como un “trastorno que afecta solo a los sentimientos y afectos, también llamados los poderes morales de la mente, en contradicción a los poderes del entendimiento o intelecto” (Koch y Montes, 2018, p. 47).

Es así que tanto “Pinel como Prichard trataron de instalar la idea de que existían insanias sin compromiso intelectual, pero sí afectivo y volitivo” (Pozueco Romero, 2010, p. 32). Con respecto a esto, Garrido Genovés y López Latorre (2012) afirman que Prichard al igual que Pinel reconoce que en la psicopatía no hay perturbación mental, para pasar luego a situar la patología “principal o exclusivamente en el ámbito de los sentimientos, temperamento o hábitos” (p. 5).

Si bien la descripción planteada por Prichard tiene similitudes con la de Pinel, difiere de la actitud “moralmente neutra” de Pinel hacia estos trastornos. Para este último, se les debía dar un trato empático a los sujetos que padecían trastornos mentales mientras que para Prichard estos comportamientos significaban un “defecto del carácter” de estas personas cuyas actitudes tendrían que ser reprendidas y condenadas socialmente (Koch y Montes, 2018).

Además, Prichard incluyó bajo la calificación de *locura moral* varios trastornos mentales y emocionales, por lo que un grupo diverso de trastornos fue subsumido en la categoría de locura moral de este autor, de forma que casi todas las alteraciones mentales, distintas de la discapacidad intelectual y la esquizofrenia, entrarían en esa clasificación (Pozueco Romero, 2010).

Después, en 1891 Koch propone el término *inferioridad psicopática constitucional*, en donde se puso de manifiesto la base biológica o constitucional de este cuadro que no debía ser clasificada dentro del concepto de *enfermedad mental*. El autor afirma que entre quienes padecen esta dolencia, se distinguen los que son una carga para sí mismos y aquellos que lo son para otras personas (López Magro y Robles Sánchez, 2005). Aclara, además, que todas las inferioridades psicopáticas constitucionales pueden ser agudas o crónicas, ser desencadenadas por diversas causas y adoptar tres formas: delicadeza psíquica, disposición psicopática y anormalidad intelectual y moral (García Garrido, 2016). A pesar de que no consideraba enfermos mentales a estas personas, tampoco estaba a favor de su castigo, ya que afirmaba que al ser “inferiores constitucionalmente” tendrían menor responsabilidad legal y debían ser tratados en instituciones psiquiátricas y no en cárceles (Koch y Montes, 2018).

La obra de Koch fue continuada por Kraepelin, quien en 1896 introduce el término *estados psicopáticos* para hacer referencia a trastornos constitucionales que se manifiestan como personalidades mórbidas. El término fue sustituido por el de *personalidad psicopática* en 1904 por el mismo Kraepelin, con el cual denominaba “a este tipo de personas que no son ni neuróticos ni psicóticos, que no están en el esquema de manía-depresión, pero que sí tienen un choque en cuanto a los parámetros sociales imperantes” (Pozueco Romero, 2010, p. 33). Bajo esta denominación reunió “a los criminales congénitos, la homosexualidad, los estados obsesivos, la locura impulsiva, los inconstantes, los embusteros y farsantes y los pseudolitigantes” (Pozueco Romero, 2010, p. 33). Al igual que Koch le da importancia a la etiología constitucional y desestima la idea de que estos individuos sean enfermos mentales (Koch y Montes, 2018).

Por otro lado, el psiquiatra y neurólogo Karl Birnbaum realizó importantes aportes en relación con la psicopatía en la primera década del siglo XX, pero estos difieren radicalmente los déficits hereditarios y constitucionales de los hablaban Koch o Kraepelin. Por su parte, propone una mirada de índole ambientalista, en donde hace hincapié en los determinantes sociales del comportamiento psicopático y busca recalcar la importancia del aprendizaje social y el efecto producido por las tempranas influencias ambientales negativas; introduce el concepto de *sociopatía* en 1914 (Koch y Montes, 2018).

En 1923 Schneider publicó su obra *Personalidades psicopáticas*, en la que afirma que las personas con diagnóstico de psicopatía presentan un trastorno de la personalidad con el que sufren o hacen sufrir a los demás (García Garrido, 2016). Schneider creía que se debía

ser prudente y tomar en consideración que aparte de los que acababan involucrados en acciones criminales también se podía encontrar a estas personas viviendo sin violar las leyes de la sociedad (Pozueco Romero, 2010). Este autor realiza una división de las personalidades psicopáticas entre una variedad más pasiva, falta de afecto, una idea más próxima a lo que hoy se denomina tipo esquizoide y otro de tipo antisocial más activa (Pozueco Romero, 2010).

Asimismo, distingue diez tipos de personalidades psicopáticas según su rasgo más distintivo: hipertímicos, depresivos, inseguros de sí mismos, fanáticos, necesitados de estimación, lábiles, explosivos, desalmados, abúlicos y asténicos (López Magro y Sánchez Robles, 2005).

Una de las propuestas más destacadas de la primera mitad del siglo XX surge de la mano de Cleckley, quien plasma sus ideas en su libro *The Mask of Sanity*, en 1941 (Koch y Montes, 2018). En su obra, Cleckley presenta una descripción de la psicopatía que es considerada por muchos la más apropiada hasta ese entonces (Koch y Montes, 2018). A causa de este motivo y en virtud de la influencia que ha tenido en trabajos posteriores, se proseguirá a hacer un desarrollo un tanto más extensivo que el del resto de los autores mencionados previamente en este apartado.

Si bien la descripción formulada por Cleckley se cimenta en los aportes de autores previos y remarca características psicológicas negativas o deficitarias, destaca el hecho de haber podido elaborar una definición que contempla una visión más completa del constructo, que considera aspectos interpersonales y afectivos, en conjunto con las conductas propiamente antisociales (Parellada et al., 2010, en Koch y Montes, 2018). A este respecto, el autor consideraba que solo la conducta antisocial y destructiva no es suficiente para establecer un diagnóstico de psicopatía. Sostenía que era posible que también los sujetos con este diagnóstico pudiesen ocupar posiciones consideradas de “estatus social”, como científicos, médicos, psiquiatras, juristas y personas de negocios, a diferencia de autores anteriores que circunscribían la psicopatía a contextos penitenciarios. Cleckley definió estos casos como *manifestaciones subclínicas* del trastorno. No obstante, subrayaba que se trataba de variantes de la misma patología que subyace a los casos clínicos, debido a que estos casos subclínicos exhiben signos de experimentar reacciones internas semejantes a las de los casos clínicos (Pozueco Romero et al., 2011a).

En su obra el autor realiza una descripción fenomenológica interna y externa de la personalidad psicopática. Según Cleckley, las personas con diagnóstico de psicopatía tienen una conciencia intelectual intacta, pero una conciencia moral disminuida (García Garrido, 2010). En este sentido, Cleckley afirmaba que las personas con diagnóstico de psicopatía eran incapaces de entender y expresar el significado de experiencias emocionales, aun cuando podían entender perfectamente el lenguaje y los procesos lógicos del pensamiento;



a esto lo denominó *demencia* o *afasia semántica* (Millon y Davis, 2001, en García Garrido, 2016).

Johns y Quay (1962) ilustraron esta idea con la expresión “el psicópata se sabe la letra, pero no la música” (Pozueco Romero et al., 2011a, p. 128).

Cleckley (1988), en su obra, plantea una serie de criterios diagnósticos para tener en cuenta a la hora de hablar de psicopatía. Estos criterios son:

1. Encanto superficial e inteligencia normal.
2. Ausencia de delirios y otros signos de pensamiento irracional.
3. Ausencia de nerviosismo y manifestaciones psiconeuróticas.
4. Falta de fiabilidad.
5. Mentira e insinceridad.
6. Incapacidad para experimentar remordimiento o vergüenza.
7. Conducta antisocial inadecuadamente motivada.
8. Falta de juicio o dificultad para aprender de la experiencia.
9. Egocentrismo patológico o incapacidad de amar.
10. Pobreza en las reacciones afectivas.
11. Pérdida específica de introspección.
12. Falta de respuesta en las relaciones interpersonales generales.

Basándose en las ideas de Cleckley, el siguiente autor que influye en el presente más inmediato del constructo será Hare (1980), quien es considerado uno de los principales exponentes de estudio de la psicopatía actual y quien realizó una clasificación y descripción del cuadro que es percibida de gran importancia para la conceptualización teórica e implicaciones prácticas de todo lo relativo a la psicopatía (Dujo López y Horcajo Gil, 2017).

A partir de sus investigaciones y experiencia, Hare creó en 1991 una Escala de Evaluación de la Psicopatía denominada PCL-R, la cual es un instrumento para evaluar los síntomas definitorios de la psicopatía en el contexto forense, clínico y de investigación (Hare, 2013).

Debido a la influencia actual de la teorización de Hare con respecto a la temática abordada, sus fundamentos se expondrán a lo largo del presente trabajo.

En Anexos (tabla 1), se presenta de forma resumida a los autores mencionados en este capítulo y sus principales aportes.

## **2. Conceptualización de la psicopatía**

La confusión e incertidumbre que presenta el término *psicopatía* empieza desde su etimología. Esta palabra significa literalmente 'enfermedad mental' (de *psique*, 'mente' y *pathos*, 'enfermedad') (Hare, 2003). Sin embargo, para el autor la psicopatía no debe

entenderse como el resto de las enfermedades mentales ya que las personas con este diagnóstico no se encuentran desorientadas, ni experimentan alucinaciones o delirios. (Hare, 2003). Tampoco parecen presentar algún trastorno del estado de ánimo o impulsos irresistibles que lo lleven a mantener una actividad frenética. Por el contrario, exhiben un juicio sereno y una correcta racionalidad, lo que podría llevar a una evaluación superficial a no detectar ninguna patología aparente (Rosselló Mir y Revert Vidal, 2010).

Por su parte, Muñoz Vicente (2011) sostiene que la psicopatía es un trastorno de la estructura de personalidad producto de una conformación de rasgos temperamentales y características particulares que puede expresarse con desajustes comportamentales.

La postura de Hare (en Raine y Sanmartín, 2002) concuerda con la definición anterior. Para este autor, la psicopatía es un trastorno de personalidad en el que aparecen problemas en sus relaciones con los demás, en su afectividad y también en su conducta.

No obstante, en algunas instancias Hare (2003) refiere a la psicopatía como un síndrome, en el sentido de que está constituido por un conjunto de síntomas y signos; empero, esta apreciación no es incompatible con su identificación como trastorno de personalidad.

Continuando con su teorización sobre la psicopatía, Hare (2003) sostiene que estas personas presentan un comportamiento libre de inhibiciones y frenos. De esta manera, la persona con psicopatía puede llegar a actuar sin que le incomoden los daños que pueda llegar a infligir a los otros cuando busca obtener lo que desea. Asimismo, suele actuar por la satisfacción del momento y responde de forma rápida y vehemente ante la mínima provocación, ya que su control inhibitorio es débil.

Siguiendo con lo expuesto, Babiak et al. (2012, en León-Mayer et al., 2013) afirman que la persona con psicopatía “contempla al mundo desde un déficit emocional profundo, lo que implica un fuerte desapego frente a personas y eventos que para otros revisten coloratura afectiva” (p. 254).

Por su parte, Pozueco-Romero et al. (2015) disienten con Hare y sostienen que la psicopatía es un tipo de personalidad atípica, descartan que pueda encasillarse como un trastorno de personalidad.

Si bien conviven diferentes posturas a la hora de conceptualizar este cuadro, para la elaboración de este trabajo se adoptará la identificación de Hare de la psicopatía como trastorno de personalidad, profundizando en su caracterización en el siguiente capítulo.

### **3. Descripción fenomenológica de la psicopatía**

Aunque aún existen discusiones e investigaciones en curso sobre el origen, la dinámica y los límites conceptuales, siempre ha habido consenso en cuanto a las principales

características afectivas, interpersonales y comportamentales de este constructo (Raine y Sanmartín, 2002).

Para detallar los rasgos personales y conductuales típicos de las personas con diagnóstico de psicopatía, se continuarán desarrollando las investigaciones realizadas por Hare acerca de este trastorno de personalidad. Como se dijo en el apartado anterior, este autor toma los aspectos que considera más determinantes de la psicopatía —apoyándose fundamentalmente en los síntomas descritos por Cleckley— y realiza una diferenciación entre los rasgos interpersonales, emocionales y conductuales (estilo de vida) de este cuadro, los cuales se mencionan a continuación.

### **3.1. Rasgos interpersonales**

- Encanto superficial y locuacidad

Hare (2013) afirma que este rasgo refiere a un individuo hablador, locuaz y de palabra fácil que transmite cierto encanto superficial y poco sincero. El autor sostiene que esta persona suele presentar una conversación amena y divertida, siempre con una respuesta rápida e ingeniosa, y que en muchas oportunidades cuenta historias inverosímiles, pero que de alguna manera terminan resultando convincentes.

En relación con este rasgo, Cleckley (1988) asevera que la persona con diagnóstico de psicopatía se presenta en general como alguien amable y agradable, causa una primera impresión claramente positiva. En una primera instancia, no se percibe ningún comportamiento extraño en él y se lo advierte como una persona afable.

- Sentido desmesurado de autovalía

En cuanto a esta característica, Hare (2013) argumenta que remite a un individuo que tiene una visión muy exagerada de sus capacidades y de su autovalía. Esto puede llevar a la persona al planteamiento de metas ilimitadas de éxito, demanda y percepción errónea de admiración por parte de los otros (Rodríguez González y González Trijueque, 2014).

Asimismo, alude a una persona que lleva a cabo una búsqueda activa de su propia satisfacción, puede llegar a minusvalorar a otros y presentar despreocupación por las motivaciones ajenas y sociales (Rodríguez González y González Trijueque, 2014).

- Manipulación y mentira patológica

Este rasgo refiere a un sujeto en el que la mentira y el engaño constituyen un elemento característico de sus interacciones con otros (Hare, 2013).

Además, denota a una persona poseedora de una notable facilidad para salir airosa cuando se la confronta con la verdad o frente al descubrimiento de alguna mentira (Hare, 2013).

### 3.2. Rasgos emocionales

Siguiendo con la exposición de las principales características de la psicopatía, es preciso mencionar ciertos rasgos emocionales que pueden estar presentes en personas con diagnóstico de psicopatía. Estos pueden ser:

- Falta de remordimiento o culpa

Este carácter describe a una persona poseedora de una llamativa falta de interés por las consecuencias que sus acciones negativas pueden tener en los otros (Hare, 2003).

