

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BARCELONA

**PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN PARA EL
TRATAMIENTO DE
JÓVENES CON RASGOS
DE PSICOPATÍA
CONDENADOS POR
DELITOS VIOLENTOS EN
CATALUÑA**



**Alumno/a: Lorena Marín Aullol
Tutora: Beatriz Molinuevo
Grado de Criminología
Fecha de entrega: 29/05/2015
Número de palabras: 12.285**

ÍNDICE.

Abreviaturas.....	3
Resumen.....	5
1. Introducción.....	6
2. Marco teórico.....	7
2.1. La psicopatía.....	7
2.2. Extensión del constructo de psicopatía a población infanto-juvenil	11
2.3. Alternativas de tratamiento para la psicopatía.....	14
3. Objetivos y justificación.....	29
4. Metodología.....	31
5. Conclusiones.....	40
7. Referencias bibliográficas.....	43
8. Anexos.....	48
Anexo 1. Ítems de la Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare Revisada.....	48
Anexo 2. Criterios para el diagnóstico del Trastorno antisocial de la personalidad.....	48
Anexo 3. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de conducta.....	50
Anexo 4. Pautas para la elaboración de un programa de tratamiento para psicopatía.....	54
Anexo 5. Intervenciones en función de los factores criminógenos.....	55
Anexo 6. Objetivos específicos y contenido de las intervenciones del programa de delitos sexuales de Cataluña.....	58
Anexo 7. Tratamiento jóvenes con rasgos DIA en Cataluña.....	59

ABREVIATURAS

ABC	<i>Agresive Behavior Control –ABC- Program</i>
ASPD	<i>Antisocial Process Screening Device.</i>
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CPS	<i>Childhood Psychopathy Scale</i>
CTJM	Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota
DBD	<i>Disruptive Behavior Disorder Rating Scale</i>
DSM- 5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition</i>
HRPP	<i>High-Risk Personality Programme</i>
ICU	<i>Inventory of Callous– Unemotional Traits</i>
Índice BEST	<i>Behavioral Status Index</i>
MCMI-III	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>
NOMS	<i>National Offender Management Service</i>
PCL	<i>Psychopathy CheckList</i>
PCL-R	<i>Psychopathy CheckList Revised</i>
PCL-YV	<i>Psychopathy Checklist: Youth Version</i>
PTI	<i>Programa Individual de Tratamiento del menor</i>
Rasgos DIA	<i>Callous Unemotional Traits (rasgos de dureza e insensibilidad afectiva)</i>
R-N-R	<i>Modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad</i>
SALE	<i>Survey of Attitudes and Life Experiences</i>

SIRF	<i>Staff Improvement Rating Form</i>
TAP	Trastorno Antisocial de la Personalidad
TC	Trastorno de Conducta
TRRG:SV	<i>Treatment Readiness, Responsivity, and Gain Scale: Short Version</i>
VRS	<i>Violence Risk Scale</i>
WISC	<i>Wechsler Intelligence Scale for Children</i>
YPI	<i>Youth Psychopathic Traits Inventory</i>
YSLY	<i>Young Offender Level of Service Inventory</i>
YO-LSY	<i>Young Offender Level of Service Inventory</i>

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Resumen

El presente estudio describe la psicopatía adulta y su origen en la población infanto-juvenil, manifestando el riesgo que supone dicho trastorno para la sociedad, dado que es un grupo muy criminógeno, antisocial y violento, y manifestando la necesidad de una intervención temprana del colectivo juvenil que puntúa en rasgos DIA, precursores de la psicopatía adulta. El objetivo del estudio es realizar una revisión de los tratamientos que han obtenido resultados positivos con jóvenes con psicopatía, para detectar que elementos debe tener un tratamiento, y realizar, así, una propuesta de mejora del programa de delitos violentos desarrollado en Cataluña, destinado a jóvenes que han entrado en contacto con el sistema de justicia juvenil y presentan un patrón de comportamiento violento y agresivo.

Palabras clave: Psicopatía, rasgos dureza e insensibilidad afectiva, jóvenes, justicia juvenil, programas de tratamiento, factores criminógenos.

Abstract

The present study describes the adult psychopathy and his origin in the infant-juvenile population, demonstrating the risk that supposes the above mentioned disorder for the company, provided that it is a group very criminal, antisocial and violently. The study reveals the need of an early intervention, centring on the juvenile group that have features DAY, predecessors of the adult psychopathy. The aim of the study is to realize a review of the treatments that have obtained positive results with young women with psychopathy, to detect that elements it must have a treatment, and realize, like that, an offer of improvement of the program of violent crimes developed in Catalonia, destined for young women who have entered in touch with the system of justice and present a standard of behaviour.

Keywords: Psychopathy, Callous and unemotional traits, young, Ministry of Justice, treatment, criminogenic factors, effective treatment program.

1. Introducción

La psicopatía es un trastorno de personalidad caracterizado por un conjunto de síntomas interpersonales, afectivos y conductuales que define a individuos que, a causa de su carácter insensible, carente de empatía, egocéntrico, manipulador, impulsivo y agresivo y su predisposición a violar las normas sociales, entran en conflicto permanente con su entorno social. Los expertos coinciden en que, dentro de la población adulta con psicopatía, existe un gran número de sujetos que presentan una trayectoria criminal con inicio en la niñez y que tienen historiales criminales más persistentes (Ángeles & Antonio, 2005).

Dentro de la población infantil y juvenil con graves problemas de conducta, nos encontramos con un subgrupo con rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (rasgos DIA). La presencia de dichos rasgos se relaciona con un comportamiento antisocial, más severo y persistente, y se asocian con la reincidencia general y violenta, y con peores resultados de tratamiento (Salekin & Frick, 2005). Estos rasgos se consideran precursores de la psicopatía adulta (Frick & Nigg, 2012; Frick, Ray, Thornton, & Kahn, 2013; Torrubia & Molinuevo, 2013; Pardini & Frick, 2013; Shaw, 2013).

Atendiendo la gran vinculación que existe entre la psicopatía y la criminalidad, y la necesidad de intervención temprana para la obtención de mejores resultados de tratamiento, se pone de manifiesto la necesidad de la aplicación de tratamientos de intervención orientados a las características de este colectivo. En el presente estudio se realiza una revisión de los programas en los cuales han participado jóvenes con psicopatía, para conocer qué elementos se relacionan con la obtención de resultados óptimos. Es necesario contar con centros de justicia juvenil con medidas de reducción del riesgo y disminución de la reincidencia, ya que los jóvenes con estos rasgos, sin un tratamiento adecuado, suponen un gran coste para la sociedad y es una preocupación para los profesionales de la salud, de la educación y de la justicia. Por ello, el objetivo de este estudio es la realización de una propuesta de mejora del programa de delitos violentos de Cataluña, realizado en los centros de justicia juvenil, para reducir el riesgo y mejorar el pronóstico de reinserción de dichos sujetos.

2. Marco teórico

2.1. La psicopatía

La psicopatía es una entidad clínica controvertida tanto conceptualmente, como terminológicamente. A lo largo de los años, el concepto ha ido evolucionando hasta llegar al constructo de psicopatía utilizado actualmente.

Los pioneros en la contribución del constructo de psicopatía, son Hervey Cleckley y Robert Hare. El primero en la definición de sus características, y el segundo en el desarrollo de la *Psychopathy Checklist* (PCL), y la *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R). Estos instrumentos son usados para diagnosticar los casos de psicopatía, y son útiles para la predicción de comportamientos violentos y la probabilidad de reincidencia delictiva.

A partir de sus planteamientos, la psicopatía se ha definido como un trastorno de personalidad caracterizado por un "*conjunto de síntomas interpersonales, afectivos y conductuales que define a individuos que, a causa de su carácter insensible, carente de empatía, egocéntrico, manipulador, impulsivo y agresivo y su predisposición a violar las normas sociales, entran en conflicto permanente con su entorno social*" (Spain, Douglas, Poythress, y Epstein, 2004; Caldwell, Skeem, Salekin y Van Rybroek, 2006; Torrubia y Cuquerella, 2008; González, 2010).

Características de la personalidad psicopática según Cleckley

En 1951, en su obra *The Mask of Sanity*, Hervey Cleckley realiza una descripción del constructo de psicopatía que contribuye a la consolidación del concepto, como denominación aplicable a un trastorno específico y grave de personalidad, que cuenta con una serie de características clínicas específicas (Cleckley, 1951; Spain et al., 2004; Caldwell, Skeem, Salekin, Van Rybroek, 2006; Torrubia y Cuquerella, 2008; Saleh, Malin, Grudzinskas, & Vitacco, 2012). Estas características de la personalidad psicopática se presentan a continuación en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1. Características clínicas de la personalidad psicopática	
1	Encanto superficial y buena inteligencia.
2	Ausencia de delirios u otros signos de pensamiento irracional.
3	Ausencia de nerviosismo o manifestaciones psiconeuróticas.
4	Poco fiable.
5	Falsedad o falta de sinceridad.
6	Falta de sentimientos de culpabilidad o de vergüenza.
7	Conducta antisocial sin un motivo que la justifique.
8	Juicio deficiente y dificultad para aprender de la experiencia.
9	Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
10	Pobreza generaliza en las principales relaciones afectivas.
11	Pérdida específica de intuición.
12	Insensibilidad en las relaciones interpersonales generales.
13	Conducta extravagante y desagradable bajo los efectos del alcohol y, a veces, sin él.
14	Amenazas de suicidio raramente consumadas.
15	Vida sexual impersonal, frívola y poco estable.
16	Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

Elaboración propia a partir de Torrubia y Cuquerella, 2008.

Los criterios de psicopatía según R.D. Hare

Los criterios de psicopatía de Hare derivan de la descripción clínica de la personalidad psicopática realizada por Cleckley.

Hare elaboró la PCL-R, la cual consta de 20 ítems, que son la versión revisada de un primer listado de 22 ítems, la PCL. Las puntuaciones se apoyan con información obtenida en una entrevista personal con el sujeto, y con información obtenida de fuentes colaterales, como la documentación del centro penitenciario, información hospitalaria, etc. La PCL-R integra subconjuntos de ítems agrupados en dos factores, los cuales se dividen en dos facetas cada uno: el Factor 1 dividido en las facetas interpersonal y afectiva, y el factor 2 dividido en estilo de vida y antisocial (Hare, Harpur, Hakstian, Forth, y et al, 1990; Torrubia y Cuquerella, 2008; González, 2010; De Lasala, 2013).

Tabla 2. Factores de la psicopatía	
FACTOR 1	FACTOR 2
Locuacidad/ encanto superficial	Necesidad de Estimulación/tendencia al aburrimiento
Sensación grandiosa o de autovalía	Estilo de vida parásito
Mentiras patológicas	Escaso control conductual
Dirección/Manipulación	Problemas de conducta precoces
Ausencia de remordimiento y culpabilidad	Falta de metas realistas a largo plazo
Escasa profundidad de los afectos	Impulsividad
Insensibilidad/Falta de empatía	Irresponsabilidad
Incapacidad de aceptar la responsabilidad de las propias acciones	Delincuencia juvenil
	Revocación de la libertad condicional

Elaboración propia a partir de Lasala, 2013.

El constructo de psicopatía se describe en el PCL-R, a partir de un conjunto de síntomas interpersonales, afectivos y conductuales.

Tabla 3. Síntomas de la psicopatía
SÍNTOMAS INTERPERSONALES
Los psicópatas son explotadores, pomposos, manipuladores, superficiales, egocéntricos y dominantes.
SÍNTOMAS AFECTIVOS
Los psicópatas muestran emociones poco profundas y volubles, difícilmente son capaces de vincularse afectivamente de forma estable con personas, principios u objetivos y carecen de empatía y verdaderos sentimientos de culpa y remordimiento.
SÍNTOMAS CONDUCTUALES
Los psicópatas son impulsivos, están necesitados de nuevas sensaciones y son inestables y muy propensos a infringir las normas sociales y no cumplir con las responsabilidades y obligaciones, tanto explícitas como implícitas.

Elaboración propia a partir de Lasala, 2013.

En el anexo 1 podemos ver una tabla que recoge los ítems de la PCL-R agrupados por criterios, factores y facetas.

