

VIRGINIA BARBER RIOJA

**MÁS ALLÁ
DEL BIEN
Y DEL MAL**

**EXPERIENCIAS
DE UNA PSICÓLOGA
FORENSE**

DEBATE

Más allá del bien y del mal

Experiencias de una psicóloga forense

VIRGINIA BARBER RIOJA

DEBATE

SÍGUENOS EN
megustaleer



@megustaleer



@debatelibros



@megustaleer

| Penguin
| Random House
| Grupo Editorial |

*En memoria de mi tío Alberto Barber Guerra
y mi buen amigo el doctor Jebediah Gaffney*

Introducción

Escribí el primer capítulo de este libro hace cinco años movida por la frustración que sentí al reencontrarme con un paciente con trastorno psicótico que había conocido diez años antes y al que imaginaba rehabilitado. La gravedad de su cuadro clínico, la falta de redes de protección social, los fallos en su representación legal y la complicada relación entre el ámbito jurídico y el de salud pública lo atraparon en la maraña del sistema, que terminó con toda posibilidad de reinserción.

No tengo muy claro cuál fue el momento exacto en el que comencé a interesarme por la psicología, e incluso recuerdo dudar entre estudiar esta disciplina o derecho. Mi madre cuenta que cuando era una niña y me llevaba al colegio en la isla de Lanzarote, donde me crie, me causaba una enorme curiosidad el comportamiento de un grupo de jóvenes adictos a la heroína que se reunían por aquel entonces en una esquina por la que pasábamos de camino a la escuela. Quizá fuera ese el origen de mi interés por los factores que influyen en el comportamiento humano.

Tras graduarme como psicóloga clínica en Madrid me mudé a Nueva York, en un principio tan solo para aprender inglés. Una vez allí, animada por un amigo, acudí de oyente a una clase de psicología forense; por fin mis dos áreas de interés, el derecho y la psicología, parecían integrarse.

La psicología forense ha sido definida de varias maneras y hay algo de desacuerdo respecto de sus campos de actuación específicos. En este libro he utilizado la definición en el sentido más amplio (entendida por algunos como

psicología jurídica). Es decir, como una disciplina que abarca tanto la psicología aplicada a los tribunales para ayudar a los jueces a tomar decisiones (esto es, el psicólogo como perito o experto) como la psicología clínica y experimental aplicadas a cualquier otro ámbito legal, incluyendo la evaluación y el tratamiento en contextos psiquiátrico-forenses y penitenciarios. Sin embargo, estas dos áreas de actuación difieren significativamente, y espero que dicha distinción resulte evidente a lo largo de las presentes páginas.

Siendo Estados Unidos el país que más personas encarcela en el mundo, los desafíos en este campo resultan interminables, pero también lo son las oportunidades para su desarrollo e investigación. Este libro trata algunos temas clave de las disciplinas que se encuentran en la intersección entre la psicología y la psiquiatría y el derecho, abarcando mi trayectoria profesional desarrollada en Nueva York durante prácticamente los últimos veinte años. Para explicar ciertos conceptos a menudo malentendidos y complejos, he utilizado casos clínicos. Los he seleccionado bien por su valor didáctico, o bien porque, de alguna forma, han dejado su impronta en mi memoria. Los capítulos no aparecen en orden cronológico y provienen de cuatro ámbitos profesionales diferentes, siendo el primero Bellevue, el hospital público más antiguo de Estados Unidos, que fue fundado en 1736.

En contra de lo que mucha gente pueda pensar, en Bellevue, situado en el lado este de Manhattan, se atiende a personas indocumentadas, sin seguro médico, que se hallan en busca de asilo político, que carecen de recursos económicos... en resumen, a cualquiera que llame a la puerta. En un libro reciente publicado por el historiador David Oshinsky^[1] sobre este hospital, se explica que, entre otras cosas, fue aquí donde se creó la primera ambulancia del país, así como la primera unidad de maternidad y el primer departamento de psiquiatría. En cuanto al ámbito de la psicología, cabe

mencionar que David Wechsler desarrolló en este centro la famosa escala Wechsler-Bellevue, que más adelante se convertiría en el test de inteligencia más utilizado a nivel mundial. El compromiso de este hospital con la salud pública lo convirtió en el epicentro para el tratamiento de la epidemia de sida que tuvo lugar en los años ochenta. Mientras otros centros cerraban sus puertas a estos enfermos, en Bellevue murieron y fueron tratadas más personas infectadas por este virus que en ningún otro hospital del país. Como apunta Oshinsky en su libro, la misión de este hospital siempre ha consistido en proporcionar tratamiento a indigentes sin seguro médico, y esto no se ha entendido como un privilegio, sino como un derecho. Pero quizá Bellevue sea más conocido por su departamento de psiquiatría, donde se forman los estudiantes de la Universidad de Nueva York (NYU, por sus siglas en inglés). Además de las clínicas ambulatorias, el centro cuenta con más de trescientas camas psiquiátricas distribuidas en diferentes unidades que se encuentran en las últimas plantas del edificio. La diversidad cultural (en Bellevue se traducen más de cien idiomas distintos), étnica y de clase social lo convierten en un centro inigualable para la formación de psicólogos y psiquiatras.

En Bellevue, pues, realicé prácticas a lo largo de varios años relacionadas con mis estudios de máster y doctorado, trabajé como psicóloga residente y, más tarde, volví como doctora. La residencia en NYU/Bellevue es famosa por ser muy exigente y agotadora. Fiel a tal reputación, en ese periodo trabajé entre cincuenta y sesenta horas a la semana. De este modo, realicé rotaciones en las clínicas ambulatorias, incluyendo un centro especializado en el tratamiento de personas que habían padecido torturas en sus países de origen y buscan asilo político, así como en el departamento de urgencias psiquiátricas para adultos, que recibe más de ochenta mil visitas al año. Pero la experiencia más importante en mi formación fue el trabajo que desempeñé en la unidad de psiquiatría forense de máxima seguridad, situada en la planta

decimonovena y que dispone de aproximadamente sesenta camas distribuidas en dos alas. Aquí se atiende a pacientes que están detenidos en la cárcel de la ciudad, pero cuyos síntomas psiquiátricos agudos los convierten en un grave peligro para ellos mismos o para los demás. Esta unidad también admite a personas que acaban de ser arrestadas y se encuentran en un estado a nivel psiquiátrico demasiado inestable como para entender los cargos de los que son acusados, lo cual es un requisito imprescindible para poder ver a un juez y ser enviados a la cárcel. En esta planta de Bellevue la gravedad de los cuadros psicopatológicos, las medidas de seguridad y la complicación añadida de aquellos casos legales que todavía se hallan en vías de resolución, convierten esta unidad forense en un complejo espacio donde la violencia a menudo está presente. Trabajar allí también es una experiencia increíblemente enriquecedora desde una perspectiva clínica.

En mi caso, Bellevue no solo representa el centro en el que aprendí casi todo lo que sé de psicología clínica, sino también el lugar donde experimenté dos de los momentos más estresantes de mi vida.

En el año 2001, desde la planta decimoctava de este hospital, vi caer las dos Torres Gemelas, situadas a menos de cinco kilómetros. Era un día luminoso en el que ninguna nube me impidió ser testigo directo del acontecimiento más terrible que probablemente haya sacudido a la ciudad en toda su historia. Entonces yo era muy joven; vivía sola en Nueva York. A pesar del horror de la situación, recuerdo que principalmente me aterraba cómo estaría viviendo mi familia los acontecimientos desde España, ya que se cortaron todas las comunicaciones durante algunas horas. Por lo demás, creo que lo sucedido aquellos días en la ciudad ya está escrito.

Once años más tarde, en octubre de 2012, mientras trabajaba en la unidad forense Bellevue cerró por primera vez sus puertas tras la inundación y la consiguiente evacuación provocada por el huracán Sandy. Los pacientes

forenses fueron los últimos en abandonar el hospital, lo que ocurrió tres días después de que los generadores dejaran de funcionar.

Tras varias jornadas escuchando y leyendo en los medios de comunicación que se acercaba un huracán que llegaría a Nueva York más o menos el día 30, y desoyendo las recomendaciones de mis padres de que mis hermanos y yo saliéramos de la ciudad, el domingo 28 el alcalde informó de que la tormenta sería más seria de lo que en principio se había pensado y avisó de que cerraría los puentes y el metro. En aquel entonces residía en Brooklyn, por lo que, con los puentes y el metro cerrados, no podría llegar al hospital. Minutos después recibí un mensaje en el que se instaba a todo el equipo de la unidad a que intentáramos dormir en Manhattan para poder ir a trabajar el lunes, ya que parecía imposible saber cuántos miembros del personal médico podrían llegar. En ese momento, las noticias que recibíamos informaban de que había riesgo de que se desbordara el río, que discurría a escasos metros del Bellevue, algo que parecía impensable. El hospital federal de veteranos de Manhattan, que se encuentra a cuatro calles de Bellevue y también muy cerca del río, decidió evacuar. Sin embargo, ni el hospital de NYU ni Bellevue recibieron esas órdenes. Según cuenta Oshinsky en su libro, después de la terrible experiencia de algunos hospitales en Nueva Orleans durante el huracán Katrina, Bellevue realizó mejoras en su sistema de generadores. En el sótano se encontraban los aparatos que contenían la gasolina utilizada por dichos generadores, situados en la planta decimotercera. Estos aparatos, junto con el combustible, fueron protegidos con unas compuertas parecidas a las utilizadas por los submarinos para, de esta manera, impedir cualquier problema en el improbable caso de que los sótanos se inundaran.

Mi hermano Diego vivía en Manhattan, así que el lunes 29 me fui con él a su casa. A pesar de la ansiedad que nos provocaba la alarma ante la inminente tormenta, tengo incluso buenos recuerdos de aquella noche, pues compramos

linternas y cenamos juntos. Aunque la lluvia y los fuertes vientos iban en aumento, conseguimos dormir algunas horas, intentando sobrellevar la inquietud que nos producía el hecho de que mi hermana menor se hubiese quedado en Brooklyn con unos amigos.

El huracán Sandy llegó a Nueva York una noche de luna llena y marea alta, lo que provocó que el nivel del mar se elevara algo más de cuatro metros. Con los sótanos completamente inundados, el hospital de NYU decidió evacuar esa misma noche; más de trescientos pacientes fueron trasladados a otros centros. En Bellevue se apagaron las luces durante unos minutos antes de las nueve de la noche; sin embargo, unos segundos más tarde los generadores se encendieron para alivio de todos los que se encontraban allí. La cantidad de agua que había entrado en el hospital era inmensa, y las compuertas submarinas empezaron a fallar. Sin gasolina, los generadores dejarían de funcionar en pocas horas. Después de media noche, los militares llegaron al hospital en un camión en el que transportaban casi diez mil litros de combustible. Los soldados, junto con los voluntarios, comenzaron a formar una fila para subir garrafas de veinte litros a la planta decimotercera y, de esa manera, mantener los generadores en funcionamiento. Por mi parte, llegué al hospital el martes muy temprano. Mi hermano me acompañó hasta la puerta. La ciudad estaba vacía y en algunas calles el agua nos llegaba por las rodillas. La orden de evacuación ya se había activado. Los ascensores no funcionaban y la entrada del hospital se hallaba a oscuras. Nunca olvidaré el momento en que, junto con una compañera y amiga psicóloga, subí las escaleras hasta la planta decimonovena. Mientras lo hacíamos, ayudadas por linternas, nos cruzábamos con pacientes y con personal del hospital que estaban siendo evacuados por la misma escalera. Aquello resultaba surrealista.

La planta decimonovena se encontraba casi sin iluminación; una luz tenue

dentro de las unidades permitía ver a los pacientes. Por la tarde, el agua y los teléfonos dejaron de funcionar y las puertas de seguridad, que normalmente se abren de manera automática, ya solo podían hacerlo si los oficiales de prisiones las activaban de forma manual. Los baños también quedaron fuera de servicio. Un olor intenso inundaba toda la planta. Los pacientes comenzaron a ponerse nerviosos, ya que algunos habían oído que el hospital estaba siendo evacuado. A pesar de que la jefa del departamento había realizado varias llamadas para poder trasladarlos, ningún otro centro hospitalario de la ciudad estaba equipado o dispuesto a recibirlos. Si bien identificamos a algunos pacientes que se encontraban lo suficientemente estables como para ser dados de alta y enviados a la cárcel, aún quedaban otros que necesitaban atención sanitaria urgente. Sin saber lo que iba a pasar con ellos, un extraordinario equipo de enfermeros, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales trabajaron día y noche durante las siguientes setenta y dos horas, mientras procuraban mantener la calma en las unidades, sabiendo que ni siquiera los sistemas de emergencia funcionarían en caso de que se generara alguna situación violenta. Sorprendentemente, incluso los pacientes considerados de más alto riesgo permanecieron en calma. Mi memoria de esos días se encuentra muy fragmentada.

Por fin los puentes se volvieron a abrir y conseguí llegar a casa y dormir algunas horas. Estábamos todos muy cansados y a medida que el tiempo pasaba nuestra preocupación iba en aumento, ya que, excepto la unidad forense, el hospital se vaciaba de pacientes. Fue entonces cuando un hospital forense que se encontraba a cinco horas de la ciudad aceptó hacerse cargo y recibirlos. De este modo, la madrugada del jueves bajaron todos esposados, casi a oscuras, las diecinueve plantas del Bellevue para subir a un autobús que los llevaría al otro centro. Cuando llegué al hospital esa mañana, los internos ya no estaban. Aquella sería la primera vez, en sus más de

trescientos años de historia, que el Bellevue cerraría sus puertas. Más de setecientos pacientes habían sido evacuados gracias al indescriptible esfuerzo de miles de empleados y voluntarios del hospital. Permanecí de pie con mis compañeros observando las unidades vacías; había una calma sobrecogedora. Aquel también sería mi último día de trabajo en el centro, pues antes de que el huracán Sandy llegara a la ciudad ya había decidido embarcarme en otra aventura profesional. Así, tres meses más tarde, cuando se reabrieran sus puertas, yo ya no estaría en Bellevue.

Estoy y estaré eternamente agradecida a este hospital por haberme formado como psicóloga, haberme inculcado los valores de la salud pública, que no siempre representan la norma en este país, y, sobre todo, por la inquebrantable amistad que entablé con muchas de las personas con las que compartí aquellas experiencias.

Los casos clínicos presentados en el primer capítulo, así como algunos de los pacientes que menciono en «Confesiones», «Psicopatía» y «Aislamiento» (capítulos 2, 5 y 8 respectivamente), corresponden a personas a las que atendí a lo largo de los años que pasé en Bellevue. Durante mi año de residencia, el paciente que presento en «Empatía» (capítulo 3) estaba ingresado en un hospital psiquiátrico forense donde se encuentran las personas inimputables. Este centro se halla afiliado a NYU para poder proporcionar a los residentes en psiquiatría y psicología otra oportunidad de formación.

Al acabar el doctorado en el año 2009, comencé a trabajar en un programa de alternativas al encarcelamiento. A pesar de que la enfermedad mental por sí sola no representa un factor de riesgo significativo para el comportamiento violento o la criminalidad, el porcentaje de internos que padecen una enfermedad mental en las instituciones penitenciarias de casi todo el mundo es muy elevado, especialmente cuando se compara con la prevalencia de la enfermedad mental en el resto de la sociedad. En Estados Unidos, más de

setecientas mil personas con trastorno mental grave son admitidas cada año en centros penitenciarios de todo el país.^[2] Es lo que algunos han llamado la «criminalización» de la enfermedad mental. Las razones que explican dicho fenómeno son de orden multifactorial. Por un lado, algunos enfermos mentales son vulnerables a otros factores de riesgo que acaban por conducirles a cometer delitos; en este sentido, la marginación social que a veces resulta del estigma que acarrearán estas enfermedades, la falta de tratamientos adecuados en la comunidad o el abuso del alcohol o las drogas pueden aumentar el riesgo de criminalidad o violencia. Algunos autores también han apuntado al fenómeno de la desinstitucionalización como teoría explicativa. En los años sesenta y setenta, en Europa y Estados Unidos, un alto porcentaje de pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos (los antiguos manicomios) fueron dados de alta como resultado de los oportunos cambios llevados a cabo en la legislación que protegían las libertades individuales de los enfermos mentales, muchos de los cuales habían permanecido ingresados en hospitales durante años en contra de su voluntad. Este cierre masivo de camas psiquiátricas, sin embargo, no fue acompañado de una mejora de las redes de apoyo y el tratamiento ambulatorio adecuados en las comunidades a las que dichas personas regresaron, ni tampoco se proporcionó a las familias los recursos suficientes. Esta teoría sostiene que los hechos mencionados llevaron a que muchas personas con enfermedad mental terminaran en la indigencia, lo que aumentó las posibilidades de que fueran arrestadas. En resumen, se trató de una «transinstitucionalización», es decir, de un traspaso de personas con diagnósticos psiquiátricos de los hospitales a las cárceles. En Estados Unidos, el número de internos que padecen una enfermedad mental o trastornos relacionados con el uso de drogas y alcohol también aumentó como resultado del fenómeno de la encarcelación masiva que se produjo en los años ochenta. Para intentar paliar

semejante problema, a finales de los noventa se implementaron programas que permitían a algunos detenidos que presentaban trastornos motivados por el uso de sustancias o enfermedad mental recibir supervisión y tratamiento en la comunidad, como alternativa a las medidas de privación de libertad. Estos programas incluían juzgados especializados que se habían creado en el marco de la «justicia terapéutica», una teoría legal surgida a principios de los años noventa[3] que se centra en el impacto que la ley puede tener en el estado emocional y psicológico de las personas, y que propone que esta pueda ser utilizada como agente terapéutico en algunas circunstancias.

Antes de empezar el doctorado, trabajé durante dos años en Brooklyn, en uno de estos juzgados especializados en detenidos con enfermedad mental. Regresé años más tarde, aunque en esta segunda ocasión como directora clínica. Mi trabajo consistía primordialmente en realizar valoraciones de riesgo de violencia de los candidatos a participar en estas medidas alternativas a la encarcelación. El caso clínico incluido en el capítulo 4 («Peligrosidad») proviene de dicha experiencia.

Algunos de los otros expuestos también provienen de mi práctica privada en evaluación forense. El sistema jurídico adversarial estadounidense se traduce en que prácticamente todos los peritajes sean por partes. Durante años, abogados defensores o fiscales de la ciudad me han contratado para realizar evaluaciones psicológico-forenses en tribunales penales, civiles o de inmigración. El segundo caso que se describe en «Confesiones» (capítulo 2), el principal caso clínico de «El trauma» (capítulo 6), así como los dos planteados en «Delincuentes sexuales» (capítulo 7) provienen de este ámbito de trabajo.

Finalmente, el último capítulo de este libro («Supervisión») aborda algunas de mis experiencias trabajando en Rikers Island, una cárcel con aproximadamente ocho mil presos, la mayoría de los cuales son preventivos.

Esta institución no solo es la segunda más grande del país, sino que además presenta un número tan elevado de internos con enfermedad mental que ello la convierte, junto con la de Los Ángeles y la de Chicago, en una de las tres cárceles con más pacientes psiquiátricos del país. Tras pasar años, tanto en Bellevue como en los juzgados de salud mental, en contacto con personas que habían permanecido tiempo en Rikers Island, trabajar en esa cárcel ha sido una manera de cerrar el círculo. Esta oportunidad surgió tras un cambio acaecido en la administración de esta institución penitenciaria y fue liderado por el alcalde de la ciudad. Mientras escribo estas líneas me encuentro todavía en este lugar de trabajo y, aunque los desafíos son incontables, también lo son las satisfacciones.

Siguiendo el código deontológico que rige mi práctica clínica y forense, y para proteger la privacidad de todas las personas descritas en este libro, toda información que pudiera identificarlos ha sido modificada. Algunos de los casos expuestos incluyen datos pertenecientes a más de una persona. La única excepción la constituye el primer caso presentado en el capítulo 2 («Confesiones»), en el que se ha mantenido el nombre real del acusado. Sin embargo, no he incluido ninguna información sobre este caso que no fuera la publicada por la prensa. Asimismo, obtuve gran parte de la información sobre los casos de las notas que tomé durante las entrevistas. En otras ocasiones, la información se ha reconstruido en función de mi memoria y, por lo tanto, puede que no se ajuste completamente a la realidad. Me gustaría aclarar que las opiniones expresadas a lo largo de estas páginas son personales, y que no reflejan necesariamente el punto de vista de las instituciones mencionadas para las que he trabajado o trabajo en la actualidad.

Mi propósito principal al escribir este libro ha consistido en centrar la atención en las historias descritas, así como en la complejidad del comportamiento criminal y de la práctica de la psicología forense. Sin

embargo, no he podido evitar incluir algunas experiencias personales. Con frecuencia, los profesionales de la salud mental que trabajan en el campo forense se enfrentan a dilemas éticos y morales. Si bien utilizar tratamientos y procedimientos de evaluación psicológica basados en la evidencia constituye un objetivo necesario de la psicología en general y de la psicología forense en particular, aun así los recursos dedicados a la investigación y la práctica en este contexto son limitados y, a menudo, se adjudican de manera reactiva basándose en eventos susceptibles al sensacionalismo y no en la opinión de expertos o científicos. El desgaste emocional resulta casi inevitable.

En mi caso, escribir este libro ha sido terapéutico, pues ha representado una forma de ordenar mi pensamiento y mis emociones tras una experiencia profesional en ocasiones muy difícil. Deseo y espero profundamente que su lectura sirva a otros de la misma manera que a mí me sirvió escribirlo. Aunque el principal objetivo de los psicólogos forenses no siempre consiste en mejorar la salud mental de quien tiene ante sí en su trabajo, nuestro lugar en la sociedad y en los distintos ámbitos de actuación nos sitúa en una posición privilegiada para contribuir a una sociedad más justa. ¡Vale la pena el esfuerzo!

Espero no volver a verte

El paciente fue ingresado anoche procedente de Rikers Island después de que otro interno lo encontrara en su celda con una sábana al cuello, colgando de una tubería del techo. Varón afroamericano de treinta años, acusado de intento de asesinato en segundo grado, tras presuntamente haber apuñalado en diez ocasiones a su hermano. Diagnosticado con trastorno esquizoafectivo y con dependencia al cannabis, con cinco hospitalizaciones previas por intento de suicidio y delirios paranoides.

Todas las mañanas a las nueve el equipo médico se reúne y una de las enfermeras presenta el parte sobre los pacientes que han ingresado durante la noche anterior: los que vienen de la cárcel local (Rikers Island) y los recién arrestados por la policía de Nueva York (el NYPD). Este parte lo recibí a principios de noviembre de 2011, cuando llevaba dos meses trabajando en la unidad de psiquiatría forense del hospital Bellevue. No tenía nada de particular, excepto que el nombre del paciente me resultaba muy familiar: Henry.

Cuando conocí a Henry, él tenía veinte años. Afroamericano, alto y delgado, vestía ropa de marca, de pies a cabeza, gorra incluida. Yo tenía veinticinco, acababa de terminar un máster en psicología forense y llevaba solo un mes trabajando para el Brooklyn TASC, un programa de la Corte Suprema de Brooklyn que ofrece una alternativa al encarcelamiento para detenidos con enfermedad mental. A Henry lo habían arrestado por posesión de una cantidad elevada de marihuana. Como no tenía antecedentes, el fiscal

le ofreció un acuerdo según el cual si se declaraba culpable tendría acceso a un año de tratamiento bajo nuestra supervisión, no tendría que abandonar su comunidad y evitaría el encarcelamiento. Como parte del trato, si faltaba a sus sesiones de terapia o usaba cualquier tipo de droga, el juez podría revisar el acuerdo y sentenciarlo con una pena de hasta dos años de cárcel. Henry podía acogerse a este trato porque había sido diagnosticado con un trastorno depresivo mayor de tipo moderado y abuso de cannabis. Como forense encargada del caso, mi trabajo consistiría en verlo todas las semanas, asegurarme de que no faltara a ninguna de sus citas, e ir al juzgado una vez al mes para dar el parte al juez sobre su evolución.

Henry nació en Brooklyn. Su madre emigró ilegalmente a Nueva York con diecinueve años, procedente de Trinidad y Tobago; trabajó sin contrato en distintas fábricas de ropa de New Jersey y, unos dos años más tarde, se casó con un afroamericano de Brooklyn. Henry era el pequeño de tres hermanos y tenía pocos recuerdos de su padre. Me contó que este era adicto al crack, pegaba a su madre y, cuando él tenía unos siete años, se había ido de casa y no había vuelto nunca más. A pesar de eso, su madre había trabajado «día y noche, siete días a la semana» para sacar adelante a sus hijos, y los tres habían llegado a la universidad. Henry estaba en su primer año de carrera y se sentía muy orgulloso de ello. Con frecuencia me enseñaba sus notas y también las canciones de rap que escribía; incluso una discográfica local le había publicado un CD con sus canciones. A mí nunca me pareció deprimido, pero lo cierto es que su madre me había contado que, aproximadamente tres meses antes de su arresto, Henry empezó a decir que estaba triste, se encerraba en su cuarto días enteros y faltaba a clase. Un día, se negó a salir de su habitación y su madre llamó al 911, el teléfono de emergencias de la ciudad de Nueva York. Una ambulancia llegó y lo trasladaron a un hospital cercano, donde estuvo tres días internado en la unidad de urgencias

psiquiátricas. Le dieron el alta con un diagnóstico de depresión inducida por el cannabis. Generalmente, es difícil hacer diagnósticos psiquiátricos cuando los pacientes están consumiendo drogas, pues estas pueden inducir síntomas muy parecidos a los que producen las enfermedades mentales: paranoias, delirios, depresión, manía, etcétera. Así que muchas veces no queda más remedio que esperar y observar al paciente durante un periodo largo de abstinencia para poder realizar un diagnóstico.

Henry era mi usuario favorito, y lo llamo «usuario» porque en aquel entonces yo no era doctora y por lo tanto, técnicamente, él no era mi paciente. En Estados Unidos hay unas normas bastante estrictas al respecto, y no se te considera psicóloga hasta que haces el doctorado. Mi trabajo consistía en asegurarme de que no violara las condiciones de su puesta en libertad. Sin embargo, lo veía todas las semanas y hablábamos durante al menos una hora. En aquel entonces, yo supervisaba unos veinticinco casos, pero a él lo recuerdo mucho mejor que al resto. Henry tenía muchas ambiciones; quería graduarse, trabajar, sacar a su madre del *hood* (el barrio), ser rapero, casarse y, sobre todo, no parecerse a su padre. Mantenía una buena relación con sus hermanos, que, de vez en cuando, acudían al juzgado con él.

Los primeros seis meses transcurrieron sin problemas, hasta que, un día, su prueba de orina dio positivo en el consumo de marihuana. Henry podía ir a la cárcel un año si no cumplía con todas las condiciones de su puesta en libertad, incluyendo la abstinencia total de estupefacientes. La primera vez, el juez lo pasó por alto. A pesar de incontables conversaciones acerca de la importancia de su privación, Henry siguió fumando y al tercer positivo el juez lo ingresó en la cárcel. Las cosas han cambiado mucho desde entonces en estos juzgados especializados, y actualmente, muchos jueces utilizan una aproximación menos estricta hacia el uso de sustancias, sobre todo el cannabis. Era su primera vez encarcelado y estaba aterrorizado. Yo me

encontraba en el juzgado con él y recuerdo su expresión de miedo y confusión, mientras los oficiales de la corte lo esposaban. Después de años de ver a pacientes ingresar en la cárcel, hoy conozco bien esa expresión, pero, en aquel entonces, me quitó el sueño durante varias noches. Aproximadamente una semana más tarde lo fui a visitar para hacer una reevaluación e intentar convencer al juez con argumentos clínicos de que Henry merecía otra oportunidad.

Rikers Island es la cárcel preventiva de la ciudad de Nueva York. Se encuentra entre las tres más grandes del país. En aquel entonces había unos doce mil presos. Actualmente la población se ha reducido y hay unos ocho mil, con alrededor de diez mil funcionarios de prisiones. Está localizada en una isla de unos 1.680 kilómetros cuadrados entre Queens y el Bronx, justo frente al aeropuerto LaGuardia, a la que solo se accede a través de un puente que conecta con Queens. Según me contó un funcionario de prisiones, en 1957, un avión de la aerolínea Northeast se estrelló en mitad de la cárcel al poco de despegar. Veinte pasajeros murieron y setenta y ocho resultaron heridos. Tras el accidente, empleados del centro penitenciario y unos sesenta internos acudieron al auxilio de las víctimas. El gobernador de entonces puso en libertad a treinta de los presos que ayudaron a los pasajeros.

La isla alberga quince edificios, aunque actualmente solo nueve se utilizan como cárceles. La mayoría de personas con enfermedades mentales se encuentra en Anna M. Kross Center (AMKC), un edificio que tiene capacidad para unos dos mil quinientos presos. Cuando el juez encarceló a Henry, hicimos una llamada al departamento de salud mental de la cárcel para avisarlos de que el preso tenía un historial psiquiátrico y, de esta manera, conseguir que ingresara en el AMKC, donde por lo menos podría seguir tomándose su medicación y quizá incluso asistir a terapia de grupo. La única forma de llegar al penal es mediante un autobús que cruza el puente y pasa

por los distintos edificios. Fui a visitar a Henry en invierno, en uno de esos días típicamente neoyorquinos de temperaturas bajo cero y vientos casi huracanados. La espera del autobús se me hizo eterna. Esa sería mi primera visita a Rikers Island.

Después de atravesar los largos controles de seguridad, por fin pasé a sentarme en una sala para esperar a Henry. La habitación era pequeña, con techos bajos, luz fluorescente muy intensa y un olor que podría situarse entre el detergente de ropa y la comida mala. Creo que en aquel momento decidí que nunca trabajaría en una cárcel. Sin embargo, años más tarde, tras la evacuación de Bellevue que siguió al huracán Sandy, terminaría volviendo a Rikers Island durante tres meses, concretamente al AMKC, el mismo edificio donde me senté a esperar a Henry. Después de unos quince minutos, por fin apareció Henry por la puerta vestido con un mono naranja oscuro y las letras DOC (Department of Corrections) marcadas en la espalda. Su cara estaba demacrada, había adelgazado. «Por favor, sácame de aquí», fueron sus primeras palabras. Tenía un hematoma en la frente y me contó que otro preso le había dado una paliza en el autobús que lo trasladó del juzgado a la cárcel.

De regreso a Queens, me fijé en un par de aviones que despegaban del aeropuerto de LaGuardia y sobrevolaban Rikers Island. Resulta paradójico que un aeropuerto, probablemente uno de los mayores símbolos de la libertad, se halle tan cerca de una cárcel. A la semana siguiente, durante una audiencia, le expliqué al juez que el programa quería darle otra oportunidad a Henry, que esta vez lo supervisaríamos más de cerca y que tendría que acudir a mi oficina no una, sino dos veces a la semana. Unos diez días más tarde, Henry fue puesto en libertad en el juzgado. Iba vestido con unos pantalones vaqueros y una camiseta de unas cinco tallas más que la suya. Esta ropa se la dan a los presos en la penitenciaría cuando deben ir al juzgado y no tienen nada que ponerse. Llevaba en los brazos una bolsa de cartón con las pocas

posiciones que había llevado a la cárcel. Si te sientas en las escaleras de cualquier juzgado de Nueva York, siempre verás a alguien saliendo con una de esas bolsas marrones de cartón, lo que inmediatamente los identifica como presos que acaban de ser puestos en libertad. Henry tenía los ojos iluminados y estaba entusiasmado. Por lo menos ya sabía lo que le esperaba si no cumplía con todas las normas impuestas por el juez. Al año siguiente seguí trabajando con él. Nunca volvió a reincidir y acudió a todas y cada una de sus citas, ya fuera con su terapeuta, con su psiquiatra, con el juez o conmigo. Durante ese tiempo regresó a la universidad y empezó a salir con una compañera de clase. Aproximadamente un par de meses antes de la fecha planeada para la clausura de su caso, Henry me contó que su novia se había quedado embarazada y que habían decidido tener el hijo. En aquel momento precisamente comencé a notar algunos comportamientos extraños. Sus emociones a veces resultaban incongruentes con el contenido de nuestras conversaciones; por ejemplo, se reía cuando hablábamos de algo triste o viceversa. También empezó a obsesionarse con unas teorías que él llamaba «cósmicas» y que, por más que intentaba explicarme, yo no lograba encontrarles ningún sentido. Ahora, mirando atrás y con muchos más años de experiencia y formación, veo claro que Henry estaba pasando por lo que en psiquiatría llamamos «fase prodrómica» de la esquizofrenia. Esta fase es la que precede al desencadenamiento de la enfermedad. No es claramente identificable en todos los enfermos de esquizofrenia, pero, por lo general, antes de la primera crisis se pueden observar cambios en la conducta como, por ejemplo, comportamiento excéntrico, obsesión excesiva con algún tema en particular, nerviosismo, aislamiento social, pérdida de apetito o dificultad para dormir o concentrarse. En el expediente de Henry no constaba que nadie de su familia sufriera o hubiera sufrido de esquizofrenia, y el psiquiatra que le recetaba la medicación antidepresiva atribuyó este comportamiento extraño al

estrés relacionado con la anticipación del final de su proceso judicial.

Los juzgados de salud mental constituyen un lugar especializado en el que el juez está formado en temas que se relacionan con la salud mental y las drogadicciones, y hay un solo fiscal asignado a todos los casos. Se crearon a principios de la década de 1990 en Estados Unidos como respuesta al desbordamiento de enfermos psiquiátricos ingresados en las cárceles del país. El ambiente en el juzgado es mucho menos adversarial de lo que generalmente es el sistema jurídico estadounidense. Cuando los participantes terminan el periodo de tratamiento obligatorio, se celebra una graduación en la que se les entrega un diploma. Henry se había vestido con traje de chaqueta y fue la primera vez que lo vi con corbata. Me había dicho que quería estar elegante para el juez y para empezar su nueva vida; una vida sin drogas, sin juzgados y sin cárceles. Su madre, sus hermanos y su novia, en avanzado estado de gestación, acudieron a la graduación. Cuando salíamos del juzgado, Henry me dio un abrazo por primera vez, y mientras me guiñaba un ojo me dijo: «Espero no verte nunca más, Virginia».

