

# El tratamiento del psicópata

Vicente Garrido Genovés  
Universidad de Valencia

En este artículo se introducen los principales tópicos que la investigación actual considera relevantes para analizar el tratamiento del psicópata. Seguidamente se discute la situación en España, y se concluye la gran dejadez con que las instituciones judiciales y correccionales se han acercado a los sujetos encuadrados en este diagnóstico. En el artículo se revisan los principales resultados de la investigación sobre la efectividad del tratamiento, incluyendo un meta-análisis realizado por nosotros.

*The treatment of psychopath.* This paper is about the main topics research has pointed out concerning the treatment of psychopaths. It discuss also the situation in Spain, concluding how courts and correctional system alike have misunderstood the relevance of this diagnostic. We review the focal point of the research about the effectiveness of the treatment of the psychopath, and include a meta-analysis made by our group.

Tengo ante mi un libro, titulado «Felices como asesinos», de Gordon Burn (2000). En su contraportada, se explica con concisión su tema: «El 26 de febrero de 1994, tras una errática investigación, la policía descubre en el jardín de Fred y Rosemary West los restos de su hija Heather. El matrimonio ya había sido denunciado hacía unos cuantos años por una jovencita que había trabajado como canguro en su casa, y que fue secuestrada, torturada y sometida a todo tipo de ultrajes, pero el procedimiento se había resuelto con una multa a los West y poco más. Pero ahora, en el atroz rompecabezas compuesto por los huesos de Heather, hay un tercer fémur que no le pertenece. Las excavaciones continuarán, y en los días siguientes, los restos de otras ocho mujeres son encontrados en el jardín y en el interior de la casa de los West, que los periódicos bautizarán como *la casa de los horrores*».

Sí, se trata de la última obra literaria –en la estela de «A sangre fría», de Truman Capote, y «La canción del verdugo», de Norman Mailer– sobre un caso de psicopatía criminal sistemática. Veamos brevemente cómo describe Gordon Burn a Fred West (los subrayados son míos):

«En aquellas fechas, Rose andaba muy desorientada. Su familia se había deshecho y no estaba vinculada a ninguno de sus miembros (...) Y merced a sus instintos, Fred era capaz de distinguir de lejos a la gente sin dirección, a las personas sin rumbo ni timón. Ella había caído bajo el radio de acción de su radar, y *la tenía controlada*» (p. 86).

«Fred West [era] un observador y un depredador lo bastante inteligente para no parecerlo» (p. 95).

«Era el típico hombre capaz de liar a cualquiera. *Tenía labia*» (p. 97).

«Era un mentiroso impenitente. Contaba sus historias del mis-

mo modo en que trabajaba en la construcción: iba añadiendo cosas y dándoles forma, luego daba un paso atrás y las retocaba; improvisaba sobre la marcha hasta que todo pareciera perfecto y a prueba de bomba...» (p. 98).

«A lo largo de su vida asociaría sus emociones más profundas y complejas, sus pensamientos más retorcidos y turbadores, no a personas, sino a cosas. A lugares y a cosas. *A personas como cosas*» (p. 101).

En las páginas del libro también resulta patente su falta de metas concretas, su ausencia de un trabajo estable y, por supuesto, la extrema indiferencia hacia cualquier persona y sus sentimientos (quizás con la excepción de Rosemary), incluyendo una extraordinaria promiscuidad sexual.

Por mucho que queramos discutir la naturaleza de este trastorno, su lugar como categoría nosológica entre los trastornos mentales, el psicópata siempre acaba por volver, de manera tozuda y recurrente. Creo que en la actualidad se ha acumulado la suficiente investigación como para reconocer, definitivamente, y al margen de los indudables problemas de diagnóstico que todavía tenemos, que se trata de alguien o algo real, que incluye una personalidad especialmente inquietante y asocial.

## El DSM-IV, Harvey Cleckley y Robert Hare

Esos rasgos que describen a Fred West coinciden plenamente con los estudios de Cleckley (1976), el gran impulsor moderno del estudio del psicópata. Como ya es sabido, definió esta personalidad de acuerdo a las siguientes dieciséis características:

1. Encanto superficial e inteligencia
2. Ausencia de delirios y otros síntomas de pensamiento irracional
3. Ausencia de nerviosismo y otros síntomas neuróticos
4. Irresponsabilidad
5. Falta de sinceridad
6. Falta de remordimientos y de vergüenza
7. Conducta antisocial sin móvil adecuado

8. Falta de discernimiento e incapacidad de aprender de la experiencia
9. Egocentrismo patológico e incapacidad de amar
10. Afectividad limitada
11. Falta de intuición
12. Indiferencia hacia las relaciones interpersonales
13. Conducta sorprendente y poco deseable
14. El suicidio es algo infrecuente
15. Trivialidad sexual
16. Incapacidad de seguir un plan de vida coherente

Es bien cierto que el psiquiatra americano (famoso por su estudio sobre «Las tres caras de Eva») había centrado su investigación en gente de clase media principalmente, sujetos de hospitales mentales que no se correspondían generalmente con la subcultura criminal, lo que le llevó a prestar poca importancia a los aspectos más crueles y sádicos de su comportamiento, ausentes muchas veces en los historiales por él consultados. Sin embargo, la personalidad de West puede verse todavía bien reflejada en su lista de características. Así, los puntos 1 (encanto superficial), 2 (ausencia de delirios), 3 (ausencia de neurosis), 4 (irresponsabilidad), 5 (falta de remordimientos), 6 (delitos sin un motivo obvio), 9 (egocentrismo), 12 (indiferencia hacia las relaciones interpersonales), 13 (conducta no deseable), 15 (promiscuidad) y 16 (sin metas definidas) sirven para señalar los rasgos descritos por Burn en su obra para el agente principal de la «casa de los horrores».

El mérito de Robert Hare estriba en recoger las enseñanzas de Cleckley y añadir diferentes items que, de acuerdo, con la investigación básica, sirven para caracterizar a la personalidad antisocial, tal y como Robins (1966) y otros habían explicado en sus análisis de los sujetos que manifiestan una carrera delictiva intensa y prolongada. De esta suerte crea su «Psychopathic Checklist», la prueba de mayor apoyo empírico para discriminar a los psicópatas delincuentes subculturales (esto es, con un estilo de vida antisocial).

El PCL R (revisado, Hare, 1991) consta de dos factores, I y II, abarcando 17 items (hay tres items que no saturan en ningún factor), y son los siguientes:

*Factor I*

Locuacidad/encanto superficial  
Grandiosidad del yo  
Mentira patológica  
Manipulación  
Falta de remordimientos  
Sentimientos superficiales  
Insensibilidad/falta de empatía  
Incapacidad de responsabilizarse de sus actos

*Factor II*

Necesidad de estimulación /tendencia al aburrimiento  
Estilo de vida parásito  
Deficiente autocontrol  
Problemas precoces de conducta  
Ausencia de metas realistas a largo plazo  
Impulsividad  
Irresponsabilidad  
Delincuencia juvenil  
Revocación de libertad condicional

**Items Adicionales**

Promiscuidad Sexual  
Muchas relaciones matrimoniales cortas  
Versatilidad delictiva

Puede verse, en efecto, que la contribución del factor II de Hare es necesaria para predecir la conducta violenta y delictiva en general, ya que son los items de historia antisocial los que poseen la mayor eficacia predictiva, aunque el factor I añade también peso a la predicción, y puede igualar al factor II en la predicción de la conducta violenta (Hemphill y Hare, 1996).