Las características que definen actualmente la psicopatía predisponen a este colectivo para la comisión de actos antisociales y delictivos. Los psicópatas constituyen un subgrupo concreto de sujetos, cuya actividad delictiva estaría

caracterizada por la violencia y la reincidencia (Torrubia, 2008; Casas, Pozueco y Romero, 2011).

Las personas con rasgos de psicopatía tienen tendencia a actuar de forma violenta, ya que muchas de las características que son importantes para la inhibición de las conductas violentas y antisociales se encuentran disminuidas en los psicópatas (empatía, capacidad de establecer vínculos profundos, miedo al castigo y sentimiento de culpa). Además, poseen esquemas cognitivos, que les predisponen a percibir intenciones hostiles en las acciones de los otros, su déficit emocional inhibe la expresión de impulsos violentos, y son impulsivos (Torrubia, 2008; Casas, Pozueco y Romero, 2011).

No obstante, la versatilidad criminal es una de las características definitorias del psicópata criminal. Su objetivo principal es perjudicar y distorsionar a los demás (López Magro y Robles Sánchez, 2005). También existe una estrecha relación entre psicopatía y consumo de drogas. Los psicópatas suelen cometer una gran cantidad de delitos bajo influencia de drogas, o bien buscan el estado de intoxicación para desinhibirse aún más (búsqueda de sensaciones) (López Magro y Robles Sánchez, 2005).

Diferencia entre la psicopatía y el trastorno antisocial de la personalidad

La psicopatía es un patrón de síntomas específicos, que suele confundirse en el diagnóstico, con el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP). Pese a que comparten algunos criterios, miden constructos diferentes y no pueden ser considerados como equivalentes (Torrubia y Cuquerella, 2008; Esbec y Echebarria, 2010 y González, 2010).

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) define el TAP como un "*patrón general de menosprecio y de violación de los derechos de los demás, que se presenta desde la edad de los 15 años*". Para ver los criterios para el diagnóstico del TAP se puede consultar el Anexo 2.

La falta de empatía, la exagerada autovaloración y el encanto superficial, son criterios del diagnóstico del TAP que se incluyen en la psicopatía. A diferencia, la psicopatía se caracteriza por un conjunto de rasgos afectivos e interpersonales asociados con un estilo de vida socialmente desviado que incluye impulsividad, irresponsabilidad, y una tendencia a ignorar o violar las convicciones y normas sociales. El TAP se basa esencialmente en conductas antisociales y delictivas, y tiene muy poco en cuenta los síntomas interpersonales y afectivos del trastorno. Por ello, un gran porcentaje de individuos psicópatas cumplirían criterios del TAP, mientras que muy pocos, cumplirían criterios para ser diagnosticados como psicópatas (Torrubia y Cuquerella, 2008; Esbec y Echebarria, 2010 y González, 2010; Casas, Pozueco y Romero, 2011).

2.2. Extensión del constructo de psicopatía a población infanto-juvenil

Dentro de la población adulta con psicopatía, existe un gran número de sujetos, que presentan una trayectoria criminal con inicio en la niñez, y que tienen historiales criminales más persistentes (Ángeles & Antonio, 2005).

Los expertos coinciden en que los rasgos de personalidad y comportamientos que definen la psicopatía, se manifiestan a edades muy tempranas y se mantienen estables a lo largo del tiempo (Loeber, Burke, y Pardini, 2009; González, 2010). En el año 1941, Hervey Cleckley en su obra "*The Mask of Sanity*", definió las características de la personalidad del psicópata, y empezó a hablar sobre que el origen de la psicopatía en la infancia (Cleckley, 1951; Salekin & Frick, 2005). Posteriormente, McCord y McCord, entre los años 1959 y 1964, en su libro: "*The Psychopath: An Essay on the Criminal Mind*", enfatizan la importancia de la identificación de la psicopatía en la población joven, y la importancia de una intervención temprana. Por otro lado, Quay entre 1964 y 1965 incorporó una subcategoría del joven antisocial con rasgos psicópatas (Salekin & Frick, 2005). En los años 90, resurgen los estudios de la psicopatía infantil, y se pone de manifiesto la necesidad de instrumentos para evaluarla. Se desarrolla la PCL para medir la psicopatía en adultos, y se adapta con jóvenes condenados a prisión. Posteriormente, se crea la *Psychopathy Checklist: Youth Version* (PCL:YV; Forth,

Kosson & Hare, 2003). Este instrumento mide los rasgos de psicopatía en jóvenes, y sirve para predecir el comportamiento antisocial y violento (Spain et al., 2004; Salekin & Frick, 2005; Torrubia y Cuquerella, 2008) .

En cuanto al estudio de la psicopatía en jóvenes, nos encontramos con dos pioneros: Terrie Moffit y su teoría del ciclo de vida de la delincuencia, y Paul J. Frick y su planteamiento teórico de *Callous Unemotional Traits* (rasgos de dureza e insensibilidad afectiva - rasgos DIA). Moffit defiende que existe una fuerte asociación entre un inicio temprano de problemas de conducta, y el comportamiento antisocial persistente a lo largo del ciclo vital. Este nos habla del delincuente de ciclo de vida persistente, que se caracteriza por un inicio temprano del comportamiento desviado, el cual persiste y se intensifica a lo largo de los años. Este cuenta con un peor pronóstico, dado que su conflictividad tiende a ir en aumento y tiene mayor probabilidad de seguir manteniendo su perfil antisocial y delictivo en la edad adulta (Herrera & Morales, 2005; Torrubia y Molinuevo, 2013).

Por otro lado, en 1994 Frick y cols. desarrollan el planteamiento teórico de los rasgos DIA. Estos rasgos permiten distinguir a niños con problemas de conducta, con un comportamiento antisocial más persistente, más resistentes al tratamiento y con mayores probabilidades de desarrollar una psicopatía (Salekin & Frick, 2005; Buitelaar & Smeets, 2013).

En el DSM-5 se incluye el especificador “con emociones prosociales limitadas” dentro del diagnóstico del Trastorno de Conducta (TC), que describe los rasgos DIA. El TC se define como "*un patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el cual se violan las normas básicas y otras normas y reglas sociales importantes y apropiadas para la edad del sujeto*". (Pardini y Frick, 2013; Buitelaar y Smeets, 2013; Frick y Nigg, 2012). Ver Anexo 3 para consultar criterios de diagnóstico del Trastorno de Conducta.

Los criterios diagnósticos del especificador “con emociones pro sociales limitadas” los podemos ver en la siguiente tabla (Tabla 4).

Tabla 4. Criterios diagnóstico del especificador “con emociones pro sociales limitadas”
1. Ausencia de remordimiento o culpa. El individuo no se siente mal o culpable cuando hace algo incorrecto.
2. Dureza- falta de empatía. El sujeto no tiene en cuenta y no le preocupan los sentimientos de los demás. Se preocupa más por la consecuencia de sus acciones sobre sí mismo, que sobre los demás, incluso cuando producen daño.
3. Despreocupación por el rendimiento. El sujeto no muestra preocupación por un rendimiento bajo/problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. No se esfuerza lo suficiente para conseguir un buen rendimiento y generalmente culpa a otros de su pobre desempeño.
4. Afecto superficial o deficiente. El sujeto no expresa sentimientos o no muestra emociones a los demás, excepto de forma que parece superficial o poco sincera o cuando dichas expresiones se utilizan para obtener alguna ganancia.

Elaboración propia a partir del DSM-5.

Los niños y jóvenes con rasgos DIA forman un subgrupo que se caracteriza por un patrón interpersonal y afectivo, de ausencia de empatía y de sentimientos de culpa, incapacidad para experimentar emociones profundas y despreocupación por los sentimientos de los demás, y por el propio rendimiento en las actividades importantes. La presencia de dichos rasgos se relaciona con un comportamiento antisocial más severo y persistente, y se asocian con la reincidencia general y violenta, y con peores resultados de tratamiento (Rogers, Jackson, Sewell, y Johansen, 2004; Salekin y Frick, 2005). Los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva, coinciden con la faceta afectiva del constructo de psicopatía, caracterizado por falta de empatía, afecto superficial y ausencia de sentimientos de culpa, por ello, son considerados precursores de la psicopatía (Frick y Nigg, 2012; Frick et al., 2013; Torrubia y Molinuevo, 2013; Pardini y Frick, 2013; Shaw, 2013). Para medir los rasgos DIA, Frick desarrolló el *Inventory of Callous–Unemotional Traits* (ICU; Frick, 2003), instrumento que evalúa los rasgos DIA en adolescentes. Se trata de una escala de autoinforme de 24 ítems, que se estructura en tres factores: Dureza (*callousness*; dimensión del comportamiento que incluye carencia de empatía, culpa y remordimiento), descuido interpersonal (*uncaring*; ausencia de cuidado por el propio desempeño y por los sentimientos de los demás) y frialdad emocional (*unemotional*; focalizada en la ausencia de expresión emocional) (Essau, Sasagawa y Frick, 2006; Kimonis et al., 2008; Vinet, 2010).

2.3. Alternativas de tratamiento para la psicopatía

A lo largo de la historia, el diagnóstico de psicopatía se concebía como un indicador de pronóstico negativo de los resultados en los tratamientos. Se consideraba que el psicópata era intratable, y que incluso los tratamientos podían agravar aún más su comportamiento. Por ejemplo, en los años 60 no se permitió la participación de sujetos psicópatas, en la Unidad de Terapia Social de Oak Ridge en Penetanguishene (Ontario), especulando que, el tratamiento llevaría a los psicópatas a volverse más habilidosos en manipular y explotar a los demás (Garrido, 2002; Lasala, 2013). No obstante, se ha demostrado que existen intervenciones útiles, por lo que, las actitudes y comportamientos de los psicópatas son difíciles, pero no imposibles de modificar (Torrubia y Cuquerella, 2008; Lasala, 2013).

Tratamiento tradicional

En este apartado se hace una revisión de las intervenciones que de forma más significativa han sido aplicados para el tratamiento de muestras que contenían sujetos diagnosticados de psicopatía o TAP, o de tratamientos que eran específicos para psicópatas, para conocer qué características de los programas hacia qué los resultados de rehabilitación no fueran esperanzadores.

❖ Comunidades terapéuticas

En estos programas participaban sujetos adultos con TAP y adicción a drogas o alcohol. Estos eran programas de tratamiento residenciales con una duración de entre quince y veinticuatro meses. El objetivo del programa era el desarrollo de un estilo de vida pro social, marcado por la abstinencia y la eliminación de conductas antisociales. En las comunidades se implicaba al residente en actividades laborales, educativas, profesionales, terapéuticas, recreativas y comunitarias. Los componentes clave era la terapia de grupo y el consejo individual, las sesiones de aprendizaje, las clases de educación formal y las responsabilidades laborales del paciente. El programa se estructuraba en fases, que suponían debían incrementar el grado de aprendizaje psicológico y social. El programa contemplaba, tras ocho meses de residencia, seis meses de vida independiente. Gran parte de los

terapeutas eran ex-adictos, rehabilitados en la propia comunidad. Los resultados de rehabilitación no eran los esperados, teniendo en cuenta que no estaban orientados al trastorno que sufrían, si no a la adicción. (De León, 1985, Lee & Phil, 1964; Harris, Rice, & Cormier, 1994; Garrido, 2002; Lee & Phil, 1964; López, 2009).

❖ **La Terapia Expresiva de Apoyo**

Este tratamiento fue aplicado en 1989 por Gerstley y su equipo, a sujetos adictos diagnosticados de un TAP. Esta se aplicó durante seis meses, una vez por semana. Es de orientación analítica cuyas principales técnicas de tratamiento son la expresiva (ayudar al paciente a identificar y trabajar los aspectos problemáticos de una relación) y el apoyo. El terapeuta identifica estos aspectos mediante la relación con el paciente. El objetivo es ayudar a los sujetos a abarcar sus problemas de forma más directa, y aumentar las posibilidades de que el paciente encuentre soluciones diferentes al consumo de drogas, para resolver sus problemas cotidianos (Garrido, 2002; Fernández Belinchón & Rodríguez Moya, 2013; Lasala, 2013).