Tampoco suele asumir la culpabilidad y puede acusar a los demás como responsables (Cleckley, 1988), lo que va asociado a una llamativa habilidad para racionalizar su comportamiento (Hare, 2013).

- Portador de emociones superficiales

En cuanto a este rasgo, Rosselló Mir y Revert Vidal (2010) afirman que remite a un individuo que tiende a mostrar pobreza afectiva frente a acontecimientos vitales y del diario vivir; y cuando exhibe reacciones emocionales, estas tienden a ser grandilocuentes y exageradas. Sabe mostrar la expresión adecuada al contexto sin que esta sea necesariamente correlativa a una experiencia afectiva auténtica.

- Falta de empatía

Este aspecto describe a una persona que evidencia desinterés por las emociones y los sentimientos ajenos (Yesuron, 2017).

Con respecto a esto, Hare (2003) afirma que el individuo parece incapaz de “ponerse en la piel” de los demás, excepto en un sentido meramente intelectual.

Para el entendimiento de cómo funcionaría la empatía en aquellas personas con diagnóstico de psicopatía, Hoffman (2000, en Rodríguez González y González Trijueque, 2014) plantea el modelo multidimensional de la empatía. El autor explica que este modelo parte de la idea de la presencia de

tres componentes en la respuesta empática: los dos primeros cognitivos y el otro afectivo: 1) la habilidad para identificar el estado emocional de otra persona, 2) la capacidad para asumir la perspectiva y el rol del otro, y 3) la capacidad de experimentar la misma emoción que el otro está sintiendo (reactividad emocional) (p. 129).

De acuerdo con este planteo, el individuo tendría acentuado el componente cognitivo, ya que posee una gran capacidad para percibir el estado emocional del otro. No obstante, carece del componente afectivo, dado que no logra experimentar la emoción que el otro está sintiendo (Hoffman, 2000, en Rodríguez González y González Trijueque, 2014).

### 3.3. Estilo de vida (rasgos comportamentales)

Luego de mencionar los componentes afectivos e interpersonales característicos de las personas con diagnóstico de psicopatía, se proseguirá a presentar sus caracteres conductuales, los cuales refieren a un estilo de vida desviado de las normas sociales.

- Necesidad de excitación

Este carácter hace mención a un sujeto que tiene una gran necesidad de excitación y que, por lo tanto, desea vivir al límite (Hare, 2003). En este sentido, la persona puede manifestar tendencia al aburrimiento, no tolerar las actividades rutinarias y presentar dificultad para mantener la atención en aquello que no le genera interés (Rodríguez González y González Trijueque, 2014).

- Falta de responsabilidad

Las características mencionadas anteriormente están asociadas a la irresponsabilidad que también puede estar presente en la persona con diagnóstico de psicopatía, en donde las obligaciones o compromisos pueden no adquirir significación alguna. La persona presenta incapacidad o falta de motivación para plantearse y llevar adelante planes y objetivos realistas a largo plazo (Hare, 2013).

- Impulsividad

Hare (2013) sostiene que este rasgo hace alusión a sujetos que en general tienen una conducta "impulsiva, no premeditada y sin reflexión o previsión" (p. 74). Es infrecuente que le dedique tiempo a evaluar los pros y contras de una acción o contemplar las posibles consecuencias de esta para un tercero o para los demás (Hare, 2013)

Para Rodríguez González y González Trijueque (2014), la impulsividad de la persona con diagnóstico de psicopatía no debe concebirse como la insensibilidad a la fuerza del estímulo (ya que mayoritariamente su conducta es premeditada), sino que está sujeta por la tendencia a regularse por las señales de recompensa y gratificación inmediata.

- Poco control de su conducta

En cuanto a la falta de control conductual de la persona con diagnóstico de psicopatía, Hare (2003) afirma que el control inhibitorio de estos sujetos suele ser débil y que la mínima provocación en ellos puede llevarlos a responder vehementemente.

- Problemas de conducta en la infancia

Otra característica comportamental de la psicopatía está dada por la presencia de problemas de conducta en la infancia de las personas con este diagnóstico. Estos problemas pueden implicar la mentira permanente, escapadas de la casa, robo, abuso de sustancias,

vandalismo, ausentismo escolar, provocación de incendios, sexualidad precoz, entre otras (Hare, 2003). Dado que muchos niños pueden presentar algunos de estos comportamientos en algún momento, es importante señalar que la historia de estas conductas es más duradera y seria que en los demás niños. Otro claro signo de problemas emocionales y conductuales que pueden presentar es una temprana crueldad con los animales (Hare, 2003).

- Conducta antisocial del adulto

Este rasgo alude a un individuo que presenta un comportamiento marcado por el incumplimiento de las normas y las expectativas sociales en su adultez (Hare, 2003).

Las conductas antisociales son un tema de discusión dentro de la conceptualización de la psicopatía. Algunos autores señalan que no son criterios definitorios del trastorno, sino más bien consecuencias de este, mientras que otros sostienen que son características propias de la psicopatía (Rodríguez González y González Trijueque, 2014).

#### **4. La evaluación de la psicopatía: escala PCL-R**

Desde los años noventa hasta la actualidad, la Escala de Evaluación de la Psicopatía Revisada (*Psychopathy Checklist-Revised* —PCL-R—) ha tenido gran aceptación en la comunidad científica, se tradujo a diferentes idiomas y se ha utilizado en diversas investigaciones; por muchas personas es considerada un estándar de evaluación para el trastorno (León-Mayer, Asún-Salazar y Folino, 2010). Como este instrumento es considerado una referencia para el diagnóstico de psicopatía, surge la pertinencia de este capítulo.

A partir de los rasgos característicos de la psicopatía mencionados en el apartado anterior, Hare desarrolló este instrumento. Se utiliza para evaluar la psicopatía en contextos clínicos, forenses y de investigación, a través de una entrevista semiestructurada, datos extraídos de los expedientes judiciales y demás información colateral recogida por el evaluador (Hare, 2013).

Se desarrolló a raíz del intento de Hare por definir operacionalmente el concepto de *psicopatía*. Para ello, el autor elaboró una lista de 100 ítems basándose en los criterios de Cleckley y en los rasgos y conductas que los especialistas estimaban básicos para el diagnóstico de este desorden. Después, este inventario fue reducido a 22 y en la actualidad cuenta con 20 ítems (Luengo y Carrillo de la Peña, 2009). Al evaluador se le brinda una descripción del rasgo a evaluar y se le exhiben ejemplos conductuales que reflejan esa característica, luego se le solicita que puntúe en una escala de 0 a 3 en qué medida se aplica al sujeto evaluado (0 = No se aplica; 1 = Se aplica en alguna medida; 2 = Se aplica totalmente) (Luengo y Carrillo de la Peña, 2009).

Hare (2013) ubicó el punto de corte en 30 a la hora de diagnosticar a una persona con psicopatía. Por eso, con frecuencia los profesionales subdividen sus muestras en tres grupos: uno con puntuación alta (“psicópatas puros”), que se define por una puntuación de 30 o superior, uno con puntuación media, que abarca una puntuación de 20 a 30 (“mixtos”) y un grupo con baja puntuación (“no psicópatas”), que se define por una puntuación inferior a 20).

En 1991, el autor sistematizó todo el trabajo realizado a través de la primera versión del *Manual de aplicación* (Bonilla Armada, 2021). En este manual, se detalla la existencia de dos factores correlacionados: por un lado, el factor 1, que evalúa el área interpersonal y emocional y, por otro, el factor 2, que evalúa el estilo conductual y antisocial (Hare, 1991, en Bonilla Armada, 2021).

En el año 2003, Hare publica una segunda edición del *Manual de aplicación*, en la que propone una nueva estructura a los factores originales. Divide a cada uno en dos facetas: interpersonal/afectivo, estilo de vida y antisocial (en Bonilla Armada, 2021).

Como indica Yesuron (2017) en América Latina se han realizado estudios para validar este instrumento. Se destacan las investigaciones llevadas a cabo en Argentina por Folino y Hare (2005) y Folino y Mendioca (2006); en Chile, por León-Mayer, Asún-Salazar y Folino (2010); en Colombia, por García Valencia et al. (2008).

Además, existen dos escalas derivadas de la PCL-R: PCL-YV (*Psychopathy Checklist Youth Version*), que se utiliza en jóvenes menores de 18 años, y PCL:SV (*Psychopathy Checklist Screening-Version*), que es más breve, ya que consta de 12 ítems, requiere información colateral menos extensa que la PCL-R y puede utilizarse en población en general o en contextos penitenciarios (Hare, 2013).

En Anexos (tabla 2) se encuentra una tabla elaborada por Hare (2003) en donde enumera los ítems que componen la Escala de Evaluación de la Psicopatía Revisada (PCL-R).

## **5. Origen y desarrollo de la psicopatía en la vida del sujeto: influencia de las experiencias tempranas**

Para procurar entender el constructo en su complejidad resulta importante tener en cuenta cómo la primera etapa del desarrollo evolutivo del individuo puede jugar un rol significativo en la emergencia de este trastorno de personalidad. Se ha optado por dar un enfoque que se centre en la etiología ambiental de la psicopatía y no la biológica o constitucional, ya que no se pretende hacer una lectura biologicista del trastorno en el presente trabajo.

De esta manera, se ha comprobado que un importante número de sujetos con diagnóstico de psicopatía han sufrido en su infancia una privación en su entorno, abusos, crueldad, agresividad y una disciplina inconveniente (Giner Alegría, 2011).

En esta línea, Woods Winnicott (1990) sostiene que el niño cuyo hogar no logra darle un sentimiento de seguridad busca encontrar el marco de su vida fuera del hogar. El niño busca en sus abuelos, tíos, amigos de la familia, escuela estabilidad externa, para obtener de sus parientes y de la escuela lo que no ha conseguido en su casa. Sin embargo, el niño antisocial simplemente busca un poco más lejos, apela a la sociedad en lugar de recurrir a su familia o a la escuela, para que le proporcione la estabilidad que necesita a fin de superar las primeras y muy esenciales etapas de su crecimiento emocional.

De igual forma Winnicott, (1991) otorga importancia a los primeros años de vida. Es precisamente en este período del desarrollo cuando la privación resulta más nociva, logrando derivar en la interrupción del proceso de socialización, y con él, de la capacidad del niño para ponerse en la situación de otra persona. Por tanto, la tendencia antisocial se deriva a la obstrucción de la capacidad de preocuparse en el niño y a la privación afectiva o vincularia en la niñez (Celedón Rivero et al., 2016, p. 155).

Sánchez y Gallardo Vergara (2013) plantean que “algunas investigaciones han demostrado las profundas repercusiones que las experiencias tempranas tienen como predisponentes de la psicopatía” (p. 86). Una de ellas fue llevada a cabo por Marshall y Cooke (en 1999), quienes al comparar población carcelaria con diagnóstico de psicopatía y sin diagnóstico usando el PCL-R encontraron que “los primeros habían experimentado indiferencia parental o negligencia, supervisión parental pobre y disciplina deficiente” (Vinet, 2010, p. 115).

En esta misma línea, Borja y Ostrosky-Solís (2009, en Cabrera Sánchez y Gallardo Vergara, 2013) hicieron un estudio con PCL-R en una muestra de 94 reclusos de una cárcel mexicana; lo que hallaron fue una relación positiva y significativa entre psicopatía y experiencias traumáticas tempranas, tales como abuso emocional, físico y sexual.

En concordancia con lo anterior, Celedón Rivero et al. (2016) sostienen que “el punto de partida para comprender la particularidad de las conductas antisociales remite al origen del desarrollo emocional del sujeto con sus figuras significativas” (p. 153).

En este sentido, Bowlby (1988) destaca “la poderosa influencia que ejerce en el desarrollo de un niño el modo en que es tratado por sus padres” (p.141). De esta manera, un apego inseguro supone un factor de riesgo en el desarrollo de las conductas antisociales (Bowlby, 1976 en Celedón Rivero et al., 2016).

A este respecto, Cabrera Sánchez y Gallardo Vergara (2013) afirman que “relaciones caracterizadas por el abandono y negligencia [...] tenderían a generar vínculos que



reforzarían la frialdad emocional, la carencia de empatía y una desregulación emocional que reforzaría el carácter violento y transgresor del sujeto” (p. 85).

Debido a las dificultades para intervenir en individuos con un alto nivel de psicopatía, conducta delictiva establecida y estilo de vida antisocial arraigado, ciertos especialistas han destacado la importancia de las intervenciones tempranas como una estrategia que podría ser más eficiente. Así, por ejemplo, las intervenciones psicológicas y sociales podrían estar enfocadas en grupos de alto riesgo con la finalidad de disminuir la probabilidad de comportamiento antisocial persistente. De ahí la importancia de la investigación en factores de riesgo que posibiliten la identificación de grupos en los que las intervenciones tempranas resulten pertinentes (Pavez, 2009).

Debemos de ser extremadamente prudentes a la hora de utilizar la etiqueta “psicopatía” [al igual que con cualquier otra etiqueta] en población infanto-juvenil por el carácter estigmatizador que supondría para el futuro del menor y la dificultad de diagnóstico diferencial, con lo que serían conductas disfuncionales de corte antisocial inherentes y circunscritas al periodo adolescente (Muñoz Vicente, 2011, p. 65).

## 6. Diagnóstico diferencial

Existen términos afines con los que en se ha confundido a la psicopatía, pero que guardan diferencias entre ellos. Ejemplo de esto son el trastorno antisocial de la personalidad (TAP), el trastorno disocial de la personalidad (TDP) y la sociopatía. Esto deja en evidencia la ausencia de consenso en cuanto a la delimitación conceptual de este cuadro.

En cuanto al término *sociópata*, este ha sido heredado de algunas propuestas teóricas de corte sociológico (Mora Víquez, 2011). Es así que a finales de los años veinte y principios de los años treinta del pasado siglo, ciertos sociólogos estudiosos de la conducta desviada y criminal no estaban de acuerdo con el empleo del término *psicópata* y propusieron sustituirlo por *sociópata* para acabar con la discrepancia teórico-conceptual existente (Pozueco Romero et al., 2011a).

En la actualidad, Hare (2003) sostiene que la elección de la expresión *sociópata* refleja la visión del profesional de los orígenes y determinantes de este trastorno de personalidad. De esta manera, aquellos profesionales que sostienen que el trastorno está forjado por factores sociales y experiencias infantiles preferirían usar el término *sociopatía*; aquellos que entiendan que también contribuyen los factores biológicos y psicológicos se decantaron por el término *psicopatía* (Hare, 2003).

