

EVIDENCIA COMPARADA SOBRE LA INTERVENCIÓN DE POBLACIÓN PENAL CON DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA

OCTUBRE DE 2024

Dirección Nacional
Subdirección de Reinserción Social
Departamento de Estadísticas
y Estudios Penitenciarios
Gendarmería de Chile



Somos
Reinserción y
Seguridad
Pública

EVIDENCIA COMPARADA SOBRE LA INTERVENCIÓN DE POBLACIÓN PENAL CON DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA

Ximena Verbal Ríos¹

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS Y ESTUDIOS PENITENCIARIOS
SUBDIRECCIÓN DE REINSERCIÓN SOCIAL

GENDARMERÍA DE CHILE

OCTUBRE DE 2024

Diseño, edición y diagramación: Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios.
Se autoriza la reproducción parcial y citaciones textuales, con la sola declaración de la fuente.



Somos
Reinserción
y Seguridad
Pública

Dirección Nacional de Gendarmería de Chile
Subdirección de Reinserción Social
Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios
Calle Littré Quiroga Carvajal (ex Rosas) 1264, 4° piso, Santiago
Teléfonos: 229163231 - 229163230
www.gendarmeria.gob.cl

¹ Médico Psiquiatra, Magíster en Criminología y Gestión de la Seguridad Ciudadana (Universidad de Chile) y profesional de la sección de Estudios del Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios (ximena.verbal@gendarmeria.cl).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	05
II. QUÉ ES LA PSICOPATÍA	05
II.1. DEFINICIÓN	05
II.2. NATURALEZA DEL TRASTORNO	06
II.3. DEFINICIÓN CATEGORIAL <i>VERSUS</i> DIMENSIONAL DE LA PSICOPATÍA	07
II.4. LA PSICOPATÍA EN LOS MANUALES DIAGNÓSTICOS INTERNACIONALES CIE Y DSM	09
III. DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA	10
III.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	10
III.2. TIPOS DE PSICOPATÍA	12
III.2.1. Psicópatas primarios y psicópatas secundarios	12
III.2.2. Psicópatas clínicos y psicópatas subclínicos	13
III.3. DIFERENCIAS DE GÉNERO	14
IV. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE LAS PSICOPATÍAS	15
IV.1. ANTECEDENTES GENERALES QUE PROVEE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA	15
IV.1.1. Acerca de las dificultades que presenta la intervención de personas con psicopatía	15
IV.1.2. Acerca de la efectividad de las estrategias desarrolladas	16
IV.1.3. Acerca de los principios en que debiera sustentarse la intervención	17
IV.2. INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA Y LA VALORACIÓN DE SUS RIESGOS ASOCIADOS	21
IV.2.1. Advertencias al uso de instrumentos de evaluación en personas con psicopatía	21
IV.2.2. Instrumentos para realizar el diagnóstico de psicopatía en adolescentes	22
IV.2.3. Instrumentos para realizar el diagnóstico de psicopatía en personas adultas	22
IV.2.4. Instrumentos complementarios para la valoración de riesgos en población adulta	24
V. EVIDENCIA RESPECTO DE INTERVENCIÓN A POBLACIÓN PENAL CON DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA EN LOS SISTEMAS ABIERTO, CERRADO Y POSTPENITENCIARIO	26
V.1. EVIDENCIA COMPARADA SOBRE INTERVENCIÓN A PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA EN LOS SISTEMAS ABIERTO Y POSTPENITENCIARIO	26
V.2. EVIDENCIA COMPARADA SOBRE INTERVENCIÓN A PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA EN EL SISTEMA CERRADO	26
V.2.1. Programas que se han ejecutado con algún éxito en población penal adolescente	26
V.2.2. Programas que se han ejecutado con algún éxito en población penal adulta	27
VI. COMENTARIOS GENERALES ACERCA DE LA EVIDENCIA PRESENTADA	27
Referencias bibliográficas	29
Páginas web consultadas	37
Anexo: Principales factores de riesgo de reincidencia y necesidades dinámicas	38

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe fue solicitado por la Subdirección de Reinserción Social para responder tres de los compromisos contraídos por Gendarmería de Chile con la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda para el año 2024, consistentes en sistematizar la evidencia comparada de intervención a población infractora con diagnóstico de psicopatía en los Sistemas Abierto, Cerrado y Postpenitenciario. Debido a que era razonable prever que las diferencias entre uno y otro informe serían meramente formales y circunscritas al entorno en que se debería llevar a cabo la intervención, se optó por elaborar un solo documento que expusiera los resultados de la sistematización, con un capítulo especial enfocado en los aspectos a considerar al momento de su ejecución en cada contexto.

Debe mencionarse que este informe no puede exponer los acuerdos a los que ha llegado la comunidad científica reconocida como experta en el tema, porque tales acuerdos aún no se han alcanzado del todo. Por el contrario, casi todos los aspectos relevantes del constructo psicopatía están siendo objeto de debate, desde el modo en que se lo define e identifica, hasta el procedimiento más adecuado para abordarlo. Y este trabajo no aporta ni puede aportar antecedentes que permitan zanjar la discusión, porque no genera más conocimiento en la materia. Por tal motivo, la selección de contenidos incluidos en el presente documento, se realizó desde aquellas publicaciones que parecieran concitar mayor aprobación entre los autores de los trabajos que fue posible revisar.

Respecto de la revisión bibliográfica propiamente tal, ésta fue realizada empleando múltiples combinaciones de las palabras clave *psicopatía* y *psicópata* con *evaluación*, *diagnóstico*, *intervención*, *tratamiento*, *terapia* y *programa* (y sus equivalentes en inglés *psychopathy*, *psychopath*, *assessment*, *diagnosis*, *intervention*, *treatment*, *therapy* y *program*), entre las más relevantes, empleando los buscadores Google Scholar, SciELO, Dialnet, Redalyc y PubMed, y priorizando artículos, libros y tesis de postgrado publicados en las últimas dos décadas, escritos en español o inglés. También se incluyeron publicaciones más antiguas, cuyos autores fueran considerados pioneros en la investigación de la psicopatía tal y como se la entiende en la actualidad (como Harvey Cleckley, David Lykken, Robert Hare y Scott Lilienfeld), así como algunos contenidos publicados en páginas web consagradas al tema.

Este informe comienza exponiendo una breve definición y descripción de la psicopatía, las diferencias de género que se han observado y las herramientas de evaluación más recomendadas en el ámbito forense, para proveer un contexto que de sentido a las propuestas de intervención especializada que fue posible sistematizar gracias a la revisión bibliográfica realizada. Otras áreas de investigación, como las que dan cuenta de sus correlatos genéticos, neuroanatómicos y neurofisiológicos, son escasamente mencionadas en el mismo para no extenderlo innecesariamente ni desviar la atención de su objetivo.

II. QUÉ ES LA PSICOPATÍA

II.1. DEFINICIÓN

El término psicopatía se compone de las raíces griegas *psyche* o alma, y *pathos* o sufrimiento, más el sufijo *ia* que se refiere a un atributo o condición. En el siglo XIX se lo empleaba de manera genérica para referirse a cualquier trastorno del carácter, y sólo desde mediados del siglo XX se le ha empleado más específicamente para designar un modo particular de ser, que se manifiesta con conductas consideradas socialmente insensibles, y en ocasiones censurables, en personas con juicio de realidad conservado² (Garofalo, Noteborn, Sellbom & Bogaerts, 2019; Millon, Simonsen, Birket-Smith & Davis, 2003; Pozueco, Romero & Casas, 2011a y 2011b; Thompson, 2019).

² Según la Real Academia Española, psicopatía es “*anomalía psíquica por obra de la cual, a pesar de la integridad de las funciones perceptivas y mentales, se halla patológicamente alterada la conducta social del individuo que la padece*” (<https://dle.rae.es/psicopatía>). No suscribimos del todo a esta definición, por contener expresiones demasiado ambiguas o imprecisas como el de “*anomalía psíquica*”, que da cuenta de una singularidad, pero no de su naturaleza, y los términos “*patológicamente*” y “*padece*”, que denotan la existencia de una enfermedad de base. Como se verá a lo largo de este trabajo, la definición y descripción de la psicopatía son aún hoy objetos de debate, del que nos limitamos a exponer un resumen (N. de la A.).

Por más de 50 años, la mayoría de los expertos(as) en el tema coinciden en que se trata de un *trastorno de la personalidad*, aunque ello sería una de las pocas cosas en que están de acuerdo, ya que los demás aspectos considerados en las definiciones revisadas tienden a variar en diversa medida (Cook & Logan, 2015; Fuentes, Vilorio & Moreno, 2023; Hecht, Latzman & Lilienfeld en David, Lynn & Montgomery, 2018; Koch & Montes, 2018; Lynam & Miller en DeLisi, 2019; Pinto & Barbosa, 2024; Pozueco, Moreno, García & Blázquez, 2015; Raine & Sanmartín, 2000; Ribeiro da Silva, Rijo & Salekin, 2020; Rosenberg, 2019; etc.).

Para poder continuar con el desarrollo de este trabajo, se propone una definición que integra los elementos que más reiteran las fuentes estudiadas como constitutivas del síndrome que le caracteriza³, como sigue:

La psicopatía es un trastorno de personalidad, cuyos rasgos⁴ más distintivos son, en el plano afectivo, la falta de empatía, el afecto superficial, el desapego emocional de terceras personas y la falta de vergüenza, culpa y remordimiento; en el plano interpersonal, la grandilocuencia, arrogancia, insinceridad y manipulación; y, en el plano conductual, los comportamientos impulsivos, irresponsables y/o que ignoran las normas y convenciones sociales.

Habiendo definido la psicopatía como un trastorno de la personalidad, antes de presentar sus posibles estrategias de intervención parece necesario describir brevemente la naturaleza de estas condiciones y cómo se las distingue de las enfermedades mentales.

II.2. NATURALEZA DEL TRASTORNO

La personalidad se puede definir como el patrón característico que tiene un individuo de pensar, sentir, actuar y relacionarse con los demás (Caballo, 2004; Lynam & Miller en DeLisi, 2019; Murillo en Riquelme & Oksenberg, 2002). Un *trastorno de personalidad* es un modo habitual de ser rígido y estable, evidente al menos desde la adolescencia, en el que la experiencia interna y el comportamiento del sujeto se apartan acusadamente de lo esperado según su cultura (APA, 2014; OPS, 2015). Por sí solos, los trastornos de personalidad constituyen condiciones mentales con juicio de realidad y volición conservados – que es lo que les distingue de la mayoría de las enfermedades mentales – (Becerra, 2022; Caballo, 2004; Dörr, 2008; Pozueco, Moreno, García & Blázquez, 2015), pero con formas inflexibles de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y uno mismo, pudiendo presentar conductas desadaptativas y malestar en quienes los poseen y/o en quienes les rodean (APA, 2014; OPS, 2015).

Si bien estos trastornos no afectan por sí mismos las funciones cognitivas, si es común que quienes los tienen presenten concomitantemente otras patologías mentales que podrían afectarlas, dificultando su diagnóstico y posterior intervención (Riquelme & Oksenberg, 2002). En el caso de la psicopatía en adultos⁵, sin embargo, la comorbilidad con enfermedades psiquiátricas mayores es más bien rara, siendo más frecuente la combinación con rasgos propios de otros trastornos de personalidad (como el *narcisista*⁶ y *límite*⁷), con trastornos por consumo

³ Según la Real Academia Española, un síndrome es un conjunto de signos y síntomas relacionados y más o menos característicos de una enfermedad o un estado determinado (<https://dle.rae.es/síndrome>).

⁴ Un rasgo de personalidad se puede definir como “una categoría discreta de descripción, un tipo ideal o una dimensión [de la personalidad] que acepta valores en un continuo de mediciones” (Lolas en Riquelme & Oksenberg 2002: 252). La personalidad, de hecho “puede ser concebida como un sistema de rasgos” (Ibidem, 2002:252).

⁵ Aunque clasificar a los niños como psicópatas sería inadecuado, la mayoría de los adultos con alta psicopatía han exhibido insensibilidad, falta de empatía, remordimiento o culpa, mentira persistente y problemas conductuales desde la infancia, razón por la que cada vez más se la considera un trastorno del desarrollo neurológico en el que interactuarían factores genéticos y ambientales (Ágreda, 2020; Anderson & Kiehl, 2014; Colins & Andershed en DeLisi, 2018; Frick & White, 2008; Frick, Barry & Kamphaus, 2010; Frick, Ray, Thornton & Kahn, 2014; Frick, Robertson & Clark en Martel, 2018; Halty & Prieto-Urzuá, 2015; Kahn, Byrd & Pardini, 2013; Marshall & Cooke, 1999; Ribeiro da Silva, de Carvalho & Garofalo, 2024; Silva do Rosário, 2009; Thompson, 2019). Eso sí, los estudios que han buscado un correlato neuroanatómico o fisiológico con psicopatía aún no son del todo concluyentes (Griffiths & Jalava, 2017).

⁶ El *trastorno de personalidad narcisista*, se caracteriza un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía (APA, 2014).

⁷ El *trastorno de personalidad límite*, se caracteriza un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, más una marcada impulsividad (APA, 2014).

problemático de sustancias⁸ y con el trastorno por déficit atencional e hiperactividad⁹, los que, además, tienden a estar más fuertemente relacionados con la adopción de un estilo de vida antisocial (Crego & Widiger en Martel, 2018; De Brito, Forth, Baskin-Sommers, Brazil, Kimonis *et al.*, 2021; DeLisi en DeLisi, 2019; Panwar & Suvidha, 2017; Pera, 2015; Silva do Rosário, 2009; Reiter, Barry & Odom-Dixon en DeLisi, 2019; Vaughn, Holzer & Eikenberry en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Verona, Hoffmann & Edwards en DeLisi, 2019; Wong, Gordon & Gu, 2007).

II.3. DEFINICIÓN CATEGORIAL¹⁰ VERSUS DIMENSIONAL¹¹ DE LA PSICOPATÍA

Este es uno de los aspectos más debatidos en la literatura revisada, no sólo respecto de la psicopatía, sino de cualquier Trastorno de Personalidad. Ello porque, en la práctica clínica, aunque es posible identificar personas que cumplen los criterios establecidos para el diagnóstico de alguna de las categorías reconocidas entre dichos trastornos (como las que ofrecen los manuales diagnósticos de los trastornos mentales), lo más común es la identificación de múltiples rasgos pertenecientes a diferentes categorías que, a su vez, pueden manifestarse dimensionalmente con diversa frecuencia e intensidad. Dicho de otro modo, más que categorías exhaustivas y excluyentes (en que “se es o no se es”), los trastornos de personalidad son formas de ser con rasgos de carácter que se expresan dimensionalmente con una rigidez, frecuencia e intensidad extremas (en que “se es más que” o “menos que”), comparado con el modo en que se expresan en la mayoría de las personas (Dörr, 2008; Gamba, Graziola, Marino, Urgorri & Castellaro, 2020; Hernández, Del Palacio, Freyre & Alcázar, 2011; Lemos, 2020; Vallejo, Rodríguez, Martínez, García & Sicilia, 2015). Y, como en todo trastorno de personalidad, esto también es válido para la psicopatía (García, 2016; Lilienfeld, 1994; Pozueco, Moreno, García & Blázquez, 2015; Thompson, 2019).

El psiquiatra norteamericano Hervey Cleckley¹², por ejemplo, definió *categorialmente* la psicopatía, aunque reconociendo que sus criterios diagnósticos se basaban en conocimientos que, al publicar en 1976 la última edición de su principal obra, *The mask of sanity*, estaban lejos de ser completos.

No es fácil transmitir este concepto, el de un organismo biológico aparentemente intacto, que muestra una excelente función periférica, pero centralmente deficiente o discapacitado de tal manera, que no puede evitar que sus capacidades, excelentes en los únicos niveles en los que podemos probarlas formalmente, [...] sean empleadas regularmente con fines autodestructivos y otros resultados gravemente patológicos (Cleckley, 1976: vii).

⁸ Patrón de conducta caracterizado por la ingesta de alcohol y/o drogas con una frecuencia y cantidades tales, que afectan negativamente la capacidad de adaptarse y funcionar adecuadamente en diversos ámbitos de sus vidas (familiar, académico, laboral, social, financiero, etc.), con el cumplimiento de las responsabilidades y/o con el logro del propio proyecto vital. La definición de consumo problemático incluye a quienes presentan síntomas de abuso o dependencia (SENDA, 2021).

⁹ El *trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo prevalente en la edad pediátrica, que puede prevalecer hasta la adultez, caracterizado por desregulación emocional y problemas en el control de la atención, el movimiento y/o los impulsos a un nivel tal, que repercuten en la vida social, familiar, académica y/o laboral de quien lo presenta (Escofet, Fernández, Torrents, Martín, Ros & Machado, 2022).

¹⁰ La clasificación categorial de las diversas formas de ser reduce la complejidad de los elementos con que se las analiza, ordenándolos según varios criterios establecidos de antemano: cómo percibe, piensa y se relaciona consigo y los demás, y si ello es o no habitual, flexible, adaptativo y egosintónico. Así, se obtiene un determinado número de características que son compartidas por una proporción significativa de los miembros de cada categoría, sin que ello suponga su total homogeneidad (Andrade, 2003). Los ejemplos más conocidos de este sistema diagnóstico son los publicados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud y los antiguos Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) de la Sociedad Americana de Psiquiatría.

¹¹ La clasificación dimensional de las diversas formas de ser, según la frecuencia e intensidad con que se manifiestan los rasgos de personalidad y ciertas conductas, es más rica en términos descriptivos y establece un *continuum* entre lo normal (lo más frecuente en la población) y lo anormal (lo menos frecuente en la población), siendo sus diferencias meramente cuantitativas (Andrade, 2003; Hernández, Del Palacio, Freyre & Alcázar, 2011). Los ejemplos más conocidos de este sistema diagnóstico son los que proveen las escalas psicométricas multidimensionales, como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), el Cuestionario Factorial de Personalidad (16-PF) y las Escalas de Evaluación de la Psicopatía (PCL), de las que este trabajo presenta una reseña en el ítem IV.2.

¹² Hervey Cleckley (1903-1984) es considerado uno de los pioneros en la investigación de la psicopatía tal y como se la conoce actualmente (Beryl, Chou & Völm, 2014; Nentjes, Garofalo & Kosson en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Koch & Montes, 2018; Lilienfeld, Watts, Smith, Patrick & Hare, 2018; López & Robles, 2005; Vitacco, Lishner, Gay & Trice en DeLisi, 2019; etc.), razón por la que no podía omitirse sus contribuciones en el presente trabajo.

En efecto, el autor postula que el(la) psicópata tiene una discapacidad, un trastorno, un defecto o una desviación genuina y muy grave que, al no afectar los procesos de pensamiento y razonamiento lógicos, hace muy difícil distinguirlo de los(as) no psicópatas. Por esta razón, “*el observador se enfrenta a una convincente máscara de cordura*” (Ibídem, 1976: 368).