De este modo, Hare puede decir en justicia que el PCL R es una medida más acertada de la psicopatía (en el sentido descrito por Cleckley) que el trastorno antisocial de la personalidad (TAP), ya que éste incluye sobre todo conductas antisociales, es decir, criterios que están valorados en el factor II del PCL-R. El problema está, entonces, que el TAP fracasa a la hora de detectar los auténticos rasgos de la personalidad psicopática, que son los valorados por el factor I del PCL R.

La consecuencia práctica de lo anterior es muy importante. No es lo mismo emplear el TAP como criterio diagnóstico de la psicopatía que el PCL R, ya que el primero incluye a un porcentaje muy alto de sujetos (prácticamente todos los delincuentes crónicos), mientras que el segundo, al exigir también la contribución de los items del factor I (de personalidad psicopática en sentido estricto) restringe mucho más la población de los sujetos potenciales de recibir ese diagnóstico, al tiempo que afina más la predicción porque -no se olvide- el factor I también añade capacidad predictiva.

Que Robert Hare va por buen camino lo prueba la investigación que asevera que el PCL R es uno de los mejores instrumentos para predecir la reincidencia, tanto la general como la violenta (Wong, 2000).

#### Los psicópatas integrados y los subculturales

La importancia de separar el factor I del II es evidente: al ser el factor I los elementos esenciales del diagnóstico de psicopatía en Cleckley, si no reparamos en que hay psicópatas integrados y, por ello mismo, con un escaso factor II (que mide en lo básico historia antisocial), tendremos graves problemas para reconocer la peligrosidad de sujetos como Joaquín Ferrándiz, el asesino en serie de cinco mujeres que previamente había sido condenado por una agresión sexual (Garrido, 2000b). Al margen de que nadie creyera que podría tratarse de un psicópata durante el tiempo de estancia en reclusión, ocurrió que se le dio la libertad condicional porque se le consideraba ya «rehabilitado», al concurrir en él las circunstancias que tradicionalmente rigen en el sistema penitenciario para concederla: trabajo en el exterior, relaciones familiares, comportamiento adaptado a las normas...

Ahora ya es historia que Ferrándiz mató a cuatro mujeres nada más salir de la cárcel. Pero lo que quiero significar aquí es que él no hubiera obtenido el diagnóstico de «psicópata» aunque se le hubiera administrado la prueba (el PCL-R) antes de obtener la libertad condicional. De hecho, cuando dos años después se la administré, su puntuación estaba lejos del punto de corte (30) de la prueba. ¿La razón? Ferrándiz es un psicópata integrado que comete delitos, alguien que parece ser una persona «normal», con formación, y del que nadie sospecha. Alguien así puntuará alto en el factor I y bajo en el factor II (como de hecho ocurrió), lo que implica no ser detectado con los baremos actuales del PCL-R.

No podemos detenernos en este artículo en el análisis de los psicópatas integrados (véase Garrido, 2000a). Pero sin duda es urgente incluir en la agenda de los técnicos de las instituciones penitenciarias el análisis y tratamiento de aquellos psicópatas que,

precisamente por no presentar los factores típicos del psicópata subcultural criminal (Anglés sería un ejemplo conocido por todos), no son detectados habitualmente.

#### El tratamiento del psicópata

Lykken (2000a) ha escrito recientemente uno de los axiomas más característicos que se conocen en el ámbito del tratamiento de los psicópatas: «Una de las razones por las que el psicópata primario es una mala apuesta terapéutica es que carece de la motivación necesaria; los que sufren las consecuencias de su afección son sus familiares y conocidos, no el propio psicópata» (pp. 352-353). Esta es la razón por la que, en relación a estos sujetos, se aboga por intervenir antes de que se desarrolle completamente este trastorno: «... la mayoría de los psicópatas empedernidos y de los sociópatas [delincuentes reincidentes por causa fundamentalmente ambiental] desde una edad temprana no parecen reformables. La única solución real para el grave problema planteado por estos forajidos es la prevención» (Lykken, 2000a, p.353).

Pero el objetivo de este artículo es plantear la cuestión del tratamiento, y en especial por lo que hace referencia a nuestro país. De ahí que, en primer lugar, nos ocupemos de la cuestión genérica de la tratabilidad de los psicópatas para, en segundo lugar, examinar la necesidad de desarrollar programas adecuados en nuestras cárceles y centros de reforma para delincuentes juveniles.

#### ¿Se puede tratar a los psicópatas?

Jones (1982) y Toch (1980) plantearon que las comunidades terapéuticas podían ser lugares adecuados para el tratamiento de los psicópatas. Sin embargo, la investigación actual concerniente a este punto es muy escasa, y con serias deficiencias metodológicas (Dolan y Coid, 1993; Lösel, 1996). Este último autor señaló las dificultades más características de las investigaciones aplicadas al tratamiento de estos sujetos: heterogeneidad de los grupos tratados; diferentes conceptos manejados en la definición de psicopatía/personalidad antisocial; comorbidad en otros trastornos; objetividad y fiabilidad de la evaluación de los delincuentes; falta de procesamiento de datos relativos a la intervención; escasez de integridad en el tratamiento; el contenido del tratamiento no se especifica bien en cuanto a intensidad y cualidad; diferentes conceptos y tipos de resultados; y problemas en la fiabilidad y validez en los criterios de éxito.

De todos modos —o quizás por ello mismo— los datos que tenemos no son aleccionadores. Ogloff et al. (1990) señalaron que los delincuentes psicópatas de la comunidad terapéutica (CT) evaluada mostraron una mejora menor, una menor motivación y una tasa más alta de abandono que los sujetos no psicópatas. Por su parte, Hughes et al. (1997) encontraron que las puntuaciones del factor I del PC-R estaban negativamente relacionadas con los resultados de un programa cognitivo-conductual desarrollado en un hospital para internos judiciales de Inglaterra. Y finalmente, en el que quizás sea el estudio de tratamiento de psicópatas más citado, Harris, Rice y Cormier (1994) observaron que sus psicópatas canadienses (en la CT de Penetanguishene, Canadá) tratados reincidieron más que los no tratados.

¿Puede sorprender esta ristra de resultados negativos? Difícilmente, ya que conocíamos determinados estudios que indicaban que los sujetos psicópatas mostraban mayores tasas de agresividad y conflictividad en la prisión (Wong, 1984) y mayor capacidad de

conflictividad, simulación y engaño en hospitales psiquiátricos (Gacono et al., 1995), y una relación interpersonal hostil y dominante en un hospital de máxima seguridad (Blackburn, 1996).