Asimismo, muchas veces la expresión *sociópata* se ha empleado para evitar las confusiones entre las palabras *psicópata* y *psicótico* (Hare, 2003).

La sociopatía —al igual que la psicopatía— no está comprendida en las clasificaciones internacionales de trastornos mentales. No obstante, el TDP se encuentra en la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)* de la Organización Mundial de la Salud (Mora Víquez, 2011).

El TDP no está presente en el CIE 11 ya que en esa edición se propuso inaugurar un cambio radical en la concepción de la personalidad en el ámbito clínico al adoptar una postura dimensional de esta, con lo que suprimieron todas las categorías tradicionales que integraban los trastornos de personalidad a favor de una única en sentido amplio (Figueroa Cave, 2018).

Teniendo en cuenta esto, se tomará para este apartado la última edición en la que apareció este trastorno en un manual CIE, entendiendo que el cambio ha sido reciente (2022) y que los autores referenciados hicieron sus publicaciones previo a esa reestructuración en la concepción de personalidad.

En este marco, el TDP aparece vinculado a conductas violentas y potencialmente criminales, poniendo el énfasis en la discrepancia significativa entre las normas sociales prevalecientes y la conducta transgresora (Mora Víquez, 2011). En lo que respecta a rasgos psicológicos, el mencionado diagnóstico refiere únicamente seis características de personalidad que esbozan una descripción del trastorno sin lograr definirlo por completo, ya que, si bien esos rasgos encajan en cierta medida con el perfil psicopático, no son suficientes para el diagnóstico de estos individuos. Esto quiere decir que la falta de empatía, la irresponsabilidad, la baja tolerancia a la frustración y la incapacidad para sentir culpa son aspectos significativos, sin embargo, resultan insuficientes para comprender de forma cabal este tipo de constructo (Mora Víquez, 2011).

En síntesis, podría afirmarse que, aunque los patrones que describe el TDP no refieren exclusivamente a una conducta antisocial y contempla también algunos rasgos emocionales característicos de la psicopatía, estos no son suficientes para delimitar este cuadro (Sánchez Garrido, 2009).

Otra diferenciación importante se da con el TAP el cual se encuentra descrito en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)*. Para el desarrollo de este apartado se mencionan los principales aspectos del trastorno en la última edición del manual (DSM V), en comparación con lo establecido en la versión anterior (DSM IV).

Los criterios diagnósticos de este trastorno consisten en una larga lista de conductas antisociales y delictivas, lo que deja fuera de evaluación rasgos psicológicos tales como egocentrismo, entre otros (Hare, 2003, p.45).

Al igual que en el trastorno disocial, las personas son clasificadas “más por sus conductas que por sus rasgos de personalidad” (Mora Víquez, 2011, p. 61).

En concordancia, Sánchez Garrido (2009) sostiene que utilizar el criterio del DSM IV para diagnóstico de la psicopatía es erróneo, ya que la mayoría de los sujetos que cumplen

con los patrones ya mencionados (conductas antisociales) no son personas con diagnóstico de psicopatía. Es decir, estos patrones refieren mayoritariamente a conductas vinculadas con la delincuencia y la mayoría de las personas con psicopatía no son criminales (Hare, 2003).

El DSM V, al igual que la edición anterior, continúa haciendo énfasis en las conductas de vulneración de los derechos de las personas y conducta antisocial. Persiste la propuesta de criterios que definen categóricamente al trastorno, fundamentados en conductas ligadas a la irresponsabilidad, el engaño, la impulsividad, la agresividad, la falta de preocupación por la seguridad propia y ajena, así como la indiferencia frente al daño cometido a otros. No obstante, incorpora una novedad en relación con la consideración de variables dimensionales de la personalidad que permiten contemplar ciertos atributos psicológicos que no se mencionan en los criterios categoriales tales como la identidad egocéntrica, la falta de empatía interpersonal y la incapacidad de establecer relaciones sin caer en la explotación (Koch y Montes, 2018).

Estas características no se encuentran detalladas dentro de los criterios diagnósticos del TAP en el DSM V, sino que están mencionadas en el apartado “Características que apoyan este diagnóstico” (APA, 2014).

En Anexos (tablas 3 y 4) se mencionan los criterios diagnósticos CIE 10 para el TDP y criterios diagnósticos DSM V para el TAP.

## **7. Psicopatía subclínica-integrada**

Como se ha planteado a lo largo del trabajo, la psicopatía no es sinónimo de criminalidad, por lo tanto, resulta pertinente desarrollar esa cara de la psicopatía en este apartado.

En este contexto, surge el estudio del *psicópata subclínico o integrado*, el cual refiere a aquellos sujetos que cumplen los criterios de la psicopatía, pero que no se involucran en conductas delictivas (Alpiste Pérez, 2014).

Según Pérez Sánchez (2014) la diferencia entre las personas con diagnóstico de psicopatía con actividad criminal y los integrados radica en que estos últimos presentan una serie de variables que influyen sobre la expresión conductual de los rasgos subyacentes, tales como oportunidades educativas, socialización efectiva o determinado nivel económico.

Esta última presentación de la psicopatía pasa más desapercibida socialmente, ya que en ciertos casos responde al comportamiento esperado, principalmente en determinados ámbitos laborales (Alpiste Pérez, 2014). En relación con ello, Dutton (2012) afirma que las personas con diagnóstico de psicopatía poseen diversas características, tales como el magnetismo personal, la habilidad para el disfraz, entre otras, que, en cuanto uno sabe cómo aprovecharlos y mantenerlas a raya, suelen ofrecer considerables ventajas en el ámbito

laboral y en la vida en general. Por ejemplo, ciertas cualidades que se le atribuyen a la psicopatía pueden considerarse positivas en ciertas profesiones como la abogacía o la política (Pérez Sánchez, 2014).

La aproximación a la idea de psicopatía subclínica tiene su origen en las ideas de Cleckley (1988) ya expuestas en donde se advierte que esta figura es una versión “menos grave” que la de la psicopatía criminal. Posteriormente, Hare refirió a este “grupo de sujetos como “psicópatas predelincuentes” o “subcriminales”, cuya conducta, aunque no sea ilegal, se opone a criterios éticos que tienen la mayoría de las personas” (Pérez Sánchez, 2014, p. 47).

Se ha referido a ellos también como “psicópatas de éxito” (Babiak y Hare, 2006, en Pérez Sánchez, 2014) o “psicópatas integrados” (Garrido, 2004, en Pérez Sánchez, 2014).

En conclusión, esta faceta de la psicopatía integrada pasa más inadvertida desde el punto de vista social debido a que este cuadro suele asociarse a la criminalidad. No obstante, la relación entre psicopatía y criminalidad suele darse en la minoría de las personas con este diagnóstico, puesto que la mayoría de estos sujetos tienen una vida al margen de conflictos con la ley, e incluso logran destacarse por sus cualidades en diferentes ámbitos.

## **8. Psicopatía y criminalidad**

Mirón y Otero (2005, en Muñoz Vicente, 2011) sostienen que se debe tener presente la etiología multicausal de toda conducta, incluida la delincuencia dentro de la interacción persona-situación. De esta manera, tener psicopatía aumenta el grado de criminalidad en términos probabilísticos, “pero de ningún modo determina o aboca irreversiblemente al crimen” (Muñoz Vicente, 2011, p. 59).

Es normal caer en el error de asociar psicopatía con delincuencia cuando solo se presta atención a la conducta antisocial (típica de los delincuentes) y se dejan de lado los factores interpersonales y afectivos de la psicopatía mencionados anteriormente (Rodríguez González y González Trijueque, 2014).

No obstante, la relación entre psicopatía y violencia puede deberse a que una gran cantidad de características que son fundamentales para la inhibición de las conductas violentas y antisociales (empatía, capacidad para establecer vínculos profundos, sentimiento de culpa y miedo al castigo) se encuentran disminuidas o ausentes en algunas personas con diagnóstico de psicopatía (Patrick, 2000, en Rodríguez González y González Trijueque, 2014).

En concordancia, diversas teorías señalan que la impulsividad, la interpretación del mundo como un lugar hostil, el refuerzo positivo de la violencia como fuente de gratificación y placer se convierten en las principales variables facilitadoras de la violencia, que junto a los

rasgos afectivos típicos de la persona con diagnóstico de psicopatía pueden precipitar sus impulsos violentos. (Dujo López y Horcajo Gil, 2017).

La persona con diagnóstico de psicopatía puede estar capacitada intelectualmente para conocer las normas sociales, pero le resulta difícil asumir, en su fuero interno, el orden social establecido y los principios por los que este se rige, pudiendo considerar que lo que están haciendo es correcto de acuerdo con su valoración de las normas; es correcto para su propio código (Pozueco Romero et al., 2011b).

Las posibles comisiones delictivas se producen a causa de la interacción entre las circunstancias ambientales y con su propia disposición personal. De esta manera, cuanto menor sea su adaptación a los valores morales de la sociedad, menos reparos tendrá para violarlos y mayor será la probabilidad de incurrir en actividad criminal (Pozueco Romero et al., 2011b).

Cabe señalar que el tipo de violencia que se observa en estos sujetos tiende a ser más instrumental (premeditada, encaminada a la consecución de ciertos fines) a diferencia de la practicada por sujetos sin psicopatía, puesto que estos últimos mayoritariamente cometen actos de violencia reactiva, “provocados por la rabia o la desesperación y sin un fin previamente establecido o una función práctica” (Cabrera-Sánchez et al., 2014, p. 234). El uso de esta violencia instrumental representa un dato importante, ya que los sujetos con diagnóstico de psicopatía “serían capaces de discernir entre lo correcto y lo incorrecto, además de manejar de forma práctica el uso de la agresión con arreglo a fines y no movidos por emociones intensas, que disminuyen su capacidad de control conductual” (Cabrera-Sánchez et al., 2014, p. 235).

A este respecto, Hare (2003) afirma: “En general, la violencia psicopática tiende a ser insensible y fría, directa, sin complicaciones, más como asuntos de negocios que como expresión de un malestar profundo con unos factores causantes entendibles” (p. 124). Además, el autor señala ciertas particularidades de la conducta delictiva de esta población, destaca que el inicio de esta suele ser bastante precoz y que el comportamiento violento una vez instalado parece disminuir muy poco con la edad (Hare, 2002, en Raine y Sanmartín, 2002).

## **9. Tratamiento de la psicopatía**

### **9.1. La evidencia**

El tratamiento de la psicopatía es uno de los apartados que más discrepancias genera. Gran parte de las investigaciones manifiestan que no existen programas efectivos y hay quienes, incluso, sostienen que la intervención puede llegar a tener un carácter iatrogénico

(Harris y Rice, 2006, en Halty y Prieto-Ursúa, 2015) a causa de que estos sujetos “aprendían nuevas estrategias para una manipulación y explotación más efectiva” (Harris y Rice, 2007, en Dujo López y Horcajo Gil, 2017, p. 75).

Una de estas investigaciones que arrojó resultados desalentadores fue llevada a cabo por Harris et al. (1994) en donde los autores concluyeron que las personas con diagnóstico de psicopatía que habían delinquido reincidieron más que las no tratadas (en Garrido Genovés, 2002).

Otra investigación llevada a cabo por Ogloff et al. (1990, en Garrido Genovés, 2002) puso de manifiesto que los delincuentes que tenían un diagnóstico de psicopatía tratados en comunidades terapéuticas mostraron menor mejora, menor motivación y una tasa de abandono más alta que aquellos que no tenían diagnóstico de psicopatía.

No obstante, si bien “la literatura enfocada en tratamientos para los rasgos de psicopatía es amplia, diversos metaanálisis refieren que son escasos los estudios que cumplen con los criterios de un estudio bien diseñado” (Munguía et al., 2023, p. 67). En concordancia, Muñoz Vicente (2011) sostiene que hay

claras deficiencias metodológicas en los programas tratamientos que avalan esa visión pesimista respecto a la rehabilitación del psicópata criminal (Garrido, Esteban y Molero, 1996; Lösel, 1996; Wong, 2000). Es decir, más que hablar de sujetos intratables, tal vez, deberíamos hablar de sujetos resistentes a los programas de intervención existentes hasta el momento, por otro lado, inespecíficos para este tipo de delincuentes. En palabras de Lösel (2000): “tenemos que ser cautelosos y distinguir entre, por una parte, el conocimiento empírico y, por otra, la suposición básica de que los psicópatas no tienen tratamiento” (p. 64).

Uno de los metaanálisis que destacó esto e inició posturas más optimistas fue realizado por Salekin (2002). Este trabajo analizó 42 estudios realizados en un período de 60 años y a partir de esa revisión los autores concluyeron que “de los 42 estudios solamente 8 estudios con adultos y 8 con niños y adolescentes cumplen con los criterios metodológicos necesarios para ser utilizados para comparar su efectividad” (López, 2013, p. 12).

Asimismo, Salekin (2002, en Blázquez et al. 2021) y su equipo destacaron algunos problemas en la sistematización de las investigaciones tales como la falta de intervenciones específicas y la gran heterogeneidad de los tratamientos empleados (terapia cognitivo-conductual, comunidades terapéuticas, psicoanálisis), la diversidad de indicadores de progreso de los participantes (indicadores emocionales como la culpa, la ansiedad o la depresión, modificaciones en las relaciones sociales y los comportamientos prosociales<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Los comportamientos prosociales son entendidos como “cualquier comportamiento que beneficia a otros o que tiene consecuencias sociales positivas”, incluye las conductas de ayuda, cooperación y solidaridad, entre otras (Moñivas, 1996, p. 125).

disminución de la conducta antisocial). Por otro lado, se señaló la variabilidad del diseño de los estudios (estudios de caso, sin grupo control) y la falta de claridad en la operacionalización del constructo psicopatía (Hech et al., 2018, en Blázquez et al., 2021).

Pese a las limitaciones que se mencionaron, un 60 % de las personas tratadas evidenciaron algún grado de mejoría (Blázquez et al., 2021). En este sentido, con respecto a la efectividad de los tratamientos, el versado metaanálisis de Salekin (2002) arrojó que la terapia cognitivo-conductual tuvo una mayor tasa de éxito, evidenciado un 65 % de casos exitosos. Por otra parte, con respecto a la terapia psicoanalítica también se lograron alcanzar buenos resultados, exhibiendo un 59 % de casos exitosos (Salekin, 2002). La efectividad de las comunidades terapéuticas también fue estudiada por Salekin (2002), pero resultó ser el método menos efectivo, con una tasa promedio del 25 % de éxito.