Diez años más tarde, se me encogió el estómago al escuchar a la enfermera pronunciar su nombre y recuerdo haber deseado con fuerza que aquello fuese simplemente una coincidencia. ¿Intento de asesinato? ¿Múltiples hospitalizaciones por esquizofrenia?

Después de recibir el parte de enfermería, los pacientes nuevos se dividen y son asignados a alguno de los psiquiatras o psicólogos, que son quienes hacen la entrevista de admisión y deciden si el paciente necesita quedarse en el hospital. Si los síntomas no son lo suficientemente agudos, se les da el alta y regresan a la cárcel o van a ver a un juez, siempre que sean casos bajo custodia del NYPD. Aquel día yo pedí evaluar a Henry, aunque todavía albergaba la esperanza de que no fuera quien yo creía. Como Bellevue es un hospital universitario afiliado a la Universidad de Nueva York, las entrevistas

de admisión las suelen realizar los estudiantes de psicología o los residentes de psiquiatría bajo nuestra observación y supervisión. Ese día, una de mis estudiantes de psicología condujo la entrevista en presencia del equipo, formado por una trabajadora social, una psiquiatra y yo. Después de la reunión nos dirigimos a la habitación que le había sido asignada a Henry. Se trata de una estancia que tiene dos camas, aunque solo una estaba ocupada; en ella yacía el paciente completamente cubierto por una sabana. Toqué la puerta varias veces, pero este no se despertó, así que avisé a uno de los guardias de seguridad para que entrara conmigo a la habitación. Me acerqué a su cama y le toqué el hombro; el paciente se quitó la sábana de la cara y me miró de reojo. Era Henry, pero en lugar de treinta años parecía que tuviera cincuenta. Había engordado muchísimo, probablemente como resultado de diez años de medicación con antipsicóticos, y tenía una profunda expresión de sufrimiento en el rostro, expresión que por entonces yo ya había visto muchas veces. Me presenté y le pedí que viniera con nosotros a una de las salas donde se realizaban las evaluaciones. Se levantó sin decir nada y nos siguió por el pasillo. Se trata de una estancia pequeña, con una mesa rodeada de sillas. Se sentó nada más entrar en la sala, como si apenas tuviera energía para andar. Por razones de seguridad, en la unidad forense los pacientes tienen que estar lejos de la puerta, y la persona que conduce la entrevista, lo más cerca posible por si han de salir en caso de emergencia; así que le pedí que se levantara y se sentara al otro lado de la mesa. En ese momento me miró fijamente, como si de pronto me hubiera reconocido.

Henry parecía profundamente deprimido. Resultaba difícil mantener una conversación con él porque hablaba bajo, despacio y tardaba en contestar, le costaba. Es lo que en psiquiatría llamamos «inhibición del pensamiento» o «bradipsiquia», y es muy típico en los trastornos depresivos. Se produce una lentitud en los procesos psíquicos que se manifiesta como un aumento del

periodo de latencia entre las preguntas y respuestas, así como de retardo en la asociación de ideas. Henry también sufría de trastornos del curso del pensamiento, que son característicos de la esquizofrenia. Presentaba dificultad para organizar los pensamientos en una secuencia lógica; a menudo perdía el hilo o contestaba a las preguntas con respuestas irrelevantes.

Lo habían arrestado en el año 2009, después de apuñalar varias veces a su hermano y herir a su madre cuando ella intentaba separarlos. Su hermano no había muerto, pero estuvo en coma varios meses y había sufrido daños graves en varios órganos vitales. Según me contó ella más tarde, aproximadamente doce meses después de la última vez que lo vi, Henry comenzó a decir cosas sin sentido y a creer que lo perseguían. Un día cerró todas las puertas con llave para no dejar salir a nadie; creía que alguien venía a llevarse a su hija para abusar de ella y matarla. Su madre llamó a la policía y Henry fue hospitalizado. Esa fue la primera de unas diez hospitalizaciones hasta su arresto. La descripción realizada por su madre coincidía con un proceso típico de las familias de enfermos mentales sin recursos: años de miedo y de desesperación, de peleas con los hospitales (que le daban el alta de manera prematura), sumado todo ello a un hijo sin ninguna introspección en su enfermedad, que dejaba de tomarse la medicación porque le engordaba y porque realmente no le encontraba ninguna utilidad. Durante años, los delirios de Henry giraron en torno a su hija y al secuestrador desconocido. Un día, ese desconocido se convirtió en su hermano. Cuando ocurrió el incidente, el hermano de Henry tenía a la niña sentada sobre sus piernas; convencido de que abusaba de ella, Henry fue a la cocina, agarró un cuchillo, se aproximó a su hermano por la espalda y empezó a apuñalarlo mientras su hija lo miraba aterrorizada. Una de mis compañeras trabajaba en Bellevue cuando Henry fue ingresado tras su arresto, y me contó que, después de varios días de tratamiento agresivo con inyecciones, los síntomas psicóticos empezaron a

remitir y Henry comenzó a darse cuenta de lo que había hecho. Una prima fue a visitarlo a la semana y le dijo que su hermano estaba en coma. Ese día, Henry intentó suicidarse en la unidad forense.

La unidad forense es un organismo para pacientes en estado agudo, lo que significa que una vez que los síntomas más graves se hallan bajo control y el paciente no corre riesgo inminente de hacer daño a otras personas o a ellos mismos, les dan de alta. Sin embargo, a diferencia de cualquier unidad de psiquiatría civil, estos pacientes no vuelven a sus casas; se les da el alta y van a la cárcel, probablemente el peor lugar que cualquiera pueda concebir para un enfermo mental. A lo largo de los tres años transcurridos desde su arresto, Henry había estado en Bellevue unas ocho veces, siempre durante periodos inferiores a un mes. Lo trataban con medicación y, cuando dejaba de hablar un poco de sus delirios, su pensamiento se volvía más organizado y tenía suficiente energía como para ducharse y comer tres veces al día, se le daba el alta y regresaba a la cárcel.

Si un paciente no quiere tomarse la medicación y los doctores determinan que el trastorno psiquiátrico está impidiendo que afronte una decisión racional e informada y que sin la medicación hay un peligro inminente de daño a otros o a sí mismo, se le puede obligar a tomarla en contra de su voluntad si se dispone de una orden judicial. En la mayoría de los hospitales, el paciente es trasladado a un juzgado, donde se celebra una audiencia en presencia de un abogado que representa al paciente y otro que representa al hospital, además de un psiquiatra que testifica. Bellevue es un centro tan grande y con tantas unidades de psiquiatría, aparte de la forense, que transportar a todos los pacientes a un juzgado resultaría demasiado caro. Así pues, se construyó un juzgado dentro del propio hospital, en la planta decimonovena, donde se encuentra la unidad forense; de esa manera, el único que debe trasladarse es el juez.

A Henry lo llevaron a ese juzgado en numerosas ocasiones. Siempre que iba entraba en cólera y gritaba cosas sin sentido para intentar defender su derecho a no tomarse la medicación. En todas las ocasiones el juez decidía a favor del hospital, comenzando así una ardua fase en la que había que sujetarlo con la ayuda de varias personas para administrarle inyecciones de antipsicóticos, porque él siempre se negaba a ingerir las pastillas a pesar de la orden judicial. Una vez que la medicación surtía efecto, comenzaba a tomarla sin necesidad de recurrir a la fuerza. Sin embargo, en la cárcel no se puede obligar a ningún preso a medicarse, así que Henry siempre dejaba de tomársela en Rikers Island, donde entraba de nuevo en episodios psicóticos o depresivos agudos. Entonces intentaba suicidarse o agredir a alguien, lo cual precipitaba de nuevo su traslado a Bellevue.

La única imagen que se me pasaba por la cabeza mientras lo entrevistábamos en su novena admisión a Bellevue era la de Henry vestido de manera impecable, sonriendo cuando recogía su diploma y todos aplaudíamos mientras su hermano lo abrazaba. Me encontraba paralizada y no dije nada durante la evaluación, ni siquiera para guiar a la estudiante que hacía las preguntas.

Henry había mantenido la cabeza baja durante la hora y media que duró su evaluación. Sin embargo, de vez en cuando levantaba los ojos para mirarme de nuevo, como si me reconociera. Al finalizar, la estudiante le preguntó si tenía alguna duda o si quería consultarnos algo. En ese momento, Henry me volvió a mirar y me preguntó por mi nombre; yo me había presentado como la doctora Barber. En la unidad forense de Bellevue hay unas normas muy estrictas con respecto a la privacidad. Básicamente, lo único que un paciente puede saber sobre ti es tu apellido. En esa ocasión, sin embargo, decidí darle mi nombre. Henry sonrió por primera vez y dijo: «Sabía que eras tú, Virginia; pensaba que a estas alturas ya habrías vuelto a España». Tuve que esforzarme

mucho para contener las lágrimas. Pedí al equipo que saliera de la habitación y me dejara a solas con él. Es bastante complicado en una unidad como esa tener privacidad, ya que, por razones de seguridad, siempre tienes que estar a la vista de un guardia y ninguna de las puertas se puede cerrar. Dejé la puerta entreabierta y me senté con él. Henry empezó a hablar sin parar intentado contarme los últimos años de su vida y lo que había pasado con su hermano. Sus frases eran a menudo incoherentes e inconexas. Lloraba cuando me contaba que había acuchillado a su hermano pero, al mismo tiempo, me transmitía la angustia de no haber podido proteger a su hija de los abusos sexuales de varios hombres. Tenía la certeza de que esos abusos se habían producido. Yo seguía paralizada y muy confundida en cuanto a mi rol en una situación semejante. Por un lado, quería abrazarlo y decirle que todo se iba a arreglar; por otro, sabía que eso no era cierto y, como su doctora, no era mi papel, por lo menos de manera inmediata, consolarlo, sino más bien evaluar el peligro inminente y decidir si lo admitíamos o no. Al cabo de unos veinte minutos, Henry me dijo que quería que lo ayudara a morir. No era la primera vez que un paciente me pedía algo así, pero eso es algo a lo que nunca te acostumbras. Me decía que nunca iba a perdonarse las heridas de su hermano, ni el hecho de no haber podido proteger a su hija. Aseguraba que sabía que le esperaban muchos años de cárcel, que su vida ya no tenía sentido. No estaba tan desconectado de la realidad.

La decisión sobre su admisión parecía fácil: Henry presentaba síntomas agudos y su riesgo de suicidio era elevado. El ingreso estaba justificado. La siguiente cuestión era: ¿qué podíamos hacer durante aquel ingreso que el equipo médico no hubiera intentado ya? Como Henry mostraba un alto grado de desorganización en su pensamiento, el único tratamiento que había recibido hasta ese momento era el psicofarmacológico. Es muy difícil, si no imposible y a veces contraindicado, utilizar la psicoterapia con pacientes que

presentan lenguaje y pensamiento desorganizados. En esa ocasión, sin embargo, decidimos intentarlo. Aunque probablemente no fue la mejor elección, dado el nivel de involucración que tenía con el caso, preferí ser yo la que intentara la terapia. Así empezó un difícil proceso de tratamiento de diez meses, una de las admisiones más largas en Bellevue, donde la media de días de ingreso en la unidad forense ronda los veintiún días.

Para diagnosticar trastornos psiquiátricos, los profesionales de salud mental en Estados Unidos utilizan el sistema americano de clasificación psiquiátrica o manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM, por sus siglas en inglés)[1]. Este sistema de clasificación psiquiátrica está lejos de ser perfecto, pero entre otras cosas, si es utilizado correctamente, nos provee de un lenguaje común. Henry había recibido un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Este se diagnostica cuando hay una coincidencia de síntomas de un trastorno del estado de ánimo (un episodio maníaco o depresivo mayor) y síntomas esquizofrénicos (ideas delirantes y/o alucinaciones). La comorbilidad/coincidencia entre la esquizofrenia y el trastorno depresivo es elevada. Aunque depende de los estudios, se calcula que aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia sufrirán un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida.[2] Los intentos de suicidio también son relativamente habituales en ellos: se calcula que entre un 20 y un 40 por ciento lo intentan, y entre un 5 y un 15 por ciento lo logran.[3] Resulta complicado saber si los dos comparten algo de la predisposición genética, o si el diagnóstico esquizofrénico con todo lo que conlleva de angustia, ansiedad, confusión y estigma, entre otros muchos factores, desencadena la depresión. Esta comorbilidad, sin embargo, es distinta al trastorno esquizoafectivo. En este caso, los síntomas tienen que darse al mismo tiempo. Tras meses de tratar a Henry, decidí que su

diagnóstico no era este último. Una vez que la medicación antipsicótica comenzaba a hacer efecto, aparecían los síntomas depresivos más agudos. Para mí quedó claro que en el momento en que su pensamiento se organizaba y se convertía en lógico y coherente, también la claridad sobre su situación aumentaba, lo que desencadenaba el proceso depresivo. Sin embargo, cuando Henry se encontraba con síntomas psicóticos agudos, que en su caso incluían delirios de persecución además de los abusos sexuales de su hija, y un proceso de pensamiento completamente desorganizado, su estado no era depresivo e incluso a veces se reía. Y esta era la encrucijada: cuanto más medicábamos sus síntomas psicóticos, más se deprimía, hasta el punto de que un día dejó de comer y de levantarse. Las sesiones de terapia las hacía a pie de cama e incluían largos periodos de silencio. Al cabo de varias semanas sin comer, Henry había perdido tanto peso que fue trasladado a la unidad médica forense (19 Sur), en la misma planta que la psiquiátrica. Allí iba todos los días a verlo.

Cuando eres psicóloga en una unidad forense, es imprescindible trabajar con un buen equipo y, sobre todo, con un/a buen/a psiquiatra que te escuche. Yo he tenido mucha suerte porque en la unidad forense de Bellevue realmente se trabaja en equipo. Cada paciente tiene adjudicado a un doctor principal (psiquiatra o psicólogo) que es el que toma las decisiones importantes. Cuando Henry hubo recuperado algo de peso, decidimos disminuir la dosis de antipsicóticos para rebajar el riesgo de suicidio. Esta no constituye una práctica muy frecuente y muchos psiquiatras estarían en desacuerdo; sin embargo, Henry no respondía a ninguno de los ensayos con antidepresivos o estabilizadores del ánimo que se le recetaban junto con los antipsicóticos, así que nos vimos en la situación de decidir a qué le dábamos más peso: si a la sintomatología psicótica o la depresiva. Aunque Henry estaba en observación veinticuatro horas, es decir, había alguien sentado en la

puerta de su habitación en todo momento vigilando cada uno de sus movimientos, incluso en tales situaciones se producen suicidios. Con todo, al poco de reducir la dosis de antipsicóticos, Henry empezó a encontrarse mejor, menos deprimido. Comenzó a salir de la habitación, a comer con los demás pacientes e incluso a participar en las terapias de grupo. El Día de Acción de Gracias hicimos una fiesta en el comedor de la unidad, con el tradicional pavo y música. En un momento dado, durante la cena Henry se levantó y empezó a rapear. Entonces volví a ver al joven de veinte años que tenía tan claramente grabado en mi memoria, el joven impoluto con tantas ambiciones que me cantaba rap en la puerta del juzgado cada vez que el juez lo felicitaba por otro test de orina negativo. De alguna forma, yo prefería a ese Henry, psicótico y desorganizado, separado de la realidad, pero contento.

Al mismo tiempo que todo esto ocurría dentro de la unidad, su caso legal progresaba. El abogado de Henry no quería intentar la vía de la inimputabilidad, es decir, comprobar que aunque Henry se hallaba implicado en el acto criminal (*actus reus*), no tenía el estado mental criminal o «mente culpable» (*mens rea*) necesario como para considerar el acto delictivo y, por lo tanto, imputable.

La imputabilidad criminal está reflejada en la frase *actus non facit reum nisi mens sit rea* («el acto no es delito si no se acompaña de una mente culpable»). En Estados Unidos, distintos estados se rigen por criterios legales diferentes para establecer el *mens rea* o responsabilidad penal. En Nueva York, el estándar legal es el siguiente: el acusado es inimputable si, como resultado de una anomalía o alteración psíquica, en el momento del acto delictivo pierde la capacidad de comprender o tomar conciencia del carácter del acto que se comete, de sus consecuencias y de su maldad. Cuando el abogado puede probar que no hay *mens rea*, el veredicto es lo que en inglés se conoce como *not guilty by reason of mental disease or defect* («no

culpable por razón de enfermedad o defecto mental»). Al margen de si se podía convencer a un jurado de la inimputabilidad de Henry, su abogado pensaba que un *plea bargain*, o negociación con la fiscalía, era la mejor solución. Dado el ordenamiento legal estadounidense, la mayoría de los casos (entre el 90 y el 95 por ciento) tanto en el sistema estatal como en el federal se resuelven por medio de negociaciones y no en juicios con jurado. Generalmente, en estas negociaciones se le ofrece al acusado declararse culpable de un delito menos grave a cambio de una sentencia menor, en lugar de llevar el caso a juicio y, si se pierde, enfrentarse a una sentencia significativamente más larga. Por ejemplo, la sentencia mínima por el caso de intento de asesinato de Henry, teniendo en cuenta que acarreaba un expediente criminal no violento (posesión de marihuana), era de ocho años. Sin embargo, si se declaraba culpable, le ofrecían una sentencia de cinco años que se quedaría en tres, dado que ya llevaba dos encarcelado. La alternativa a aceptar este trato consistía en ir a juicio e intentar probar la falta de responsabilidad criminal. En el probable caso de ser encontrado inimputable, Henry sería trasladado a un hospital psiquiátrico forense hasta que dos psicólogos o psiquiatras decidieran que no representaba un peligro para la sociedad, es decir, que había muchas posibilidades de que se quedara ingresado por un tiempo indefinido que, probablemente, sería más largo que los tres años de cárcel que obtendría con la negociación. Pero en caso de no tener éxito en el juicio y ser declarado culpable e imputable, la sentencia sería de un mínimo de ocho y un máximo de veinticinco años de prisión.

Personalmente, yo prefería la vía de la inimputabilidad y el hospital forense. Aunque también se priva de libertad a los enfermos mentales, por lo menos reciben tratamiento psiquiátrico, no existe el aislamiento o segregación y hay menos posibilidades de agresiones. Sin embargo, como psicóloga mi papel no es dar consejo legal; esa es la responsabilidad del

abogado, e incluso al final este tiene que respetar la decisión de su cliente. Pero ahí residía el problema: Henry no estaba capacitado para tomar ninguna decisión de manera informada y racional; mucho menos la de declararse culpable, dado su estado mental desorganizado y psicótico. Yo aconsejé al abogado que pidiera una evaluación para determinar su capacidad para ser juzgado (que incluiría la capacidad para declararse culpable), lo que en Nueva York se llama un «examen 730», ya que ese es el número del código penal que contempla estas evaluaciones.

El concepto de «capacidad para ser juzgado» tiene sus orígenes en el derecho anglosajón. De la misma manera que el acusado tiene el derecho básico a estar *físicamente* presente en juicio para sentarse frente a la acusación, también tiene derecho a estar *mentalmente* presente o lo suficientemente consciente como para entender su situación legal y poder enfrentarse a la acusación. En el siglo XVII, cuando un acusado se presentaba mudo y, por lo tanto, incapaz de declararse culpable, las cortes inglesas tenían que decidir si este era «mudo por malicia» o «mudo por aparición de Dios». A los primeros se les aplicaban pesos en el pecho para forzar la declaración de culpabilidad, y a los segundos (los mudos, los sordos y los «lunáticos») no se les obligaba a declararse culpables. En el derecho anglosajón, este ejemplo se considera el antecedente que influyó en el concepto de la capacidad para ser juzgado del derecho estadounidense. Así, en el caso *Dusky vs. United States* (1960), el Tribunal Supremo confirmó el establecimiento de los estándares constitucionales legales mínimos para este tipo de decisiones, al considerar que la capacidad para ser juzgado se basaba en si el acusado tenía «en ese momento suficiente capacidad para consultar con su abogado con un grado razonable de entendimiento racional, y si tiene un entendimiento tanto racional como factual del proceso judicial en su contra» En otro caso que el Tribunal Supremo decidió en 1993 (*Godinez vs.*

Moran), la Corte estableció que el mismo estándar de capacidad para ser juzgado se debía aplicar a la capacidad para declararse culpable. En lo que se refiere a Henry, para mí estaba claro que según este estándar legal, no se encontraba capacitado para declararse culpable.[\[4\]](#)

Un día llegué al hospital por la mañana y, cuando fui a ver a Henry a su habitación, los guardias me dijeron que se lo habían llevado inesperadamente de la unidad para ir al juzgado. Cuando los pacientes tienen que ir al juzgado los despiertan a las cinco de la mañana, les dan el desayuno, les cambian el pijama azul de paciente por un mono naranja de preso, los esposan y los meten en un autobús del departamento de prisiones. Una vez en la Corte, todos los presos que tienen que ver al juez ese día esperan durante horas en las celdas que se encuentran en los sótanos; a veces son habitáculos donde se junta a docenas de presos. Una situación así es difícil para cualquiera, pero mucho más para un enfermo mental. Ese día esperé hasta las siete de la tarde, que es cuando suelen regresar de la Corte. Cuando lo vi llegar, me contaron que había tenido una pelea, aunque no se sabía muy bien dónde, si en el autobús, en las celdas, en los ascensores... Tenía un corte en la cara. Lo llevaron a la sala de enfermería y mientras lo limpiaban me dijo que se había declarado culpable y que se iba a casa. Henry estaba contento, cantaba, intentaba bailar mientras le pedíamos que se sentara para limpiarle la herida, y hablaba rápido y repitiendo varias ideas delirantes. Obviamente, Henry no había entendido qué había pasado en el juzgado, ya que irse a casa no era una opción. Al día siguiente su abogado me confirmó que se había declarado culpable de agresión en primer grado y que lo habían sentenciado a cinco años de cárcel. En aproximadamente un mes lo trasladarían a una prisión al norte del estado de Nueva York.

A menudo la gente me pregunta cómo puedo tener este trabajo y dormir tranquila por las noches. La verdad es que no siempre es posible. Los años no

te insensibilizan, pero te enseñan a aceptar que casi todo se halla fuera de tu control y que lo importante es hacer bien lo que está en tu mano. Aun así, siempre hay pacientes, situaciones, discriminaciones... que no te dejan dormir, sobre todo aquellas en las que se comete una injusticia. Esta fue una de ellas. No sé qué fue peor, si imaginármelo en la cárcel o el hecho de tener que darle la noticia de que no se iba a casa.

El último mes que traté a Henry en Bellevue me centré en prepararlo para su periodo en cautividad. Se trata de algo que ya había hecho antes, con sentencias mucho más largas, de hasta veinticinco años. No hay ningún tipo de aproximación terapéutica validada por la evidencia para tratar específicamente este asunto. Sin embargo, alguno de los principios del budismo pueden ser útiles en estas situaciones, es decir, encontrarle, pese a todo, sentido a la vida, incluso en esas circunstancias. Le pedí a la psiquiatra que subiera la dosis del antipsicótico porque necesitaba que Henry pudiera mantener conversaciones racionales sobre lo que debía afrontar. Tuve la tentación de no decirle nada y dejar que se fuera sin tener noción alguna de lo que le esperaba, pero ya que su abogado no había respetado su derecho constitucional a entender su situación legal, nosotros, como equipo médico, decidimos que teníamos que darle esa oportunidad.

Probablemente, una de las fases más delicadas a las que tanto pacientes como terapeutas nos enfrentamos sea la parte final del tratamiento. Terminar cualquier relación representa un proceso difícil para la mayoría de las personas. Para muchos resulta muy complicado procesar todos los sentimientos que surgen cuando las relaciones se acaban, ya sean de amistad, románticas, familiares, etcétera. Por esta razón, los terapeutas comienzan a hablar de la finalización de la terapia varias sesiones antes de la última, con el fin de asegurar en la medida de lo posible la aceptación del desenlace.

Es importante procesar los sentimientos encontrados que el paciente tiene

con respecto al final de la terapia y a la relación con el terapeuta, lo que a veces incluye la ansiedad o la ira. Normalmente, se echa la vista atrás y se recuerdan todos los objetivos que se han conseguido, así como la razón por la que se pone fin a la terapia, que consiste en que el paciente se encuentra preparado para enfrentarse a la vida sin el apoyo del profesional. En la universidad nos enseñan que la *termination* (el concepto de «final», en este caso de la terapia), no es realmente el final, sino el comienzo de una nueva y mejor etapa para el paciente. Pero a mí nunca me enseñaron cómo se lleva a cabo cuando no sabes cuándo se va a acabar, cuando no puedes despedirte, cuando los objetivos no se han conseguido y cuando la nueva etapa no es mejor.

En Bellevue no podemos decirles a los pacientes cuándo se les va a dar el alta para volver a la cárcel. La razón es sencilla: muchos de ellos prefieren estar en el hospital, y si lo saben con antelación pueden tomar medidas desesperadas, como agresiones, intentos de suicidio o simulación de síntomas psicóticos. Sin embargo, cuando les damos el alta para regresar al penal, al menos sabemos cuándo se van y, aunque no puedas comunicárselo a tu paciente, esto nos facilita una especie de resolución y aceptación interna, además de algo de tiempo para asimilarlo. Cuando los pacientes no vuelven a Rikers Island porque sus casos se han resuelto, esto es, ya han sido sentenciados, en cualquier momento y sin previo aviso se los pueden llevar de la unidad a una prisión estatal. Puede ocurrir por la noche, temprano antes de que llegues al hospital, cuando estás fuera de la unidad comiendo, es decir: un día llegas y tu paciente ya no está.

Sabiendo que este era el caso de Henry, le pedí a uno de los guardias de seguridad con el que tenía una buena relación, que me hiciera una llamada al busca en el momento en el que fueran a buscarlo. Una vez sacan a los pacientes de la unidad, los conducen a unas celdas individuales situadas en la

misma planta, pero en otra área, donde les cambian su ropa por el mono naranja. En ese momento ya saben que se van y, por lo tanto, ya no hay secretos. Así, tal y como habíamos planeado, un día, en mitad de un seminario que estaba impartiendo, me sonó el busca, interrumpí mis clases y subí corriendo a la planta decimonovena. Al llegar, Henry seguía allí. Me dejaron entrar a verlo. Estaba sentado en la celda, vestido de naranja, con las manos esposadas por delante y cabizbajo. Cuando oyó mi voz levantó la cabeza; aunque estaba llorando parecía aliviado de verme. Se levantó. Los guardias me gritaban: «¡Doctora, no lo puede tocar, ya no es su paciente, es un preso! ¡No se acerque, tiene treinta segundos!»». Fui capaz de meter mis manos entre los barrotes y tocar las suyas unidas por las esposas. «Recuerda lo que hemos hablado, espero no tener que volver a verte.» Fueron las últimas palabras que le dije y la última vez que lo vi.

Confesiones

El 25 de mayo de 1975, Etan Patz, un niño de seis años, desapareció en el Soho cuando iba de camino a la parada del autobús escolar. Los medios de comunicación de todo el país se hicieron eco de este suceso y la foto de Etan se colocó por todas partes, desde pósters a cartones de leche, y su búsqueda se convirtió en una causa nacional. Para que podamos hacernos una idea de la repercusión y el alcance de lo sucedido, en 1983 el presidente Ronald Reagan declaró el 25 de mayo como el Día Nacional de los Niños Desaparecidos. A pesar de los esfuerzos de la policía, su cuerpo nunca fue encontrado y en el año 2001 Etan Patz fue declarado legalmente muerto.

En 1985, la Fiscalía identificó a Antonio Ramos como sospechoso; había cumplido condena por abuso sexual a un menor y había sido amigo de las niñeras de Etan. La Fiscalía, sin embargo, nunca pudo encontrar pruebas suficientes para imputarlo criminalmente, aunque en 2004 los padres de Etan ganaron una denuncia civil contra él, por la cual se los podría haber compensado con dos millones de dólares que nunca quisieron cobrar. Los medios de comunicación publicaron que, cada año, el día del cumpleaños de Etan sus padres enviaban a Antonio Ramos, entonces en prisión, una foto de su hijo con una nota escrita que decía: «¿Qué hiciste con nuestro pequeño?».

Treintaiún años más tarde, el fiscal del distrito de Manhattan reabrió el caso. Dos años después, en abril de 2012, la policía comenzó a excavar en un

sótano localizado cerca del apartamento de los Patz, pero no encontró ninguna prueba ni rastro del asesinato. Sin embargo, aproximadamente un mes después la policía anunció la detención de un sospechoso que, al parecer, había confesado: Pedro Hernández.

José López, cuñado de este, había acudido a los agentes de la autoridad declarando que quizá Pedro se hallara relacionado con la muerte de Etan Patz. Pedro Hernández, de New Jersey, tenía dieciocho años en aquel entonces y trabajaba en una bodega en el Soho. Aparentemente, habría confesado el asesinato a algunos miembros de su familia y de su Iglesia a principios de los ochenta. Según la policía, después de siete horas de interrogatorio y sin la presencia de un abogado, aseguró haber matado a Etan asfixiándolo en el sótano de la bodega donde trabajaba, y también haber tirado su cadáver a un basurero. No se grabó en vídeo el interrogatorio, aunque sí la confesión. Pedro fue acusado de asesinato en segundo grado.

En España, hace ya muchos años hubo un caso muy conocido que pasó a la historia como «el crimen de Cuenca», y que incluso fue llevado al cine, en el que un jurado popular condenó a dos acusados tras haber confesado el asesinato de José María Grimaldos, desaparecido en 1910. Las declaraciones inculpatorias de ambos se obtuvieron bajo la tortura de la Guardia Civil. Años después, el supuesto asesinado fue localizado, vivo, en el cercano pueblo de Tresjuncos. Los acusados fueron puestos en libertad tras doce años en prisión. Esta historia, que conocí durante mi infancia, fue el único contacto que recuerdo con el fenómeno de las confesiones falsas, hasta que en el año 2005, cuando estudiaba para el doctorado de psicología forense, tuve el privilegio de recibir una clase de psicología social impartida por Saul Kassin, un profesor experto a nivel mundial en confesiones falsas inducidas por interrogaciones policiales. En 2010, Saul Kassin y otros autores publicaron un artículo en una respetada revista científica sobre psicología forense

titulado «Confesiones inducidas por la policía: factores de riesgo y recomendaciones».[1] En este trabajo, Kassin presentaba el problema y resumía lo que sabemos empíricamente acerca del fenómeno de las confesiones falsas. Como resultado de dicho artículo, así como del trabajo de otros investigadores, en la actualidad muchos departamentos de policía estadounidenses exigen la grabación de los interrogatorios al completo. En esta clase reflexioné por primera vez sobre la idea de que personas inocentes podían confesar delitos que no habían cometido. Aunque algo incrédula al principio, tras aprender todo lo relacionado con los factores psicológicos y ambientales que pueden afectar una confesión, y después de leer experimentos con resultados casi inequívocos, me convencí de que este fenómeno no solo constituye una realidad, sino que ocurre de manera bastante frecuente. Aunque la sesión impartida me pareció fascinante y el tema de gran interés, nunca volví a reflexionar al respecto, hasta que, en 2012, Pedro Hernández fue admitido en la unidad de psiquiatría forense del hospital Bellevue, donde yo trabajaba.

Casualmente, ese mismo año se estrenó en Estados Unidos el documental *The Central Park Five*, que centraba la atención en este caso y en el fenómeno de las confesiones falsas. El 19 de abril de 1989, Trisha Ellen Meili, una mujer blanca de veintiocho años, fue agredida y violada en Central Park, donde había salido a correr. De inmediato, la policía arrestó a cuatro adolescentes negros y a un hispano que se hallaban en el parque y los acusó de varios crímenes que incluían robo, agresión sexual, violación e intento de asesinato. El 21 de abril, después de permanecer despiertos durante dos días, los cinco adolescentes confesaron haberla agredido; los testimonios fueron grabados en vídeo. Las pruebas de ADN no confirmaron la implicación de ninguno de los adolescentes, pero, a pesar de esto, los fiscales prosiguieron con el caso y el juez decidió dar por válidas las confesiones. Aunque no había

ninguna otra evidencia, los cinco adolescentes de Harlem fueron declarados culpables en 1990 y condenados a entre seis y trece años de cárcel. Doce años después, Matías Reyes, otro hombre hispano que cumplía cadena perpetua por varias violaciones y asesinatos, aseguró haber violado a Trisha Meili; su culpabilidad fue comprobada mediante las pruebas de ADN. Este caso demostró el poder inculpatario que puede llegar a tener una confesión, incluso en ausencia de cualquier otra evidencia. En el caso de los chicos de Central Park, además, no había solo una confesión: había cinco.

El uso de las pruebas de ADN ha ayudado a entender mejor la relevancia de este problema. Innocence Project, una organización fundada en 1992 con el objetivo de utilizar pruebas de ADN para exonerar de sus cargos a personas inocentes, ha publicado que aproximadamente el 25 por ciento de las exoneraciones (88 de 336 absoluciones) estaban relacionadas con una confesión falsa. En 2015, el National Registry of Exonerations registró 1.721 casos de personas inocentes sentenciadas de manera errónea, de las cuales 219 habían confesado falsamente. La confesión constituye una de las pruebas más poderosas en un juicio; de hecho, puede tener, por ejemplo, más impacto que la identificación de testigos.^[2] Aunque en Estados Unidos la gran mayoría de los procedimientos criminales (entre el 90 y el 95 por ciento) se resuelve por medio de acuerdos que incluyen una declaración de culpabilidad a cambio de una sentencia menor, las posibilidades de que la Fiscalía no se preste a un acuerdo y de que el caso llegue a juicio son mayores cuando las pruebas incluyen una confesión.^[3]

Pero ¿cómo es posible que una persona inocente se autoinculpe de un delito que no ha cometido? La investigación ha identificado factores de riesgo situacionales e individuales que pueden aumentar las posibilidades de que se produzca una confesión falsa.