❖ **El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento**

Este tratamiento fue desarrollado por Kadden y su equipo en el 1989, como parte de un programa de intervención ambulatoria con sujetos jóvenes antisociales con adicción al alcohol. Tenía como objetivo, mediante la experiencia de grupo, la adquisición de habilidades para el afrontamiento de la ira y el consumo de alcohol. Los sujetos aprendían a identificar y controlar situaciones, que podían suponerles riesgo de recaída. La duración del programa fue de veintiséis semanas con sesiones de grupo de noventa minutos. Los terapeutas utilizaban presentaciones didácticas, ensayos conductuales, práctica de ejercicios en casa, encuentros de alcohólicos anónimos y tratamiento familiar (Garrido, 2002; Lasala, 2013).

❖ **El Grupo de Terapia Interaccional**

Esta intervención fue aplicada por Kadden y su equipo en 1989, bajo las mismas condiciones que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. El objetivo de este tratamiento era explorar las relaciones interpersonales de los participantes y la patología tal como se manifiesta en las interacciones dentro del grupo. Los terapeutas evitan dar guías específicas para el afrontamiento de los problemas, si no que fomentaban la expresión de los sentimientos inmediatos, la auto reflexión y la exploración de las experiencias significativas. En cada sesión, el terapeuta realiza un resumen, y este es leído por los miembros del grupo antes de la siguiente sesión (Garrido, 2002; Lasala, 2013).

❖ **Comunidad Terapéutica de Máxima Seguridad para Psicópatas y otros delincuentes con trastornos mentales**

Este programa se llevo a cabo por Rice en 1992, en una institución de máxima seguridad. Este tipo de comunidades se recomiendan para las adicciones, los delincuentes con trastornos mentales, psicópatas o delincuentes multirreincidentes, también se incluyeron, pacientes con psicosis. Este programa fue dirigido por los propios internos, e implicó terapia de grupo intensiva, durante aproximadamente ochenta horas semanales. Los participantes de las comunidades terapéuticas se atendían los unos a los otros (material y emocionalmente), seguían normas de la comunidad, se sometían a la autoridad del grupo y sufrían sanciones impuestas por este. Los pacientes tenían muy poco contacto con el personal profesional, y los esfuerzos en la organización de programas recreativos eran muy escasos. El ingreso en la comunidad terapéutica no fue voluntario. Además, se les podía negar la salida de la comunidad por mala conducta, falta de adaptación o conducta perturbada. Había varios aspectos del programa que podían ser considerados como una violación de los derechos de las personas (Garrido, 2002; Lasala, 2013).

❖ **La Terapia Ambiental en Wiltwyck**

Esa terapia se utilizó en un centro para el tratamiento de niños psicópatas, y otros tipos de jóvenes delincuentes en Wiltwyck. Wiltwyck se fundó en 1937, originariamente como campamento de verano, pasando a ser un centro para niños antisociales. En este se intentaba ayudar particularmente a los psicópatas. El principio básico era evitar la brutalidad, el castigo y el autoritarismo. Su terapia ambiental les subministró una combinación de amistad, ausencia de castigo, junto con la idea de que cada joven debía pagar de alguna forma por las consecuencias de sus acciones. Se enfatiza la terapia individual y de grupo. El personal estaba formado totalmente por graduados especialistas, los cuales jugaban un papel importante pero no principal. Los profesionales supervisaban grupos de 10 jóvenes y les hacían de "padres". (Garrido, 2002; Lasala, 2013).

❖ **La Escuela de Entrenamiento Lyman**

La escuela Lyman evolucionó de reformatorio a escuela para el tratamiento de jóvenes derivados por los tribunales. En esta participaban jóvenes delincuentes, entre los cuales había un alto porcentaje manifestaban tendencias psicopáticas o pre-psicóticas. Los principios eran completamente distintos al de Wiltwyck. Aquellos jóvenes que permanecían en Lyman durante dieciocho meses o más eran sometidos a un ambiente de orientación disciplinaria. La escuela enfatizaba una adhesión estricta a sus normas, una educación formal y labores agrícolas (Garrido, 2002; Lasala, 2013). El régimen normal de vida podía ser modificado por la mínima falta de disciplina. Carente de cualquier programa de tratamiento, Lyman suministraba servicios religiosos y una educación vocacional rudimentaria. Lyman no disponía de recursos para suministrar una sofisticada terapia psicológica. Los profesionales encargados no estaban formados en la materia, y no permitía ningún tipo de autogobierno, ni intentaba fomentar las relaciones humanas (Garrido, 2002; Lasala, 2013).

En general, ninguna de estas medidas, se puede decir que tuviera resultados extremadamente relevantes en los sujetos con psicopatía, por ello, el pesimismo en relación a su tratamiento. Los motivos por los cuales, estos tratamientos no tuvieron resultados positivos son relatados a continuación.

En primer lugar, cabe mencionar que ninguno de los programas tenía como objetivo específico tratar las necesidades de los psicópatas en el tratamiento, es decir, no pretendían tratar la psicopatía, sino que estaban orientados a la rehabilitación de sujetos antisociales adictos al alcohol o a las drogas. En segundo lugar, la mayor parte de tratamientos se basan en el uso del castigo. Son programas coercitivos, punitivos e intrusivos. Esto podría llevar a un incremento de las atribuciones hostiles o el descontrol afectivo, lo cual explica el aumento de la violencia tras la intervención. El estar sometido a acciones disciplinarias predecía la reincidencia en toda la muestra: del mismo modo en los psicópatas y en los no psicópatas. Además, los sujetos con psicopatía son poco sensibles al castigo, con ellos el uso de técnicas de castigo no es útil. En tercer lugar, no se les motivaba a cambiar, si no que en la mayoría de los programas se les obligaba a participar. Una de las razones por las que el psicópata primario es una mala apuesta terapéutica es que carece de la motivación necesaria, ya que el no sufre las consecuencias de sus actos, si no su entorno (familiares, amigos, etc.). En cuarto lugar, los tratamientos son todos residenciales, en su mayoría, se realizan dentro de prisión. Esto implica la limitación de la aplicación de las habilidades aprendidas a situaciones que se pueden dar fuera de prisión. En quinto lugar, la mayoría de tratamientos eran realizados con sujetos adultos. Los estudios actuales demuestran que cuanto antes se inicie el tratamiento más se reducen las probabilidades de reincidencia en un futuro. En último lugar, otra de las conclusiones más relevantes que puede extraerse de la experiencia de los tratamientos tradicionales, es la importancia de los profesionales entrenados en trabajar con este tipo de colectivo. Estos deben ser capaces de identificar los tipos de conductas mostrados por los psicópatas, y conocer las habilidades necesarias para enfrentarse a estas. Muchos de los programas no contaban con personal cualificado, ni entrenado en el trabajo con sujetos con psicopatía.

Teniendo en cuenta que los programas con los que se intervenía con dichos sujetos no estaban orientados a sus necesidades específicas, debe pasar a cuestionarse si realmente el psicópata es intratable, o realmente no se está interviniendo mediante el procedimiento adecuado con estos sujetos.

Programas de tratamiento que han mostrado resultados positivos

❖ *Agressive Behavior Control –ABC- Program (ABC)*

El programa ha estado operando entre 15 y 20 años en el Centro Psiquiátrico Regional (CPR) de Saskatoon, Canadá. Este es un hospital psiquiátrico forense que forma parte del Servicio de Prisiones de Canadá, especializado en la evaluación y tratamiento de delincuentes de alto riesgo y alta necesidad (Wormith & Olver, 2002; Lasala, 2013).

Este ha utilizado intervenciones de perspectiva cognitivo-conductual basadas en la teoría de aprendizaje social, han enfatizado la prevención de recaídas, y se han guiado por los principios del modelo R-N-R.

El programa está dirigido a delincuentes federales canadienses de tipo no sexual y con un riesgo que va de moderado-alto a alto. Muchos de los que participaron eran crónicamente agresivos, con amplias historias de criminalidad y violencia y/o problemas de comportamiento institucional, y estaban cumpliendo sentencias de dos años o más de duración. Los objetivos del programa fueron, la disminución de la frecuencia e intensidad de los comportamientos violentos y, concretamente, del riesgo de reincidencia general y violenta. Se utilizó la escala *The Violence Risk Scale* (VRS; Wong & Gordon, 2000) para la evaluación inicial.

La mayoría de los participantes, padecían distintos trastornos de personalidad, siendo el TAP el más predominante. Los delincuentes psicópatas constituyeron un número considerable de participantes del programa, medidos con la PCL-R.

Se utilizó un enfoque de equipo multidisciplinar hacia el tratamiento, formado por: enfermeros, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y otro tipo de personal comprometido, como profesores, funcionarios de vigilancia y supervisores laborales.

En cuanto a los resultados, el 46% de los hombres fueron condenados por un nuevo delito violento. Las puntuaciones de cambio de la escala VRS, que evaluaban el cambio en el riesgo de los sujetos, estaban asociadas de un modo significativo con disminuciones en la violencia. De esto, se deduce que parte de los sujetos de la muestra que contaban con psicopatía obtendrían también resultados positivos.

❖ *High-Risk Personality Programme (HRPP)*

El HRPP se aplicó en la prisión de Waikeria (Nueva Zelanda), en un módulo con un nivel de seguridad medio-alto. Este programa fue diseñado para responder a las necesidades de gestión del riesgo de una población cada vez mayor de delincuentes identificados como psicópatas en las prisiones neozelandesas, reducir la incidencia de los delitos graves, seguir direcciones prometedoras de tratamiento de cara a implementar otras iniciativas de rehabilitación dentro de la práctica penitenciaria en aquel país, aprender cómo afrontar determinadas necesidades de responsividad (o disposición al tratamiento) de los sujetos psicópatas y no tratar la psicopatía *per se*, sino controlar sus características más nucleares mientras que se abordan las conductas secundarias que sí están vinculadas funcionalmente a la delincuencia violenta.

El programa, de orientación cognitivo-conductual, se aplicó en terapia individual y grupal intensiva en función de las necesidades de cada participante.

Los participantes del programa fueron separados de otros internos del módulo debido a su alto riesgo de violencia sobre los demás. En la práctica, esto significó que el grupo del HRPP sólo se juntaba en el momento de la terapia, y durante el ejercicio físico, pasando largos tiempos encerrados en su celda individual. Los profesionales de este programa fueron entrenados sobre la psicopatía. El programa se llevó a cabo a lo largo de 44 semanas, desde final de Enero a principios de Noviembre de 2007.

Las medidas de evaluación empleadas fueron la PCL-R, *Treatment Readiness, Responsivity, and Gain Scale: Short Version*¹ (TRRG:SV) y Ganancias, la VRS y la MCMI-III. En cuanto a los resultados del programa, los sujetos redujeron las puntuaciones en medidas de riesgo de violencia dinámicas y en medidas de patología de la personalidad relacionadas con el control sobre las emociones y los impulsos. En cuanto a la reincidencia, la gran mayoría fueron puestos en libertad, y algunos volvieron a prisión por delitos menos graves, aunque han sido puestos en libertad de nuevo (Wilson, 2004; Wilson, 2003).

❖ **El programa del centro psiquiátrico de Rooyse Wissel**

En 2010 Chakhssi, de Ruitter y Bernstein desarrollaron el programa del centro psiquiátrico de Rooyse Wissel. El objetivo del programa era el de reducir el riesgo de violencia futura en los delincuentes con trastorno mental, mediante la aplicación de un tratamiento hospitalario. y una reinserción escalonada en la sociedad con la ayuda de servicios penitenciarios y de salud mental. Tras un extenso periodo de tiempo de observación y evaluación (3-6 meses), todos los pacientes con trastornos de personalidad iniciaron un programa de tratamiento multi-modal con un enfoque cognitivo-conductual centrado en la prevención de recaídas.

Éste consistía en sesiones grupales semanales de dos horas dirigidas por dos terapeutas cognitivo-conductuales. Estas sesiones, que tuvieron una duración de 19 meses, se centraron en el comportamiento criminal del paciente, las necesidades criminógenas y la cadena de eventos que habían conducido al delito, con un énfasis permanente en la participación del paciente en formular estrategias alternativas a los comportamientos y pensamientos que condujeron a tal delito.