El psicólogo, genetista de la conducta y neuropsiquiatra norteamericano David Lykken¹³, en cambio, definió *dimensionalmente* la psicopatía, como la expresión extrema de los parámetros temperamentales *cociente del miedo*¹⁴ (en el extremo inferior de la curva de distribución poblacional), *impulsividad*¹⁵ (en el extremo superior de la curva de distribución poblacional) y *búsqueda de sensaciones*¹⁶ (también en el extremo superior de la curva de distribución poblacional), los que dificultarían la adquisición de un sistema de normas, sea porque tienen un sistema de inhibición comportamental debilitado (por lo que no temen las consecuencias negativas de su conducta) o porque tienen un sistema de activación comportamental exacerbado y orientado a la obtención de recompensas (por lo que tienen dificultades para prever las consecuencias negativas de su conducta). En cualquier caso, la medida en que estos rasgos están presentes en una persona determinarán la medida de su psicopatía (Lykken, 1995; Prado, 2021; Romero, 1998; Ruiz, 2017; Sellbom & Drislane, 2021; Silva do Rosário, 2009).

Por último, el psicólogo canadiense Robert Hare, uno de los mayores referentes mundiales en psicopatía (Colins & Andershed en DeLisi, 2019; Crego & Widiger en Martel, 2018; Koch & Montes, 2018; López & Robles, 2005; etc.), comenzó su trabajo definiéndola *categorialmente* (Hare en Raine & Sanmartín, 2000; Hare, 2003a); pero tras décadas de investigación y acopio de evidencia científica, le ha integrado un sistema diagnóstico de tipo *dimensional* (Hare & Neumann, 2008; Neumann & Hare, 2008). Con las escalas de psicopatía diseñadas y perfeccionadas por él mismo a lo largo de los años, promueve hacer tanto un diagnóstico dimensional de sus principales componentes, como uno categorial que sirva a los estudios por venir en la materia, pero empleando varios puntajes de corte en sus escalas, que aporten un adecuado poder discriminatorio a lo largo de todo el continuo de la medida (De Brito *et al.*, 2021; Debowska, Boduszek & Woodfield en DeLisi, 2019; Guay, Knight, Ruscio & Hare, 2018; Hare en Barbosa, Paulino & Haro, 2022; Pinto & Barbosa, 2024; Pozueco, Romero & Casas, 2011a; Smith, Gacono, Cunliffe & Kivisto en Barbosa, Paulino & Haro, 2022).

Como él, son cada vez más las voces que desaconsejan el diagnóstico categorial de la psicopatía en los ámbitos clínico y forense, por las limitaciones que impone al momento de decidir cómo se ha de proceder con cada caso particular. A cambio, lo que se recomienda es abordarlos dimensionalmente – multidimensionalmente, incluso¹⁷ – señalando hasta qué punto se distancian de lo que podría identificarse como un “prototipo psicopático” y analizando

¹³ David Lykken (1928-2006) investigó las bases genéticas y biológicas de la conducta, incluida la antisocial, distinguiendo en el origen de esta última la que realizan personas con rasgos de personalidad dentro de lo normal en la curva de distribución poblacional, pero con una socialización defectuosa, a quienes denominó *sociópatas*, de la que realizan personas con rasgos de personalidad en los extremos de la curva de distribución poblacional, por lo que son muy difíciles de socializar, y a quienes denominó *psicópatas* (Lykken, 1995; Romero, 1998).

¹⁴ El cociente del miedo es el término empleado por David Lykken para referirse al sistema de inhibición de comportamiento, encargado de reaccionar a señales aversivas y/o de responder al castigo con afectos negativos (como el miedo, vergüenza y ansiedad), así como el aprendizaje de conductas de evitación (Lykken, 1995). En personas con un bajo cociente del miedo las respuestas de temor, ansiedad, culpa o evitación pasiva son muy inferiores a la de la mayoría de las personas cuando se exponen a sanciones u otros estímulos temibles o dolorosos. Por ello, el fracaso, la recriminación y el castigo no sirven para inhibirles de presentar conductas desviadas y/o antisociales.

¹⁵ La impulsividad es un rasgo de personalidad que, en el extremo superior de la curva de distribución poblacional, se manifiesta en reacciones conductuales rápidas, usualmente desmedidas, llevadas a cabo sin reflexión ni cautela respecto de sus posibles consecuencias, dirigidas a la obtención inmediata de alguna gratificación o de alivio ante situaciones desagradables o estresantes (Arce & Santiesteban, 2006; Sánchez, Giraldo & Quiroz, 2013; Squillace, Picón & Schmidt, 2011).

¹⁶ La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que, en el extremo superior de la curva de distribución poblacional, se manifiesta con la “*necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias*” (Chico, 2000: 229). En personas con una elevada expresión de este rasgo, las respuestas de gratificación pueden llegar a la euforia frente a conductas de riesgo o dirigidas a satisfacer sus deseos, encontrándose inhibidos los procesos reflexivos y otras restricciones internas en un grado muy superior al de la mayoría de las personas.

¹⁷ Como se verá más adelante en este trabajo, la psicopatía no es una entidad unidimensional, sino multidimensional; y sus subdimensiones no solo difieren en sus correlatos externos, sino que a veces se fraccionan en direcciones opuestas con ellos (De Brito *et al.*, 2021; Lilienfeld en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Patrick en Patrick, 2018).

qué rasgos caracterizan su funcionamiento, qué riesgos específicos plantean dichos rasgos y cómo debieran ser abordados en terapia (De Brito *et al.*, 2021; Frick, 1998; Hecht, Latzman & Lilienfeld en David, Lynn & Montgomery, 2018; Paulino *et al.* en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Pozueco, Moreno, García & Blázquez, 2015; Patrick en Patrick, 2018; Pozueco, Romero & Casas, 2011b; Ribeiro da Silva, Rijo & Salekin, 2020; Thompson, 2019; etc.).

II.4. LA PSICOPATÍA EN LOS MANUALES DIAGNÓSTICOS INTERNACIONALES CIE Y DSM

La psicopatía no se incluye entre las categorías diagnósticas de los Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, contenidos en la 10ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, o CIE-10 (OPS, 2015), aunque viene asimilada al *Trastorno asocial de la personalidad* (código F.60.2) como sigue:

Trastorno de la personalidad caracterizado por descuido de las obligaciones sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás. Hay gran disparidad entre el comportamiento de la persona y las normas sociales prevalecientes. La conducta no se modifica fácilmente a través de la experiencia adversa ni aun por medio del castigo. La tolerancia a la frustración es baja, lo mismo que el umbral tras el cual se descarga la agresión, e incluso la violencia. Hay tendencia a culpar a otros, o a ofrecer racionalizaciones verosímiles acerca del comportamiento que lleva a la persona a entrar en conflicto con la sociedad (OPS, 2015:342).

En el mismo texto se menciona que, en la literatura especializada, este trastorno de la personalidad puede encontrarse bajo el rótulo de personalidad *amoral, antisocial, psicopática o sociopática*.

La psicopatía tampoco se incluye entre las categorías diagnósticas de los Trastornos de la personalidad contenidos en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, o DSM-5 (APA, 2014), pero se la asimila a los criterios diagnósticos del *Trastorno de la personalidad antisocial* (código 301.7) como sigue:

- A. *Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos:*
 - 1. *Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.*
 - 2. *Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.*
 - 3. *Impulsividad o fracaso para planear con antelación.*
 - 4. *Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.*
 - 5. *Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.*
 - 6. *Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.*
 - 7. *Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.*
- B. *El individuo tiene como mínimo 18 años.*
- C. *Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.*
- D. *El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar (APA, 2014:659).*

Al igual que la OPS, reconoce que este patrón conductual puede encontrarse en la literatura especializada bajo el rótulo de *psicopatía, sociopatía o trastorno de la personalidad disocial*.

Si bien ambos manuales asimilan la psicopatía a las categorías diagnósticas descritas, en la literatura científica revisada *nadie más lo hace*, por la baja capacidad discriminante que poseen estas últimas y por dar mayor valor diagnóstico a la dimensión conductual del constructo, por sobre la afectiva e interpersonal¹⁸ (Alba & Garrido, 2012;

¹⁸ Los estudios dirigidos a establecer relaciones entre estas categorías diagnósticas, empleando el PCL-R para diagnosticar categorialmente la psicopatía, evidencian que, si bien la mayoría de las personas con psicopatía cumplen los criterios diagnósticos para el *trastorno asocial*

Crego & Widiger en Martel, 2018; Hare, 2003a; Mora, 2011; Hecht, Latzman & Lilienfeld en David, Lynn & Montgomery, 2018; Pera, 2015; Pozueco, Moreno, García & Blázquez, 2015; Patrick en Raine & Sanmartín, 2000; Pozueco, Romero & Casas, 2011b; Smith, Gacono, Cunliffe & Kivisto en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Thompson, 2019; etc.).

III. DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA

III.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

En línea con lo expuesto hasta ahora, otro tema aún en discusión dentro de la comunidad científica tiene que ver con los criterios diagnósticos que deben asociarse a la psicopatía (Lilienfeldt en Barbosa, Paulino & Alho, 2022). En algunas de las publicaciones revisadas, las y los expertos presentan listas de signos y síntomas relacionados al constructo (basados en sus propias investigaciones o en meta análisis de estudios realizados por terceros), entre las que se aprecian varias equivalencias, algunas de las cuales se exponen en la siguiente tabla.

CARACTERÍSTICAS	FUENTES						N° DE INCLUSIONES
	Cleckley (1976)	Levenson et al. (1995)	Lilienfeld & Andrews (1996)	Cooke & Michie (2001)	Hare (2003b)	Cooke & Logan (2015)	
Insensibilidad/falta de empatía	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	6
Falta de metas realistas a largo plazo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	6
Manipulación y aprovechamiento de los otros	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	6
Falta de vergüenza, culpa y remordimiento	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	6
Afecto superficial/desapego	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	6
Egocentrismo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	6
Mentira patológica	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	5
Externalización de la responsabilidad por sus errores	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	5
Impulsividad/bajo control conductual	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	5
Locuacidad	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	4
Irresponsabilidad	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	4
Encanto superficial	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	3
Ausencia de miedo y/o ansiedad anticipatoria	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	3
Necesidad de estimulación/tendencia al aburrimiento	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	3
Sentido grandioso del valor propio	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	3
Problemas de conducta (precoces)	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	3
Estilo de vida parasitario	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	3
Agresividad/violencia (instrumentales)	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ	2
Conducta antisocial/incivildades	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	2
Vida sexual frívola, promiscua y/o poco estable	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	2
Dominación	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	2
Inflexibilidad/no aprende de la experiencia	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ	2
Varias relaciones maritales breves	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	1
Apatía respecto de cualquier actividad productiva	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	1
Baja tolerancia a la frustración	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	1
Versatilidad delictual	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	1
Falta de compromiso y/o de perseverancia	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	1
Otras características (*)	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ	2

(*) Incluyen *inteligencia, inquietud, desconfianza, falta de concentración, intolerancia, antagonismo, inestabilidad emocional, sensación de invulnerabilidad, conducta autodestructiva, concepto inestable del yo*, etc. Fuente: Elaboración propia con información extraída de las fuentes citadas. Algunos términos empleados por los autores han debido aproximarse a los expuestos en la tabla.

(CIE-10) o *antisocial* (DSM-5) de la personalidad, un muy bajo porcentaje de estas últimas cumplen con el criterio diagnóstico de psicopatía (esto es, un puntaje PCL-R ≥ 30) (N. de la A.). Para estudios en Chile, ver León & Zúñiga, 2012 y León, Cortés & Folino, 2014.

Otras fuentes (como Burghart & Mier, 2022; Díaz, Lozano, González & Ostrosky, 2023; Garofalo, Neumann & Velotti, 2021; Gray, Blumenthal, Shuker, Wood, Fonagy & Snowden, 2019; Sellbom & Drislane, 2021; Silva do Rosário, 2009; Steinert, Lishner, Vitacco & Hong, 2017; Thompson, 2019; Umbach, Berryessa & Raine, 2015; Viding & McCrory, 2019; etc.) coinciden en incluir entre los criterios diagnósticos de la psicopatía la *insensibilidad/falta de empatía*, el *afecto superficial/desapego emocional*, la *conducta manipuladora*, la *falta de vergüenza, culpa y remordimiento*, la *mentira patológica*, la *externalización de la responsabilidad por sus propios errores*, la *ausencia de miedo y/o ansiedad anticipatoria*, los *graves problemas de conducta* y la *impulsividad/bajo control conductual*, entre los más citados.

También habría suficiente evidencia acumulada para considerar entre los criterios diagnósticos los antecedentes de *insensibilidad, afecto superficial/desapego emocional, ausencia de culpa y remordimiento, mentira patológica y graves problemas de conducta* en la infancia (Ágreda, 2020; Colins & Andershed en DeLisi, 2019; Frick & White, 2008; Frick, Ray, Thornton & Kahn, 2014; Frick, Robertson & Clark en Martel, 2018; Glannon, 2014; Kahn, Byrd & Pardini, 2013; Kiehl & Hoffman, 2011; Ribeiro da Silva, de Carvalho & Garofalo, 2024; Silva do Rosário, 2009; Thompson, 2019).

En contraste, una de las características que concita mayor desacuerdo en la comunidad científica respecto a si se la debe incluir o no entre los criterios diagnósticos de psicopatía es la *conducta antisocial*. Las razones que ofrecen los(as) detractores(as) a su inclusión son, básicamente, tres: (1) la propensión a contravenir las normas sociales y legales parece ser solo uno de varios posibles resultados conductuales de una personalidad psicopática, por lo que, si va a incluirse, también se debieran tener en cuenta otras conductas no criminales/antisociales en las que es común la participación de psicópatas; (2) la conducta antisocial da cuenta de una desviación respecto de las normas legales, lo que puede ocurrir por muchas razones y no siempre es consecuencia de la presencia de los rasgos extremos del carácter observados en la psicopatía; y (3) en los casos en que sí existe dicha relación causal (por ejemplo, delitos reiterados de estafa en alguien insensible, explotador y poco empático), consideran incorrecto usar la conducta para inferir los rasgos y luego usar esos rasgos para explicar la conducta (Boduszek, Debowska & Willmott en DeLisi, 2019; Cooke & Logan, 2015; Pozueco, Moreno, García & Blázquez, 2015).

Esta explicación circular, tal vez, haya sido expresada de manera más sucinta anteriormente por Ellard (1988): “¿Por qué este hombre ha hecho estas cosas terribles? Porque es un psicópata. ¿Y cómo sabes que es un psicópata? Porque ha hecho estas cosas terribles” (Cooke & Logan, 2015:264).

A pesar de lo anterior, sí debe mencionarse que las personas con diagnóstico de alta psicopatía tienen una probabilidad significativamente mayor a la del resto de la población de cometer incivildades y delitos (incluyendo delitos violentos), entrar en contacto con el sistema de justicia penal, presentar problemas de conducta en prisión, manipular a los funcionarios(as) penitenciarios para lograr que les liberen tempranamente y reincidir una vez recuperada la libertad (Crego & Widiger en Martel, 2018; De Lasala, 2013; DeLisi en DeLisi, 2019; Farrington & Bergstrøm en Barbosa, Paulino y Alho, 2022; Gillespie, Jones & Garofalo, 2023; Gray *et al.*, 2011; Kahn, Byrd & Pardini, 2013; Kiehl & Hoffman, 2011; McCuish, Corrado, Hart & DeLisi, 2015; Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018; Umbach, Berryessa & Raine, 2015; Viding & McCrory, 2019). Por ello, una forma de abordar el debate sobre la necesidad de incluir estas características en el constructo psicopatía, puede ser considerarlas como moderadoras clave de su expresión conductual (Steinert, Lishner, Vitacco & Hong, 2017).

En suma, aunque existen diferencias respecto del conjunto de rasgos psicopáticos básicos, existe un alto nivel de consenso en torno a algunos de ellos que, según la mayoría de las fuentes revisadas, se pueden asociar, al menos, a tres factores o dimensiones independientes: el primer factor, relacionado con la experiencia *afectiva*, incluye rasgos como la *insensibilidad/falta de empatía*, el *afecto superficial/desapego emocional*, la *ausencia de miedo y/o ansiedad anticipatoria*, la *falta de vergüenza, culpa y remordimiento* y la *externalización de la responsabilidad por sus propios errores*, entre los más mencionados; el segundo, relacionado con la experiencia *interpersonal*, incluye la *conducta manipuladora*, la *mentira patológica*, el *egocentrismo*, el *encanto superficial*

y la *locuacidad*, entre otros; y el tercero, relacionado con la *conducta habitual*, incluye los *problemas de conducta* – que abarcan los *delitos e incivildades* – la *impulsividad/bajo control conductual* y la *violencia instrumental*, entre otros (Luján, Álvarez, Pérez & Ostrosky, 2023; Nentjes, Garofalo & Kosson en Barbosa, Paulino y Alho, 2022; Ribeiro da Silva, Rijo & Salekin, 2020; Roberson & Vitacco, 2023; Steinert, Lishner, Vitacco & Hong, 2017; etc.). Debe mencionarse, eso sí, que algunos autores(as) han identificado más de tres dimensiones como parte del constructo – hasta seis, para ser exactos – a las que asocian las características mencionadas – y otras – con algunas diferencias en el modo que se las distribuye, y sobre las que no se ahondará para no extender demasiado este documento.

III.2. TIPOS DE PSICOPATÍA

Al ser un constructo multidimensional, la psicopatía puede manifestarse con múltiples constelaciones de rasgos más o menos predominantes, dando lugar a subtipos o variantes que caen bajo el término general más amplio de psicopatía (Sellbom & Drislane, 2021). En las fuentes consultadas, de hecho, se encontraron varios sistemas de clasificación que distinguen dichas variantes, de los cuales dos son los más mencionados. El primero, distingue dos subtipos de psicopatía basándose en la predominancia e intensidad con que se expresan algunos de los rasgos más característicos y a la vez divergentes del constructo (que son la ausencia de miedo y los afectos negativos), a los que denomina psicópatas *primarios* o *idiopáticos* y psicópatas *secundarios* o *sintomáticos*. Y la segunda, distingue otros dos subtipos basándose en la medida de éxito/fracaso que logran con su conducta habitual, a los que denomina psicópatas *subclínicos, exitosos* o *integrados* y psicópatas *clínicos* o *no exitosos*.

III.2.1. Psicópatas primarios y psicópatas secundarios¹⁹

Este sistema de clasificación identifica dos variantes que, si bien comparten los déficits afectivos que caracterizan la psicopatía²⁰, se diferencian en los niveles de ansiedad y afectos negativos que son capaces de experimentar.

Los psicópatas primarios (o *idiopáticos*) muestran bajos niveles de ansiedad, miedo y culpa, por lo que exhiben un alto nivel de dominio personal en el ámbito social, lo que se expresa principalmente con un exceso de confianza, encanto superficial, sentimiento de grandiosidad, desapego emocional y actitudes manipuladoras. Además, por sus bajos niveles de ansiedad y mayor control emocional, podrían ser relativamente más adaptables y “exitosos” en el logro de sus objetivos (como se describe en el siguiente ítem), pero menos susceptibles de involucrarse efectivamente y/o lograr mejoras en su conducta a través de terapia.