Se estima que las principales dificultades para un resultado positivo de las intervenciones psicológicas se deben a las características principales que definen a la psicopatía (engaño, manipulación, ausencia de remordimiento), así como también falta de motivación, adherencia al tratamiento terapéutico y dificultad para establecer una alianza terapéutica (Dolan y Doyle, 2007, en Pavez, 2009).

Continuando con las dificultades que surgen a la hora de hablar sobre las intervenciones de personas con un diagnóstico de psicopatía, Terol Levy (2008) señala que uno de los factores disuasorios a la hora de plantearse la posibilidad de tratamiento de la psicopatía son las reacciones que esta población aflora en los clínicos, es decir, la contratransferencia que estos individuos despiertan en el psicoterapeuta. Puede suceder que atemorice la aparente “ausencia de sentimientos y empatía, de moral y principios, de falta de piedad y de crueldad innecesaria” [...]. Este miedo disminuye la motivación para buscar modelos terapéuticos eficaces» (pp. 172-173), por lo que es pertinente considerar las limitaciones personales que el profesional puede tener a la hora de tratar a este colectivo (Terol Levy, 2008).

## **9.2. Intervenciones posibles**

### **9.2.1. Terapia psicoanalítica**

Desde el punto de vista psicoanalítico, la visión pesimista de los profesionales en relación con el tratamiento de las personas con diagnóstico de psicopatía es atribuida:

- 1) a la falta de conciencia de enfermedad; 2) a la naturaleza misma del cuadro, cuyas características son la insinceridad, la indiferencia por el otro; 3) por la tendencia a la actuación, por la falta de interés por cambiar (consecuencia de lo primero) (Prego Silva, 1968, p. 37).

También, este escepticismo se sostiene “en la incapacidad para la transferencia; en la distancia a que mantienen al [psico]analista, para protegerse de la angustia que les

ocasionaría la reintroyección de todo lo que han colocado afuera mediante la identificación proyectiva" (Prego Silva, 1968, p. 37). Se agrega, además, el déficit de simbolización que limita la actividad terapéutica, debido a que la palabra es, por excelencia, el instrumento operacional de la terapia (Prego Silva, 1968).

No obstante, la falta de conciencia de enfermedad no es insignia exclusiva de la psicopatía; se halla también en otros cuadros clínicos. La insinceridad también está presente, en casi todos o todos los casos de cualquier cuadro clínico, con intensidad y frecuencia variables. La indiferencia y la tendencia a la actuación son rasgos típicos en algunas etapas de la vida, por ejemplo, en la adolescencia. La falta de interés por el cambio o el miedo a este está siempre presente en todo psicoanalizado. En relación con la incapacidad para la transferencia, sobre la cual tanto se ha versado, según Prego Silva (1968) sería pertinente una revisión, ya que sin dudas en estos pacientes hay transferencia, la cual adquiere características propias. La distancia a la que mantienen al psicoanalista no difiere, según Prego Silva (1968), en muchos aspectos, a la actitud del fóbico, cuando el terapeuta se convierte en el objeto fóbico y, por último, la oposición a aceptar lo que el analista se afana en hacerles ver, así como el déficit de simbolización se puede observar en otros cuadros psicopatológicos.

El poder de seducción de los sujetos con diagnóstico de psicopatía es uno de los aspectos a tener en consideración porque compromete de modo muy directo la labor del analista. Diversos profesionales sostienen que estos pacientes "captan, de modo más o menos consciente, los intereses o gustos personales del analista, lo que puede reflejarse en el tipo de material que aportan" (Alfonso et al., 1966, p. 1). En relación con ello, afirman que la persona con diagnóstico de psicopatía está constantemente "al acecho de estos 'puntos débiles', con el propósito de seducir" al terapeuta (p. 2).

Prego Silva (1968) afirma que quienes han trabajado con sujetos con diagnóstico de psicopatía sostienen que lejos de ser indiferentes a la actitud del analista son extremadamente sensibles a los cambios, por lo que, si bien para toda situación analítica el mantenimiento del encuadre es un requisito fundamental, en el caso de estos sujetos estas exigencias deberán contemplarse con máxima rigurosidad.

Amén de esto, el autor plantea que al punto al que se le atribuye la mayor importancia en el análisis de estos individuos se refiere a la técnica del cómo y el qué interpretar. Estas personas tienen una gran intolerancia para la angustia y, al interpretar, el terapeuta debe estar pendiente de cualquier signo de esta, debe dosificar la cantidad y la calidad de las interpretaciones, adecuándose a la capacidad individual de tolerancia del paciente (Prego Silva, 1968).

Prego Silva (1968) afirma que, debido al déficit de simbolización de las personas con diagnóstico de psicopatía, las palabras del terapeuta suelen adquirir un sentido en virtud de



la forma en que son dichas, más que por su significado. Esto hace que la forma y el momento de verbalizar la interpretación tenga un valor primordial.

### **9.2.2. Terapia cognitivo-conductual**

La terapia cognitivo-conductual, ya sea grupal o individual es la más utilizada debido a su efectividad, a corto y largo plazo, para trabajar las conductas antisociales (Terol Levy, 2008). Según esta corriente continuamente se debe contemplar “la motivación del individuo creando un ambiente positivo y consistente y haciéndoles comprender los aspectos deletéreos de sus conductas antisociales para con ellos mismos” (Terol Levy, 2008, p. 178).

Beck (2005) no habla de psicopatía *per se*, sino de trastorno antisocial de la personalidad, pero engloba dentro de ese diagnóstico a la psicopatía. En relación con ello, el autor afirma que el proceso de la terapia para esta población puede entenderse en los términos de una “jerarquía de operaciones cognitivas, en la que el clínico intenta orientar al paciente hacia un proceso de pensamiento más elevado, más abstracto, por medio de discusiones guiadas, ejercicios cognitivos estructurados y experimentos conductuales” (Beck, 2005, p. 178). Para este autor, se comienza con una jerarquía amplia basada en teorías sobre el desarrollo moral y cognitivo. Los siguientes pasos se van graduando de acuerdo con los modos de pensamiento y acción problemáticos de cada individuo.

“En el nivel inferior de la jerarquía, este piensa solo en términos de su propio interés; sus elecciones apuntan a obtener recompensas o a evitar castigos inmediatos, sin tener en cuenta a otros” (Beck, 2005, p. 179). Como indica Beck (2005), el paciente antisocial funciona en ese nivel la mayor parte del tiempo previo a comenzar el tratamiento.

En el próximo nivel, el sujeto empieza a reconocer las consecuencias de su conducta y posee alguna comprensión del modo en que afecta a los demás; pero mantiene la atención a su propio interés a largo plazo. Manifiesta cierta preocupación por algunas personas en condiciones concretas cuando se pone en juego algo que él puede perder o ganar. El clínico trata de guiar al paciente con diagnóstico de psicopatía hacia ese nivel, ayudándolo a captar el concepto de pensamiento y conducta disfuncionales, y alentándolo a buscar soluciones alternativas capaces de modificar sus reglas de comportamientos previas (Beck, 2005).

Finalmente, en el tercer nivel, el sujeto demuestra tener sentido de la responsabilidad o un interés por los otros que involucra el respeto a las necesidades y los deseos de estos, y además se rige por las leyes como principios guía para el bien de la sociedad (Beck, 2005).

En su tesis de Maestría, Muñoz Toledo (2020) realiza una presentación de los principales hallazgos en el estudio de las intervenciones en psicopatía, a partir de los principales objetivos de los tratamientos cognitivos conductuales. Estos objetivos son reducción de conductas antisociales, aumento de habilidades sociales y control de enojo, regulación emocional y control de impulsividad (Muñoz Toledo, 2020).

Para Muñoz Toledo (2020) las estrategias conductuales más comunes que se han aplicado para la reducción de conductas antisociales son: “-Modificación conductual, orientada a desarrollar habilidades para el control de conductas violentas y -Reforzamiento de conductas incompatibles con la conducta psicopática, castigando acciones impulsivas, deshonestas, agresivas, irresponsables y delictivas” (p. 24).

Sin embargo, se destaca que es necesario un tratamiento a largo plazo para obtener avances significativos en la reducción de síntomas (Garrido, 2002, en Muñoz Toledo, 2020).

La autora sostiene que los resultados obtenidos en las investigaciones evaluadas en relación con la reducción de conductas antisociales han sido poco alentadores, ya que aquellas personas con diagnóstico de psicopatía con altos niveles de conducta violenta presentan mejoría al final del tratamiento, pero en los seguimientos presentan una alta probabilidad de reincidencia (Harris y Rice, 2006; Skeem et al., 2002, en Muñoz Toledo, 2020).

En relación con los tratamientos que buscan el control de enojo, han estado enfocados en tratamientos breves (menos de 6 meses), utilizando técnicas basadas en terapia cognitivo-conductual tales como sesiones de *role playing* y el uso de ensayos conductuales (Muñoz Toledo, 2020). La autora afirma que los resultados de las investigaciones evaluadas arrojan un importante grado de reincidencia en el control del enojo (Harris y Rice, 2006), “al igual que ineficacia para aumentar y regular las habilidades sociales” (Salekin et al., 2010, en Muñoz Toledo, 2020, p. 25).

Por otra parte, como plantean Skeem et al. (2002, en Muñoz Toledo, 2020) algunas investigaciones han hecho hincapié en la desregulación emocional asociada a los síntomas comórbidos en la psicopatía, empleando “técnicas como la modificación de aprendizajes previos, el uso de contra-condicionamiento, el modelamiento y la reestructuración cognitiva” (Salekin et al., 2010, en Muñoz Toledo, 2020, p. 26).

En cuanto a la eficacia de los tratamientos indagados por Muñoz Toledo (2020), respecto a este último cometido, la autora sostiene que no se han alcanzado resultados que permitan valorar la mejoría de los síntomas en los pacientes, por lo tanto, la investigación focalizada en la regulación emocional de las personas con diagnóstico de psicopatía requiere más desarrollo.

#### **9.2.2.1. Terapia dialéctica-conductual**

La terapia dialéctica-conductual (TDC) es una terapia psicológica de tercera generación desarrollada en los años noventa por Marsha Linehan para tratar los síntomas propios del trastorno límite de la personalidad, es decir, inestabilidad afectiva, trastorno de identidad, impulsividad y dificultades en las relaciones sociales. Esta terapia combina técnicas cognitivo-

conductuales con aspectos del zen y budistas basados en la aceptación de la realidad tal como se presenta (De la Vega y Sánchez Quintero, 2013).

Además, como explican Elices y Cordero (2011), la terapia está estructurada en torno a cuatro componentes: la psicoterapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades, la consultoría telefónica y reuniones de consultoría del equipo terapéutico.

La TDC ha sido adaptada para el tratamiento de otras patologías asociadas a la desregulación emocional, lo que ha permitido extrapolar su aplicación a otras poblaciones clínicas (Soler et al., 2016).

En 2012, Galietta y Rosenfeld presentaron una adaptación de esta terapia para el tratamiento de personas con diagnóstico de psicopatía (De Lasala Porta, 2013). Al igual que la TDC estándar, esta adaptación de Galietta y Rosenfeld se fundamenta en un tratamiento por etapas. La primera fase es la de pretratamiento. Transitar de esta etapa a la de tratamiento implica que el paciente se comprometa al cambio y que el terapeuta y el paciente lleguen a un acuerdo sobre los objetivos de la intervención. Para ello, los clínicos podrán recurrir a la técnica de “los pros y contras” para ayudar a los sujetos a decidir si quieren involucrarse con el tratamiento (De Lasala Porta, 2013).

**Terapia individual.** La conceptualización de los casos es primordial a la hora de establecer una intervención terapéutica individualizada. Galietta y Rosenfeld (2012, en De Lasala Porta, 2013) sostienen que un buen punto de partida es la razón por la cual el sujeto acude al tratamiento. En el caso de las personas con diagnóstico de psicopatía que han delinquido lo que estos investigadores recomiendan es recabar lo más exhaustivamente posible la información sobre la historia de violencia del individuo y otros comportamientos delictivos a fin de entender la razón por la cual fue derivado a terapia (De Lasala Porta, 2013).

Como indica De Lasala Porta (2013), la sesión semanal estará estructurada según el manual de tratamiento estándar de la TDC y es así que el terapeuta inicia la sesión revisando una tarjeta diaria en la que el paciente hace un seguimiento de comportamientos, como el abuso de sustancias, engaños, actos violentos. Además, se incluyen aspectos relacionados con las emociones y experiencias, tales como el aburrimiento y el empleo de habilidades a lo largo de la semana. Respecto a esto último, para Linehan (2020) existen cuatro módulos de habilidades que componen el tratamiento de la TDC estándar: habilidades de conciencia plena, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar.

En cada sesión el terapeuta conduce un análisis de cadena de conductas para captar los comportamientos asociados a los objetivos del tratamiento. Dispondrá las técnicas estándar de la TDC de alternar la validación y estrategia para el cambio a lo largo del tratamiento (De Lasala Porta, 2013).

En la TDC estándar, según Elices y Cordero (2011) la validación reside en reflejar de forma directa la validez de los pensamientos, emociones y comportamientos del paciente. “La validación no implica estar de acuerdo con el o los comportamientos analizados, sino la posibilidad de entender por qué tienen sentido dada la historia de vida de la persona” (Gempeler, 2008, p. 141).

En el caso de las personas con diagnóstico de psicopatía, el terapeuta no debe validar de ningún modo (o sea, tratar con sensatez) comportamientos que son de naturaleza inválidos, como acciones violentas o dañinas. Para ello, se tiene que validar determinada parte de la experiencia del paciente (en caso de ser posible). A modo de ejemplo, sería apropiado que el terapeuta valide una emoción que propicia cierto comportamiento sin validar el comportamiento en sí (De Lasala Porta, 2013).

**Grupo de entrenamiento de habilidades.** Como indican De la Vega y Sánchez Quintero (2013) el entrenamiento en habilidades es un aspecto central de la TDC. El encuadre grupal permite observar y trabajar las conductas interpersonales que aparecen entre los participantes, genera apoyo y habilita a que los pacientes intercambien experiencias entre sí; de esta manera, aumentan las fuentes de aprendizaje (De la Vega y Sánchez Quintero, 2013).

