
MODELOS DE INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PSICOPATÍA¹

MODELS OF INTERVENTION AND PREVENTION OF PSYCHOPATHY



Ana Munguía
Itayetzi Torres
Martha Pérez
Feggy Ostrosky

Laboratorio de Neuropsicología y Psicofisiología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

email: feggyostrosky@gmail.com

RESUMEN

El presente artículo realiza una revisión de los diversos estudios en los que se ha buscado generar modelos de intervención para disminuir los rasgos de psicopatía en criminales, sin embargo, son pocos las investigaciones que cumplen con criterios de un correcto diseño de estudio, lo que

ABSTRACT

The current article brings about a revision of the various studies whose aim is to generate intervention models that diminish psychopathic characteristics in criminals: however, there are few studies that meet the criteria of a proper design study, which negatively affects the

¹ Este trabajo fue parcialmente apoyado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) UNAM (IN305219) y el proyecto del Fondo Sectorial FOSEC SEP-Investigación Básica Conacyt (A1-S-13501), otorgados a la Dra. Feggy Ostrosky por el proyecto titulado: "Efectos de los programas de intervención en el maltrato infantil: índices neuropsicológicos, electrofisiológicos, genéticos, neuroendocrinos (cortisol) y de neuroimagen". El trabajo también fue apoyado parcialmente por el Programa de Estancias de Investigación y Docencia en la UNAM otorgado a la Dra. M. A. Bobes.

repercute en la validez de los resultados. Los modelos de tratamiento más utilizados son: el modelo de riesgo-necesidad-responsividad (RNR), el cual tiene como objetivo intervenir los factores de riesgo que han sido relacionados con la reincidencia delictiva, para que el sujeto pueda desarrollarse mejor en la sociedad; el modelo de dos componentes, que se utiliza para tratar de reducir la violencia en individuos con psicopatía, manejando sus rasgos de personalidad (Componente Interpersonal y el Componente Criminógeno) mientras cambian sus comportamientos antisociales; y la terapia de esquemas, la cual busca romper el desapego emocional del paciente para acceder y sanar su lado vulnerable, incluidas las heridas causadas por experiencias traumáticas (esquemas desadaptativos tempranos). Respecto a la prevención se han desarrollado diversos tratamientos para ayudar a niños víctimas de abuso, al ser una población vulnerable para desarrollar rasgos de psicopatía, entre ellos se encuentran: la psicoterapia, la psicoeducación, la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, la terapia familiar, la psicodinámica y terapia ecléctica y algunos fármacos como antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo.

PALABRAS CLAVE

Psicopatía; Intervención; Maltrato; Prevención; Terapia.

validity of the result. The most often used treatment models are the risk-need responsivity model whose objective is to lower the risk factors related to recidivism with the purpose of helping the subject develop better socially; the two-component model which is used to try to reduce violence in psychopathic individuals by manipulating their personality characteristics (interpersonal component and criminogenic component while they change their antisocial behavior; and scheme therapy which aims to break the patient's emotional detachment in order to accede and heal their vulnerable side, including the hurts caused by traumatic experiences (early maladaptive schemas). With regard to prevention, diverse treatments to help children victims of abuse have been developed: among them are psychotherapy; psychoeducation; trauma focused cognitive behavioral therapy; family therapy; psychodynamic; and eclectic therapy and some therapeutic pharmaceuticals such as antidepressants and mood stabilizers.

KEYWORDS

Psychopathy; Intervention; Maltreatment; Prevention; Therapy.

INTRODUCCIÓN

Aunque la literatura enfocada en tratamientos para los rasgos de psicopatía es amplia, diversos metaanálisis refieren que son escasos los estudios que cumplen con los criterios de un estudio bien diseñado. Pocos utilizaron evaluaciones validadas de los rasgos de psicopatía, describieron adecuadamente los tratamientos utilizados, o emplearon grupos control (D'Silva, Duggan, McCarthy, 2004; Salekin et al. 2002; Tovar & Ostrosky, 2013; Ostrosky, 2010; Ostrosky, 2011). Estos metaanálisis son optimistas en cuanto a que algunos tratamientos ayudan a disminuir los síntomas de psicopatía y no reportan evidencia que el tratamiento empeora los síntomas (García-López et al., 2017). Otros metaanálisis son menos optimistas y refieren poca respuesta a los tratamientos, principalmente cuando existen síntomas más severos de psicopatía (Langton et al., 2006; Olver & Wong, 2009; Olver & Wong, 2011, Ostrosky, 2010; Ostrosky, 2018). Por lo que no existe consenso alguno, ni un tratamiento de primera elección para los síntomas de psicopatía, sin embargo se ha comenzado a desarrollar programas basados en el entrenamiento de habilidades cognitivas, lo que fomentaría la empatía del psicópata hacia los pensamientos y sentimientos de los demás, ampliará su visión del mundo, y podría formar nuevas interpretaciones de las normas y obligaciones sociales. El supuesto de estas terapias es que el comportamiento de los psicópatas resulta de una incapacidad para procesar emociones y sentir empatía por los demás (Ostrosky & Ardila, 2010). El presente artículo tiene como propósito presentar una revisión sistemática acerca de los diferentes modelos de intervención para la psicopatía, así como los tratamientos de prevención.

Los modelos de intervención más utilizados para disminuir los rasgos de psicopatía se describen a continuación.

MODELO DE DOS COMPONENTES

Este modelo fue propuesto por Wong para el tratamiento de la psicopatía, (Wong et al., 2012; Wong & Hare, 2005), basándose en dos componentes: el Componente Interpersonal o componente 1 y el Componente Criminógeno o Componente 2, correspondientes a los factores F1 y F2 del-PCL-R (Hare, 2003). Este modelo se utiliza para tratar de reducir la violencia en individuos con psicopatía. Sugiere que se deben manejar los rasgos de personalidad de los psicópatas mientras cambian sus comportamientos antisociales en un programa intensivo de tratamiento cognitivo-conductual. El F1 o Factor 1 corresponde a los rasgos interpersonales y

afectivos, mientras que el Factor 2 integra comportamientos crónicos antisociales mal regulados y el estilo de vida inestable/disfuncional.

El Componente interpersonal busca crear motivación, construir una alianza de trabajo y contener la disrupción y mantener los límites. En muchos casos los individuos con rasgos F1, pueden tener razones intrínsecas para cambiar como por ejemplo poder obtener la libertad condicional, reducir su condena, etc. Los terapeutas que trabajan con este modelo de dos componentes usan estas motivaciones intrínsecas que pudieran existir para comenzar el tratamiento. (Wong, et al., 2017). Construir una alianza de trabajo puede ser algo difícil para los sujetos que tienen rasgos F1, debido a que pueden ser incapaces de crear un vínculo afectivo con el terapeuta para lograr alcanzar los objetivos deseados. Se ha descubierto que la faceta afectiva del PCL-R es un potente predictor del abandono del tratamiento (Olver & Wong, 2011). Incluso con un vínculo afectivo mínimo, los terapeutas aún pueden trabajar en colaboración con personas psicópatas en tareas para lograr objetivos establecidos dentro de una relación profesional. Debido a que los delincuentes tienden a no saber cómo mantener sus propios límites, los psicópatas presentan aún más dificultades para establecerlos, debido a esto, se puede ver comprometida la integridad del tratamiento. El terapeuta debe tener conocimiento de esto y aplicar estrategias para evitar que el tratamiento se vea interrumpido. Por ejemplo, al considerar los comportamientos como síntomas que necesitan tratamiento en lugar de una mala conducta que necesita una acción disciplinaria, al no personalizar tales comportamientos, buscar la supervisión continua y el reporte de colegas informados. (Wong & Olver, 2015; Wong & Hare, 2005).