Los psicópatas secundarios (o *sintomáticos*), por otra parte, presentan altos niveles de afecto negativo y ansiedad, por lo que son más retraídos y antisociales, lo que puede coexistir con síntomas depresivos y rasgos limítrofes de la personalidad, además de violencia reactiva, impulsividad, hostilidad, mal funcionamiento interpersonal y abuso de sustancias, entre otros problemas. Si bien también manifiestan rasgos tempranos de insensibilidad y crueldad, la evidencia acumulada sugiere que las diferencias en la expresión de este tipo de psicopatía estaría más determinada por experiencias adversas y traumas en la infancia (Alho, Paulino, Barbosa & Meloy en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Anderson & Kiehl, 2014; Flackebach, Reinhard & Roelofs, 2017; Hofmann, Shneider & Mokros, 2021; Karpman, 1941; Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014; Sellbom & Drislane, 2021), lo que la podría hacer más susceptible de lograr mejorías conductuales en las intervenciones terapéuticas (Luján, Álvarez, Pérez & Ostrosky, 2023), aunque eso aún no haya sido demostrado (Polaschek en DeLisi, 2019).

¹⁹ Este sistema de clasificación es definido y descrito de otras formas por algunos autores. La presentada en este informe es la que más se repite en la literatura revisada (N. de la A.).

²⁰ Existe abundante evidencia científica de que los rasgos de insensibilidad y crueldad que exhiben las y los psicópatas se pueden apreciar desde etapas tempranas del desarrollo, por lo que se ha postulado que uno de los principales factores relacionados con su origen podría ser genético (Alho, Paulino, Barbosa & Meloy en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Crego & Widiger en Martel, 2018; Frick, Ray, Thornton & Kahn, 2014; Murray, Dotterer, Waller & Hyde en DeLisi, 2019). Eso sí, los estudios que han buscado dicho correlato genético aún no son del todo concluyentes (Griffiths, Jalava, Rosenberg & Alcott, 2022).

III.2.2. Psicópatas clínicos y psicópatas subclínicos o “exitosos”²¹

La mayoría de las y los(as) psicópatas conocidos por el público general son personas que, de una u otra manera, han visto negativamente afectadas sus vidas y/o frustrados sus deseos por la “mala publicidad” que obtienen de su conducta, por ejemplo, cuando se descubre que han sido infieles o maltratado a sus parejas, cuando se les castiga por engañar en los estudios o el trabajo, o cuando son descubiertos(as) por las policías y/o condenados(as) por haber cometido un delito. A estas personas se las ha denominado *psicópatas clínicos* o *no exitosos*. Los(as) *psicópatas exitosos* o *subclínicos*, en contraste, son los(as) que han logrado lo que desean a través de sus actividades de explotación, engaño y/o abuso de los demás, sin las consecuencias negativas que este tipo de conductas pueden acarrear. Robert Hare (2003a) les describe de la siguiente manera:

Muchos psicópatas nunca ingresan en la cárcel ni en ningún otro centro. Parece que funcionan razonablemente bien – son abogados, médicos, psiquiatras, mercenarios, oficiales de policía, líderes religiosos, militares, hombres de negocios, escritores, artistas y demás –, sin contravenir la ley o, al menos, sin que les cojan. En realidad, son tan egocéntricos, insensibles y manipuladores como el resto de psicópatas; sin embargo, su inteligencia, su familia, sus habilidades sociales y sus circunstancias les permiten construir una fachada de normalidad y obtener lo que desean con relativa impunidad (Hare, 2003a:113).

En efecto, diversos estudios realizados en población general han evidenciado que la psicopatía es un trastorno de personalidad presente en personas que participan de casi cualquier actividad humana²², y que lo hacen con más o menos éxito respecto de las consecuencias que les acarrea su particular forma de ser (Crego & Widiger en Martel, 2018; Pozueco, 2010; Pozueco, Moreno, Blázquez & García, 2013). La medida en que la expresión conductual de sus rasgos de personalidad atrae más éxitos o fracasos en sus vidas se ha explicado como sigue:

1. Por la diferente intensidad con que se manifiestan los rasgos psicopáticos, o *modelo de la gravedad diferencial*, según lo cual, la psicopatía exitosa o subclínica es simplemente una expresión leve de la psicopatía clínica;
2. Por la diferente combinación de rasgos psicopáticos, o *modelo de la configuración diferencial*, según la cual, con ciertas configuraciones de rasgos, la conducta tenderá a ser más exitosa, mientras que, con otras configuraciones de rasgos, tenderá a ser menos exitosa; y
3. Por la interacción entre los rasgos psicopáticos y diversas variables moderadoras de su expresión, o *modelo de la expresión moderada*, según la cual, ciertos factores estructurales (como la inteligencia, el ingenio, la intrepidez y el atractivo físico), ambientales (como la disciplina parental, la anti/pro-socialidad del grupo de pares, el nivel educacional y el estatus socio económico) y contextuales (como la vigilancia del entorno en que se desenvuelve, el nivel de exigencia académica o laboral y la transparencia pública de las actividades en que se involucra) pueden atenuar o intensificar los resultados negativos de la conducta psicopática (Lilienfeld, Watts & Smith, 2015; Steinert, Lishner, Vitacco & Hong, 2017).

²¹ Según la Real Academia Española, “éxito” se define como (1) *resultado feliz de un negocio, actuación, etc.*, y (2) *buena aceptación que tiene alguien o algo* (<https://dle.rae.es/éxito>); y “exitosa”, la persona *que tiene éxito popular* (<https://dle.rae.es/exitoso>). “Fracaso”, por otro lado, se define como (1) *malogro, resultado adverso de una empresa o negocio* y (2) *suceso lastimoso, inopinado y funesto* (<https://dle.rae.es/fracaso>); y “fracasada”, la persona que ha sido *desacreditada a causa de los fracasos padecidos en sus intentos o aspiraciones* (<https://dle.rae.es/fracasado>). El éxito o fracaso, por ende, no solo implica la obtención/pérdida de lo perseguido con la conducta, sino también la buena/mala publicidad que obtiene quien la realiza. En el presente ítem, se considera *exitosa* una conducta cuyos resultados aumentan las consecuencias positivas y/o reducen las consecuencias negativas - incluido el escarnio público - para el individuo que la ejecuta, y *fracasada* cuando ocurre lo contrario (Steinert, Lishner, Vitacco & Hong, 2017).

²² Ocupaciones que han evidenciado una mayor participación de personas con rasgos psicopáticos son la política, los negocios (empresarios y brókeres), el combate militar, la aplicación de la ley (jueces y abogados), la lucha contra incendios, los deportes de riesgo y otras que acarrear un alto estatus social, económico y profesional (Gray, Blumenthal, Shuker, Wood, Fonagy & Snowden, 2019; Lilienfeld, Watts & Smith, 2015; Pozueco, Moreno, Blázquez & García, 2013).

III.3. DIFERENCIAS DE GÉNERO

Las fuentes revisadas indican que, en general, habría más semejanzas que diferencias entre hombres y mujeres con alta psicopatía.

Respecto de la prevalencia de este trastorno de personalidad, se ha evidenciado que es menor en mujeres que en varones en similares contextos, aunque ello podría deberse a que las puntuaciones de las escalas diagnósticas con las que se operacionaliza categorial y dimensionalmente la psicopatía son, en promedio y por factor, usualmente mayores en los hombres que en las mujeres (Beryl, Chou & Völlm, 2014; Cale & Lilienfeld, 2002; Pinto & Barbosa, 2024; Reglero, 2020; Rocuant, León, Folino & Hare, 2019).

En relación con la estructura factorial o dimensional de la psicopatía, la mayoría de las fuentes revisadas indicarían que no hay diferencias entre hombres y mujeres, como que tampoco las hay en sus criterios diagnósticos (Debowska, Boduszek & Woodfield en DeLisi, 2019; Guay, Knight, Ruscio & Hare, 2018; Pinto & Barbosa, 2024; Reglero, 2020; Smith, Gacono, Cunliffe & Kivisto en Barbosa, Paulino & Alho, 2022). Sólo dos fuentes, ambas revisiones sistemáticas, mencionan que no queda claro si existen o no diferencias entre ambos sexos (Beryl, Chou & Völlm, 2014; Cale & Lilienfeld, 2002).

En lo que sí se han evidenciado diferencias, es en el modo que se manifiestan los rasgos propios de este trastorno en hombres y mujeres con alta psicopatía. En primer lugar, ambos sexos muestran déficits similares en la modulación emocional, en el procesamiento cognitivo de los errores propios (no en su detección) y en la capacidad de prestar atención a la información que es periférica a sus objetivos (Clark, Bontemps, Batky, Watts & Salekin, 2019); pero los déficits en el reconocimiento y recuerdo de información emocional, así como en la reactividad al miedo y otras emociones negativas (como asco, vergüenza y tristeza), parecen ser mayores en los hombres que en las mujeres con alta psicopatía (Efferson & Glenn, 2018).

Por otra parte, las personas con alta psicopatía usan la conducta antisocial instrumentalmente para alcanzar metas personales o resultados gratificantes, en base a juicios morales de tipo utilitaristas, independientemente del potencial malestar que producen en sus víctimas, dado los déficits afectivos que presentan hacia los demás. Y, en este sentido, las pocas investigaciones disponibles evidencian que, si bien tanto hombres como mujeres con alta psicopatía revelan un mayor utilitarismo en respuesta a los dilemas personales y en el uso del daño a otros(as) para lograr lo que desean, los hombres tendrían una mayor disposición a causar daño de forma activa (como agredir físicamente a alguien), mientras que las mujeres preferirían emplear técnicas pasivas (como el comportamiento manipulador y sexualizado). Otra diferencia en cómo los hombres y las mujeres con mayor nivel de psicopatía procesan la información moral, es la forma en que responden a lo que perciben como una injusticia en su contra, siendo ésta también más agresiva en los hombres (Burghart & Mier, 2022; Efferson & Glenn, 2018; Pinto & Barbosa, 2024).

En suma, las mujeres con alta psicopatía son menos agresivas físicamente y sus rasgos psicopáticos y problemas de conducta tienden a ser menos graves y/o menos visibles que los de los hombres, incluso los que se expresan desde la infancia (Cale & Lilienfeld, 2002; Cueva, 2022; Pinto & Barbosa, 2024; Reglero, 2020). Eso sí, las mujeres con alta psicopatía *de tipo secundario*, pueden llegar a ser tan violentas y agresivas como sus contrapartes masculinas (Falckenbach, Reinhard & Larson, 2017).

Otras diferencias pueden observarse en la forma de manipular a los demás, que en las mujeres puede manifestarse como coquetería, mientras que en los hombres sería más común el engaño. La promiscuidad sexual en las mujeres también puede ser una forma de manipulación o de estilo de vida parasitario, mientras que en los hombres puede responder más a la necesidad de experimentar sensaciones intensas y/o poder (Beryl, Chou & Völlm, 2014; Burghart & Mier, 2022).

Por último, si bien hay evidencias de que los hombres y las mujeres difieren en los niveles de psicopatía y la forma en que se manifiestan sus rasgos característicos, la mayoría de los estudios sobre las causas de este trastorno indicarían que los factores genéticos y ambientales que se le asocian contribuirían de manera similar a su desarrollo en ambos sexos (Thompson, 2019).

IV. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE LAS PSICOPATÍAS

IV.1. ANTECEDENTES GENERALES QUE PROVEE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

IV.1.1. Acerca de las dificultades que presenta la intervención de personas con alta psicopatía

La falta de acuerdo en torno a la definición de psicopatía, los límites del concepto, sus características y herramientas diagnósticas, ha impedido el desarrollo de estrategias de intervención bien articuladas, abundando las que proponen mecanismos de cambio no explícitos o teóricamente cuestionables. Y, tal vez por ello, el rigor científico de sus modelos de intervención y evaluación de resultados ha sido más bien limitado (Hecht, Latzman & Lilienfeld en David, Lynn & Montgomery, 2018; Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018; Polaschek en DeLisi, 2019; Ribeiro da Silva, de Carvalho & Garofalo, 2024; Rosenberg, 2019).

Respecto de las intervenciones terapéuticas dirigidas a personas adultas con alta psicopatía, la experiencia acumulada ha demostrado que a menudo son muy difíciles de ejecutar para el personal a cargo, e ineficaces o incluso contraproducentes respecto de los objetivos perseguidos, en particular, quienes presentan altos niveles de psicopatía en las dimensiones relacionadas con la experiencia *afectiva* y la experiencia *interpersonal* (Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018; Polaschek en DeLisi, 2019; Sewall & Olver, 2019). Por un lado, estas personas no manifiestan ningún malestar subjetivo por ser como son, se resisten a aceptar la responsabilidad de sus acciones y suelen tener una elevada autoestima y sentido de la autoimportancia, por lo que no creen que haya nada malo en ellas que amerite ser intervenido; y en los casos que sí aceptan participar en algún programa de reinserción social, es poco probable que lo aborden con un compromiso genuino de cambiar, siendo frecuente que lo instrumentalicen para sus propios fines y/o lo abandonen precozmente (Anderson & Kiehl, 2014; Crego & Widiger en Martel, 2018; Dorta, 2021; Edens & Truong en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Lewis, 2018; Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014; Neergaard & Gullhaugen, 2015; Olver, 2016; Polaschek & Daly, 2013; Polaschek en DeLisi, 2019; Valencia, 2018). Algo parecido se describe en los reportes de intervenciones de niños(as) y adolescentes con altos rasgos psicopáticos detenidos por el sistema de justicia penal: evidencian menos interés de participar en los programas de reinserción social y, cuando lo hacen, la calidad de su participación es más baja; también exhiben un ajuste institucional más deficiente y mayores probabilidades de reincidir después de ser intervenidos que aquellos con bajos niveles de estos rasgos. De manera similar, en los entornos psiquiátricos para niños(as) con graves problemas de conducta, se ha observado que los(as) que tienen niveles elevados de insensibilidad emocional, presentan estadías más prolongadas y requieren intervenciones físicamente más restrictivas que los niños(as) que no tienen tales rasgos (Frick, Ray, Thornton & Kahn, 2014; Rojas & Olver, 2021).

Por otra parte, para que la psicoterapia sea efectiva, el paciente debe ser capaz de conectarse emocionalmente con otros, incluido su terapeuta; pero las personas con alta psicopatía carecen de esa capacidad (Hecht, Latzman & Lilienfeld en David, Lynn & Montgomery, 2018; Olver, 2016). Por el contrario, su conducta en terapia suele ser disruptiva, traspasando los límites ajenos y reaccionando con ira si se los confronta o desafía, o haciendo que tanto el personal a cargo como los demás pacientes se enfrenten entre sí. También suelen mentir, engañar, manipular o intimidar para obtener lo que desean, como psicofármacos de acceso controlado, traslados a secciones de baja seguridad, trato privilegiado en prisión, permisos de salida anticipada o informes favorables que les faciliten la obtención de lo anterior (Edens & Truong en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Garrido, 2009; Olver, 2016; Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018; Thompson, 2017).

De hecho, cuando muestran una buena conducta y rendimiento en terapia, usualmente lo hacen para mejorar su imagen, aparentar que se han rehabilitado y/o adquirir conocimientos que les permitan manipular y explotar mejor el sistema, por ejemplo, para recuperar anticipadamente la libertad (Crego & Widiger en Martel, 2018; Hargreaves-Cormany, Beasley, Patterson, Meadows, Middleton, Wood, Alicchio & Gaspar en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Polaschek en DeLisi, 2019).

Por ejemplo, algunos estudios de seguimiento realizados a personas con alta psicopatía en libertad condicional evidencian que los supuestos logros observados en terapia, o no fueron tales, o no se sostienen en el tiempo, al presentar tasas de reincidencia más altas que las del resto de las personas en similares circunstancias, o incluso que las de otras personas con alta psicopatía no intervenidas (Anderson & Kiehl, 2014; Harris & Rice en Patrick, 2006; Kiehl & Hoffman, 2011). Como se verá en los siguientes ítems, eso sí, la metodología empleada en los estudios que han llegado a esas conclusiones – y muchos otros que abordan la eficacia de las intervenciones con psicópatas – ha sido cuestionada, por lo que no se las debiera aceptar ciegamente (Hecht, Latzman & Lilienfeld en David, Lynn & Montgomery, 2018; Lewis, 2018; Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018; Ribeiro da Silva, de Carvalho & Garofalo, 2024).

IV.1.2. Acerca de la efectividad de las estrategias desarrolladas

La psicopatía parece ser una afección que empeora con el tiempo y se vuelve progresivamente menos sensible al tratamiento (Anderson & Kiehl, 2014; Ribeiro da Silva, Rijo & Salekin, 2020), por lo que la mayoría de las publicaciones revisadas coinciden en que, para mostrar algún efecto positivo, se la debe detectar y abordar tempranamente, incluso en la infancia, o al menos antes de que se manifieste con conductas delictivas (Anderson & Kiehl, 2014; Crego & Widiger en Martel, 2018; De Brito *et al.*, 2021; Farrington & Bergstrøm en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Garrido, 2002; Kiehl & Hoffman, 2011; Moosburner, Etzler, Brunner, Briken & Rettenberger, 2024; Polaschek & Daly, 2013; Polaschek & Skeem en Patrick, 2018; Umbach, Berryessa & Raine, 2015). Ello porque, respecto de la efectividad de las intervenciones en personas adultas con alta psicopatía, los resultados han sido, en el mejor de los casos, discretos, observándose más bien una reducción de los daños que acarrear las conductas delictivas post intervención (esto es, menor gravedad y violencia en los delitos), que en la reincidencia propiamente tal (Hecht, Latzman & Lilienfeld en David, Lynn & Montgomery, 2018; Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018; Olver, Lewis & Wong, 2013).

Todas las revisiones sistemáticas realizadas a estudios de resultados obtenidos por programas dirigidos a población penal adulta con marcados rasgos psicopáticos en contexto de encierro²³, concluyen que la evidencia presentada parece “alentadora”, pero aún es insuficiente, poco convincente y, en algunos casos, divergente. Los argumentos que respaldan estas conclusiones son muy diversos: en primer lugar, han detectado que casi todos los estudios publicados sobre eficacia de programas en que se ha intervenido a psicópatas presentan gruesos errores metodológicos que le restan validez a sus resultados; en segundo lugar, menos de diez estudios en todo el mundo pueden considerarse lo suficientemente robustos del punto de vista metodológico, como para atender la evidencia que presentan (reducción de la reincidencia, de la conducta violenta, de la gravedad de los delitos o de la expresión de algunos rasgos), aunque en algunos de ellos los resultados no son estadísticamente relevantes o generalizables (por ejemplo, porque no cuentan con grupo de control o el tamaño de la muestra es muy pequeño; porque no se emplearon medidas estandarizadas para evaluar los resultados o las empleadas son cuestionables; porque el período de seguimiento post egreso fue muy breve, etc.) (Lewis, 2018; Munguía, Torres, Pérez & Ostrosky, 2023; Olver, 2016; Polaschek & Skeem en Patrick, 2018; Reidy, Kearns & DeGue, 2013; Ribeiro da Silva, de Carvalho & Garofalo, 2024; Roberson & Vitacco, 2023; Támara, Bonello & Lugo, 2014).