A causa de las características inherentes a las personas con diagnóstico de psicopatía, los autores de esta adaptación, Galietta y Rosenfeld, han debido modificar varias de las habilidades enseñadas en las sesiones. Asimismo, dadas las dificultades que presenta esta población, el lenguaje empleado para describir y discutir emociones se ha simplificado (De Lasala Porta, 2013).

Por otra parte, se han destacado técnicas para el uso de conciencia (como mindfulness), en cuanto al reconocimiento y generación de emociones, al igual que para generar compasión hacia los demás (De Lasala Porta, 2013).

#### **9.2.2.2. Terapia de esquemas**

La terapia de esquemas es un modelo innovador e integrador de terapia desarrollado por Young y sus colaboradores (1990, 1999) que profundiza significativamente en los tratamientos y conceptos cognitivo-conductuales tradicionales. La terapia combina elementos de las escuelas cognitivo-conductual, del apego, Gestalt, relaciones objetales, constructivista y psicoanalítica para obtener un modelo conceptual y tratamiento unificador (Young et al., 2013, p. 27).

Esta terapia surge como una opción de tratamiento especialmente idónea para pacientes con trastornos psicológicos crónicos y que han sido considerados difíciles de tratar (Young et al. 2013). Se enfoca en patrones emocionales y cognitivos desadaptativos crónicos, llamados “esquemas precoces desadaptativos”. Estos esquemas se originan en la primera

etapa de nuestro desarrollo y continúan manifestándose a lo largo de toda la vida (Young et al., 2013).

Con el respaldo del modelo, los pacientes desarrollan la habilidad para ver sus problemas caracterológicos como egodistónicos (este último término, según Sandia y Baptista —2022—, refiere a que las expresiones del sujeto chocan con su autoconcepto y sus objetivos, lo que da como resultado el aumento de la angustia y/o autorrecreminación) y, de esta manera, capacitarse para poder liberarse de ellos. El terapeuta, como indican Young et al. (2013), trabaja junto con el paciente en su esfuerzo para superar los esquemas, empleando estrategias cognitivas, afectivas, conductuales e interpersonales.

Cuando los pacientes reproducen los patrones disfuncionales basados en sus esquemas, el terapeuta los confronta con empatía destacando las razones que respaldan la necesidad de cambio. A través de una herramienta técnica denominada “reparentalización limitada” el terapeuta aporta a muchos pacientes un contrarresto parcial para las necesidades que no fueron debidamente atendidas en su niñez (Young et al., 2013). “Esta “reparentalización limitada” aporta una “experiencia emocional correctiva” (Alexander y French, 1946) específicamente diseñada para contrarrestar los esquemas precoces desadaptativos” (Young et al., 2013, p. 278). La reparentalización es “limitada” debido a que el terapeuta brinda una aproximación a las experiencias emocionales perdidas, dentro de un límite ético y profesional. Esto quiere decir que, efectivamente, el terapeuta no trata de convertirse en el padre o la madre ni tampoco pretende regresar al paciente a la dependencia infantil (Young et al., 2013).

Como señalan Young et al. (2013), el terapeuta, al momento de querer cerciorarse sobre las necesidades de reparentalización del paciente, recurre a distintas fuentes, tales como la historia de la infancia, informes de dificultades interpersonales, cuestionarios y ejercicios de imaginación. En ciertas ocasiones, la fuente que ofrece la información más clave es la propia conducta del paciente durante la relación terapéutica. En síntesis, todo lo que brinde claridad sobre los esquemas y estilos de afrontamiento del paciente proporciona orientaciones sobre las necesidades de reparentalización del paciente. (Young et al., 2013).

En relación con la psicopatía, Bernstein et al. (2012, en Munguía et al., 2023) llevaron a cabo un estudio, en los Países Bajos, cuyo propósito era determinar si la terapia de esquemas podría reducir los riesgos de reincidencia y los trastornos de personalidad asociados con la psicopatía, en comparación con el tratamiento habitual que se les da a estos pacientes en las clínicas. Los resultados arrojaron que gran parte de los pacientes que fueron tratados con terapia de esquemas obtuvieron una mayor cantidad de permisos de salidas supervisadas y no supervisadas que los pacientes en la condición de tratamiento habitual. A su vez contrastaron los puntajes de HCR-20 (protocolo de valoración de riesgo de violencia) de los pacientes, al comenzar y al finalizar el tratamiento, y percibieron que las puntuaciones

de los pacientes que también recibieron terapia de esquemas mostraron una mejora más rápida en comparación con las puntuaciones de los pacientes bajo tratamiento habitual; no obstante, los autores señalan que estos resultados no son estadísticamente significativos (Munguía et al., 2023).

Para Bernstein y su equipo (2012, en De Lasala Porta, 2013) el objetivo de la terapia de esquemas en pacientes con diagnóstico de psicopatía es vencer el desapego emocional y conducir al individuo a una situación más sensible, enseñándole a cómo expresar sus emociones. Esto se lleva a cabo abordando los “modos”.

Young et al. (2013) sostienen que los modos de esquema consisten en estados emocionales y respuestas de afrontamiento —adaptativas y maladaptativas— temporales que experimentan todas las personas. Un modo de esquema disfuncional se activa cuando los esquemas o respuestas de afrontamiento disfuncionales provocan emociones angustiosas, respuestas de evitación o conductas perjudiciales que dominan el funcionamiento del sujeto.

## **10. Tratamiento de la psicopatía en el contexto de privación de libertad**

Si bien a lo largo de este trabajo se ha resaltado que *psicopatía* y *criminalidad* no son sinónimos, también se ha dicho que ciertas características de este cuadro (impulsividad, dificultad para establecer vínculos afectivos profundos, poco control inhibitorio, entre otras) pueden aumentar, en términos probabilísticos, ciertas conductas antisociales. Dado que esta monografía aborda también ese aspecto de la psicopatía surge la importancia de este capítulo. Aquí se pretenden exponer los principales modelos de tratamiento de la psicopatía en el contexto de privación de libertad.

A este respecto, Hare (2003) señala que un 20 % de la población privada de libertad en cárceles de Estados Unidos cumplen con los criterios para un diagnóstico de psicopatía. Con base en esas estadísticas, se puede ver la pertinencia de la búsqueda y aplicación de tratamientos de esa población en el contexto carcelario.

### **10.1. Modelo dos componentes**

El modelo fue propuesto por Wong et al. (2012, en De Lasala Porta, 2013) para el tratamiento de la psicopatía. Esta perspectiva toma como marco conceptual la Escala de Evaluación de la Psicopatía (PCL-R) para diagramar el modelo. Es así que los investigadores plantean que las características del factor 1 (F1) de la escala de Hare, PCL-R, conforman el “componente interpersonal” o componente 1 de este modelo y los elementos del factor 2 (F2) de la PCL-R el “componente criminógeno” o componente 2. Los autores del modelo proponen

un seguimiento cauteloso de las características del F1 para asegurar que son manejadas firmemente. Si estos comportamientos son abordados de manera efectiva, se podrá proseguir a atender las cuestiones nucleares a fin de reducir los factores de riesgo dinámicos o también denominadas necesidades criminógenas previstas en el factor 2 F2 (De Lasala Porta, 2013). Como plantean Munguía et al. (2023), el componente interpersonal de este modelo busca crear motivación, construir una alianza de trabajo, mantener límites y evitar transgresiones.

Agustino Blázquez et al. (2021) sostienen que el trabajo con el F1 implica el entrenamiento del terapeuta en el constructo psicopatía, lo que requiere tener un amplio conocimiento de cómo pueden ser las personas con diagnóstico de psicopatía en sesión (tendencia a la manipulación, ruptura de límites). Además —como sucede siempre al trabajar con esta población—, supone ajustar las expectativas y las características del terapeuta.

Asimismo, Munguía et al. (2023) afirman que construir una alianza terapéutica puede ser complicado para los individuos que tienen rasgos F1, debido a la dificultad a la hora de crear un vínculo afectivo con el terapeuta, pero incluso con un vínculo afectivo mínimo, los terapeutas aún pueden trabajar junto con personas con diagnóstico de psicopatía en tareas para alcanzar objetivos establecidos dentro de la relación profesional.

Las personas con diagnóstico de psicopatía pueden presentar dificultades a la hora de establecer límites y esto puede provocar que se vea comprometida la continuidad del tratamiento. En este sentido, es pertinente que el terapeuta lo tenga presente para aplicar estrategias con la finalidad de evitar que el tratamiento se vea interrumpido (Munguía et al., 2023).

Tal como señalan Munguía et al. (2023) el trabajo con el F2 o componente criminológico implica identificar y tratar los problemas que pueden ser posibles causas de la violencia. Así, el primer paso requiere delimitar las necesidades criminógenas — factores de riesgo dinámicos —que van a ser objeto de intervención (Agustino Blázquez et al., 2021).

Es necesario evaluar estos factores de riesgo dinámicos para poder conocer los lineamientos del tratamiento. Para ello se recomienda utilizar un instrumento personalizado, por ejemplo, el VSR (Escala de Riesgo de Violencia). Estos instrumentos proporcionan información sobre el nivel de riesgo, dando prioridad las áreas que requieren mayor atención e identificando los objetivos y las necesidades de cambios, monitorizando los avances, agilizando la operacionalización y la comprensión de las variables que configuran el riesgo de cada individuo para estructurar el tratamiento (Agustino Blázquez et al., 2021).

## **10.2. Modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR)**

El modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR) de Andrews y Bonta (2010, en Agustino Blázquez et al., 2021) se ha convertido en uno de los más influyentes en el marco de la prevención, evaluación y tratamiento de la delincuencia. Ha sido desarrollado en 1990

y tiene sus bases en la teoría general de la personalidad y la teoría cognitiva del aprendizaje social de la conducta criminal (Bonta y Andrews, 2006).

Mediante instrumentos de valoración de riesgo consigue identificar el nivel de riesgo de reincidencia de un individuo y las necesidades criminógenas (o también denominados “factores de riesgo dinámicos”) estrechamente relacionados con su probabilidad de reincidencia. Sumado a eso, estipula cuáles son las intervenciones más eficaces para reducir ese riesgo y cómo deben ser estructuradas, mediante un análisis exhaustivo y meticuloso de las trayectorias delictivas y las intervenciones en el contexto penitenciario (De Ávila Machado, 2021).

Este modelo tiene tres principios fundamentales:

1. Principio de riesgo. Equiparar el nivel de intensidad de la intervención con el riesgo de reincidencia de la persona infractora (Bonta y Andrews, 2006). Como plantea De Ávila Machado (2021), “a mayor nivel de riesgo, mayor la intensidad de la intervención” (p. 123).
2. Principio de necesidad. Este principio indica que el enfoque del tratamiento penitenciario tiene que focalizarse en las necesidades criminógenas. Estos son los factores de riesgo dinámico que están estrechamente asociados con el comportamiento criminal. Estas necesidades criminógenas pueden ir y venir, contrariamente a los factores de riesgo estáticos que solo cambian unidireccionalmente —solo en el aumento del riesgo— y son inalterables a la intervención. Las personas privadas de libertad poseen varias necesidades que requieren tratamiento, empero no todas estas necesidades están relacionadas con su comportamiento criminal (Bonta y Andrews, 2006).
3. Principio de responsividad o disposición a aprender del tratamiento. Para maximizar los resultados de la intervención, se requiere la adaptación de esta al estilo de aprendizaje, motivación, habilidades y puntos fuertes (recursos) de la persona infractora. Las intervenciones que evidencian mejores resultados con respecto a la reincidencia delictiva son estructuradas, orientadas a las necesidades criminógenas y fundamentadas en la terapia cognitivo conductual y la teoría del aprendizaje social, como el modelamiento prosocial (De Ávila Machado, 2021).

La evidencia indica que la aplicación de un tratamiento fundado en los principios RNR parece ser eficaz para propiciar transformaciones significativas, disminuyendo el riesgo y reduciendo la gravedad de los delitos en individuos con altos niveles de psicopatía y de alto riesgo (De Lasala Porta, 2013).

En Anexos (tabla 5) se encuentra una tabla con los ocho factores de riesgo/necesidades establecidos por Andrews y Bonta (2010) sobre los cuales se erige el modelo RNR. Dentro



de los ocho factores «centrales», se encuentran los siete factores de riesgo dinámicos y 1 factor de riesgo estático que es el «historial delictivo» (Bonta y Andrews, 2006).

## **11. Prevención de reincidencia delictiva en personas privadas de libertad con diagnóstico de psicopatía**

Lösel (2002) afirma que las investigaciones principales en relación con las personas con diagnóstico de psicopatía que llegan a cometer actos delictivos son quienes menos resultados obtienen de las medidas puramente punitivas.

Roca y Montero (2002) adhieren a las aseveraciones de Lösel al afirmar que el mero encarcelamiento *per se* no produce efectos de cambios en las personas con diagnóstico psicopatía privadas de libertad debido a la dificultad de estas personas de aprender del castigo.

En concordancia, Muñoz Vicente (2011) sostiene que “el aspecto punitivo de la pena es prácticamente inservible como elemento disuasor de reincidencia” (p. 65) en la persona privada de libertad con diagnóstico de psicopatía debido a los rasgos de personalidad característicos de esta población, aclarando, además, que la imposibilidad para cometer delitos propia del estado de privación de libertad se limita exclusivamente al tiempo de duración de la pena y que los programas de tratamiento no han logrado cumplir el fin resocializador de esta.

Por otro lado, Alonso del Hierro (2023) afirma que la relación entre la psicopatía y el riesgo de reincidencia componen un vasto campo de investigación en el que se han encontrado resultados contradictorios.

... a pesar de que la mayor parte de los estudios realizados en este ámbito apuntan a que la presencia de psicopatía actúa como factor de riesgo de reincidencia (Anderson et al., 2018; Fernández-Suárez et al., 2018; Mokros et al., 2020; Sewall y Olver, 2018; Vasiljevic et al., 2017; Zabala-Baños et al., 2019), otras investigaciones no han podido establecer una relación precisa entre la presencia de psicopatía y la mayor probabilidad de reincidencia, e incluso estas han encontrado una asociación negativa entre ambas variables (Foellmi et al., 2016; Harris et al., 2017; Martin et al., 2019; Mastromanno et al., 2018; Rio et al., 2017) (Alonso del Hierro, 2023, p. 132).

Además, en su estudio, Alonso del Hierro (2023) encontró que investigaciones recientes, como la desarrollada por Mokros et al. (2020) con personas privadas de su libertad, arrojaron que aquellos que habían obtenido altas puntuaciones de psicopatías eran más proclives a la reincidencia.