Los factores situacionales están relacionados con el interrogatorio en sí

mismo. Los interrogatorios policiales buscan elevar en el acusado la ansiedad que produce la negación del hecho, y disminuir la ansiedad asociada con la confesión. Se pueden mencionar tres factores que aumentan las posibilidades de que personas inocentes realicen confesiones: el aislamiento, la introducción de pruebas falsas y la minimización.[4] La mayoría de los interrogatorios en Estados Unidos dura entre media y dos horas. Cuanto más largos sean, mayores serán también las posibilidades de que se cometa falso testimonio. En un estudio que analizó ciento veinticinco confesiones fraudulentas, Drizin y Leo constataron que la duración promedio de los interrogatorios era de dieciséis horas y veinte minutos.[5] Este trabajo también demostró que los falsos testimonios tienden a producirse en casos en los que el presunto delito es grave. Es decir, si el delito es grave, no hay pruebas suficientes y la policía tiene un alto convencimiento de culpabilidad, resulta más probable que el interrogatorio sea más largo y que aquella utilice técnicas coercitivas ante la insistencia de inocencia por parte del interrogado. [6] El cansancio, la falta de sueño, la sumisión a la autoridad y el aislamiento social constituyen factores que aumentan la sugestionabilidad, así como las posibilidades de que se materialice una confesión falsa si el interrogatorio se prolonga de manera significativa.

La segunda técnica de interrogación que puede inducir confesiones falsas es la que tiene que ver con engaños como la introducción de alguna evidencia incriminatoria que no existe. En Estados Unidos está permitido que la policía realice afirmaciones falsas, como, por ejemplo: «Tu compañero ha confesado que la matasteis juntos», si bien no está permitido fabricar evidencias como, por ejemplo, presentar huellas dactilares falsas (*Frazier vs. Cupp*, 1969; *Florida vs. Kayward*, 1989). Imaginemos una situación en la que alguien es arrestado, llevado a una habitación sin luz ni ruido, e interrogado durante diez horas sin dormir. Tras esas diez horas en las cuales la policía ha repetido

muchas veces que están seguros de su culpabilidad, le dicen que han encontrado sus huellas dactilares en la navaja que, indiscutiblemente, mató a la víctima. Numerosas investigaciones demuestran que este tipo de engaños aumenta las posibilidades de que se produzca una confesión falsa porque introduce la duda en el acusado, ya que este empieza a creer que hay prueba de su culpabilidad y que, por lo tanto, debe haber alguna razón por la que no recuerda lo ocurrido.[\[7\]](#)

El tercer factor es la minimización del crimen, que consiste en sugerir al acusado una justificación moral para el crimen o en demostrar que este es relativamente comprensible.[\[8\]](#) Por ejemplo, desplazando la responsabilidad a la víctima o a factores externos como que se trató de un accidente o que fue culpa de las drogas: «Yo sé que eres una buena persona y que esto ha sido culpa del alcohol», «sé que no lo hiciste a propósito», «estoy seguro de que te provocaron». Dichas justificaciones minimizan y normalizan el crimen y pueden inducir a las confesiones en general, también a las falsas, porque implican que habrá indulgencia en las consecuencias, e inducen al acusado a pensar que la policía será tolerante si confiesa.

Uno de los métodos de interrogatorio más comúnmente utilizado por la policía en Estados Unidos, y que, curiosamente, incluye todos estos factores de riesgo, es el conocido como «la técnica Reid», publicado por primera vez en 1962 por Fred Inbau y John Reid.[\[9\]](#) Este método ha sido muy criticado por psicólogos e investigadores debido a su alto potencial para inducir confesiones falsas. Como ha indicado Saul Kassin, el método «es psicológico, pero no está respaldado por la psicología». Tiene dos fases. En la primera de ellas, la policía hace una preinterrogación, lo que supone una entrevista a una persona (que puede convertirse o no en sospechosa) en la cual la policía utiliza una serie de técnicas que les sirven para detectar claves o señales verbales y no verbales que podrían ayudarlos a determinar si la

persona miente o dice la verdad, como, por ejemplo, si el entrevistado evita el contacto visual, si tiembla o parece nervioso, si cruza las piernas, etcétera. Utilizando esta técnica, según garantizan los creadores del método, los interrogadores alcanzan entre un 85 y un 95 por ciento de precisión. Si en dicho momento del proceso el interrogador decide que el entrevistado miente, entonces pasan a la siguiente fase, esto es, la interrogación. La interrogación es de naturaleza beligerante y acusatoria, ya que en este punto la policía se halla convencida de que la persona miente y, por lo tanto, el interrogatorio se basa ya en una presunción de culpabilidad. El método incluye nueve pasos diseñados para romper toda la resistencia del interrogado, hasta llegar a un punto de desesperación, e incluye el aislamiento del interrogado en una habitación sin ventanas, con pocos muebles e insonorizada, sin abogado, sin amigos ni familia, y mentir sobre las pruebas que se poseen. Esta técnica puede resultar muy efectiva para personas culpables; el gran problema reside en que rigurosos estudios de investigación han demostrado que los humanos somos solo ligeramente mejores que el azar al intentar detectar la mentira en otras personas. La investigación también ha evidenciado que, aunque quienes son entrenados en la técnica Reid de detección de mentiras no son mejores que las no entrenadas a la hora de juzgar la veracidad, sí están más seguras, sin embargo, de que lo son. Como dice Kassin, esto no representa, por supuesto, una buena combinación, ya que significa que personas inocentes pueden tener casi la misma probabilidad que las culpables de pasar a la segunda fase, donde ya se las presume culpables.

Además de los factores relacionados con las características del interrogatorio, hay variables individuales que aumentan la vulnerabilidad a las técnicas coercitivas; se trata de características personales estables que incrementan el riesgo de una confesión falsa.[\[10\]](#) Quizá la más importante sea la edad. Los adolescentes o menores de dieciocho años son más proclives

a confesar en general, incluyendo de manera falsa. Esto tiene sentido si pensamos en el hecho de que el cerebro de los adolescentes no se encuentra del todo formado y es inmaduro a la hora de tomar decisiones. Numerosos estudios han demostrado que cuando los adolescentes toman decisiones, tienden a centrarse en las ganancias o pérdidas a corto plazo, sin considerar las consecuencias a largo plazo.^[11] Esta tendencia es todavía más aguda cuando los adolescentes tienen que decidir en situaciones de estrés elevado. En el contexto de los interrogatorios, significa que un adolescente tenderá a centrarse más en las promesas a corto plazo («si nos cuentas lo que hiciste te dejaremos ir a casa») que en las consecuencias a largo plazo que puede acarrear confesar un crimen (la encarcelación, por ejemplo). Este podría haber sido uno de los factores que contribuyeron a que los cinco adolescentes del caso de Central Park, que tenían entre catorce y dieciséis años, testimoniaran haber cometido agresiones con las que nada tenían que ver. La policía hizo creer a estos adolescentes que se irían a casa si confesaban; como ya llevaban entre catorce y treinta horas de interrogatorio, decidieron que lo mejor sería inculparse. Ninguno de ellos confesó haber violado a la víctima, sino que culparon a los demás y admitieron haber jugado un papel mínimo en la agresión para así salir del paso.

En 1985, Kassin y Wrightsman distinguieron entre dos tipos de confesiones falsas inducidas por la interrogación policial: las coaccionadas sumisas (*coerced-compliant false confessions*) y las coaccionadas internalizadas (*coerced internalized false confessions*).^[12] En las primeras, la persona se encuentra ante tal estado de estrés y de confusión, tras horas de interrogatorio, que confiesa, aun sabiendo que es inocente, para escapar de la situación. Fue el caso de los chicos de Central Park. En las segundas, el acusado acaba convencido de que es culpable del delito del que se lo acusa.

Las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental también

son más susceptibles a confesar de manera falsa. Varios estudios han demostrado que quienes presentan discapacidades intelectuales tienen más posibilidades de no entender el código Miranda, que, entre otras cosas, garantiza el derecho a tener un abogado presente antes de contestar ninguna pregunta, e informa de que todo lo que diga el acusado podrá ser utilizado en su contra en un tribunal de justicia. Además, estas personas son más susceptibles a las influencias sociales y a las preguntas sugerentes, tienen más necesidad de aprobación, especialmente ante figuras de autoridad, y más tendencia a la aquiescencia (responder de manera afirmativa a la mayoría de las preguntas). Todos estos factores colocan a las personas con bajo cociente intelectual en una posición de particular vulnerabilidad ante las técnicas de los interrogadores. Las enfermedades mentales, en particular aquellas que suponen alteraciones de la percepción, ruptura con la realidad, ansiedad y falta de autocontrol, también suponen factores de riesgo para las confesiones falsas.

A pesar de la cantidad de estudios científicos que demuestran con rigurosidad la existencia del fenómeno de las confesiones falsas, para los miembros del jurado (y por tanto de la sociedad en general) continúa siendo un concepto que va en contra de la lógica y, por ende, difícil de creer. Además, la mayoría de las personas tiende a pensar que, una vez alguien confiesa, sabrá identificar si la confesión es verídica o no, lo cual, sin embargo, constituye otra idea errónea. En un interesante experimento llevado a cabo por Kassin y colegas, los investigadores entrevistaron a presos de una cárcel localizada a las afueras de Boston.[\[13\]](#) Como parte de la investigación, se les pidió que confesaran el delito por el cual estaban allí. Tras ello, en esta ocasión confesaron un crimen elegido por los investigadores y que, obviamente, no habían cometido. Los vídeos fueron revisados por policías y estudiantes universitarios. Ninguno de los dos grupos supo diferenciar los

testimonios verdaderos de los falsos. Sin embargo, los policías mostraron más confianza en su precisión que los estudiantes.

Precisamente, debido a toda esta evidencia científica muchos abogados recurren a psicólogos para que testifiquen en juicios, con el propósito de instruir a los miembros del jurado en las circunstancias que inciden en la probabilidad de que se dé el fenómeno en cuestión, a pesar de que vaya tan en contra del sentido común. Por ejemplo, un psicólogo social puede explicar a un jurado el fenómeno del «error fundamental de atribución», que hace que tengamos la tendencia a atribuir los comportamientos de los demás a factores internos o características de su personalidad, y no a factores ambientales («si ha confesado, es porque es culpable»). Cuando el comportamiento es el propio, tendemos, por el contrario, a atribuir las causas a factores externos. Sin embargo, ahora mismo hay mucha controversia sobre si este tipo de testimonio de los psicólogos debe ser admitido en un juicio, ya que no es el típico experto que evalúa al detenido, sino alguien cuyo único rol consiste en instruir al jurado. Algunos jueces admiten este testimonio y otros lo rechazan; actualmente, es algo que se está decidiendo en varias cortes de Estados Unidos.

Sin embargo, en general los jueces admiten el testimonio de psicólogos clínicos o de psiquiatras que puedan evaluar al detenido y testificar sobre la presencia de factores individuales de riesgo. Para desempeñar dicho papel, fui contratada recientemente por un abogado, John, de la Legal Aid Society de Brooklyn, con el que había trabajado cuando era directora clínica del juzgado de salud mental del distrito. John tenía un cliente, Mariano González, que había confesado un delito de robo con violencia cometido diez meses antes. El abogado estaba convencido de que su cliente tenía un cociente intelectual bajo, razón por la cual, tras una noche entera de interrogatorio que, en su opinión, había sido coercitivo, había ofrecido una confesión falsa.

Mariano tenía veinticuatro años y había nacido en una familia pobre que vivía en un pueblo de México. Sus padres trabajaban en el campo y apenas ganaban suficiente dinero para alimentarlos a él y a sus cinco hermanos. El padre se emborrachaba a menudo y Mariano recordaba cómo los pegaba con la fusta que usaba para mover las vacas. En su infancia había ido al colegio en México, pero después de repetir el octavo curso varias veces dejó de ir a clase y continuó trabajando en el campo con aquel. Tras largos meses ahorrando dinero, él y su hermano de quince años pagaron a un «coyote» que los llevó a Estados Unidos. Fueron detenidos por inmigración durante unos días en la frontera con Texas y, posteriormente, ambos llegaron a Brooklyn, Nueva York, para vivir con su tía. Desde los diecisiete años había trabajado lavando platos en distintos restaurantes de Queens y de Manhattan, lo que le permitía mandar seiscientos dólares a su familia, que continuaba en México, todos los meses. Llevaba una vida solitaria; así, después de jornadas de doce horas de trabajo salía al parque situado frente a su casa, o en alguna rara ocasión acudía a algún bar a tomar un par de cervezas con compañeros de trabajo o con su hermano. Libraba los domingos, que utilizaba para acudir de manera regular a misa.

Un día, después de salir del trabajo, estaba cruzando el parque en bicicleta de camino a casa cuando la policía lo paró. Tras pedirle su identificación lo esposaron de inmediato y fue conducido a una comisaría de policía. Eran aproximadamente las diez de la noche. A las doce del día siguiente, tras más de doce horas de interrogatorio, confesó haber cometido un robo y agredir a un hombre afroamericano indigente que dormía en un banco del parque. Aproximadamente unos meses antes, un transeúnte había llamado a la policía al encontrarse a la víctima malherida.

Con anterioridad, la policía no había identificado a ningún sospechoso, pues no había pruebas de ADN ni testigos. Sin embargo, el caso no se cerró.

Tras hacer algunas preguntas a un grupo de adolescentes que jugaban de manera habitual al baloncesto en el parque, uno de ellos mencionó a Mariano como «el mexicano que pasa por aquí todos los días a la hora que robaron al mendigo». Esta era la única evidencia que tenían cuando se produjo el arresto. La víctima no pudo reconocer a Mariano en una rueda de reconocimiento, lo que se atribuyó al estado de ebriedad en el que se encontraba en el momento del robo. A pesar de la ausencia de pruebas, fue arrestado e interrogado hasta obtener su confesión verbal y por escrito.

La familia de Mariano había pagado parte de la fianza, así que nos reunimos en un despacho de Manhattan para la evaluación psicológica. En total, pasé unas cinco horas con él durante las cuales le hice muchas preguntas y administré varias pruebas psicométricas, con el objetivo expreso de determinar si cumplía los criterios diagnósticos para una discapacidad intelectual o cualquier otro trastorno del desarrollo. Apenas sabía leer o escribir. Su confesión por escrito presentaba un nivel más propio de un niño de unos nueve o diez años que de un adulto. Además, los resultados de las pruebas indicaban que tenía un cociente intelectual extremadamente bajo. Poseía un conocimiento muy rudimentario del sistema legal estadounidense y no consiguió entender el significado del código Miranda, ni siquiera después de explicárselo varias veces. Toda esta información me hizo llegar a la siguiente conclusión: el sujeto cumplía los requisitos diagnósticos para un trastorno de discapacidad intelectual, que no había exagerado o simulado, y que sus déficits intelectuales y cognitivos lo hacían incompetente para entender incluso el código Miranda. Con respecto a los factores de riesgo personales, también concluí en mi informe que la discapacidad intelectual lo hacía más vulnerable a la sugestión y a las presiones sociales, y más proclive a querer complacer a figuras de la autoridad.

En estas evaluaciones forenses, los psicólogos no deben nunca opinar

sobre la inocencia o culpabilidad del detenido, ni tampoco sobre la veracidad de la confesión. Sin embargo, la insistencia de Mariano en su inocencia me hizo recordar algo que aprendí en clase con el profesor Kassin: «La inocencia es también un factor de riesgo». Kassin explicaba que las personas inocentes confían, en cierto aspecto de manera ingenua, en que tarde o temprano todo saldrá a la luz, y por lo tanto son más proclives a firmar una confesión para poder irse a casa, pensando que, a pesar de todo, la verdad prevalecerá.[\[14\]](#)

Mi papel en el caso de Pedro Hernández, sin embargo, fue muy diferente. Tras su arresto, este paciente fue ingresado en la unidad de psiquiatría forense de Bellevue, como señalé anteriormente, durante un periodo de tiempo. Además de proveerlo del tratamiento correspondiente, en esta unidad los psicólogos realizan evaluaciones utilizando pruebas psicométricas (por ejemplo, inventarios de personalidad, detección de simulación de síntomas o escalas de inteligencia), con el único propósito de mejorar el plan de tratamiento y ayudar al equipo a tomar decisiones con respecto al momento en el que el paciente se encuentra preparado para ser dado de alta y, por lo tanto, volver a la cárcel —en este caso, a Rikers Island—. Las cuestiones más comunes que se les presentan a los psicólogos son la clarificación del diagnóstico cuando este es confuso, determinar si hay simulación cuando se sospecha que el paciente está exagerando síntomas (a veces los pacientes se inventan síntomas con el propósito de quedarse en el hospital y no tener que volver a la cárcel) o esclarecer si hay una discapacidad intelectual. Estas evaluaciones no son diferentes de las que se pueden llevar a cabo en una unidad psiquiátrica civil (no forense), y el propósito nunca consiste en responder a una pregunta psicológica o ayudar de alguna manera a los tribunales a solucionar un asunto legal, es decir, no se consideran peritajes. Por ejemplo, en este caso, el equipo de Bellevue quería una evaluación para lograr establecer el diagnóstico. Mi trabajo no consistía en identificar algún

factor de riesgo para la confesión ni, por supuesto, en dar una opinión sobre si esta había sido falsa o sobre su inocencia o culpabilidad. Sin embargo, aunque no ocurre con mucha frecuencia, bajo una orden judicial a veces no queda otra opción que compartir el expediente médico, incluyendo los informes psicológicos, con el juzgado. En ocasiones, el juez puede ordenar a algún miembro del equipo médico que testifique en el juicio, y eso fue lo que ocurrió. Cuatro años después de evaluar a este paciente en Bellevue, cuando ni tan siquiera trabajaba allí, recibí una orden judicial para testificar en un juicio que, sin lugar a dudas, iba a ser largo.

El equipo de la defensa de Pedro Hernández argumentó que este sufría un trastorno esquizotípico de la personalidad y que tenía un cociente intelectual de alrededor de setenta —significativamente por debajo de la media—, por lo que estos factores lo habían hecho vulnerable a una confesión falsa después de siete horas de interrogatorio. Para apoyar tales conclusiones la defensa utilizó a dos expertos, un psiquiatra y un psicólogo.

El trastorno esquizotípico se considera un trastorno grave de la personalidad, pues quienes lo padecen presentan una gran dificultad para establecer relaciones sociales o interpersonales estrechas, además de ideas fantasiosas que se pueden alejar de la realidad (creencias de pensamiento mágico o ideas paranoides que los hacen ser muy suspicaces ante la conducta de los demás y sus intenciones) y un comportamiento que podría ser considerado excéntrico. Algunas veces este trastorno se puede observar en familiares de pacientes esquizofrénicos; por lo tanto, se sospecha que tiene un componente de predisposición genética. Aunque este trastorno no se diagnostica con mucha frecuencia, el experto de la defensa, un reconocido psiquiatra, concluyó que Pedro Hernández cumplía todos los criterios para recibir dicho diagnóstico. De este modo, el equipo de la defensa llegó a la conclusión de que mi evaluación, realizada cuatro años atrás, era importante.

Durante el juicio, muy mediático e increíblemente hostil, declaré a lo largo de unas cinco horas. Realmente fue extenuante. Los expertos de las partes testificaron incluso muchas horas más. Sin ninguna prueba física y con la confesión como única evidencia sólida, el jurado no pudo tomar una decisión de manera unánime; así, tras dieciocho horas de deliberación, un solo miembro del jurado votó «no culpable», en contra de todos los demás. El juicio fue declarado nulo. Algo más de un año después, volví al estrado, bajo orden judicial, a testificar en el segundo juicio, esta vez durante dos días. En octubre de 2016, Pedro Hernández fue declarado culpable y, en abril de 2017, sentenciado a veinticinco años de prisión.

Con respecto a Mariano, mientras escribo estas líneas me preparo para testificar en su juicio.

Empatía

Randalls y Wards son dos partes de una misma isla (rodeada por los ríos Este y Harlem) que se encuentra entre los barrios de Queens, Manhattan y el Bronx. Aunque actualmente posee parques infantiles, zonas de pícnic y pistas de atletismo, esta isla es conocida por haber albergado antiguos asilos y cementerios. Entre 1840 y 1930 se enterraron en la isla de Wards cientos de cuerpos trasladados de cementerios de Manhattan. En 1847 se abrió un hospital para inmigrantes e indigentes. El asilo para «dementes» de la ciudad de Nueva York abrió años más tarde, y en 1899 lo hizo el Hospital Estatal de Manhattan, que con cuatro mil pacientes se convirtió en el psiquiátrico más grande del mundo.

Con una capacidad aproximada para setecientos internos y ocupando dos edificios, este hospital es hoy el Centro Psiquiátrico Estatal de Manhattan. Conectado por un pasillo se encuentra un tercer edificio. Desde Manhattan se ven las tres infraestructuras de ladrillo marrón, que parecen idénticas. Sin embargo, a medida que uno se va acercando es posible observar que uno de ellos se encuentra rodeado de vallas, hilos de alambre y varias torres con cámaras. Se trata del Kirby Forensic Psychiatric Center, un hospital psiquiátrico forense de máxima seguridad, con capacidad para unos doscientos pacientes.

Fue en mi primer curso de doctorado, en el año 2004, cuando visité Kirby

por primera vez. Formaba parte de un equipo de investigación que trataba de determinar cuáles eran las variables diagnósticas que aumentan las posibilidades de que algunos detenidos no tengan capacidad para ser juzgados. La única manera de llegar a la isla en transporte público es un autobús, el M35, que sale de Harlem, en Manhattan, y cruza a la isla por un puente. Hay tres tipos de pasajeros en el M35: los indigentes que van a uno de los albergues más grandes de la ciudad, que también se encuentra en la isla; las familias que van a visitar a los pacientes de alguno de los hospitales psiquiátricos; y los candidatos a bombero que se entrenan en la academia del departamento de bomberos, también localizada en Wards. El M35 siempre está lleno y nunca hay sitio para sentarse. A pesar de lo incómodo que resulta, una vez que se cruza el puente la vista es agradable, ya que la isla es muy verde y por fin se tiene la sensación de abandonar el asfalto de Manhattan para adentrarse en una pequeña porción de naturaleza. Esta sensación de frescura desaparece rápidamente cuando bajas del autobús y empiezas a caminar hacia esa especie de cárcel que es Kirby.

Durante mi primer día en ese hospital de máxima seguridad fui agredida por un paciente. El centro nos había facilitado un ala que estaba vacía para realizar las entrevistas que formaban parte de la investigación. Un oficial de seguridad trasladaba al paciente a una de las oficinas que se encontraban en un largo pasillo y regresaba a la puerta principal, que daba acceso al ala donde esperaba a que terminara la entrevista. Nuestro paciente era de origen chino, de unos sesenta años, bajo, diagnosticado de trastorno bipolar y detenido por un cargo de hurto. Yo había seguido todas las pautas de seguridad; así pues, él se sentó al otro lado de la mesa, mientras que yo lo hice cerca de la puerta, que dejé abierta. En mitad de la evaluación sentí un golpe fuertísimo en la cabeza. Todo ocurrió muy deprisa. Una paciente del ala opuesta a la nuestra había conseguido esquivar al oficial de seguridad,

entró corriendo y cogió la silla de metal con la que me golpeó. Aproximadamente treinta minutos antes, en el pasillo, ella y yo habíamos cruzado nuestras miradas: cuando yo salía del ascensor, ella esperaba en una fila con otras pacientes; me llamó la atención por su elevada estatura. Esta paciente —a la que llamaremos Anne— llevaba diez años en Kirby, después de haber sido declarada inimputable por un cargo de asesinato en primer grado. Tenía unos treinta y cinco años, era blanca y muy alta. Sufría de ideas delirantes relacionadas con la desaparición de sus hijos. Los servicios sociales se los había quitado al poco de diagnosticarle un trastorno esquizofrénico y dependencia al crack. La trabajadora social que se llevó a los niños era también blanca y, desde entonces, Anne había desarrollado la creencia de que una mujer blanca había matado a sus pequeños. La víctima a la que había asesinado era otra trabajadora social que la había visitado en su residencia con anterioridad. A pesar de los diez años de hospitalización, Anne no había respondido a la medicación y seguía intentando agredir a enfermeras, médicos e incluso otros pacientes de piel blanca. Ese día, pensó que yo era la «blanca nueva» que se proponía matar a sus hijos.

Tras el golpe, caí al suelo muy mareada y cuando levanté la mirada la vi todavía encima de mí sujetando la silla y con intención de volver a golpearme. El paciente chino se había levantado y, mientras gritaba pidiendo ayuda, consiguió interponerse entre ella y yo. En ese momento tres oficiales de seguridad entraron y en cuestión de segundos lograron reducirla. Aunque querían llevarme al hospital en ambulancia, preferí llamar a mi hermana Anna, que enseguida vino a buscarme y me acompañó al hospital: una contusión leve y la correspondiente vacuna del tétano por algún corte superficial fue todo. Curiosamente, no sería la última vez que un paciente me protegería de otro.

De la historia de Anne me enteré cuando la policía me preguntó si quería

abrir cargos por agresión en su contra, lo cual es una cuestión complicada; tanto el hospital como las víctimas, generalmente otros pacientes o personal médico, pueden decidir abrir cargos en contra de alguien por una agresión que tenga lugar dentro del hospital. Parece contradictorio pensar que se pueda imputar a pacientes que permanecen allí precisamente por haber cometido ya un acto violento. Cualquiera que sea la patología que desencadena la violencia, representa el objetivo del tratamiento y lo que ha llevado al ingreso en primer lugar. Sin embargo, las personas con un trastorno psiquiátrico pueden resultar agresivas por razones diferentes con independencia de su enfermedad mental, quizá por venganza, frustración o ira. Los hospitales que tienden a abrir cargos argumentan que al hacerlo fomentan que el sujeto tome conciencia de sus actos y desarrollen cierta responsabilidad sobre ellos. Así que, teóricamente, el dilema es el siguiente: si el acto agresivo es el resultado directo de, por ejemplo, un síntoma psicótico que no ha remitido, lo mejor es no abrir cargos, pero si la motivación es cualquier otra, entonces se debe proceder a un arresto. En la práctica, dicha distinción no resulta tan fácil. Muchas veces los pacientes actúan primordialmente motivados por síntomas psicóticos mientras se encuentran fuera de todo contacto con la realidad, y otras, aunque también influidos por delirios o alucinaciones, el comportamiento muestra un gran componente volitivo. Hasta el día de hoy, estas decisiones me parecen delicadas. Afortunadamente, aunque en incontables ocasiones he tenido que ser testigo de nuevos arrestos iniciados por hospitales en contra de pacientes, esa ha sido la única vez que tuve que tomar la decisión, y decidí no presentar cargos.

Cuatro años más tarde volví a Kirby, esta vez para quedarme un año, el de mi residencia. Muy parecido al modelo médico, en Estados Unidos los psicólogos realizan doce meses de residencia, generalmente durante el quinto o sexto año de doctorado. El proceso es también parecido al de los médicos,

esto es, un *matching process* o proceso de asignación. Mandas tu solicitud a distintos hospitales del país; realizas entrevistas en los que te llaman; haces una lista en orden de preferencia, que ellos también hacen y, un día, generalmente a finales de febrero, recibes un correo electrónico con el nombre del hospital donde realizarás tu residencia. New York University School of Medicine/Bellevue era el número uno de mi lista, por un lado, porque constituye el hospital público más antiguo de Estados Unidos y, por otro, por el tipo de rotaciones forenses. El año de residencia es durísimo y agotador, con interminables horas de trabajo, pero, sobre todo, es cuando empiezas a trabajar más independientemente y a darte cuenta de la responsabilidad humana que este trabajo conlleva. La residencia en esta universidad incluye rotaciones en la unidad de psiquiatría forense de Bellevue —donde trabajas con los pacientes/presos en estado más crítico (agudo), ingresados durante cortos periodos de tiempo— y también en el Kirby Forensic Psychiatric Center, donde hay pacientes que llevan hasta veinticinco años: los que han sido declarados inimputables.

Una vez que un acusado es hallado inimputable, dos psicólogos o psiquiatras tienen que realizar una evaluación para determinar si además padece un «trastorno mental peligroso», es decir, si como resultado del trastorno psiquiátrico supone un peligro para los demás o para él mismo. Si este es el caso, se procede entonces a un ingreso involuntario en un hospital forense de máxima seguridad. En Nueva York estos hospitales son el Kirby y el MidHudson Forensic Psychiatric Center, que se encuentra al norte de la ciudad. Este tipo de ingreso involuntario se halla contemplado en la Ley de Enjuiciamiento Criminal (*Criminal Procedure Law*, CPL, 330.20) y estos pacientes son los que terminan ingresados durante más años, e incluso de manera indefinida, hasta que de nuevo dos psiquiatras o psicólogos deciden que ya no son peligrosos. Pero en Kirby hay otros dos tipos de pacientes: los

ingresados también involuntariamente bajo el CPL 730 (incapacitados para ser juzgados); el objetivo de dichos ingresos es recobrar la capacidad y, por lo general, duran una media de noventa días y raramente de más de un año. Una vez que el paciente recupera la capacidad, se lo traslada a la cárcel para proseguir con el proceso judicial. El tercer tipo de pacientes ingresados en Kirby son una minoría y, probablemente, también los más peligrosos, pues aunque no hayan cometido ningún delito criminal —se trata de los únicos no forenses (sin cargos criminales)—, son tan violentos que no se los puede manejar en hospitales civiles y necesitan ser trasladados a uno de máxima seguridad.

Como psicóloga residente en Kirby, el trabajo consiste en realizar evaluaciones forenses y también tratamiento. Hay dos tipos de evaluaciones: valoraciones de riesgo o peligrosidad a los pacientes 330.20 y evaluaciones 730 para determinar si los sujetos han recobrado la capacidad para ser juzgados. En cuanto a la terapia, todos los residentes dirigen terapias de grupo para restaurar la competencia de los pacientes admitidos bajo el CPL 730, y a algunos se les asignan individuos especialmente complicados para realizar terapia individual. Estos son siempre los inimputables. La asignación de pacientes se realiza el primer día del año.

Fernando era un venezolano de cuarenta y cinco años que llevaba quince ingresado en Kirby. Se había mudado a Nueva York con sus padres, su novia y sus cuatro hermanas a la edad de dieciocho «en busca de una vida mejor». En Venezuela se ganaba el pan como mecánico de coches y, al llegar al Harlem Hispano, siguió haciendo lo mismo, además de cocinar en restaurantes de comida latina. Fernando contaba que la adaptación a la cultura americana había resultado algo difícil, aunque, al vivir en el Harlem Hispano, siempre se hallaba rodeado de dominicanos y puertorriqueños y no le había hecho falta aprender inglés. A los veinte años se casó con su novia María y

dos años después tuvieron una hija. Entre lo que ganaba arreglando coches y cocinando, Fernando consiguió reunir suficiente dinero para irse de casa de sus padres a vivir con María y su hija. Sin embargo, tres años después, cuando Fernando tenía veintiséis años, su esposa falleció en un accidente de tráfico. Profundamente deprimido, Fernando se sentía incapaz de criar solo a su hija y volvió a mudarse a casa de sus padres, donde también vivían dos de sus hermanas con sus respectivos maridos e hijos. Los dos años siguientes transcurrieron con relativa normalidad, y Fernando siguió trabajando y criando a su hija con la ayuda de su familia.

A la edad de veintiocho, Fernando visitó por primera vez las urgencias psiquiátricas de un hospital de Harlem. Llevaba aproximadamente cuatro días sin poder dormir y sin poder comer; por un lado, tenía menos apetito pero, además, decía que la comida le sentaba mal. Su madre lo llevó a urgencias, donde lo evaluaron, le diagnosticaron un trastorno depresivo y le dieron el alta con una receta de antidepresivos. Tres semanas más tarde, durante la cena, Fernando le preguntó a su madre si había puesto algo en la sopa. Confundida, ella le contestó: «Lo normal, como la hago siempre». Fernando dio un golpe a la mesa y, gritando, contestó: «Sé lo que estás haciendo», se levantó y se fue a su cuarto. Esa noche, Fernando la pasó deambulando alrededor de la casa y sin dormir. Sus padres y sus hermanas, que cuentan que Fernando siempre había sido tranquilo y respetuoso, asustados con este cambio de carácter, llamaron al 911. Al llegar la policía, Fernando comenzó a gritar y a decir: «¡Sé lo que estáis haciendo, pero no os saldréis con la vuestra!». La policía lo llevó a urgencias en el mismo hospital donde había estado hacía tres semanas. Al llegar allí, Fernando se encontraba calmado y le dijo a los médicos que su familia había llamado a la policía porque llevaba unos días nervioso, pero que ya se sentía bien. Por su parte, la familia de Fernando, que tampoco hablaba inglés, intentó explicar a los médicos que

Fernando había cambiado mucho últimamente y que no comía porque sospechaba que su madre le ponía algo en el alimento. A pesar de la insistencia de esta, Fernando fue dado de alta, aunque esta vez con una receta de medicación antipsicótica.

Antes de trabajar en un departamento de urgencias psiquiátricas solía ser muy crítica con los médicos que toman las decisiones sobre cuándo admitir a un paciente. Pensaba que si había indicios de enfermedad mental, por qué no se iba a ingresar para observar, aunque solo fuera unos días, sobre todo si las familias habían notado cambios radicales en el comportamiento. Pero cuando trabajas en urgencias aprendes que es difícil encontrar un equilibrio entre la libertad personal y la necesidad de tratamiento debido al potencial peligro para la sociedad. Durante mi año de residencia en Bellevue también trabajé en el departamento de urgencias psiquiátricas (CPEP, Comprehensive Psychiatric Emergency Program). Este departamento es de los que recibe más visitas de urgencias psiquiátricas de la ciudad, además de ser el hospital donde la policía (NYPD) traslada a los detenidos que identifican como «alterados emocionales» (*emotionally disturbed*, ED). En él tienes la posibilidad de observar a pacientes durante setenta y dos horas, incluso en contra de su voluntad. Es lo que se llama la Unidad de Observación Prolongada (Extended Observation Unit, EOU), compuesta por seis camas y situada en la planta baja del edificio. Por ejemplo, si alguien llega con síntomas psicóticos, pero además intoxicado, es necesario observarlo unos días, hasta que pasa el periodo de intoxicación, para ver si aquellos persisten. Sin embargo, una vez transcurridos los tres días se tiene que tomar la decisión de ingresarlo en una de las plantas psiquiátricas o darle el alta. Los pacientes pueden firmar el ingreso de manera voluntaria. No obstante, muchos de ellos no quieren ser ingresados. En ese caso, hay que admitirlos de manera involuntaria. Los criterios de admisión involuntaria se encuentran

contemplados en las Leyes de Higiene Mental (*Mental Hygiene Laws*), y aunque varían según la jurisdicción, todos incluyen el criterio de la «peligrosidad».