²³ No se encontró ni una sola publicación sobre intervención a población penal adolescente o adulta con alta psicopatía que estuviera cumpliendo condena en libertad (por ejemplo, en Libertad Vigilada o Libertad Condicional) (*N. de la A.*).

Varios autores(as), de hecho, manifiestan que no existen tratamientos efectivos para las personas adultas con alta psicopatía^{24, 25} (Crego & Widiger en Martel, 2018; De Brito *et al.*, 2021; Edens & Truong en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Garrido & López, 2012; Lösel en Raine & Sanmartín, 2000; Thompson, 2017; Umbach, Berryessa & Raine, 2015) – en especial, *psicopatía primaria* (Lewis, 2018) – y sólo unos pocos(as) expresan su optimismo respecto de los discretos resultados obtenidos de determinados programas (sobre los que se expone un resumen más adelante), así como del simple hecho que, así como no hay evidencia incuestionable sobre la “tratabilidad” de las y los psicópatas, tampoco la hay sobre su “intratabilidad” (Chakssi, De Ruiter & Bernstein, 2014; Olver, 2016; Polaschek & Skeem en Patrick, 2018; Rosenberg, 2019; Salekin, Tippey, & Allen, 2014; Tew, Harkins & Dixon en Craig, Dixon & Gannon, 2013; Wong & Olver, 2015). Dos de los(as) principales expertos(as) en la intervención de personas con alta psicopatía, Devon Polaschek y Stephen Wong, lo plantean como sigue:

Podemos estar bastante confiados de que nuestros mejores tratamientos para estos delinquentes pueden reducir su reincidencia, pero todavía hay mucho que aprender sobre cómo hacerlo (Polaschek & Wong en Wormith, Craig & Hogue, 2020: 381).

Sobre lo que sí habría un más amplio acuerdo, es respecto de los principios generales en que se debiera basar el diseño e implementación de cualquier programa que procure reducir la reincidencia delictual y la gravedad de los problemas conductuales de las personas con alta psicopatía, independientemente de su grupo etario.

IV.1.3. Principios en que debiera sustentarse la intervención

a. *Deben ser diseñados explícitamente para abordar personas con alta psicopatía*

Uno de los argumentos que más se repite en la literatura revisada para explicar el fracaso de los programas de intervención para personas con alta psicopatía, es que no fueron diseñados específicamente para ellas, sino más bien “reciclando” modelos empleados con delinquentes comunes o personas con otros trastornos de personalidad (Anderson & Kiehl, 2014; Hecht, Latzman & Lilienfeld en David, Lynn & Montgomery, 2018; Lewis, 2018; Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014; Ribeiro da Silva, de Carvalho & Garofalo, 2024; Thompson, 2017). El mismo error se ha reportado en el diseño de programas dirigidos a niños, niñas y adolescentes con altos rasgos psicopáticos (De Brito *et al.*, 2021; Frick, Ray, Thornton & Kahn, 2014).

Lo anterior ha conducido a equivocaciones elementales en el planteamiento de los objetivos terapéuticos y en la selección de las mejores estrategias de intervención. Por ejemplo, no tiene sentido que las intervenciones se enfoquen en mejorar la capacidad empática de personas con alta psicopatía, porque eso no es posible; tampoco lo es que lleguen a sentir culpa, vergüenza o remordimiento por lo que han hecho, ni es razonable esperar que modulen su conducta en respuesta a los castigos, las amenazas de castigo y otras técnicas disuasorias (Anderson & Kiehl, 2014; CPHS, 2011). En lugar de ello, se recomienda que las técnicas terapéuticas saquen provecho de aquellos rasgos psicopáticos con los que sí es posible trabajar, como su moral *utilitarista* y su conducta *instrumental* – proveyéndoles argumentos racionales y funcionales contra la repetición de conductas antisociales del pasado y pruebas concretas del valor tangible y material que puede proporcionarles la conducta prosocial – y su *orientación a la obtención de recompensas* – premiando de manera selectiva y creciente las conductas prosociales y de autocontrol – (Anderson & Kiehl, 2014; Crego & Widiger en Martel, 2018; Garrido, 2009; Yale University, s/f). Estas técnicas han demostrado ser efectivas, particularmente, en la intervención de niños, niñas y adolescentes con altos rasgos psicopáticos (Frick, Ray, Thornton & Kahn, 2014; Salekin, Tippey & Allen, 2014).

²⁴ Como un efecto de estas creencias, en muchos servicios penitenciarios se ha aplicado el diagnóstico de psicopatía, no como un indicador de necesidad de tratamiento, sino más bien como un criterio de exclusión para programas de tratamiento y rehabilitación (Rosenberg, 2019). El caso chileno es un ejemplo de ello.

²⁵ Respecto de la ineficacia de la terapia farmacológica, véase también Khalifa, Gibbon, Völlm, Cheung & McCarthy (2020) y Maibom (2014).

Otro error común de diseño en los programas de intervención dirigidos a personas con alta psicopatía, es que no se anticipan a las características que las hacen parecer reacias o incapaces de responder a los tratamientos convencionales, como la ira, la hostilidad, la irritabilidad, la propensión a victimizarse y manipular para imponer su propia agenda, la sospecha de los motivos de los demás, la agresividad, la falsedad y el egocentrismo, entre otras²⁶ (Anderson & Kiehl, 2014; Hecht, Latzman & Lilienfeld en David, Lynn & Montgomery, 2018; Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014; Neergaard & Gullhaugen, 2015; Polaschek en DeLisi, 2019; Ribeiro da Silva, de Carvalho & Garofalo, 2024; Thompson, 2017). De hecho, muchas de esas características son la causa de los prejuicios que rondan en torno a su “intratabilidad”. Sin embargo, al examinarlos detenidamente, tales prejuicios también se sustentan en las expectativas que habitualmente se tienen respecto de lo que puede y no puede ocurrir en terapia, creando condiciones que las personas con alta psicopatía muy probablemente no van a cumplir (Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018; Polaschek en DeLisi, 2019; Rosenberg, 2019). Resolver esta disyuntiva implica un verdadero cambio de paradigma sobre los objetivos de la intervención, cómo se ha de trabajar para cumplirlos y cómo interpretar las conductas desplegadas por los(as) pacientes en el proceso. Por ejemplo, se puede tener la creencia de que un paciente que se muestra “difícil” en las sesiones no se está beneficiando del tratamiento, cuando, en realidad, su agresividad podría ser evidencia de un mayor compromiso con el mismo (Polaschek en DeLisi, 2019).

Independiente de lo anterior, es probable que las personas con alta psicopatía incumplan los acuerdos adquiridos, asistan irregularmente a las sesiones programadas (por falta de convicción o hastío) y cometan faltas al régimen disciplinario y las normas de convivencia. Nuevamente, las expectativas del personal a cargo son importantes, y se le debe preparar para afrontar estas situaciones, con técnicas motivacionales especialmente concebidas para abordar la negación de los problemas latentes, la apatía y/o el aburrimiento, y estrategias que permitan responder asertivamente a las conductas disruptivas. Una de las autoras más prolíficas en evaluación de programas de intervención dirigidos a población infractora con alta psicopatía (Devon Polaschek) lo plantea como sigue:

Los psicópatas y los delincuentes de alto riesgo traen su comportamiento habitual al entorno de tratamiento [... lo que] puede poner a los programas en una posición desafiante: retirar a la persona por el mismo comportamiento que el tratamiento pretende ayudar a corregir, o retenerla y correr el riesgo de que parezca a los demás participantes que se ha hecho “la vista gorda” ante un comportamiento inaceptable. Si existen opciones tanto para castigar la mala conducta como para continuar la terapia [...], entonces las tasas de deserción pueden reducirse. Pero, de nuevo, si los programas no están orientados a la conducta disruptiva, la deserción puede ser mayor para quienes la presentan (Polaschek en DeLisi, 2019: 617).

Por otra parte, así como no todas las conductas disruptivas en terapia significan malos resultados, tampoco las “positivas” significan buenos resultados. Por ejemplo, Harris & Rice (en Patrick, 2006) recomiendan a los equipos terapéuticos mantenerse constantemente alerta, como sigue:

1. Recordar que el cambio es difícil en personas con alta psicopatía y desconfiar de las mejorías rápidas y espectaculares (“la reputación importa y los leopardos rara vez cambian sus manchas”; *ibídem*:658)
2. Nunca tomar su palabra al pie de la letra; siempre comparar sus afirmaciones con la información que puedan aportar los expedientes disponibles y otros informantes.
3. No limitar la evaluación de su conducta al modo en que se comporta con su(s) terapeuta(s); también debe observarse atentamente cómo trata a las demás personas, incluyendo otros reclusos(as) y al resto del personal.
4. Tener cuidado de sus halagos.
5. Desconfiar mucho si pide a su(s) terapeuta(s) que rompa una regla o que guarde una confidencia ilícita, por mínima que sea.
6. Hablar con otros(as) profesionales acerca de la relación que se ha forjado con estas personas; si perciben que las cosas no suenan bien, atender sus razones cuidadosamente.

²⁶ De hecho, se cuestiona que los criterios de exclusión y/o de baja anticipada de los programas sean, precisamente, esas conductas propias de personas con alta psicopatía, porque cierra toda posibilidad de proveerles algún tipo de tratamiento cuando, por el contrario, dado su alto riesgo de reincidencia, debieran ser consideradas una de las principales poblaciones objetivo de los mismos (Chakhssi, de Ruiter & Bernstein, 2014; Lewis, 2018; Polaschek en DeLisi, 2018; Polaschek & Skeem en Patrick, 2018; Rosembert, 2019)

Otros(as) profesionales con una vasta experiencia en intervenciones dirigidas a personas que presentan graves trastornos de personalidad y conducta violenta recomiendan lo siguiente:

1. *Sólo las organizaciones que se comprometen a trabajar con personas con trastornos de la personalidad, y los profesionales que desean trabajar con [ellas], y que han recibido los conocimientos, las habilidades, el apoyo y la supervisión clínica necesarios para hacerlo, deben ser alentados a realizar este trabajo.*
2. *El trabajo [...] debe planificarse y estructurarse de principio a fin, en lugar de ser impulsado por crisis y guiado sin ningún principio subyacente vinculado a la gestión del riesgo y la recuperación.*
3. *La alianza terapéutica (esto es, la relación de trabajo colaborativo entre el cliente y el profesional) es clave y debe ser alimentada y protegida por las personas involucradas, así como por el servicio en el que se encuentra el cliente.*
4. *El trabajo colaborativo con el cliente y el enfoque adoptado por todos los funcionarios involucrados deben ser lo más consistentes posible.*
5. *Los profesionales deben tratar de aceptar las experiencias válidas del cliente, es decir, reconocer y afirmar la legitimidad de lo que siente.*
6. *Los profesionales deben alentar, mejorar y mantener la motivación del cliente para cambiar, [...y ayudarlo a] lograr y mantener un cambio positivo. También deben prestar apoyo cuando los tiempos son difíciles.*
7. *Los profesionales deben promover la autorreflexión en los clientes, alentar una mayor autoconciencia y fomentar la autoobservación y autoconocimiento.*
8. *Por último, el trabajo colaborativo con los clientes debe ser monitoreado y evaluado (Logan en Wormith, Craig & Hogue, 2020: 411).*

En suma, si se espera obtener resultados positivos de las intervenciones a personas con alta psicopatía, estos problemas deben preverse tanto en el diseño del programa como en la capacitación de los(as) profesionales que lo ejecutarán, abordándolos de un modo práctico y realista, lo que implica reconocer las dificultades que impondrá trabajar con estos pacientes y prepararse para cuando se presenten, siendo flexibles pero consistentes, pacientes y perseverantes, sin perder el temple ni el foco en los objetivos terapéuticos, y reevaluando constantemente cuáles podrían ser las mejores estrategias de intervención a emplear en cada caso (De Santisteban, 2016; Garrido, 2009; Neergaard & Gullhaugen, 2015; Polaschek & Skeem en Patrick, 2018).

Por último, todo lo mencionado aporta múltiples argumentos para prever que la intervención de estas personas será particularmente desafiante para sus terapeutas, pudiendo causarles alto estrés, pesimismo respecto del valor de sus esfuerzos, ausentismo laboral y problemas de salud mental, como el síndrome de *burnout*²⁷. Curiosamente, solo una de las fuentes revisadas aborda este problema (De Lasala, 2013), a pesar de que existe abundante literatura acerca de su desarrollo en personal penitenciario (Bracco, Valdez, Nieri & Tesania, 2018; Hu, Wang, Liu, Wu, Yang *et al.*, 2015; Morgan, Van Haveren & Pearson, 2002; Schaufeli & Peeters, 2000; Stoyanova & Harizanova, 2016). Por tal motivo, se recomienda que el diseño del programa también contemple estrategias de prevención y detección precoz de problemas de salud mental en quienes estén a cargo de su implementación.

b. Deben respetar los principios del Modelo de Riesgo, Necesidad y Responsividad (RNR)

Que los programas deben basarse en el Modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad es un principio respaldado por casi todos los expertos(as) en psicopatía citados en la literatura revisada (Anderson & Kiehl, 2014; Frick, Ray, Thornton & Kahn, 2014; Lewis, 2018; Moosburner, Etzler, Brunner, Briken & Rettenberger, 2024; Olver, 2016; Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018; Olver, Stockdale & Riemer, 2023; Polaschek en DeLisi, 2019; Polaschek & Skeem en Patrick, 2018; Polaschek & Wong en Wormith, Craig & Hogue, 2020; Roberson & Vitacco, 2023; Tew, Harkins & Dixon en Craig, Dixon & Gannon, 2013; Vaughn, Maynard, Salas-Wright & DeLisi en DeLisi, 2019; Wong, Gordon & Gu, 2007, etc.).

²⁷ *Burnout* (o “consumirse por el trabajo”) es un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir a individuos que proveen asistencia y servicios a otras personas, como resultado de la exposición prolongada a estresores emocionales e interpersonales, propios de ese tipo de trabajos (Maslach, Jackson & Leiter 1996).

El Modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad (*risk-need-responsivity* o RNR, por sus siglas en inglés) fue propuesto por Andrews, Bonta y Hodge (1990), para construir programas de intervención dirigidos a la población penal, con un fuerte soporte científico y un objetivo eminentemente rehabilitador (Andrews & Bonta, 2010; Cullen & Gendreau, 2000; Ogloff & Davis, 2004; Pantoja, 2010). Esto quiere decir que las actuaciones basadas en este Modelo tienen como finalidad reducir la probabilidad de reincidencia delictual y mejorar las capacidades del sujeto para desarrollarse pacíficamente en sociedad, centrándose en intervenir – y modificar – los factores de riesgo criminológico que más se relacionan con la reiteración de conductas delictuales.

El Modelo integra la evidencia acumulada en torno a tres principios básicos para el diagnóstico, diseño de planes diferenciados de intervención y evaluación de las intervenciones en población penal: (a) el principio de “riesgo” (*risk principle*) se refiere a que previo a la intervención es necesaria la identificación y clasificación de los usuarios según probabilidad de reincidencia y requerimientos de recursos asistenciales, según el siguiente criterio: mientras mayor es el riesgo de reincidencia, mayor debe ser la intensidad de la intervención y la asignación de recursos para la supervisión y tratamiento, y viceversa²⁸; (b) el principio de “necesidad” (*need principle*) se refiere a que el plan de intervención debe estar orientado principalmente a atender aquellos factores de riesgo que permitirán disminuir la probabilidad de reincidencia delictiva, los que han sido identificados como factores de riesgo *dinámicos* o *necesidades criminógenas*²⁹, de los que se expone un resumen en el ANEXO 1; y (c) el principio de “responsividad” (*responsivity principle*) se refiere a que los estilos y metodologías empleadas para administrar los planes de intervención deben adaptarse para maximizar las oportunidades de aprendizaje en cada beneficiario, atendiendo sus estilos de estudio, experiencias, motivaciones, habilidades y fortalezas (Andrews, Bonta & Hoge, 1990; Cullen & Gendreau, 2000; Morales, Welsch, Cárcamo, Aguilar & Sosa, 2015).

Más principios a considerar son, entre otros, que exista una minuciosa selección y supervisión de los profesionales que se encargarán de administrar el programa, que provea un régimen de trabajo intensivo y prolongado (ver siguiente ítem), que se aplique integralmente (o, al menos, que no se desvíe mucho de su diseño original) y que tanto la estructura programática como la capacitación de sus operadores cuente con sólidos fundamentos teóricos y empíricos, entre los que se sugieren los modelos Cognitivo-Conductual³⁰ y Multisistémico³¹ (Caldwell & Van Rybroek,

²⁸ Respecto de la estimación de la probabilidad de reincidencia, implica considerar todos los factores de riesgo criminógeno que pueda tener un sujeto y no asumir que, por presentar rasgos psicopáticos, dicha probabilidad debe ser alta (Roberson & Vitacco, 2023). Sólo las personas con alta psicopatía podrían ser consideradas con alto riesgo de reincidencia (Polaschek & Skeem en Patrick, 2018).

²⁹ Los *factores de riesgo* son una lista acotada de antecedentes personales, cuya relación con la reincidencia delictiva ha sido estadísticamente demostrada. Los estudios dirigidos a estimar su utilidad diagnóstica y validez predictiva han evidenciado que algunos de ellos se encuentran profundamente arraigados en la historia remota de las personas y son muy poco susceptibles de modificar a través de las intervenciones; por esa razón se les denomina *factores de riesgo estáticos*. Ejemplos de ellos son los trastornos de conducta, la disfuncionalidad familiar, el abuso de drogas y la pertenencia a pandillas criminales durante la infancia. Paralelamente, se han identificado muchos otros factores de riesgo que forman parte de la experiencia vital cotidiana de quienes han delinquido, y ejercen una poderosa influencia sobre su conducta cuando se dan las circunstancias propicias para cometer un nuevo delito, como la asociación actual a pandillas delictuales y la impulsividad. Tales factores de riesgo sí son susceptibles de ser modificados, neutralizados o atenuados mediante programas terapéuticos específicos, con notables mejoras en la conducta habitual de los sujetos intervenidos, incrementos en su calidad de vida y reducciones en las tasas de reincidencia posterior. Por todas esas razones se les ha denominado *factores de riesgo dinámicos* o *necesidades criminógenas* y, durante las dos últimas décadas, se les ha considerado blancos prioritarios para la intervención en todo programa de reinserción social moderno (Cullen & Gendreau, 2000; Morales, Welsch, Cárcamo, Aguilar & Sosa, 2015).