La muestra del estudio comprendió 74 delincuentes varones con trastorno de la personalidad diagnosticados entre Marzo de 2000 y Mayo de 2007. Estos

¹ Medida de juicio clínico estructurada, diseñada para evaluar el grado de preparación y compromiso del delincuente con las intervenciones de cara a su rehabilitación a través de una serie de recursos motivacionales, indicadores del nivel de responsividad y del progreso posterior realizado.

pacientes fueron divididos en dos grupos: delincuentes psicópatas y delincuentes no psicópatas, de acuerdo a un punto de corte en la PCL-R igual o mayor a 26.

Las medidas de evaluación empleadas fueron el Índice de Cambio Fiable, el índice BEST y la PCL-R.

En cuanto a los resultados, el tratamiento no hizo empeorar a los psicópatas, si no que mejoraron con el tratamiento. Tanto los psicópatas como los no psicópatas responden al tratamiento (Chakhssi, de Ruiter, & Bernstein, 2010). Se observaron cambios en las variables de riesgo dinámicas, y en relación a dicho cambio se observó una disminución de la reincidencia delictiva. El tratamiento no hace a todos o a la mayoría de los psicópatas peores sino que, contrariamente, éstos consiguen mejoras a través del mismo, si bien es cierto que existen diferencias entre psicópatas y no psicópatas en términos de cambio durante el tratamiento.

❖ **El programa del centro de tratamiento juvenil de Mendota.**

Este es un tratamiento intensivo dirigido a disminuir la reincidencia de adolescentes con rasgos psicopatía. El Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota (CTJM) contaba con un nivel de recursos mucho mayor respecto de los centros de internamiento para jóvenes estándar

La filosofía de intervención empleada era evitar el uso desproporcionado de castigos, ya que estos derivaban en un comportamiento cíclico desafiante.

Las medidas de evaluación empleadas eran entrevistas para recoger las características individuales de los sujetos, la PCL;YV y el YO-LSI.

Los jóvenes tratados en el CTJM tuvieron una probabilidad significativamente menor de reincidir en general. En cuanto a la reincidencia violenta, existió una clara relación entre el tratamiento seguido en el CTJM y la posterior implicación en un delito violento. Sólo un 21% de los jóvenes tratados en el CTJM se implicaron en actos violentos en la comunidad o en la institución durante los dos años posteriores a su salida del centro estándar. (Caldwell, Skeem, Salekim & van Rybroek 2006).

❖ El programa Chromis

El programa Chromis empezó a desarrollarse en el 1999, en Reino Unido, de la mano del *National Offender Management Service* (NOMS). Este desarrolló un programa específico para sujetos con psicopatía en Reino Unido. Se trata de un programa dirigido a reducir la violencia en los delincuentes cuyo nivel o combinación de rasgos psicopáticos interfiere en su capacidad de participar en el tratamiento y de comprometerse al cambio. No se dirige a cambiar los rasgos de la personalidad, sino que trabaja con ellos para reducir el riesgo de reincidencia violenta del sujeto. Este, se guía por los principios del modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad.

El objetivo del programa era reducir la violencia en los delincuentes cuyo nivel o combinación de rasgos psicopáticos, interfiere en su capacidad de participar en el tratamiento, y de comprometerse al cambio.

El programa Chromis combina la identificación, reducción y control del riesgo, desarrollando nuevas maneras satisfactorias de vivir de un modo pro-social. Sin embargo, busca particularmente dar respuesta a esa gama diversa de necesidades complejas, asociadas con la psicopatía, al tiempo que se mantiene el compromiso con la integridad del programa.

Este programa, comprende cinco componentes separados, cada uno de ellos con objetivos de tratamiento específicos dirigidos a abordar el riesgo y las necesidades de los psicópatas violentos. La duración del tiempo que cada participante estará en el programa, dependerá de sus necesidades individuales y de su progreso, pero es probable que permanezca entre 2½-3 años en total. Los profesionales son psicológicamente fuertes, y están ampliamente informados, sobre lo que implica trabajar con esta población, y hayan sido bien entrenados para aplicar este tratamiento. En cuanto a los resultados del programa, éste tiene un impacto en los sujetos, en relación a la disminución de la ira y a la agresión mostrados por los sujetos. Los sujetos mostraron, en general, una reducción de sus actos de agresión física y verbal conforme progresaban en el tratamiento. No obstante, el Chromis

sigue siendo un programa experimental, y podría decirse que se encuentra en una fase de evaluación y mejora continuos.

Características específicas de los programas de intervención con resultados positivos para psicópatas

A continuación, se relatan las características comunes de los programas que se considera han llevado a la obtención de resultados positivos. Para llevar a cabo un programa de intervención eficaz, con el colectivo infanto-juvenil con puntuaciones en rasgos DIA, es necesario tener en cuenta una serie de elementos, ya que, nos encontramos frente a un colectivo más insensible al tratamiento, y que necesita de una intervención especializada, y adecuada a sus características. Una de las primeras dificultades a las que nos enfrentamos a la hora de estudiar las intervenciones, es que la mayoría de programas realizados se orientan a sujetos adultos con psicopatía.

No obstante, a partir del análisis de las características de programas que han tenido resultados positivos con personas que presentan rasgos de psicopatía, se pueden destacar una serie de elementos comunes, que se presuponen como base para la obtención de mejores resultados de la intervención, y que se pueden ajustar a las características y necesidades del colectivo juvenil con rasgos DIA.

A continuación, se detallan cuales son los elementos comunes en diferentes programas revisados que dotan de eficacia el tratamiento.

Intervención focalizada a psicópatas

Una de las principales diferencias de los programas mencionados, con los tratamientos tradicionales es que se focaliza en la intervención con dichos sujetos, es decir, que los programas se adecuen a las necesidades criminógenas de los sujetos, como por ejemplo, el programa Chromis.

Modelos teóricos de referencia y perspectiva terapéutica

El modelo sobre el cual la intervención asienta sus bases, es uno de los factores principales para dotar de eficacia un programa de tratamiento. Podemos observar, cómo los programas adoptan modelos para orientar sus programas:

El **modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR)** ofrece tres principios que deben orientar el tratamiento para que sea efectivo. El *principio de riesgo* se basa en que el nivel de tratamiento que ha de recibir un delincuente debe ajustarse a su nivel de riesgo. Por ello, son necesarios instrumentos que evalúen el riesgo. El *principio de necesidad* se basa en la identificación de todas las necesidades del delincuente para orientar la intervención. Sobre todo es necesario identificar los factores criminógenos, es decir, aquellos factores dinámicos ligados a la criminalidad y a la violencia. El *principio de responsividad* o disposición al tratamiento, establece que existen ciertas características cognitivo-conductuales y de personalidad en los delincuentes que influyen sobre su disposición a responder ante diversos tipos de tratamiento. En general, las intervenciones de carácter cognitivo-conductual u orientadas al aprendizaje social parece que logran mejores resultados que otras estrategias de tratamiento (responsividad general). Por otro lado, la manera en la que se dispongan las acciones de tratamiento debe considerar los estilos de aprendizaje y motivaciones de las personas que participan de la intervención (responsividad específica) (Bonta, Canada, & Andrews, 2007; Wong, Gordon, & Gu, 2007).

El **modelo de los dos componentes** relaciona el modelo RNR con los dos factores del constructo de la psicopatía. Las cuestiones de la responsividad (comportamientos que interfieren en el tratamiento) se relacionan con el Factor 1 y las cuestiones de riesgo y necesidad con el Factor 2. El modelo plantea que reduciendo las puntuaciones en el Factor 2, estaríamos efectivamente reduciendo la psicopatía y disminuyendo la reincidencia, ya que las puntuaciones del Factor 2 conducen a la antisocialidad. Además, dicho factor tiene poder predictivo de criminalidad y violencia (Lasala, 2013).

El **modelo de terapia dialéctica conductual**, adaptado a psicópatas, propone una intervención basada en la desregularización emocional². Esta cuenta con diferentes etapas: pre tratamiento, terapia individual y equipos de consulta. En el pre tratamiento se concientiza sobre la necesidad del cambio al sujeto, se llega a un acuerdo conjunto de los objetivos de la intervención y se fortalece el compromiso. En la etapa de terapia individual, se aborda el motivo por el cual el sujeto fue derivado al tratamiento, se recoge información acerca de la historia de violencia del sujeto y otros comportamientos delictivos, y se crea una jerarquía de objetivos de tratamiento. Por último, los equipos de consulta sirven como apoyo entre los terapeutas que tratan con individuos enormemente problemáticos, para poder enfrentar el riesgo de “burn-out” del terapeuta (Caballo, 2001; Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013; Lasala, 2013).

Por último, la mayoría de los programas efectivos suelen adoptar una **perspectiva cognitiva- conductual** de la delincuencia. Esta perspectiva pretende equipar al sujeto antisocial con habilidades que le permitan enfrentarse a sus problemas con sus propios recursos, y que le ayuden a vitar los conflictos en sus relaciones sociales. Esta orienta los programas a que el sujeto adquiera un mayor control en el establecimiento de objetivos y acciones pro sociales (Robles, 2006).

Objetivos específicos relacionados con los comportamientos problemáticos que presentan los psicópatas

Los programas comparten el objetivo común de disminuir la frecuencia e intensidad de los comportamientos violentos y el riesgo de reincidencia general y violenta. No obstante, el objetivo de estos, no es modificar los rasgos de personalidad de los delincuentes psicópatas, sino que se plantean trabajar con estos, para que sean capaces de actuar de forma pro social y así reducir su riesgo, es decir, no tratar la psicopatía *per se*, sino controlar sus características más nucleares, mientras que se abordan las conductas secundarias, que sí están vinculadas funcionalmente a la delincuencia violenta.

² Incapacidad generalizada para controlar emociones.

Protocolos de evaluación completos que incluyen medidas específicas de psicopatía

A continuación, se recogen las medidas de evaluación empleadas en los programas. Se cuenta con una evaluación inicial, dónde se valora el nivel de psicopatía del sujeto, se identifican las necesidades criminógenas, y se identifican los factores de responsividad que podrían tener impacto en el tratamiento, tales como la falta de motivación o los déficits cognitivos. Una vez finalizado el programa, se llevan a cabo valoraciones del riesgo post-tratamiento en todos ellos, para evaluar los cambios generados por la intervención y para proporcionar recomendaciones y un plan de cuidados de cara a su puesta en libertad.

Tabla 5. Medidas de evaluación
<u>Evaluación de la motivación y necesidades criminógenas</u>
- <i>Young Offender Level of Service Inventory (YSLY)</i> para evaluar las necesidades de tratamiento en delincuentes jóvenes.
- <i>Young Offender Level of Service Inventory (YO-LSI; Shields & Simourd, 1991)</i> . Evalúa las necesidades de tratamiento de la delincuencia juvenil (M. Caldwell, 2006).
<u>Evaluación de patologías</u>
- <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III; Millon et al., 2009)</i> para detectar la presencia de graves trastornos de personalidad.
- <i>Disruptive Behavior Disorder Rating Scale (DBD; Pelham et al. 1992)</i> . Este mide el TDAH, el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta (Haas et al., 2011).
- <i>Child Behavior Checklist (CBCL; Thomas M. Achenbach; 1992)</i> . Evalúa problemas de comportamiento y habilidades en los niños de 6 a 18 años de edad.
<u>Evaluación de la psicopatía</u>
- <i>Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991)</i> evalúa psicopatía en adultos.
- <i>Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI; Andershed, et al., 2002)</i> Evalúa psicopatía en adolescentes entre 12 y 18 años.
- <i>Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL-YV; Forth, Kosson, & Hare, 2003)</i>
- <i>Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU; Frick, 2003)</i> .
- <i>Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI; Andershed, et al., 2002)</i> Evalúa psicopatía en adolescentes entre 12 y 18 años.
<u>Evaluación de violencia</u>
- <i>Violence Risk Scale (VRS; Wong & Gordon, 2006)</i> para evaluar el riesgo de violencia (Wong et al., 2007).
<u>Evaluación post-tratamiento</u>
- <i>Reliable Change Index</i> para determinar si los psicópatas respondían al tratamiento.
- <i>Behavioral Status Index (Índice BEST)</i> para valorar el cambio terapéutico.

Elaboración propia a partir de Wong et al., 2007.

Profesionales cualificados y expertos en la materia.