Con el objetivo de arrojar luz sobre cuál era el conocimiento empírico existente sobre el tratamiento de los psicópatas, y comprobar en qué medida las clásicas evaluaciones negativas en cuanto a los resultados del mismo se ajustaban a la realidad, nos propusimos realizar un meta-análisis sobre los programas de tratamiento aplicados a sujetos diagnosticados como psicópatas (véase Garrido, Esteban y Molero, 1996; Esteban, Garrido y Sánchez-Meca, 1996). La investigación intentaba contestar dos interrogantes fundamentales: ¿Qué tratamientos son los más efectivos y bajo qué circunstancias treatmentales? ¿Qué características de los sujetos, del ambiente de la intervención, o de la propia investigación y su calidad metodológica, pueden estar influyendo en la determinación de que un tratamiento sea o no eficaz? En definitiva, tratábamos de averiguar cuáles eran aquellos factores que pueden influir en la eficacia o ineficacia de los tratamientos aplicados a sujetos diagnosticados de psicópatas, siguiendo el modelo de meta-análisis aplicado por vez primera en España en el ámbito de la delincuencia por Redondo (1994).

Una vez determinado el objetivo, procedimos a recopilar y seleccionar todos los estudios aplicados concernientes al tratamiento de los psicópatas. Algunos de los criterios de selección, bajo los cuales se seleccionaron 26 trabajos, fueron los siguientes: 1) que los sujetos hubieran recibido un diagnóstico de psicopatía o de trastorno antisocial de personalidad, mediante un criterio de diagnóstico estandarizado; 2) que el artículo describiera algún tipo de intervención aplicado a los psicópatas; 3) debía de existir un tratamiento cuantitativo de los datos.

Nuestra revisión abarcó los años 1983-1993 y, como se mencionó, encontró 26 trabajos de tratamiento de psicópatas, todos ellos publicados en inglés.

No podemos describir aquí con detalle todos los aspectos metodológicos de nuestro análisis. Baste indicar ahora que, en relación con el tratamiento aplicado, seleccionamos un total de seis variables o características moderadoras:

1. La modalidad de tratamiento: enfoque socio-médico, psicoterapéutico, terapia cognitivo-conductual, comunidad terapéutica, terapia *miliéu* u hospitalización a largo plazo.
2. Distinguimos si la intervención estaba dirigida al tratamiento de la adicción a las drogas, y en tal caso, el tipo de droga de que se trataba.
3. Régimen de vida de los sujetos: residencial o ambulatorio.
4. Tipo de tratamiento: individual, grupal o mixto.
5. Participación del sujeto en el tratamiento: voluntaria o involuntaria.
6. Duración del tratamiento (en semanas).

Y en relación con los sujetos, además de otras variables, diferenciamos si los sujetos eran delincuentes o no, la intensidad del trastorno psicopático (alta/baja), y si presentaban de modo único el trastorno psicopático (psicópatas «puros») o si ésta se combinaba con otro trastorno.

Finalmente, por lo que respecta a la variables dependientes, es decir, los resultados de los diferentes programas de tratamiento, distinguimos las siguientes categorías:

1. Consumo de alcohol y otras drogas.

2. Funcionamiento del sujeto durante el tratamiento.
3. Variables psicosociales.
4. Medidas psicológicas.
5. La condición/salud física de los sujetos
6. La delincuencia/reincidencia
7. La conducta agresiva/hostil

Una de las primeras cosas que observamos fue que muy pocos estudios consideraban el uso de un grupo de control, sólo cuatro, por lo que fueron excluidos de muchos de los análisis efectuados. Lo más habitual era la presencia de un grupo de comparación de «no psicópatas», compuesto por sujetos con otros diagnósticos psiquiátricos. El resto se limitaba a utilizar un sólo grupo experimental de psicópatas considerando sus puntuaciones antes y después del tratamiento. Para ambas circunstancias hicimos meta-análisis diferentes: meta-análisis A, con 34 investigaciones (comparación psicópatas-otros trastornos), y meta-análisis B, con 19 estudios (comparación psicópatas antes y después del tratamiento).

¿Cuáles fueron los principales resultados obtenidos? No muy aleccionadores. Considerando todos los resultados de los programas en el meta-análisis A (N= 34), tanto las medidas tomadas en el posttest como luego posteriormente en el seguimiento, obtuvimos un tamaño del efecto de  $-0.42$ , lo que venía a significar que, en comparación con los grupos de psicópatas, *los sujetos con otros diagnósticos psiquiátricos obtenían mejores resultados* como consecuencia de su tratamiento. Si considerábamos únicamente aquellos trabajos que incluían datos en el seguimiento (es decir, más allá en el tiempo de los resultados obtenidos en el posttest, inmediatamente después de recibir el tratamiento), el tamaño del efecto aún fue peor para los psicópatas, ya que alcanzaba un  $-0.51$  (con N= 22). Y finalmente, si considerábamos únicamente los datos de reincidencia o comisión de nuevos delitos, el valor asciende a  $-0.62$  (con N= 11), lo que habla bien a las claras sobre la superior probabilidad de los psicópatas comparados con otros trastornos de proseguir una carrera delictiva.

Ahora bien, es muy importante detenerse en averiguar cuáles eran aquellas variables moderadoras que explicaban *el peor resultado de los psicópatas*. Es decir, vistos los datos, ¿qué circunstancias de los sujetos, del tratamiento o del contexto de la intervención se asociaban con mayor probabilidad a que los psicópatas obtuvieran peores resultados que los sujetos con otros trastornos? De entre otras variables, destacaron las siguientes. Los psicópatas obtenían *menos aprovechamiento* del tratamiento si:

1. eran tratados en un régimen de comunidad terapéutica
2. eran psicópatas y además eran delincuentes
3. habían sido seleccionados mediante el PCL-R de Robert Hare
4. tenían una psicopatía alta y pura (sin otro trastorno añadido)
5. el tratamiento no afectaba de modo específico el consumo de alcohol
6. eran de mayor edad, y
7. eran tratados en contextos residenciales

Las cosas son más optimistas, sin embargo, si prestamos atención a los resultados del tratamiento dirigido sólo a sujetos psicópatas, comparando los datos obtenidos antes y después de la intervención (diseño A-B-A, ahora sin grupo de comparación). Por su-

puesto, se trata de un diseño pre-experimental, pero aún así es valioso considerarlo, dados los pocos estudios experimentales que se realizaron hasta la fecha (sólo 4). En el meta-análisis B, en efecto, el valor del tamaño del efecto global fue  $0.40$  (cn N= 19), lo que significaría que, considerados los tratamientos en su conjunto, *sí fueron efectivos para promover cambios positivos*. Sin embargo, en el seguimiento todos los beneficios se vinieron abajo, ya que el tamaño del efecto promedio llegó prácticamente a cero ( $0.01$ ), aunque —y es importante remarcarlo— sólo dispusimos de 7 estudios con seguimiento en el tiempo del tratamiento

A pesar de la decepción de los resultados del seguimiento, es importante detenerse aquí también en aquellos factores que se relacionaron con la mejora global de los psicópatas después de la intervención (el tamaño del efecto en el posttest subió hasta  $0.91$ , si bien sólo incluyó 13 estudios). Con las precauciones propias de lo exigido de la muestra, se puede indicar que los psicópatas tendieron a mejorar después de la intervención cuando:

1. se aplicaba a sujetos con una edad inferior a los 30 años, disminuyendo la eficacia a medida que la edad de los sujetos aumentaba.
2. el tratamiento era más prolongado en el tiempo.
3. se aplicaba a sujetos delincuentes
4. los sujetos presentaban una psicopatía baja, y
5. eran aplicados en contextos penitenciarios y residenciales

A pesar de que los trabajos analizados eran pocos (si bien comprendían prácticamente todo lo publicado en el decenio 1983-1993), ya que contábamos con 26 trabajos y un global de 34 (meta-análisis A) y 19 comparaciones (meta-análisis B), pudimos extraer una serie de conclusiones provisionales.