La inclusión del concepto de peligrosidad es el resultado de una decisión del Tribunal Supremo en 1975 a partir del caso *O'Connor vs. Donaldson*, un caso importantísimo que representa un punto de referencia en el derecho de salud mental en Estados Unidos. Kenneth Donaldson tenía treinta y cuatro años cuando sufrió su primer episodio de descompensación psiquiátrica. Lo trataron con veintitrés sesiones de electrochoque. Más de diez años más tarde, en 1956, durante un viaje a Florida para visitar a su padre, Donaldson empezó a decir que sus vecinos estaban envenenando su comida. Su padre, sospechando que tales ideas eran parte de un delirio paranoide, pidió que un juez ordenara su ingreso. Donaldson fue evaluado, diagnosticado de esquizofrenia e ingresado de manera involuntaria. Aunque nunca se había comportado de manera violenta, permaneció recluido durante quince años sin tan siquiera recibir tratamiento, ya que siempre se negó a tomar medicación. Casos como este eran muy comunes antes de 1975, cuando los enfermos mentales eran constantemente reclusos en asilos solo por tener un diagnóstico psiquiátrico, ya que se los consideraba peligrosos como resultado de una enfermedad mental.

Finalmente, Donaldson inició una demanda en contra del hospital por haberlo privado de sus derechos constitucionales al retenerlo en contra de su voluntad; ganó el caso en la corte del distrito y en 1975 el Tribunal Supremo confirmó dicha sentencia. De acuerdo con esta decisión, el hecho de que un individuo sufra una enfermedad mental no se considera, por sí solo, razón suficiente para ingresarlo de manera involuntaria. A partir de la misma, pues, se considera «inconstitucional que el Estado prive de libertad a una persona no peligrosa que pueda sobrevivir en libertad por sí sola o con la ayuda de

familiares o amigos dispuestos y responsables». Aunque esta decisión del Tribunal Supremo también plantea ciertos problemas, como, por ejemplo, la ambigüedad del término «peligrosidad», resulta crucial para la protección de los derechos civiles de las personas con enfermedad mental, ya que, por el mero hecho de recibir un diagnóstico psiquiátrico, no pueden ni deben ser privados de su libertad, sobre todo si tenemos en cuenta que la mayoría de ellos (más del 90 por ciento) nunca se comporta de manera violenta.

En Nueva York, la decisión del Tribunal Supremo en el caso *O'Connor vs. Donaldson*, se traduce en la Ley 9.39 de Salud Mental, que dice lo siguiente: una persona que sufre una enfermedad mental puede ser hospitalizada en contra de su voluntad si constituye

riesgo sustancial de causar daño físico a él/ella, manifestado en amenazas o intentos de suicidio o daño corporal serio o cualquier otro comportamiento que demuestre que él/ella es un peligro para sí mismo/a; o riesgo sustancial de causar daño físico a otras personas, manifestado en comportamiento violento u homicida que causa en los demás un miedo razonable a recibir un daño físico.

En resumen, el criterio supone peligrosidad para los demás o para ellos mismos. En el contexto de urgencias psiquiátricas el riesgo tiene que ser inminente, es decir, que aunque se crea que, en un futuro, si el paciente no toma la medicación podría tratar de suicidarse o de hacer daño a otros, no es el criterio por el que uno debe regirse, sino por el de riesgo inminente. Por ejemplo, un indigente que padece esquizofrenia, duerme en las calles, come de las basuras y no se ducha, técnicamente no puede ser hospitalizado de forma involuntaria a no ser que se pueda argumentar que, de manera inminente, su incapacidad para cuidar de sí mismo puede poner en peligro su propia vida. Sin embargo, cientos de vagabundos viven en las calles de Manhattan en estas condiciones durante años. El ingreso de un enfermo mental en contra de su voluntad supone una privación de libertad muy seria,

que a menudo conlleva la frustración de las familias que quieren que sus hijos, hermanos o padres sean ingresados para recibir tratamiento, y el dilema al que se enfrenta el personal médico que toma tales decisiones.

Fue durante la tercera visita de Fernando a urgencias cuando los médicos decidieron que cumplía los criterios legales para una admisión involuntaria. En esa ocasión, Fernando había confesado a una de sus hermanas que escuchaba voces que le decían que hiciera daño a alguien. Además seguía sin comer, convencido de que sus familiares estaban envenenando lo que ingería. Ese día, tras probar la comida, Fernando había comenzado a gritar y a decir que todos conspiraban contra él. Su madre volvió a llamar al 911. Durante el ingreso, Fernando presentó síntomas psicóticos como delirios paranoides y alucinaciones auditivas. Sin embargo, se negó a tomar la medicación, ya que estaba seguro de que no padecía enfermedad psiquiátrica alguna, por lo que tuvieron que medicarlo en contra de su voluntad. A los pocos días empezó a tranquilizarse, las alucinaciones desaparecieron y dejó de manifestar ideas delirantes. A la semana fue dado de alta con un diagnóstico de esquizofrenia, una receta de medicación antipsicótica y una cita para continuar el tratamiento en una clínica ambulatoria.

Poco tiempo después de salir del hospital, y a pesar de la insistencia de su familia, Fernando dejó de tomarse la medicación argumentando que había engordado y que se encontraba muy sedado. Estos efectos secundarios de los antipsicóticos, además de otros más serios, son bastante frecuentes. Fernando convenció a su familia de que se encontraba bien y de que todo había sido resultado del estrés. Aunque su familia asegura que lo veía más deprimido y menos hablador, Fernando no volvió a hacer ningún comentario paranoide. Aproximadamente un mes más tarde, sin embargo, Fernando apuñaló quince veces a su hija Matilde con un cuchillo de cocina y después intentó suicidarse cortándose el cuello con el mismo cuchillo. Desde que abandonó la

medicación, Fernando había desarrollado el delirio de que su hija, y él mismo, estaban poseídos por el diablo, y de que, con el fin de salvarlos, tenían que morir todos para después resucitar. Una de sus hermanas, que se encontraba en la casa, bajó corriendo a la cocina al escuchar los gritos de los demás niños y, tras encontrarse a los dos heridos en el suelo, llamó a la policía. Cuando esta llegó, Matilde ya había fallecido y Fernando se hallaba inconsciente. Lo llevaron a un hospital de Harlem donde permaneció en coma durante dos meses porque había perdido mucha sangre. Al poco tiempo de despertar, y cuando se encontraba médicamente estable, fue trasladado a la unidad de psiquiatría forense de Bellevue. Allí fue donde su hermana lo visitó e informó de la muerte de su hija.

En mi primer día de residencia en Kirby me dieron el resumen de una página del caso de Fernando, que me había sido asignado para que hiciera psicoterapia durante un año. Ya llevaba quince en Kirby, pues el panel examinador de peligrosidad le había denegado siete veces el traslado a un hospital civil. Sin embargo, no me daban acceso a los informes que contenían las razones específicas para no «contaminar» el proceso terapéutico. Parte del problema, según se decía en el sumario del caso, residía en que Fernando no hablaba inglés y, por lo tanto, aunque había participado en terapias de grupo, nunca había recibido terapia individual. Tampoco estaba muy claro cuáles eran los objetivos de la terapia. El sumario también especificaba que, durante los quince años transcurridos en Kirby, Fernando había tomado su medicación y nunca había presentado síntomas psicóticos o conducta agresiva, acudía a misa todas las semanas y recibía la visita de sus familiares todos los sábados.

Recuerdo con perfecta claridad el día que lo conocí. Iba vestido con un pantalón vaquero, una camisa y una corbata; me dijo que quería estar elegante para conocerme. Me impresionaron sus ojeras, ya que tenía la piel de

debajo de sus ojos muy desgastada en comparación con el resto de su cara, como si hubiera estado llorando sin parar todo aquel tiempo desde su ingreso. Sin embargo, durante las primeras sesiones Fernando se mostró muy risueño y hablador. Me contó su vida en el hospital: lo que hacía por las mañanas, quiénes eran sus amigos, su trabajo en la cocina, qué series de televisión le gustaba ver... También me relataba la alegría que le producía ver a su familia todos los sábados. Sus hermanas y sobrinos lo visitaban sin faltar ninguna semana desde que había ingresado y le traían jamón con arroz y habichuelas y una tarta de piña; este hecho siempre me conmovía. Yo al principio hablaba poco, mientras que Fernando, dado que llevaba aquellos quince años hablando en su idioma solo los sábados, parecía ansioso por comunicarse en español. Después de dos meses de sesiones no había mencionado nada relacionado con su hija ni con su enfermedad mental, nos habíamos centrado en trabajar algunos síntomas de ansiedad, pero diez meses más tarde Fernando tendría su siguiente y octava oportunidad de ser trasladado a un hospital civil como primer paso antes de su reintegración total en la sociedad. Mi supervisora me había recordado que su progreso en terapia iba a tener mucho peso en la decisión, pero seguían sin explicarme porqué le habían denegado el traslado siete veces.

Creo que hubo dos razones por las cuales no habíamos hablado de los temas «importantes». Por un lado, yo intentaba establecer una alianza terapéutica sólida. La alianza terapéutica es un concepto importante en psicoterapia. Aunque se ha definido de varias maneras, básicamente se refiere al vínculo que se desarrolla entre terapeuta y paciente. La alianza terapéutica se establece en las fases iniciales de la terapia e incluye confianza, respeto y afinidad.[\[1\]](#) El establecimiento de una alianza terapéutica positiva resulta un factor que contribuye a obtener resultados positivos de la terapia. En el contexto de la práctica de la psicología forense, la alianza terapéutica se ve

siempre mermada por la falta de confidencialidad. Aunque en el marco del tratamiento la información es más confidencial que en el de la evaluación forense (donde, en esencia, ninguna información se considera privada), en un hospital psiquiátrico forense hay muchos límites a la confidencialidad. Generalmente, en la práctica clínica el terapeuta solo puede romper el secreto profesional en caso de que la vida del paciente se halle en peligro o si hay una clara amenaza para una tercera persona, pero, en el ámbito forense, las notas terapéuticas casi siempre llegan a manos del juez o de los abogados. En este caso, el comité examinador de Fernando revisaría mis notas como parte de la evaluación, así que durante mi primera sesión le expliqué a este que, técnicamente, nada de lo que me contase se podía considerar privado. A pesar de este serio obstáculo, hasta el día de hoy no cesan de sorprenderme los vínculos tan fuertes que los pacientes pueden llegar a desarrollar con sus terapeutas, incluso en el contexto forense.

Dados los temas tan delicados que Fernando y yo íbamos a tener que tratar, me pareció que, a pesar de la falta de privacidad, era importante establecer un vínculo. Durante nuestro tercer mes de terapia, Fernando me trajo una foto de su hija y me dijo que le gustaba leerle cuentos en español antes de acostarse. Ese fue el primer día que —por fin— me habló de ella. A partir de ahí las sesiones se hicieron mucho más difíciles, no solo para él, sino también para mí. En concreto, recuerdo el día que me contó lo que había sentido cuando se despertó del coma en el hospital y su hermana le dijo que había matado a su hija. Algunos autores creen que la empatía resulta indispensable a lo largo del proceso terapéutico. Yo tengo mis dudas al respecto, o por lo menos creo que mucha empatía puede llegar a entorpecer la terapia. El vocablo «empatía» proviene de la palabra griega «emocionado» y se refiere a la capacidad cognitiva o emocional de sentir lo que siente el otro. Leslie Jamison escribe que «imaginarse el dolor del otro con demasiada claridad puede ser tan

dañino como no imaginárselo nada».[2] Recientemente, un psicólogo investigador de la Universidad de Yale ha escrito un controvertido libro «en contra de la empatía», en el que, basándose en estudios científicos, argumenta que la empatía es una emoción irracional y prejuiciosa que ha llevado a naciones e individuos a tomar decisiones inmorales, mientras que recomienda, por el contrario, que la empatía sea sustituida por la compasión racional.[3]

Después de un año de terapia con Fernando, por fin llegó el día de su octava evaluación por parte del comité que debía determinar si ya estaba preparado para ser trasladado a un hospital civil, lo cual constituye el primer paso hacia la libertad. El comité se halla formado por tres miembros que pueden ser psicólogos/as o psiquiatras, ninguno de los cuales forma parte del equipo de tratamiento. Fernando tenía muchísima ansiedad, a pesar de que llevábamos meses hablando de este día y preparándonos para ello. Yo también me preparaba: por un lado, estaba convencida de que él se hallaba listo, no era peligroso y cumplía con todos los criterios requeridos para su traslado; pero, por otro lado, sabía que le habían denegado el traslado siete veces por razones que yo desconocía. Sin embargo, pensaba que esta vez que el resultado sería diferente, ya que el comité había tenido la posibilidad de leer todas mis notas acerca del progreso de Fernando a lo largo de su primer año de terapia individual.

La evaluación tuvo lugar en julio, durante mi último mes de residencia, y duró tres horas. Yo esperaba en una oficina contigua a la sala de conferencias donde lo entrevistaban. Cuando terminaron, divisé a lo lejos a Fernando mientras salía de la oficina: iba muy bien vestido con traje de chaqueta y corbata; tenía el semblante alegre. Cuando salieron dos de los miembros del comité, entré a la sala donde quedaba el tercer miembro, una psicóloga que además había sido mi supervisora. Solo tuvo que hacer un gesto con la

cabeza para darme cuenta de que se lo iban a denegar de nuevo.

La razón por la que no es adecuado que los miembros del equipo de tratamiento tomen decisiones sobre la peligrosidad, tiene que ver con la falta de objetividad que el vínculo terapéutico puede crear. Además, el panel examinador tiene acceso a diferentes tipos de información que el equipo de tratamiento no siempre tiene. En este caso, sin embargo, y aun entendiendo la diferencia entre los dos roles, me costaba comprender qué veían ellos que no viera yo, o viceversa, así que le pregunté, seguramente con un tono enfadado. Me dijo que no observaban signos claros de arrepentimiento.

El concepto del arrepentimiento probablemente sea de los más difíciles de entender en el contexto de la psicología forense. Es muy difícil —si no imposible— de medir con objetividad o certeza y, sin embargo, resulta crucial para muchas decisiones importantes. El arrepentimiento es especialmente importante en los casos de inimputabilidad. Se considera que el paciente tiene que mostrar arrepentimiento antes de ser puesto en libertad. Además, se trata de un concepto relacionado con la peligrosidad: si no hay arrepentimiento, hay más posibilidades de que se vuelva a cometer el mismo acto criminal. Yo no le había preguntado a Fernando directamente si se arrepentía por lo que había hecho, porque consideraba que, para arrepentirse, el acto criminal debía ir acompañado de una mente criminal. Es decir, Fernando tendría que haber tenido *mens rea* o «mente culpable», saber lo que estaba haciendo, para poder arrepentirse de sus actos, que es lo que en su día un jurado había determinado que no tenía, por lo cual era inimputable. Aun así, no me cabía la menor duda de que en los últimos quince años Fernando había experimentado un sufrimiento muy profundo como resultado de su comportamiento. Tampoco me cabía duda de que se arrepentía de no haberse tomado la medicación cuando sus médicos y su familia así se lo recomendaron; no paraba de decir que eso podría haberle salvado la vida a su

hija, y probablemente tenía razón.

Le pedí a la psicóloga que me mostrara un ejemplo de por qué a Fernando le faltaba arrepentimiento. Quería saber cómo habían medido este concepto. Su respuesta fue que este repetía sin parar que estaba convencido de que su hija se encontraba en un lugar mejor, con Dios, y que ese era el destino que Dios quería. Ella había interpretado esto como una externalización de responsabilidad. Fernando era muy religioso y su espiritualidad lo había ayudado en el proceso de duelo. Sin embargo, su conclusión me pareció una lectura inadecuada de una creencia religiosa. Desde mi punto de vista, eso no tenía nada que ver con el arrepentimiento. Cuando expliqué mi razonamiento a los tres miembros del comité, me acusaron de haber perdido la objetividad como resultado de mi vínculo terapéutico y mi consiguiente implicación emocional; seguro que tenían algo de razón. Entonces me escribieron unos números en un papel y me dijeron que bajara al sótano, donde se almacenaban todos los expedientes; aquellas cifras indicaban el pasillo en el que podría encontrar el expediente de Fernando. Sin dudarlo mucho baje al sótano, un sitio deprimente, lleno de polvo, sin luz, y con cientos de cajas que contenían fotos, transcripciones de interrogaciones policiales y juicios, y demás material relacionado con todo tipo de actos criminales. El ambiente era tétrico y muy triste. Encontré una caja enorme con las siglas Fernando. Nada más abrirla, hallé las fotos de la escena del crimen. Fernando aparecía sangrado, en el suelo, boca abajo, mientras era esposado por la espalda y con la bota de un policía sobre su cabeza. También había una foto de Matilde, con el pelo muy largo, en la que se la veía tendida en el suelo en medio de un charco de sangre, con un corte en el cuello. Cerré la caja y la devolví a su estantería. No necesitaba ver nada más.

Si nos dejáramos llevar por nuestra reacción ante escenas tan horribles, Fernando nunca saldría del hospital. Ese no es el criterio establecido por la

ley, y tampoco representa el criterio de peligrosidad.

Horas más tarde tenía que encontrarme con él para darle la noticia... aunque él ya lo sabía. Estas fueron sus palabras: «No se preocupe por mí. De todas formas, me da un poco igual estar aquí más tiempo, quizá sea bueno para mí». Sorprendentemente, era él quien me consolaba y no al revés; Fernando también podía sentir empatía, o compasión racional.

En 2014 me encontré en un congreso a uno de los miembros del comité; me dijo que Fernando acababa de abandonar el hospital Kirby. Habían pasado veinte años desde su ingreso.

Peligrosidad

En noviembre de 2009 acudí a mi primera reunión en la oficina de la Fiscalía del distrito de Queens. Hacía cuatro meses que me había graduado como doctora en psicología forense, y dos desde que empecé mi primer trabajo como directora clínica del juzgado de salud mental del distrito.

Queens es uno de los cinco barrios de Nueva York; tiene una población de aproximadamente 2,3 millones de habitantes y es el sitio con más diversidad cultural del mundo. Se hablan alrededor de 138 idiomas, lo que lo convierte en un lugar muy interesante, aunque también muy complejo para ejercer como psicóloga, ya que a veces es casi imposible distinguir los comportamientos patológicos de los que se encuentran normalizados dentro de determinadas culturas, algunas de las cuales son muy distintas entre sí y también de la mía.

Mientras esperaba en uno de los despachos de la Fiscalía, me preguntaba por qué el fiscal quería hablar conmigo en persona. Una semana antes me había llamado su secretario para informarme de que la reunión sería sobre un detenido, Yusuf, acusado de acosar a un vecino, es decir, un delito menor. En esa primera etapa, todos mis contactos con la Fiscalía habían sido a través del teléfono o durante audiencias en el juzgado.

Mi trabajo en el juzgado de salud mental de Queens consistía principalmente en realizar evaluaciones diagnósticas y valoraciones sobre la

peligrosidad, que el juez y el fiscal utilizaban después para decidir qué detenidos podían beneficiarse del tratamiento en la comunidad como alternativa a las medidas de privación de libertad. En Estados Unidos, estos juzgados de jurisprudencia especial se crearon en los años noventa bajo el marco teórico de la «justicia terapéutica», con el objetivo de aplicar una perspectiva de carácter más rehabilitador en aquellos casos en los que el detenido sufría un trastorno mental grave (TMG).^[1]

Tras disculparse por hacerme esperar cerca de media hora, el fiscal, un hombre de unos cincuenta años, me pidió que lo siguiera a otra oficina en la que tendríamos la reunión. Al abrir la puerta me encontré en un despacho con otras doce personas. Me senté al lado de la única mujer que había en la mesa. El fiscal pidió a todos los que se encontraban allí que se presentaran; había tres abogados becarios de la Fiscalía, cuatro miembros del FBI, cuatro policías federales y el abogado defensor. La situación era confusa. Mi programa solo trabajaba con delitos estatales, no federales, y el delito que había llevado a Yusuf a la cárcel era un delito estatal menor. Entonces el fiscal me explicó que, aparte de ese delito, el detenido tenía dos casos abiertos en la Corte federal por acosar a una escritora famosa en otro estado, y además el FBI lo había perfilado como un potencial asesino en masa. Llevaban siguiéndolo desde hacía unos tres años, monitoreando todos sus movimientos. «Doctora Barber, necesitamos que nos diga si el detenido es peligroso», dijo el fiscal. Esa fue la primera vez que entendí realmente la responsabilidad que entrañaba el título recibido tan solo unos meses atrás.

El momento de mi graduación constituyó uno de los más importantes de mi vida. Lo celebré el último día de mi residencia en Bellevue. Recuerdo la sensación de alivio que sentí cuando el director del departamento de psicología me entregó el diploma y me llamó «doctora» por primera vez. El doctorado en psicología forense había supuesto una carrera de obstáculos que

había durado cinco años, llena de momentos de aprendizaje y satisfacción, pero también de mucho sacrificio. Rodeada por mis compañeros de promoción y algunos familiares, recordé a mi tío Alberto Barber Guerra; y lo recordé porque, de alguna forma, él también era responsable de que yo estuviese allí en aquel momento. Era primo de mi padre y habían vivido juntos muchos años en Madrid cuando eran muy jóvenes y aun no sabían qué hacer con sus vidas. Esta unión se prolongaría a lo largo del tiempo. Venía mucho a visitarnos a Lanzarote, donde nosotros vivíamos. Residió en California quince años y hablaba inglés perfectamente. Una tarde muy calurosa de julio de 1999, después de terminar mi carrera, mi tío me convenció para que fuera a estudiar inglés a Nueva York. Recuerdo muchos detalles de aquel momento, como si de alguna forma intuyera el giro que iba a dar mi vida.

Yo necesitaba aprender inglés. Mi madre nunca fue muy partidaria de mandarme en los veranos a ningún sitio a estudiarlo, como si ella también intuyese que en un futuro íbamos a vivir muy separadas. No obstante, lo cierto es que, en una hora en la cocina de mi casa, me buscó una academia de inglés y una residencia para alojarme.

En octubre de ese mismo año, volé a Nueva York por primera vez con él y con mi padre. Diez años después, ahí estaba yo, sentada, esperando a recibir mi título, rodeada de todos mis seres queridos y a él apenas lo eché de menos, puesto que no paró de enviarme mensajes recordándome lo mucho que me quería y lo orgulloso que se sentía de mí.

Agradezco a mis padres su ayuda económica en esos años, porque aunque estudié por medio de becas y dando clases en la universidad, esta es una ciudad muy cara y, sin su apoyo, no hubiese podido alcanzar mis metas.

Pero la ayuda más importante que recibí de ellos no fue económica. A pesar de lo difícil que fue para los dos el hecho de tenerme lejos, siempre me

inspiraron y me animaron a comenzar y completar todos mis proyectos. Aun así, recuerdo con claridad la expresión de mi madre el día de mi graduación: una mezcla de orgullo y de tristeza al saber que una vez más retrasaría mi vuelta a España. En un principio, yo había planeado regresar a mi país tras terminar el doctorado, pero unos meses antes de mi graduación me ofrecieron el trabajo de directora clínica en las cortes de Queens; una oportunidad que, pensé, no podía dejar pasar.

Y aquí estaba ahora... en el despacho del fiscal. Durante el doctorado y el año de residencia, todas las decisiones clínicas son compartidas, y todos los informes forenses se firman conjuntamente con un supervisor. El síndrome del impostor es la mejor manera para definir cómo me sentía en aquella reunión en la Fiscalía. Pensaba en todos los supervisores a los que me hubiese gustado llamar para que me ayudaran a contestar la pregunta que me hacía el fiscal. A pesar de que el tema de la peligrosidad había sido parte de mi tesis doctoral, no me sentía cualificada para responderle. Comencé a notar los latidos de mi corazón y el sudor en las manos; una sensación de ansiedad que me resultaba familiar. «¿Peligroso para qué?», contesté por fin. «¿Pues para qué va a ser? Queremos saber si es un peligro para la sociedad.» Sabía que esa pregunta era demasiado vaga y general como para ser respondida con un nivel razonable de precisión clínica, pero aquella no era la mejor ocasión para discutir de ello.

«No tengo información suficiente en este momento para responder a esa pregunta», contesté.

«¿Qué información necesita doctora?», me preguntaron.

«Para empezar, todo el expediente criminal y médico, así como una evaluación con el detenido.»

La predicción y la prevención del comportamiento violento forman una parte central de la práctica en psicología y en psiquiatría forense. En los

últimos años se han hecho importantes avances en este aspecto, y actualmente existen procedimientos y técnicas de evaluación que, bajo algunas circunstancias, permiten una aceptable capacidad de prevención y gestión del comportamiento violento futuro, aunque no siempre fue el caso. Durante la primera mitad del siglo xx, la investigación en este sentido fue muy escasa y raramente se cuestionaban las opiniones que llevaban a la práctica tanto psicólogos como psiquiatras en relación con la peligrosidad. Sin embargo, todo cambió a mediados de los años sesenta, debido, principalmente, a una decisión de la Corte Suprema en el caso *Baxstrom vs. Herold* de 1966.

Johnnie Baxstrom fue sentenciado en 1959, en Nueva York, a un periodo de encarcelación de un año y medio a tres años por un delito de agresión en segundo grado. En 1961, uno de los doctores de la prisión donde cumplía sentencia le diagnosticó una enfermedad mental y se le trasladó a un hospital psiquiátrico forense. Cuando su sentencia estaba a punto de finalizar, otro psiquiatra determinó que Baxstrom seguía padeciendo una enfermedad mental y, por lo tanto, no podía ser puesto en libertad. Se presuponía que, dada su enfermedad, Baxstrom representaba un peligro para la sociedad. Este apeló la decisión al considerar que la prolongación de su sentencia violaba sus derechos constitucionales fundamentales. El caso llegó hasta la Corte Suprema, que terminó dándole la razón.

Este proceso fue importante no solo por la decisión legal en sí, sino porque, como resultado, otras 966 personas que se encontraban en la misma situación fueron dadas de alta en hospitales psiquiátricos forenses; algunos fueron trasladados a hospitales civiles, mientras que otros volvieron a la comunidad.

Afortunadamente, varios científicos, entre ellos Henry Steadman, un sociólogo que trabajaba para el departamento de salud mental del estado de

Nueva York por aquel entonces, supieron ver en dicha decisión una oportunidad para confirmar o refutar la hipótesis de que los psiquiatras y psicólogos se hallaban capacitados para predecir el comportamiento violento. Al fin y al cabo, las casi mil personas puestas en libertad habían sido retenidas en hospitales forenses después de haber cumplido sus sentencias porque algunos profesionales de la salud mental habían determinado que eran demasiado peligrosas para la sociedad. Los resultados de este experimento natural se encuentran recogidos en un libro publicado en 1974. [2] Estos científicos encontraron que un porcentaje casi insignificante de personas cometieron delitos violentos tras un periodo de seguimiento de unos cuatro años. De las 175 que regresaron a la comunidad, solo dos volvieron a ser arrestadas por delitos violentos. Y ello, a pesar de que casi la mitad de los 966 volvieron a ser admitidos en hospitales psiquiátricos civiles entre 1966 y 1970, lo cual sugiere no solo que los psiquiatras y psicólogos tendían a sobrestimar los índices de violencia futura en enfermos mentales, sino también que la creencia, tan extendida, de que la mayoría de estas personas son violentas es errónea. Además, el estudio demostró que las predicciones de violencia realizadas por los psiquiatras y psicólogos se hacían de una manera muy poco sistematizada.

Aunque este trabajo recibió bastantes críticas, otras investigaciones llevadas a cabo en aquellos años arrojaron resultados muy similares que se hallan recogidos en un libro publicado por John Monahan en 1981, otro científico que ha dedicado su carrera al estudio de la relación entre la enfermedad mental y la violencia.[3] Inicialmente, y tras revisar los resultados del caso Baxstrom y otros similares, Monahan incluso llegó a decir que los «psiquiatras y psicólogos no aciertan más que una de cada tres predicciones que realizan sobre el comportamiento violento en adultos institucionalizados que han cometido un delito con violencia en el pasado y

tienen un trastorno psiquiátrico». Dichas conclusiones y la investigación recogida en estos libros llegaron a compartirse con los jueces de la Corte Suprema de Estados Unidos unos años más tarde, en el caso *Barefoot vs. Estelle* (1983).

En 1978, Thomas Barefoot, un afroamericano de Texas, fue declarado culpable del delito capital de asesinato, en concreto, de un policía. Bajo las leyes del estado de Texas, para decidir sobre la pena de muerte el jurado tiene que responder a tres cuestiones, siendo una de ellas cuál sería la probabilidad de que el acusado cometa en el futuro más delitos violentos que supongan una amenaza para la sociedad. En este caso, la Fiscalía llamó a testificar a dos psiquiatras. Aunque ninguno de ellos había evaluado en persona a Barefoot, y a pesar de la objeción del abogado defensor, se les permitió testificar sobre esta cuestión y basaron sus opiniones en datos ofrecidos por la Fiscalía, como pruebas presentadas durante el juicio, su historial delictivo o una descripción de su comportamiento desde que cometió el delito hasta que fue arrestado. El testimonio de los dos psiquiatras fue muy parecido: por un lado, concluyeron que Barefoot era un sociópata, y, por otro, que cometería actos violentos en el futuro. Uno de ellos, el Dr. Grigson, incluso llegó a decir que estaba seguro al cien por cien de que esto ocurriría.

Barefoot fue sentenciado a la pena de muerte, pero su abogado defensor apeló la decisión argumentado que recurrir a psiquiatras como expertos en la predicción de violencia era inconstitucional, ya que estos, individualmente o como grupo, no eran competentes para realizar predicciones de peligrosidad. Este caso llegó hasta la Corte Suprema, que ya en 1976, en el caso *Jurek vs. Texas*, había rechazado la observación presentada por los tribunales menores respecto de que el concepto de «peligrosidad futura» usado en Texas era demasiado subjetivo. Aunque la Corte reconoció la dificultad inherente a semejante tipo de predicciones, concluyó que el concepto de «peligrosidad»

no era vago en un grado inaceptable y permitió que se mantuviera como uno de los criterios decisivos en delitos capitales. Sin embargo, la Corte Suprema no se posicionó en 1976 con relación a qué tipo de evidencia se podía presentar al jurado para ayudarlos a tomar una decisión con respecto a la peligrosidad. En el caso *Barefoot vs. Estelle*, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) envió en 1982 a la Corte Suprema un «Brief Amicus Curiae». El *amicus curiae* («amigo de la corte o amigo del tribunal») es un documento que las organizaciones o personas ajenas al proceso en cuestión pueden enviar a la Corte para colaborar con los jueces a tomar decisiones. Dichos documentos se suelen utilizar en casos en los que están en juego derechos constitucionales. Generalmente, organizaciones profesionales o científicas intervienen aportando una síntesis de los resultados que haya arrojado hasta el momento la investigación existente, a la que quizá los jueces no tendrían acceso de otra manera y que puede resultar fundamental para tomar decisiones pertinentes. Por ejemplo, un *amicus curiae* enviado por la APA que aportaba información a los jueces sobre los resultados en investigación que demostraban que el cerebro de los adolescentes tiene un nivel de madurez significativamente inferior al de los adultos, fue muy influyente en la decisión de la Corte Suprema de Estados Unidos en la que se determinó que la sentencia de cadena perpetua para adolescentes era inconstitucional (*Miller vs. Alabama*, 2012).

En el caso de *Barefoot*, la APA se posicionó del lado de la defensa y, citando varias investigaciones, incluidas las que resultaron del caso *Baxstrom vs. Herold*, concluyó que las cortes no debían permitir a los psiquiatras testificar como expertos sobre la cuestión de la peligrosidad a largo plazo, porque, aunque la evaluación psiquiátrica puede permitir predicciones de comportamiento violento a corto plazo, el conocimiento médico simplemente no había avanzado hasta el punto en el cual pudieran hacerse predicciones a

más largo plazo con un grado de precisión razonable. Como Monahan, la APA concluyó que «la abundante investigación en este área indicaba que, incluso bajo las mejores condiciones, las predicciones psiquiátricas de peligrosidad futura a largo plazo son incorrectas en al menos dos de cada tres casos». A pesar del posicionamiento de la APA, la Corte Suprema rechazó este argumento. Los jueces opinaban que la predicción de violencia constituía un aspecto fundamental de muchas decisiones tomadas en el sistema jurídico criminal, y que no tenía sentido decir que los psiquiatras «dentro del universo de personas a las que se les puede pedir una opinión al respecto» pudieran saber tan poco como para no dejarlos testificar al respecto.[\[4\]](#)

Barefoot fue ejecutado en 1984.

Estos casos de la Corte Suprema, junto con las investigaciones recogidas en los libros antes mencionados, llevaron a la comunidad científica a darse cuenta de que los tribunales iban a seguir utilizando a psicólogos y psiquiatras como expertos en peligrosidad, y que en lugar de decir que simplemente éramos mediocres en este campo, debíamos encontrar una manera de mejorar nuestra habilidad para predecir la violencia. A partir de ahí se llevó a cabo una investigación de mayor nivel como parte de lo que se ha llamado la «segunda generación» de estudios acerca del riesgo de violencia, que ha redundado de manera significativa en nuestra habilidad para hacer tales predicciones. En esta transición, se pasó de hablar del concepto de «peligrosidad» al de «riesgo».[\[5\]](#)

La «peligrosidad» es un concepto jurídico-legal recogido en la legislación penal vigente y basado en el principio de que ciertos individuos son peligrosos para la sociedad.[\[6\]](#) Sin embargo, tiene muy poca utilidad clínica. Decir que alguien es peligroso contribuye poco a determinar cómo prevenir la violencia, o a entender bajo qué circunstancias resulta más probable que la persona sea violenta. Además, no especifica qué tipo de violencia se predice

cuando se asegura que alguien es peligroso; por ejemplo, no es lo mismo predecir la violencia sexual que la violencia de género. El método menos fiable y el que utilizaron los doctores en el caso de Baxstrom fue el «clínico no estructurado», lo que incluía una entrevista clínica, un diagnóstico y una opinión sobre la peligrosidad basada principalmente en el diagnóstico psiquiátrico, en el historial del individuo y, sobre todo, en la intuición clínica. Hay tres problemas principales que conlleva dicha perspectiva, que todavía hoy utilizan muchos psicólogos y psiquiatras. Por un lado, las conclusiones que resultan de este método son poco precisas, con baja fiabilidad y subjetivas. Además, se basan en la idea equivocada de que las personas con trastornos psiquiátricos resultan significativamente más peligrosas que el resto de la sociedad. Finalmente, el concepto de «peligrosidad» pone todo el acento en la responsabilidad del individuo, pero no considera factores contextuales. El comportamiento humano siempre constituye el resultado de varios factores, algunos individuales como, por ejemplo, la impulsividad, y otros situacionales como, por ejemplo, la falta de apoyo social.