Todos los programas cuentan con un equipo multidisciplinar de profesionales para el tratamiento, que ha incluido: psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, funcionarios de prisiones y oficiales de libertad condicional, profesores, terapeutas culturales y supervisores laborales. Estos deben ser psicológicamente fuertes, y han de haber estado entrenados para trabajar con sujetos con estas características. Será muy importante la relación terapeuta-cliente, para la motivación al tratamiento y el seguimiento de la intervención (M. F. Caldwell & Van Rybroek, 2013). Además, es necesario que estos sepan identificar el riesgo de *burn out*³, para detectar cuándo necesitan tomarse un descanso de la terapia.

Propuestas para la elaboración de programas de tratamiento orientados a psicópatas

También es importante tener en cuenta que en los últimos años, se han elaborado una serie de propuestas que sirven de orientación para las intervenciones con psicópatas.

En 1992, Hare elaboró unas líneas de actuación para una propuesta de programa de tratamiento de sujetos con psicopatía, orientadas a convencer a los sujetos de la responsabilidad de sus actos, y que aprendan formas pro-sociales de actuación. Entre 1996 y 2000 Lösel, analiza los objetivos que tendrían que orientar los programas dirigidos a delincuentes psicópatas. Estos se pueden observar en la siguiente tabla (Tabla 5).

³ Síndrome de estar quemado. El síndrome de *burn out*, también conocido como síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo (Álvarez, 2011).

Tabla 5. Objetivos de los programas de tratamiento de delincuentes psicópatas.
Ajustar el programa a las necesidades de cambio del individuo (principio de Necesidad del modelo R-N-R.).
Fomentar los comportamientos no criminales mediante el uso de recompensas y castigos.
Aumentar la demora de la gratificación.
Enseñarles a controlar sus impulsos y resolver los problemas de manera pro social.
Reducir las distorsiones cognitivas que favorecen el comportamiento criminal y fomentar los inhibidores del mismo.
Reducir su dependencia del alcohol y las drogas.
Enseñarles a imitar modelos atractivos pro sociales.
Reforzar el seguimiento y supervisión en la familia y en el entorno cotidiano.

Fuente elaboración propia a partir de Garrido y La Torre, 2001.

Por último, Wong y Hare en 2005, elaboran unas pautas para la elaboración de programas de tratamiento de la psicopatía, y las intervenciones eficaces en función de cada tipo de objetivo. Estas pautas se pueden observar en el anexo 4.

3. Objetivos y justificación

Las personas con psicopatía cometen una gran cantidad de delitos graves, dadas las características del trastorno es lógica la fuerte asociación entre psicopatía, criminalidad, violencia y riesgo de reincidencia entre estos sujetos. Todo ello convierte a las personas con dicho trastorno en candidatos prioritarios para la intervención. Dicho colectivo cuenta con unas dificultades de tratamiento muy elevada. No obstante, las actitudes y comportamientos de los psicópatas son difíciles, pero no imposibles de modificar. Es necesario, además de unas intervenciones específicas, adaptadas a sus necesidades criminógenas concretas, la intervención temprana de dicho trastorno. Cuanto antes se inicie el tratamiento de dichos sujetos, mayores serán las posibilidades de reinserción. Las evidencias indican que la psicopatía es un rasgo que se manifiesta en edades tempranas,

mediante la puntuación alta en rasgos DIA, en niños o jóvenes con diagnóstico de TC.

Aún sabiendo que la intervención temprana es uno de los factores de mayor cabida en el éxito del tratamiento, la mayoría de las intervenciones están orientadas a sujetos adultos. La cuestión reside entonces en ser capaces de identificar y aplicar programas que puedan ofrecer unos resultados favorables en cuanto a disminución de la reincidencia delictiva y el comportamiento violento. De aquí, el objetivo principal de este trabajo, la realización de un propuesta de tratamiento para el colectivo infanto-juvenil con rasgos psicopáticos que tenga un resultado eficaz en la disminución de la reincidencia general y violenta, concretamente, sobre los jóvenes que han sido condenados por delitos violentos y que puntúan alto en rasgos DIA. La finalidad es revisar la intervención realizada en Cataluña, y aportar recomendaciones de mejora al tratamiento.

4. Metodología

El presente estudio consiste en una propuesta de intervención práctica. Como muestra la revisión realizada, la psicopatía es un trastorno del neurodesarrollo que tiene un gran impacto social, y supone una gran preocupación para los profesionales de la salud, la educación y la justicia. Es necesaria la intervención temprana, con sujetos jóvenes que puntúan en rasgos DIA, para aumentar las probabilidad de reinserción, atendiendo a sus necesidades concretas.

Para llevar a cabo este trabajo, se han realizado los siguientes pasos:

1. Revisión de la literatura sobre intervenciones terapéuticas en las que han participado personas con características de psicopatía.
2. Estudio del sistema de justicia juvenil de Cataluña
3. Búsqueda de información sobre los tratamientos que se realizan actualmente en centros de justicia juvenil de Cataluña
4. Comparación entre las recomendaciones extraídas de la bibliografía consultada y el tipo de intervención terapéutica que se realiza
5. Elaboración de un documento de propuestas de mejoras justificadas

El primero de los pasos ya se ha comentado en el apartado anterior. En este apartado se explicarán los pasos 2-5.

Mediante la revisión de los tratamientos realizada, se observa que es posible la intervención con dichos sujetos, siempre que se orienten a las necesidades criminógenas de este. El daño que causan estos sujetos puede llegar a reducirse a niveles significativos a través del tratamiento, siempre que éste, esté orientado a las necesidades específicas del trastorno.

El tratamiento de jóvenes en centros educativos de Cataluña

En Cataluña se llevan a cabo diferentes intervenciones con jóvenes. La Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y de Justicia Juvenil, es la responsable de las actuaciones destinadas a los mayores de 14 años y menores de 18. Ésta, entre otras cuestiones, se encarga de establecer las líneas comunes de los programas de intervención, que se llevan a cabo en los centros educativos de

Cataluña, y de hacer el seguimiento de su ejecución. Cada joven tiene un programa individualizado que incluye las actividades educativas y de tratamiento. Los programas de intervención pueden ser generales, destinados a toda la población interna, o de actuación especializada, destinados a aquellos menores y jóvenes que tiene determinadas problemáticas. Los programas de actuación especializada existentes están dirigidos al tratamiento de: 1) drogodependencias y otras adicciones, 2) problemáticas de salud mental, 3) delitos sexuales y 4) delitos violentos.

Los centros educativos en los que se llevan a cabo dichas intervenciones son el de Els Til·lers (Unidad terapéutica), la Alzina, Montilivi (Unidad abierta), Folch i Torres, El Segre, Oriol Badia y Can Llupià.

La intervención que se estudia en profundidad en dicho estudio, y sobre la cual se realiza las recomendaciones, es el programa de tratamiento de delitos violentos.

Programa de tratamiento de delitos violentos de Cataluña

El programa de delitos violentos de Cataluña es una intervención especializada, que se lleva a cabo con jóvenes condenados, que se caracterizan por su comportamiento violento. Para poder entender al completo el programa ha sido necesario el contacto con el Ministerio de Justicia Juvenil (Ver anexo 7).

La intervención del programa se plantea desde dos líneas de actuación: la intervención con los jóvenes y la intervención con sus familias. El aprendizaje no es solo para el joven, sino que su contexto relacional más inmediato también tiene que aprender nuevas formas de funcionamiento. Trata de construir y fortalecer espacios que faciliten el desarrollo de habilidades pro-sociales.

El programa de tratamiento de delitos violentos tiene como objetivo intervenir de manera global y especializada, con menores y jóvenes que han cometido delito de violencia contra las personas para evitar, por un lado la reincidencia, y por otro, que menores o jóvenes agresores se conviertan en adultos agresores (ver Anexo 6 para consultar objetivos específicos y los contenidos de las intervenciones).

Antes del inicio del programa, se lleva a cabo una evaluación inicial y diagnóstica. Ésta se realiza mediante la entrevista semiestructurada del *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY; Randy Borum, Patrick Bartel, and Adelle Forth, 1999). Posteriormente, se realizan dos tipos de evaluaciones, una individual y una evaluación familiar/contextual.

La decisión de alta en el tratamiento es tomada por un equipo multidisciplinar, al finalizar el período de evaluación y diagnóstico. La decisión de baja puede darse por finalización de la actividad de la intervención, y el acuerdo del equipo multidisciplinar, o por el desistimiento del joven.

Intervención de jóvenes con rasgos DIA

En los servicios de ejecución penal catalana, se atiende a las personas que presentan problemática de psicopatía (jóvenes y adultos) desde una visión integral de la persona y del fenómeno. Las intervenciones desarrolladas están vinculadas al Modelo de RNR. Cuanto mayor sea el riesgo de ocurrencia en la aparición de una conducta, mayor necesidad de intervención requiere esta persona. Por lo tanto, los jóvenes que presentan rasgos DIA, requieren generalmente un mayor nivel de intervención y se prevé con ellos un programa estricto de actuaciones multidisciplinarias.

Se llevan a cabo terapias de intervención cognitivo- conductual, mediante una serie de estrategias basadas en la intervención multiprofesional individual y/o grupal. Las intervenciones con jóvenes con puntuaciones en rasgos DIA, implementan aprendizajes y estrategias de trabajo, que tienen como objetivo incorporar elementos de mejora de competencias y recursos de los usuarios, para prevenir e intervenir sobre escenarios de riesgo y que sepan gestionar dichas situaciones de forma adecuada.

Estos sujetos, tienen una adaptación del itinerario curricular, acercándose a sus necesidades específicas. En las intervenciones con dichos jóvenes se interviene de forma general en los programas e itinerarios antes mencionados, siguiendo los principios del modelo R-N-R, y con una orientación cognitivo conductual, se hace

un seguimiento individualizado y se adapta a sus necesidades criminógenas concretas (Ver Anexo 7).

Propuesta de intervención para jóvenes condenados por delitos violentos con características de psicopatía

A partir de la revisión realizada sobre las características de los sujetos jóvenes con rasgos DIA, los tratamientos que han tenido resultados positivos para tratarla y el estudio del programa de delitos violentos, llevado a cabo en las prisiones catalanas, se presentan recomendaciones de intervención para jóvenes condenados por delitos violentos⁴, tomando como base la terapia que se está aplicando en las prisiones de menores en Cataluña, y mejorando los aspectos que necesiten ser reformados para conseguir un programa, que cuente con resultados favorecedores en la reducción de la reincidencia general y violenta, de este colectivo.

Como he explicado anteriormente, los sujetos destinatarios del programa son mayores de 14 años y menores de 18, sin distinción de sexo, condenados por la comisión de delitos violentos. El programa debe incluir, no solo a jóvenes que han cometido delitos violentos, sino a sujetos con rasgos DIA. Estos deben tener una adaptación del itinerario curricular, acercándose a sus necesidades específicas. Estos deben participar en el programa pero se les debe realizar, un seguimiento individualizado y se adapta a sus necesidades criminógenas concretas.

En el programa de delitos violentos de Cataluña, la decisión de alta en el tratamiento es tomada por un equipo multidisciplinar, a partir de un diagnóstico inicial del sujeto mediante la técnica SAVRY⁵. Como el programa tiene que estar

⁴ El termino delitos violentos hace referencia al delito que existe en el ejercicio de la violencia tal y como se define en el SAVRY: “Una agresión o un acto de violencia física que es suficiente grave como para causar daño a otra persona o personas, sin importar si hay daño resultante; o una amenaza que se ha realizado con un arma.

⁵ Valoración de riesgo de violencia en jóvenes. Este es un instrumento de valoración profesional estructurada, formado por 24 ítems de riesgo y seis factores de protección. Sirve para realizar

orientado a las necesidades criminógenas de cada sujeto, será necesaria una evaluación individual, para evaluar la peligrosidad criminal, los trastornos mentales, los déficits motivacionales, la inteligencia, etc. y una evaluación de contexto relacional del sujeto, familiar, escolar y del grupo de iguales. Para ello serán necesarias entrevistas individuales con profesionales en la materia, historiales penitenciarios, el contacto con los padres y la institución escolar y la aplicación de distintas técnicas de evaluación que son mencionadas a continuación. Para realizar el diagnóstico sería necesario aplicar además otros instrumentos, para valorar las necesidades concretas de los jóvenes. Sería interesante aplicar la MCMI-III para detectar la presencia de graves trastornos de personalidad, el YSLY para evaluar las necesidades de tratamiento en delincuentes jóvenes, PCL-YV que mide los rasgos de psicopatía en jóvenes, y sirve para predecir el comportamiento antisocial y violento, ICU que evalúa los rasgos DIA en adolescentes y YPI que evalúa psicopatía en adolescentes entre 12 y 18 años.