Una investigación realizada recientemente en España también concluyó que ciertas variables relacionadas estrechamente con la psicopatía aparecían de forma significativa en los internos reincidentes y podrían ser consideradas factores predictores a contemplar al momento de evaluar el riesgo de reincidencia (Zabala-Baños et al., 2019, en Alonso del Hierro, 2023).

En cambio, Martín et al. (2019, en Alonso del Hierro, 2023) no encontraron relación significativa entre las puntuaciones alcanzadas en las tres dimensiones de psicopatía (mezquindad, desinhibición y audacia) y la predicción de la reincidencia en personas privadas de libertad.

Si bien ciertas revisiones realizadas recientemente sugieren que el concepto de psicopatía podría resultar útil para explicar la predicción de la delincuencia (Salekin y Andershed, 2022) y el riesgo de reincidencia en personas con este diagnóstico, los resultados no son suficientemente claros, ya que suele haber posturas divergentes que generan confusión sobre la influencia de la psicopatía en la probabilidad de ocurrencia de una conducta violenta y en la reincidencia (Alonso del Hierro, 2023).

A la hora de abordar la problemática de la reincidencia delictiva de la población privada de libertad en su sentido amplio —tengan o no diagnóstico de psicopatía—, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC, 2013) sostiene que la prevención de esta exige intervenciones efectivas basadas en la comprensión de los factores que constituyen un riesgo para las personas privadas de libertad y les entorpecen el éxito de su reintegración en la sociedad (por ejemplo, victimización temprana, abuso de sustancias, falta de apoyo familiar, enfermedad mental y física, entre otras). Ciertos factores de riesgo son dinámicos —en el sentido de que son plausibles al cambio— mientras que otros factores de riesgo no lo son, siendo estos factores dinámicos los que se constituyen como objeto de la intervención (UNDOC, 2013).

Por su parte, Redondo Illescas y Pueyo (2007) afirman que uno de los objetivos actuales de la psicología en materia de prevención de reincidencia delictiva es extrapolar los logros terapéuticos a los contextos habituales de la persona y promover la permanencia de dichos avances en el transcurso del tiempo.

## **12. Abordaje de la psicopatía en Uruguay y desafíos**

En este apartado se pretende contextualizar lo abordado a lo largo del trabajo a la realidad del país debido a que se considera oportuno entender esta problemática en el contexto en que uno está inserto. Para ello se mencionaron aspectos del Sistema Penitenciario, del Sistema Nacional Integrado de Salud, como así también del *Código de ética profesional del psicólogo/a* y su relación con el diagnóstico de psicopatía.

Es importante aclarar que según estudios de Hare (2003) el 1% de la población mundial cumple con los criterios para un diagnóstico de psicopatía. Si bien no hay cifras exactas en Uruguay, tomando en cuenta ese porcentaje, la ecuación arroja como resultado unas 34.000 personas con este diagnóstico en el país.

### **12.1. Población uruguaya privada de libertad y psicopatía**

Según la búsqueda realizada para el presente trabajo, se ha encontrado escasa información que dé cuenta de las investigaciones realizadas sobre la temática en Uruguay. Se ha hallado una investigación realizada por Bonilla Armada (2021) sobre la evaluación de la psicopatía en el contexto penitenciario uruguayo y dos publicaciones (Sosa Barón, 2021; De Ávila Machado, 2021) sobre la aplicación del modelo RNR en Uruguay.

#### **12.1.1. La evaluación de la psicopatía en el contexto penitenciario de Uruguay: aplicación de la PCL-R en una cárcel uruguaya**

En relación con este apartado, es importante destacar que en la búsqueda bibliográfica no se encontró información previa al año 2021. En dicho año Bonilla Armada publicó su tesis de maestría, cuyo objetivo principal era la evaluación de la psicopatía en la población masculina privada de libertad en Uruguay. Para ello indagó la viabilidad del uso del instrumento PCL-R en el contexto penitenciario del país.

Esta investigación concluye destacando la necesidad de seguir investigando sobre instrumentos validados para la evaluación de la psicopatía en Uruguay, ya que esto le posibilitará al país acompañar los avances internacionales en la evaluación forense y penitenciaria, así como ahondar en el desarrollo de programas de tratamientos adecuados a la población, lo que conlleva a un gran avance en la eficacia de las intervenciones (Bonilla Armada, 2021). El estudio fue realizado entre varones que cumplen su condena alojados en la Unidad N.º 4 de Santiago Vázquez (ex-COMCAR), y se utilizó una muestra intencional conformada por 33 varones.

Según los resultados alcanzados se distingue un grupo conformado en su amplia mayoría por varones solteros (54,5 %), sin descendencia, que no han culminado ciclo básico (78,8 %) y provenientes de familias con altos niveles de disfuncionalidad (Bonilla Armada, 2021). De los 33 varones evaluados, 20 de ellos sufrieron violencia intrafamiliar y el 55 % de estos ha ejercido violencia de género, mientras que del total de varones que no sufrieron violencia intrafamiliar, el 23 % ejerce violencia de género (Bonilla Armada, 2021).

En estos hombres, predominan las conductas impulsivas e irresponsables (esto último responde a que habitualmente no cumplen sus obligaciones o compromisos con los demás), prevalece el uso de la violencia como herramienta en la resolución de los conflictos, lo cual

está emparejado con una evidente falta de empatía e incapacidad para evaluar los daños producidos por sus acciones (Bonilla Armada, 2021).

Se distinguieron factores de riesgo predominantes tales como relaciones familiares y de pareja bajas en afectividad y calidad (debido a los altos porcentajes de violencia intrafamiliar y violencia de género), escaso rendimiento en el estudio y el trabajo, patrón de personalidad antisocial con un control inhibitorio deficiente y consumo problemático de sustancias (Bonilla Armada, 2021).

“Las puntuaciones alcanzadas con la PCL-R se caracterizaron por ser moderadas y altas, evidenciando rasgos de personalidad psicopática en el 33 % de la población evaluada” (Bonilla Armada, 2021, p. 104).

### **12.1.2. Aplicación del modelo RNR en Uruguay**

La segunda referencia sobre estudios realizados en nuestro país es la implementación modelo RNR en Uruguay (Sosa Barón, 2021) y debe entenderse en el marco del proceso de reforma penitenciaria iniciado en el 2010 con la creación del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

Desde ese año hasta la actualidad, el Estado uruguayo ha estado realizando una importante revisión de las políticas y prácticas institucionales en materia de privación de libertad, promoviendo un cambio desde el modelo disuasorio de la escuela clásica al modelo resocializador basado en el paradigma etiológico. Así, la persona privada de libertad se convierte en el centro de la intervención, en el intento de que el castigo penal adquiera significado para el desarrollo del sujeto y promueva con ello una acertada reintegración social (De Ávila Machado, 2021).

Como señala De Ávila Machado (2021), en este marco, el INR ha venido llevando a cabo, de manera paulatina, prácticas concordantes con el modelo RNR en Uruguay. Este modelo se ha convertido en el marco conceptual guía para la intervención penitenciaria, la cual se compone principalmente por dos dimensiones esenciales: trato y tratamiento.

Uno de los puntos a destacar de la forma en que se adoptó teóricamente el RNR es que se distinguió programáticamente las intervenciones de trato (las cuales están asociadas a la provisión y resguardo de derechos humanos) de las intervenciones de tratamiento (que se constituyen como las más específicas del modelo y que están orientadas a la disminución del riesgo de reincidencia). Ambas integran la denominada “intervención penitenciaria” (Juanche, 2018, en Sosa Barón, 2021). Al diferenciar los objetivos de ambos tipos de intervenciones, se habilita a realizar un mejor ordenamiento conceptual de las experiencias en curso y de sus expectativas de éxito (Sosa Barón, 2021).

En el año 2018, con la ayuda del Banco Interamericano de Desarrollo, se inició la implementación paulatina del Offender Assessment System (OASys) en su adaptación

chilena. El OASys es un instrumento de valoración de riesgo de reincidencia y riesgo de daños, de origen británico, que se ajusta al modelo RNR (De Ávila Machado, 2021). Por medio de este instrumento se puede valorar el grado de probabilidad de que un individuo reincida en un delito en un período no mayor a un año, identificando los factores directamente relacionados con ese riesgo y permitiendo la elaboración de un plan de trabajo individualizado para gestionar y reducir este riesgo de una forma más eficaz (De Ávila Machado, 2021).

En cuanto a la vigencia del modelo RNR en Uruguay, Juanche Molina (2022) en su consultoría “Mapeo de alternativas a la privación de libertad”, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Uruguay en articulación con el Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario, da cuenta de que para esa fecha el sistema penitenciario uruguayo aún toma en consideración prácticas concordantes con dicho modelo.

### **12.1.3. El psicólogo en el sistema penitenciario y psicopatía**

La labor del psicólogo en el sistema penitenciario del país se ajusta “a los lineamientos de las autoridades del INR, órgano del Ministerio del Interior (Ley de Organización Penitenciaria, 2018)” (Trindade Piñeiro y Fernández Romar, 2020, p. 46). Dentro de sus actividades se encuentra:

- a) Realización de evaluaciones e informes. Esto implica el asesoramiento a las autoridades correspondientes en relación con las libertades anticipadas y salidas transitorias, traslados de unidad, salidas laborales extramuro (De la Peña, 2000, en Trindade Piñeiro y Fernández Romar, 2020), como también la aplicación del Offender Assessment System 2.0 (OASys 2.0) (Trindade Piñeiro y Fernández Romar, 2020).
- b) Coordinación y desarrollo de Programas de Tratamiento. Los programas de tratamiento son dispositivos grupales coordinados por psicólogos, trabajadores sociales y operadores penitenciarios formados especialmente para su ejecución. Pretenden trabajar características de la persona privada de libertad que están en estrecha relación con el delito mediante actividades establecidas por una guía que es aplicable a cualquiera de las Unidades del país (Trindade Piñeiro y Fernández Romar, 2020).
- c) Intervenciones, derivaciones, coordinaciones. Se llevan a cabo intervenciones puntuales y, eventualmente, se realiza seguimiento de personas privadas de libertad debido a situaciones de intentos de autoeliminación o autoagresiones, duelos o problemas familiares.

Se coordina con instituciones externas y dependencias del INR con la finalidad de promover la reinserción social dentro del marco legal y la atención a la salud integral: Hospital

Vilardebó, Centros de Salud, Dirección Nacional del Liberado, Oficina de Atención a la Familia, etc. Además, se realizan orientaciones a áreas internas de la Unidad (laboral, educativa, deporte, coordinación penitenciaria, dirección) para adecuar la intervención a necesidades observadas (Trindade Piñeiro y Fernández Romar, 2020).

Asimismo, según Trindade Piñeiro y Fernández Romar (2020), propone talleres, actividades y proyectos que surgen de iniciativas personales o grupales de los equipos.

Lo referido previamente ratifica la idea de que “la psicología es uno de los principales saberes que participan en la legitimación y construcción de la realidad penitenciaria como centros de readaptación y no tanto como lugares de encierro o calabozos” (González Gil et al., 2018, p. 386). Con la labor de los psicólogos, los internos son intervenidos desde distintos enfoques clínicos, sociales y comunitarios en pro de su reinserción social y no únicamente castigados y privados de su libertad (González Gil et al., 2018).

En suma, la figura del psicólogo adquiere significado en la rehabilitación de las personas con psicopatía privadas de libertad, ya que si bien no se ha hallado bibliografía que aborda específicamente el tratamiento de estas personas en Uruguay, como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, sí existe evidencia que da cuenta de los aportes de estos profesionales en pro de la reinserción social de las personas privadas de libertad en general.

## **12.2. Sistema Nacional Integrado de Salud y psicopatía**

Pensar el abordaje de la psicopatía en Uruguay implica analizar esta problemática en el marco de la Ley de Salud Mental, Ley 19.529 (Uruguay, 2017), el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020- 2027 y los desafíos allí previstos.

Es conveniente mencionar que el objeto de la Ley de Salud Mental 19.529 (Art. 1) es:

... garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental ... (Uruguay, 2017).

Esto pone de manifiesto que el acceso a los servicios de salud mental es un derecho de todas las personas y que se debe promover y salvaguardar, cualquiera sea el diagnóstico que se posea.

Por otro lado, uno de los nudos críticos previstos en el PNSM 2020-2027 (Ministerio de Salud Pública, 2020) señala la persistencia de concepciones estigmatizantes que afectan los procesos de atención de personas con problemas de salud mental y/o uso problemático de drogas y su inclusión en la comunidad.

A este respecto, como indica De Santisteban Pérez (2016), la psicopatía muchas veces se encuentra invadida por connotaciones negativas debido al desconocimiento y el morbo del

constructo mediatizado socialmente, como así también a causa de las dificultades que se presentan en su conceptualización en la literatura más específica y especializada.

En cuanto a la Ley de Salud Mental N.º 19.529 (Uruguay, 2017), en el Art. 6 se menciona que es un derecho de los usuarios de los servicios de salud mental ser salvaguardados de cualquier “tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante”. Asimismo, en este artículo se resalta que la persona debe “ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano”.

Estas afirmaciones instan a la reflexión acerca del trato y la atención que las personas con diagnóstico de psicopatía son merecedoras de recibir, dejando en claro que más allá que se comparta o no su proceder, merecen un trato digno y respetuoso. Esto no significa que su accionar ha de ser justificado.

Por otro lado, en la mencionada ley se señala que el individuo debe ser plausible de “recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos” (Art. 6). Además, se hace referencia a “la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones” (Art. 3) a las que puede acceder el sujeto (Uruguay, 2017).

Esto, llevado al caso de las personas con diagnóstico de psicopatía, sugiere que estas tienen el mismo derecho de acceder a los servicios de salud mental que el resto de la población y, por tanto, tener las mismas oportunidades de intervención que los demás sujetos, tanto si el tratamiento termina siendo eficaz, o no, en su vida.

### **12.3. Código de ética profesional del psicólogo/a y abordaje de la psicopatía**

En el año 2001 fue aprobado el *Código de ética profesional del psicólogo*, el cual tiene por objetivo general

Promover el desarrollo de una psicología científica y universitaria destinada a mejorar la calidad de vida, entendida como una forma de armonía de la persona consigo misma, con los otros y su sociedad, sabiendo que esto solo es posible con las necesidades básicas satisfechas (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001).

Asimismo, uno de los objetivos específicos de este código es “asegurar el correcto y regular ejercicio de la profesión en el resguardo de los derechos humanos fundamentales: salud, educación, trabajo, integración social” (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001).