En primer lugar, la escasez de las investigaciones nos revela la existencia de un círculo vicioso: como consideramos a los psicópatas «intratables», apenas desarrollamos programas de tratamiento para ellos, con el resultado de que sabemos muy poco sobre cómo intervenir de manera efectiva, lo que a su vez reforzaría el pesimismo en cuanto a su recuperación.

En segundo lugar —y por lo que respecta a la comparación entre los psicópatas y los pacientes con otros trastornos— no deberíamos desechar la existencia entre el grupo de psicópatas de un mayor número de delincuentes «ocultos», y que fuese la delincuencia, como una conducta especialmente difícil de modificar, la responsable de que los psicópatas saquen peores resultados al compararlos con los sujetos con otros trastornos. Explicación que podría extenderse al hecho de que los psicópatas obtienen peores resultados tras el tratamiento cuando son delincuentes y son tratados en contextos penitenciarios. Podríamos concluir, por tanto, que el cometer delitos supone un indicador de una mayor gravedad de la psicopatía, y con ello de una menor efectividad en los tratamientos.

En tercer lugar, se observó que los métodos cognitivo-conductuales ayudaban a limar las diferencias en los resultados obtenidos por ambos grupos, mientras que la comunidad terapéutica era el modelo de tratamiento que más empeoraba a los psicópatas. Quizás la razón haya que situarla en los objetivos equivocados que se suelen perseguir en las comunidades terapéuticas a la hora de tratar a este tipo de sujetos, como luego discutiremos (Hobson et al., 2000).

En cuarto lugar, resulta muy revelador que los psicópatas de alta intensidad y los «puros» son los peor parados en la comparación

con los otros trastornos. Y en especial aquellos que fueron diagnosticados con el PCL-R, lo que sin duda avala su validez de constructo.

Atendiendo ahora al meta-análisis B, hemos de señalar una consideración importante. No sólo el resultado global fue esta vez favorable a los psicópatas (en la comparación antes/después de la intervención, recordemos de 0.40), sino que cuando analizamos de modo aislado los únicos 4 estudios que sí disponían de grupo de control, el tamaño del efecto disminuyó a 0,12, pero todavía tenía un valor positivo (en realidad equivalente al que se obtiene en los meta-análisis habituales con los delincuentes). Como en el caso anterior, también la eficacia del tratamiento disminuye cuando la psicopatía se presenta con una mayor intensidad. Hay una diferencia importante, empero, con relación al meta-análisis A, ya que en el B ser un delincuente se asocia a una mejora en el postest. Se necesitan muestras más amplias de investigación antes de poder explicar satisfactoriamente esta diferencia.

La siguiente investigación, si bien no describe un programa de intervención, permite señalar la importancia de algunas cuestiones básicas que deberían tenerse en cuenta en el diseño y preparación de un programa de tratamiento para psicópatas.

Hobson et al.(2000) diseñaron un proyecto con el propósito de desarrollar un instrumento para medir la conducta de los psicópatas durante los 6 primeros meses de su estancia en la prisión de Grendon, un centro que alberga cinco CT con una capacidad máxima de 40 internos cada una, en las cuales se siguen los principios desarrollados por Maxwell Jones. Sus objetivos son mejorar la autoestima de los internos, desarrollar su capacidad de relación interpersonal y sus actitudes de respeto ante los sentimientos y propiedades de los otros y, por supuesto, que abandonen el delito.

Cada una de las CT funciona de acuerdo a una serie de principios esenciales: 1) responsabilidad en el funcionamiento diario de la convivencia; 2) posibilidad de ensayar nuevos comportamientos, permitiendo un ambiente relativamente permisivo; 3) apoyo para que la gente se implique en la actividad terapéutica y continúe esforzándose en lograr cambios significativos en su estilo de vida; y 4) confrontación con la realidad, ya que la CT proporciona feedback sobre los logros que se alcanzan y los cambios que debe realizar el interno. Estos principios se operacionalizan a través de una serie de procedimientos que incluyen el trabajo en grupos pequeños, estrategias de feedback, reuniones de la comunidad, reuniones de los profesionales y diálogos informales.

Muchos de los internos en Grendon llegan con el diagnóstico de psicopatía, pero el centro tiene una serie de criterios de admisión bastante estrictos (y uno pensaría que es un modo de desembarazarse de los clientes más difíciles o «incómodos»), como son: una condena que permita al menos 18 meses de terapia; que no consuman drogas; una inteligencia al menos de nivel medio; que estén motivados para cambiar su conducta y que acepten las reglas de Grendon (que excluyen el alcohol y las relaciones sexuales con otros internos).

La muestra consistió de 93 sujetos ingresados en 1995, varones, con una edad media de 32,6 años y una condena promedio de 7 años. El 37% había cometido delitos de violencia, y un 27% delitos sexuales. A los sujetos se les administró la PCL-R y una *Escala de Estimación del Comportamiento* que analizaba la conducta del interno en dos momentos diferentes de tiempo (a los tres y a los seis meses de estancia en la CT) y en tres contextos: en las reuniones de grupo y de la comunidad (p.ej., «es evasivo cuando se le confronta»; «está centrado en sí mismo»); en la vida diaria

del módulo («busca llamar la atención»; «se fija en el personal más vulnerable») y actividades fuera del módulo terapéutico, como participar en obras de teatro, de naturaleza social, etc.

Los resultados revelaron diferentes cosas de interés. Primero, un 26% obtuvo una puntuación de 30 o superior en el PCL-R, que es el umbral establecido por Hare para calificar a un sujeto como psicópata; la media total fue elevada: 24,1, con una desviación estándar de 6.6. La media del factor I fue 7,90 (de un total máximo de 16), y del factor II 12,5 (de un máximo posible de 18).

En segundo lugar, la Escala de Estimación del Comportamiento que medía la conducta de los sujetos en las reuniones del grupo terapéutico mostró una correlación muy elevada con la puntuación total del PCL-R y el factor I tanto a los tres como a los seis meses de estancia (que, como ya sabemos, mide los aspectos interpersonales de la psicopatía); sin embargo, el factor II (que evalúa la conducta impulsiva y antisocial) no alcanza significación estadística. Este resultado avala la importancia de considerar los aspectos interpersonales de la psicopatía (grandiosidad del yo, encanto superficial, no aceptar la responsabilidad de las propias acciones, etc.) a la hora de evaluar el progreso de los psicópatas en los programas de tratamiento. Y, por supuesto, revela la importancia de contar con instrumentos adecuados para registrar la conducta de esos sujetos en los contextos terapéuticos.