Mientras que el componente Criminógeno implica identificar y tratar los problemas que pueden ser probables causas de la violencia. Como se mencionó anteriormente, está asociado al Factor 2, el cual tiene vínculos muy fuertes con la reincidencia delictiva. Este componente establece que el estilo de vida impulsivo y las características antisociales de la psicopatía, representadas por F2, predicen tanto la reincidencia violenta como la general porque son indicadores de factores de riesgo dinámicos que deberían ser el foco del cambio de comportamiento en el tratamiento (Wong & Hare, 2005; Wong y Olver, 2015). Se recomienda utilizar un instrumento personalizado de evaluación dinámica de riesgos, el más conocido es el VSR (Escala de riesgo de violencia) (VRS; Wong & Gordon, 2006) para identificar correctamente los factores de riesgo dinámicos presentes (Wong et al., 2012; Wong & Hare, 2005; Wong & Olver, 2015). No se han encontrado estudios controlados que repliquen este tipo de intervención.

EL MODELO RIESGO-NECESIDAD-RESPONSIVIDAD (RNR)

El modelo RNR fue propuesto en 1990 por Andrews, Bonta y Hodge, su objetivo es construir programas de intervención dirigidos a la población penal, con un amplio respaldo científico y un objetivo rehabilitador (Cullen & Gendreau, 2000; Ogloff & Davis, 2004; Pantoja, 2010). El modelo tiene como finalidad mejorar las capacidades de los sujetos para poder desarrollarse correctamente en sociedad, centrándose principalmente en intervenir los factores de riesgo que han sido relacionados con la reincidencia delictiva.

Este modelo ha sido aplicado en múltiples países, y con base en los resultados, también ha tenido una alta aceptación. Según Andrews y Bonta (2010) este modelo ha sido aplicado en países como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda.

El modelo RNR se compone de 3 principios:

1. Principio de riesgo: el comportamiento delictivo se puede predecir de forma fiable, previo a la intervención; es necesario identificar y clasificar a los sujetos según su probabilidad de reincidencia, es decir mientras más alto es el riesgo de reincidencia, mayor debe ser la intensidad de la intervención.
2. Principio de necesidad: se evalúan las necesidades criminógenas (factores de riesgo que, al ser modificados, se asocian con cambios en la reincidencia) para que éstas se orienten de manera correcta al tratamiento.
3. Principio de responsividad: Las estrategias y metodología utilizadas para administrar el plan de intervención deben adaptarse para maximizar las oportunidades de aprendizaje en cada paciente, atendiendo sus estilos de estudio, experiencias, motivaciones, habilidades y fortalezas (Andrews, Bonta & Hoge, 1990; Andrews & Dowden, 2006; Bonta & Andrews, 2007; Andrews & Bonta, 2010a y 2010b; Andrews, Bonta & Wormith, 2011; etc.). Ya que existen ciertas características cognitivo-conductuales y de personalidad en los infractores de la ley que influyen su disposición a responder ante diversos tipos de tratamiento.

Hasta ahora se han realizado diversos estudios con delincuentes para probar la eficacia del tratamiento, a continuación, se presentan algunos:

Un estudio realizado por Wong et al., (2012) menciona que las intervenciones y tratamientos inadecuados pueden estar relacionadas con una mayor reincidencia entre los delincuentes, ya que al no verse beneficiados en muchas ocasiones llegan a abandonar los tratamientos. Es por ello que, en 2010, Yang, Wong y Cols., realizaron un metanálisis en el que se encontró que, para poder reducir la violencia en los delincuentes, los enfoques de tratamiento deben dirigirse hacia características con vínculos afectivos de la violencia, esto se refiere al Factor 2 del PCL-R (Hare, 1991, 2003), el cual integra comportamientos crónicos antisociales mal regulados y el estilo de vida inestable/disfuncional. Estos tratamientos buscan enfocarse en modificar los comportamientos antisociales, las cogniciones, las conductas y el estilo de vida disfuncional, a través de diversos modelos y métodos a seguir para reforzar nuevas habilidades prosociales que ayuden a la disminución de la violencia.

Basándose en esta información, los autores (Olver, Lewis & Wong, 2012) realizaron un tratamiento para la reducción de violencia utilizando el RNR, en el que participaron 152 delincuentes masculinos que habían sido encarcelados por el gobierno federal de Canadá. Cada uno de estos individuos purgaba una condena por un delito violento, los delincuentes participaron en el programa de tratamiento *Control de Comportamiento Agresivo* (ABC) en el Centro Psiquiátrico Regional (RPC) entre octubre de 1997 y abril de 2002.

El programa de tratamiento *Control del Comportamiento Agresivo* tiene una duración de 6 a 8 meses, y se describe como un programa de alta intensidad para la reducción de la violencia. Los objetivos del programa son enfocarse en ayudar a los sujetos a identificar los factores y las necesidades asociados con la violencia, desarrollar sus fortalezas y generar nuevas habilidades para la resolución de problemas cotidianos.

Se utilizaron dos instrumentos de medición: el VSR (The Violence Risk Scale) (Wong & Gordon, 1999-2003), el cual fue diseñado para evaluar el riesgo de violencia e identificar en delincuentes adultos violentos y la escala de evaluación de psicopatía, PCL-R (Hare, 1991, 2003). El resultado promedio total en el VSR fue de 61.5 puntos (se considera un mínimo de 50 puntos para determinar alto riesgo), mientras que en la escala PCL-R fue de 26 puntos, el puntaje mínimo para determinar si los participantes eran psicópatas o no, fue de 25 puntos.

Los resultados obtenidos sugieren que los niveles más elevados de psicopatía se asociaron con una disminución del cambio terapéutico, específicamente en el factor 1 de la escala PCL-R donde se observó esta disminución. Se llevó a cabo un análisis en el que las puntuaciones PCL-R predijeron significativamente la reincidencia del interno violento. Para evaluar la reincidencia después del

tratamiento, se llevó a cabo un seguimiento posterior en una muestra con los mismos participantes que fueron liberados después de cumplir su condena, 46% de ellos fueron condenados por un nuevo delito violento, 56% por un delito no violento y 62% fueron condenados por otras circunstancias. La duración aproximada de este seguimiento fue de 5 años.

Otro resultado arrojó que el instrumento VRS evaluó que los cambios positivos se asociaron con reducciones en la reincidencia violenta después de controlar las diferencias individuales en la psicopatía, lo que corresponde a una reducción aproximada del 8% en el riesgo de cometer actos violentos en el futuro.

Por otra parte en 2013, Olver y Wong, describieron el Programa de Tratamiento de Delincuentes Sexuales de Clearwater, un programa diseñado para delincuentes sexuales internos de un hospital psiquiátrico, el cual lleva más de dos décadas de funcionamiento, su sede es el Centro Psiquiátrico Regional (RPC) en Saskatoon, Saskatchewan, Canadá. De acuerdo con estos autores, los programas de tratamiento para delincuentes sexuales buscan, tanto para quienes están bajo tratamiento como para la sociedad en general, proporcionar servicios de evaluación, tratamiento y gestión de riesgos efectivos para reducir la victimización sexual y promover la reinserción de los delincuentes en la comunidad después de recibir el tratamiento.