³⁰ La *Terapia Cognitivo-Conductual* ha demostrado que puede reducir la reincidencia delictual en jóvenes y adultos que cumplen penas en diversos entornos, incluida la prisión, las comunidades terapéuticas en modalidad residencial, la Libertad Condicional y la Libertad Vigilada (Garrido, Morales & Sánchez-Meca, 2006; Clark, 2011; Redondo, Sanchez-Meca & Garrido, 2002). Las actividades terapéuticas, que a menudo se llevan a cabo en grupos (de entre 6 y 8 personas), integran lecciones y ejercicios de experimentación, juegos de roles, modelado, técnicas de relajación y autocontrol, entrenamiento en destrezas concretas, técnicas operantes o de reforzamientos, etc., dirigidos a lograr la reestructuración cognitiva, un mayor autocontrol, el desarrollo de habilidades para el afrontamiento de conflictos, el desarrollo moral y la reconstrucción de la identidad, entre otras metas (Clark, 2011; Morales, Welsch, Cárcamo, Aguilar & Sosa, 2015).

³¹ El *Modelo Multisistémico* (desarrollado por Scott Henggeler en los años 90) considera al infractor como un sistema involucrado en múltiples otros sistemas, como la familia, el grupo de pares, la escuela y la comunidad (enfoque *socio-ecológico*), por lo que contempla un conjunto de intervenciones intensivas y prolongadas dirigidas a los(as) infractores (especialmente, las y los jóvenes), sus familias y su entorno social inmediato, procurando cambiar los determinantes conocidos del comportamiento antisocial (Cullen & Gendreau, 2000).

2013; Harris & Rice en Patrick, 2006; Lewis, 2018; Lipsey, Landenberger & Wilson, 2007; Morales, Welsch, Cárcamo, Aguilar & Sosa, 2015; NIC, 2007).

Por último, tanto el diagnóstico del nivel de psicopatía de personas infractoras, como la valoración de los riesgos asociados, y la identificación de sus necesidades criminógenas y otras variables que afectan su responsividad (antes, durante y después de las intervenciones) requieren, para ser válidas, el uso de instrumentos diagnósticos especialmente diseñados para esos fines (Crego & Widiger en Martel, 2018; Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018; Roberson & Vitacco, 2023; Rosenberg, 2019), de los que se expone un resumen en el ítem IV.2.

c. *Deben ser intensivos y prolongados*

Todas las experiencias revisadas con resultados prometedores en la reducción de la conducta delictual y violenta de personas con elevado riesgo de reincidencia y alta psicopatía (incluidas las que intervienen niños, niñas y adolescentes) se ejecutan, sin excepciones, de manera intensiva y prolongada (Anderson & Kiehl, 2014; Dorta, 2021; Garrido, 2002; Harris & Rice en Patrick, 2006; Hecht, Latzman & Lilienfeld en David, Lynn & Montgomery, 2018; Moosburner, Etzler, Brunner, Briken & Rettenberger, 2024; Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018; Polaschek & Daly, 2013; Polaschek en DeLisi, 2019; Roberson & Vitacco, 2023).

Un programa se considera *intensivo* cuando ocupa de 2 a 3 horas diarias (o 10 a 15 horas por semana) en actividades dirigidas a la reinserción social de sus beneficiarios(as); y se le considera *prolongado* si su duración no es inferior a 6 meses (Cullen & Gendreau, 2000; NIC, 2007; Grant, 2008). En todo caso, no se recomienda que los programas duren mucho más que eso, para permitir que los(as) participantes digieran el material, retengan conceptos y practiquen y generalicen las nuevas habilidades que pudieron adquirir en terapia (Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018). Eso sí, la determinación del tipo de programa y la intensidad con que se ha de implementar, deben basarse en un adecuado diagnóstico del nivel de psicopatía y el de sus riesgos asociados, para lo que se han desarrollado diversos instrumentos, algunos de los cuales que se exponen a continuación.

IV.2. INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA Y LA VALORACIÓN DE SUS RIESGOS ASOCIADOS

IV.2.1. Advertencias al uso de instrumentos de evaluación en personas con psicopatía

El diagnóstico de psicopatía, como todo proceso diagnóstico en el ámbito forense, debe llevarse a cabo *“mediante un procedimiento reglado, con unas fases establecidas propias del método científico-positivo, de tal forma que pueda ser replicado, como ocurre en toda investigación científica”* (Fernández-Ballesteros, 2007: 62, citado en Muñoz & López-Ossorio, 2016). Y, para lograrlo, prácticamente todas las fuentes revisadas recomiendan emplear herramientas validadas en población penal, que tengan una sólida base teórica y empírica, y cuyos procedimientos de aplicación se encuentren estandarizados en manuales o guías. El problema es que existen muchos instrumentos de ese tipo, por lo que es necesario establecer algunos criterios para seleccionar los más idóneos (Crego & Widiger en Martel, 2018; Tew, Harkins & Dixon en Craig, Dixon & Gannon, 2013).

En primer lugar, es necesario tener en cuenta los contextos en que se llevarán a cabo las evaluaciones y el uso que se les dará, porque pueden influir significativamente en los resultados. Por ejemplo, en el contexto carcelario, si el resultado de la evaluación se empleará para determinar la posibilidad de acceder a beneficios, programas o el medio libre, es razonable esperar conductas de simulación y/o alguna medida de deshonestidad en los relatos de las personas evaluadas; por ello, en ese contexto no se recomienda el uso de instrumentos basados en el auto reporte (a menos que cuenten con ítems específicamente dirigidos a identificar falsedad en las respuestas), reservándolos sólo para la evaluación de personas no institucionalizadas (Crego & Widiger en Martel, 2018; Salvador, Arce, Rodríguez & Seijo, 2017), como las que cumplen sus condenas en el medio libre.

Por último, los objetivos del proceso diagnóstico debieran ser tanto identificar a las personas con alta psicopatía, como establecer los riesgos asociados de reincidencia delictual y conductas violentas en el futuro (incluso distinguiendo violencia general, de género y sexual cuando existan antecedentes de tales conductas en el pasado), por su utilidad en la selección de quienes requieren tratamiento, en el diseño de sus planes de intervención y en la evaluación de sus progresos en terapia (Andrews & Dowden, 2006; Sapouna, Bisset, Conlong & Matthews, 2015; Wong, Gordon & Gu, 2007). Por tal motivo, además de exponer una selección de las herramientas que más comúnmente se emplean para el diagnóstico de psicopatía, en este ítem también se describen algunas herramientas complementarias que pueden contribuir a la valoración de dichos riesgos asociados.

IV.2.2. Instrumentos para realizar el diagnóstico de psicopatía en adolescentes

La **Escala de Psicopatía - Versión Juvenil** (*Psychopathy Checklist-Youth Version* o PCL-YV, por sus siglas en inglés): diseñada por Forth, Kosson & Hare (2003), es una escala de 20 ítems para la evaluación de rasgos psicopáticos en adolescentes (entre 12 y 18 años) de ambos sexos, marca registrada de la Editorial Multi-Health System Inc. Emplea el juicio clínico/profesional estructurado para puntuar 20 ítems que se agrupan en tres dimensiones (afectiva, interpersonal y conductual), con puntajes entre 0 y 2 cada pregunta (0=no aplica; 1=aplica en ciertas circunstancias y 2=aplica completamente al caso evaluado). Ello a partir de una entrevista semi-estructurada, más la revisión de información colateral relevante. Ofrece puntuaciones dimensionales para fines clínicos, pero también se puede utilizar para clasificar a los individuos en grupos con fines de investigación (Silva do Rosário, 2009; León & Zúñiga, 2012; McCuish, Corrado, Hart & DeLisi, 2015). Por último, no se encontraron reseñas sobre su validación en Chile por lo que no se puede informar sobre el modo de interpretar los puntajes.

El **Inventario de Rasgos Psicopáticos en Jóvenes** (*Youth Psychopathic Traits Inventory* o YPI, por sus siglas en inglés): diseñado por Andershed, Kerr, Stattin, & Levander (en Blaauw & Sheridan, 2002), es una escala tipo Likert de auto-informe para el diagnóstico categorial y dimensional de psicopatía en adolescentes (entre 12 y 18 años) de ambos sexos. Se compone de 50 ítems con cuatro alternativas de respuesta cada uno (de 1=*no aplica en absoluto a mi persona*, a 4=*aplica muy bien a mi persona*), que se agrupan en 10 factores (*encanto deshonesto, grandiosidad, tendencia a mentir, manipulación, insensibilidad, pobreza emocional, falta de remordimientos, impulsividad, búsqueda de emociones e irresponsabilidad*) (Ibíd., 2002; García, 2016; Silva do Rosário, 2009). Si bien es un instrumento de auto reporte, se le redactó de un modo que minimiza la probabilidad de seleccionar respuestas falsas o socialmente deseables, por lo que se lo puede emplear con población infractora institucionalizada y no institucionalizada (Andershed, Kerr, Stattin & Levander en Blaauw & Sheridan, 2002). Por último, no se encontraron reseñas sobre su validación en Chile por lo que no se puede informar sobre el modo de interpretar los puntajes.

IV.2.3. Instrumentos para realizar el diagnóstico de psicopatía en personas adultas

La **Escala de Psicopatía Revisada** (*Psychopathy Checklist-Revised* o PCL-R, por sus siglas en inglés): diseñada por Robert Hare (2003b), es un instrumento para el diagnóstico categorial y dimensional de psicopatía en hombres y mujeres de 18 y más años, marca registrada de la Editorial Multi-Health System Inc. y validada en Chile por León, Asún y Folino (2010). Emplea el juicio clínico/profesional estructurado³² a partir de una entrevista semi-estructurada más la revisión de información colateral relevante, para puntuar 18 ítems que se agrupan en cuatro dimensiones (*afectiva, interpersonal, de estilo de vida y antisocial*, más dos ítems independientes), con puntajes entre 0 y 2 cada pregunta (0=no aplica; 1=aplica en ciertas circunstancias y 2=aplica completamente al sujeto evaluado), más 2 ítems independientes (Hare & Newmann, 2008). Todos los factores que evalúa son estáticos, por lo que no sirve para evaluar cambios ocurridos a lo largo del tiempo (por ejemplo, antes y después de la

³² Las pruebas de juicio clínico/profesional estructurado proveen una lista de síntomas, rasgos o factores de riesgo estadísticamente relacionados con el constructo que se investiga, que el(la) profesional debe explorar para aproximarse al diagnóstico deseado, permitiéndole ponderar su peso relativo, o incluso adicionar otros antecedentes que considere relevantes para tal fin (Muñoz & López-Ossorio, 2016).

terapia; Edens & Truong en Barbosa, Paulino & Alho, 2022). Aun así, cuenta con un respaldo teórico y empírico tan sólido, que casi todas las fuentes revisadas la identifican como la medida actual predominante del constructo psicopatía (Andreu, Antón & Peña, 2018; Crego & Widiger en Martel, 2018; Koch & Montes, 2018; León, Cortés & Folino, 2014; Pozueco, Moreno, Blázquez & García, 2013; Rosenberg, 2019; Salvador, Arce, Rodríguez & Seijo, 2017; Smith, Gacono, Cunliffe & Kivisto en Barbosa, Paulino & Alho, 2022; Yesuron, 2015; etc.). Las puntuaciones elevadas en la dimensión *interpersonal* indican una tendencia a emplear el encanto superficial y el engaño para explotar a los demás; en la *afectiva*, que sus afectos son superficiales y no experimenta arrepentimiento, culpabilidad o empatía; en la dimensión *estilo de vida*, que son buscadores de sensaciones, impulsivos e irresponsables, que muestran escasa planificación y que es poco probable que consideren las consecuencias de sus acciones; y en la *antisocial*, que tiene una predisposición a romper las reglas, a la violencia, al consumo de drogas u otras conductas criminales. Por último, categorialmente, los puntajes de corte para la población chilena son: 0 a 14=*sin diagnóstico de psicopatía*; 15 a 24=*posible trastorno antisocial de la personalidad*; 25 a 30=*rasgos francos de psicopatía*; y 31 a 40=*diagnóstico de psicopatía*.

La **Escala de Psicopatía - Versión de Cribaje** (*Psychopathy Checklist-Screening Version* o PCL-SV, por sus siglas en inglés): diseñada por Hart, Cox & Hare (1995), es una versión reducida del PCL-R, creada para identificar casos sospechosos de psicopatía en hombres y mujeres de 18 y más años, marca registrada de la Editorial Multi-Health System Inc. y validada en Chile por León (2014). No fue diseñada para remplazar al test original, sino que pretende simplificar las evaluaciones iniciales, y seleccionar los casos que podrían requerir evaluaciones más exhaustivas para el diagnóstico de psicopatía, por ejemplo, empleando el PCL-R. Emplea el juicio clínico/profesional estructurado para puntuar 12 ítems que se agrupan en cuatro dimensiones (*interpersonal*, *afectivo*, *estilo de vida* y *antisocial*), a partir de una entrevista semi-estructurada, con puntajes entre 0 y 2 cada pregunta (0=*no aplica*; 1=*aplica en ciertas circunstancias* y 2=*aplica completamente al sujeto evaluado*). Las puntuaciones elevadas en cada dimensión sugieren las características ya descritas respecto del PCL-R; y categorialmente, los puntajes de corte para la población chilena son: 1 a 10 puntos=*no habría rasgos psicopáticos*; 11 a 18 puntos=*probables de rasgos psicopáticos*; y 18 a 24 puntos=*elevada probabilidad de rasgos psicopáticos*.

La **Escala Auto-Reporte de Psicopatía-4** (*Self-Report Psychopathy Scale-4* o SRP-4 por sus siglas en inglés): diseñada por Paulhus, Neumann & Hare (2017), es una escala tipo Likert de autoinforme para el diagnóstico categorial y dimensional de psicopatía en hombres y mujeres de 18 y más años. Se compone de 64 ítems con cinco alternativas de respuesta cada uno (de 1=*muy en desacuerdo*, a 5=*totalmente de acuerdo*) organizados en cuatro dimensiones (*interpersonal*, *afectiva*, *estilo de vida* y *antisocial*). Cuenta con una versión breve (*Self-Report Psychopathy Scale 4-Short Form* o SRP4-SF, por sus siglas en inglés) de solo 29 ítems (Garofalo, Neumann & Velotti, 2021; Sánchez, Caraveo, Rivera, Rosas & García, 2022). Por tratarse de un instrumento de auto reporte, su uso debiera reservarse para población infractora no institucionalizada, comprometida con el proceso de evaluación y motivada a participar del mismo. Por último, no se encontraron reseñas sobre su validación en Chile por lo que no se puede informar sobre el modo de interpretar los puntajes.

La escala de **Evaluación Integral de la Personalidad Psicopática** (*Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality* o CAPP, por sus siglas en inglés): diseñada por Cooke, Hart, Logan, & Michie (2004), es un instrumento para el diagnóstico categorial y dimensional de psicopatía en hombres y mujeres de 18 y más años. Emplea el juicio clínico/profesional estructurado a partir de una entrevista semi-estructurada más la revisión de información colateral relevante, para puntuar 33 ítems que se agrupan en seis dimensiones (*apego*, *comportamiento*, *cognición*, *dominio*, *emocionalidad* e *identidad del yo*), con escalas de 7 puntos para cada ítem. Proporciona una conceptualización dinámica de la psicopatía basada en la personalidad, con el potencial de medir el cambio en la gravedad de los síntomas a lo largo del tiempo, por ejemplo, como respuesta al tratamiento (Kreis, Cooke, Michie, Hoff & Logan, 2012). Por último, no se encontraron reseñas sobre su validación en Chile por lo que no se puede informar sobre el modo de interpretar los puntajes.

La **Escala de Psicopatía de Levenson** (*Levenson's Self-Report Psychopathy Scale* o LSRP por sus siglas en inglés): diseñada por [Levenson, Kiehl & Fitzpatrick \(1995\)](#), es una escala tipo Likert de auto-reporte, compuesta por 26 ítems con cuatro alternativas de respuesta cada uno (de 1=*muy en desacuerdo*, a 4=*totalmente de acuerdo*), con la que se evalúan actitudes y creencias psicopáticas en población adulta general (no institucionalizada) de ambos sexos. Según los autores, los ítems se agrupan en 2 dimensiones o factores: el factor 1, que da cuenta de los rasgos propios de la *psicopatía primaria* (componente afectivo-cognitivo), y el factor 2, que da cuenta de los rasgos propios de la *psicopatía secundaria* (componente conductual o antisocial). Sin embargo, también habría estudios que defienden la adecuación de la escala a un modelo de tres factores: el factor 1 de *características interpersonales*, el factor 2 de *características impulsivas* y el factor 3 de *características afectivas* ([Andreu, Antón & Peña, 2018](#); [Garofalo, Noteborn, Sellbom & Bogaerts, 2019](#)). Por tratarse de un instrumento de auto reporte, su uso debiera reservarse para población infractora no institucionalizada, comprometida con el proceso de evaluación y motivada a participar del mismo. Por último, no se encontraron reseñas sobre su validación en Chile por lo que no se puede informar sobre el modo de interpretar los puntajes.

El **Inventario de Personalidad Psicopática Revisado** (*Psychopathic Personality inventory-Revised* o PPI-R por sus siglas en inglés): diseñada originalmente por [Lilienfeld y Andrews \(1996\)](#), de la que posteriormente se publicó una versión revisada por [Lilienfeld, Widows & Staff \(2005\)](#). Es una escala de auto-reporte tipo Likert con la que se mide dimensionalmente la psicopatía. Evalúa una gran cantidad de dominios de la personalidad relevantes para el diagnóstico, mediante 154 ítems con cuatro alternativas de respuesta cada uno (de 1=*muy en desacuerdo*, a 4=*totalmente de acuerdo*), que se organizan en torno a ocho dimensiones (*egocentrismo maquiavélico, capacidad social, insensibilidad al miedo, frialdad emocional, inconformismo compulsivo, atribución externa de la culpa, ausencia de metas e inmunidad al estrés*). Además, cuenta con ítems específicamente dirigidos a detectar falsedad en las respuestas, por lo que se lo puede emplear con población infractora institucionalizada y no institucionalizada ([Silva do Rosário, 2009](#)). Por último, no se encontraron reseñas sobre su validación en Chile por lo que no se puede informar sobre el modo de interpretar los puntajes.

IV.2.4. Instrumentos complementarios para la valoración de riesgo en población adulta

Para la valoración del riesgo de reincidencia general y los factores comunes de riesgo criminógeno:

El **Inventario para la Gestión de Caso e Intervención** (IGI), es la versión traducida del *Level of Service/Case Management Inventory* (o LS/CMI, por sus siglas en inglés) diseñado por Andrews, Bonta & Wormith en el año 2004, validado en Chile por el [Ministerio de Justicia y Derechos Humanos \(2014\)](#) y marca registrada de la Editorial Multi-Health System Inc. Es un instrumento actuarial³³ que emplea el juicio clínico/profesional estructurado (a partir de entrevistas semiestructuradas y la revisión de información colateral relevante) para la valoración de 43 variables agrupadas en 8 factores de riesgo dinámicos (sección 1 del instrumento) que podrían requerir intervención especializada a fin de disminuir las probabilidades de cometer nuevos delitos. Se puede emplear en hombres y mujeres infractores que tengan 16 años o más. Con el puntaje total de la sección 1, además, se puede estimar el nivel de riesgo de reincidencia (siendo *muy alto* de 30 a 40 puntos; *alto* de 20 a 29 puntos; *medio* de 11 a 19 puntos; *bajo* de 5 a 10 puntos; y *muy bajo* cuando es igual o menor a 4 puntos), lo que permite establecer la frecuencia e intensidad de las intervenciones que será necesario implementar en cada caso. Por último, en las secciones 2 a 5 también identifica variables de responsividad y otras que serán relevantes para el diseño y ejecución de los planes de intervención ([Andrews, Bonta & Wormith, 2014](#)).