El programa de Cataluña consta de dos líneas de actuación; con el joven infractor y con la familia de este. Para que el programa sea completo se deben trabajar sobre todos los factores criminógenos del joven con rasgos psicopáticos. Los factores que se tienen en cuenta en el programa de Cataluña son los factores individuales y los familiares. No obstante, son necesarios tener en cuenta las amistades, el trabajo, la escuela y las adicciones. Además, en cuanto a factores individuales, teniendo en cuenta que se trata de sujetos con psicopatía, y adoptando el modelo de los dos componentes como referencia de la intervención, será necesario tener en cuenta los factores criminógenos relaciones con el factor 2 de la psicopatía: necesidad de estimulación, estilo de vida parásito, escaso control conductual, problemas de conducta precoces, falta de metas realistas a largo

valoraciones sobre el riesgo de violencia con mayor precisión, y para realizar una planificación más adecuada de las intervenciones que se precisan.

plazo, impulsividad e irresponsabilidad. En la siguiente tabla, están explicados los factores criminógenos que tienen influencia en el joven con psicopatía (Tabla 6).

Tabla 6. Factores criminógenos de los jóvenes con rasgos DIA	
FACTORES CRIMINOGENOS	
Factores familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de control de los padres. • Actitudes crueles, pasivas y negligentes de los padres. • Violencia de padres contra hijos • Disciplina férrea (uso excesivo del castigo). • Disciplina inconsistente. • Conflictos familiares. • Malos ejemplos conductuales. • Falta de comunicación entre padres e hijos. • Comunicación familiar deteriorada. • Carencias afectivas. • Afecto excesivo o exceso de protección. • Falta de enseñanza de valores pro sociales.
Factores socioeducativos. La escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso escolar. • Violencia en la escuela.
Grupo de iguales. Las amistades	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia del grupo de iguales. • Necesidad de aceptación del grupo.
Desempleo	La falta de empleo produce la sensación de que no tienen nada que perder y por ello, cometer delitos no implica ninguna repercusión.
Las drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes que delinquen para conseguir la droga. • Jóvenes que delinquen bajo los efectos de las drogas.
Trastornos de personalidad	Muchos de los jóvenes con problemas conductuales cuentan con algún tipo de trastorno que les hace actuar de esta forma: Trastorno de conducta, trastorno desafiante, hiperactividad, TDAH, etc.
FACTORES CRIMINOGENOS DE LA PSICOPATÍA	
Necesidad de Estimulación/tendencia al aburrimiento	Dificultades para tolerar las actividades rutinarias o mantener la atención para aquello que no tiene un interés inherente para ellos, siendo sujetos inconstantes y volubles en sus planteamientos de futuro.
Estilo de vida parásito	Su disfuncional estilo de vida, se va a caracterizar por su sensibilidad a regularse principalmente por las señales de recompensa y por la gratificación inmediata, mostrándose desmotivados para todas aquellas actividades que requieran de un esfuerzo continuado, de ahí su propensión a la delincuencia (lucrativos beneficios, bajo coste y recompensa contingente).
Escaso control conductual	Dificultades del control de las conductas.
Problemas de conducta precoces	Inicio precoz de las carreras delictivas.
Falta de metas realistas a largo plazo	Ausencia de objetivos o planes de futuro.
Impulsividad	Predisposición a reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida sin tener una reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias que pueden provocar sus actos.
Irresponsabilidad	No se hace responsable de sus problemas.

Elaboración propia a partir de Wong et al. 2007.

Como podemos observar, la línea de actuación del programa no debería basarse solo en el individuo y el contexto familiar, si no que debería incluirse, las características del factor 2 de la psicopatía, y el resto de contextos que influyen en el joven.

Por otro lado, la intervención catalana se basa en una perspectiva cognitivo conductual, y está orientada bajo la influencia de los principios del modelo del RNR. No obstante, para poder trabajar con sujetos con psicopatía y orientar el programa a satisfacer sus necesidades de intervención, es necesario además, aplicar el modelo de los dos componentes, esto es orientar el programa a la reducción de los factores criminógenos relacionados con el factor 2 de la psicopatía, para así reducir la antisocialidad y la reincidencia de dichos sujetos, y el modelo de terapia dialéctica conductual, es decir, orientar las intervenciones en la desregularización emocional. Además, será necesario aplicar una intervención basada en el aumento de recompensas y la disminución de castigos. Será necesario aplicar un tratamiento no coercitivo, teniendo en cuenta que los psicópatas son pocos sensibles al castigo, y que la intervención mediante recompensas provocar el aprendizaje inconsciente del comportamiento pro social. Por ello, es necesario incluir técnicas de aprendizaje mediante recompensas.

Durante la aplicación del tratamiento, será necesario ir valorando la consecución de los objetivos, y si el sujeto está respondiendo de forma correcta al tratamiento, es decir, es necesaria una evaluación continua. Esto no se contempla en el programa de delitos violentos. Para ello, será necesario entrevistas individuales con el responsable del tratamiento. También se puede aplicar el Índice de Cambio Fiable o *Reliable Change Index*, para determinar si los jóvenes responden al tratamiento.

En la intervención catalana, la decisión de baja puede darse por finalización de la actividad de intervención, con el acuerdo del equipo multidisciplinar o por el desistimiento del menor o joven del centro. Sería conveniente, una vez finalizado el programa realizar una evaluación para valorar los resultados obtenidos y la eficacia del programa sobre los jóvenes. Para ello, se puede aplicar el Índice

BEST para valorar el cambio terapéutico evaluando los cambios en múltiples dimensiones del riesgo.

En cuanto a los objetivos de tratamiento, el programa de delitos violentos de Cataluña, tiene como objetivo intervenir de manera global y especializada con menores y jóvenes, que han cometido delitos de violencia contra las personas para evitar la reincidencia y que estos se conviertan en adultos agresores. En el objetivo faltaría incluir que la intervención es para jóvenes con o sin rasgos DIA, y que el objetivo con jóvenes con dichos rasgos, no es modificar los rasgos de personalidad, sino trabajar con estos para reducir su riesgo, y promover e incrementar los comportamientos pro sociales.

En la intervención catalana no se determina la duración del tratamiento, esta se establece en función de las características del interno. Habitualmente, son intervenciones de larga duración. No obstante, debería tener una duración razonable y ocupar una cantidad importante del tiempo del delincuente, para asegurar que la intervención genere un impacto en los patrones arraigados de comportamiento antisocial. Se recomienda un periodo de unos 4-6 meses dedicados a cada una de las tres fases del tratamiento, lo que supone una duración total de entre 12-18 meses. Al menos, 2 horas de contacto terapéutico al día, 5 días a la semana, excluyendo los deberes relativos al tratamiento.

En cuanto a la aplicación del programa, es muy importante cómo se presenta la intervención al joven para fomentar la motivación y la predisposición a participar en el programa. En la intervención catalana, no se explicita como se lleva a cabo la aplicación. Esta sería conveniente realizarla en tres fases, como vemos en la tabla que se muestra a continuación.

TABLA 7. FASES DE LA INTERVENCIÓN		
FASE 1: MIRANDO AL ESPEJO	FASE 2: ROMPIENDO EL HIELO	FASE 3: PREVENCIÓN DE RECAIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Explicación del programa. • Fomentar motivación del sujeto. • Evaluación de los factores criminógenos. • Desarrollo de objetivos de intervención. 	<p>Ayudar a los delincuentes a entender cómo los pensamientos y emociones disfuncionales y otros factores criminógenos podrían culminar en violencia.</p> <p>Enseñarles las habilidades necesarias para cambiar las áreas problemáticas.</p> <p>Proporcionarles oportunidades para practicar las habilidades en situaciones de la vida diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de nuevas habilidades a situaciones cada vez más diversas y difíciles (generalización). • La práctica adicional de las habilidades aprendidas. • La preparación para “la vida después del tratamiento.

Elaboración propia a partir de Lasala, 2013.

El programa de delitos violentos de Cataluña, cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales de tratamiento, pero no especifica que profesionales lo forman. Sería conveniente un grupo formado por criminólogos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, funcionarios de prisiones y oficiales de libertad condicional, profesores, terapeutas culturales o supervisores laborales. El equipo se debe formar en función de la intervención que se quiera realizar. Los profesionales que trabajen con jóvenes con rasgos DIA, deben ser psicológicamente fuertes y deben estar entrenados para aplicar este tratamiento. El equipo tiene que compartir toda la información acerca del tratamiento y las cuestiones de disciplina en relación a los jóvenes, para evitar el riesgo de divergencias entre los profesionales, buscando así fortalecer la integridad del tratamiento. Otra cuestión importante es que estos profesionales puedan identificar en sí mismos el síndrome de *burn out*, es decir, detectar cuándo necesitan tomarse un descanso de la terapia (Lasala, 2013; M. F.

Caldwell & Van Rybroek, 2013; Reidy, Kearns, & DeGue, 2013 yWong, Gordon, & Gu, 2007).

5. Conclusiones

La psicopatía se ha definido como un trastorno de personalidad caracterizado por un conjunto de síntomas interpersonales, afectivos y conductuales que define a individuos que, a causa de su carácter insensible, carente de empatía, egocéntrico, manipulador, impulsivo y agresivo y su predisposición a violar las normas sociales, entran en conflicto permanente con su entorno social (Spain, Douglas, Poythress, & Epstein, 2004; Caldwell, Skeem, Salekin, Van Rybroek, 2006; Torrubia y Cuquerella, 2008; González, 2010).

A lo largo de la historia el diagnóstico de psicopatía se concebía como un indicador de pronóstico negativo de los resultados de tratamientos. Se consideraba que el psicópata era intratable y que incluso los tratamientos podían agravar aún más su comportamiento. Esto es debido a que los tratamientos tradicionales no funcionaban. Los programas tradicionales, no estaban orientados a la rehabilitación de sujetos con psicopatía, sino que la mayoría estaban orientadas a sujetos adictos al alcohol y drogas, se trataba de programas coercitivos, punitivos e intrusivos, en los cuales no se trabaja la motivación a la intervención, eran residenciales, realizados dentro de prisión y participan sujetos adultos.

No obstante, se ha demostrado que existen intervenciones útiles, por lo que, las actitudes y comportamientos de los psicópatas son difíciles, pero no imposibles de modificar, a través de intervenciones tempranas y focalizadas en las necesidades criminógenas específicas de dichos sujetos (Torrubia y Cuquerella, 2008; Lasala, 2013). Cuanto antes se realice la intervención, mejor pronóstico de reinserción tiene el sujeto. Por ello, se estudian las características de los jóvenes con rasgos DIA, los cuales son precursores de la psicopatía adulta y se deben adaptar las intervenciones a las necesidades de los jóvenes con dichos rasgos.

Para que una intervención con jóvenes con rasgos DIA tenga resultados, debe estar focalizada a dichos sujetos, adecuándose a sus necesidades. Debe tener como

referentes; el modelo RNR, el modelo de los dos componentes, el modelo de terapia dialéctica conductual, y el modelo transteórico de cambio, y adoptar una perspectiva cognitiva- conductual. El programa debe compartir el objetivo común de disminuir la frecuencia e intensidad de los comportamientos violentos y el riesgo de reincidencia general y violenta de jóvenes con problemas de conducta, y de jóvenes que además cuentan con el diagnóstico de rasgos DIA.

Es necesario llevar a cabo una evaluación inicial, dónde se valora el nivel de psicopatía del sujeto, se identifican las necesidades criminógenas, y se identifican los factores de responsividad que podrían tener impacto en el tratamiento. Una vez finalizado el programa, se llevan a cabo valoraciones del riesgo post-tratamiento en todos ellos, para evaluar los cambios generados por la intervención, y para proporcionar recomendaciones, y un plan de cuidados de cara a su puesta en libertad. Por último, en cuanto a los encargados de la intervención es necesario, un equipo multidisciplinar de profesionales para el tratamiento, que incluya: criminólogos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, funcionarios de prisiones y oficiales de libertad condicional, profesores, terapeutas culturales y supervisores laborales, los cuales deben ser profesionales experimentados para trabajar con este tipo de sujetos.