En muchos de estos tratamientos se ha observado que el uso de del modelo RNR propuesto por Andrews, Bonta y Hodge en 1990 ha reducido la reincidencia en varios grupos de delincuentes (Andrews & Bonta, 2010), incluidos los delincuentes sexuales (Hanson, Bourgon, Helmus y Hodgson, 2009).

El programa mencionado anteriormente (Programa de Tratamiento de Delincuentes Sexuales de Clearwater) se ha clasificado como un programa de alta intensidad, que generalmente es recomendado para los delincuentes de violencia sexual evaluados con un riesgo moderado o alto. Al ingresar al programa, se evalúa el riesgo previo al tratamiento del individuo, se identifican las necesidades criminógenas prioritarias para el tratamiento y las respuestas que pueden afectar el tratamiento. La estructura y el contenido del programa tienen adherencia con el modelo de tratamiento cognitivo conductual y está también basado en los principios del modelo de tratamiento RNR. Este programa tiene una duración aproximada de 6 a 8 meses. A lo largo de la historia del programa se ha obtenido una buena eficacia del programa para promover cambios relacionados con el tratamiento y reducir la reincidencia de delitos sexuales.

De acuerdo con Olver y Wong (2006), alrededor de un tercio de los participantes del Programa de Tratamiento de Delincuentes Sexuales de Clearwater, clasifica para un diagnóstico de psicopatía, usando como instrumento el PCL-R (Hare, 1991, 2003) y tomando en cuenta un puntaje mínimo de 25 puntos para el diagnóstico. Gracias a este programa se ha encontrado que la psicopatía, particularmente los rasgos insensibles/sin emociones, son significativamente predictivos para la conclusión del tratamiento (Olver & Wong, 2009, 2011b). Los resultados arrojaron que no todos los delincuentes sexuales psicópatas podrían considerarse tratados con éxito por su participación en el programa, sin embargo, hubo evidencia de al menos una reducción significativa del riesgo en la propensión a la violencia sexual y general en el futuro. Por otra parte, la investigación de este artículo sugiere que la participación en el tratamiento está asociada con una reducción del 20-50% en la probabilidad de violencia sexual futura en comparación con el grupo control que no fue tratado (Nicholaichuk et al., 2000; Olver et al., 2009).

TERAPIA DE ESQUEMAS

La terapia de esquemas es un modelo desarrollado por Young y cols. aborda principalmente los tratamientos y los conceptos cognitivos conductuales tradicionales; combina elementos de diversas escuelas de psicología: cognitivo-conductual, del apego, Gestalt, constructivista y psicoanalítica para obtener un modelo conceptual y un tratamiento integral.

La terapia de esquemas evolucionó a partir del tratamiento cognitivo de Beck. Las estrategias cognitivo-conductuales han probado ser efectivas para muchos trastornos del eje I, que incluyen trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos sexuales, alimentarios, somatoformes y de consumo de sustancias. (Rodríguez, 2009).

La terapia de esquemas se enfoca en patrones emocionales y cognitivos desadaptativos crónicos, llamados "esquemas desadaptativos tempranos" (EMS por sus siglas en inglés), que se originan en experiencias infantiles adversas y en un temperamento temprano. Los EMS son temas repetitivos sobre uno mismo y las relaciones que afectan el procesamiento emocional, influyen en el estilo interpersonal y guían el comportamiento. El objetivo principal de la Terapia de Esquemas es mejorar la EMS, reemplazando las respuestas de afrontamiento desadaptativas por otras adaptativas, y la modificación de las manifestaciones transitorias de EMS relacionadas con el estado de ánimo, denominadas "modos de esquema" (Young et al., 2003). Se busca romper el desapego emocional del paciente para acceder y sanar su lado vulnerable, incluidas las heridas causadas por experiencias traumáticas.

La terapia centrada en esquemas puede ser breve, dura alrededor de 35 sesiones o puede extenderse mucho más tiempo, en función de la gravedad y dificultad del paciente tratado. (Rodríguez, 2009).

Un estudio de caso realizado por Chakhssi, et al. (2014), presenta el tratamiento con EMS de un paciente de 25 años de edad con altos niveles de psicopatía, fue internado en un hospital psiquiátrico en Países Bajos por cargos de violencia sexual, en su historial se reconocen problemas de adicción, entre ellos abuso de alcohol, abuso de cocaína, abuso de anfetaminas, y fue diagnosticado con personalidad antisocial *bordeline* o limítrofe y con rasgos narcisistas, además de haber crecido con un padre abusivo.

Las sesiones eran realizadas una vez a la semana. Antes de iniciar el proceso de psicoterapia se realizó una valoración con las siguientes escalas: *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 2003); *Young Schema Questionnaire* (YSQ; Young & Brown, 1994); *Behavioural Status-Index* (BEST-Index; Reed, Woods, & Robinson, 2000); *Historical-Clinical-Risk Management-20* (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997); *The Working Alliance Inventory – Observer, Short version* (WAI-O-S; Tichenor & Hill, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989) y *Schema Therapy Rating Scale* (STRS; Young & Fosse, 2005).

El proceso de psicoterapia del paciente tuvo una duración de alrededor de 4 años, en el tercer año de su proceso, fue puesto en libertad condicional. Al paciente le tomó un año terminar la fase inicial de la terapia, la cual implicaba descubrir los esquemas desadaptativos que presentaba, las respuestas de afrontamiento desadaptativas y los modos de esquema, sus orígenes en la infancia y su relación con los comportamientos problemáticos. Más adelante, el paciente aprendió a reconocer las señales en su cuerpo de que la tensión se estaba acumulando y aprendió cómo intervenir de manera oportuna, antes de que cometiera acciones indebidas.

Los últimos 6 meses de psicoterapia se centraron en consolidar los logros terapéuticos y ampliar su red social y laboral. Las puntuaciones de los instrumentos aplicados al paciente antes de recibir la terapia y después de recibirla, muestran un gran avance y una mejoría notable en el paciente.

En otro estudio realizado por Bernstein, et al. (2012), que utilizó de igual manera el modelo de terapia de esquemas para tratar a pacientes internados en una clínica que recibe a delincuentes que sufren algún trastorno de salud mental, el estudio se centró en delincuentes con trastornos de personalidad y arrojó los siguientes resultados: se trató de un estudio clínico aleatorizado que duró aproximadamente tres años, además de un seguimiento de tres años que comparó la

efectividad de la terapia de esquemas (ST) con el tratamiento habitual para pacientes forenses masculinos con trastornos de personalidad (TP) antisocial, limítrofe, narcisista o paranoide, este estudio se realizó en siete clínicas.

El propósito de este estudio era determinar si la Terapia de Esquemas podría reducir los riesgos de reincidencia y los trastornos de personalidad asociados, en comparación con el tratamiento habitual que se da en las clínicas. La asignación para determinar qué tipo de terapia iba a recibir cada paciente se realizó de manera aleatoria.