³³ Las pruebas actuariales también proveen una lista de síntomas, rasgos o factores de riesgo estadísticamente relacionados con el constructo que se investiga, que el(la) profesional debe valorar en cada caso, asignándole un puntaje determinado por la concurrencia o no de circunstancias definidas en un Manual, y cuyo peso relativo también ha sido predefinido. El diagnóstico final se obtiene de un algoritmo que calcula la medida en que está presente el constructo que se investiga ([Muñoz, & López-Ossorio, 2016](#)).

Para la valoración del riesgo de violencia general:

La **Guía para la Gestión de Riesgo Histórico y Clínico de Violencia** (*Historical, Clinical and Risk Management-20* o HCR-20, por sus siglas en inglés): diseñada por Webster, Eaves, Douglas & Wintrup (1995), es una guía para valorar el riesgo de comportamientos violentos en poblaciones penitenciarias y psiquiátricas. Emplea el juicio clínico/profesional estructurado para valorar 20 factores de riesgo, agrupados en tres escalas: histórica, que evalúa la historia de problemas con violencia, otras conductas antisociales, relaciones interpersonales, trabajo, consumo de drogas, trastornos mentales y de personalidad y otros factores de riesgo históricos; clínica, que valora los problemas recientes; y de gestión del riesgo, que analiza posibles problemas futuros con servicios y planes profesionales, respuesta al tratamiento, afrontamiento del estrés y otros factores de gestión del riesgo (Douglas, Hart, Webster, Belfrage, Guy & Wilson, 2014). El nivel de riesgo final se establece considerando tanto los puntajes totales obtenidos en la valoración de riesgo, como la presencia de factores de riesgo de violencia críticos y el juicio clínico estructurado del profesional que realiza la evaluación.

Para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja:

La **Guía de Evaluación del Riesgo de Agresión Conyugal** (*Spouse Assault Risk Assessment* o SARA, por sus siglas en inglés): diseñada por Kropp, Hart, Webster & Eaves (1994), es una guía diseñada para informar acerca de la probabilidad de que un agresor(a) reitere conductas violentas hacia su pareja, e identificar las principales necesidades criminógenas asociadas a ellas (Andrés-Pueyo, López & Álvarez, 2008; Loinaz, 2017). Emplea el juicio clínico/profesional estructurado para valorar 20 factores de riesgo, agrupados en 5 secciones, cuyos puntajes se codifican en un formato especial. Su empleo requiere un(a) profesional con experiencia en evaluación psicológica y en el campo de la violencia de pareja (Andrés-Pueyo & Echeburúa, 2010). El nivel de riesgo final se establece considerando tanto los puntajes totales obtenidos en la valoración de riesgo, como la presencia de factores de riesgo de violencia críticos y el juicio clínico estructurado del profesional que realiza la evaluación.

Para la valoración del riesgo de violencia sexual:

El **Protocolo para la Valoración del Riesgo de Violencia Sexual** (*Risk for Sexual Violence Protocol* o RSVP, por sus siglas en inglés): diseñado por Hart, Kropp, Laws, Klaver, Logan & Watt, (2003) es una herramienta no actuarial que permite al operador(a) estructurar la valoración de riesgo de violencia sexual en contextos clínicos y forenses, en términos de inminencia, gravedad y frecuencia de las agresiones de este tipo que un sujeto pueda cometer, así como los pasos que deberían seguirse para minimizarlos. Como herramienta de trabajo, es tanto un test psicológico útil para la valoración de riesgo, como un conjunto de pautas que guían las decisiones del operador(a) durante el diseño del plan de intervención y valoración de los cambios producidos en los factores de riesgo dinámicos producto de una intervención (Hart & Boer en Otto & Douglas, 2010; Jones, Milton & Savoie, 2016).

El instrumento de evaluación del **Riesgo de Violencia Sexual-20** (*Sexual Violence Risk-20* o SVR-20, por sus siglas en inglés): diseñado por Boer, Hart, Kropp & Webster (2007), es un protocolo no actuarial para la evaluación del riesgo de reincidencia y características de la violencia sexual en ofensores sexuales adultos, a partir del juicio profesional estructurado sobre 20 factores de riesgo estáticos y dinámicos agrupados en 3 secciones (Redondo, Pérez & Martínez, 2007; Loinaz, 2017). Su empleo requiere un(a) profesional con experiencia en evaluación psicológica y en el campo de la violencia sexual. La valoración de riesgo que se extrae de este instrumento contempla tanto el puntaje obtenido para cada factor de riesgo como el juicio clínico estructurado del profesional que realiza la evaluación, para quien el puntaje es sólo una referencia. Sin embargo, sólo considerando los puntajes, el riesgo debiera considerarse *alto* cuando los obtenidos de la suma de factores son iguales o mayores a 11 puntos; y riesgo *moderado* o *bajo* cuando son menores a 11 puntos, distinguiéndolos de manera más precisa el juicio clínico/profesional estructurado.

El instrumento de **Evaluación y Calificación de las Necesidades Criminógenas de los Delincuentes Sexuales** (*Sex Offender Need Assessment Rating* o SONAR, por sus siglas en inglés): diseñado por [Hanson & Harris \(2001\)](#), es una herramienta actuarial basada en la Teoría del aprendizaje social, diseñada para valorar factores de riesgo dinámicos empíricamente relacionados con la reincidencia en delitos sexuales (4 de ellos, factores de riesgo agudos), con lo que permite determinar el nivel de riesgo de reincidencia para estos delitos específicos, y los cambios observados en dichos factores a lo largo del tiempo, por ejemplo, durante y después de participar en programas de intervención especializada ([Hanson & Morton-Bourgon, 2004](#); [Harris, 2006](#)). La valoración de riesgo que se extrae de este instrumento contempla tanto el puntaje obtenido para cada factor de riesgo como el juicio clínico estructurado del profesional que realiza la evaluación. Sólo considerando los puntajes, el riesgo es *alto* cuando la suma de los registrados por factor va de 10 a 14 puntos; *moderadamente alto* cuando es de 8 o 9 puntos; *moderado* cuando es de 6 o 7; *moderadamente bajo* cuando es de 4 o 5; y *bajo* cuando es igual o menor a 3.

Para la valoración del riesgo asociado al consumo problemático de alcohol y/o drogas:

El **Instrumento de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Sustancias** (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening* o ASSIST, por sus siglas en inglés): diseñado por la Organización Mundial de la Salud ([OMS, 2011](#)) y validado en Chile por [Soto, Portilla, Huepe, Rivera, Escobar et al. \(2014\)](#), es un cuestionario compuesto de 8 preguntas para la detección y valoración de los principales riesgos asociados al consumo de diversas sustancias psicotrópicas en personas adultas de ambos sexos, así como el tipo de intervención que requerirían quienes declaran consumirlas. El riesgo por el consumo de cada sustancia es valorado independientemente, pudiendo obtener puntajes totales para cada una de ellas entre 0 y 33 puntos. El puntaje de corte validado en Chile para la detección del riesgo *alto* con cualquiera de ellas es de 21 puntos ([Ibíd., 2014](#)).

V. EVIDENCIA RESPECTO DE INTERVENCIÓN A POBLACIÓN PENAL CON DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA EN LOS SISTEMAS ABIERTO, CERRADO Y POSTPENITENCIARIO

V.1. EVIDENCIA COMPARADA SOBRE INTERVENCIÓN A PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA EN LOS SISTEMAS ABIERTO Y POSTPENITENCIARIO

No se encontraron publicaciones que informaran sobre programas de intervención específicamente dirigidos a población penal adulta con diagnóstico de psicopatía que estuviera cumpliendo condena en el medio libre, sea en Libertad Vigilada (*probation*) o Libertad Condicional (*parole*). Tampoco se encontraron respecto de adolescentes con elevados rasgos psicopáticos que han cometido delitos, aunque sí las hay respecto de población penal menor de edad que ha cometido delitos, sobre las que no se profundiza por no tratarse de intervenciones diseñadas para abordar psicopatía.

V.2. EVIDENCIA COMPARADA SOBRE INTERVENCIÓN A PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE PSICOPATÍA EN EL SISTEMA CERRADO

V.2.1. Programas que se han ejecutado con algún éxito en población penal adolescente

Programa de descompresión:

Con un enfoque combinado de aprendizaje social, teoría de sistemas y técnicas conductistas, fue desarrollado respetando los principios del Modelo RNR e implementado por el personal del Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota, que es un hospital que funciona como un centro correccional para los delincuentes juveniles más difíciles del Estado de Wisconsin, en los Estados Unidos. Emplea atención terapéutica intensiva individual, varias horas al día, más servicios educativos, asesoramiento grupal e individual, intervenciones psicofarmacológicas y terapia familiar, todo durante un mínimo de seis meses. Sin embargo, su sello distintivo es el uso de reforzadores

positivos frente a cualquier signo de comportamiento positivo, por pequeño que sea, dentro y fuera de las actividades terapéuticas. Además, se les dice a los jóvenes que sus recompensas pueden escalar (por ejemplo, de un *snack* a un chocolate, y de éste a permisos para acceder a videojuegos); y, en la medida que persistan con el buen comportamiento, mayores serán los premios, con lo que se busca que las y los jóvenes adquieran habilidades sociales y aprendan los beneficios de colaborar con su comunidad (Anderson & Kiehl, 2014; Lampert, 2020; Polaschek en DeLisi, 2019; Yale University, s/f). En las evaluaciones realizadas, este modelo de intervención parece reducir las tasas de reincidencia delictiva general y violenta, así como la intensidad de los rasgos insensibilidad, afecto superficial e impulsividad entre sus beneficiarios(as) (Polaschek en DeLisi, 2019; Ribeiro da Silva, de Carvalho & Garofalo, 2024).

Terapia de esquemas:

Desarrollado por Young, Klosko & Weishaar (2003), e implementado en los hospitales forenses de los Países Bajos, es multimodal y combina elementos de diversas escuelas de psicología (Cognitivo-Conductual, del Apego, Gestalt, Constructivista y Psicoanalítica) para obtener un modelo conceptual y terapéutico integral de la psicopatía, que incluyen terapia individual semanal, tratamiento farmacológico, programas educativos, vocacionales y laborales, terapias artísticas, enfoques de prevención de recaídas para conductas agresivas y adicciones, etc. Se enfoca en modificar patrones emocionales y cognitivos desadaptativos crónicos, llamados *esquemas desadaptativos tempranos* (EDT), que pudieron originarse en experiencias infantiles adversas y el desarrollo precoz de rasgos psicopáticos. Los EDT son esquemas cognitivos sobre uno mismo y los demás que afectan negativamente el procesamiento emocional, las relaciones interpersonales y el comportamiento, y que se manifiestan mediante (1) estafa y manipulación, (2) auto engrandecimiento y devaluación de los demás, (3) acoso e intimidación, (4) paranoia y exceso de control, y/o (5) agresión fría y calculada (depredación). El objetivo de la terapia de esquemas es reemplazar esas respuestas desadaptativas (y sus manifestaciones emocionales) por otras adaptativas. También busca romper el desapego emocional de sus beneficiarios(as) para acceder a su lado vulnerable y sanar las heridas causadas por experiencias traumáticas en la infancia. Por último, la duración del tratamiento varía entre 1 a 4 años, dependiendo del nivel de riesgo del paciente, la gravedad de sus problemas y las dificultades que presenta en el proceso. En las evaluaciones realizadas, este modelo de intervención parece reducir el riesgo futuro de violencia, aunque la evidencia no es muy robusta aún (Chakssi, De Ruiter & Bernstein, 2014; De Lasala, 2013; Lewis, 2018; Munguía, Torres, Pérez & Ostrosky, 2023).

V.2.2. Programas que se han ejecutado con algún éxito en población penal adulta

Modelo de dos componentes:

Desarrollado por Wong & Olver (2015), es un modelo para el diseño y ejecución de programas que propone abordar de manera paralela la gestión de los problemas conductuales y de adherencia al tratamiento que suelen presentar las personas con alta psicopatía (Componente 1 o *interpersonal*), y la intervención especializada de los factores de riesgo criminógenos que requieren ser modificados para reducir el riesgo de reincidencia delictual (Componente 2 o *criminógeno*).

Para lograrlo, el Componente 1 se ejecuta empleando diversas técnicas motivacionales basadas en el Modelo Transteórico del Cambio³⁴, más estrategias de negociación y control de la contratransferencia, a todo lo largo de

³⁴ Desarrollado por Prochaska & Di Clemente (1982) para el diagnóstico e intervención de diversas conductas desadaptativas, falta de hábitos (académicos, laborales, de autocuidado, etc.), problemas de salud mental o adicciones, integrando diversas estrategias motivacionales para asignar al sujeto un rol activo, como el principal gestor de su mejoría. El objetivo de la intervención motivacional es, como su nombre indica, aumentar la motivación intrínseca, de modo que el cambio surja desde dentro más que impuesto desde fuera, creando un clima que facilite el que sea el propio individuo quien presente las razones para cambiar, y no el terapeuta (Prochaska & Di Clemente, 1982; Prochaska, Norcross & Di Clemente, 1994)

la intervención sobre los factores de riesgo criminógeno – Componente 2 – que, por su parte, se ejecuta respetando los principios del Modelo RNR (De Lasala, 2013; Olver, 2016; Olver en Barbosa, Paulino & Alho, 2018).

El modelo de 2 Componentes ha sido integrado en dos programas basados en el Modelo RNR y terapia Cognitivo-Conductual que se ejecutan en el Centro Psiquiátrico Regional de Saskatchewan, Canadá: el Programa de Control de Conducta Agresiva (*Aggressive Behavioural Control* o ABC) y el Programa Clearwater para delincuentes sexuales, ambos implementados en contexto de encierro por equipos multidisciplinarios de profesionales que colaboran en su ejecución: psicólogos(as), psiquiatras, enfermeros(as), trabajadores(as) sociales y terapeutas ocupacionales (Olver, Stockdale & Riemer, 2023; Sewall & Olver, 2019). Las evaluaciones de los resultados obtenidos en personas con alta psicopatía egresadas de ambos programas indicarían una reducción en la gravedad de los delitos cometidos, más no así en sus tasas de reincidencia. Además, se demostró que los resultados mejoraban a medida que aumentaba el tiempo de permanencia en tratamiento, por lo que la adición del Componente 1 de este modelo a los programas existentes adquiere aún más importancia (De Lasala, 2013; Ribeiro da Silva, de Carvalho & Garofalo, 2024; Wong, Gordon, Gu, Lewis & Olver, 2012).

VI. COMENTARIOS GENERALES ACERCA DE LA EVIDENCIA PRESENTADA

De la evidencia presentada se pueden extraer cuatro conclusiones. La primera es que, si bien la comunidad científica no está completamente de acuerdo respecto de todos los elementos que definen y caracterizan a la psicopatía, sí lo está respecto de los que son esenciales para el diagnóstico, a saber:

- a. que se trata de un trastorno de la personalidad y no una enfermedad mental;
- b. que es multidimensional, por lo que puede adoptar más de una forma de presentación;
- c. que, a pesar de lo anterior, todas las formas de presentación comparten ciertos rasgos en el plano afectivo (la *insensibilidad/falta de empatía*, el *afecto superficial/desapego emocional*, la *falta de vergüenza*, *culpa* y *remordimiento* y la *externalización de la responsabilidad por sus propios errores*), interpersonal (la *conducta manipuladora*, la *mentira patológica* y el *egocentrismo*) y conductual (la *conducta disruptiva* – que puede incluir *delitos e incivildades* – y la *violencia instrumental*);
- d. que la mayoría de estos rasgos son evidentes desde la infancia; y
- e. que empeora con el tiempo.

La segunda conclusión es que, aunque existen algunos programas de intervención con sólidas bases teóricas, diseñados para reducir la reincidencia delictual en población penal adulta con alta psicopatía, ninguno ha podido demostrar ser efectivo en su propósito, observándose más bien una reducción de los daños que acarrear las conductas delictivas post intervención (esto es, menor gravedad y violencia en los delitos), que en la reincidencia propiamente tal. Distinta es la situación de algunos programas dirigidos a población penal adolescente, que no solo han logrado reducir sus tasas de reincidencia delictiva general y violenta sino, además, la intensidad de los rasgos más distintivos de la psicopatía.

La tercera conclusión es que, a pesar de los magros resultados obtenidos de la intervención a población penal adulta con alta psicopatía, gracias a esas iniciativas se ha acumulado una gran cantidad de experiencia e información útil, tanto para el trabajo cotidiano con estas personas por parte de profesionales penitenciarios, como para el diseño futuro de programas específicamente dirigidos a ellas.

Por último, se concluye que el desarrollo de las intervenciones dirigidas a reducir la reincidencia delictual y conductas de riesgo en población penal con alta psicopatía aún tiene mucho que mejorar; y aunque cuenta con algunas iniciativas prometedoras – sobre todo, las dirigidas a población penal adolescente –, ninguna ofrece garantías de éxito en caso de ser adaptadas al contexto nacional.