En el análisis realizado del programa de delitos violentos de Cataluña se observa que se tiene en cuenta a los jóvenes con rasgos DIA, pero no se lleva una intervención orientada específicamente a ellos, ya que los objetivos del programa de tratamiento hacen referencia a los jóvenes que cometen delitos violentos. A los jóvenes con rasgos DIA, se les incluye dentro del programa y se les hace un seguimiento individualizado.

Para la realización del programa, es necesaria una evaluación inicial y diagnóstica específica de los rasgos DIA. Entre los instrumentos interesantes de aplicar se encuentran, la MCMI-III, el YSLY, la PCL-YV y el ICU.

En cuanto a las líneas de actuación del programa, deben basarse en todos los factores criminógenos del sujeto, no solo los del individuo y el contexto familiar. Es necesario tener en cuenta, el contexto escolar, laboral, las relaciones de iguales.

Durante la aplicación del tratamiento es necesario ir valorando la consecución de los objetivos y si el sujeto está respondiendo de forma correcta al tratamiento, es decir, es necesaria una evaluación continua. Y una vez finalizado el programa realizar una evaluación para valorar los resultados obtenidos sobre los jóvenes.

La duración del programa debería estar determinada según el tiempo que necesita la intervención para generar un impacto en los patrones arraigados de comportamiento antisocial. Por otro lado, es muy importante cómo se presenta la intervención al joven para fomentar la motivación y la predisposición a participar en el programa, teniendo en cuenta que los psicópatas no están motivados al cambio, porque no son conscientes de las consecuencias de sus actos, ya que no las sufren ellos si no su contexto relacional. También es necesario aplicar programas que utilicen técnicas de aprendizaje mediante recompensas, y no técnicas coercitivas, ni con un desmesurado uso del castigo, ya que los psicópatas son sujetos que por sus características particulares son menos sensibles al castigo. Por último, es necesario contar con un equipo multidisciplinar de profesionales de tratamiento, expertos en el tratamiento de estos sujetos.

Como conclusión, la intervención temprana, junto con una intervención orientada a las características de la psicopatía juvenil, seguir los principios orientadores y las características de los programas que han obtenido resultados en jóvenes y contar recursos necesarios para llevar a cabo la intervención, son los factores que se ven relacionados con la reducción de un pronóstico de reinserción favorable para estos sujetos.

7. Referencias bibliográficas

- Álvarez, R. F. (2011). *El síndrome de burnout : síntomas , causas y medidas de atención en la empresa.*
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (5.ª ed.)* . Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Ángeles, M., & Antonio, J. (2005). *Evaluación de la psicopatía en infanto-juvenil: estudio en una muestra de niños institucionalizados.*
- Beltri, R. T. (2008). *Psicopatía : una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense.*
- Bennett, A. L. (2014). *The Westgate Service and Related Referral, Assessment, and Treatment Processes.* International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology.
- Bonta, J., Canada, P. S., & Andrews, D. A. (2007). *Risk - Need- Responsivity Model for Offender. Assessment and Rehabilitation.*
- Buitelaar, J. K., & Smeets, K. C. (2013). *Conduct disorders*
- Caldwell, M. (2006). *Treatment Response of Adolescent Offenders With Psychopathy Features: A 2-Year Follow-Up.* Criminal Justice and Behavior, 571–596.
- Caldwell, M. F., & Van Rybroek, G. (2013). *Effective treatment programs for violent adolescents: Programmatic challenges and promising features.* Aggression and Violent Behavior.
- Chakhssi, F., de Ruiter, C., & Bernstein, D. (2010). *Reliability and validity of the Dutch version of the Behavioural Status Index.* 58–69
- Cid y Larrauri. (2001). *Teorías criminológicas.*
- Cleckley, H. (1951). *The Mask of Sanity. An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality.* Southern Medical Journal (Vol. 44).

- Craissati, J., Minoudis, P., Shaw, J., & Chuan, S. (2011). *Working with personality disordered offenders: a practitioners guide*. Ministry of Justice.
- De León, G. (1985): *The Therapeutic Community: status and evolution*. International Journal of the Addictions, pp.823-844.
- Esbec, E., & Echebarria, E. (2010). *Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses*. Actas Españolas de Psiquiatría, 249–261.
- Essau, C. a, Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). *Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents*. 454–469
- Fernández Belinchón, C., & Rodríguez Moya, L. (2013). *Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad*. Acción Psicológica, 57–64
- Frick, P. J., & Nigg, J. T. (2012). *Current Issues in the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder , Oppositional Defiant Disorder , and Conduct Disorder*.
- Frick, P. J., Ray, J. V, Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2013). *Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems*.
- Garrido, V. (2002). *El tratamiento del psicópata*. Psicothema.
- Generalitat de Catalunya. *Programa d'actuació preventiva familiar de la transgressió i del consum de drogues en menors i joves que passen pel circuit de la justícia juvenil. Programa limits*
- Haas, S. M., Waschbusch, D., Pelham, W. E., King, S., et al. (2011). *Treatment response in CP/ADHD children with callous/unemotional traits*. Journal of Abnormal Child Psychology, 541–552.
- Hare, R., Harpur, T. J., Hakstian, A, R.. Forth, & et Al. (1990). *The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure*. Psychological Assessment, 338–341.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. a. (1994). *Psychopaths: Is a therapeutic community therapeutic*

- Hawes, D. J., Dadds, M. R., Brennan, J., Rhodes, T., & Cauchi, A. (2013). *Revisiting the treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits*. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 646–53.
- Herrera, D., & Morales, H. (2005). *Comportamiento antisocial durante la adolescencia: teoría, investigación y programas de prevención*. *Revista de Psicología de La PUCP*, 201–247.
- Kimonis, E., Frick, P., Skeem, J., et al. (2008). *Assessing callous-unemotional traits in adolescent offenders: Validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 241–252.
- Lasala, F. (2013). *El tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas*.
- Lee, J. H., & Phil, M. (1964). *The Treatment of Psychopathic and Antisocial Personality Disorders : A Review*. *Health*, 1–33.
- Loeber, R., Burke, J., & Pardini, D. A. (2009). *Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features*, 133–142.
- López Magro, C., & Robles Sánchez, J. I. (2005). *Aproximación histórica al concepto de psicopatía*. *Psicopatología Clínica, Legal Y Forense*, 137–168.
- Masi, G., Muratori, P., Manfredi, et al. (2013). *Response to treatments in youth with disruptive behavior disorders*.
- Pardini, D., & Frick, P. J. (2013). *Multiple developmental pathways to conduct disorder: Current conceptualizations and clinical implications*. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20–25.
- Ezpeleta, L. y Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Pirámide. Cap. 19 y 20.
- Redondo y Garrido. (2013). *Principios de Criminología (4ªed)* Valencia: Tirant lo Blanch.
- Reidy, D. E., Kearns, M. C., & DeGue, S. (2013). *Reducing psychopathic violence: A review of the treatment literature*, 527–538.

- Robles, L. A. (2006). *Intervenció educativa eficaç en justícia juvenil . Intervenció educativa eficaç en justícia juvenil.*
- Rogers, R., Jackson, R. L., Sewell, K. W., & Johansen, J. (2004). *Predictors of Treatment Outcome in Dually-Diagnosed Antisocial Youth: An Initial Study of Forensic Inpatients.* Behavioral Sciences and the Law, 215–222.
- Romero, P., Guillena, R. y Barquero, C. (2011). *Psicopatía , violencia y criminalidad : un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico* (Parte II), 175–192.
- Rosario, T. C. (2009). *Medición de la Psicopatía en el Contexto del Sistema de Justicia Juvenil en España.*
- Saleh, F. M., Malin, H. M., Grudzinskas, A. J., & Vitacco, M. J. (2012). *Paraphilias with co-morbid psychopathy: the clinical and legal significance to sex offender assessments.* Behavioral Sciences & the Law, 211–223.
- Salekin, R. T., & Frick, P. J. (2005). *Psychopathy in Children and Adolescents : The Need for a Developmental Perspective*, 403–409.
- Sánchez, C.A. (2002). *Guía de intervención: menores y consumos de drogas.*
- Shaw, D. S. (2013). *Future Directions for Research on the Development and Prevention of Early Conduct Problems Future Directions for Research on the Development and Prevention of Early Conduct Problems*, 37–41.
- Spain, S. E., Douglas, K. S., Poythress, N. G., & Epstein, M. (2004). *The Relationship between Psychopathic Features, Violence and Treatment Outcome: The Comparison of Three Youth Measures of Psychopathic Features.* Behavioral Sciences and the Law, 85–102.
- Tew, J., Dixon, L., Harkins, L., y Bennett, A. (2012). *Investigating changes in anger and aggression in offenders with high levels of psychopathic traits attending the Chromis violence reduction programme.*
- Vega, I. & Sánchez, S. (2013). *Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite.* Acción Psicológica, 45–56.

- Vinet, E. (2010). *Psicopatía infanto-juvenil: Avances en conceptualización, evaluación e intervención*. *Terapia Psicológica*, 109–118.
- Wilson, N.(2003). *The utility of the Psychopathy Checklist - Screening Version for predicting serious violent recidivism in a New Zealand offender sample*.
- Wilson, N. (2004). *New Zealand high-risk offenders: Who are they and what are the issues in their management and treatment?* 1–135.
- Wong, S., et al. (2007). *Assessment and treatment of violence – prone forensic clients: an integrated approach*. *The British Journal of Psychiatry*, 66–74.
- Wormith, J. S., & Olver, M. E. (2002). *Offender Treatment Attrition and its Relationship with Risk, Responsivity, and Recidivism*. *Criminal Justice and Behavior*, 447–471.

8. ANEXOS

Anexo 1. Ítems de la Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare Revisada.

CRITERIOS	FACETA	FACTOR
1 Facilidad de palabra/Encanto superficial	Interpersonal	1
2 Sentido desmesurado de autovalía	Interpersonal	1
3 Necesidad de estimulación/Tendencia al aburrimiento	Estilo de vida	2
4 Mentiroso patológico	Interpersonal	1
5 Estafador/Manipulador	Interpersonal	1
6 Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa	Afectiva	1
7 Afecto superficial	Afectiva	1
8 Insensibilidad afectiva/Ausencia de empatía	Afectiva	1
9 Estilo de vida parasitario	Estilo de vida	2
10 Pobre autocontrol de la conducta	Antisocial	2
11 Conducta sexual promiscua	-----	----
12 Problemas de conducta en la infancia	Antisocial	2
13 Ausencia de metas realistas a largo plazo	Estilo de vida	2
14 Impulsividad	Estilo de vida	2
15 Irresponsabilidad	Estilo de vida	2
16 Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones	Afectiva	1
17 Frecuentes relaciones maritales de corta duración	-----	----
18 Delincuencia juvenil	Antisocial	2
19 Revocación de la libertad condicional	Antisocial	2
20 Versatilidad criminal	Antisocial	2

Fuente: Elaboración propia a partir de Lasala, 2013.

Anexo 2. Criterios para el diagnóstico del Trastorno antisocial de la personalidad

Criterios para el diagnóstico del Trastorno antisocial de la personalidad

A. Un patrón general de menosprecio y de violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de los 15 años como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al

comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.

deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.

impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.

irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.

despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.

irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.

falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Fuente: Elaboración propia a partir de DSM-5.

Anexo 3. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de conducta

Trastorno de la conducta

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. “engaña” a otros).
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus
14. padres, empezando antes de los 13 años.
15. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
16. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Especificar si:

312.81 (F91.1) Tipo de inicio infantil: Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.82 (F91.2) Tipo de inicio adolescente: Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.89 (F91.9) Tipo de inicio no especificado: Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas: Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas

relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante periodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

Falta de remordimientos o culpabilidad: No se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos

que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

Insensible, carente de empatía: No tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.

Despreocupado por su rendimiento: No muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.

Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece

poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede “conectar” o “desconectar” las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas

de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche

sin permiso, incumplir alguna otra regla).