Tras el caso de Barefoot, la investigación dio un giro radical y, de hacer evaluaciones poco estructuradas y apoyadas principalmente en la intuición clínica, los investigadores pasaron a buscar fórmulas matemáticas que dieran como resultado probabilidades de riesgo específicas. Este tipo de investigación comenzó en Canadá, donde se recogieron datos de individuos encarcelados, todos ellos pertenecientes a la historia personal de los internos; por ejemplo, el historial delictivo o la presencia de psicopatía.^[7] A partir de ahí, se les realizó un seguimiento tras salir de prisión y así fueron capaces de determinar qué datos tenían mayor precisión para pronosticar qué personas volverían a cometer delitos violentos. De esta manera, los investigadores crearon instrumentos que contemplaban dichos datos o factores de riesgo. Estos se hallan ponderados, es decir, no todos valen lo mismo, y a partir de

fórmulas matemáticas, dependiendo de la presencia o la ausencia de esos factores en el historial del individuo, dichos instrumentos actuariales permiten obtener una puntuación que refleja una probabilidad de riesgo concreta. Para entendernos, se trata del mismo proceso que siguen las compañías aseguradoras al fijar los precios del seguro de un automóvil, basándose en factores de riesgo de siniestralidad combinados por medio de métodos actuariales o estadísticos.

El día que fui a ver a Yusuf, la Fiscalía trajo al detenido a un despacho ubicado en sus mismas oficinas. Yo no estaba acostumbrada a este escenario, ya que, por lo general, en Queens las entrevistas forenses tenían lugar en habitaciones que se encuentran en el sótano de las cortes, donde los detenidos esperan en celdas a su entrevista con el juez. Cuando entré, Yusuf tenía un brazo esposado a una barra en la pared. Estaba sentado en una silla y acompañado por un policía dentro de la habitación. Pregunté a este último si podía dejarme a solas con el detenido; él se negó aludiendo órdenes del FBI.

Yusuf tenía en ese momento veintiséis años. Nacido en Queens, sus padres eran inmigrantes procedentes de Pakistán y dueños de un restaurante. Había asistido a una universidad privada en Nueva York con una beca que obtuvo por sus excelentes notas en el instituto. Terminó la carrera de arquitectura y trabajó en uno de los despachos de arquitectos de mayor prestigio de la ciudad. Sin embargo, seis meses más tarde fue despedido por razones desconocidas.

Cuando entré, Yusuf miraba hacia abajo y no levantó la cabeza. De su aspecto físico recuerdo su extrema delgadez y que vestía un mono naranja que le quedaba muy grande. Me presenté y le informé del propósito de nuestro encuentro, así como de los límites de la confidencialidad. Le dije que no trabajaba ni para el fiscal ni para su abogado defensor, pero que mis opiniones clínicas serían compartidas con ambos, además de con el juez.

Seguía sin levantar la cabeza y sin decir nada. Le pregunté si había entendido lo que acababa de explicar. En ese momento me miró muy fijamente. Su mirada era intensa y transmitía mucha ira: «Voy a matar a esa puta después de sacarle los ojos y violarla, y después me voy a suicidar, pero no antes de darle su merecido», me dijo.

«¿De quién me habla, Yusuf?», le pregunté.

«De Vanesa», me contestó. Después miró a su alrededor y me dijo que tuviera cuidado porque las personas que querían matarlo por ser paquistaní me matarían a mí también. En ese momento, se golpeó la cabeza fuertemente varias veces contra la mesa que nos separaba. Me levanté asustada y le dije al policía, que también parecía sorprendido, que lo sujetara por los hombros para que se detuviese o, de lo contrario, se haría daño. Cuando por fin se detuvo, me di cuenta de que tenía sangre en la frente. Entonces terminé la evaluación; estaba claro que sufría un episodio psicótico. De hecho, me parecía sorprendente que se encontrara en aquel estado en la cárcel y no en un hospital. Salí de la sala y les dije a los tres policías que aguardaban fuera, que necesitaba hablar con el fiscal urgentemente. Enseguida me pasaron con él por teléfono y le comuniqué que el detenido tenía que ser trasladado al hospital Bellevue.

Yusuf cursaba su primer año de universidad cuando conoció a Vanesa, una estudiante de literatura. Un día coincidieron en la cafetería. Él se sentó en la misma mesa e hizo algún comentario sobre el libro que ella estaba leyendo. En total, hablaron unos veinte minutos, manteniendo una conversación aparentemente normal acerca del libro, de arquitectura, de lo frío y ventoso que era el invierno en Nueva York, etcétera. Se intercambiaron los correos. Esa fue la única vez que se vieron en persona. Unas dos semanas después, Yusuf le envió un correo en el que le pedía una cita, pero ella rechazó la invitación argumentando que estaba ocupada estudiando para los exámenes

finales. Unos seis meses más tarde, le escribió otra vez y de nuevo Vanesa rechazó la cita. A partir de ahí, durante los cuatro años de universidad le envió unos seis correos que, progresivamente, se tornaron más hostiles, por lo cual ella dejó de contestar. Vanesa se mudó a California tras terminar la carrera y, un año después, recibió una carta de Yusuf en la que la amenazaba con violarla, matarla y sacarle los ojos. Además, la carta contenía imágenes de caras humanas y de animales sin ojos. Inicialmente, ella no reconoció el nombre, pero, de repente, recordó aquella conversación en la cafetería de la universidad varios años atrás y se dio cuenta de que se trataba de la misma persona. De inmediato llamó a la policía. Dos agentes de Nueva York se presentaron en la casa donde Yusuf vivía con sus padres, en Queens, con la intención de llevarlo a la comisaría e interrogarle sobre la carta. Sin embargo, al hablar con él unos minutos, los policías notaron algo extraño, llamaron a una ambulancia y lo trasladaron al hospital. Allí fue evaluado en el departamento de urgencias psiquiátricas, donde los médicos le hicieron preguntas acerca de su relación con Vanesa y de las amenazas. Él contestó que se trataba de una broma y que no tenía intención de hacerle daño a nadie. Los médicos determinaron que no había peligrosidad inminente y le dieron el alta. Yusuf fue arrestado por la policía e imputado por un delito menor de acoso, tras lo cual fue puesto en libertad con una orden de alejamiento. Este delito se consideraba federal porque el acoso se había producido en otro estado.

Durante los tres años que siguieron al arresto, Vanesa recibió varias llamadas telefónicas de números desconocidos, pero cuando contestaba el teléfono solo encontraba silencio como respuesta. Ni ella ni la policía pudieron comprobar que era Yusuf el que llamaba, aunque lo sospechaban. Un día, Yusuf volvió a llamar y, esta vez, habló, haciendo nuevamente comentarios amenazantes. La policía volvió a detenerlo, el juez federal lo

imputó por violar la orden de protección y sus padres pagaron la fianza. El día de su segunda detención, la policía volvió a enviarlo al hospital, donde otra vez fue evaluado en urgencias y dado de alta en el mismo día. Durante el segundo arresto, la policía había conseguido una orden para registrar su casa y poder determinar si el resto de las llamadas provenían de su teléfono. Aunque no pudieron verificarlo, la policía encontró en su ordenador algo que no esperaba: una gran cantidad de contenido violento y unos correos en los que compartía con un amigo sus planes para conseguir un arma y meterse en una universidad a matar a «cuantas más putas mejor». Estos correos llevaron a la policía local a contactar con el FBI. Cuando fue interrogado, Yusuf restó importancia a los correos aludiendo que solo se trataba de fantasías y de parte de una novela que quería escribir, pero que nada tenía que ver con la realidad. Aunque no pudieron arrestarlo, a partir de ese momento el FBI comenzó a investigarlo siguiendo todos sus pasos. Unos meses más tarde, y mientras dos oficiales del FBI lo vigilaban desde un coche aparcado frente a su casa, los agentes fueron testigos de una pelea entre Yusuf y su vecino. Durante el incidente, Yusuf le gritó, lo acusó de discriminarlo por no ser blanco y lo amenazó con un martillo. Su madre intervino y los dos hombres terminaron metiéndose en sus respectivas casas. Sin embargo, el FBI llamó a la policía local y esta tomó declaración al vecino y arrestó a Yusuf por intento de agresión. Generalmente, un cargo así no termina en una encarcelación preventiva, pero en esta ocasión el juez fijó una fianza muy alta debido a sus cargos anteriores en la Corte federal. Yusuf llevaba en la cárcel un mes el día que lo vi por primera vez.

Tras un mes ingresado en el hospital Bellevue, fue dado de alta y regresó a la cárcel de Rikers Island. A los pocos días volví a entrevistarlo en la oficina de la Fiscalía, en Queens. Esta vez hablamos durante tres horas. En total fueron nueve las horas que permanecí con él durante tres días seguidos. Su

aspecto había mejorado notablemente, había ganado algo de peso y, a diferencia de nuestro primer encuentro, estaba más en contacto con la realidad. Esta vez contestó a casi todas mis preguntas. Me contó detalles de su vida, desde su infancia a experiencias en el colegio y en la universidad, su rutina familiar y romántica, así como su breve periplo laboral como arquitecto en una firma en la que, según él, lo habían despedido por razones de discriminación. Le apliqué algunas pruebas psicológicas de tipo psicométrico, con el objetivo de conocer mejor sus rasgos de personalidad y su funcionamiento intelectual, y, de entre todos los resultados, me sorprendió su alto cociente intelectual, significativamente por encima de la media.

Con respecto a Vanesa, Yusuf contaba que ella se había enamorado de él aquel día en la cafetería. Había sido un amor a primera vista, fulminante. Opinaba que Vanesa estaba locamente enamorada de él, pero no quería reconocerlo porque dentro de la sociedad blanca americana nadie de su familia habría aceptado que se enamorase de un paquistaní. Cuando se dio cuenta de que esa era la razón por la que ella lo rechazaba, se llenó de ira y de rencor y empezó a pensar que «una racista de esa clase que no puede apreciar mi inteligencia y mi estatus... merecía ser violada». Durante nuestra entrevista, fue capaz de reconocer que su reacción quizá había sido excesiva y que abandonó este plan porque no quería terminar en la cárcel.

La Fiscalía tenía mucha prisa para que les enviara el informe porque no podían mantenerlo en prisión preventiva durante mucho más tiempo, ya que el cargo estatal representaba un delito menor y Yusuf no tenía antecedentes. Así que, en realidad, la parte más importante de mi opinión profesional no residía en la predicción, sino en la prevención del comportamiento violento, es decir, en desarrollar un plan para el manejo del potencial comportamiento violento de Yusuf.

La psicopatología que presentaba Yusuf era complicada. Por un lado, había

sido diagnosticado de un trastorno delirante (TD). Este forma parte del grupo de los trastornos psicóticos y se caracteriza por la presencia de una o más ideas delirantes que se encuentran fuera de la realidad. Las personas con TD creen en tales ideas firmemente y resulta muy difícil, a veces imposible, lograr que cambien de parecer, incluso cuando se los confronta con suficiente evidencia como para contradecir dichas creencias. Estas ideas delirantes son persistentes en el tiempo y, a diferencia de otros trastornos psicóticos, las personas con TD pueden presentar un funcionamiento personal o social inalterado al margen del impacto que los delirios puedan tener en su vida diaria. A menudo, las personas que padecen TD son capaces de mantener sus trabajos o su vida social y solo en casos extremos requieren ser hospitalizadas. Lo cierto es que no hay demasiada investigación al respecto y se sabe poco con relación a su nosología o tratamiento, debido, en parte, a que las personas que lo sufren raramente buscan ayuda psiquiátrica o psicológica. Sin embargo, en el ámbito forense no resulta infrecuente encontrarse con este diagnóstico, casi siempre relacionado con arrestos por acoso.

El DSM-5 describe varios tipos de TD en función de la temática. El que mejor describía los delirios de Yusuf era el de tipo erotomaníaco, que se define, entre otros criterios, por la idea de que otra persona está locamente enamorada de uno. Durante años tuvo la certeza de que Vanesa estaba enamorada de él, y esta idea había surgido a partir de una conversación de escasos minutos. Pero además del delirio erotomaníaco, también albergaba algunas ideas delirantes de tipo persecutorio, relacionadas con el hecho de que era gravemente discriminado por no ser blanco. Aunque es muy probable que parte de dicha sospecha estuviera basada en la realidad, la cantidad de tiempo y energía mental que él pasaba pensando en ello, es decir, la obsesión con esta idea, elevaba aquella a un nivel psicótico.

En definitiva, él aseguraba que todos sus problemas, tanto en el trabajo como con los vecinos y en el amor, se los generaba su origen paquistaní.

El cuadro clínico que presentaba Yusuf era complejo porque, además del TD, tenía rasgos de personalidad narcisista. Aunque es cierto que se trataba de una persona muy inteligente, poseía una visión desmesurada de su valía. Pensaba que era más inteligente que nadie y que, por lo tanto, merecía un trato especial y diferente a los demás. Despreciaba a su familia por no tener formación académica y por trabajar «simplemente cocinando en un restaurante», y trataba con condescendencia a todos los que lo rodeaban: médicos, trabajadores sociales, guardias, etcétera. Resultaba difícil determinar con precisión si su grandiosa visión de sí mismo formaba parte de un trastorno narcisista o de otra idea delirante de tipo psicótico.

Los diagnósticos psiquiátricos se intentan organizar como categorías claras agrupadas en síntomas; sin embargo, es frecuente que se solapen de manera que algunos síntomas aparezcan en más de una categoría diagnóstica. Desde mi punto de vista, su preocupación excesiva por su extrema valía, inteligencia y excelencia, formaban parte de un trastorno narcisista de la personalidad y no de su TD, aunque habían complicado su cuadro psicótico. En mi experiencia anterior con personas con TD de tipo erotomaníaco, el acoso se debía a frecuentes intentos de ponerse en contacto para culminar el amor mutuo. Yo nunca había visto un caso en el que la persona albergara tanto rencor y unas fantasías tan violentas contra la víctima. Otra característica del trastorno narcisista de la personalidad consiste en que se puede reaccionar con intensos sentimientos de odio o de rencor si la propia valía no es reconocida. En este caso, lo que había llevado a Yusuf a pensar que Vanesa estaba enamorada de él tras hablar solo unos minutos era claramente un delirio erotomaníaco, pero lo que lo había llevado a querer violarla y matarla después de sentirse rechazado se hallaba relacionado en mayor grado con su

trastorno narcisista y la despreocupación propia de este cuadro clínico por los sentimientos de los demás.

Una vez que recogí toda la información necesaria respecto de su cuadro psicopatológico y su historial psicosocial, el siguiente paso fue determinar cuáles eran los factores de riesgo relevantes, es decir, aquellos que aumentarían la probabilidad de que Yusuf cometiera un acto violento. En mi práctica forense raramente utilizo los métodos actuariales, porque, aunque son definitivamente más fiables y precisos que el método clínico no estructurado, presentan varias limitaciones. Por ejemplo, los métodos actuariales solo posibilitan tener en cuenta variables que pertenecen a la historia del individuo y que no se pueden cambiar; no permiten contemplar factores individuales que puedan ser relevantes para la persona evaluada en un momento determinado.^[8] Por ejemplo, aunque el alcohol constituye un factor desencadenante de violencia, no siempre es así; la discapacidad intelectual no se considera un factor de riesgo en ningún método actuarial porque en una gran mayoría de casos no está asociada a la violencia; sin embargo, en una minoría si lo está.

Los métodos actuariales están principalmente para predecir, pero no para ayudar a desarrollar planes de gestión del riesgo o programas de tratamiento individualizados que sirvan para prevenir la violencia y proteger a las víctimas. Los métodos que permiten todo esto, y que además resultan por lo menos igual o incluso más fiables que el método actuarial, se denominan métodos de valoración de riesgo de «juicio clínico estructurado» y suponen una suerte de mezcla de las dos aproximaciones. El examinador utiliza una guía que contiene los factores de riesgo empíricamente asociados al comportamiento violento, incluyendo tanto variables personales como contextuales. Sin embargo, no se utilizan puntuaciones; el examinador utiliza la guía para estructurar la entrevista y la información que necesita recoger y

así, finalmente, poder estructurar su juicio clínico. Además, se pueden tener en cuenta factores de riesgo que no están incluidos en la guía, pero que son relevantes para un caso en particular. Hay diferentes guías de valoración de riesgo para distintos tipos de violencia, como, por ejemplo, la de género o la sexual.[\[9\]](#)

Al contrario de lo que la mayor parte de la sociedad cree, el trastorno mental grave en sí mismo no aumenta de manera significativa el riesgo de violencia, si bien hay ciertos síntomas y aspectos de la enfermedad mental que sí lo hacen. En este caso, los delirios erotomaníacos y las fantasías violentas constituían claros factores de riesgo para Yusuf, además de la personalidad narcisista y la falta de introspección asociada a su enfermedad.

Yusuf tenía muchas fantasías violentas e ideas homicidas, que representan importantes factores de riesgo. Aunque la medicación antipsicótica no hacía desaparecer los delirios por completo, cuando la tomaba de forma continuada su percepción era más próxima a la realidad, podía entender con mayor claridad las consecuencias de llevar a cabo sus fantasías y los pensamientos obsesivos disminuían, gracias a lo cual experimentaba menos ansiedad. La medicación, sin embargo, no mejoraba nada su personalidad narcisista.

Finalmente, pude terminar mi informe con las conclusiones diagnósticas y mi opinión con respecto al nivel de riesgo y el plan de gestión y tratamiento más idóneo para rebajar las probabilidades de que cometiera un acto violento en el futuro. Recuerdo haber dado mil vueltas a mis conclusiones, que serían las primeras que llegarían a los juzgados únicamente con mi firma. Antes de entregarlo, decidí sentarme con Yusuf y explicárselas. Comunicar los resultados al examinado en persona antes de enviarlos al juzgado no constituye una práctica muy frecuente ni está indicada en todos los casos. Pero en este en particular, sabía que él le pediría el informe a su abogado defensor, y que para poder decidir si se declaraba culpable a cambio de ser

puesto en libertad tendría que entender bien las condiciones de su libertad condicional.

Yusuf se sentó en silencio y me escuchó. Con muchísima frialdad e inteligencia debatió todas mis opiniones, en concreto lo referente a que sus ideas fueran delirios o a que tuviera una personalidad narcisista. Sin embargo, me agradeció la explicación y me dijo que tras reunirse con su abogado tomaría una decisión.

En ocasiones, explicar los resultados de las pruebas psicométricas y las evaluaciones psicológicas a las personas examinadas, de una manera pedagógica y no técnica, puede conllevar efectos muy terapéuticos; no fue este el caso, ni tampoco el propósito.

A los dos meses de nuestro último encuentro, fue puesto en libertad con un plan de tratamiento y una supervisión muy estricta, que incluía visitas diarias a nuestra oficina y monitorización electrónica, es decir, la Fiscalía podía saber en todo momento dónde se encontraba. Tendría un psiquiatra y un terapeuta asignados. A lo largo del primer mes que estuvo en libertad acudió a ocho sesiones de psicoterapia, durante las cuales permaneció callado y sin decir absolutamente nada. A los dos meses dejó de tomar la medicación y, aproximadamente dos semanas después, se presentó en nuestra oficina y pidió hablar conmigo. En ese encuentro me confesó que no estaba tomando la medicación porque no le servía de nada y lo adormilaba. Había pasado la noche despierto e ideando el plan perfecto para violar a Vanesa. De nuevo volví a observar su ira, su paranoia, su obsesión y su ansiedad. Por primera vez reflexioné acerca del hecho de que sufría profundamente...

Claramente, su nivel de riesgo se había elevado y se hallaba muy alto, así que llamamos a una ambulancia, que llegó rápidamente a nuestra oficina con la policía para trasladarlo al hospital más cercano. Esta vez fue ingresado un mes entero. A partir de ese momento empezó a participar de forma más activa

en la terapia. A mí me dejó de hablar durante varios meses porque me culpaba de su hospitalización. A lo largo de un año pasó por varias fases, algunas de relativa estabilidad, en las cuales las obsesiones disminuían, pero también atravesó otras en las que sus ideas delirantes volvían a ser agudas. Sin embargo, incluso cuando sus síntomas empeoraban, siempre acudía a todas sus citas, aunque fuera para sentarse en silencio frente al psicólogo durante cuarenta y cinco minutos.

Al cabo de un año, Yusuf se «graduó» en el juzgado de salud mental. El juez sobreseyó su caso como se reflejaba en el acuerdo. Aunque ya no estaba obligado a continuar ningún tipo de tratamiento, el FBI seguiría supervisándolo.

Pasados cuatro años, coincidí con el fiscal en el juzgado de Queens, y me contó que unos dos años después de cerrar el caso, habían arrestado a Yusuf en California, cerca de la casa de Vanesa. Desde entonces se encontraba ingresado en un hospital forense federal.

Psicopatía

Anthony tenía cuarenta y cinco años cuando fue admitido por primera vez a la unidad de psiquiatría forense del hospital Bellevue. Llevaba nueve meses encarcelado en Rikers Island por intento de asesinato y robo con violencia. El equipo de tratamiento de la cárcel lo había derivado al hospital tras hallarlo inconsciente en el suelo de su celda, con un bote de pastillas a su lado y una nota en la que se despedía de sus hijos. Decía que, a medida que se aproximaba el aniversario de la muerte de su madre, había comenzado a sentirse profundamente deprimido y, tras no poder superar esos sentimientos, había decidido poner fin a su vida y así reencontrarse con ella. En aquel entonces, yo solo cursaba el segundo año de doctorado y hacía prácticas tres días a la semana en el hospital. Era la primera vez que trabajaba en la unidad forense.

Al día siguiente de su admisión entrevisté a Anthony con el resto del equipo clínico. Parecía deprimido, lloraba a menudo. Nos dijo que era alcohólico, que llevaba años intentando dejarlo, que robaba para conseguir dinero para beber y que había sido hospitalizado varias veces tras intentar suicidarse en Baltimore, donde se crio. Con respecto a su arresto, nos reveló que hallándose ebrio había agredido al dueño de una licorería cuando intentaba robar una botella de vodka. Aseguraba no acordarse de nada, pero su abogado le comunicó que la víctima había caído de espaldas y se había

dado un golpe muy fuerte en la cabeza. Además, Anthony nos dijo que lo ingresaron varias veces por ataques epilépticos que nunca pudo controlar con medicación, a pesar de haber recibido tratamiento de varios neurólogos. Asimismo, comentó que había perdido la esperanza de que algún día su vida mejorara. Tenía dos hijos adultos, pero según él llevaban varios años sin hablarle porque siempre estaba borracho. La única persona que lo ayudó y apoyó siempre fue su madre, que falleció de un infarto exactamente un año antes. Durante esta entrevista, Anthony repetía de forma obstinada que tenía intención de suicidarse, que no podía dormir y que había perdido el apetito. Me contó que a partir de conversaciones con otros presos de Rikers Island ideó diferentes planes para quitarse la vida en la cárcel; por ejemplo, utilizando una sábana para colgarse, acumulando la medicación durante días o incluso escondiendo una cuchilla de afeitar para cortarse las venas. Finalmente, decidió reunir los antidepresivos que le habían recetado.

Anthony parecía realmente deprimido y reunía muchos de los criterios de riesgo para el suicidio: un historial clínico que incluía la depresión e intentos de suicidio previos, un trastorno de abuso del alcohol, una enfermedad crónica, falta de apoyo social, la reciente pérdida de un ser querido y, por supuesto, su encarcelación. Decidimos que se quedara ingresado en observación a lo largo de veinticuatro horas con un tratamiento que constaba de antidepresivos y terapia individual varias veces a la semana. Aunque Anthony hablaba inglés, su primer idioma era el español, ya que sus padres eran hispanos y siempre le habían hablado en ese idioma. Se habían mudado a Baltimore cuando Anthony tenía ya cinco años.

A la semana siguiente comenzamos la terapia. Durante las primeras sesiones hablaba poco, se mantenía cabizbajo y se quejaba de su estado de ánimo depresivo, de la soledad, la desesperanza y los pensamientos suicidas. A lo largo del día permanecía en su habitáculo, no atendía a ninguno de los

grupos o actividades recreativas y prácticamente salía solo para asistir a terapia y alimentarse. Se relacionaba con pocas personas y, de vez en cuando, hablaba en el comedor con otro paciente que también se hallaba allí por depresión.

Seis meses antes del ingreso de Anthony, Carter fue admitido en la unidad, tenía veinte años y presentaba una discapacidad intelectual severa. No entendía el concepto de «espacio interpersonal» y tocaba a todas las personas que estaban a su lado, no con intención de agredir, sino simplemente porque necesitaba el contacto físico. Esto, sin embargo, lo hacía altamente vulnerable a ser agredido o victimizado en la cárcel, y por eso llevaba ingresado tanto tiempo. Su caso legal estaba a punto de resolverse y el plan consistía en dejarlo en el hospital hasta que el juez lo pusiera en libertad. Recuerdo bien cómo lo cuidaban y protegían otros pacientes. Le guardaban la comida, lo animaban a participar en juegos y a asistir a las terapias de grupo. Un día entré al comedor y encontré a otros pacientes dibujando mapas para Carter, en los que le indicaban cómo llegar a los albergues de la ciudad que ellos recomendaban, los que creían más adecuados para «acomodar sus problemas». Estos momentos de humanidad ocurren en psiquiátricos y cárceles mucho más a menudo de lo que uno podría imaginar.

Carter tenía una historia desoladora; había sido maltratado por su madre repetidamente durante su infancia. Un día, por ejemplo, le arrojó agua hirviendo, lo que le dejó marcas de quemaduras en la cara y en el cuello. Desde ese momento, su madre estaba en prisión. Carter fue trasladado a un centro de acogida de menores a los doce años, y a los dieciocho a un centro para personas con trastornos del neurodesarrollo. No tenía más familiares.

El Día de Acción de Gracias se celebra siempre en Bellevue con pavo y música. Ese año, al terminar la cena cantaron en un karaoke. Aunque Carter se inspiró con una canción de Michael Jackson y salió a bailar con muchísima

energía, a los pocos minutos empezó a acercarse demasiado a otros pacientes y a tocarlos de manera algo agresiva. Los oficiales de seguridad lo apartaron y lo llevaron de vuelta a su estancia. Anthony estaba en el comedor, sentado en una esquina a solas, como de costumbre, y mientras Carter bailaba Anthony lo observaba fijamente con una mirada que describiría como de odio. En aquel momento no le di mucha más importancia, aunque recuerdo perfectamente sentir cierto desasosiego.

Al día siguiente, durante el parte que nos daba el equipo de enfermería todas las mañanas, nos informaron de que Carter había sido agredido en mitad de la noche y todo parecía indicar que el agresor había sido Anthony. El incidente ocurrió durante la madrugada. Aparentemente, Carter no se quejó, pero al no levantarse para desayunar, los enfermeros entraron en su celda y lo encontraron con sangre seca en la cara, un hematoma en el ojo y la nariz fracturada. De inmediato, fui a la habitación de Anthony, que todavía estaba durmiendo. Lo desperté y le pregunté por el incidente. Lo negó todo. El oficial encargado de seguridad vio la grabación de las cámaras y más tarde, en ese mismo día, nos contó que aproximadamente a las cuatro de la mañana se veía claramente a Anthony salir de su habitáculo, meterse en la de Carter y volver a la suya alrededor de tres minutos más tarde.

Un paciente que dormía cerca de Carter nos contó que este se había despertado como a las dos, y que le oyeron cantar canciones de Michael Jackson a todo volumen. Varios le gritaron y lo mandaron callar, pero él siguió hasta que Anthony lo silenció del todo. Sentí tanta ira y tanta pena que tuve que salir del hospital a dar un paseo por la Primera Avenida de Manhattan, donde se encuentra ubicado Bellevue. Mientras estaba sentada en un pequeño parque cerca del hospital, me encontré a la señora James, una enfermera que llevaba años empleada en la unidad, con muchísima experiencia, y por la que sentía un profundo respeto. Trabajaba en el turno de

noche y estaba a punto de entrar. Se sentó a mi lado y me preguntó que por qué estaba disgustada. Le conté lo que había pasado y compartí con ella cómo me sentía de confundida, que Anthony parecía deprimido, que estaba siempre solo y sin energía, y que no habíamos observado signos de trastorno antisocial evidentes. Además, desde que ingresó nunca se había mostrado agresivo, ni en los meses que permaneció encarcelado. «Virginia, lo que puedo decirle es que por la noche, cuando ustedes se van, Anthony sale de su habitación, socializa con todos los pacientes, juega al ping-pong y ve la tele.»

Al día siguiente, confirmé que otros enfermeros y oficiales de seguridad lo observaron socializando y sonriendo a menudo y fuera de su habitación, durante horas, a partir de las seis de la tarde. Esta información era muy importante, y me produjo frustración que no hubiéramos sabido todo ello antes. La capacidad de observar a alguien veinticuatro horas constituye una de las principales ventajas de los ingresos psiquiátricos y es importante para el diagnóstico. Aunque el estado de ánimo puede variar a lo largo del día, incluso en personas con depresión, dichos cambios no suelen ser tan drásticos; además, otros síntomas que acompañan al estado de ánimo depresivo, como la falta de energía, la falta de apetito o la falta de capacidad para disfrutar de actividades recreativas o sociales, tampoco varían de manera tan radical en cuestión de horas.

En aquel momento comenzamos a sospechar que Anthony simulaba o exageraba sus síntomas depresivos. Entonces me propuse recabar más información. El día de su ingreso, Anthony dio el número de contacto de uno de sus hermanos. Yo intenté llamarle un par de veces, pero el teléfono parecía desconectado. Volví a intentarlo y esa vez me respondió un hombre que hablaba español. Enseguida me dijo que no quería saber nada de su hermano y que si llamaba para pedir dinero para la fianza, que me olvidara. Le aseguré que no era esa mi intención y le pregunté si podía explicarme por qué tenía

tan mala relación con su hermano. «Porque está en una pandilla y nos ha arruinado la vida; nos ha robado y nos ha maltratado, y a mi madre la tiene con depresión, llora todos los días; no me gusta verla así y lo quiero lejos de ella.» «¿Se refiere usted a la madre biológica de Anthony?», le pregunté. «Pues claro, a la de él y la mía; solo tenemos una madre, miss», me contesto. «¿Su madre sigue viva?», volví a preguntar, incrédula. «Pues claro, miss, vive conmigo; la tengo aquí, en mi casa.»

También llamé a su abogado, quien me comentó que Anthony estaba acusado de agredir a un empleado de banco cuando este se encontraba transportando dinero. El letrado había representado ya a Anthony en un caso de tráfico de drogas por el que permaneció diez años en prisión. Además, me dijo que no tenía conocimiento de que sufriera tal dependencia al alcohol. A medida que iba descubriendo toda esta información, me sentía estúpida, vulnerable y enfurecida. Tras colgar el teléfono fui a la oficina de mi supervisora, quien me recomendó que hablara con Anthony y lo confrontara con toda la información. Así que esperé al día siguiente, que era cuando teníamos nuestra sesión semanal.

Pedí a uno de los oficiales de seguridad que se quedara cerca de la habitación y dejé la puerta abierta, pues ya no me fiaba de él. Anthony se dio cuenta inmediatamente y, nada más sentarme, me dijo: «¿Qué pasa?, ¿me tienes miedo?». «Pues sí», le contesté, «he descubierto información que me ha hecho desconfiar de ti.» Le conté la conversación telefónica con su hermano y con su abogado, y le hablé de la información que había recibido del equipo sobre su radical cambio de comportamiento durante el turno de tarde-noche. Me latía el corazón a mil por hora porque no sabía cómo iba a reaccionar. Mientras se lo iba contando, comencé a observar signos de ira en su expresión; además, cerró los puños fuertemente, como si fuera a golpearlos contra algo, y apretó la mandíbula. Pero cuando terminé de hablar,

Anthony se relajó, se quedó en silencio unos segundos y, de repente, empezó a reír a carcajadas. Yo lo observaba con una mezcla de miedo, fascinación y curiosidad. «Cómo se nota que eres una estudiante todavía. No te enteras de nada. Sabía que era más inteligente que tú, porque yo solo trabajo por dinero, no como tú.» Era evidente que se refería a mi situación como estudiante de prácticas.

Le dije, además, que habíamos confirmado por medio de las cámaras que él había sido el agresor de Carter. «A ese retrasado le di un puñetazo en toda la cara porque no me dejaba dormir, y eso es lo que pasa si te metes conmigo o me molestas.» Con respecto a la mentira sobre su madre, Anthony dijo: «Esa puta está muerta para mí, pero no, no está muerta de verdad, solo tú te creíste eso, te falta experiencia... solo quería un descanso de la cárcel. La comida es mejor aquí, también se duerme mejor y te prestan más atención. Y todavía no he terminado mi descanso; como te atrevas a darme el alta, cojo esto y me corto lo suficiente como para sangrar mucho». En ese momento sacó un pedazo de cristal de su bolsillo, se lo puso en la muñeca, apretando lo suficiente como para cortarse un poco y sangrar. Aparentando tranquilidad, me levanté y llamé al oficial que estaba fuera. Le dije que la sesión había concluido y que el paciente tenía un objeto punzante y, por lo tanto, debía ser registrado.

Creo que esa fue la primera vez que experimenté la psicopatía. La había estudiado hasta la saciedad en el máster, en el doctorado, en libros, en documentales y en congresos, pero en aquel momento fue cuando entendí todo de verdad.