En el objetivo general se destaca la importancia de un ejercicio ético profesional por parte del psicólogo para mejorar la calidad de vida del paciente. Esto es importante tenerlo presente en el abordaje de la psicopatía, ya que como se ha mencionado a lo largo del trabajo, esta población puede generar emociones encontradas en quien tiene enfrente, emoción que puede atravesar al psicólogo contratransferencialmente. Como se había citado anteriormente,

en relación con esto, Terol Levy (2008) afirma que una de las dificultades de tratamiento de estas personas son las reacciones que estos generan en los clínicos, en donde puede suceder que una aparente ausencia de sentimientos y empatía, de moral y principios, lo “atemoricen”, por lo que esto puede llevar a la disminución de la motivación a la hora de buscar modelos terapéuticos eficaces. Y es por ese motivo que surge la necesidad de que el psicólogo tenga en consideración las limitaciones personales que puede tener a la hora de tratar a este colectivo (Terol Levy, 2008).

Esto se encuentra contemplado en el *Código de ética profesional del psicólogo/a* en el Art. 27., en el cual se afirma que el o la profesional ha de reconocer las limitaciones de su formación y personalidad y ha de renunciar a cualquier trabajo que pueda ser perjudicado por ellas (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001). Por tanto, es importante que el psicólogo o la psicóloga pueda ser consciente de estas limitaciones para un ejercicio ético profesional con esta población al igual que con cualquier otra.

Otro aspecto que se encuentra vinculado a lo mencionado anteriormente y que el profesional debe tener presente está contemplado en el Art. 7., en donde se establece que “el psicólogo o la psicóloga deberá ser consciente de sus propios valores éticos, ideológicos, políticos y/o religiosos y no utilizará su poder para manipular” (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001). Esto es conveniente traerlo al abordaje de la psicopatía, ya que el profesional deberá reparar en que algunas de sus interpretaciones pueden encontrarse atravesadas por su propio sistema de valores.

De esta manera, la labor del psicólogo debe ser ética, indistintamente quién sea el paciente, velando por el resguardo de sus derechos fundamentales, entre los cuales se encuentra la integración social y en la cual el terapeuta adquiere una importante participación.

El Art. 1. de este código menciona que “el/la psicólogo/a en la práctica de su profesión se guiará por los principios de responsabilidad, confidencialidad, competencia, veracidad, fidelidad y humanismo, prescindiendo de cualquier tipo de discriminación” (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001). Estos principios deben estar presentes a la hora de abordar la psicopatía, en donde se promueva un trato humanizado y libre de discriminación, pese a las ideas preconcebidas de este constructo en la población en general.

Para finalizar, resulta pertinente referenciar al Art. 2., el cual destaca la importancia de que el profesional actúe con “máxima objetividad e integridad” (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001), estas características de la labor ética del psicólogo están asociadas a lo referido más arriba en cuanto al respeto, la no discriminación y el trato humanizado y profesional que debe recibir esta población como receptores de su servicio y como sujetos: con sus individualidades, sus virtudes y sus imperfecciones.



## Conclusiones

A modo de conclusión, se considera oportuno destacar que la psicopatía es un constructo complejo, con dificultades al establecer el diagnóstico, en donde no hay consenso con respecto al tratamiento de esta población. Si bien se han propuesto diferentes intervenciones, ninguno ha podido demostrar su eficacia por completo. Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, este cuadro muchas veces ha sido objeto de estigma debido a que los rasgos que lo definen son atributos que generan desaprobación en la sociedad, lo cual puede verse reflejado en el pesimismo que gira en torno al pronóstico y tratamiento de la persona con este diagnóstico.

Este aspecto, implicó un desafío personal, ya que los principales exponentes de la temática, como Hare (2003), consideran que la psicopatía es intratable o, al menos, que ninguno de los tratamientos propuestos hasta la fecha ha sido eficaz. No obstante, en la búsqueda de información, se logró encontrar ciertos estudiosos de la temática que proponen las intervenciones aquí mencionadas pese a que sus efectos han sido limitados hasta la fecha.

Al principio del trabajo tenía una postura definida, apoyándome de forma incuestionable en la bibliografía de referencia, y considerando que era una población que no podría ser plausible de un tratamiento que arrojase resultados positivos, siendo un tanto categórica respecto al tema. Sin embargo, a medida que fui desarrollando la monografía, mi interpretación de la temática se fue transformando y adopté una postura más reflexiva.

Asimismo, encontré dificultades a la hora de referirme a las personas con este diagnóstico, ya que la bibliografía consultada se refiere a estos sujetos como “psicópatas”, pero luego de entender que este término puede resultar despectivo y que puede perpetuar la visión estigmatizante y poco neutral del diagnóstico, como también con base en el intercambio con la docente tutora, he decidido sustituirlo por el de “persona con diagnóstico de psicopatía” (salvo aquellas denominaciones que no admitían modificaciones, tales como “psicópatas integrados”, entre otras, debido a que es el término literal del autor).

Por consiguiente, este trabajo ha sido un reto tanto a nivel personal como académico, al confrontar y cuestionar mis propias creencias y suposiciones sobre la psicopatía, me permitió explorar nuevas perspectivas en relación con el abordaje y tratamiento de este cuadro.

Encontrar bibliografía que aborde la temática en Uruguay también fue una tarea difícil, ya que es escasa. Esto ha dificultado la posibilidad de tener una visión más cabal de la realidad del país respecto al estudio de la psicopatía. Por tanto, me gustaría seguir indagando a futuro, puesto que considero pertinente entender esta problemática en el contexto en que uno se encuentra. Para ello, resulta necesario estudiar la psicopatía en el marco de nuestro

sistema de salud y entender las particularidades del sistema penitenciario debido a la relación que existe entre esta problemática, la salud y la violencia.

Como se mencionó anteriormente en este trabajo, según estudios de Hare (2003) el 1 % de la población cumple con los criterios para un diagnóstico de psicopatía. Esto, llevado a la población de Uruguay, arroja un resultado de unas 34.000 personas. Así, deja en evidencia que existe un número considerable de habitantes con este cuadro y que, por ende, el estudio de la temática y la posibilidad de intervención se torna de gran importancia.

La psicopatía es un tema en boga, estudiado no solo por los profesionales en la materia, sino también presente en los medios de comunicación y en el colectivo popular; por eso, resulta importante seguir avanzando en su conceptualización en la búsqueda de una más acabada, que acompañe las nuevas perspectivas en salud mental y que promueva el surgimiento de nuevos enfoques en cuanto a su evaluación, diagnóstico y tratamiento que estén en sintonía con estos cambios.

## Referencias bibliográficas

- Agustino Blázquez, M. I., Cabrera Alonso, Y. D. C. y Dujo López, V. (2021). Evaluación pericial en prisión: estudio de un agresor sexual serial con rasgos psicopáticos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 21(1), 61-92. <https://www.masterforense.com/pdf/2021/2021art4.pdf>
- Alfonso, O., Demaría, L. A., Fernández, A., Mendilaharsu, C., A., de Prego, V. M., Prego, L. E., de Pizzolanti, C. P., de Pizzolanti, G. M. y Sopena, C. (1966). La seducción en la psicopatía. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 8(3), 317-320. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/473/411>
- Alonso del Hierro, T. M. (2023). *Agresión, psicopatía y trastorno mental: análisis de su interrelación en función del riesgo de violencia* [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Docta. <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/18f8bb1b-3a49-4b5a-9f16-81de18a964da/content>
- Alpiste Pérez, A. (2014). El psicópata subclínico: sus manifestaciones y comportamiento. *Derecho y Cambio Social*, 11(37), 1-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4750872>
- Andrews, D. A. y Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5.<sup>th</sup> ed.). Lexis Nexis Group. [https://www.academia.edu/36813114/D\\_A\\_Andrews\\_James\\_Bonta\\_The\\_Psychology\\_of](https://www.academia.edu/36813114/D_A_Andrews_James_Bonta_The_Psychology_of)
- Arnaiz, A. y Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6 (26), 49-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)* (5.<sup>a</sup> ed.). Médica Panamericana.
- Beck, A. T. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/7441211f6653b95f68f07ef581e67dff.pdf>
- Bonilla Armada, N. (2021). *Escala de Evaluación de la Psicopatía Revisada: estudio exploratorio en una cárcel uruguaya* [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Colibri. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/33778/1/Tesis%20Natalia%20Bonilla%20Armada%20correcciones%20gramaticales.pdf>

- Bonta, J. y Andrews, D. A. (2006). Riesgo-Necesidad-Responsividad. Modelo de evaluación y rehabilitación de infractores. <https://inisa.gub.uy/images/llam-psi/riesgo-necesidad.pdf>
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós. <https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf>
- Cabrera Sánchez, J. y Gallardo Vergara, R. (2013). Psicopatía y apego en los reclusos de una cárcel chilena. *Anuario de Psicología*, 43(1), 83-99. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/264849/352536>
- Cabrera-Sánchez, J., Gallardo-Vergara, R., González Moraga, F. R. y Navarrete-Castro, R. (2014). Psicopatía y delincuencia: comparaciones y diferencias entre ofensores sexuales y delincuentes comunes en una cárcel chilena. *Revista Criminalidad*, 56(2), 229-245. <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n2/v56n2a04.pdf>
- Celedón Rivero, J. C., Barón García, B., Martínez Bustos, P., Cogollo, M. E. y Miranda Yáñez, M. (2016). Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos. *Encuentros*, 14(1), 151-165. <https://www.redalyc.org/pdf/4766/476655851010.pdf>
- Cleckley, H. (1988). *La máscara de la cordura*. Paidós.
- Coordinadora de Psicólogos, Sociedad de Psicología del Uruguay, Universidad de la República, Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay, Facultad de Psicología. (2001). *Código de ética profesional del psicólogo/a*. <https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>
- De Ávila Machado, F. L. (2021). La evolución del tratamiento penitenciario en Uruguay. *Revista Fermentario*, 15(2), 117-134. <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/fermen/article/view/1119/2074>
- De la Vega, I. y Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56. <https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico5.pdf>
- De Lasala Porta, F. (2014). *El tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas: Del pesimismo a la esperanza a partir de los avances en la última década (2003-2013)*. Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior. [https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/El\\_tratamiento\\_penitenciario\\_de\\_los\\_delincuentes\\_psicopatas\\_12614](https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/El_tratamiento_penitenciario_de_los_delincuentes_psicopatas_12614)

[0599.pdf](#)

- De Santisteban Pérez, P. (2016). Psicopatía delincencial y capacidad de intervención. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(1), 38-55. [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Psicopatia\\_delincencial\\_y\\_capacidad\\_de\\_intervencion.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Psicopatia_delincencial_y_capacidad_de_intervencion.pdf)
- Dujo López, V. y Horcajo Gil, P. J. (2017). La psicopatía en la actualidad: abordaje clínico-legal y repercusiones forenses en el ámbito penal. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 17(1), 69-88. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6674244>
- Dutton, K. (2012). *La sabiduría de los psicópatas*. Ariel. <https://www.derechopenalenlared.com/libros/la-sabiduria-de-los-psicopatas-kevin-dutton.pdf>
- Elices, M. y Cordero S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 132-152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847405006>
- Figueroa Cave, G. (2018). Una nueva propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad: la clasificación internacional de enfermedades CIE-11. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(4), 260-268. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v56n4/0717-9227-rchnp-56-04-0260.pdf>
- García Garrido, S. (2016). El comportamiento antisocial sin relevancia clínica: propiedades psicométricas del *Youth Psychopathic Traits Inventory* (YPI) en un estudio piloto. *International e-Journal of Criminal Science*, 1(10), 1-23. <https://ojs.ehu.eus/index.php/inecs/article/view/16995>
- Garrido Genovés, V. (2002). El tratamiento del psicópata. *Psicothema*, 14(1), 181-189. <https://www.psicothema.com/pdf/3489.pdf>
- Garrido Genovés, V. J. y López Latorre, M. J. (2012). La psicopatía como paradigma actual de estudio en la criminología. *Criminología y Justicia*, (3), 4-17. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4045959>
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 136-148. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a11.pdf>
- Giner Alegría, C. A. (2011). Etiología de la psicopatía. Diagnóstico diferencial con el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad. *Revista Derecho y Criminología*, (2), 101-122. <https://es.scribd.com/document/540504019/Etiologia-de-La-Psicopatia-2-1>

- González Gil, L. J., Jonsson, R. A., Leal Llitas, A. B., Hernández Michel Rizo, N. y Sala Romo, P. (2019). La psicología penitenciaria: modos de comprender la intervención psicológica por parte de los internos. *Sincronía*, (75), 386-398. <https://www.redalyc.org/journal/5138/513857794019/513857794019.pdf>
- Halty, L. y Prieto-Ursúa, M. (2015). Psicopatía infanto-juvenil: evaluación y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 36(2), 117-124. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77839628005.pdf>
- Hare, R. D. (2013). PCL-R. Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare. Revisada. TEA.
- Hare, R. D. (2003). Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean. Paidós.
- Juanche Molina, A. (2022). *Consultoría. Mapeo de alternativas a la privación de libertad*. PNUD, ACNUDH. [https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-02/informa\\_final\\_mapeo\\_de\\_medidas\\_alternativas\\_juance.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-02/informa_final_mapeo_de_medidas_alternativas_juance.pdf)
- Koch, M. y Montes, C. (2018). Psicopatía: una revisión acerca de su definición y evolución conceptual en la historia de la psiquiatría. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 56(1-2), 45-60. <https://revistapsiquiatriaclinica.uchile.cl/index.php/RPSC/article/view/65043/68369>
- León-Mayer, E., Asún-Salazar, D. y Folino, J. Ó. (2010). Confiabilidad y validez de la versión chilena de la Hare PCL-R. *Revista de la Facultad de Medicina*, 58(2), 103-114. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v58n2/v58n2a02.pdf>
- León-Mayer, E., Neumann, C., Folino, J. O. y Hare, R. D. (2013). Aproximación diagnóstica de psicopatía mediante instrumento autoinformado. *Revista Criminalidad*, 55(3), 251-264. <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v55n3/v55n3a04.pdf>
- Linehan, M. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la terapeuta*. Psara.
- López Magro, C. L. y Robles Sánchez, J. I. (2005). Aproximación histórica al concepto de psicopatía. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 5(1-3), 137-168. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2382738>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>
- López, S. (2013). Revisión de la psicopatía: Pasado, presente y futuro. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24(2), 1-16. <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233229143007.pdf>