El estudio fue realizado en Países Bajos, en un inicio participaron 35 pacientes. Los criterios de inclusión para el estudio fueron: ser paciente masculino, con diagnóstico de Trastorno de personalidad limítrofe, antisocial, Trastorno de la personalidad narcisista, o Trastorno de la personalidad paranoide. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: no presentar síntomas psicóticos recurrentes, padecer esquizofrenia o trastorno bipolar, no tener dependencia al alcohol o a drogas, no presentar discapacidad neurológica severa, no tener un diagnóstico de trastorno del espectro autista y no haber tenido cargos por pedofilia.

Únicamente 30 pacientes concluyeron en forma y tiempo el ensayo clínico en 3 años, de estos 30 pacientes, 86.7 % contaba con un diagnóstico de Trastorno de la personalidad antisocial, 30% con diagnóstico de personalidad limítrofe, 33.3 % trastorno de personalidad narcisista y 3.3% Trastorno de personalidad paranoide.

Aproximadamente el 50% de los pacientes tenía una puntuación total de 25 o superior en la Lista de verificación de psicopatía revisada (PCL-R; Hare, 1991), y alrededor del 30% tenían una puntuación de 30 o superior. Los autores determinaron que al obtener una puntuación mínima de 25 puntos en este instrumento, se consideraba al paciente con una puntuación alta, es decir consideraban al paciente con altos niveles de rasgos de psicopatía.

El proceso de Terapia de esquemas se llevó a cabo de acuerdo con los procedimientos descritos por Young, et al. (2003). Para el tratamiento habitual que les daban a los pacientes en las clínicas, se les brindaba psicoterapia individual, como terapia cognitiva-conductual (TCC), terapia psicodinámica o terapia centrada en el paciente.

Como parte del proceso se midieron diversas variables utilizando algunos instrumentos, esas variables fueron medidas cada 6 meses durante los tres años. Los instrumentos aplicados para las variables fueron: *Clinical and Risk Management Scheme* (HCR-20) (Douglas & Webster, 1999), *Sexual Violence Risk Assessment-20* (SVR-20) (De

Vogel, 2005; De Vogel et al., 2004), *Short Term Assessment of Risk and Treatability (START)* (Webster et al., 2004; Webster et al., 2009), *PD Symptoms* (i.e., Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders SIDP-IV) (Pfohl, Blum, & Zimmerman, 2009), *Patient and the informant versions of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP-I)* (Clark, 1993; Keulen-de Vos et al., 2011), *Early Maladaptive Schemas and Schema Modes (Young Schema Questionnaire-Short Version, Young, 1998; Schema Mode Inventory, Lobbstaël et al., 2010)*, *General psychopathology (Symptom Checklist-90)* (SCL-90, Derogatis, Lipman, & Covli, 1973), *Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991)*.

Los resultados obtenidos mostraron que la mayor parte de los pacientes que fueron tratados con Terapia de Esquemas recibieron un mayor número de permisos de salidas supervisadas y no supervisadas que los pacientes en la condición de tratamiento habitual, en cada una de las evaluaciones realizadas a lo largo del curso del estudio. Por otra parte, se compararon los puntajes de HCR-20 de los pacientes, al inicio y al final del tratamiento, y se observó que las puntuaciones de los pacientes que adicionalmente recibieron Terapia de Esquemas parecieron mejorar más rápidamente en comparación de las puntuaciones de los pacientes en condición de tratamiento habitual; sin embargo, los autores mencionan que estos resultados no son estadísticamente significativos.

Aunque se han probado diferentes modelos de intervención en la psicopatía, aún no se cuenta con un tratamiento de primera elección para los rasgos de psicopatía, por lo que es de suma importancia continuar trabajando en estrategias de prevención para evitar el desarrollo de rasgos de psicopatía secundaria asociada principalmente a casos de maltrato infantil.

PREVENCIÓN

Se han utilizado una gran variedad de tratamientos para ayudar a niños víctimas de abuso, a continuación, se describen las principales (Cohen, Berlinger y Mannarino, 2000):

- Psicoterapia: el modelo incluye clarificar los hechos sobre el evento traumático, controlar la expresión facial, normalizar la respuesta al evento traumático, usar técnicas de solución de problemas.
- Psicoeducación: se da de forma escrita o en video, se explican los tipos de trauma, las respuestas emocionales asociadas y las características de los comportamientos, en ocasiones se sugieren algunas estrategias y normalmente se usa como complemento a otros tipos de intervenciones.

- Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma: incluye la discusión directa del trauma, imaginación o visualización del evento, estrategias de manejo del estrés, ejercicios de relajación, exploración y reestructuración de la cognición relacionada con el evento. La mayoría incluye una intervención conjunta con los padres. Se ha demostrado que la terapia cognitivo conductual es más eficiente para tratar niños que han sido abusados sexualmente.
- Terapia familiar: se trabaja de manera directa con los niños y los padres. Incluye la incorporación de toda la familia en el proceso y la integración de ésta, la resolución de problemas y establecer rutinas familiares más adecuadas.
- Psicofármacos: antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, bloqueadores adrenérgicos y antipsicóticos. Bison y colaboradores en 2020 refieren que los tratamientos farmacológicos más utilizados para pacientes con Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) son: fluoxetina, paroxetina, sertralina y venlafaxina; medicamentos que se consideran seguros en estos pacientes, pero que no logran controlar los síntomas por completo, por lo que el uso complementario con intervenciones psicológicas puede ser más beneficioso. Además, se continúa con la investigación para desarrollar otros tratamientos farmacológicos.
- Psicodinámica y terapia ecléctica: son terapias menos estructuradas, usan técnicas de juego relacionadas al trauma, buscan mejorar la dinámica familiar y favorecer la regulación de las emociones.

En las intervenciones psicoterapéuticas se cuenta con la investigación de Trowell y colaboradores en 2002, en la cual se asignó de manera aleatoria a niños abusados sexualmente a 30 sesiones de terapia psicoanalítica individual o a 18 sesiones de psicoeducación grupal. Los niños que recibieron terapia psicoanalítica individual experimentaron una mejora significativamente mayor en los síntomas de TEPT. Sin embargo, no está claro si esto fue debido a las diferencias en el tipo de tratamiento (psicoanalítico versus psicoeducación), formato del tratamiento (individual versus grupo) o a la duración del tratamiento (30 versus 18 sesiones).

La terapia centrada en niños es un modelo de tratamiento enfocado en el niño, que busca establecer una relación terapéutica de confianza que sea de autoafirmación, empoderamiento y validación de la relación entre el padre y el niño.

Tiene como objetivo alentar a los niños y padres a dirigir el contenido y la estructura de su propio tratamiento, lo que les permite elegir cuándo, cómo abordar aspectos del abuso sexual del niño en lugar de que el terapeuta decida esto. Los terapeutas proporcionaron escucha activa, reflexión, empatía, estimulación para

hablar sobre los sentimientos, y la creencia en la capacidad del niño y de los padres para desarrollar estrategias de afrontamiento positivas contra el abuso.

Este modelo es consistente con los ampliamente utilizados en casos de violación. Estas intervenciones son utilizadas en los Centros de crisis y otros entornos comunitarios para tratar a niños abusados sexualmente. Se basa en la premisa empíricamente apoyada de que estos niños y sus padres desarrollan dificultades porque han experimentado una violación de la confianza y el “desempoderamiento” (Barker-Collo y Read, 2003).