Moderado: El número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en “leve” y en “grave” (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave: Existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

Anexo 4. Pautas para la elaboración de un programa de tratamiento para psicopatía

Tabla 6. Pautas para la elaboración de un programa de tratamiento de la psicopatía	
OBJETIVOS	<p>Disminuir la frecuencia y la gravedad del comportamiento de los psicópatas. Disminuir comportamientos violentos y destructivos. Disminuir la reincidencia general y violenta. Incrementar comportamientos pro-sociales. Reducir los factores criminógenas ligadas a la violencia en la psicópata. No cambiar la personalidad o comportamientos superficiales.</p>
REQUERIMIENTOS DE EFECTIVIDAD	<p>Adecuación de los programas de tratamientos respondiendo a las características de riesgo, necesidad y responsividad del delincuente (modelo R-N-R). Mantenimiento de la integridad del programa. Buena gestión del programa, trabajar con las dificultades los desafíos (dificultades en la generalización de habilidades dentro de las instituciones, el clima negativo existente entre las mismas, ciertas características que trabajan en ellas, etc. Adecuación del programa con el ámbito institucional de la comunidad. Debe responder a las demandas de su entorno inmediato y de las comunidades en las que se integra. Tiene que encajar en el contexto en el que esta situado. El contenido del programa y su aplicación han de ser congruentes con las características de riesgo-necesidad-responsividad y con el contexto institucional/comunitario en el que está situado (modelo congruencia efectiva ver anexo).</p>
CONTENIDO DEL PROGRAMA	<p>Enfoque cognitivo-conductual y de prevención de recaídas ¹. Proporcionar un entorno terapéutico pro-social estructurado y de apoyo que alimente el compromiso fuerte y la participación activa del delincuente.</p>
Reglas de actuación en relación al material del programa	<p>Material relevante para los delincuentes, tener en cuenta las características personales y sociales del delincuente. Materiales estructurados para ser neutrales, en relación al sexo, raza y cultura. Material aplicado de manera estimulante y exigente. Enfoque de aprendizaje basado en problemas. Predominar refuerzos positivos.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Lasala, 2013.

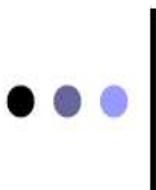
Anexo 5. Intervenciones en función de los factores criminógenos

Tabla 7. Intervenciones en función de los factores criminógenos	
FACTOR CRIMINÓGENO	INTERVENCIÓN
Actitudes y comportamientos antisociales	<p>Apoyo social y del grupo de iguales. Separar de las redes criminales y antisociales, tanto fuera de prisión como dentro (grupo de iguales o contexto antisocial).</p>
Actitudes y comportamientos disfuncionales y su relación con la violencia.	<p>Reemplazar estas actitudes criminales y comportamientos disfuncionales por actitudes y comportamientos pro-sociales. Grupos de divulgación y Ciclos del delito.</p> <p>En sesiones grupales donde los delincuentes revelan información acerca de sí mismos y examinan sus ciclos delictivos, se cuentan y analizan actitudes criminales y otro tipo de actitudes disfuncionales y, concretamente, se estudia cuál es su asociación con la violencia. Los profesionales y otros delincuentes hacen notar esas actitudes disfuncionales. Se llevan a cabo análisis de costes-beneficios respecto de las actitudes y comportamientos pro-sociales. Se proponen actitudes pro-sociales alternativas para ser integradas en sus planes de prevención de recaídas.</p> <p>Módulo de examen de actitudes.</p> <p>Módulos diseñados para ayudar al delincuente a entender la forma en la que las actitudes se forman y cómo éstas pueden afectar positiva y negativamente al comportamiento. Los delincuentes aprenden a reconocer el impacto de sus actitudes sobre sus propios comportamientos.</p> <p>Entrenamiento en meta-cognición.</p> <p>Se enseña a los delincuentes a examinar críticamente el proceso y contenido de su pensamiento.</p> <p>Entrenamiento en autocontrol. Entrenamiento en habilidades sociales e interpersonales.</p>

<p>Emociones disfuncionales y falta de control emocional.</p>	<p>El control emocional se centrará en el vínculo entre la falta de habilidad para regular ciertas emociones y la violencia.</p> <p>Terapias cognitivas: Entrenamiento en Auto-instrucciones.</p> <p>Las autoinstrucciones son un sistema de entrenamiento cognitivo que consiste en “hablarse a sí mismo” para darse unas pautas-guía que le ayuden a resolver las tareas de forma autónoma, sin que haya que ir diciéndole cada uno de los pasos y favoreciendo así la interiorización de los procesos mentales.</p> <p>Terapia Cognitiva de Beck.</p> <p>La Terapia Cognitiva de Beck se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta del individuo están determinados por la manera que tiene de estructurar su mundo. Nuestra vida está regida por la manera en que entendemos a nosotros mismos y a los demás. No es la situación en sí misma, sino la percepción de la situación lo que influye en mayor medida en las emociones y los comportamientos que se suscitan.</p> <p>Así pues, en el modelo de Beck las conductas, los pensamientos y la emoción están íntimamente conectadas: los pensamientos que tengamos (las cogniciones) van a influir directamente en las emociones que vamos a experimentar en distintos momentos de nuestra vida y estas emociones influyen en nuestro comportamiento.</p> <p>Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC.</p> <p>Se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directivo, filosófico y empírico, representado por la secuencia A-B-C (ver anexo X), encaminado a la reestructuración cognitiva. Es frecuentemente comparada e incluso complementada con la terapia cognitivo-conductual (TCC) creada por Aaron T. Beck, otro teórico importante de la terapia cognitiva.</p> <p>Terapias basadas en la relajación: Relajación Muscular. Desensibilización Sistemática (Evans, Heran y Saklofske, 1973). Terapias de entrenamiento en habilidades: Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad.</p>
--	---

	Entrenamiento en Habilidades de Solución de Problemas .
Falta de aceptación de responsabilidad por las propias acciones	Análisis funcional del ciclo delictivo del psicópata. Puede llevarse en grupo, para aprovechar la presión positiva.
Abuso de sustancias	Cualquiera que sea el enfoque de tratamiento usado para reducir o eliminar el uso de la sustancia, deberá contar con una efectividad demostrada y ser adecuado a las necesidades locales e institucionales.
Falta de ética de trabajo, de habilidades de empleabilidad y de actividades de ocio apropiadas	Ayudar al delincuente a desarrollar y utilizar habilidades sociales apropiadas (por ej., ocupacionales, recreativas, de ocio) como sustitutos de otras actividades disfuncionales o antisociales: - Terapias ocupacionales y recreativas. -Mejora educativa y vocacional. - Opciones de vida pro-sociales.
Grupos de iguales antisociales, redes y subcultura en la comunidad	-Promover los lazos positivos familiares y de la comunidad. -Enseñar al delincuente a buscar y aceptar ayuda de grupos de apoyo en su comunidad.

Anexo 6. Objectivos específics y contenido de las intervenciones del programa de delitos sexuales de Cataluña



Objectius específics i continguts

Objectius específics

a. Per als menors o joves

- Promoure el reconeixement dels fets perquè pugui responsabilitzar-se dels actes de caire agressiu;
- Incrementar el nivell de motivació de menors i joves envers la intervenció i el tractament;
- Potenciar la disposició envers el canvi per assolir nous valors i comportaments;
- Millorar les habilitats socials relacionades amb els fets delictius;
- Millorar les habilitats emocionals;
- Millorar les habilitats cognitives;
- Millorar les estratègies per a la prevenció de recaigudes;
- Identificar el patró de comportament agressiu personal;
- Incrementar les interaccions prosocials.

b. Per a les famílies (si és possible i valorat oportú)

- Poder reconèixer el problema;
- Saber identificar factors de risc;
- Acceptar l'ofertament d'assessorament especialitzat per abordar la problemàtica.

Continguts de les intervencions

a. Intervencions amb els menors o joves

- Violència i agressivitat: relació pensament-emoció-conducta;
- Clarificació de valors sobre comportament agressiu i no agressiu: autoavaluació;
- Entrenament en empatia. Desenvolupament d'empatia envers la víctima: què implica ser víctima;
- Entrenament en assertivitat: relacions interpersonals;
- Autoestima i autoconcepte;
- Diferència entre pensaments i emocions. Comunicació d'emocions: maneig de la ira;
- Creences predominants. Distorsions cognitives;
- Resolució de problemes;
- Factors de risc associats a la conducta violenta;
- Estratègies per afrontar situacions de risc: autocontrol;
- Mecanismes de defensa que afavoreixen l'ús de la violència.

b. Intervencions amb les famílies (si és possible i oportú)

- Afrontament familiar del delictes;
- Ús del maltractament transgeneracional;
- Suport psicoeducatiu i de contenció emocional;

Anexo 7. Tratamiento jóvenes con rasgos DIA en Cataluña



Tractament de les violències i la psicopatia

A la important controvèrsia nacional e internacional que hi ha sobre el tractament de les personalitats psicopàtiques i concretament sobre els delinqüents psicòpates a presons i fora d'elles, se li suma la controvèrsia sobre el diagnòstic i el tractament de la psicopatia infanto-juvenil. A la bibliografia sobre trastorns de conducta a la infància i adolescència, trastorns de la personalitat y psicopatia (en la que pots incloure les paraules infanto-juvenil o psicopatia juvenil) podràs conèixer l'abast del fenomen i molta informació relativa a la polèmica sobre l'avaluació i el diagnòstic d'aquesta realitat. També, a la biblioteca del CEJFEI podràs trobar àmplia informació sobre aquesta qüestió. En qualsevol cas, controvèrsies a banda, al Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, i en concret a tots els Serveis de l'execució penal catalana (Serveis Penitenciaris i Justícia Juvenil) s'entén i s'atén a les persones que presenten problemàtica de psicopatia (joves i/o adults) des d'una visió integral de la persona i del fenomen. Aquesta consideració de la psicopatia com una variable funcional (factor de risc) en l'activitat delictiva de las persones sotmeses a penes o mesures és el paradigma d'intervenció que guia l'actuació en l'àmbit de l'execució penal a Catalunya.

La Direcció General de Serveis Penitenciaris té previst i així ho expressa en el seu Model de Rehabilitació a les presons catalanes 2 diferents estratègies de treball per la intervenció amb perfils de persones joves (i adultes) que cometen delictes violents. Aquestes intervencions (com altres que es desenvolupen a les presons catalanes), estan estretament vinculades al Model de risc-necessitat-responsabilitat R-N-R (a major risc d'ocurrència en l'aparició d'una conducta, major necessitat d'intervenció requereix aquesta persona, tenint en compte les seves variables individuals). En aquest sentit, les persones que presenten personalitats psicopàtiques (infanto-juvenils o adultes)

requereixen generalment un major nivell d'intervenció i es preveu amb ells un programa estricte d'actuacions multidisciplinaries que es recullen en el PIT de l'intern (Programa Individual de Tractament). Les actuacions bàsiques i especialitzades en el constructe de les violències, es fan sota el paraigües del paradigma d'intervenció cognitiu-conductual basant-se segons el moment de canvi de l'infractor, en una sèrie d'estratègies de treball basades en la intervenció multiprofessional individual i o grupal. Els principals itineraris i programes previstos per a persones que tenen necessitat d'intervenció en violència són: els d'intervenció en violència sexual, d'intervenció en violència de gènere i els d'intervenció en violència general- Aquests itineraris i programes, de forma esglaonada, implementen aprenentatges i estratègies de treball que tenen com a objectiu, incorporar

elements de millora en les competències i recursos dels usuaris i preveure (i intervenir) escenaris de risc per tal de gestionar-los de forma adequada. En interns joves i concretament al CP de Joves, actualment es treballa amb interns que tenen necessitats d'intervenció en violència (sexual, de gènere o general) amb una adaptació del itinerari curricular sobre violències, acostant l'especificitat del grup etari, a les necessitats d'intervenció en aquest àmbit.

Finalment comentar que amb persones que s'avaluen com a psicòpates (o amb trets vinculats amb la psicopatia) de joves o adults, s'intervé de forma general en els programes i itineraris abans esmentats, seguint els mateixos principis anteriorment esmentats basats en el paradigma R-N-R i concretats en el PIT de l'intern.