Referencias bibliográficas

- Ágreda, L. (2020). *Psicopatía infanto-juvenil y delincuencia*. Trabajo de fin de Grado. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/46662>
- Alba, J. & Garrido, V. (2012). La psicopatía: estudio de casos. *Criminología y Justicia* 3: 18-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4045971>
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª Edición. Traducción y revisión científica efectuada por el CIBERSAM. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, N. & Kiehl, K. (2014). Psychopathy: Developmental perspectives and their implications for treatment. *Restorative Neurology and Neuroscience* 32 (1): 103-117. DOI: 10.3233/RNN-139001
- Andrade, N. (2003). Diagnóstico categorial versus dimensional. *Clínica y Salud* 14 (2): 333-359. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/86405.pdf>
- Andrés-Pueyo, A. & Echeburúa, E. (2010) Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema* 22 (3):403-409. <http://www.psicothema.com/pdf/3744.pdf>
- Andrés-Pueyo, A.; López, S. & Álvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo* 29 (1): 107-122. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1543.pdf>
- Andreu, JM.; Antón, A. & Peña, ME. (2018). Análisis psicométrico de la Escala de Psicopatía de Levenson. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 18 (1): 134-151. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7165690>
- Andrews, D. & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law* 16 (1): 39-55. http://www.antonioacasella.eu/nume/Andrews_Bonta_Criminal_Justice_Policy_2010.pdf
- Andrews, D. & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment. A meta-analytic investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 50 (1). 88-100. DOI: 10.1177/0306624X05282556
- Andrews, D.; Bonta, J. & Hoge, R. (1990). Classification for Effective Rehabilitation: Rediscovering Psychology. *Criminal Justice and Behavior* 17 (1):19-52. https://www.researchgate.net/publication/232552538_Classification_for_Effective_Rehabilitation_Rediscovering_Psychology
- Andrews, D.; Bonta, J. & Wormith, J. (2014). *Inventario para la Gestión de Caso/Intervención (IGI), Manual de Puntuación*. Traducción y adaptación realizada por la División de Reinserción Social del Ministerio de Justicia, con autorización de Multi-Health Systems Inc. en septiembre 2012. Documento interno, disponible a través de estudios@gendarmeria.cl
- Arce, E. & Santisteban, C. (2006). Impulsivity: a review. *Psicothema*, 18 (2): 213-220. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8495>
- Barbosa, P.; Paulino, M. & Alho, L. (2022). *Psychopathy and criminal behavior current trends and challenges*. London: Academic Press.
- Becerra, D. (2022). Reconceptualizar los trastornos de personalidad. *Culturas Científicas* 3 (2):36-65. DOI: <https://doi.org/10.35588/cc.v3i2.5831>
- Beryl, R.; Chow, S. & Völlm, B. (2014). A systematic review of psychopathy in women within secure settings. *Personality and Individual Differences* 71: 185-195. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.07.033>
- Blaauw, E. & Sheridan, L. (Eds.) (2002). *Psychopaths: Current International Perspectives*. The Hague: Elsevier.
- Boer, D.; Hart, S.; Kropp, P. & Webster, C. (2007). *Manual for Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver: Simon Fraser University.
- Bonta, J. & Andrews, D. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation 2007-06*. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/rsk-nd-rspnsvty-eng.pdf>
- Bracco, L.; Valdez, R.; Nieri, A. & Tesania, W. (2018). Estrategias para enfrentar el Síndrome de Agotamiento Profesional: Aportes desde la institución y los trabajadores penitenciarios peruanos. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad* 17 (3). DOI: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol17-Issue3-fulltext-1381>
- Burghart, M. & Mier, D. (2022). No feelings for me, no feelings for you: A meta-analysis on alexithymia and empathy in psychopathy. *Personality and Individual Differences* 194 (4): 111658. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111658>
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Caldwell, M. & Van Rybroek, G. (2013). Effective treatment programs for violent adolescents: Programmatic challenges and promising features. *Aggression and Violent Behavior* 18: 571-578. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2013.06.004>

- Cale, E. & Lilienfeld, S. (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder. A review and integration. *Clinical Psychology Review* 22 (8): 1179-1207. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00125-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00125-8)
- Centre for Population Health Sciences [CPHS] (2011). 'Promising' therapies: neuroscience, clinical practice, and the treatment of psychopathy. *Sociology of Health & Illness* 33 (3): 448-464. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01286.x>
- Chakssi, F.; De Ruiter, C. & Bernstein, D. (2014, noviembre). Psychotherapy for individuals with psychopathy/antisocial personality disorder: A new frontier. [Web Article]. *Society for the Advancement of Psychotherapy*. <https://societyforpsychotherapy.org/psychotherapy-for-individuals-with-psychopathy-antisocial-personality-disorder/>
- Chico, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema* 12 (2): 229-235. <https://www.psicothema.com/pdf/282.pdf>
- Clark, A.; Bontemps, A.; Batky, B.; Watts, E. & Salekin, R. (2019). Psychopathy and neurodynamic brain functioning: A review of EEG research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 103: 352-373. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.05.025>
- Clark, M. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy: an evidence-based intervention for offenders. *Corrections Today* 73 (1):62-64. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/239776.pdf>
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity*. 5ª Edición. St. Louis: Mosby.
- Cooke, D. & Logan, C. (2015). Capturing clinical complexity: Towards a personality-oriented measure of psychopathy. *Journal of Criminal Justice* 43 (4): 262-273. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2015.04.004>
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment* 13 (2): 171-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.171>
- Craig, L.; Dixon, L. & Gannon, T. (Eds.) (2013). *What works in offender rehabilitation*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell.
- Cueva, C. (2022). *Psicopatía, género y delincuencia: Una revisión sistemática*. Trabajo para optar a Grado en Criminología, Facultad de Derecho, Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea. <https://addi.ehu.es/handle/10810/58234>
- Cullen, F. & Gendreau, P. (2000). Assessing correctional rehabilitation: policy, practice, and prospects. *Criminal Justice* (3):109-175. http://www.ncjrs.gov/criminal_justice2000/vol_3/03d.pdf
- David, D.; Lynn, S. & Montgomery, G. (Eds.) (2018). *Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice*. Second Edition. Hoboken, NJ, USA: Wiley.
- De Brito, S.; Forth, A.; Baskin-Sommers, A.; Brazil, I.; Kimonis, E.; Pardini, D.; Frick, P.; Blair, R. & Viding, E. (2021) Psychopathy. *Nature Reviews Disease Primers* 7 (1): 49. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00282-1>
- De Lasala, F. (2013). *El tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas*. Colección Premios Victoria Kent. España: Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/El_tratamiento_penitenciario_de_los_delincuentes_psicopatas_126140599.pdf
- De Santisteban, P. (2016). Psicopatía delincuencial y capacidad de intervención. A propósito de un caso. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 6 (1): 38-55. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Psicopatia_delincuencial_y_capacidad_de_intervencion.pdf
- DeLisi, M. (Ed.) (2019). *Routledge International Handbook of Psychopathy and Crime*. New York: Routledge
- Díaz, K.; Lozano, A.; González, J. & Ostrosky, F. (2023). La empatía en los psicópatas. *EduPsykhé* 20 (1): 44-64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8720581>
- Dörr, O. (2008). Los trastornos de personalidad desde una perspectiva fenomenológica. *Actas Españolas de Psiquiatría* 36 (1):10-19. https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/128403/Dorr_%20Zegers_O.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dorta, E. (2021). *Validación del cuestionario Short Dark Triad (SD3) en la población española*. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca. <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/145800/Dorta%20Lorenzo%2C%20Esther.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Douglas, K.; Hart, S.; Webster, C.; Belfrage, H.; Guy, L. & Wilson, C. (2014). Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and overview. *The International Journal of Forensic Mental Health* 13 (2): 93-108. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906519>

- Efferson, L. & Glenn, A. (2018). Examining gender differences in the correlates of psychopathy: A systematic review of emotional, cognitive, and morality-related constructs. *Aggression and Violent Behavior* 41: 48-61. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.05.009>
- Escofet, C.; Fernández, MA.; Torrents, C.; Martín, F.; Ros, G. & Machado, I. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría* 1: 85-92. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09.pdf>
- Falkenbach, D.; Reinhard, E. & Larson, F. (2017). Theory based gender differences in psychopathy subtypes. *Personality and Individual Differences* 105: 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.023>
- Forth, A.; Kosson, D. & Hare, R. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist: Youth Version*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Frick, P. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. New York: Springer.
- Frick, P. & White, S. (2008). Research Review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49 (4): 359-375. DOI:10.1111/j.1469-7610.2007.01862.x
- Frick, P.; Barry, C. & Kamphaus, R. (2010). *Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior*. Third Edition. New York: Springer.
- Frick, P.; Ray, J.; Thornton, L. & Kahn, R. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin* 140 (1): 1-57. DOI: 10.1037/a0033076
- Fuentes, E.; Vilorio, C. & Moreno, D. (2023). Psicopatía, diagnóstico y tratamiento. *Revista MedEs* 3 (2). <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/191>
- Gamba, F.; Graziola, M.; Marino, J.; Urgorri, M. & Castellaro, M. (2020). Los trastornos de la personalidad desde una perspectiva dimensional. *Revista Persona* 23 (1): 11-20. DOI: 10.26439/persona2020.n023(1).4830
- García, S. (2016). El comportamiento antisocial sin relevancia clínica: propiedades psicométricas del Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) en un estudio piloto. *International e-Journal of Criminal Science* 10: artículo 1. <https://ojs.ehu.eus/index.php/inecs/article/view/16995>
- Garofalo, C.; Neumann, C. & Velotti, P. (2021). Psychopathy and aggression: The role of emotion dysregulation. *Journal of Interpersonal Violence* 36 (23-24): NP12640-NP12664. DOI: 10.1177/0886260519900946
- Garofalo, C.; Noteborn, M.; Sellbom, M. & Bogaerts, S. (2019). Factor structure and construct validity of the Levenson Self-Report PsychopathyScale (LSRP): A replication and extension in dutch nonclinical participants. *Journal of Personality Assessment* 101 (5): 481-492. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1519830>
- Garrido, V. (2002). El tratamiento del psicópata. *Psicothema* 14 (Supl): 181-189. <https://www.psicothema.com/pdf/3489.pdf>
- Garrido, V. (2009). El delincuente psicópata. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* 12 (32-33). <http://reme.uji.es/articulos/numero32/article4/texto.html>
- Garrido, V. & López, MJ. (2012). La psicopatía como paradigma actual de estudio en la criminología. *Criminología y Justicia* 3: 4-17. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4045959>
- Garrido, V.; Morales, L. & Sánchez-Meca, J. (2006). What works for serious juvenile offenders? A systematic review. *Revista Psicothema* 18 (3): 611-619. <http://www.psicothema.com/pdf/3261.pdf>
- Gillespie, S.; Jones, A. & Garofalo, C. (2023). Psychopathy and dangerousness: An umbrella review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 100: 102240. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102240>
- Glannon, W. (2014). Intervening in the psychopath's brain. *Theoretical Medicine and Bioethics* 35 (1): 43-57. DOI 10.1007/s11017-013-9275-z
- Grant, B. (2008). *Effective correctional programmes*. Resource material series N°74, United Nations Asia and Far East Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (UNAFEI). https://www.unafei.or.jp/publications/pdf/RS_No74/No74_09VE_Grant.pdf
- Gray, N.; Blumenthal, S.; Shuker, R.; Wood, H.; Fonagy, P. & Snowden, R. (2019). The triarchic model of psychopathy and antisocial behavior: Results from an offender population with personality disorder. *Journal of Interpersonal Violence* 3 (17-18): 1-23. <https://doi.org/10.1177/0886260519853404>
- Griffiths, S. & Jalava, J. (2017). A comprehensive neuroimaging review of PCL-R defined psychopathy. *Aggression and Violent Behavior* 36: 60-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2017.07.002>
- Griffiths, S.; Jalava, J.; Rosenberg Larsen, R. & Alcott, BE. (2022). Genetic correlates of PCL-R psychopathy: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 66: 101765. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101765>

- Guay, J.P.; Knight, R.; Ruscio, J. & Hare, R. (2018). A taxometric investigation of psychopathy in women. *Psychiatry Research* 261: 565-573. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.015>
- Halty, L. & Prieto-Urzúa, M. (2015). Psicopatía infanto-juvenil. Evaluación y tratamiento. *Papeles del Psicólogo* 36 (2): 117-124. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2567.pdf>
- Hanson, K. & Harris, A. (2000). *The Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR): A method for measuring change in risk levels*. Corrections Research, Department of the Solicitor General of Canada. [https://www.semanticscholar.org/paper/The-Sex-Offender-Need-Assessment-Rating-\(-SONAR-\)-%3A-Hanson-Harris/540bad97ac7c67226e7d9b018ffe4d36d26b7cbc](https://www.semanticscholar.org/paper/The-Sex-Offender-Need-Assessment-Rating-(-SONAR-)-%3A-Hanson-Harris/540bad97ac7c67226e7d9b018ffe4d36d26b7cbc)
- Hanson, R. & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis*. Public Works and Government Services Canada. ISBN: 0-662-68051-0. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrsc/pblctns/2004-02-prdctrs-sxl-rcdvsm-pdtd/index-en.aspx>
- Hare, R. & Neumann, C. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology* 4 (1): 217-46. DOI:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452
- Hare, R. (2003a) [1993]. *Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*. (Rafael Santandreu, Trad.). Madrid: Paidós.
- Hare, R. (2003b). *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. Second Edition. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harris, A. (2006) Risk assessment and sex offender community supervision: A context-specific framework. *Federal Probation* 70 (2): 36-43. https://www.researchgate.net/publication/267748570_Risk_Assessment_and_sex_offender_community_supervision_A_context-specific_framework
- Hart, S.; Cox, D. & Hare, R. (1995). *Manual for the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hart, S.; Kropp, P.; Laws, D.; Klaver, J.; Logan, C. & Watt, K. (2003). *The risk for sexual violence protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Burnaby: Simon Fraser University.
- Hernández, L.; del Palacio, A.; Freyre, M. & Alcázar, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología* 28 (2): 111-120. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243029631001>
- Hofmann, M.; Schneider, S. & Mokros, A. (2021). Fearless but anxious? A systematic review on the utility of fear and anxiety levels to classify subtypes of psychopathy. *Behavioral Sciences & the Law* 39 (5): 512-540. <https://doi.org/10.1002/bsl.2544>
- Hu, S.; Wang, J.; Liu, L.; Wu, H.; Yang, X; Wang, Y. & Wang L. (2015). The association between work-related characteristic and job burnout among Chinese correctional officers: a cross-sectional survey (abstract). *Public Health* 129 (9): 1172-1178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26084818>
- Jones, L.; Milton, E. & Savoie, V. (2016). *Risk of Sexual Violence Protocol (RSVP): A real world study of the reliability, validity and utility of a structured professional judgement instrument in the assessment and management of sexual offenders in South East Scotland*. Risk Management Authority and NHS Scotland Forensic Network. https://www.rma.scot/wpcontent/uploads/2018/04/Risk_for_Sexual_Violence_Protocol_-_RSVP.pdf
- Kahn, R.; Byrd, A. & Pardini, D. (2013). Callous-unemotional traits robustly predict future criminal offending in young men. *Law and Human Behavior* 37 (2): 87-97. DOI: 10.1037/b0000003
- Karpman, B. (1941). On the need for separating psychopathy into two distinct clinical types: Symptomatic and idiopathic. *Journal of Criminology and Psychopathology* (3):112-137. <https://psycnet.apa.org/record/1942-00202-001>
- Khalifa, NR.; Gibbon, S.; Völm, BA.; Cheung, NH-Y. & McCarthy, L. (2020). Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 9. Art. No.: CD007667.DOI: 10.1002/14651858.CD007667.pub3.
- Kiehl, K. & Hoffman, M. (2011). The criminal psychopath: history, neuroscience, treatment, and economics. *Jurimetrics* 51: 355-397. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4059069/pdf/nihms580794.pdf>
- Koch, M. & Montes, M. (2018). Psicopatía: Una revisión acerca de su definición y evolución conceptual en la historia de la psiquiatría. *Revista de Psiquiatría Clínica* 56 (1-2): 45-60. <https://boletinijdh.uchile.cl/index.php/RPSC/article/download/65043/68369/234549>
- Kreis, M.; Cooke, D.; Michie, C.; Hoff, H. & Logan, C. (2012). The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): content validation using prototypical analysis. *Journal of Personality Disorders* 26 (3): 402-413. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.3.402
- Kropp, R.; Hart, S.; Webster, C. & Eaves, D. (1994). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide*. Vancouver: Simon Fraser University.

- Lampert, M. (2020). *Programas de atención para jóvenes psicópatas en el sistema penitenciario*. Asesoría Técnica Parlamentaria. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28854/1/BCN_Programas_de_atencion_jovenes_psicopatas_sistema_penitenciario_final.pdf
- Lemos, M. (2020). Los modelos dimensionales de la personalidad y su importancia en la psicología de la salud. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* 12 (2): e342593. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e342593>
- León, E. (2012). *La psicopatía en prisioneros chilenos: prevalencia y métodos de evaluación*. Tesis para optar al grado de Doctora en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/25394/Documento_completo.pdf?sequence=1
- León, E. (2014). *Resumen de tesis doctoral PCL-SV (Psychopathy Checklist, Screening Version)*. Documento interno de uso docente, disponible a través de estudios@gendarmeria.cl
- León, E.; Asún, D. & Folino, J. (2010). Confiabilidad y validez de la versión chilena de la Hare PCL-R. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 58 (2):103-114. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/29028>
- León, E.; Cortés, M. & Folino, J. (2014). Descripción multidimensional de la población carcelaria chilena. *Psicoperspectivas* 13 (1): 68-81. DOI:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE1-FULLTEXT-243
- León, E. & Zúñiga, D. (2012). Características psicopáticas en la adolescencia: sistematización teórica. *Universitas Psychologica* 11 (4): 1197-1207. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n4/v11n4a14.pdf>
- Levenson, M.; Kiehl, K. & Fitzpatrick, C. (1995). Assessing Psychopathic Attributes in a Noninstitutionalized Population. *Journal of Personality and Social Psychology* 68 (1): 151-158. DOI:10.1037/0022-3514.68.1.151.
- Lewis, M. (2018). Treatment of psychopathy: a conceptual and empirical review. *Journal of Criminological Research, Policy and Practice* 4 (3): 186-198. <https://doi.org/10.1108/JCRPP-06-2018-0019>
- Lilienfeld, S. & Andrews, B. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment* 66 (3): 488-524. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa6603_3
- Lilienfeld, S. (1994). Conceptual problems in the assessment of psychopathy. *Clinical Psychology Review* 14 (1): 17-38. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(94\)90046-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(94)90046-9)
- Lilienfeld, S.; Watts, A. & Smith, S. (2015). Successful psychopathy: A scientific status report. *Current Directions in Psychological Science* 24 (4): 298-303. <https://doi.org/10.1177/0963721415580297>
- Lilienfeld, S.; Watts, A.; Smith, S.; Patrick, C. & Hare, R. (2018). *Hervey Cleckley (1903–1984): Contributions to the study of psychopathy. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000306>
- Lipsey, M.; Landenberger, N. & Wilson, S. (2007). Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews* 2007:6. DOI: 10.4073/csr.2007.6
- Loinaz, I. (2017). *Manual de evaluación del riesgo de violencia. Metodología y ámbitos de aplicación*. Madrid: Pirámide.
- López, C. & Robles, JI. (2005). Aproximación histórica al concepto de psicopatía. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 5: 137-168. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2382738>
- Luján, A.; Álvarez, J.; Pérez, M. & Ostrosky, F. (2023). Aspectos distintivos de los rasgos de psicopatía primaria y secundaria. Revisión actualizada. *EduPsykhé* 20 (1): 5-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8720581>
- Lykken, D. (1995). *The Antisocial Personalities*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Maibom, H. (2014). To treat a psychopath. *Theoretical Medicine and Bioethics* 35 (1): 31-42. DOI: 10.1007/s11017-014-9281-9
- Marshall, L. & Cooke, D. (1999). The childhood experiences of psychopaths: A retrospective study of familial and societal factors. *Journal of Personality Disorders* 13 (3): 211-225. <https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.3.211>
- Martel, M. (Ed.) (2018). *Developmental pathways to disruptive, impulse-control, and conduct disorders*. London: Academic Press.
- Maslach C.; Jackson S. & Leiter M. (1996) *Maslach Burnout Inventory*. Third Edition. Palo Alto: Consulting Psychologists.
- McCuish, E.; Corrado, R.; Hart, S. & DeLisi, M. (2015). The role of symptoms of psychopathy in persistent violence over the criminal career into full adulthood. *Journal of Criminal Justice* 43 (4): 345-356. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2015.04.008>
- Millon, T.; Simonsen, E.; Birket-Smith, M. & Davis, R. (2003). *Psychopathy: Antisocial, criminal and violent behavior*. New York: The Guilford Press.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2014). *Informe de la Validación en Chile del Instrumento "Inventario para la Gestión de Caso/Intervención" (IGI): Análisis de Confiabilidad*. Documento interno (estudios@gendarmeria.cl).