Un estudio asignó al azar a 22 niños abusados sexualmente a una terapia psicodinámica o terapia de refuerzo conductual, descubrieron que la terapia de refuerzo resultó en mejoras significativamente mayores en puntajes como el sueño, enuresis, comportamientos sexualizados y problemas de comportamiento en general (Downing, Jenkins y Fisher, 1988).

La terapia familiar es una forma de intervención cuyo propósito es la modificación de las interacciones que se producen entre una pareja, una familia nuclear o extensa o entre una familia y otros sistemas interpersonales, con el propósito de reducir los problemas presentados inicialmente por los miembros individuales, los subsistemas familiares o la familia completa (Wynne, 1988)

Esta ha sido eficaz para analizar aspectos repetitivos en las conductas de los miembros de una familia, para describir y proporcionar modelos explicativos de las relaciones entre sus miembros, así como para plantear formas posibles de modificar esas conductas.

Las intervenciones de terapia familiar sistémica son efectivas para promover la recuperación de los niños y obtener un mejor ajuste familiar en una proporción de casos de maltrato infantil y negligencia (Carr, 2018)

Los resultados de una revisión de metaanálisis, revisiones sistemáticas de la literatura, revisiones narrativas de la literatura y ensayos controlados para familias de niños y adolescentes con problemas comunes de salud mental y otras dificultades sugieren que para las familias en las que ha ocurrido abuso y/o negligencia, la intervención debe comenzar con una evaluación integral de la red familiar. El tratamiento debe incluir diversas sesiones periódicas de terapia familiar, así como sesiones individuales centradas en los padres y en los niños. Los programas deben abarcar al menos seis meses, con la intensidad de los aportes adaptada a las necesidades de las familias (Carr, 2018).

A menudo se lleva a cabo mediante visitas domiciliarias, y aborda problemas específicos en subsistemas que incluyen déficits de habilidades de crianza, problemas de ajuste postraumático de los niños y el apoyo general de la familia y la red social (Henggeler y Schaeffer, 2016; Kennedy et al., 2016; Levey et al., 2017; Skowron y Reinemann, 2005; Timmer y Urquiza, 2014; Vlahovicova et al., 2017).

Respecto a los tratamientos farmacológicos es importante reconocer que el maltrato infantil contribuye de manera significativa a la prevalencia general de los trastornos psiquiátricos al crear riesgos graves y sostenidos de trastornos psiquiátricos múltiples, incluidos los traumas y los factores estresantes (Alisic et al., 2014; McLaughlin et al., 2013; Widom, 1999), cambios en el estado de ánimo (Chen et al., 2010; Norman et al., 2012), ansiedad (Cougle et al., 2010; Gardner et al., 2019), conducta disruptiva (Cohen et al., 2001; Vachon et al., 2015), y desórdenes de uso de sustancias (Bensley et al., 1999; Capusan et al., 2021).

Existe poca información sobre el uso de fármacos en el tratamiento de trastornos psiquiátricos en niños expuestos a maltrato (Shenk, et al., 2021). El abuso infantil es considerado como un tipo de trauma que resulta en muchas comorbilidades mentales, incluyendo el TEPT. (Powers, et al., 2015). Por ello, los tratamientos farmacológicos se proponen para trabajar corrigiendo desequilibrios en los neurotransmisores que son responsables de causar TEPT y promover funciones estructurales del cerebro. (Stein, et al., 2000; Drijer, et al., 2014).

En los niños, el uso clínico de fármacos para tratar trastornos psiquiátricos después de la exposición al maltrato se guía actualmente por una combinación de dos fuentes principales: literatura existente sobre el tratamiento farmacológico del TEPT y el consenso de expertos sobre la aplicación general de la farmacoterapia a la población infantil maltratada.

El abuso infantil se asocia con la depresión grave en la adultez y conduce a un riesgo elevado de aparición temprana, recurrente y depresión crónica.

Los medicamentos con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la sertralina o la paroxetina se usan a menudo en niños con síntomas de TEPT debido al perfil favorable de los efectos secundarios de los ISRS, la evidencia en la literatura para adultos de que estos medicamentos son eficaces para tratar la ansiedad, el pánico y los síntomas depresivos coincide con la eficacia de estos medicamentos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los niños (Pine & Cohen, 2002).

La *Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma* (TF-CBT) es un modelo de psicoterapia conjunta para niños y padres/cuidadores, basado en evidencia para niños y adolescentes que están experimentando dificultades emocionales y conductuales clínicamente significativas relacionadas con eventos traumáticos de la vida que han experimentado. Es un modelo de tratamiento basado en componentes, relativamente breve (normalmente de 12 a 20 sesiones) que incorpora intervenciones y técnicas basadas en principios cognitivos, conductuales, de terapia familiar y humanistas (Cohen & Mannarino, 1996).

Los objetivos de la TF-CBT buscan que los niños y jóvenes que han experimentado eventos traumáticos graves y sus cuidadores que los apoyan: 1) aprendan habilidades efectivas para enfrentar problemas emocionales y de comportamiento relacionados con el trauma, 2) enfrentar y resolver esos problemas de forma segura y terapéutica, y 3) integrar eficazmente sus experiencias traumáticas y ayudarles a seguir adelante con sus vidas de forma segura y positiva.

Específicamente, la terapia TF-CBT está diseñada para reducir los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión relacionada con el trauma, la ansiedad y los problemas de comportamiento, y los problemas cognitivos y emocionales comunes relacionados con el trauma, como el miedo, la vergüenza, la culpa y la autogestión. La TF-CBT también mejora el apoyo del niño por parte del cuidador, las habilidades de crianza y la comunicación entre padres e hijos.

Ejemplos de eventos potencialmente traumáticos incluyen: experimentar o presenciar violencia interpersonal, como abuso/agresión sexual, abuso/agresión física, violencia de pareja íntima, intimidación, tiroteos u otras formas de violencia en el hogar, la escuela o la comunidad. muerte inesperada y traumática de un ser querido, accidente de vehículo motorizado, experimentar un desastre natural o provocado por el hombre, como un tornado, una inundación, un terremoto o un huracán, un derrame de productos químicos, un accidente de tren o avión, ataque de perro u otro animal, exposición a la guerra, la violencia de combate o la tortura.

La TF-CBT tiene ocho componentes: psicoeducación, habilidades parentales, relajación, identificación y regulación emocional, estrategias de afrontamiento, narrativa, exposiciones a situaciones en vivo, sesiones en conjunto, seguridad y desarrollo a futuro.

La mayoría de los estudios que muestran diferencias significativas en la disminución de la sintomatología de TEPT, son los que usan la TCC o derivadas como la TF-CBT como modelo de intervención (Cohen, Berliner y Mannarino, 2000).