Desde hace ya algunos años, el primer día de clase acostumbro a preguntar a mis alumnos de la Universidad de Nueva York por qué quieren convertirse en psicólogos forenses. Más o menos una cuarta parte de ellos siempre me contesta algo así como: «Para adentrarme en la mente criminal» o «para

entender a los psicópatas». Gracias a películas como *El silencio de los corderos* o *American Psycho*, la psicopatía es un trastorno de interés general, pero además ha recibido mucha atención por parte de la psicología y de la psiquiatría forense. Los congresos profesionales dedican abundantes ponencias a este tema y una gran parte de los recursos de investigación en psicología forense se utilizan para tratar de entender este fenómeno. Sin embargo, la psicopatía constituye uno de los conceptos que generan más confusión y desacuerdo, tanto en el ámbito popular como en el científico.

La psicopatía se considera un trastorno de la personalidad y no un TMG. Esta distinción es importante. Hay muchas definiciones del concepto de «personalidad» y su origen. Quizá la más sencilla sea la del diccionario: «Conjunto de rasgos y cualidades que configuran la manera de ser de una persona y la diferencian de las demás». La personalidad está influida por factores genéticos, biológicos y ambientales. Comienza a formarse incluso antes del nacimiento. El estrés de la mujer o el consumo de alcohol o drogas durante el embarazo pueden afectar al temperamento del bebé y, más tarde, a la personalidad del adulto. El vínculo que se crea con el cuidador o cuidadores durante los primeros años de vida, que generalmente son los padres biológicos, pero que no tiene por qué ser así, resulta fundamental en el desarrollo de la personalidad. Cuidadores que son sensibles y receptivos a las necesidades biológicas, emocionales y sociales del bebé tienden a generar adultos con personalidades más sanas que aquellos que se muestran menos accesibles o disponibles hacia dichas necesidades, o, por supuesto, que aquellos cuidadores que son negligentes o tienen conductas de abuso. Más tarde, los estilos de crianza o educativos de los cuidadores también van moldeando la personalidad. Finalmente, aunque no de manera menos importante, ejercerán su influencia todas las experiencias ambientales (como, por ejemplo, el colegio, los amigos, el barrio, etcétera.) a lo largo de la

adolescencia y el comienzo de la edad adulta.

El núcleo de nuestra personalidad se termina de formar alrededor de los veinticinco años. El conocido filósofo y psicólogo William James (1842-1910) opinaba que, a partir de ahí, «el carácter se ha establecido como el yeso». A esa edad todos tenemos unos rasgos de personalidad únicos que nos hacen ser quienes somos: más o menos extrovertidos, abiertos a nuevas experiencias, sociables, cordiales, ansiosos, responsables o inestables emocionalmente. Lo que sí varía a lo largo de la vida son los hábitos, las prioridades o las distintas responsabilidades que adoptamos según nuestros momentos vitales, pero no el núcleo de nuestra personalidad. Esto no significa que no podamos cambiar. No obstante, dichos cambios fundamentales requerirán esfuerzos o experiencias significativas.

A los psicólogos lo que nos interesa a menudo no es tanto el tipo de personalidad sino determinar si esta es sana o no. El DSM-5 define el «trastorno de la personalidad» como un patrón estable de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Ese patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales. Tiene su inicio al menos en la adolescencia o en la edad adulta temprana. Es estable en el tiempo, de larga duración y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento. Dicho patrón de personalidad se tiene que presentar en al menos dos de cuatro áreas para ser considerado un trastorno: en la cognición (formas de percibir o interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos), en la afectividad, en el funcionamiento interpersonal y en el control de los impulsos. Quizá el concepto clave para distinguir la personalidad patológica sea la «inflexibilidad».

Nuestra personalidad nos ayuda a adaptarnos al medio ambiente. Al margen de cuáles sean nuestros rasgos específicos, la personalidad saludable

tiene la capacidad de adaptarse a las demandas de cada situación. Una misma persona puede ser muy extrovertida y habladora mientras se toma una copa de vino en un bar con los amigos, y más reservada y callada durante una entrevista de trabajo. Ello no quiere decir que el núcleo de la personalidad cambie, sino que nos adaptamos según las necesidades. Además, esta flexibilidad nos permite superar contratiempos o contextos difíciles. Alguien con una personalidad amable y deferente, si se siente insultado o humillado, puede responder apropiadamente de manera más asertiva o menos amable, lo cual resulta imprescindible para conseguir la satisfacción y el éxito en todos los aspectos de la vida. La personalidad patológica responde con rigidez y constituye la razón principal por la que las personas con trastorno de la personalidad tienen dificultades al iniciar y tener relaciones íntimas, al preservar trabajos o al mantener relaciones familiares o sociales.

También es importante mencionar que todos presentamos problemas de adaptación a algunas situaciones concretas o difíciles, pero para que un trastorno de la personalidad se considere como tal, dichas dificultades tienen que generalizarse a varios ámbitos, mostrarse persistentes y ser duraderas.

El TMG se caracteriza por algunos síntomas que se solapan con los de los trastornos de la personalidad y otros que son específicos, pero no forman parte fundamental de la personalidad del individuo ni son persistentes en el tiempo, sino que tienen una naturaleza episódica. Un sujeto con personalidad extrovertida y con tendencia a confiar en los demás, puede sufrir un episodio psicótico y convertirse en alguien reservado, suspicaz respecto a las intenciones de los demás, paranoico. En la mayoría de los casos, este conjunto de síntomas desaparece una vez que se resuelve el episodio, o bien con medicación, terapia o de manera espontánea. «¡Pero si él no era así!», es algo que escucho a menudo de las familias de pacientes con trastorno esquizofrénico, bipolar o depresivo. Por el contrario, una persona con

trastorno narcisista de la personalidad presenta rasgos de superioridad y de egoísmo de manera más continuada y no durante episodios pasajeros. Algunas situaciones particularmente estresantes pueden agudizar estos rasgos, pero como los trastornos de la personalidad tienen como base rasgos estables del individuo, no desaparecen tras un episodio ni tampoco responden de la misma manera al tratamiento. Sin embargo, pueden producir mucho malestar y sufrimiento en el sujeto que los padece.

El DSM-5 incluye diez trastornos de la personalidad que se agrupan en tres categorías. Desafortunadamente, este sistema de clasificación continúa utilizando una aproximación categórica al diagnóstico. Cada trastorno tiene una lista de síntomas y se necesita que el individuo presente un número determinado de ellos para ser diagnosticado. El trastorno se tiene o no se tiene. Además, hay muchos síntomas que se solapan, y por ello presentan una fiabilidad entre evaluadores muy baja. Es decir, a menudo los psicólogos y psiquiatras no nos ponemos de acuerdo y diagnosticamos a la misma persona con distintos trastornos. La mayoría de los profesionales de la salud mental considera que los trastornos de la personalidad se organizan alrededor de un modelo dimensional y no categorial. El comité científico de la APA intentó renovar la clasificación de los trastornos de la personalidad, pero no llegó a sustituir el método diagnóstico categorial, si bien propuso una aproximación dimensional que se encuentra en la sección tercera del manual.

La psicopatía no es un diagnóstico en el DSM-5, pero se considera un trastorno de la personalidad con todas las características anteriormente mencionadas. Aunque lo estuvo en las primeras versiones de este manual, más tarde fue sustituido por el trastorno antisocial de la personalidad (TAP), que es el que de forma oficial muchos profesionales utilizan actualmente para diagnosticar la psicopatía. Este trastorno es uno de los más problemáticos del DSM-5, por razones que explicaré más adelante.

Quizá la maldad sea lo que la mayoría de las personas asocia con la psicopatía. Y desde luego, eso es lo que a nivel visceral sentí el día que me senté frente a Anthony en Bellevue, y lo que he sentido después con algunas personas que he tenido ante mí a lo largo de mi carrera. Sin embargo, la psicopatía es algo mucho más complicado que la maldad en sí, sobre todo porque los expertos no se terminan de poner de acuerdo con respecto a su definición, sus causas y su tratamiento. El nombre en sí produce confusión. La palabra «psicopatía» está formada por raíces griegas que significan «el que tiene un sufrimiento mental». Viene de *psyche* (mente) y de *pathos* (emoción, sentimiento, sufrimiento), lo que da pie a confundirla con la psicosis. Es importante mencionar que psicopatía no es lo mismo que psicosis, aunque pueden coincidir en la misma persona rasgos psicopáticos y síntomas psicóticos. Los psicópatas no pierden el contacto con la realidad, no experimentan síntomas psicóticos como las alucinaciones o los delirios, ni tampoco el malestar clínico subjetivo que padecen, por ejemplo, los pacientes con esquizofrenia.

Ya las primeras definiciones conocidas de la psicopatía eran divergentes y a veces contradictorias. A principios del siglo XIX, Philippe Pinel utilizó el término «locura sin delirio» para referirse a un grupo de personas que no sienten remordimiento y que realizan actos arriesgados o impulsivos. Benjamin Rush describió a un tipo de personas con una «depravación moral innata», y James C. Prichard hablaba de «locura moral» para referirse a alguien «depravado o pervertido» e incapaz de comportarse con «decencia y propiedad en la vida». El término «psicopático» fue introducido por primera vez al final del siglo XIX por un psiquiatra alemán, Julius L. Koch, pero su definición era muy diferente a la actual. Para Koch se trataba de un conjunto de condiciones crónicas que incluía las neurosis, el retraso mental y varios trastornos del carácter. Emil Kraepelin definió la «personalidad psicopática»

como influida por factores hereditarios e irreversible. En resumen, algunas de las primeras conceptualizaciones de la psicopatía ponían de relieve el carácter explosivo e irresponsable de estas personas, mientras que otras se centraban más en la frialdad emocional.[\[1\]](#) Todas asumían que la psicopatía tenía una base genética, hasta que, en 1914, Karl Birnbaum introdujo el término «sociopático» para referirse a un conjunto de comportamientos antisociales, pero con origen social y no genético. Esta distinción no se utiliza en ámbitos profesionales, y el debate sobre si el psicópata nace o se hace no se ha resuelto del todo a día de hoy.

Un número muy limitado de estudios ha intentado determinar si la psicopatía tiene un origen genético. Estos estudios comparan gemelos monocigóticos (que comparten el 100 por ciento de los genes) con gemelos dicigóticos (que solo comparten el 50 por ciento), cuando uno de los dos presenta rasgos psicopáticos. Estos trabajos permiten separar la contribución genética de la ambiental a la psicopatía. Si el nivel de concordancia de la psicopatía es mayor en los gemelos monocigóticos, se considera que el efecto de la genética (heredabilidad) desempeña un papel más importante. Los resultados de los pocos estudios que han utilizado este método concluyen que la psicopatía se halla influenciada por la genética de manera moderada. Como indican Jennifer Skeem y sus colegas en su artículo sobre la psicopatía publicado en 2011, esto tan solo supone un primer paso, y se precisan varias repeticiones para sacar conclusiones al respecto.[\[2\]](#)

La conceptualización actual de la psicopatía está asociada principalmente al psiquiatra estadounidense Hervey Cleckley, quien describió este concepto en su famoso libro *La máscara de la cordura*, publicado por primera vez en 1941 y basado en su larga experiencia tratando a pacientes en un psiquiátrico de la Universidad de Georgia. Cleckley utilizó la palabra «máscara» para referirse a la manera que tienen los psicópatas de dar la impresión, al

principio, de que son personas amigables y bien adaptadas. Utilizó dieciséis características para describir la personalidad psicopática, incluyendo la falta de sentimientos de culpabilidad y vergüenza, la tendencia a mentir, la conducta antisocial sin aparente remordimiento, el egocentrismo patológico y la incapacidad para amar.[3] La definición de Cleckley fue la que utilizó la APA en 1968 para incluir por primera vez el «trastorno de la personalidad de tipo antisocial» en el DSM-II para referirse a la psicopatía. Sin embargo, este diagnóstico fue criticado por centrarse en aspectos subjetivos y difíciles de medir, como la falta de remordimiento, de empatía, de culpa, la superficialidad y la frialdad. Como resultado, otros investigadores que trabajaban con población penitenciaria ofrecieron, a finales de los años sesenta y principios de los setenta, una descripción de la psicopatía basada más en comportamientos criminales, personalidad desadaptada, conducta agresiva o impulsividad; en definitiva, en aspectos relacionados mayormente con el comportamiento que con las emociones, y más fáciles de medir. Esta definición fue entonces adoptada por la APA en el DSM-III (1980) como el trastorno antisocial de la personalidad.[4]

El TAP, según el DSM-5, se define como un «patrón persistente de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o al principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta». Para diagnosticar este trastorno es necesario tener evidencia de que el evaluado ya presentaba problemas de conducta antisocial antes de los quince años, y requiere demostrar la presencia de tres de siete síntomas o características: fracaso para adaptarse a las normas sociales derivando habitualmente en arrestos, deshonestidad, impulsividad, irritabilidad y agresividad física, despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás, irresponsabilidad e incapacidad para mantener un trabajo o hacerse cargo de obligaciones económicas, y falta de remordimientos.

Hay muchos problemas con este diagnóstico. Resumiré alguno de ellos a continuación. Solo uno de los síntomas (falta de remordimiento) está claramente relacionado con la definición inicial de psicopatía de Cleckley. El resto de los síntomas definen básicamente a personas inadaptadas con un expediente criminal. A cualquier profesional de la salud mental que haya trabajado con sujetos procedentes de familias pobres, de grupos minoritarios y de barrios desfavorecidos le resultará fácil encontrar tres de dichas características en sus pacientes o clientes. Si se ha nacido en una familia sin recursos económicos, en la que las figuras parentales o de referencia están implicadas en venta de drogas y/o ausentes, los niños pasan muchas horas sin supervisión alguna en las calles de su barrio, la gente usa y vende drogas con total naturalidad y se es testigo de múltiples actos de violencia, a nadie le debería sorprender que alguno de esos niños también termine haciendo lo mismo, que la policía lo arreste varias veces, que no consiga encontrar trabajo o que no tenga la disciplina para mantenerlo, o que se meta en peleas con otros jóvenes que pretendieran arrebatarse la esquina donde vende la droga. Con este perfil prácticamente ya podría ser diagnosticado con TAP. No es de extrañar que la prevalencia de este trastorno se calcule entre el 1 y el 4 por ciento en la población general, pero que incluso el DSM reconozca que es más frecuente en zonas pobres y que se incremente a un 40-70 por ciento en población penitenciaria norteamericana. Es decir, incluso los estudios más conservadores calculan que casi el 50 por ciento de la población penitenciaria lo padece.^[5] Desde mi punto de vista, el TAP más que un trastorno psiquiátrico parece un constructo social.

Ello no quiere decir que algunos internos con TAP no tengan también rasgos psicopáticos, pero este diagnóstico no permite diferenciarlos, como tampoco permite distinguir a distintos tipos de personas con rasgos psicopáticos en población penitenciaria. Es probable que no haya ningún otro

diagnóstico en el DSM que produzca más desacuerdo entre los psicólogos de la cárcel de Nueva York, donde actualmente trabajo, que este.

Hace dos meses, una buena amiga, que es además la directora de evaluación psicológica de la cárcel de Rikers Island, se sirvió de dos internos que habíamos admitido recientemente para explicar este punto a los estudiantes en prácticas:

CASO I

Bryan tiene veintiocho años y fue arrestado por un homicidio. Estaba acusado de haber matado de un disparo a un hombre de cincuenta años que esperaba entrar en una clínica de metadona; el arma la había comprado en otro estado de manera legal una semana antes. Este era su primer arresto y encarcelación. Bryan nació en una familia de clase media de Brooklyn, sus padres son profesores de instituto. Tuvo una infancia exenta de abusos o experiencias traumáticas. Fue a una buena universidad y se graduó como sociólogo. La psicóloga lo entrevistó a la semana de su ingreso en Rikers Island durante cuatro horas. En la entrevista, Bryan estaba impecablemente peinado y arreglado, vestido con el mono institucional. Lo primero que llamaba la atención era su tranquilidad y la falta de ansiedad o nerviosismo que normalmente observamos en personas que acaban de ser arrestadas y encarceladas por primera vez. Tampoco se le veía contento, sino más bien neutral, sin expresar emociones, incluso cuando le contaba a la psicóloga por qué mató a su víctima. Sin embargo, parece satisfecho con el hecho de que la misma directora de evaluación psicológica fuera a evaluarlo en persona. A las dos horas de la evaluación comentó: «En las dos semanas que llevo aquí el resto de los pacientes en esta unidad han sido entrevistados solo por

estudiantes, y nadie durante tanto tiempo». No preguntó cuál era la razón por la que nos tomamos tantas molestias; le pareció normal, porque él era especial y simplemente quería destacarlo. Bryan admitía que desde pequeño tenía dificultad para experimentar la empatía; no le importaban los demás, sino solo sus novias si lo trataban «lo suficientemente bien». Contaba que uno de sus pasatiempos favoritos de niño era tirar gatos al río, y que lo hacía con amigos sin que nunca se enterara su familia; que se aburría fácilmente y buscaba experiencias excitantes. Presumía de no haber tenido que trabajar nunca: «Aunque soy sociólogo y más inteligente que la media, he conseguido vivir muy bien sin trabajar; primero me han mantenido mis padres y después mis novias». Trabajar le parecía mediocre. Cuando la psicóloga le preguntó si había sido violento anteriormente, Bryan dijo que solo con mujeres con las que había tenido relaciones. Se refería a ellas con desprecio; en varias ocasiones había agredido a prostitutas que se negaron a practicar determinadas actividades sexuales: «Esas mujeres nunca han tenido el privilegio de acostarse con nadie como yo, así que no tienen derecho a quejarse, y si lo hacen merecen ser golpeadas». Bryan se había mudado recientemente con su novia a la parte norte de Manhattan. Le contó a la psicóloga que, al poco de mudarse, se dio cuenta de que había una clínica de metadona en la esquina de la misma calle, y que los «yonquis colgados» hacían ruido de madrugada esperando a que abrieran la clínica. Les advirtió varias veces y, tras dos meses de ruidos, decidió «terminar con el problema». Cuando la psicóloga le preguntó si había terminado con la vida de alguien anteriormente, contestó que no, y que no tenía planeado volver a hacerlo, a no ser que alguien le faltara el respeto. Cuando la psicóloga había concluido la evaluación, le preguntó si tenía alguna pregunta para ella, y lo único que le pidió fue que le llevara los recortes de periódico donde se cubría su crimen.

CASO 2

James tenía cuarenta años y, tras pasar diez años en prisión por robo a mano armada, acababa de ser arrestado por violar las condiciones de su libertad condicional. Aunque personalmente no lo conocía, había oído hablar mucho de él, porque desde los veinte a los treinta años, James pasó por Rikers Island unas veinte veces, y tenía la reputación de ser uno de los internos más difíciles de tratar y de manejar, con un historial de violencia contra oficiales y otros internos, y también con una larga historia de conductas autolíticas. A menudo se tragaba cuchillas de afeitar y se cortaba los brazos con pedazos de cristal, de modo que terminaba en el hospital durante periodos breves de tiempo. Había nacido en el Bronx. Los servicios sociales lo separaron de su madre a los pocos meses de nacer por uso de drogas. Nunca conoció a su padre. Fue adoptado por una familia con ocho niños y desde muy pronto empezó a presentar problemas de comportamiento. Lo habían expulsado del colegio muchas veces por pelearse con otros niños y, a la edad de once años, lo echaron definitivamente por intentar apuñalar a un profesor. Ya en aquel entonces había empezado a robar. Su familia adoptiva no podía con él y lo devolvió a los servicios sociales, que lo asignaron a un centro de acogida de menores. A los trece años lo acusaron de asesinato. Los detalles de ese caso nunca los llegamos a saber. De los trece a los dieciocho estuvo en un centro de detención de menores, donde continuó teniendo muchos problemas por conducta antisocial y agresividad. A los diecinueve, salió en libertad y volvió al Bronx a vivir con una tía. Al poco tiempo se convirtió en un miembro de alto rango de una banda callejera muy conocida en Nueva York. Comenzó a ganar dinero traficando con cocaína hasta que lo arrestaron a los veinte años por tráfico de drogas. Este fue el primero de muchos arrestos durante los siguientes diez años: posesión, venta de droga, robos y agresiones.

En el poco tiempo que va de su arresto a la admisión en la cárcel, James había agredido ya a dos oficiales y a tres internos; a uno de ellos le había roto la nariz. También se había autolesionado en cinco ocasiones diferentes. Lo habíamos cambiado de unidad tres veces. Cuando fue evaluado por la directora de evaluación psicológica, lo que más llamó la atención fue su altísima impulsividad. No tenía capacidad de gestionar sus emociones o de reflexionar antes de actuar. Admitía tener problemas con su agresividad; decía que desde muy pequeño tenía ataques de ira cada vez que no conseguía lo que quería, y que una vez que estallaba perdía el control y no se responsabilizaba de las consecuencias. Durante esa evaluación, James también evidenció rasgos de personalidad narcisista, hablando sobre su estatus en la organización delictiva, sobre su capacidad de ganar dinero, así como sobre su reputación como el más agresivo del barrio y de la cárcel. Se jactaba de no haberse hecho cargo nunca de nadie más que de él mismo, aunque tenía tres hijos de tres mujeres diferentes de los que no sabía nada. Las autolesiones de James no eran el resultado de querer llamar la atención o una manera de aliviar emociones negativas, como puede ser el caso en otros pacientes, sino más bien un intento de tenernos controlados y de ser trasladado al hospital, donde estaba más cómodo.

Bryan y James tienen perfiles de personalidad diferentes. Bryan lleva ya seis meses en la cárcel. Es tranquilo, cumple con todas las normas, incluso atiende las terapias, practica deportes y se relaciona con otros presos. De hecho, su caso no volvió a requerir nuestra atención desde su admisión. James, sin embargo, ha tenido que ser aislado en dos ocasiones por su agresividad explosiva. Agrede a otros presos a menudo, no participa en ningún aspecto de su tratamiento y genera muchísimo estrés a todos los que estamos tratando de gestionar su violencia. Aunque James cumple todos los síntomas para ser diagnosticado con TAP, Bryan, sin embargo,

probablemente no. Pero los dos padecen un trastorno de personalidad psicopática. Además de los dos perfiles expuestos aquí, hay otros que difieren mucho de estos, como, por ejemplo, los psicópatas relativamente bien adaptados, integrados en la sociedad que pueden incluso tener altos cargos en la política o en las finanzas, o algunos asesinos en serie, como Ted Bundy o Charles Manson.[6]

Para intentar resolver la dificultad que puede plantear a los profesionales de la salud mental identificar o diagnosticar la psicopatía, el psicólogo canadiense Robert Hare, sin duda el investigador más conocido en esta área, publicó por primera vez en 1980 una escala conocida hoy como la Escala de Psicopatía de Hare.[7] El autor la desarrolló a partir de investigaciones con presos de Canadá. Describe a los psicópatas como personas con una «impresionante falta de conciencia» y reúne sus descripciones de psicópatas y el proceso de desarrollo de su escala en un libro ya clásico en la literatura sobre la psicopatía: *Sin conciencia: El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*. En él, Hare habla de los psicópatas como de «egocéntricos, fríos, superficiales, sin remordimientos, con una profunda falta de habilidad para sentir empatía y formar relaciones emocionales con los demás».[8]

A diferencia del DSM de la APA, Hare creía que era posible medir características afectivas como la falta de remordimiento y el encanto superficial, aunque no sin una extensa entrevista y una revisión de documentos. La escala de Hare representa una combinación entre los aspectos afectivos e interpersonales descritos por Cleckley y otros aspectos más relacionados con el estilo de vida y el comportamiento antisocial incluidos en el TAP. Esta escala ha sido traducida a múltiples idiomas, constituyendo el instrumento más extensamente utilizado en el mundo para identificar la psicopatía, y ha significado un antes y un después en la investigación sobre este tipo de personalidad. Sin embargo, no es perfecto, y,

en cierto sentido, su monopolio ha limitado el avance del conocimiento en esta área.

La investigadora Jennifer Skeem describe de la siguiente manera el problema:

Aunque la escala de Hare es claramente la escala de la psicopatía más extensamente validada [...] es también muy problemática. Porque todos los instrumentos de medida son por definición falibles, inferencias sobre la psicopatía basadas solo en un instrumento pueden resultar incompletas y engañosas [...] Actualmente, cuando los psicólogos y psiquiatras decimos que una persona tiene personalidad psicopática, realmente lo único que estamos diciendo es que esa persona puntúa alto en la escala de Hare.[\[9\]](#)

Más recientemente, se han desarrollado otras escalas que resultan más útiles para medir la psicopatía fuera del contexto penitenciario, es decir, para identificar este tipo de personalidad en individuos que no cometen delitos. También se han propuesto otros modelos para la conceptualización de la psicopatía. Concretamente, el modelo triárquico propone que la psicopatía se puede entender a través de tres constructos diferentes aunque relacionados: la audacia (capacidad de mantenerse calmado y concentrado en situaciones amenazantes, recuperación rápida después de fenómenos estresantes, eficacia social, tolerancia al peligro), la maldad (falta de empatía y de arrepentimiento, crueldad, incapacidad de formar conexiones emocionales con los demás, manipulación y explotación) y la desinhibición (impulsividad, desregulación de las emociones, necesidad de gratificación inmediata).[\[10\]](#) Este modelo parece abarcar todos los perfiles de la personalidad psicopática posibles, y constituye un área de investigación muy prometedora.

Hay muchas preguntas que quedan por contestar con respecto a la psicopatía: ¿Hasta qué punto se puede aplicar este concepto a niños y adolescentes? ¿De qué manera exactamente se manifiesta la psicopatía en mujeres o en diferentes culturas? ¿Cuál es la relación exacta entre la

psicopatía y la violencia? ¿Existe algún tipo de tratamiento que sea eficaz para reducir o eliminar rasgos de personalidad psicopáticos? Para una revisión minuciosa sobre lo que sabemos científicamente acerca de estas cuestiones, recomiendo a los lectores un artículo publicado por Skeem y colaboradores en 2011, que he citado en varias ocasiones durante este capítulo.[\[11\]](#)

Otra área de investigación que ha recibido mucha atención es la de las influencias biológicas en la psicopatía. Algunos investigadores han demostrado que el cerebro de algunas personas con rasgos psicopáticos funciona de manera diferente. Estos estudios se han centrado principalmente en déficits en el funcionamiento de ciertas partes del cerebro que están relacionadas con el procesamiento de las emociones. La comunidad científica está dividida con respecto a si la psicopatía debe entenderse como un factor atenuante o agravante a la hora de sentenciar a personas con personalidad psicopática; de hecho, en contadas ocasiones, los juzgados de Estados Unidos han intentado introducir resultados de escáneres cerebrales como prueba. El grupo que defiende el primer punto de vista argumenta que los resultados de las pruebas neurológicas demuestran que la psicopatía es un trastorno neurológico y, por lo tanto, esos individuos tienen poco o ningún control sobre los déficits emocionales que les impiden hacer juicios morales. El segundo grupo argumenta que la psicopatía es un factor de riesgo para la violencia y la reincidencia criminal, con lo cual ha de entenderse como un factor agravante.[\[12\]](#) Yendo más allá, quizá una cuestión en la que hay más acuerdo sea en si estas personas son responsables penalmente. Desde mi punto de vista, según la definición legal vigente, la respuesta sería que sí lo son. Son conscientes de lo que hacen, de las consecuencias de sus actos y de que están violando la ley. Estoy de acuerdo con la conclusión de Skeem y colaboradores: «Casi todos los intentos de aplicar la neurociencia de la

psicopatía a decisiones legales como la responsabilidad criminal o las sentencias son prematuros. La investigación en este aspecto es metodológicamente limitada, con muestras pequeñas, diseños variados y una serie de resultados que no son replicables».[13]

Mientras escribo estas líneas me doy cuenta de que este capítulo terminará siendo, quizá, el más largo del libro y tal vez el más árido. Me ha hecho pensar en que este es exactamente el efecto que tiene la personalidad psicopática, tanto en evaluadores como en terapeutas. A pesar de que representa un porcentaje relativamente pequeño del total de evaluados en el contexto forense, tanto su evaluación como su tratamiento requieren mucho tiempo y esfuerzo, y puede llegar a desgastar emocionalmente y producir niveles de estrés elevados en los evaluadores y en los terapeutas. Recuerdo perfectamente todo lo que sentí aquel día cuando me di cuenta de que Anthony tenía personalidad psicopática, lo recuerdo como si fuera ayer a pesar de que han pasado ya más de diez años. Y de la misma manera recuerdo a otros pacientes o evaluados con este perfil que me he encontrado a lo largo de mi profesión. De alguna forma «marcan».

Espero que este capítulo haya servido para comunicar la complejidad de este fenómeno, en el cual solo hay una cosa segura, y es la impotencia que produce sentarse delante de personas con estas características. Sin embargo, me atrevo a dar un último consejo a los profesionales de la salud mental, y es que no se dejen llevar solo por esta sensación, que puede resultar engañosa.

La etiqueta de la psicopatía puede ser extremadamente dañina, y acompañar al individuo a lo largo de toda su vida. Por lo tanto, es nuestra obligación hacer una evaluación rigurosa, no basarnos exclusivamente en la entrevista clínica, y utilizar todas las herramientas que están a nuestra disposición antes de extraer conclusiones.

El trauma

Como he comentado en otras ocasiones, el primer día de clase suelo preguntar a mis alumnos el motivo por el cual quieren estudiar psicología forense. Muchos contestan que para entender a los psicópatas y la mente criminal: ¡claro que conocerán psicópatas al dedicarse a esta profesión!, pero lo cierto es que con lo que entrarán en contacto en un mayor número de ocasiones será con el trauma. La mente criminal es, muy a menudo, una mente traumatizada.

Conocí a Julia cuando ella tenía treinta y dos años; llevaba nueve meses encarcelada. Estaba imputada por un delito de intento de asesinato. Los hechos habían tenido lugar en Central Park, el parque más importante de Nueva York, situado en el centro de la ciudad. Allí era donde, en ocasiones, Julia dormía y mendigaba. A las diez de la mañana, una pareja de mediana edad paseaba por la zona cuando Julia se acercó a pedirles dinero. La mujer se asustó y la golpeó con el bolso. En ese momento, el hombre, también asustado, sujetó a Julia por los hombros y, de inmediato, esta sacó una navaja pequeña del bolsillo y se la clavó a él en el estómago. Algunas personas que se encontraban en el parque se acercaron rápidamente a ayudar. Julia tiró la navaja y se sentó en el suelo paralizada hasta que llegó la policía. Las cámaras de la calle registraron el incidente; además, hubo varios testigos.

El abogado defensor de Julia poseía miles de páginas de expedientes

médicos de los más de cuarenta ingresos hospitalarios o visitas a urgencias que se habían producido en los últimos años. En dichos expedientes, además de figurar el consumo de estupefacientes, también constaba que había sido diagnosticada en múltiples ocasiones de trastorno bipolar. Debido a ello, su abogado me había contratado para realizar una evaluación y determinar si este trastorno bipolar podía ser utilizado como eximente, de tal manera que Julia fuera declarada inimputable.

Julia nació en Ohio. Su madre era adicta al crack y a la heroína, sustancias que consumió incluso durante el embarazo. Fue separada al nacer para ser entregada a una familia de acogida. Nunca conoció a su padre. A los tres años, su madre biológica, que había estado buscándola, la secuestró. Un año más tarde, la policía por fin dio con la niña. Su estado era lamentable. La hallaron adormilada. Su orina contenía opiáceos, ya que, al parecer, su madre se los suministraba para que no llorase. Por este y otros motivos la mujer fue encarcelada y sentenciada a cinco años de prisión, acusada de maltrato y negligencia. La niña regresó con su familia de acogida.

Julia me describió una infancia normal, hasta los catorce años. A esta edad, volvería a aparecer en escena su madre biológica, que ya había cumplido su sentencia. Entre todos acordaron que madre e hija pudieran verse los fines de semana. Transcurrido solo un año, Julia consumía alcohol con ella y ya era adicta al crack. Dos años más tarde, su madre murió de sobredosis. A partir de entonces, la joven comenzó a presentar graves problemas de comportamiento: robaba para comprar alcohol, se veía envuelta en peleas o escapaba del instituto. Su madre adoptiva no podía controlarla y terminó devolviéndola a los servicios sociales. En ese mismo año se quedó embarazada y abortó. Con diecisiete, la arrestaron por primera vez y fue ingresada en un centro de menores hasta que cumplió dieciocho años. Al salir, comenzó a trabajar en clubes nocturnos para comprar crack. De ahí a la

prostitución, solo mediaría un paso. Se trasladó a Nueva York para ejercerla. Vivía con varias mujeres que también trabajaban en la calle; sufrían agresiones a diario por parte de los clientes y de los proxenetas. Julia logró escapar con una amiga a otra ciudad, donde continuó prostituyéndose.

Durante ese periodo fue secuestrada tres días, sufriendo abusos de todo tipo. Aunque no es capaz de recordar todo lo sucedido, los informes policiales revelan un grado de sadismo y vejaciones escalofriantes por parte del perpetrador (fue quemada con cigarrillos, violada con objetos, drogada, y presentaba todo tipo de hematomas y contusiones como producto de los golpes recibidos).

Gracias a la llamada de un vecino pudo ser liberada y su secuestrador condenado a treinta años de prisión. Julia pasó dos meses en un hospital recuperándose de las heridas; tenía veintidós años. Nunca volvió a prostituirse, pero en la década siguiente pasó más tiempo en la cárcel de Rikers Island, o en diferentes hospitales de la ciudad, que en libertad.

Cuando estaba en la calle, dormía en albergues o en residencias de rehabilitación. Las pocas relaciones que pudo mantener estuvieron repletas de abusos físicos y emocionales. A los veinticuatro años se quedó embarazada nuevamente, aunque esta vez decidió no abortar y dar a su hija en adopción, pues no se sentía capacitada para criarla. Los nueve meses de embarazo fueron los únicos desde los catorce años durante los cuales no bebió ni usó crack, de lo cual se sentía orgullosa. Permaneció en un centro residencial hasta que dio a luz. A pesar de que en el marco de la psicología forense este tipo de historias tan duras y estremecedoras se repiten de forma invariable, nunca pierden para mí su potencial conmovedor.

Julia se encontraba en la unidad forense del hospital Elmhurst, en Queens, cuando la entrevisté por primera vez. Se trata de una unidad en la que se ingresa a las mujeres de Rikers que padecen enfermedad mental y se

encuentran en medio de un episodio agudo de su trastorno.