- Moosburner, M.; Etzler, S.; Brunner, F.; Briken, P. & Rettenberger, M. (2024). Is psychopathy a dynamic risk factor? An empirical investigation of changes in psychopathic personality traits over the course of correctional treatment. *Criminal Justice and Behavior* 51 (2): 230-246. <https://doi.org/10.1177/00938548231219804>
- Mora, C. (2011). Psicopatía versus sociopatía: superación de paradigma, estereotipos y costumbrismos. *Revista Cúpula* 25 (1-2): 59-67. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v25n1-2/art6.pdf>
- Morales, A.; Welsch, G.; Cárcamo, J.; Aguilar, L. & Sosa, M.E. (2015). *Reinserción social y laboral de infractores de ley. Estudio comparado de la evidencia*. Fundación Paz Ciudadana, Fundación Hanns Seifel y Fundación San Carlos de Maipo. <http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2015/04/estudio-comparado-de-la-evidencia-en-reinsercion-social-y-laboral.pdf>
- Moreira, D.; Almeida, F.; Pinto, M. & Fávero, M. (2014). Psychopathy: A comprehensive review of its assessment and intervention. *Aggression and Violent Behavior* 19 (3). <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.008>
- Morgan, R.; Van Haveren, R. & Pearson, C. (2002). Correctional Officer Burnout. Further Analyses. *Criminal Justice and Behavior* 29 (2): 144-160. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1007.2692&rep=rep1&type=pdf>
- Munguía, A.; Torres, I.; Pérez, M. & Ostrosky, F (2023). Modelos de intervención y prevención de la psicopatía. *eduPsykhé* 20 (1): 65-90. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8720584.pdf>
- Muñoz, JM. & López-Ossorio, J. (2016). Valoración psicológica del riesgo de violencia: alcance y limitaciones para su uso en el contexto forense. *Anuario de Psicología Jurídica* 26 (1): 130-140. <https://journals.copmadrid.org/api/archivos/jr2016v26a16.pdf>
- National Institute of Corrections [NIC] (2007). *Cognitive-Behavioral treatment: a review and discussion for corrections professionals*. US Department of Justice. <http://nicic.org/Downloads/PDF/Library/021657.pdf>
- Neergaard, F. & Gullhaugen, A. (2015). Specific Challenges in the Treatment of Psychopathy: A Case Report. *Austin Journal of Forensic Science and Criminology* 2 (4): id1037. https://www.researchgate.net/publication/284154480_Specific_Challenges_in_the_Treatment_of_Psychopathy_A_Case_Report
- Neumann, C. & Hare, R. (2008). Psychopathic traits in a large community sample: Links to violence, alcohol use, and intelligence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(5):893-899. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.5.893>.
- Ogloff, J. & Davis, M. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-needs-responsivity approach. *Psychology, Crime & Law* 10 (3): 229-242. <https://doi.org/10.1080/0683160410001662735>
- Olver, M. (2016). Treatment of psychopathic offenders: Evidence, issues, and controversies. *Journal of Community Safety and Well-Being* 1 (3): 75-82. DOI:10.35502/jcswb.25
- Olver, M.; Lewis, K. & Wong, S. (2013). Risk reduction treatment of high-risk psychopathic offenders: The relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 4 (2): 160-167. DOI: 10.1037/a0029769
- Olver, M.; Stockdale, K. & Riemer, E. (2023). The Risk, Need and Responsivity relevance of working alliance in a sexual offense treatment program: Its intersection with psychopathy, diversity, and treatment change. *Sexual Abuse* 36 (4): 383-417. <https://doi.org/10.1177/10790632231172161>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria*. Traducción de la Organización Panamericana de la Salud. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2015). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*. Décima Revisión, volumen 1. Publicación Científica No. 554. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Otto, R. & Douglas, K. (Eds) (2010). *Handbook of violence risk assessment*. New York: Routledge.
- Pantoja, R. (2010). La evidencia empírica de reducción de la reincidencia delictiva, como herramienta para la seguridad pública y la integración social. *Debates penitenciarios* (13):3-18. https://www.cesc.uchile.cl/publicaciones/debates_penitenciarios_13.pdf
- Panwar, B. & Suvidha, D. (2017) Psychopathy: A Review of Literature. *International Journal of Scientific Research in Science and Technology* 3 (6): 411-417. https://www.academia.edu/34606822/Psychopathy_A_Review_of_Literature
- Patrick, C. (Ed.) (2006). *The handbook of psychopathy*. First Edition. New York: Guilford Press.
- Patrick, C. (Ed.) (2018). *The handbook of psychopathy*. Second Edition. New York: Guilford Press.

- Paulhus, D.; Neumann, C. & Hare, R. (2017). *Manual of the Self-Report Psychopathy Scale*. Fourth Edition. Toronto: Multi-Health Systems.
- Pera, V. (2015). *Caracterización del trastorno psicopático de la personalidad: clínica, neuropsicología y neuroimagen*. Tesis para optar al título de Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Lleida. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/386320/Tvp1de1.pdf;jsessionid=4F467002C39CD3A2715D1CE8C2A0765D?sequence=2>
- Pinto, T. & Barbosa, F. (2024). Psychopathy, emotional recognition, and moral judgment in female inmates. *Anuario de Psicología Jurídica* (34): 67-74. <https://doi.org/10.5093/apj2023a8>
- Polaschek, D. & Daly, T. (2013) Treatment and psychopathy in forensic settings. *Aggression and Violent Behavior* 18: 592-603. https://www.researchgate.net/publication/259158339_Treatment_and_psychopathy_in_forensic_settings/citation/download
- Pozueco, JM. (2010). *Psicópatas integrados: Perfil psicológico y personalidad*. Madrid: GiuntiEOS
- Pozueco, JM.; Moreno, JM.; Blázquez, M. & García, ME. (2013). Psicópatas integrados/subclínicos en las relaciones de pareja: perfil, maltrato psicológico y factores de riesgo. *Papeles del Psicólogo* 34 (1): 32-48. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2169.pdf>
- Pozueco, JM.; Moreno, JM.; García, ME. & Blázquez, M. (2015). Psicopatía y psicopatologías: ¿Puede conceptualizarse la psicopatía como trastorno mental? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 20 (3): 219-230. DOI: 10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15897
- Pozueco, JM.; Romero, SL. & Casas, N. (2011a). Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense* 17 (3): 123-136. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062011000300004>
- Pozueco, JM.; Romero, SL. & Casas, N. (2011b). Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II). *Cuadernos de Medicina Forense* 17 (4): 175-192. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062011000400002>
- Prado, A. (2021). *Psicopatía: una revisión sobre su evolución, diagnóstico diferencial, tipologías y relación con la agresividad*. Trabajo de fin de Grado. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas. [https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/46645/PSICOPATIA-Prado%20Taboada%2C%20Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Por%20su%20parte%2C%20Hare%20\(1991,culpa%20o%20remordimiento%20por%20ello.](https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/46645/PSICOPATIA-Prado%20Taboada%2C%20Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Por%20su%20parte%2C%20Hare%20(1991,culpa%20o%20remordimiento%20por%20ello.)
- Prochaska, J. & Di Clemente, C. (1982). Trans-theoretical therapy. Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Research & Practice* 19 (3): 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J.; Norcross, J. & Di Clemente, C. (1994). *The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: Harper Collins.
- Raine, A. & Sanmartín, J. (2000). *Violencia y Psicopatía*. Centro Reina Sofía de España para el Estudio de la Violencia. Barcelona: Ariel.
- Redondo, S.; Pérez, M. & Martínez, M. (2007) El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: Investigación básica y valoración mediante el SVR-20. *Papeles del Psicólogo* 28 (3): 187-195. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1502.pdf>
- Redondo, S.; Sanchez-Meca, J. & Garrido, V. (2002). Los programas psicológicos con delincuentes y su efectividad: la situación europea. *Revista Psicothema* 14 (supl.):164-173 [en línea]. Recuperado desde <http://www.psicothema.com/pdf/3487.pdf>
- Reglero, R. (2020). *La psicopatía en las mujeres*. Trabajo de fin de Grado de Psicología y Criminología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/38428>
- Reidy, D.; Kearns, M. & DeGue, S. (2013). Reducing psychopathic violence: A review of the treatment literature. *Aggression & Violent Behavior* 18 (5): 527-538. DOI:10.1016/j.avb.2013.07.008.
- Ribeiro da Silva, D.; de Carvalho, I. M. & Garofalo, C. (2024). Treatment of youth and adults with psychopathic traits detained in forensic settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 76: 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2024.101922>
- Ribeiro da Silva, D.; Rijo, D. & Salekin, R. (2020). Psychopathic traits in children and youth: The state-of-the-art after 30 years of research. *Aggression and Violent Behavior* 55: 101454. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101454>

- Riquelme, R. & Oksenberg, A. (Eds.) (2002). *Trastorno de personalidad. Hacia una mirada integral*. Santiago de Chile: Ed. De la Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Roberson, A. & Vitacco, M. (2023). Psychopathy in correctional settings: Considerations for developing and implementing a treatment program. *Journal of Correctional Health Care* 29 (3): 167-238. <https://www.liebertpub.com/doi/epdf/10.1089/jchc.22.02.0016>
- Rocuant, J.; León, E.; Folino, J. & Hare, R. (2019). Psicopatía en mujeres privadas de libertad en Chile. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* 30: 380-386. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/150670/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rojas, E. & Olver, M. (2021). Juvenile psychopathy and community treatment response in youth adjudicated for sexual offenses. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 66 (15): 1575-1602. DOI: 10.1177/0306624X21994066
- Romero, E. (1998). Teorías sobre delincuencia en los 90. *Anuario de Psicología Jurídica* 8 (1): 31-59. <https://journals.copmadrid.org/apj/art/a0833c8a1817526ac555f8d67727caf6>
- Rosenberg, R. (2019). Psychopathy treatment and the stigma of yesterday's research. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 29 (3):243-272. <https://doi.org/10.1353/ken.2019.0024>
- Ruiz, A. (2017). *Trastornos de la personalidad y conducta delictiva*. Curso de adaptación al Grado de Criminología. Facultad de Derecho, Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/27477>
- Salekin, R.; Tippey, J. & Allen, A. (2014). Tratamiento de problemas de conducta en jóvenes con insensibilidad emocional utilizando Modelos Mentales: medición del riesgo y cambio. *RET Revista de Toxicomanías* (71): 28-41. https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret71_3.pdf
- Salvador, B.; Arce, R.; Rodríguez, F. & Seijo, D. (2017). Evaluación psicométrica de la psicopatía: una revisión metaanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicología* 49 (1): 36-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.015>
- Sánchez, P.; Caraveo, J.; Rivera, S.; Rosas, C. & García, E. (2022). Self-Report Psychopathy Scale Short Form 4ª edición: adaptación y modelamiento estructural en población penitenciaria mexicana. *Anuario de Psicología Jurídica* 32: 1-9. <https://doi.org/10.5093/apj2021a15>
- Sánchez, P.; Giraldo, J. & Quiroz, M. (2013). Impulsividad: una vision desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en Psicología Latinoamericana* 31 (1): 241-251. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n1/v31n1a19.pdf>
- Sapouna, M.; Bisset, C.; Conlong, AM. & Matthews, B. (2015). *What Works to Reduce Reoffending: A Summary of the Evidence*. Justice Analytical Services, Scottish Government. <https://www.gov.scot/publications/works-reduce-reoffending-summary-evidence/>
- Schaufeli, W. & Peeters, M. (2000). Job stress and burnout among correctional officers: a literature review. *International Journal of Stress Management* 7 (1): 19-48. <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/133.pdf>
- Sellbom, M. & Drislane, L. (2021). The classification of psychopathy. *Aggression and Violent Behavior* 59: 101473. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101473>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA] (2021). Estrategia nacional de drogas 2021-2030. Para un Chile que elige vivir sin drogas. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf>
- Sewall, L. & Olver, M. (2019). Psychopathy and treatment outcome: Results from a sexual violence reduction program. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment* 10 (1): 59-69. <https://doi.org/10.1037/per0000297>
- Silva do Rosário, T. (2009). *La medición de la psicopatía en el contexto del sistema de justicia juvenil en España*. Tesis Doctoral, Departament de Psicologia Bàsica, Universitat de València. <https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/10a553d6-2fa2-42b8-982f-eefbe93c4b9b/content>
- Soto, G.; Portilla, R.; Huepe, D.; Rivera, A.; Escobar, MJ.; Salas, N.; Canales, A.; Ibáñez, A.; Martínez, C. & Castillo, A. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones* 26 (4): 291-302. https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/otrosSENDA/2014_Evidencia_validez_Chile_ASSIST.pdf
- Squillace, M.; Picón, J. & Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana* 3 (1): 8-18. <https://www.redalyc.org/pdf/4395/439542494002.pdf>

- Steinert, S.; Lishner, D.; Vitacco, M. & Hong, P. (2017). Conceptualizing successful psychopathy: An elaboration of the moderated-expression model. *Aggression and Violent Behavior* 36: 44-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2017.07.005>
- Stoyanova, R. & Harizanova, S. (2016). Assessment of the personal losses suffered by correctional officers due to Burnout Syndrome. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine* 7 (1): 33-41. <http://www.theijoem.com/ijoem/index.php/ijoem/article/view/680>
- Támara, M.; Bonello, G. & Lugo, N. (2014). Revisión sistemática de publicaciones referidas a programas de intervención de psicopatía. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica* 5 (1): 12-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4897625>
- Thompson, N. (2019). *Understanding Psychopathy. The Biopsychosocial Perspective*. New York: Routledge.
- Umbach, R.; Berryessa, C. & Raine, A. (2015). Brain imaging research on psychopathy: Implications for punishment, prediction, and treatment in youth and adults. *Journal of Criminal Justice* 43 (4): 295-306. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2015.04.003>
- Valencia, G. (2018). *Psicópatas y resocialización: Desafíos de la psicopatía para el sistema penitenciario chileno*. Memoria para optar al grado de Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales. Facultad de Derecho, Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/170335>
- Vallejo, B.; Rodríguez, C.; Martínez, J.; García, C. & Sicilia, A. (2015). *Modelo dimensional frente al categorial en la valoración de la personalidad*. Ponencia presentada en el XVI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental (Interpsiquis). <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/modelo-dimensional-frente-al-categorial-en-la-valoracion-de-la-personalidad>
- Viding, E. & McCrory, E. (2019). Towards understanding atypical social affiliation in psychopathy. *Lancet Psychiatry* 6 (5): 437-444. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30049-5
- Webster C.; Douglas, K.; Eaves, D. & Hart, S. (1997). *HCR-20: assessing risk for violence (version 2)*. Vancouver: Simon Fraser University.
- Webster, C.; Eaves, D.; Douglas, K. & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University.
- Wong, S. & Olver, ME. (2015). Risk reduction treatment of psychopathy and applications to mentally disordered offenders. *CNS Spectrums* 20 (Issue 03): 303-310. DOI: 10.1017/S1092852915000322
- Wong, S.; Gordon, A. & Gu, D. (2007). Assessment and treatment of violence-prone forensic clients: An integrated approach. *The British Journal of Psychiatry. Supplement* 190 (49):66-74. DOI: 10.1192/bjp.190.5.s66
- Wong, S.; Gordon, A.; Gu, D.; Lewis, K. & Olver, ME. (2012). The effectiveness of violence reduction treatment for psychopathic offenders: Empirical evidence and a treatment model. *International Journal of Forensic Mental Health* 11 (4): 336-349. DOI: 10.1080/14999013.2012.746760
- Wormith, JS.; Craig, L. & Hogue, T. (Eds.) (2020). *The Wiley Handbook of what works in violence risk management*. Hoboken, NJ, USA: Wiley Blackwell.
- Yale University (s/f). Can psychopaths be cured? *Yale University news*. <https://modlab.yale.edu/news/can-psychopaths-be-cured>
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Páginas web consultadas

<https://www.hare.org/>
<https://www.rma.scot/research/rated/>
<http://www.schematherapy.com/id30.htm>
<https://psychopathyis.org/articles-research/>
<https://aftermath-surviving-psychopathy.org/>
<https://www.apa.org/monitor/2022/03/ce-corner-psychopathy>
<https://crimesolutions.ojp.gov/ratedprograms/psychopathycomp-portugal#2-0>

ANEXO

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE REINCIDENCIA Y NECESIDADES DINÁMICAS

TABLA 2: PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO Y NECESIDADES DINÁMICAS		
FACTOR DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS	NECESIDAD DINÁMICA
Historia delictual	Temprano y sostenido desarrollo de frecuentes y variados actos antisociales en diversos contextos	Desarrollar comportamientos alternativos no delictuales o de bajo riesgo, que le permitan responder de mejor manera ante situaciones de riesgo
Patrón antisocial	Búsqueda arriesgada de placer, débil autocontrol, inquietud / agresividad, insensibilidad / crueldad	Desarrollar habilidades de resolución de problemas, capacidades de auto gestión, habilidades de afrontamiento del estrés y manejo de la ira
Actitud y orientación procriminal	Actitudes, valores, creencias y racionalizaciones que aportan sustento a la actividad delictual, y estados cognitivo-emocionales de ira, resentimiento y desafío a la autoridad	Reducir la cognición antisocial, reconocer pensamientos y sentimientos que induzcan al riesgo. Desarrollar pensamientos y sentimientos alternativos que no generen riesgos. Abordaje de la identidad delictual
Pares antisociales	Relaciones cercanas con infractores de ley y relativo aislamiento respecto de otras personas no dedicadas al delito. Disposición de apoyo social inmediato para cometer delitos	Reducir la asociación con infractores de ley, potenciar la asociación con otros no infractores y que eventualmente rechacen el comportamiento delictual
Riesgos asociados a la familia y pareja	Vínculos de protección y apoyo débiles. Pobre monitoreo y supervisión	Reducción de conflictos, construcción de relaciones positivas, mejoramiento del monitoreo y supervisión
Riesgos asociados a educación y empleo	Bajos niveles de rendimiento y satisfacción en la escuela y/o el trabajo	Mejoramiento de rendimiento, recompensas y satisfacción
Riesgos asociados al uso del tiempo libre	Bajo nivel de participación y satisfacción en actividades de tiempo libre con fines prosociales	Mejoramiento de rendimiento, recompensas y satisfacción
Riesgos asociados al consumo de alcohol y/o drogas	Abuso de alcohol y/u otras drogas	Reducción del abuso de sustancias, reducción de los soportes personales e interpersonales del comportamiento orientado al consumo

Fuente: Pantoja, 2010:6.



Somos
Reinserción
y Seguridad
Pública

Dirección Nacional de Gendarmería de Chile
Subdirección de Reinserción Social
Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios
Calle Littré Quiroga Carvajal (ex Rosas) 1264, 4° piso, Santiago
Teléfonos: 229163231 - 229163230
www.gendarmeria.gob.cl