Estudios previos han mostrado la dificultad en lograr disminuir la reincidencia de psicópatas evaluados con el PCL-R, en buena medida porque se emplea esta escala como un instrumento de evaluación estático, es decir, se administra por vez primera con los internos al comienzo del tratamiento y luego una vez finalizado el mismo. Como señalan Gendreau y Goggin (1997), ha habido una preocupación con la evaluación de los factores de riesgo estáticos en los programas de tratamiento con delincuentes, lo que deja de lado la importancia de factores de riesgo dinámicos (actitudes, creencias, valores y conductas) como objetivos de cambio, los cuales, son precisamente, los únicos que pueden ser ampliamente afectados por los esfuerzos terapéuticos. De ahí la importancia de generar escalas como la propuesta por los autores, que evalúa el modo de funcionamiento habitual de los internos durante su estancia en la comunidad terapéutica.

Estas «necesidades criminógenas» son sin duda mucho más relevantes, como objetivos de intervención terapéuticos, que los habituales objetivos de reducir la depresión, ansiedad o elevar la autoestima, que son los dominantes en los programas tradicionales desarrollados en las CT (Gendreau y Goggin, 1997).

¿Cuál es la conclusión más relevante que puede extraerse en términos del tratamiento de los psicópatas de este trabajo de Hobson et al.? Sin duda, la importancia de entrenar a los profesionales del tratamiento en la identificación de los tipos de conductas mostrados por los psicópatas, así como en las habilidades necesarias para enfrentarse a tales conductas que buscan perturbar y manipular los grupos terapéuticos y la convivencia del módulo en general. Si se registran los aspectos dinámicos del progreso terapéutico de los psicópatas (con medidas objetivas como la Escala de Comportamiento desarrollada por los autores), por otra parte, se evitará en mayor medida que éstos puedan engañar a los técnicos con sus habituales habilidades de manipulación y «encanto superficial», exhibidas en las entrevistas de evaluación.

Recientemente, Lösel (2000) ha resumido en una serie de principios de intervención los conocimientos más relevantes que tenemos en la actualidad en relación con cómo tratar a los psicópatas, recogiendo los resultados más amplios relativos al tratamiento de

los delincuentes en general. De este modo, los programas de tratamiento para psicópatas deberían:

1. Apoyarse en una sólida base conceptual y empírica, en especial en la teoría del aprendizaje cognitivo-social, complementado con los conocimientos recientes prestados por la neurofisiología del psicópata.
2. Realizar una evaluación profunda y dinámica del delincuente, que cuente como instrumento principal con el PCL-R, y que considere la motivación del delincuente y su carrera delictiva. La evaluación no debe tener su fundamento principal en una entrevista con el sujeto.
3. Seguir un tratamiento intensivo, más prolongado que en el caso de otros delincuentes, y evitando que el sujeto se adapte a él sólo superficialmente.
4. Realizarse en instituciones estructuradas y controladas, que sean inmunes a los intentos de manipulación del psicópata.
5. Crear un ambiente y régimen positivo en la institución, y mantenerlo frente a las típicas conductas hostiles y engañosas de estos sujetos.
6. Cubrir las necesidades criminógenas; en especial en los psicópatas deberían verse afectadas no tanto su conciencia y su empatía (objetivos poco realistas) cuanto su motivación, haciéndoles comprender que actuar de manera antisocial va en contra de sus intereses. Otros objetivos terapéuticos válidos serían desarrollar su autocontrol, su independencia del alcohol y las drogas y reducir sus distorsiones cognitivas.
7. Emplear medidas basadas en el principio de la adecuación, que dice que el modelo de tratamiento y la forma de ser del personal se tienen que adaptar al tipo de delincuente (se recomienda profesionales comprensivos, pero firmes y consecuentes). Sin embargo, parece que los programas multimodales y cognitivo-conductuales son una opción preferente, dado su éxito con otros delincuentes violentos y sexuales.
8. Asegurarse de que el programa se cumpla íntegramente.
9. Seleccionar, formar y supervisar minuciosamente a los profesionales implicados. Es primordial encontrar el término medio entre la confianza ingénuo y el cinismo ante la ingente tarea de tratar a un psicópata.
10. Neutralizar las redes sociales y procesos de grupo desfavorables, empleando a reclusos firmes y cooperadores que ayuden a enfrentarse al psicópata con la realidad. Se trata de impedir que el psicópata, gracias a su encanto superficial y capacidad de manipulación, se rodee de grupos que, bajo sus directrices, fomenten las actitudes y conductas antisociales en la institución.
11. Reforzar los factores de protección naturales, una vez que el psicópata está en libertad, tales como una pareja firme y consecuente, un ambiente estricto en el trabajo o un desarrollo de aptitudes y talentos prosociales que pueda poseer.
12. Seguimiento controlado y prevención de recaídas. Ya hemos visto que en el seguimiento los psicópatas suelen empeorar de modo sustancial, por lo que este principio deviene esencial. También es importante que se vigile que no empleen de modo antisocial algunas de las habilidades aprendidas en el programa de tratamiento.
13. Evaluar sistemáticamente los programas.

### *El tratamiento de los psicópatas en España*

Este último apartado pretende señalar dos puntos diferentes. El primero es la gran importancia de tomarse en serio a los psicópatas existentes en nuestras instituciones penitenciarias y centros juveniles de reforma. El segundo es criticar, precisamente, la falta de atención que se da en nuestro país a los psicópatas y a los delincuentes violentos en general.

Los psicópatas son los delincuentes más violentos, los que tienen una mayor probabilidad de reincidir, los que pueden causar más disturbios durante el internamiento (por todos, Hare, 1993; Garrido, 2000a). ¿Alguien puede dudar de la importancia de desarrollar estrategias de diagnóstico, predicción del riesgo y de tratamiento de los delincuentes violentos, y en especial de los psicópatas? Se trata, en una palabra, de lograr que en los centros de reclusión figure en la agenda como tarea prioritaria el llamado «control del riesgo», de acuerdo a criterios fiables y válidos.

En un sentido amplio, el control del riesgo (*risk management*) consiste en la aplicación de algún tipo de tratamiento dirigido a reducir el riesgo del sujeto de cometer un nuevo delito violento. Por otra parte, la supervisión reduce la oportunidad que tiene aquél de cometer un delito. En la medida en que el tratamiento reduce el riesgo, la supervisión puede ser menor. La clave para determinar el tipo de tratamiento/ supervisión que requiere un sujeto es realizar una evaluación correcta de su peligrosidad. Y aquí funcionan mejor los modelos actuariales, por encima de los que se basan en la estimación clínica. Tales modelos típicamente se plasman en una Escala de Riesgo, donde se examinan determinados ítems, generalmente de naturaleza estática (no se pueden modificar, o forman parte del pasado), y una vez debidamente ponderados, arrojan una puntuación que ubican al sujeto en una determinada categoría de riesgo y de necesidades de tratamiento.