Se había cortado las muñecas con un pedazo de cristal. Vestida con un mono marrón, su aspecto era sorprendente; parecía mucho mayor de lo que era. Muy nerviosa, nada más sentarme comenzó a hacerme un sinfín de preguntas: quién me contrataba, para qué había ido a verla, por qué no había llegado antes, qué pretendía sacar yo de aquella entrevista, etcétera. Estaba claro que no se fiaba de nadie; de hecho, en varias ocasiones había pedido al juez un cambio de abogado. Tuvieron que pasar un par de horas antes de que comenzara a contestar a alguna de mis preguntas. En cierto momento de la evaluación, se levantó las mangas del mono y me enseñó unos brazos completamente cubiertos por cicatrices de cortes. Sus piernas, su estómago y su cuello corrían la misma suerte. Todo se lo había hecho ella misma.

La población penitenciaria presenta niveles alarmantes de exposición a experiencias traumáticas, sobre todo las personas con enfermedad mental. El trauma constituye prácticamente una experiencia universal en cárceles y prisiones.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) fue introducido como trastorno psiquiátrico por la APA en la tercera edición del DSM, en 1980, y se basa principalmente en síntomas observados en soldados. Aunque los efectos de la guerra habían sido descritos en la literatura desde épocas antiguas (la *Ilíada* de Homero ya describía soldados traumatizados por la guerra) fue quizá durante la Primera Guerra Mundial cuando empezó a estudiarse este fenómeno en la literatura médica. En inglés, el término *shell shock* fue introducido en 1915, al parecer por los mismos soldados, para referirse a un conjunto de reacciones, como la fatiga, el temor, la confusión, las pesadillas y el deterioro visual y auditivo que se producían cuando estaban expuestos a explosiones o eran testigos de la muerte de sus compañeros. Los médicos del ejército inglés estaban sobrepasados por la

cantidad de soldados que presentaban tales síntomas. No sabiendo muy bien cómo tratarlos, contrataron al médico y psicólogo Charles Myers para que los ayudara. Myers elaboró el concepto de «neurosis de guerra» y describió en los soldados una serie de síntomas físicos, como temblores, pérdida de equilibrio, dolores de cabeza y fatiga. Concluyó que eran de origen psicológico, «evidentes manifestaciones de trauma reprimido».[\[1\]](#)

Los psiquiatras militares norteamericanos continuaron avanzando en el conocimiento de dicho fenómeno durante la Segunda Guerra Mundial, en la que se estudió la progresión temporal de los síntomas. En 1941, a lo largo del primer año de la contienda en Estados Unidos, Abram Kardiner publicó *Las neurosis traumáticas de la guerra*, que con posterioridad, tras haber observado el trauma en más soldados, revisó en una segunda edición en 1947. Este libro definió por primera vez el cuadro clínico que conocemos hoy como TEPT y explica que «la lección real de la Primera Guerra Mundial y los casos crónicos, es que este síndrome se ha de tratar inmediatamente para prevenir la consolidación de la neurosis en una forma crónica e intratable». Así, describió la neurosis traumática como una «fisioneurosis» para recalcar los aspectos somáticos y psicológicos.

Después de la guerra de Vietnam, el «síndrome de Vietnam» llamó la atención de la psiquiatría moderna, que por fin lo consideró como una entidad nosológica en el DSM. El TEPT se basó en un número limitado de estudios sobre trauma en veteranos, víctimas de quemaduras y sobrevivientes del holocausto. Más tarde, diversos trabajos demostraron que las mujeres víctimas de violación también presentaban síntomas que encajaban con este cuadro clínico. Las siguientes ediciones del sistema de clasificación psiquiátrico americano apenas introdujeron cambios en los criterios diagnósticos, hasta la más reciente edición, publicada en 2013 (DSM-5), que llevó a cabo algunas modificaciones importantes con repercusiones para la

práctica forense. El DSM-5 amplió la definición de «experiencia traumática» para incluir no solo el hecho de haber experimentado en primera persona el suceso traumático, sino también el de recibir información acerca de que algún familiar o amigo íntimo hubiera sufrido la misma experiencia.

La última edición añadió un grupo de síntomas y, finalmente, en el DSM-5 el TEPT ya no se clasifica entre los trastornos de ansiedad, sino como parte de una nueva categoría de «trastornos relacionados con traumas y eventos estresantes».

Actualmente, el «evento traumático» se define como una situación en la que hay

exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: experiencia directa del suceso traumático, observación directa del suceso traumático ocurrido a otros, conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar cercano o amigo, y/o exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático, como, por ejemplo, socorristas que recogen restos humanos o policías repetidamente expuestos a detalles de maltrato infantil.

Una vez que se ha establecido la existencia de al menos un hecho traumático que cumple esta definición, la persona ha de presentar síntomas de cada uno de los siguientes cuatro grupos, con el fin de recibir el diagnóstico:

a) síntomas de intrusión (por ejemplo, recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusos, sueños angustiosos recurrentes, reacciones disociativas como *flashbacks*).

b) síntomas de evitación (por ejemplo, evitación o esfuerzos para no tener recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos relacionados con el suceso traumático, o recordatorios externos como personas, lugares o conversaciones que despiertan recuerdos relacionados con el suceso traumático).

c) alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático (por ejemplo, incapacidad de recordar un aspecto importante relacionado con aquel, creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo, estado emocional negativo persistente como miedo, terror o culpa, sentimiento de desapego de los demás, incapacidad persistente de experimentar emociones positivas como la felicidad, satisfacción o amor, etcétera.).

d) alteración importante de la alerta y la reactividad asociadas al suceso traumático (por ejemplo, irritabilidad y arrebatos de furia con poca o ninguna provocación que se manifiestan típicamente como agresión verbal o física, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada y alteraciones del sueño o la concentración).

Finalmente, el DSM-5 requiere que los síntomas duren más de un mes y que produzcan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento.

La mayoría de las personas experimentará al menos un episodio traumático a lo largo de su vida; sin embargo, solo una minoría desarrollará TEPT; esto depende de la gravedad del suceso, así como de otras características psicológicas del individuo. Según el Centro Nacional de TEPT de Estados Unidos, el tipo de trauma más común en las mujeres es el abuso sexual en la infancia; en los hombres, son los accidentes, la agresión física y la guerra. También según el mismo centro, siete u ocho de cada cien personas adultas norteamericanas padecerán un TEPT en algún momento de sus vidas. La prevalencia representa más del doble en las mujeres (10 por ciento) que en los hombres (4 por ciento).^[2] Los números son algo más bajos en Europa.^[3]

Dicho porcentaje se muestra significativamente elevado en la población penitenciaria. Las estadísticas sobre este diagnóstico en internos varían según

los estudios y el método de evaluación que se utilice. Además, diagnosticar el TEPT en cárceles resulta extremadamente complicado, porque se dan una serie de factores estresantes que pueden provocar síntomas de ansiedad aguda y confundirse con el TEPT. A pesar de tales limitaciones, la mayoría de los análisis muestra una prevalencia de TEPT más elevada en cárceles y prisiones, en comparación con el resto de la población. En España, por ejemplo, según datos del Ministerio del Interior, la prevalencia en prisión se calcula que es de un 22,8 por ciento a lo largo de la vida.[4] Estas cifras son aún mayores entre las internas, con algunos estudios que encuentran incluso prevalencias de más del 50 por ciento de TEPT a lo largo de la vida en mujeres encarceladas.[5]

Cuando se presta atención al número de internos que han sido víctimas o han presenciado actos violentos, abuso físico, sexual o negligencia, las cifras son sobrecogedoras. Por ejemplo, algunos estudios basados en informes de los propios hombres encarcelados han encontrado prevalencias de casi un 60 por ciento de abuso físico infantil y de un 30 por ciento de abuso sexual infantil. [6] Estas cantidades son aún mayores en mujeres, con prevalencias de más del 70 por ciento de abuso físico o sexual en la infancia.[7] En algunos estados de Estados Unidos, más del 80 por ciento de las adolescentes que se encuentran en centros de detención de menores han sufrido abuso sexual en la infancia. [8]

Un número muy elevado de personas encarceladas han sido maltratados en la infancia. Hay aproximadamente cuatrocientos cincuenta mil niños tutelados en Estados Unidos (separados de sus padres por maltrato infantil) y, de ellos, una cuarta parte terminará en prisión. Otro dato importante es que cuanto más alto sea el número de familias de acogida por las que pasan estos niños, mayores serán las posibilidades de que acaben siendo arrestados. El 90 por ciento de los niños tutelados que han pasado por al menos cinco casas de

acogida terminan encarcelados. A nivel nacional, en Estados Unidos el 25 por ciento de los internos e internas han sido tutelados durante la infancia o la adolescencia. En California, concretamente, algunas estadísticas muestran que el 70 por ciento de los prisioneros fueron niños tutelados en algún momento. Algunos llaman a esta tendencia «el camino del sistema de acogida a la prisión» (*the foster care to prison pipeline*).[\[9\]](#)

Durante años he comprobado que estas estadísticas son muy reales; he escuchado historias devastadoras sobre traumas a mis pacientes en hospitales psiquiátrico-forenses, a las personas que he evaluado en mi práctica forense privada, a participantes de los programas de reinserción y juzgados de salud mental en los que he trabajado, y, actualmente, en la cárcel de Rikers Island. Podría decir con total seguridad que la mayoría de las personas dentro del sistema jurídico-criminal con las que he tenido contacto a lo largo de mi profesión como psicóloga forense ha experimentado algún tipo de maltrato en la infancia, y que un número todavía más elevado ha experimentado algún trauma serio a lo largo de la vida.

Sin embargo, los efectos del trauma tienden a manifestarse de manera diferente en la población penitenciaria, ya que a menudo no encaja del todo con el TEPT. Esto se debe en parte a que el TEPT se desarrolló pensando en aquellos que experimentaban un evento traumático aislado, principalmente en la edad adulta. Sin embargo, muchas de las personas encarceladas han sido víctimas de repetidos episodios traumáticos a lo largo de la infancia o durante largos periodos de tiempo. La exposición al estrés extremo de manera prolongada, sobre todo durante un momento evolutivo importante para la formación de la personalidad, produce algunos síntomas diferentes a los del TEPT. Como dice Judith Herman, «si en la vida adulta el trauma repetido erosiona la estructura de la personalidad ya formada, en la infancia forma y deforma la personalidad».[\[10\]](#)

Este tipo de presentación clínica fue descrita por primera vez por autores como Judith Herman y Bessel van der Kolk tras observar los efectos psicológicos del maltrato en niños. Los autores describían síntomas más complejos que los del TEPT, que incluían perturbaciones en la identidad y en la capacidad para relacionarse, además de una mayor vulnerabilidad a la depresión, la ira o la desregulación emocional, y a presentar conductas autolíticas. Van der Kolk observó que los niños maltratados acarrean un cuadro clínico que no encaja con el TEPT. Por ejemplo, el 80 por ciento de los que formaban parte de la National Child Traumatic Stress Network —un grupo de más de ciento cincuenta clínicas y centros a nivel nacional que tratan a niños que han sufrido maltrato— no cumplían los requisitos diagnósticos del TEPT. Sin embargo, recibían otros como: trastorno negativista desafiante, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de déficit de atención e hiperactividad o trastorno bipolar infantil. De hecho, a lo largo del tiempo estos pequeños —y luego adultos— acumulaban varios diagnósticos diferentes, a veces más de cinco. A partir de ahí, Van der Kolk y otros crearon una base de datos que incluía a alrededor de veinte mil niños que estaban siendo tratados en estas clínicas por maltrato (abuso físico o sexual, o negligencia), y además revisaron ciento treinta estudios sobre los efectos del maltrato infantil. Los datos mostraban un patrón de síntomas que se podían organizar en tres categorías: un modelo persistente de desregulación, problemas de atención y concentración, así como dificultades en las relaciones interpersonales. Presentaban cambios drásticos en las emociones, mucha ira y, una vez que los episodios coléricos se habían desencadenado, eran incapaces de calmarse o de describir lo que sentían.[\[11\]](#)

En 1992, Judith Herman introdujo por primera vez el concepto de «trastorno por estrés postraumático complejo» (TEPT-C), para proporcionar un diagnóstico que describiera los síntomas observados en personas que

habían sobrevivido a la exposición de experiencias traumáticas de manera prolongada y repetida.[\[12\]](#) Varios investigadores realizaron estudios de campo con el objetivo de introducir este diagnóstico en la versión del DSM. Sin embargo, los editores estimaron que no había evidencia suficiente para considerarlo un trastorno distinto al TEPT, si bien en la cuarta versión publicada en el año 1994 se incluyó el «trastorno de estrés extremo no especificado» (DESNOS), aunque con sintomatología que se considera asociada al TEPT y no como un trastorno diferenciado. La definición fue muy importante porque por fin permitió el uso de un término que ayudaba a delimitar y comprender este cuadro clínico.

Los sistemas de clasificación diagnóstica presentan algunas cuestiones problemáticas, como que algunas de estas categorías se incorporan sin suficiente base empírica. Por ejemplo, algunos trabajos de campo demuestran que el «trastorno antisocial de la personalidad» solo tiene una fiabilidad interevaluador de 0,21.[\[13\]](#) Este indicador mide la frecuencia con la que dos clínicos formulan el mismo diagnóstico cuando tienen la misma información sobre un caso. Esto significa que, en la mayoría de casos, los clínicos no se ponen de acuerdo cuando diagnostican este trastorno, cuestionando, por lo tanto, si constituye un trastorno mental según la definición actual. A veces los diagnósticos se consideran simplemente etiquetas que pueden causar más estigma y daño que beneficio, lo que representa un debate interminable. Sin embargo, los diagnósticos psiquiátricos son también necesarios y beneficiosos, ya que nos ofrecen un lenguaje común que facilita la investigación y el tratamiento; y es que si queremos desarrollar tratamientos eficaces para el trastorno depresivo, por ejemplo, tenemos que empezar por estar de acuerdo sobre su definición. El TEPT tiene una fiabilidad interevaluador bastante aceptable. Existen diversas terapias de tipo cognitivo-conductual que son eficaces en el tratamiento de la sintomatología. Buena

parte del desarrollo y la evolución en este sentido se debe a la definición precisa del trastorno y de las variables relacionadas con el mismo. Los grupos experimentales, por ejemplo, utilizados en investigación, están conformados por personas que cumplen estrictamente con la sintomatología asociada al trastorno. Por lo tanto, la definición de este diagnóstico ha sido clave en el desarrollo de tratamientos eficaces para su abordaje clínico.

Las personas que han vivido experiencias traumáticas repetidas tienden a recibir diferentes diagnósticos a lo largo de su vida. Es el caso, por ejemplo, de la variabilidad del estado de ánimo, que en ocasiones puede ser confundida con el trastorno bipolar. Además, terminan siendo sometidas a múltiples tratamientos farmacológicos con serios efectos secundarios y con muy poca evidencia de que resulten eficaces para el tratamiento específico de los efectos del trauma. En la actualidad, si veo el expediente de un paciente que tiene más de cinco diagnósticos y al que le han recetado antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos, estimulantes, etcétera, inmediatamente sospecho que se trata de un cuadro de trauma complejo.

Semejante confusión diagnóstica no solo resulta molesta para los clínicos, sino que principalmente tiene consecuencias negativas para los pacientes, los cuales, como es lógico, tienen dificultad para comprender por qué cada vez que van al médico reciben un diagnóstico diferente. Esto retrasa la implementación y el desarrollo de tratamientos eficaces. No está probado que la terapia de exposición, una intervención cognitivo-conductual que ha demostrado ser eficaz para el TEPT, también lo sea para cuadros de trauma complejo, y esto en parte se debe a la falta de acuerdo con respecto a la definición de este trastorno.

Por todas estas razones, numerosos autores defendieron la introducción del TEPT-C (o, como lo denominó Van der Kolk, «trastorno traumático del desarrollo») en la quinta y más reciente edición del DSM, que se publicó en

2013. Ya habían aparecido una serie de artículos sobre este trastorno y un grupo de investigadores había realizado varios trabajos de campo ante la inminente publicación del DSM-5. Sin embargo, para sorpresa de muchos, el subcomité del DSM-5 encargado de este tema decidió no incluirlo. No obstante, el grupo de trabajo de los trastornos asociados específicamente al estrés de la Organización Mundial de la Salud (OMS), después de revisar la investigación y práctica clínica a nivel mundial en relación con las consecuencias del trauma repetido o crónico, introdujo por fin el TEPT-C en el borrador de la undécima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-11). Este sistema de clasificación psiquiátrica es el que se utiliza de manera más frecuente fuera de Estados Unidos. El TEPT-C se considera el resultado de la exposición al estrés grave y prolongado que resulta del trauma repetido. Los síntomas incluyen los del TEPT, además de perturbaciones en la regulación emocional, la autoimagen y las relaciones interpersonales. En conjunto, estos síntomas se describen como perturbaciones de la organización del yo.[\[14\]](#)

Desde mi experiencia, quizá el síntoma más relevante en el ámbito forense sea la desregulación emocional. La capacidad de regularse emocionalmente se puede definir como la habilidad para reconocer, modular o controlar la expresión de los sentimientos y los comportamientos impulsivos de una manera adaptativa.[\[15\]](#) La habilidad para regular emociones es imprescindible para el funcionamiento en la vida diaria.

Los mecanismos por los cuales el trauma repetido desencadena desregulación emocional son complejos: por un lado, produce cambios en la neurobiología de la persona, es decir, en los casos en los que percibimos amenaza y peligro, nuestro sistema nervioso central se activa para la huida o la lucha. Se trata de un mecanismo automático de supervivencia que causa modificaciones en nuestro cuerpo, como descarga de adrenalina, aceleración

de la respiración y palpitaciones del corazón o aumento de la tensión muscular. Una vez que el peligro ha pasado, el cuerpo vuelve a regularse y retorna al estado previo. Estos niveles de estrés pueden interferir en el funcionamiento del hipocampo (una parte del cerebro encargada de almacenar nuestras memorias) y de la amígdala (la zona implicada en la regulación de las emociones).[\[16\]](#) Por eso, a menudo las víctimas presentan recuerdos fragmentados del trauma. Sin embargo, las situaciones de estrés prolongado pueden producir cambios permanentes en la fisiología del cuerpo y de la mente de manera tal que siempre se esté preparado para el peligro, incluso cuando no existan razones objetivas para ello. Así, se producen estados de hiperactivación debido a los cuales cualquier evento que para otros no sería interpretado como estresante se experimenta con un alto grado de estrés y ansiedad.

Por otro lado, ante situaciones peligrosas o amenazantes las personas también pueden tener una reacción de parálisis o hipoactivación.[\[17\]](#) Esta paralización, que igualmente tiene en parte que ver con la activación hormonal, se puede cronificar, del mismo modo que la hiperactivación, dando como resultado una dificultad para sentir y responder adecuadamente.

En mi experiencia, me encuentro a menudo con historias de trauma complejo que pasan de la hiperactivación (muestran reacciones de ira intensa ante eventos objetivamente poco amenazantes) a la hipoactivación (muestran dificultad para experimentar alegría o tristeza). Vale la pena mencionar que esta hipoactivación o adormecimiento emocional, en el ámbito forense, a veces se confunde con la psicopatía, y en el caso de mujeres que denuncian agresiones sexuales, la falta de reacción emocional se puede malinterpretar como evidencia de que la agresión nunca ocurrió.

Las relaciones tempranas de apego también resultan fundamentales para la habilidad de regular las emociones y la capacidad de adaptación a situaciones

de estrés.^[18] Las personas con un apego seguro tienen más posibilidades de responder de manera adaptativa a experiencias traumáticas en el futuro. Por el contrario, los niños que han sido maltratados, ya sea por negligencia o abuso físico o sexual, tienen menos herramientas emocionales para afrontar situaciones traumáticas más adelante.

Este era el caso de Julia, quien de manera constante tenía reacciones desproporcionadas ante los estímulos externos. Sentía emociones intensas de ira, frustración y depresión, sobre las cuales carecía de control alguno, y reaccionaba con comportamientos violentos que la habían llevado a la cárcel repetidamente, o bien bebiendo alcohol o autolesionándose. Por otro lado, pasaba de una ira descontrolada ante el menor retraso de su abogado, al pensar que no llegaría a tiempo a verla a la cárcel, a no tener ninguna reacción emocional cuando hablábamos de su hija, que había sido dada en adopción.

Relacionados con los problemas de regulación emocional se hallan los comportamientos autolíticos o autolesivos. Este tipo de comportamiento frecuentemente se lleva a cabo sin intención letal, es decir, la persona no quiere morir. Para algunos termina siendo algo parecido a una adicción; para otros, el dolor físico, al cortarse, alivia por un momento el dolor emocional; y para personas que han sufrido abuso sexual o han sido torturadas, el cuerpo, que les ha producido tanto sufrimiento, se convierte en un objeto de odio que les puede llegar a generar repulsión, propiciando la autolesión.

En la cárcel de Rikers Island he visto los casos de autolesión más extremos. Como he aclarado anteriormente, aunque la intención de este comportamiento con frecuencia no es suicida, dado el alto componente impulsivo que acarrear tales conductas, en ocasiones pueden resultar letales. De hecho, es el caso de algunos suicidios en centros penitenciarios.

Todavía queda mucho camino para entender y encontrar maneras de

aplacar los efectos devastadores del trauma crónico y repetido que observamos en víctimas de violencia de género, hombres y mujeres que han sufrido maltrato infantil y víctimas de tráfico sexual; un tipo de trauma que existe de manera casi endémica en grupos marginados de nuestra sociedad.

El trauma también explica mucha de la violencia que ocurre en centros penitenciarios. La mayoría de las veces la violencia penitenciaria es perpetrada por personas sin enfermedad mental y está relacionada con métodos de supervivencia propios de la cárcel, con ajustes de cuentas o con pertenencia a bandas callejeras. Una proporción mucho más pequeña se halla relacionada con trastornos mentales graves, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar; en estos casos, la violencia se puede prevenir de manera relativamente efectiva por medio de intervenciones dirigidas a tratar los síntomas, incluyendo la medicación psiquiátrica apropiada. Pero, según mi experiencia, la violencia más difícil de prevenir y manejar es la relacionada con las dificultades de regulación emocional e impulsividad; es decir, la violencia que muy a menudo origina el trauma.

Las cárceles constituyen lugares que pueden suponer una experiencia traumática para muchas personas que nunca han experimentado un suceso de este tipo y, casi sin excepción, retraumatizará a aquellos que sí lo han experimentado. El miedo a ser agredido o a sufrir abusos, el estilo autoritario y rígido del ambiente penitenciario, el estrés que causa la incertidumbre, así como la desconexión con seres queridos tienden a generar emociones intensas en cualquiera, y agravan la desregulación emocional en personas con historias de trauma repetido. Esto crea situaciones de pérdida de control total, que abruman a los funcionarios, al personal sanitario y a los propios internos que experimentan dichas emociones. Como directora clínica de salud mental de la cárcel de Rikers Island, una gran parte de nuestro trabajo en los últimos dos años y medio ha consistido en concienciar y formar a todo el personal

sanitario y a los funcionarios de prisiones sobre los efectos psicológicos que causa el trauma complejo y sobre su relación con la desregulación emocional y la violencia. Solo de esta manera podremos desarrollar intervenciones para poder trabajar con personas que a menudo resultan muy difíciles de tratar.

Como sociedad, es imprescindible que actuemos para prevenir el maltrato infantil y el trauma repetido que causa rupturas en las relaciones interpersonales, depresión, ansiedad, conductas violentas y autolíticas, revictimización y desesperación. Esta es también una intervención necesaria para disminuir la población penitenciaria y la violencia en nuestra sociedad.

En el contexto de la evaluación psicológico-forense, el TEPT quizá constituya uno de los trastornos más complicados de diagnosticar y de los que más se ha abusado. Despierta desconfianza entre jueces y fiscales, a veces de manera justificada. Este trastorno se puede utilizar para determinar el daño psíquico en víctimas de crímenes, como, por ejemplo, en las de violencia doméstica o sexual (por lo tanto, para confirmar la ocurrencia del delito), o en el ámbito laboral, con el fin de saber si el daño psíquico ha causado discapacidad y así establecer las indemnizaciones oportunas.

Mi experiencia en la evaluación de este trastorno se ha basado principalmente en el ámbito penal, donde también puede utilizarse para determinar la responsabilidad criminal del acusado. En este sentido, en Estados Unidos, cuando se demuestra la presencia de dicho trastorno se utiliza a menudo como defensa en casos de imputabilidad parcial y raramente funciona para convencer a los jueces de la inimputabilidad plena. Cuando se establece que los síntomas del trastorno no anularon por completo la capacidad cognitiva o volitiva, pero sí la redujeron, el TEPT supone un factor atenuante que puede servir para disminuir la pena. Finalmente, la evaluación de este trastorno también resulta importante en las cortes de inmigración, en las que en ocasiones se emplea como parte de las solicitudes de asilo político.

El diagnóstico del TEPT es complicado en la evaluación psicológico-forense por varias razones. Por un lado, se trata de un diagnóstico que puede parecer fácil de simular. La «simulación» es un concepto importante en el contexto médico-forense. La APA lo define como la «producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos exagerados o falsos, motivados por incentivos externos como evitar ir al ejército, trabajar, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas». Dada la posibilidad de utilizar la enfermedad mental como un medio para conseguir indemnizaciones, como factor eximente o atenuante, o como una vía para el asilo político, la simulación ha de tenerse siempre en cuenta en el ámbito de la evaluación forense. Existen pruebas que los psicólogos podemos utilizar como herramienta adicional para detectar la simulación. Tradicionalmente, la investigación se hallaba más centrada en las escalas de simulación de síntomas psicóticos y déficits cognitivos; sin embargo, últimamente, y en parte debido a los ataques a la credibilidad de expertos en el diagnóstico del TEPT, se han desarrollado escalas específicas para detectar la simulación de este trastorno. Además, el TEPT constituye uno de los pocos diagnósticos en los que es necesario comprobar la conexión entre los síntomas y el factor etiológico o suceso traumático. Esto requiere indagar y preguntar sobre la experiencia traumática, lo cual puede generar ansiedad o estrés en el evaluado, o incluso llevar a la reexperimentación.

Por todas estas razones, además de por las importantes repercusiones legales que puede tener el establecimiento de dicho diagnóstico, es imprescindible que los profesionales de la salud mental que realizamos este tipo de evaluaciones nos armemos con todas las herramientas que proporciona el proceso de evaluación forense para aumentar nuestra credibilidad. Ello incluye entrevistas clínicas, el uso de pruebas psicométricas, autoinformes, pruebas para la evaluación de la simulación, así

como toda la información colateral posible: revisión de expedientes, entrevista con familiares, terapeutas, etcétera. En los últimos años, algunos investigadores han propuesto marcadores biológicos para el diagnóstico del TEPT. Aunque estas pruebas son prometedoras, su uso, en mi opinión, es prematuro.

Tras entrevistar a Julia varias veces, hablar con miembros de su familia y revisar las miles de páginas de los expedientes médicos, descarté que sufriera trastorno bipolar; su presentación clínica era consistente con el TEPT-C. Julia había sido víctima de trauma repetido desde la infancia: abandono, abuso físico y sexual reiterado y una profunda incapacidad para modular sus emociones. Sus síntomas, sin embargo, eran persistentes y no presentaban el carácter episódico del trastorno bipolar.

El informe que elaboré proporcionó al fiscal y al juez la información suficiente como para que estimasen que sufría TEPT y que, en el momento del acto delictivo, su sintomatología afectó a su capacidad volitiva o de dirigir voluntariamente su conducta. El juez consideró que, una vez demostrado el trastorno, se trataba de un eximente parcial, lo que atenuó su sentencia a tres años de prisión, de los cuales ya había cumplido uno en la cárcel preventiva.

Delincuentes sexuales

A lo largo de los años trabajando en el ámbito forense, he conocido a personas que cometieron todo tipo de crímenes. Esto me ha enseñado que algunas situaciones de estrés extremo, la intoxicación por uso de sustancias o ciertos síntomas psiquiátricos pueden llevar a personas con moralidad y principios a cometer actos horribles. En el contexto del tratamiento, intento pensar en los delitos solo en la medida en que afecten al paciente. Algunas personas pueden padecer una sintomatología postraumática como resultado de crímenes que ellos mismos han cometido. En cierta manera, también son víctimas de sí mismos. Hace un tiempo trabajé con una mujer de veinticuatro años que había matado a su bebé de seis meses mientras experimentaba síntomas psicóticos debido a una depresión posparto. Una vez que la depresión mejoró y volvió a entrar en contacto con la realidad, esta mujer comenzó a desarrollar síntomas, incluyendo *flashbacks* que la llevaban en mitad de la noche al lugar y la manera en la que ocurrió todo.

En el ámbito de la evaluación forense, trato de pensar en el crimen solo en la medida en que resulta importante para ofrecer una opinión acerca de la pregunta psicolegal. Es mi trabajo intentar que el tipo de crimen no afecte a mi aproximación al tratamiento o a las opiniones clínico-forenses. Esto se refleja en uno de los principios más importantes del código ético de la APA (2002), que en Estados Unidos guía mi práctica como psicóloga: el principio

general de «respeto por la dignidad y los derechos de las todas las personas», al margen del delito que hayan cometido. Cuando, por alguna razón, los delitos de los evaluados me afectan de manera especial e impiden que haga mi trabajo adecuadamente, trato de buscar asesoramiento en un supervisor o colega, o derivar el caso.

Las agresiones sexuales (definidas como delito de naturaleza sexual), sobre todo cuando incluyen a menores como víctimas, quizá representen el tipo de crimen en el que me resulta más difícil seguir tales pautas. Es algo que comparten muchos de mis compañeros y colegas, con los que hablo regularmente. Resulta frecuente encontrarse con profesionales de la salud mental que deciden no tratar o llevar a cabo evaluaciones a delincuentes sexuales. Las razones son lógicas y comprensibles. La violencia sexual produce un sufrimiento indescriptible a sus víctimas y a la sociedad. Sin embargo, la intensa reacción emocional ante este tipo de actos delictivos quizá sea también una de las razones por las que hay tantos malentendidos y tantos mitos. Los casos mediáticos que, comprensiblemente, generan una mayor alarma social, también tienden a motivar cambios rápidos en la legislación que a veces no están apoyados por la evidencia empírica.

Este ha sido el caso de gran parte de la legislación implementada en las últimas décadas en Estados Unidos, durísimas políticas contra los delincuentes sexuales que también han sido incorporadas por otros países. El 29 de julio de 1994, en el estado de New Jersey, una niña de siete años llamada Megan Kanka fue violada y asesinada por su vecino. A partir de este caso, que recibió atención mediática a nivel nacional, se creó la Ley Megan (*Megan's Law*), que requiere que la policía haga público el domicilio y el nombre de todos los delincuentes sexuales. Años más tarde, en 2006, se promulgó la Ley Adam Walsh de Protección y Seguridad del Menor (*Adam Walsh Child Protection and Safety Act*), que también recibe su nombre de

otro asesinato; en concreto, de un menor de seis años. Dicha ley federal amplió los tipos de infracciones que requerían registro, para incluir a personas condenadas por cualquier clase de delito de naturaleza sexual sin limitarlo solo a los casos en los que las víctimas eran menores.

Diferentes versiones de esta ley se aplican hoy en día en todos los estados. Si yo quisiera saber quiénes son los agresores sexuales que viven en mi barrio, me bastaría con una rápida búsqueda en internet a través de la cual podría rastrear sus nombres, edad, dirección y los delitos que hubieran cometido. En algunos registros incluso se pueden encontrar sus fotos. A menudo, dichas medidas se acompañan de otras como la restricción en el establecimiento de domicilio, que prohíbe que los delincuentes sexuales habiten en zonas donde se reúnan niños de manera frecuente, como parques, colegios o guarderías; debido a ello, en algunos estados se hallan limitadas de manera muy significativa las zonas en las que los agresores pueden fijar su domicilio.

Veinte años después, sabemos que no hay evidencia empírica de que los registros públicos hayan disminuido la reincidencia, y tampoco parecen haber servido como medida disuasoria para nuevas agresiones sexuales;^[1] al contrario, en muchos casos los registros pueden dificultar que algunos delincuentes sexuales que ya han cumplido condena puedan incorporarse al mundo laboral, y por lo tanto facilitar que tengan dificultades económicas y que se aislen socialmente. Todo esto actúa como obstáculo para la reinserción social y conlleva potenciales consecuencias que resultan contraproducentes para la seguridad pública.^[2]

Los registros públicos son además muy costosos. Se estima que el coste de implementar en todos los estados estas leyes fue de más de cuatrocientos millones de dólares durante el primer año.^[3] No parece que ello constituya un gasto de recursos apropiado cuando hay que tener en cuenta, además, que

la mayoría de niños y niñas víctimas de este tipo de agresiones sufre el abuso sexual por sus propios padres, tíos, abuelos, amigos, vecinos, profesores o líderes espirituales, y nunca son denunciados; de hecho, cuando lo son, a menudo los abusos han prescrito. Se calcula que más del 90 por ciento de las víctimas infantiles de abuso sexual conocen a sus agresores.^[4] Tales casos son comentados constantemente por amigos o conocidos, pero llaman menos la atención de los medios de comunicación. Hace algunos años, realicé una evaluación forense a un hombre con trastorno psicopático de la personalidad que había violado a su hija de seis años. Era muy provocador, y durante nuestro encuentro me contó que «mientras mi mujer se preocupaba por tener siempre a la vista a los agresores sexuales del vecindario, imprimiendo cada día los nuevos registros, con direcciones, nombres y fotos, yo era el que violaba a nuestra hija en casa». Aunque pueda tratarse de un caso extremo, vale la pena reflexionar sobre la falsa sensación de seguridad que pueden producir los registros públicos. En países como Canadá los registros existen, pero no son accesibles al público en general, sino solo a las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Con frecuencia, los medios de comunicación transmiten la idea de que los delincuentes sexuales son incapaces de reinsertarse en la sociedad y de que reinciden en porcentajes mucho más elevados que los delincuentes no sexuales o comunes. Hace unos años, el llamado «pederasta de Ciudad Lineal» aterrorizó a este barrio de Madrid tras secuestrar y agredir a cuatro niñas entre 2013 y 2014; las llevaba a su domicilio privado, las drogaba y abusaba sexualmente de ellas. Dada la gravedad de las acusaciones, después de su arresto todos los medios se hicieron eco de esta noticia a través de entrevistas o artículos sobre la pederastia y los «depredadores sexuales», y sobre la dificultad o imposibilidad de su reinserción. En 2014, un periódico español, en referencia a este caso, hablaba de «la reducida, si no imposible,

capacidad de reinserción de los agresores sexuales cuando salen de prisión».