Deblinger y sus colegas en 2001 evaluaron la eficacia de un tratamiento de terapia cognitivo-conductual grupal enfocado a niños de 2 a 8 años que habían sido abusados sexualmente y demostraron los beneficios de esta terapia en comparación con los grupos de apoyo. Otro de los tratamientos más recientes que se ha utilizado es desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) el cual consiste en hacer que los pacientes muevan sus ojos rápidamente mientras se enfocan en el recuerdo traumático hasta que el nivel de angustia disminuye (Shapiro 2007). Un metanálisis de Lewey y colaboradores en 2018 evaluó la eficacia de EMDR y TF-CBT para los síntomas de estrés postraumático, la búsqueda exhaustiva arrojó 494 estudios de niños y adolescentes con TEPT que recibieron tratamiento con estas modalidades terapéuticas. Se incluyeron treinta estudios en total en el metanálisis. La *d* de Cohen general fue pequeña (-0,359) y estadísticamente significativa ($p < 0,05$), lo que indica que EMDR y TF-CBT son eficaces para tratar el TEPT. Los principales hallazgos postulan que TF-CBT es marginalmente más eficaz que EMDR.

King y cols., en el 2000, asignaron al azar a 36 niños y adolescentes abusados sexualmente a la TCC individual, TCC familiar o a una condición de control de lista de espera, se encontró que los niños en ambas condiciones de tratamiento mejoraron significativamente más que la condición de lista de espera. La inclusión de miembros de la familia en el tratamiento mostró un beneficio diferencial en la disminución de los síntomas de ansiedad en el seguimiento a 3 meses, pero no inmediatamente después del tratamiento.

En otros estudios también se ha comprobado que la intervención con los padres beneficia de manera significativa la recuperación de los niños, en comparación con la terapia centrada en el niño (Cohen, Mannarino y Iyengar, 2011). Sin embargo, otros dos estudios que evalúan este tipo de intervención en niños abusados sexualmente no demostraron cambios significativos en las respuestas con respecto al TEPT u otros síntomas de ansiedad (Berliner y Saunders, 1996).

Un estudio examinó los efectos diferenciales de la participación de niños o madres no ofensivas en una intervención cognitiva conductual diseñada para tratar el TEPT y otras dificultades conductuales y emocionales en niños en edad escolar que sufrieron abuso. Las 100 familias participantes fueron asignadas aleatoriamente a una de las tres condiciones de tratamiento experimental (solo para el niño, solo para la madre o para la madre y el niño) o para una condición de control de la comunidad. La evaluación previa y posterior al tratamiento incluyó la medición estandarizada de los problemas de comportamiento, ansiedad, depresión y síntomas de TEPT de los niños, así como de las prácticas de crianza. Los resultados indicaron que las madres asignadas a la condición de tratamiento experimental reportaron disminuciones

significativas en las conductas de externalización de sus hijos y aumentos en las habilidades de crianza efectivas; sus hijos reportaron reducciones significativas en la depresión. Los niños que fueron asignados a la intervención experimental mostraron mayores reducciones en los síntomas de TEPT que los niños que no lo fueron (Deblinger, Lippman y Steer 1996).

Estos hallazgos apoyan la idea de que involucrar a las madres en el tratamiento de sus hijos abusados sexualmente puede ser sumamente importante para que los niños externen y aprendan a controlar sus comportamientos y mejoren su sintomatología depresiva.

McGuire y colaboradores en 2021 refieren a la TF-CBT como un tipo de intervención bien establecida y de primer nivel para niños en edad escolar que presentan TEPT. Investigaciones recientes identifican a la TF-CBT como una de las primeras opciones de tratamiento, siendo la que cuenta con más evidencia de su eficacia (Mavranzouli et al, 2020; Cohen, Deblinger, Mannarino, y Steer, 2004).

En 2015 Brito y cols., realizaron un estudio con un programa de prevención primaria en conductas de riesgo, de acuerdo con diversos estudios, la crianza positiva en las primeras etapas de desarrollo es un factor ambiental importante que tiene una fuerte influencia en la autorregulación del niño, en su ajuste social y académico, permitiendo que los niños desarrollen conductas prosociales y prevengan la aparición de conductas violentas en entornos de riesgo.

La intervención temprana puede prevenir problemas posteriores. Los programas que reducen los problemas de comportamiento y promueven habilidades positivas de crianza se enfocan en los factores de riesgo de conductas delictivas y violencia posteriores y, por lo tanto, es probable que los prevengan. (Brito, et al, 2015)

Recientemente, se desarrolló un programa para prevenir comportamientos violentos en poblaciones mexicanas en riesgo, el programa se tituló: *Programa de Entrenamiento Materno Infantil: Enfoque Neuropsicológico (PREMIEN)*. El programa incluía 25 sesiones grupales con una duración aproximada de 6 meses.

En total participaron 40 madres con sus respectivos hijos, quienes formaron parte del programa y el grupo control se formó con 43 niños, sin embargo, las madres de estos niños no asistieron a la intervención.

Los resultados arrojaron que el programa PREMIEN podría tener una influencia en el desarrollo cognitivo de los niños, específicamente en la memoria de trabajo, las funciones de flexibilidad y en el estilo de crianza percibido por los niños,

probablemente atribuible al cambio de las conductas de crianza de las madres. Además se observó que las intervenciones educativas que brindan a las madres estrategias y conocimientos respecto al desarrollo cognitivo y emocional de sus preescolares, tienen un impacto positivo en la relación madre-hijo, promoviendo el comportamiento afectivo interpersonal y una mejor capacidad de respuesta de la madre a las necesidades de sus hijos y también promueven el desarrollo del autocontrol y la regulación de los niños, que les permiten un ajuste social funcional, previniendo así la aparición de comportamientos antisociales.

En la actualidad no existe un consenso respecto a si se pueden tratar los rasgos de psicopatía, ya que varios estudios refieren mejoras significativas en los pacientes, pero los modelos de intervención no han cumplido con diseños de estudio adecuados ni se han replicado sistemáticamente, por lo anterior, la prevención del desarrollo de rasgos de psicopatía en poblaciones vulnerables como niños que sufrieron maltrato se vuelve altamente prioritario.

REFERENCIAS

- Alfano, S., Rondón, J., Cellerino, C. & López, A. (2010). *Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros*. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 97-124.
- Andrews, D. & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39-55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>
- Andrews, D. Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for Effective Rehabilitation: Rediscovering Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52. <https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>
- Andrews, D. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Ed, Lexis Nexis. https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=5MsRl66hAdAC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Andrews+%26+Bonta,+2010a&ots=uTE48kgR_V&sig=1TNWHH2zgOishGAnmE6pqizvBaQ#v=onepage&q&f=false
- 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. <https://doi.org/10.1177/0306624X05282556>
- Andrews, D. & Bonta, J. (2007) The Risk-Need-Responsivity Model of Assessment and Human Service in Prevention and Corrections: Crime-Prevention Jurisprudence. *The Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 49, 439-464. <https://doi.org/10.3138/cjccj.49.4.439>