- Lösel, F. (2002). ¿Existe un tratamiento eficaz para la psicopatía?: Qué sabemos y qué deberíamos saber. En A. Raine y J. Sanmartín, *Violencia y psicopatía. Estudios sobre violencia* (pp. 235-272). Ariel.
- Luengo, M. A. y Carrillo de la Peña, M. T. (2009). La psicopatía. En *Manual de psicopatología*, (Vol. 2, pp. 481-507) [https://www.academia.edu/40757692/SEMANA\\_5\\_Psicopat%C3%ADa](https://www.academia.edu/40757692/SEMANA_5_Psicopat%C3%ADa)
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Plan Nacional de Salud Mental: 2020-2027. [https://www.psicologos.org.uy/Plan\\_Nacional\\_Salud\\_Mental.pdf](https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf)
- Moñivas, A. (1996). La conducta prosocial. *Cuadernos de trabajo social*, 9(9), 125-142. [https://www.researchgate.net/publication/27573899\\_La\\_conducta\\_prosocial](https://www.researchgate.net/publication/27573899_La_conducta_prosocial)
- Mora Viquez, C. (2011). *Psicopatía versus sociopatía: superación de paradigma, estereotipos y costumbrismos*. *Revista Cúpula*, 25(1-2), 59-67. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v25n1-2/art6.pdf>
- Munguía, A., Torres, I., Pérez, M. y Ostrosky, F. (2023). Modelos de intervención y prevención de la psicopatía. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 20(1), 65-90. [https://www.researchgate.net/publication/369124887\\_MODELOS\\_DE\\_INTERVENCION\\_Y\\_PREVENCION\\_DE\\_LA\\_PSICOPATIA](https://www.researchgate.net/publication/369124887_MODELOS_DE_INTERVENCION_Y_PREVENCION_DE_LA_PSICOPATIA)
- Muñoz Toledo, E. C. (2020). *Evaluación e intervención basada en terapia dialéctico conductual para la regulación emocional de pacientes con rasgos psicopáticos* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000802961/3/0802961.pdf>
- Muñoz Vicente, J. M. (2011). La psicopatía y su repercusión criminológica: Un modelo comprehensivo de la dinámica de personalidad psicopática. *Anuario de psicología jurídica*, 21, 57-68. <https://www.redalyc.org/pdf/3150/315026314007.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Guía de introducción a la prevención de la reincidencia y la reintegración social de delincuentes*. [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_SocialReintegration\\_ESP\\_LR\\_final\\_online\\_version.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_SocialReintegration_ESP_LR_final_online_version.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Médica Panamericana. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>
- Pavez, F. (2009). Psicopatía y nihilismo psicoterapéutico. *Psiquiatría Universitaria*, 5(3), 343-

350.

[https://www.academia.edu/6356258/Psicopat%C3%ADa\\_y\\_Nihilismo\\_Psicoterap%C3%A9utica](https://www.academia.edu/6356258/Psicopat%C3%ADa_y_Nihilismo_Psicoterap%C3%A9utica)

Pérez Sánchez, B. (2014). *Estudio de una muestra penitenciaria española y latinoamericana de la realidad de la psicopatía en prisión* [Tesis doctoral, Universidad de Oviedo]. RUO. [https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/29236/TD\\_BeatrizPerezSanchez.pdf?sequence=1](https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/29236/TD_BeatrizPerezSanchez.pdf?sequence=1)

Pozueco Romero, J. M. (2010). *Psicópatas integrados. Perfil psicológico y personalidad*. Eos. <https://es.scribd.com/document/391263290/Pozueco-Romero-Jose-Psicopatas-Integrados>

Pozueco Romero, J. M., Romero Guillena, S. L. y Casas Barquero, N. (2011a). Psicopatía, violencia y criminalidad: Un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte I). *Cuadernos de medicina forense*, 17(3), 123-136. <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfv17n3/original3.pdf>

Pozueco Romero, J. M., Romero Guillena, S. L. y Casas Barquero, N. (2011b). Psicopatía, violencia y criminalidad: Un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II). *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(4), 175-192. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062011000400002&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062011000400002&script=sci_arttext)

Pozueco-Romero, J. M., Moreno-Manso, J. M., García-Baamonde, M. E. y Blázquez-Alonso, M. (2015). Psicopatía y psicopatologías: ¿Puede conceptualizarse la psicopatía como trastorno mental?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(3), 219-230. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:Psicopat-2015-20-3-5020>

Prego Silva, L. E. (1968). Notas sobre el tratamiento de la psicopatía. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 10(1-2), 3-46. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/716/604>

Raine, A. y Sanmartín, J. (2002). *Violencia y psicopatía. Estudios sobre violencia*. Ariel.

Redondo Illescas, S. y Pueyo, A. A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 147-156. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828302.pdf>

Roca, M. y Montero, P. (2002). El caso español: intervención con psicópatas en prisión. En A. Raine y J. Sanmartín, *Violencia y psicopatía. Estudios sobre violencia* (pp. 273-298). Ariel.

Rodríguez González, R. y González Trijueque, D. (2014). Psicopatía: análisis criminológico del comportamiento violento asociado y estrategias para el interrogatorio.



- Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 14(1), 125-149.  
<https://www.masterforense.com/pdf/2014/2014art7.pdf>
- Rosselló Mir, J. y Revert Vidal, X. (2010). El psicópata: una mente amoral tras la máscara de la cordura. En A. P. Trapero Llobera (Coord.), *Dexter, ética y estética de un asesino en serie* (pp. 229-249).
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism. Clinical lore or clinical reality?. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79-112.  
[https://www.researchgate.net/profile/Randall-Salekin/publication/11564340\\_Psychopathy\\_and\\_therapeutic\\_pessimism\\_Clinical\\_lore\\_or\\_clinical\\_reality/links/5aeb0b43a6fdcc03cd90dad8/Psychopathy-and-therapeutic-pessimism-Clinical-lore-or-clinical-reality.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Randall-Salekin/publication/11564340_Psychopathy_and_therapeutic_pessimism_Clinical_lore_or_clinical_reality/links/5aeb0b43a6fdcc03cd90dad8/Psychopathy-and-therapeutic-pessimism-Clinical-lore-or-clinical-reality.pdf)
- Sánchez Garrido, F. J. (2009). Fisonomía de la psicopatía. Concepto, origen, causas y tratamiento legal. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3(2), 79-125. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:DerechoPenalyCriminologia-2009-2-10003&dsID=PDF>
- Sandia, I. y Baptista, T. (2022). Egodistónico: una revisión en busca de definiciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(3), 240-244.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v51n3/0034-7450-rcp-51-03-240.pdf>
- Soler, J., Elices, M. y Carmona, C. (2016). Terapia dialéctica conductual: Aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de Conducta*, 42(165-166), 35-49.  
<https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12313/Terapia-Dialectica.pdf?sequence=2>
- Sosa Barón, S. (2021). Desafíos de la implementación del OASys en el Uruguay. *Revista Pensamiento Penal*, (405), 1-31.  
<https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/89634-desafios-implementacion-del-oasys-uruguay>
- Terol Levy, O. (2008). Propuesta de tratamiento para delincuentes violentos con componente psicopático. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 8(1), 161-192.  
<https://www.masterforense.com/pdf/2008/2008art8.pdf>
- Trindade Piñeiro, F. y Fernández Romar, J. E. (2020). El rol del psicólogo en contextos de privación de libertad en Uruguay. *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVII Jornadas de Investigación, XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, II Encuentro de Musicoterapia*, Universidad de Buenos Aires,

Facultad de Psicología. <https://www.aacademica.org/000-007/867.pdf>

Uruguay (2017, agosto 24). Ley N.º 19.529: *Ley de Salud Mental*.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Vinet, E. V. (2010). Psicopatía infanto-juvenil: avances en conceptualización, evaluación e intervención. *Terapia Psicológica*, 28(1), 109-118.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v28n1/art10.pdf>

Winnicott, D. W. (1990). Deprivación y delincuencia. Paidós.  
<https://es.scribd.com/doc/142930095/16501435-Winnicott-Donald-Deprivacion-y-delincuencia-1954-pdf>

Yesuron, M. (2017). La psicopatía y su diagnóstico. *Revista Estudios Sociohumanísticos*, 1(1), 17- 31.  
<https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/11/miscelaneas42370.pdf>

Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de esquemas*. Desclée De Brouwer.

## Anexos

**Tabla 1.** Origen y evolución del constructo psicopatía.

Autor	Año	Aporte	Desarrollo
Benjamin Rush	1780	Propone el término <i>depravación moral</i>	Considera que la psicopatía es un trastorno en donde están afectadas las facultades morales con preservación del intelecto y la razón.
Philippe Pinel	1801	Introduce el término <i>manía sin delirio</i>	Sostiene que la capacidad intelectual de las personas con psicopatía no se encontraba afectada, pero evidencian un comportamiento que transgrede las normas morales o sociales exhibiendo ataques de ira y ausencia de culpabilidad.
James C. Prichard	1835	Propone el término <i>locura moral</i>	Afirma que en la psicopatía no hay compromiso intelectual y sitúa a la patología «principal o exclusivamente en el ámbito de los sentimientos, temperamento o hábitos». La persona presenta un «defecto del carácter» cuya actitud tendría que ser reprendida y condenada socialmente.
Alfred Koch	1891	Introduce el término <i>inferioridad psicopática constitucional</i>	Destaca la base biológica o constitucional de la psicopatía, la cual no debía ser considerada enfermedad mental.
Emil Kraepelin	1896	En principio propone el término <i>estados psicopáticos</i> para luego hablar de <i>personalidades psicopáticas</i>	Afirma que las personas con psicopatía no son neuróticos ni psicóticos, y tampoco están en el esquema de manía-depresión, pero su comportamiento confronta con los parámetros sociales imperantes. Subraya la etiología constitucional y desestima la idea de enfermedad mental en la psicopatía.

Karl Birnbaum	1914	Introduce el término <i>sociopatía</i>	Plantea una mirada ambientalista, resaltando los determinantes sociales del comportamiento en la psicopatía.
Karl Schneider	1923	Refiere el término <i>personalidades psicopáticas</i>	Sostiene que las personas con psicopatía presentan un trastorno de la personalidad con el que sufren o hacen sufrir a los demás. Identifica diez tipos de personalidades psicopáticas.
Hervey Cleckley	1941	Publica el libro <i>La máscara de la cordura</i>	Realiza una descripción fenomenológica de la psicopatía, dándole importancia a aspectos interpersonales y afectivos, además de a la conducta antisocial. Introduce la idea de <i>afasia semántica</i> . Introduce la idea de <i>psicopatía subclínica</i> .
Robert Hare	1991	Desarrolla la PCL-R	Realiza una descripción de la psicopatía tomando en cuenta aspectos interpersonales, emocionales y conductuales. Desarrolla un test para evaluar la psicopatía.

**Tabla 2.** Ítems de la escala Hare (*Psychopathy Checklist-Revised/PCL-R*)

<b>Factor 1: Interpersonal/afectivo</b>	<b>Factor 2: Desviación social</b>
<p>1. Locuacidad/encanto superficial                      2. Sensación grandiosa de autovalía                      4. Mentiras patológicas                      5. Engaños/manipulación                      6. Ausencia de remordimiento y culpabilidad                      7. Escasa profundidad en los afectos                      8. Insensibilidad/falta de empatía                      16. No acepta la responsabilidad de sus acciones</p> <p><b>Ítems adicionales (ítems que no cargan en ningún factor)</b></p> <p>11. Conducta sexual promiscua                      17. Muchas relaciones matrimoniales                      20. Versatilidad criminal</p>	<p>9. Estilo de vida parasitario                      10. Escaso control del comportamiento                      12. Problemas de conducta tempranos                      13. Falta de metas realistas a largo plazo                      14. Impulsividad                      15. Irresponsabilidad                      18. Delincuencia juvenil                      19. Revocación de la libertad condicional</p>

**Tabla 3.** F60.2. Trastorno disocial de la personalidad en el CIE- 10 (OMS, 1992).

<b>Criterios diagnósticos CIE 10 para trastorno disocial de la personalidad</b>
<p>Se trata de un trastorno de personalidad caracterizado por desprecio hacia las obligaciones sociales y cruel despreocupación por los sentimientos de los demás.</p> <p>Existe gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; está caracterizado por:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.</li><li>Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.</li><li>Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.</li><li>Muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento.</li><li>Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.</li><li>Marcada predisposición para culpar a los demás o para ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.</li></ol> <p>Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Amoral.</li><li>• Antisocial.</li><li>• Asocial.</li><li>• Psicopático.</li><li>• Sociopático.</li></ul>

**Tabla 4.** 301.7. Trastorno antisocial de la personalidad en el DSM-5 (APA, 2014).

<b>Criterios diagnósticos DSM V para trastorno antisocial de la personalidad</b>
<p>a) Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad y que se manifiesta por 3 (o más) de los hechos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.</li><li>● Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.</li><li>● Impulsividad o fracaso para planear con antelación.</li><li>● Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.</li><li>● Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.</li><li>● Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.</li><li>● Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.</li></ul>
<p>b) El individuo tiene como mínimo 18 años.</p>

**Tabla 5.** Factores de riesgo/necesidad establecidos por Andrews y Bonta (2010, p. 58).

Factores de riesgo	Indicadores
Historial de comportamiento antisocial/delictivo	Incluye la participación temprana en una variedad de actividades antisociales, en diversos ambientes, dentro y fuera del hogar.
Patrón de personalidad antisocial	Asociado a la impulsividad, la búsqueda permanente de emociones y placer, problemas generalizados con múltiples personas y en múltiples entornos, agresividad y desprecio por los demás.
Pensamiento antisocial	Refiere a actitudes, valores, creencias, racionalizaciones y una identidad personal que apoyan el comportamiento delictivo.
Asociaciones antisociales	Remite al relacionamiento de la persona con sujetos cuya conducta es antisocial y que, por otro lado, se aísla de aquellos que tienen conductas prosociales.
Problemas familiares/maritales	Caracterizado por relaciones sociales de baja calidad en combinación con actitudes neutrales de la familia con respecto al crimen o posturas procriminales por parte de esta.
Problemas en la escuela/trabajo	Remite a bajos niveles de participación, como así también de expectativas y satisfacciones en relación con la escuela/trabajo.
Ausencia de actividades de ocio/recreación prosociales	Alude a bajos niveles de implicación y satisfacciones en actividades de ocio prosociales.
Abuso de sustancias	Refiere a problemas de consumo problemático de sustancias tales como alcohol y/u otras drogas.