Los protocolos actuariales que emplean predictores estáticos o históricos funcionan en parte porque la actual tecnología de tratamiento no es muy efectiva a la hora de reducir la probabilidad de nuevos delitos violentos en los delincuentes peligrosos. En efecto, una intervención efectiva sería un predictor importante, y la exactitud de los predictores en el pre-tratamiento disminuiría (salvo que el riesgo disminuyera por igual en todas las categorías de delincuentes). ¿Por qué? Porque, sencillamente, si el tratamiento tuviera éxito tendería a quitar valor a una serie de factores (evaluados en la predicción) que, caso de no haber sido alterados en su influencia, seguirían «empujando» al sujeto a cometer delitos.

La provisión del tratamiento es un tipo de predictor dinámico para el que se fija un valor concreto en un punto en el tiempo. Desde un punto de vista analítico, esos predictores se convierten en estáticos o históricos en el momento en que acontecen, pudiendo ser usados para predecir la reincidencia en un periodo subsecuente. Por ejemplo, si merced a un tratamiento el sujeto ha sido capaz de abandonar el consumo de drogas, este logro debe de tener un peso importante en la realización de una nueva estimación de su probabilidad de reincidencia o de su «peligrosidad», considerada para determinadas incidencias judiciales o de ejecución de la pena. En contraste, los predictores dinámicos que fluctúan de modo continuo no pueden emplearse para predecir. Por ejemplo, si un sujeto con psicopatía tiene una amiga que es capaz de «fijarlo», e impedir que abuse de las drogas, se trata de una influencia positiva, de un factor de protección que ayudará a evitar que él reincida. Pero es muy complicado que este aspecto pueda ser incluido en un sistema de predicción, ya que el control de su amiga —y, con él, su in-

fluencia positiva- puede cambiar de manera súbita muchas veces a lo largo de poco tiempo.

Así las cosas, hemos de reconocer que un instrumento de predicción como el PCL-R posee predictores que no pueden cambiar fácilmente, ya que contienen sobre todo rasgos de personalidad (factor I) estrategias cognitivas sólidas (impulsividad), comportamentales (búsqueda de sensaciones) o bien aspectos del pasado (historia precoz de problemas de conducta) en el factor II. ¿Cuál es su relevancia, entonces, en el ámbito de la intervención? Básicamente, se trata de identificar delincuentes con un nivel de riesgo lo suficientemente elevado para que se les aplique un programa de tratamiento. Dejando a parte a los delincuentes tan peligrosos que por encima de todo precisen de incapacitación, *las medidas objetivas de predicción sirven, sobre todo, para asegurar que los tratamientos más intensos y las técnicas de supervisión más rigurosas se empleen con aquellos que más los precisen*. Y sin duda los sujetos con tendencias psicopáticas se hallan en ese grupo.

¿Qué sucede en España? Desgraciadamente en España no contamos con ningún tipo de estadística que nos informe del número de psicópatas que existen en nuestras cárceles. En realidad, estas cifras son también muy precarias en cualquier otro país; pero en el nuestro el problema se ha agudizado porque, para decirlo en pocas palabras, a nadie le ha importado este asunto hasta hace bien poco, en que una serie de sucesos trágicos ha recordado a los poderes públicos que hay personas con un comportamiento «muy extraño», que no parece que podamos comprender atendiendo a los motivos humanos «normales».

Estos casos tan sobresalientes de los últimos años (el caso del rol; el llamado «mendigo psicópata», un caso de psicosis con aspectos de personalidad psicopáticos; el violador del ensanche barcelonés, por citar sólo a algunos de los más citados por los medios, a los que tendríamos que añadir asuntos recientes de crímenes juveniles y otros casos sobre los que hay indicios prometedores de psicopatía en el mundo de los delitos de cuello blanco) no son, empero, sino las luces más brillantes de muchos otros criminales que se hallan en nuestras cárceles... y de muchos que no lo están, porque bien consiguen vivir sin conculcar gravemente la ley, bien todavía no han sido apresados.

La evidencia demuestra que un número importante de los agresores sexuales, los delincuentes violentos contra la propiedad, los maltratadores sistemáticos de sus familias y los sicarios de organizaciones criminales tienen una puntuación elevada en psicopatía. Muchos de ellos mostraron ya una personalidad anormal en sus años pre y adolescentes, y son bien conocidos por los profesionales de los servicios de justicia juveniles.

Pero aún siendo importante la violencia que se registra cada año en España (y no tanto por el número de homicidios —unos mil—, sino por los numerosos robos con violencia y las agresiones dentro de las familias, cuya significación apenas ahora estamos aprendiendo a valorar), *quizás lo peor esté todavía por llegar*. Si las modernas teorías integradoras de la delincuencia están en lo cierto, la sociedad de los próximos años tiene un desafío importante para evitar el desarrollo de personalidades psicopáticas (véase Lösel, 2000; Garrido, 2000a). ¿A qué sería debido esto? Aunque aquí sólo podemos argumentar de modo muy resumido, parece que el individualismo extremo que preside el tejido social junto a un profundo deterioro del proceso de socialización de los niños serían los principales responsables (sobre esto último, también Lykken 2000a y 2000b).

Todo lo anterior nos lleva a concluir que el tipo de sujeto que encardina mejor que nadie el psicópata -cruel, sin conciencia, profun-

do manipulador e inteligente- supone la más formidable amenaza para el desarrollo armónico de nuestra vida en común. Si los psicópatas se alimentan en buena medida del clima social, de los valores que definen las pautas de relación entre los ciudadanos, no es menos cierto que el caldo de cultivo se encuentra en esa profunda alienación personal que experimenta el niño y el joven; *alienación de sí y en relación a los otros*, que le hace considerar a los demás como medios para lograr unos fines inmediatos y muchas veces sin demasiada utilidad como no sea la de alimentar su propio ego. Agresores juveniles, *skinheads*, prototerroristas, o simplemente jóvenes delincuentes son muchas veces el producto de un desorden de personalidad que nadie estuvo interesado en detectar a tiempo.

Justo es decirlo. España hace muy poco para prevenir o tratar la psicopatía. Es verdad que ahora disponemos de unos servicios sociales modernos, que dan respuesta a muchas situaciones de marginación. Pero nuestros resortes para actuar de modo eficaz con niños y adolescentes que muestran indicios relevantes de un comportamiento psicopático son muy escasos. Sencillamente, los servicios sociales y pedagógicos no pueden hacer otra cosa que remitir estos casos a los departamentos de psiquiatría infantil, los cuales habitualmente proporcionan alguna medicación y poca orientación. El hecho cierto es que los jóvenes psicópatas asaltarán las aulas y los barrios con su comportamiento irresponsable, hedónico y agresivo, produciendo la desesperación de profesores, vecinos y de aquellos padres que no hayan alentado ese modo de ser en sus hijos.