- Andrews, D., Bonta, J., & Wormith, J. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735–755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Barker-Collo, S., & Read, J. (2003). Models Of Response To Childhood Sexual Abuse: Their Implications for Treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 4(2), 95–111. <https://doi.org/10.1177/1524838002250760>
- Bensley, L., Spieker, S., Eenwyk, J. & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. II. alcohol and drug use. *Journal of Adolescent Health*, 24(3), 173–180. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00112-8](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00112-8)
- Berliner, L. & Saunders, B. (1996). Treating Fear and Anxiety in Sexually Abused Children: Results of a Controlled 2-Year Follow-Up Study. *Child Maltreatment*, 1(4), 294–309. <https://doi.org/10.1177/1077559596001004002>
- Bernstein, D., Nijman, H., Karos, K., Keulen-de Vos, M., De Vogel, V. & Lucker, P. (2012). Schema Therapy for Forensic Patients with Personality Disorders: Design and Preliminary Findings of a Multicenter Randomized Clinical Trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 312–324, DOI:10.1080/14999013.2012.746757
- Brito, D., Lozano, A., Ostrosky, F., González, G. & Aguilera, E. (2015). Primary preventive programs for risk behavior: Results from a study in high poverty areas of Mexico. *Revista Médica del Hospital General de México*, 78(1), 36-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hgmx.2015.04.002>
- Capusan, A., Gustafsson, P., Kuja-Halkola, R., Igelström, K., Mayo, L. & Heilig, M. (2021). Re-examining the link between childhood maltreatment and substance use disorder: a prospective, genetically informative study. *Mol Psychiatry* 26, 3201–3209. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01071-8>
- Carr, A. (2018). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41, 153. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Cohen, J., Berliner, L. & Mannarino, A. (2000). Treating Traumatized Children: A Research Review and Synthesis. *Trauma, Violence, and Abuse*, 1(1), 29-46.
- Cohen, J., Mannarino, A., Berliner, L. & Deblinger, E. (2000). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202–1223. <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00011>
- Cohen, J., Mannarino, A. & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29, 135–145.
- Cohen, J., Deblinger, E., Mannarino, A. & De Arellano, M. (2001). The Importance of Culture in Treating Abused and Neglected Children: An Empirical Review.

- Child Maltreatment*, 6(2), 148–157.
<https://doi.org/10.1177/1077559501006002007>
- Cohen, J., Deblinger, E., Mannarino, A. & Steer, R. (2004a). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393–402. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005>.
- Cohen, J., Mannarino, A. & Iyengar S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence: A Randomized Controlled Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 165(1):16–21. doi:10.1001/archpediatrics.2010.247
- Chakhssi, F., Kersten, T., De Ruitter, C. & Beristein, D. (2014) Treating the Untreatable: A Single Case Study of a Psychopathic Inpatient Treated With Schema Therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 447–461. DOI: 10.1037/a0035773
- Chen, L., Murad, M., Paras, M., Colbenson, K., Sattler, A., Goranson, E., Elamin, M., Seime, R., Shinozaki, G., Prokop, L. & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618–629. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Clark, L. (1993). *SNAP (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality): Manual for administration, scoring and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cogle, J., Timpano, K., Sachs-Ericsson, N., Keough, M. & Riccardi, C. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*, 177(1), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.008>
- Cullen, T. & Gendreau, P. (2000). Assessing correctional rehabilitation: policy, practice, and prospects. Friel, C. (ed.), *Policies, processes, and decisions of the criminal justice system 3*; 109-175
- Deblinger, E., Lippmann, J. & Steer, R. (1996). Sexually Abused Children Suffering Posttraumatic Stress Symptoms: Initial Treatment Outcome Findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310–321. <https://doi.org/10.1177/1077559596001004003>
- Deblinger, E., Mannarino, A., Cohen, J. & Steer, R. (2006). A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474–1484. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb>
- Derogatis, L., Lipman, R. & Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9,13–28.

- D'Silva, K., Duggan, C., & McCarthy, L. (2004). Does Treatment Really Make Psychopaths Worse? A Review of the Evidence. *Journal of Personality Disorders, 18*(2), 163-177.
- De Vogel, V. (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: the HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients. (Dissertation manuscript)*. Amsterdam, the Netherlands: Dutch University Press.
- De Vogel, V., de Ruiter, C., van Beek, B., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior, 28*(3), 235-251. doi:10.1023/B:LAHU.0000029137.41974.eb
- Douglas, K. & Webster, C. (1999). The HCR-20 violence risk scheme: concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior, 26*(1), 3-19. doi:10.1177/0093854899026001001
- Downing, J., Jenkins, S., & Fisher, G. (1988). A comparison of psychodynamic and reinforcement treatment with sexually abused children. *Elementary School Guidance & Counseling, 22*(4), 291-298. <http://www.jstor.org/stable/42871262>
- García-López, E. Ostrosky, F., Laveaga, G. & Esbec, E. (2017). *Psicopatología Forense. Derecho, Neurociencias y sistema Judicial Penal*. Editorial Bosch.
- Gardner, M., Thomas, H. & Erskine, H. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 96*, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>
- Hanson, R., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior, 36*(9), 865-891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>
- Hare, R. (1991). *The Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R. (2003). *The Psychopathy Checklist-Revised (2nd Ed.)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Henggeler, S. & Schaeffer, C. (2016), Multisystemic Therapy®: Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research. *Fam. Proc., 55*: 514-528. <https://doi.org/10.1111/famp.12232>.
- Kennedy, S., Lam, R., McIntyre, R., Tourjman, S., Bhat, V., Blier, P., Hasnain, M., Jollant, F., Levitt, A., MacQueen, G., McInerney, S., McIntosh, D., Milev, R., Müller, D., Parikh, S., Pearson, N., Ravindran, A., Uher, R. & CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological

- Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(9), 540–560. <https://doi.org/10.1177/0706743716659417>
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, D., Clark, L., Arntz, A., Lucker, T., & de Spa, E. (2011). Patient versus informant reports of personality disorders in forensic patients. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22(1), 52–71.
- King, N., Tange, B., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., y Ollendick, T. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 1347–1355.
- Langton, C., Barbaree, H., Harkins, L., & Peacock, E. (2006). Sex Offenders' Response to Treatment and its Association with Recidivism as a Function of Psychopathy. *Sexual Abuse*, 18(1), 99–120. <https://doi.org/10.1177/107906320601800107>
- Levey, E., Gelaye, B., Bain, P., Rondon, M., Borba, C., Henderson, D. & Williams, M. (2017). A systematic review of randomized controlled trials of interventions designed to decrease child abuse in high-risk families. *Child Abuse & Neglect*, 65, 48–57. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.004>
- Lewey, J., Smith, C., Burcham, B., Saunders, N., Elfallal, D. & O'Toole, S. (2018). Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(4), 457–472. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>
- Lobbetael, J., Van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437–458. doi:10.1017/S1352465810000226
- Nicholaichuk, T., Gordon, A., Gu, D., & Wong, S. (2000). Outcome of an Institutional Sexual Offender Treatment Program: A Comparison Between Treated and Matched Untreated Offenders. *Sexual Abuse*, 12(2), 139–153. <https://doi.org/10.1177/107906320001200205>
- Norman, R., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), 1–31. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Grey, N., Bhutani, G., Leach, J., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Katona, C., El-Leithy, S., Greenberg, N., Stockton, S., & Pilling, S. (2020). Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PLOS ONE*, 15(4), e0232245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232245>
- McGuire, A., Steele, R., & Singh, M. (2021). Systematic Review on the Application of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) for Preschool-Aged Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(1), 20–37. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00334-0>