Una parte de esos chicos ingresarán en el sistema de justicia juvenil, y luego serán adultos multirreincidentes. Otros, quizás protegidos por los recursos económicos de sus familiares, lograrán pasar la adolescencia sin ser capturados por el sistema de justicia, o al menos sin delitos graves, y pasarán a formar parte del grupo de personas «psicópatas no delincuentes», que ayudan sobremedida a que la vida de los demás tenga altas dosis de amargura.

Los jóvenes con «necesidades especiales» (y sin duda la psicopatía es una necesidad bastante «especial») deberían tener una oportunidad al amparo de la nueva ley de responsabilidad penal del menor (de 13 de enero de 2000). Allí por vez primera se crea una ley orgánica, amplia, que quiere dotar de recursos especializados y de garantías procesales a los delincuentes juveniles. Ignoro hasta qué punto la medida de «internamiento en régimen cerrado más cinco años de libertad condicional», la medida más dura que prevé la ley, será la respuesta uniforme ante los jóvenes que parecen muy peligrosos, al haber cometido delitos «sin sentido», pero el precedente con el que contamos actualmente —el caso de San Fernando, en el que dos adolescentes mataron a una compañera de instituto sin una razón aparente— no es para inspirar optimismo. En este caso, a pesar de que las jóvenes presentaban varios trastornos graves de personalidad que aconsejaban su internamiento terapéutico para seguir un programa especializado, la sentencia fue la apuntada arriba. Mi opinión es que dicha medida es adecuada para menores delincuentes habituales, subculturales, y delincuentes profesionales, es decir, jóvenes con déficits importantes en el proceso de socialización en atención a límites, habilidades y capacidades para «funcionar» normalmente en la sociedad, pero no para chico/as que saben respetar reglas, pero que creen que ellas no les deben concernir, y con profundas deficiencias en su mundo relacional tal y como éste es integrado, y no en cuando a la adaptación superficial al ambiente «normal».

Para concluir: sí bien el caso de San Fernando no es, en esencia, un caso de psicopatía, sí que es un test claro de lo que ocu-

mir en España con los delincuentes juveniles con «necesidades especiales»; a saber, nada.

Cuando los psicópatas pasan a ser clientes de un centro penitenciario las cosas no son mucho mejor. En primer lugar, su diagnóstico ocurre raras veces y es hecho de modo poco fiable. Generalmente sólo se explora cuando han cometido crímenes espectaculares o cuando ha habido una previa petición del juez. En segundo lugar, una vez se ha dispuesto de esta información es poco lo que se hace con ella. Tal y como señala Roca (2000), las cárceles empiezan ahora a ser sensibles a los delincuentes violentos como grupo. En España nunca ha habido programas especiales para delincuentes violentos, con la excepción iniciática de los últimos años acaecida principalmente en Cataluña y sólo en relación a los delincuentes sexuales.

Pero la cuestión surge enseguida: ¿Cómo pedir programas especiales para internos de alto riesgo cuando vivimos una época donde la prioridad está en que las penas se cumplan sin que se viole ningún derecho del preso pero sin que se crea en la función positiva de los programas de intervención?

Ya hemos discutido en este artículo la habitual respuesta que se nos dará: «los psicópatas no tienen cura», y ciertamente la investigación todavía no ha demostrado que los programas sean eficaces ahora; sin embargo, la investigación revisada señala con más claridad la siguiente conclusión: *no se ha demostrado que no se pueda tratar con éxito a los psicópatas*, al menos a algunos de ellos. Y esta conclusión es idónea para ser aplicada en España, ya que aquí aún ni siquiera separamos con propósito de tratamiento a los internos según su grado de psicopatía, porque —como hemos señalado anteriormente— en muchas ocasiones no se explora esta posibilidad. No estoy refiriéndome en este punto a asesinos seriales; pero es obvio que la predicción y concesión de libertades condicionales y de terceros grados (tareas incluidas en lo que hemos llamado antes el «manejo del riesgo») debería acudir de modo rutinario —entre otros factores— al examen de la personalidad psicopática del sujeto evaluado.

En resumen, la psicopatía se constituye en la actualidad como una de las materias olvidadas del sistema de justicia español, tanto en su detección y diagnóstico como en su tratamiento. Y ello es grave, porque su amenaza se hace sentir periódicamente en nuestra sociedad.

#### Epílogo: un tiempo para matar y un tiempo para curar

La psicopatía es un gravísimo trastorno de la personalidad, consistente en que el sujeto razona correctamente, pero no ha integrado un código ético en su toma de decisiones diaria, debido a que su mundo afectivo hacia los demás —y los sentimientos básicos de humanidad como la piedad, el sacrificio, la empatía o el amor— no se han desarrollado. Estamos pues, ante el sujeto egocéntrico, manipulador y explotador de la relación con los demás por excelencia. En ocasiones esta ausencia de conciencia se concreta en asesinatos y violencia crónica; como mínimo, el aquejado de este trastorno humilla y engaña a los demás, amén de ponerles en serios apuros financieros y sociales.

Es verdad que los psicópatas actúan sobre todo en las grandes ciudades, pero en modo alguno es un fenómeno nuevo. Por desgracia, parece que España en estos últimos años ha estallado en casos de violencia psicopática, realizada por jóvenes que, en grupo, en solitario o a dúo, ejecutan crímenes sádicos y sin sentido. No se trata de delincuencia común: son actos de furia homicida que no

persiguen el robo o la resolución de un agravio pendiente: se mata por matar. ¿Qué podemos hacer al respecto? Podemos combatir a la psicopatía. *La sociedad puede y debe actuar de cuatro maneras diferentes.*

En primer lugar, y como hemos señalado anteriormente, introduciendo en los centros correccionales para menores y adultos programas para identificar y tratar a los psicópatas. Es cierto que ahora no hay tratamientos generalmente eficaces, pero la investigación también señala los beneficios de una identificación temprana y los aspectos positivos de ciertas estrategias novedosas (Garrido, Stengeland y Redondo, 1999). En España esto no se hace en absoluto.

En segundo lugar, la biografía de muchos psicópatas revela que en su infancia han sufrido abusos y malos tratos (Lykken, 2000a). No cabe duda de que actuar con decisión en el ámbito de la violencia doméstica ayudaría a disminuir la intensidad de la psicopatía en aquellos niños predispuestos; en efecto, no da lo mismo crecer en una casa donde uno mismo y su madre son objeto de humillaciones y violencia, que en un hogar donde se percibe afecto y comunicación positivos.

En tercer lugar —y en relación con el punto anterior— resulta crucial intervenir preventivamente en aquellos lugares que sabemos que son una fuente de transmisión intergeneracional de la psicopatía. Hay barrios enteros que nutren de delincuentes a la sociedad, y existen próximas condiciones sociales (por ejemplo, el desaffo de la inmigración en España y otros países) que pueden servir para desarraigar a mucha gente y provocar estallidos de violencia, individuales o colectivos. La mayor parte de los psicópatas marginales procederán de esas zonas. Es mucho lo que puede hacer una política social decidida en este asunto.

En cuarto lugar, dado que existen comportamientos psicopáticos que se aprenden, sin necesidad de que haya una predisposición hacia ella, la sociedad tiene una enorme responsabilidad a la hora de ordenar sus prioridades, sus principios y sus valores. De modo concreto, esto supone definir las líneas de actuación de importantes instituciones sociales. Así, los responsables de educación han de concretar qué tienen que aprender los alumnos; los responsables de los medios masivos de comunicación han de saber si valoran más los beneficios económicos o los efectos que causan sus programas en los niños y jóvenes; los críticos e intelectuales han de cuestionarse en qué medida están rindiendo culto a la psicopatía como forma artística (como ha ocurrido, desgraciadamente, con el Marqués de Sade y otros supuestamente «vanguardistas»; véase Garrido, 2000); la justicia y los gobiernos han de hacer autocrítica, con objeto de averiguar si sus decisiones suponen por dejadez o ignorancia un respaldo al delincuente psicópata o al criminal de guerra.

El poder político y judicial tienen una clara responsabilidad, porque muchas de sus decisiones pueden crear las condiciones para que los psicópatas actúen con impunidad. El caso del pederasta y asesino belga Marc Dutroux —actualmente en juicio— fue posible porque hubo una connivencia de muchas instituciones estatales con su quehacer criminal. Y el caso más reciente del asesinato masivo y sistemático de más de mil personas por los líderes de la secta de la Restauración de los Diez Mandamientos de Uganda, prueba igualmente que la dejadez —y quien sabe si el soborno— del gobierno permitió primero, que se inscribiera a la secta como una ONG, y luego que no se investigara a pesar de que había indicios importantes de actividades ilegales.

En síntesis, hay una pregunta sencilla de hacer que puede ayudarnos a comprender si una decisión en la esfera social o política



sirve para fomentar o —contrariamente— para inhibir la psicopatía: ¿Esta decisión hará que la gente tenga más oportunidades para preocuparse por el bienestar de los otros, o causará un mayor ensimismamiento? O bien, en un sentido más sociológico: ¿Esta decisión hará que las personas tengan la necesidad de colaborar positivamente, o fomentará más su aislamiento?

Finalmente, es necesario subrayar *que los padres tienen un papel destacado en la prevención de la psicopatía*. Una sociedad que fomenta el individualismo y la competitividad, el desmoronamiento de una vida participativa e integrada entre familias y vecinos,

produce un caldo de cultivo en el que el psicópata tiene más probabilidades de extraer su faceta más manipuladora y destructiva. Los padres han de ser actores esenciales en este orden de cosas. Si enseñan a sus hijos que, por encima de todo está el triunfo personal, el placer inmediato, la capacidad de imponerse mediante el desprecio y la agresión sin que las relaciones humanas sean importantes en sí mismas, muchos más niños verán en la psicopatía un modelo a seguir. En tal caso, haremos bien en acudir al Eclesiastés, y recordar con dolor resignado que «hay un tiempo para matar y un tiempo para curar».

## Referencias

- Blackburn, R. (1996). Psychopathy and personality disorder: Implications of interpersonal theory. *Issues in criminological and legal psychology*, nº 24, 18-23.
- Burn, G. (2000). *Felices como asesinos*. Barcelona: Anagrama.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity*. St. Louis: Mosby.
- Dolan, B., y Coid, J. (1993). *Psychopathic and antisocial personality disorders. Treatment and research issues*. Londres: Gaskell.
- Esteban, C., Garrido, V., y Sánchez-Meca, J. (1996). Cuando la emoción es un problema: Un estudio meta-analítico de la eficacia de los tratamientos con sujetos diagnosticados como psicópatas. *Ansiedad y Estrés*, 2, 55-68.
- Gacorno, C.B., Meloy, J.R., Sheppard, K., Speth, E. y Roske A. (1995). A clinical investigation of malingering and psychopathy in hospitalized insanity acquittees. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law*, 23, 387-397.
- Garrido, V. (2000a). *El psicópata. Un camaleón en la sociedad actual*. Alzira: Algar.
- Garrido, V. (2000b). El perfil psicológico aplicado a la captura de asesinos en serie. El caso de J.F. *Anuario de Psicología Jurídica*, 10, 25-48.
- Garrido, V., Esteban, C., y Molero, C. (1996). The effectiveness in the treatment of psychopathy: a meta-analysis. *Issues in criminological and legal psychology*, nº 24, 57-59.
- Gendreau, P. y Goggin, C. (1997). Correctional treatment. En Van Dooris, P. Braswell y M. Lester (eds.), *Correctional treatment and rehabilitation* (pp. 271-280). Cincinnati: Anderson.
- Hare, R. (1991). *Manual for the Hare Personality Checklist Revised*. Toronto: Multi Health Systems.
- Hare, R. (1993). *Without conscience*. Nueva York: Pocket Books.
- Harris, G., Rice, M. y Cormier, C. (1994). Psychopaths: Is the therapeutic community therapeutic? *Therapeutic Communities*, 15, 283-299.
- Hemphill, J.F., y Hare, R. (1996). Psychopathy checklist factor scores and recidivism. *Issues in criminological and legal psychology*, nº 24, 68-73.
- Hobson, J., Shine, J., y Roberts, R. (2000). How do psychopaths behave in a prison therapeutic community? *Psychology, Crime & Law*, 6, 139-154.
- Jones, M. (1982). *The process of change*. Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Lösel, F. (1996). Management of psychopaths. *Issues in criminological and legal psychology*, nº 24, 100-106.
- Lösel, F. (2000). ¿Existe un tratamiento eficaz para los psicópatas?: Qué sabemos y qué deberíamos hacer. En A. Raine y J. Sanmartín (Eds.), *Violencia y psicopatía* (pp. 235-272). Barcelona: Ariel.
- Lykken, D. (2000a). *Las personalidades antisociales*. Barcelona: Herder.
- Lykken, D. (2000b). The causes and costs of crime and a controversial cure. *Journal of Personality*, 68, 559-605.
- Ogloff, J.P., Wong, S., y Greenwood, A. (1990). Treating criminal psychopaths in a therapeutic community programme. *Behavioural Sciences and the Law*, 8, 81-90.
- Redondo, S. (1994). *El tratamiento de la delincuencia en Europa: Un estudio meta-analítico*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- Roca, M. y Montero, P. (2000). El caso español: intervención con psicópatas en prisión. En A. Raine y J. Sanmartín (Eds.), *Violencia y psicopatía* (pp. 273-300). Barcelona: Ariel.
- Robins, L.N. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore: Williams y Wilkins.
- Toch, H. (ed) (1980). *Therapeutic communities in corrections*. Nueva York: Sage.
- Wong, S. (1984). *Criminal and institutional behaviours of psychopaths*. Ottawa: Ministry of the Solicitor General of Canada.
- Wong, S. (2000). Psychopathic offenders. En S. Hodgins y R. Müller-Isberner (Eds.), *Violence, crime and mentally disordered offenders* (pp. 87-112). Chichester: Wiley.