- McLaughlin, K., Koenen, K., Hill, E., Petukhova, M., Sampson, N., Zaslavsky, A., & Kessler, R. (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815-830. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
- Ogloff, J. & Davis, M. (2004) Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-needs-responsivity approach. *Psychology, Crime & Law*, 3(10), 229-242, DOI: 10.1080/10683160410001662735
- Olver, M., Lewis, K. & Wong, S. (2012). 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., & Wong, S. (2011b). A Comparison of Static and Dynamic Assessment of Sexual Offender Risk and Need in a Treatment Context. *Criminal Justice and Behavior*, 38(2), 113-126. <https://doi.org/10.1177/0093854810389534>
- Olver, M. & Wong, S. (2013) A description and research review of the Clearwater Sex Offender Treatment Programme. *Psychology, Crime & Law*, 19(5-6), 477-492. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1068316X.2013.758983>
- Olver, M., & Wong, S. (2006). Psychopathy, Sexual Deviance, and Recidivism Among Sex Offenders. *Sexual Abuse*, 18(1), 65-82. <https://doi.org/10.1177/107906320601800105>
- Olver, M. & Wong, S. (2009). Therapeutic Responses of Psychopathic Sexual Offenders: Treatment Attrition, Therapeutic Change, and Long-Term Recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 328 -336. DOI: 10.1037/a0015001
- Olver, M., & Wong, S. (2011). Predictors of sex offender treatment dropout: Psychopathy, sex offender risk, and responsivity implications. *Psychology, Crime & Law*, 17(5), 457-471. <https://doi.org/10.1080/10683160903318876>
- Ostrosky, F. (2010). La psicopatía: características biológicas, conductuales y su medición. E. Garcia (ed.), *Fundamentos de Psicofisiología Jurídica y Forense*. Oxford University Press, 137-154.
- Ostrosky, F. & Ardila, A. (2010). *Neurobiología de la Psicopatía*. En J. Muñoz Delgado, J. Diaz y C. Moreno. *Agresión y violencia. Cerebro, Comportamiento y Bioética*. Barcelona: Herder, 271-285.
- Ostrosky, F. (2010). Conducta Violenta y sus Bases Biológicas: Neuroimagen, Neuropsicología, Electrofisiología y Genética. E. Garcia (ed.), *Fundamentos de Psicofisiología Jurídica y Forense*. Oxford University Press.
- Ostrosky, F. (2011). *Mentes Asesinas. La violencia en tu Cerebro*. Ed. Quinto Sol.
- Ostrosky, F. (2018). *Cómo se debe resolver un crimen*. Manual Moderno.

- 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.
- Pfohl, B., Blum, N., St. John, D., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. (2009). Reliability and Validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (Best): A Self-Rated Scale to Measure Severity and Change in Persons with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 281-293. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.3.281>
- Pine, D. & Cohen, J. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51(7), 519-531. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01352-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01352-X)
- Polaschek, D. (2012). An appraisal of the risk-need-responsivity (RNR) model of offender rehabilitation and its application in correctional treatment. *Legal and Criminological Psychology*, 17, 1-17. doi: [10.1111/j.2044-8333.2011.02038.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.2011.02038.x)
- Powers, A., Etkin, A., Gyurak, A., Bradley, B., & Jovanovic, T. (2015). Associations Between Childhood Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Implicit Emotion Regulation Deficits: Evidence From a Low-Income, Inner-City Population. *Psychiatry*, 78(3), 251-264. <https://doi.org/10.1080/00332747.2015.1069656>
- Reed, V., Woods, P., & Robinson, D. (2000). *Behavioral Status Index (BEST-Index): A "life skills" assessment for selecting and monitoring therapy in mental health care*. Sheffield, UK: Psychometric Press.
- Salekin, R. (2002). Factor-Analysis of the Millon Adolescent Clinical Inventory in a Juvenile Offender Population. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34(3), 15-29. https://doi.org/10.1300/J076v34n03_02
- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Av. Psicol.*, 17(1). 59-74.
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/per0000297>
- Shapiro, S., Brown, K., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Shenk, C., Keeshin, B., Bensman, H., Olson, A., & Allen, B. (2021). Behavioral and pharmacological interventions for the prevention and treatment of psychiatric disorders with children exposed to maltreatment. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 211, 173298. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173298>

- Skowron, E., & Reinemann, D. (2005). Effectiveness of Psychological Interventions for Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 52-71. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.52>
- Tichenor, V., & Hill, C. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26, 195-199. doi:10.1037/h0085419
- Tovar, J., & Ostrosky, F. (2013). *Mentes Criminales ¿eligen el mal? Estudios de cómo se genera el juicio moral*. Manual Moderno.
- Tracey, T., & Kokotovic, A. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210. doi:10.1037/1040-3590.1.3.207
- Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Sadowski, H., Berelowitz, M., Glasser, D., & Leitch, I. (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: Psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry*, 180(3), 234-247. doi:10.1192/bjp.180.3.234
- Urquiza, A., & Timmer, S. (2014). Parent-Child Interaction Therapy for Maltreated Children. S. Timmer & A. Urquiza (Eds.), *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children: Considering core components and treatment effectiveness*. Springer Netherlands. 123-144 https://doi.org/10.1007/978-94-007-7404-9_8
- Vachon, D., Krueger, R., Rogosch, F., & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the Harmful Psychiatric and Behavioral Effects of Different Forms of Child Maltreatment. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1135-1142. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1792>
- Vlahovicova, K., Melendez-Torres, G., Leijten, P., Knerr, W., & Gardner, F. (2017). Parenting Programs for the Prevention of Child Physical Abuse Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 20, 351-365. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0232-7>
- Wynne, L. (1988). An overview of the state of the art: What should be expected in current family therapy research. L.C. Wynne (Ed.), *The state of the art in family therapy research: Controversies and recommendations*, 249-280.
- Webster, C., Douglas, K., Eaves, D., & Hart, S. (1997). *HCR-20. Assessing risk for violence, version 2*. Burnaby, BC: Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute.
- Webster, C., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T., & Desmarais, S. (2009). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery (version 1.1)*. Ontario, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Webster, C., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T., & Middleton, C. (2004). *Short-term assessment of risk and treatability (START)*. St. Joseph's Healthcare, Hamilton and British Columbia Mental Health and Addiction Services.

- Widom, C. (1999). Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.8.1223>
- Wong, S., & Gordon, A. (2006). *Violence Risk Scale* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t22640-000>.
- Wong, S. & Hare, R. (2005). *Program guidelines for the institutional treatment of violent psychopaths*. Toronto, Ontario (Canada): Multi-Health Systems.
- Wong, S., & Gordon, A. (2006). The validity and reliability of the Violence Risk Scale: A treatment-friendly violence risk assessment tool. *Psychology, Public Policy, and Law*, 12(3), 279-309. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.12.3.279>
- Wong, S., Gordon, A., Deqiang, G., Lewis, K. & Olver, M. (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
- Wong, S., & Olver, M. (2015). Risk reduction treatment of psychopathy and applications to mentally disordered offenders. *CNS Spectrums*, 20(3), 303-310. doi:10.1017/S1092852915000322
- Yang, M., Wong, S. & Coid, J. (2010). The Efficacy of Violence Prediction: A Meta-Analytic Comparison of Nine Risk Assessment Tools. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 740-767. DOI: 10.1037/a0020473
- Young, J. (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short form*. Retrieved from <http://www.schematherapy.com/id55.htm>
- Young, J., & Brown, G. (1994). *Young Schema Questionnaire (2nd ed.)*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J., & Fosse, G. (2005). *Schema Therapy Rating Scale*. New York: Cognitive Therapy Center of New York. doi:10.1007/978-90-313-7121-1.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner 's guide*, New York, NY: Guilford Press.