La realidad es que los agresores sexuales presentan uno de los índices de reincidencia más bajos en comparación con otro tipo de delitos. Los estudios demuestran de manera consistente una tasa de reincidencia por debajo del 20 por ciento (sensiblemente inferior al 70 por ciento de reincidencia criminal que encontramos con frecuencia en delincuentes arrestados por robo o agresiones físicas). En Estados Unidos, un detallado trabajo que incluía quince estados y cerca de diez mil agresores sexuales, publicado por el U. S. Bureau of Justice Statistics (Oficina de Estadísticas del Departamento de Justicia Federal), encontró que un 5,6 por ciento de estos agresores reincidieron durante un periodo de seguimiento de tres años tras su puesta en libertad.[\[5\]](#) Otros estudios con periodos de seguimiento de cinco años, en esta ocasión con alrededor de veinte mil agresores, detallaron una tasa de reincidencia del 13,4 por ciento.[\[6\]](#)

Algunos estudios realizados en España han encontrado cifras similares. Una investigación con una muestra de agresores sexuales, publicada por el Ministerio del Interior en 2009, evidenció una tasa de reincidencia del 8,5 por ciento, frente al 37,4 por ciento hallado en delincuentes contra la propiedad.[\[7\]](#) Dado que la reincidencia en estos estudios requiere un arresto y que muchos reincidentes nunca son arrestados, los porcentajes reales, sobre todo los de las agresiones cometidas por personas conocidas por la víctima, son sin duda más elevados. Pero incluso cuando se revisan los trabajos que utilizan muestras de agresores sexuales de alto riesgo y durante periodos de seguimiento más largos, no se encuentran tasas de reincidencia mayores del 40 por ciento. Ello quiere decir que la mayoría de los delincuentes sexuales no vuelve a cometer un delito de esa naturaleza. Sin embargo, un solo caso de agresión sexual puede llegar a justificar la alarma social, y es labor de los políticos y legisladores decidir qué cambios han de llevarse a cabo para

prevenirlos. Sin embargo, estas políticas no deben basarse en estadísticas que no existen.

Al año de haber terminado mi doctorado, realicé la primera evaluación de riesgo de violencia sexual. Hacía ya algún tiempo que trabajaba con varios abogados que llevaban casos en la corte de inmigración. El sistema de inmigración estadounidense es civil y no penal. Sin embargo, el número de inmigrantes no regularizados que acaban detenidos en cárceles y prisiones del país ha aumentado en la última década. No hace falta cometer un delito para ser detenido por inmigración, y este es el único contexto en el que no se tiene derecho constitucional a un abogado, a no ser que se pueda pagar. Generalmente, los detenidos son arrestados por su situación irregular, así como por tener antecedentes penales, aunque se remonten a décadas anteriores o aunque los cargos hayan sido desestimados o sobreseídos.

En el año 2007, *The New York Times* se refirió a la encarcelación en el sistema de inmigración como «la forma de encarcelación que crece de manera más rápida», con una alrededor de treinta mil inmigrantes detenidos diariamente en más de trescientas cárceles a lo largo del país. Aunque no hay estadísticas al respecto, se estima que un 15 por ciento de los mismos podría ser diagnosticado de un trastorno psiquiátrico.

En Nueva York, a principios de la década del 2000, un grupo de abogados comenzó a representar a algunos inmigrantes detenidos en la ciudad. Elegían a aquellos que tenían más posibilidades de ser puestos en libertad. Hoy en día, en la misma ciudad, todos los inmigrantes tienen derecho a un abogado de oficio si no pueden pagarse uno privado. La detención de estas personas tiene dos propósitos: impedir que eludan la deportación aquellos que los jueces determinan que no acudirían a las próximas citas judiciales y proteger la seguridad pública. Generalmente, los jueces de inmigración carecen de formación en asuntos relacionados con la enfermedad mental, y por eso

pueden llegar a pensar de manera errónea que, por el mero hecho de padecerla, estos inmigrantes son más peligrosos para la sociedad. En este contexto es en el que he realizado más evaluaciones, dirigidas a asistir a los jueces en la toma de decisión acerca de la peligrosidad de los detenidos.

Mi primer caso de evaluación de alguien acusado de agresión sexual tenía como objeto un inmigrante a quien llamaré Alfredo. Tenía dos particularidades que lo distinguían de los muchos otros casos de inmigración en los que había trabajado. El juez había determinado que se trataba de un delincuente sexual peligroso porque antes de su detención había sido incluido en los registros públicos. Además, como resultado de las pobres relaciones institucionales entre Estados Unidos y Cuba, y ante la falta de acuerdos en torno a las deportaciones de inmigrantes, Alfredo no podía ser devuelto a su país y, por lo tanto, llevaba cinco años detenido en una cárcel de inmigración del estado de New Jersey.

Tenía cincuenta años. Había nacido en La Habana y se mudó a Estados Unidos con sus padres y dos hermanos a los dos años de edad. Vivieron en Florida durante trece años, hasta que su padre perdió el trabajo y se trasladaron definitivamente a Nueva York. Al principio tuvieron dificultades económicas y residieron en varios albergues para familias, pero a los seis meses su padre encontró empleo y se mudaron a una casa en el Bronx. Alfredo obtuvo un título en formación profesional y consiguió trabajo como guardia de seguridad. A la edad de quince años conoció a Victoria, una mujer puertorriqueña de veinticinco con la que mantuvo una relación durante cinco años. Al poco de separarse, recién cumplidos los veinte, mantuvo otra con una adolescente quinceañera de origen dominicano. Pasados unos meses, el padre de la adolescente denunció la situación a la policía, y Alfredo fue arrestado por violación en tercer grado. (En Nueva York, la edad de consentimiento sexual comienza a los dieciséis años. Un adolescente menor de dieciséis pero

mayor de trece puede mantener relaciones sexuales con alguien que solo sea cuatro años mayor. Sin embargo, cualquier relación entre alguien menor de dieciséis y otra persona con más de cuatro años de diferencia, aunque sea «consentida», se considera delito.) Alfredo pasó seis meses en la cárcel, se declaró culpable y fue puesto en libertad con un año de supervisión. Tuvo que aparecer como agresor sexual en los registros públicos; en concreto, de los tres niveles posibles en esta categoría fue clasificado como agresor sexual de nivel 1, que si bien se considera el de menor peligrosidad, obliga a la persona a registrarse durante un periodo de veinte años. Los delincuentes de nivel 2 o 3 pueden ser obligados a figurar en los registros durante toda su vida. Esto implica que todos los años tienen que verificar su dirección e informar a las autoridades correspondientes si cambian de domicilio.

Al salir de la cárcel, Alfredo tuvo problemas para encontrar trabajo por estar registrado como agresor sexual, y no le quedó otro remedio que irse a vivir con sus padres. A los veinticuatro años fue hospitalizado por primera vez y diagnosticado de un trastorno bipolar. Durante los veinte años que siguieron, Alfredo pasó periodos de tiempo durante los cuales se mantenía estable, y otros en los que se quedaba meses hospitalizado. A lo largo de ese tiempo, siempre mantuvo relaciones con mujeres adultas.

Estando ingresado en el hospital debido a un episodio maníaco, Alfredo recibió la carta anual de verificación de su domicilio, pero no pudo contestar a tiempo. A la semana de ser dado de alta, fue arrestado. Sus padres pudieron probar que se encontraba en el hospital y que por eso no había podido acudir, lo cual evitó que fuera acusado del grave delito que resulta como consecuencia de no registrarse a tiempo. No obstante, en ese momento la policía se dio cuenta de que Alfredo estaba indocumentado y fue trasladado a un centro de detención de inmigrantes. A las pocas semanas de estar allí, se masturbó frente a una oficial de seguridad. Este hecho, así como sus

antecedentes y su condición de delincuente sexual registrado, provocó que, de inmediato, el juez lo considerara un peligro para la sociedad.

Alfredo estaba detenido en New Jersey, en una cárcel local en la que el Gobierno federal utiliza alrededor de un cuarto de sus celdas para inmigrantes, a los que no mezcla con el resto de internos.

Me trasladé hasta allí. Era otoño y había que atravesar grandes extensiones de campo, ya que el centro estaba situado a cuatro horas de Nueva York. Observé la belleza de las hojas caídas que cubrían el suelo y la gama de colores que iban del naranja al amarillo intenso. Desde luego, el otoño es mi estación favorita en Nueva York.

Al llegar a la cárcel, una vez pasados todos los controles, el oficial, también hispano, me preguntó el nombre del detenido al que iba a evaluar. Cuando le dije que era Alfredo, me dijo: «Doctora, tápese la nariz con algo: ese hombre huele fatal». Efectivamente, en la pequeña estancia donde me esperaba para la evaluación, había un olor intensísimo que me produjo náuseas; llevaba semanas sin ducharse. Estaba sentado, con las manos esposadas, y miraba hacia abajo. No levantó la mirada cuando entré ni cuando me presenté. Tras intentar llamar su atención varias veces, por fin comenzó a hablar. Casi nada de lo que me decía tenía sentido y no parecía entender por qué estaba yo allí, qué relación tenía con su abogada o cuál era el propósito de aquella evaluación. Claramente, atravesaba un episodio depresivo. Salí de la sala y le hice algunas preguntas al oficial que se encontraba al otro lado de la puerta, y que conocía a Alfredo desde que este llegó a la cárcel cinco años atrás. Me contó que, por lo general, era una persona alegre y tranquila, pero que había cambiado hacía varios meses: no comía, no se duchaba, había perdido peso y había llevado a cabo varios intentos de suicidio. Además, me dijo que no se estaba tomando la medicación. Nada de ello constaba en el expediente médico que me había

enviado su abogada. Esto también explicaba por qué sus padres decían que hacía meses que no los llamaba. Percibí una sensación de frustración inmensa, no solo desde la perspectiva egoísta de que hubiera hecho el viaje en vano, sino desde la comprensión de que aquellas condiciones simplemente eran inaceptables para un enfermo mental encarcelado. Así no iba a ser posible determinar su nivel de riesgo por medio de una entrevista, ya que Alfredo no estaba en disposición de participar en la evaluación.

Escribí un breve informe en el que describía el estado depresivo de Alfredo, y su abogada consiguió que el juez ordenara su traslado a un hospital. A los cinco meses volví al centro de detención. Era marzo, hacía un frío tremendo y las hojas de colores que tanto me habían gustado se hallaban cubiertas por la nieve. Pero Alfredo había superado lo peor de su episodio depresivo con la ayuda de medicación y terapia. Estaba limpio, bien vestido y dispuesto a participar en la entrevista.

Las razones que desencadenan la violencia sexual, sobre todo hacia menores, son multifactoriales. Una de las tareas principales del evaluador consiste en determinar cuáles son esos factores para la persona en concreto. Diferentes teorías explican los abusos sexuales a menores por medio de variables como, por ejemplo, un patrón de apego inadecuado, una historia de abuso sexual en la infancia, incompetencia en habilidades sociales que conduce a una identificación particular con los menores, distorsiones cognitivas acerca de estos o desinhibición de la conducta. Dos de los factores de riesgo más importantes a evaluar son un interés sexual desviado y la presencia o no de rasgos de personalidad psicopática. El interés sexual desviado está recogido en el DSM-5, en la sección de los trastornos parafílicos. La parafilia se define como la presencia de fantasías sexuales intensas y persistentes que pueden incluir objetos no animados, el sufrimiento o la humillación de la pareja, de uno mismo, o el deseo sexual hacia niños.

La parafilia se distingue del trastorno parafílico en que este último causa malestar clínico, deterioro en el individuo o daño a otras personas. Es decir, tener fantasías sexuales, incluso aunque incluyan a menores, no constituye de por sí un trastorno, a no ser que se actúe en consecuencia o que causen malestar a la persona que las tiene. El trastorno parafílico más frecuente en delincuentes sexuales que abusan de menores es el de la pedofilia. Este trastorno se define en el DSM-5 como aquel en el cual «durante un periodo de al menos seis meses, hay excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente, menores de trece años)». El individuo diagnosticado tiene que tener como mínimo dieciséis años y ser al menos cinco mayor que el niño o la niña.

Aunque estaba claro que Alfredo había cometido un delito al mantener relaciones sexuales con una menor, esta relación de por sí no era suficiente para diagnosticar un trastorno de pedofilia. Con frecuencia, resulta difícil determinar el interés sexual de las personas, sobre todo en los ambientes forenses, pues en ellos puede darse una clara motivación para mentir. A veces se utiliza la falometría, que consiste en un método psicofisiológico a través del cual se le presentan al evaluado distintos estímulos, como fotografías o vídeos con imágenes sexuales, mientras se miden los cambios en el grosor del pene. Esta técnica es bastante controvertida y tiene poco apoyo empírico. Además, quizá pueda ayudar a determinar si alguien tiene una parafilia, pero no un trastorno parafílico. Muchas personas que se excitan con imágenes o fantasías de menores jamás llegan a poner estas en práctica. En el caso de Alfredo, no había pruebas falométricas, pero mis horas de entrevistas con él y con su familia, junto con la revisión de miles de páginas de expedientes penitenciarios y médicos, me llevaron a concluir que no padecía un trastorno de pedofilia. Alfredo había mantenido una relación con una mujer adulta

cuando tenía catorce años. Sus propios padres se habían casado cuando su madre contaba dieciséis y su padre veinte. Por lo tanto, ellos no vieron nada extraño en esta relación, ni pensaron que cuando su hijo comenzó a salir con una adolescente de quince habría un problema. Esto, por supuesto, no lo exime de responsabilidad criminal bajo las leyes neoyorquinas, pero tampoco quiere decir que tuviera un interés sexual desviado. El resto de sus relaciones sexuales había sido con mujeres adultas y sin evidencia alguna de que tuviera fantasías sexuales con menores prepúberes. El otro aspecto que había llevado al juez a concluir que Alfredo era peligroso fue el incidente durante el cual se masturbó en su celda frente a una agente. Dicha conducta se había repetido varias veces no solo en la cárcel, sino también en la calle. De hecho, masturbarse en público era lo que lo había llevado en reiteradas ocasiones a ingresos en distintos hospitales.

Aunque no ocurre de manera frecuente, algunas personas, cuando se encuentran en el periodo de excitabilidad propio del episodio maníaco, pueden presentar conductas de desinhibición sexual o hipersexualidad. En Alfredo, tales conductas se producían cuando no estaba tomando la medicación y siempre acompañadas de otros síntomas maníacos. Por lo tanto, no eran el resultado de un deseo sexual desviado.

El otro factor de riesgo importante para la violencia sexual está constituido por los rasgos de personalidad psicopáticos, sobre todo cuando se dan en combinación con la desviación sexual. Los rasgos psicopáticos, como, por ejemplo, la falta de empatía o la impulsividad, pueden facilitar que alguien con un trastorno de pedofilia pueda llevar a la práctica sus fantasías sexuales. Alfredo tampoco presentaba rasgos de personalidad psicopáticos. Mi conclusión fue que su nivel de riesgo no era alto, y que siempre y cuando se encontrara recibiendo tratamiento para su trastorno bipolar, las posibilidades de que cometiera un acto de violencia sexual eran bajas. Con este informe, el

juez puso por fin en libertad a Alfredo tras permanecer cinco años encarcelado por el simple hecho de estar indocumentado, así como por una sucesión de estimaciones erróneas respecto de su peligrosidad como agresor sexual.

La tendencia a sobreestimar el nivel de riesgo de los delincuentes sexuales propició que en Estados Unidos se implementara una de las políticas más duras en este sentido, esto es, el ingreso civil involuntario e indefinido de agresores sexuales que ya habían cumplido su sentencia criminal. Esto significa que si un agresor sexual sentenciado a quince años de prisión es identificado como peligroso, al término de su sentencia podría ser trasladado a un hospital forense de alta seguridad de manera indefinida. El primer estado en implementar dicha ley fue Washington, donde Earl Shriver había sido condenado a diez años de cárcel por el secuestro y la agresión sexual de dos niñas adolescentes. En 1987, justo antes de ser puesto en libertad, los oficiales de la prisión se enteraron de que Shriver planeaba torturar a más niños una vez estuviera en la calle. Aunque se intentó su traslado a un centro forense, Shriver no cumplía los requisitos para el ingreso involuntario, es decir, la presencia de una enfermedad mental y peligrosidad inminente. Así que fue puesto en libertad y... dos años más tarde violó y mató a un niño de siete años. La alarma social que creó este caso llevó a la elaboración de una ley que permitiera el ingreso civil de los agresores sexuales tras haber cumplido sentencia. Diferentes versiones de la misma, que se conoce como *Sexually Violent Predator Laws* (o SVP), esto es, «Ley de depredadores sexuales violentos», han sido implementadas en más de veinte estados. De naturaleza civil y no penal, está basada en la peligrosidad post-delictiva. No existe ningún otro delito en Estados Unidos que permita el ingreso involuntario indefinido después del cumplimiento de la sentencia.

La ley SVP ha sido cuestionada por abogados y profesionales de salud

mental. Su legalidad también ha sido el objetivo de desafíos constitucionales en distintas cortes del país, en las que se ha cuestionado, por ejemplo, si viola los derechos de *ex post facto* (principio de retroactividad) y de doble incriminación, es decir, si se pueden cambiar de manera retroactiva las consecuencias jurídicas de un comportamiento criminal y/o aplicar una pena adicional como resultado de la peligrosidad. La Corte Suprema de Estados Unidos, sin embargo, zanjó dicha cuestión en el caso *Kansas vs. Hendricks* (1997). Leroy Hendricks fue condenado de cinco a veinte años de prisión por abuso de menores. Antes de su puesta en libertad, el estado de Kansas aplicó el estatuto SVP basándose en su peligrosidad con el fin de ordenar su traslado a un centro forense. Hendricks cuestionó la constitucionalidad de tal decisión. El caso llegó hasta la Corte Suprema, que declaró constitucional el estatuto. La Corte concluyó que como el estatuto es civil y no penal, no violaba el principio de retroactividad ni el de doble incriminación.

Varios años después, y ya con más experiencia en este ámbito, tras haber trabajado en los juzgados de salud mental y violencia doméstica, donde evalué a varios delincuentes sexuales, comencé a llevar a cabo evaluaciones para el estado de Nueva York en el contexto del estatuto SVP. En este estado, el trámite es el siguiente: dependiendo del tipo de delito sexual y del comportamiento durante la encarcelación, muchos de los delincuentes sexuales son identificados por la Oficina de Salud Mental del estado de Nueva York como posibles candidatos para el ingreso civil involuntario al término de su sentencia. Todos ellos pasan por un proceso de revisión bastante minucioso. La primera fase consiste en una evaluación de todo el expediente llevada a cabo por tres psicólogos o psiquiatras. Este equipo determina qué delincuentes presentan un nivel de riesgo suficiente para pasar a la segunda fase, en la que se produce otra revisión también realizada por otros tres psicólogos o psiquiatras. Si este segundo equipo considera al

delincuente de alto riesgo, la Oficina de Salud Mental designa a un psicólogo que no forma parte del equipo de tratamiento para que realice una evaluación y determine si el delincuente sufre una «anomalía mental», de acuerdo con la definición de la ley SVP. Si es así, el caso se deriva a la oficina de la Fiscalía. Llegado este punto, el delincuente tiene derecho a un abogado pagado por el Estado que puede contratar a un perito independiente (es decir, que no trabaje para la Oficina de Salud Mental) para realizar otra evaluación. Si el perito se halla en desacuerdo con la decisión anterior, se produce una audiencia judicial en la que testifican los dos psicólogos o psiquiatras. La decisión final la toma el juez y puede incluir tres opciones: puesta en libertad tras el cumplimiento de la sentencia sin ninguna supervisión, puesta en libertad bajo estrictos métodos de supervisión, incluyendo monitoreo por medio de GPS, o ingreso civil involuntario.

Para ofrecer una idea de los números que se manejan, durante el año comprendido entre 2015 y 2016 en el estado de Nueva York, 1.494 personas que cumplían sentencia por delitos sexuales fueron derivadas a la Oficina de Salud Mental para la revisión de sus casos. El 7,7 por ciento (esto es, 115) pasaron a la segunda fase de revisión y de evaluación psicológica. De ellos, el 3,6 por ciento (es decir, 54) fueron recomendados a la Fiscalía para el ingreso involuntario.[\[8\]](#)

El primer caso que realicé de este tipo, me lo derivó un profesor de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y en concreto del John Jay College of Criminal Justice, donde cursé mi doctorado. Este profesor fue mi director de tesis, además de un mentor importantísimo para mi vida profesional y personal.

La ley SVP me parecía problemática por varias razones, particularmente por la manera tan confusa en la que estaban descritas las definiciones clínicas. Por eso durante años me había resistido a evaluar estos casos.

Sentada en su oficina, este profesor me dijo: «Aunque podamos tener opiniones sobre las políticas y legislaciones, no es nuestro trabajo crearlas ni ponerlas en práctica. Nuestro trabajo consiste en proveer a jueces del conocimiento psicológico-científico necesario para que puedan tomar decisiones en el contexto de cualquier ley». Estas palabras quedaron grabadas en mi memoria y suelo recurrir a ellas con mucha frecuencia. Acordamos que aceptaría el caso, siempre y cuando él me supervisara durante todo el proceso.

A las dos semanas recibí cajas de expedientes que incluían: informes policiales, fotos, interrogatorios, declaraciones de las víctimas, informes psicológicos, registros disciplinarios de la cárcel, etcétera. Tardé días en revisarlo todo. El caso en cuestión trataba de Jonathan, un hombre de cincuenta y cinco años que llevaba veinte en prisión por varios delitos sexuales, incluyendo abuso sexual y violación de niñas, niños y mujeres cuyo número, en total, ascendía a seis víctimas conocidas, de entre diez y treinta años de edad. Solo una de ellas conocía al agresor; se trataba de su hija adoptiva, de doce años. Las demás eran amigas o amigos de esta: un niño de trece años, una niña de quince y dos mujeres adultas (una prostituta de veinticinco años y una mujer que había conocido en un bar). La víctima que había sufrido abusos durante más tiempo era Rachel, su hija adoptiva. Esta niña había sido separada de su madre biológica a la edad de nueve años por negligencia debido al abuso continuado de alcohol y drogas de su madre. Al principio había sido derivada a un centro de acogida de menores y, al poco tiempo, fue adoptada de manera temporal por Jonathan y su mujer. Jonathan abusó sexualmente de la niña desde los doce hasta los dieciséis años. Una profesora de la niña lo denunció. La declaración de Rachel detallando el abuso resultaba espeluznante. A dos niños de diez y trece años, amigos de Rachel, Jonathan los metió en el baño varias veces para tocarles los genitales.

Hizo lo mismo con una niña de quince. Además, los cargos incluían violaciones con uso de violencia (amenazas con cuchillos, aparte de las marcas de estrangulación que presentaba una de las víctimas). Se declaró culpable de todos los cargos, ya que la evidencia en su contra era apabullante y sabía que acabaría su vida en prisión en caso de llevar el caso a juicio. Después de siete años de encarcelación, Jonathan cometió una infracción cuando fueron halladas en su celda cerca de cincuenta fotos de niños y niñas que había coleccionado de periódicos. Las fotos incluían la edad de los niños y la ciudad donde vivían.

Durante días no pude parar de pensar en el sufrimiento y el trauma causados a todas las víctimas. Había fotos de Rachel en los informes policiales, y una en concreto en la que iba vestida con el uniforme del colegio no se me iba de la cabeza ni del corazón. Me reuní varias veces con el profesor para organizar todo lo revisado en términos de factores de riesgo. Además, me ayudó a dejar de lado las reacciones emocionales que me había producido la revisión del expediente, así como a centrarme en las definiciones psicolegales y en cómo contestar las preguntas que ayudarían al juez a tomar la decisión final. También me ayudó a estructurar la entrevista.

Desde una perspectiva clínica, el punto más controvertido de la ley SVP es la definición de «anormalidad mental», que se desvía de la más tradicional de «enfermedad mental» utilizada para otros procedimientos de ingreso civil involuntario. En Nueva York, pues, se define como «una condición congénita o adquirida, enfermedad o trastorno que afecta a la capacidad emocional, cognitiva o volitiva de una persona de manera que la predispone a cometer agresiones sexuales; además, la persona debe tener serias dificultades para controlar el comportamiento de violencia sexual». Para poder ser ingresado de manera involuntaria, la ley exige dos requisitos: que se establezca la presencia de la «anormalidad mental» y también un alto nivel de

peligrosidad. Esta definición ha creado numerosos problemas por su vaguedad en la acepción y su inconsistencia desde una perspectiva científica. Lo subjetivo de la definición ha generado que abogados y profesionales de salud mental hayan utilizado diagnósticos que no incluyen una desviación sexual, con el fin de ampliar el número de casos que podrían terminar en un ingreso involuntario. Por ejemplo, el trastorno antisocial de la personalidad se ha considerado, dentro de dicho contexto, como «anormalidad mental» para incluir violaciones a personas adultas en la legislación SVP. Sin embargo, el TAP en sí no predispone a la violencia sexual, aunque sí a la delincuencia general, y la investigación no ha probado que las fantasías de violación a adultos de otro género o incluso el acto de la violación constituyan una desviación sexual. El DSM-5, de hecho, eliminó la violación como desviación sexual. A pesar de ello, algunos clínicos todavía utilizan el concepto de «trastorno parafílico no especificado de tipo coercitivo» para incluir a personas que cometen delitos de violación. Sin embargo, como dice Allen Frances, psiquiatra mundialmente conocido por haber sido editor del DSM, «la violación es un crimen, pero no un trastorno mental». La violación de personas adultas se puede explicar mucho más a menudo en el ámbito de los rasgos de personalidad antisocial o psicopáticos y no debido a la presencia de una parafilia. Varios tribunales de Nueva York han rechazado recientemente el uso del TAP de manera aislada, y el trastorno parafílico no especificado de tipo coercitivo, como trastornos que califican como «anormalidad mental» para el ingreso civil involuntario.

Jonathan estaba encarcelado en una prisión de un pueblo cercano a Nueva York. Allí era donde tenía que ir a hacerle la entrevista. Casualmente, una colega y amiga también debía realizar una evaluación en el mismo centro. Así pues, coordinamos una fecha para ir las dos juntas e hicimos una reserva de tren y hotel. Mientras viajábamos por la orilla del río Hudson,

comentamos lo bonito del paisaje. Esa noche cenamos en el hotel, hablamos y nos reímos, contándonos nuestra vida personal. Las dos eludíamos, sin haberlo acordado, comentar los casos que nos esperaban a la mañana siguiente. Seguramente, vistas desde fuera podíamos parecer dos jóvenes muy divertidas que frivolisaban sobre todo.

Nos retiramos a dormir pronto y quedamos en regresar juntas a Nueva York al día siguiente.

A las nueve de la mañana ya estaba sentada en una sala esperando a que trajeran a Jonathan. Lo entrevisté durante seis horas, con un pequeño descanso para comer.

Jonathan sabía que había leído todo su expediente, a pesar de lo cual, durante las primeras horas negó haber cometido casi todos los delitos y culpó a las víctimas y a su exmujer de una conspiración en su contra. Externalizó su responsabilidad y minimizó la gravedad de todos sus actos. Según él, solo había abusado de una niña de quince años «que parecía mayor», y Rachel se lo había inventado todo instruida por su madre. Cuando le enseñé las fotos de una de las mujeres adultas que presentaba moretones en el cuello, me dijo que esa relación había sido consentida, que los hematomas se los había hecho ella y que no había sido una violación porque solo la había penetrado con los dedos y no con el pene. Estaba claro que no tenía ningún remordimiento ni capacidad alguna para sentir empatía por sus víctimas. Después de pasar horas negando que sintiera alguna atracción sexual hacia menores de edad, por fin lo admitió unas cuatro horas después de empezar la entrevista, cuando le enseñe una de las fotos de los niños que habían sido encontradas en su celda años atrás.

Al salir de la prisión, vi un mensaje de mi amiga que decía que había vuelto a la ciudad, ya que su entrevista tan solo había durado tres horas. Yo había perdido el último tren. Era invierno y ya casi había anochecido. El

pueblo donde me hallaba es ya de por sí deprimente. Su economía prácticamente se basa por completo en la prisión. Casi todos sus habitantes trabajan allí en puestos de funcionarios, administrativos, o limpieza, y se caracterizan por su amabilidad. Solo hay dos restaurantes abiertos hasta tarde, y a partir de las siete las calles se quedan desérticas. Me sentía agotada, triste, desazonada y con ganas de llorar. Salí a correr pensando que si me agotaba físicamente podría dormir mejor, pero resultó inútil: no pegué ojo en toda la noche. Incluso en el contexto de la evaluación forense pura, y no exclusivamente en el de tratamiento, el hecho de sentarse frente a un ser humano que ha causado tanto sufrimiento y que no tiene capacidad de conectar emocionalmente con otros causará de manera inevitable un impacto en el evaluador.

Al día siguiente, salí a Nueva York en el primer tren de la mañana. De camino, recuerdo que llamé al profesor y él me ayudó a poner mis ideas en claro, a revisar todas las notas de las seis horas de entrevista, y a ordenar los factores de riesgo de acuerdo a la escala de valoración de riesgo que habíamos utilizado.

Jonathan cumplía los requisitos diagnósticos para el trastorno de pedofilia, pero además tenía claros rasgos de personalidad psicopática. Esta combinación, además de otros muchos factores, lo convertía en alguien con un nivel alto de riesgo de reincidencia. Y así lo manifesté en el informe.

Una vez finalizada su sentencia, Jonathan fue trasladado a un hospital forense de alta seguridad, especializado en el tratamiento de delincuentes sexuales.

El caso de Alfredo y el de Jonathan constituyen ejemplos de cómo dos personas que presentan factores de riesgo y niveles de peligrosidad muy diferentes pueden recibir la misma etiqueta de delincuentes o agresores sexuales. La delincuencia sexual es un fenómeno muy complejo, y como

sociedad no vamos a conseguir abarcar el problema hasta que no lo tratemos con la complejidad que merece. Los delincuentes sexuales representan un grupo heterogéneo que engloba muchas tipologías: el agresor intrafamiliar, el extrafamiliar, el pedófilo, el psicópata, etcétera. Los factores y niveles de riesgo son diferentes y la aproximación al tratamiento también debe serlo. Sin embargo, a menudo los programas de tratamiento para agresores sexuales aplican los mismos parámetros para todos los participantes, sin tener en cuenta los factores que han desencadenado la violencia sexual en cada uno de ellos.

La psicología ha avanzado mucho en esta área. Actualmente, las valoraciones de riesgo de violencia sexual, cuando se hacen con la debida rigurosidad científica, son de una precisión aceptable. Sin embargo, exigen una cantidad de recursos elevada. La evaluación y el tratamiento de delincuentes sexuales constituyen un trabajo difícil que produce mucho desgaste emocional. Los profesionales de la salud mental necesitan las herramientas y los recursos adecuados con el fin de realizar valoraciones de riesgo rigurosas para así poder minimizar el margen de error lo máximo posible. En este sentido, lo que parece prioritario es un intercambio sistematizado de información entre la policía y los juzgados, así como una elaboración rigurosa de valoraciones de riesgo, para ajustar las medidas de supervisión de manera coordinada. La supervisión en este contexto resulta primordial.

Sin la ayuda del profesor nunca habría podido realizar esa valoración de riesgo de la manera más rigurosa y objetiva posible, ni todas las que posteriormente he llevado a cabo desde entonces, por lo cual le estaré eternamente agradecida.

Hoy en día continúo acudiendo a diferentes mentores, supervisores o colegas cuando trabajo con delincuentes sexuales.

Me parece importante que los legisladores tomen medidas para la prevención, el control y la gestión de la violencia sexual mediante el asesoramiento de expertos y aprendiendo de las experiencias fallidas de otros países. Las estrictas formas de supervisión y los programas de tratamiento intensivo deben ser reservados para aquellos agresores sexuales que presentan un nivel alto de riesgo de reincidencia. Una vez que este grupo es identificado, y si se encuentran en libertad vigilada, las medidas de supervisión han de seguirse de manera rigurosa. Por otro lado, las políticas han de prestar atención a la prevención del tipo de agresiones sexuales que ocurren con más frecuencia, esto es, los abusos sexuales en la infancia cometidos por personas conocidas por las víctimas.

Aislamiento

En 2016, justo antes de empezar mi trabajo como directora clínica de salud mental de la cárcel de Rikers Island, en Nueva York, escribí un artículo para el periódico *El País* sobre el aislamiento (algunos extractos se hallan incluidos en este capítulo). Aunque, básicamente, mi opinión acerca del régimen de aislamiento en instituciones penitenciarias no ha cambiado, después de haber trabajado en una de las prisiones estadounidenses más grandes he entendido que este tema es mucho más complejo de lo que en un principio puede parecer.

Mi interés por el aislamiento o «confinamiento en solitario», como se conoce en Estados Unidos, comenzó a partir del tratamiento de un paciente en el hospital Bellevue de Nueva York, cuando aún era residente. Philip, de treinta y cinco años de edad, había permanecido ocho en régimen de aislamiento en una prisión del estado de Nueva York. Al poco de ser arrestado y sentenciado a diez años de encarcelamiento por varios delitos de venta de drogas, Philip fue diagnosticado de un trastorno esquizofrénico. Además de experimentar síntomas psicóticos, comenzó a manifestar comportamientos violentos, no está claro si relacionados con los síntomas psicóticos o con independencia del trastorno. Tras varias infracciones por agresiones graves a otros internos y a funcionarios, y al no poder controlar su comportamiento, el departamento de correcciones lo envió a una celda de

aislamiento donde, por razones que desconozco, terminó pasando la mayor parte de los siguientes ocho años. Poco después de ser puesto en libertad, Philip fue hospitalizado y durante ese ingreso agredió a un enfermero, lo que culminó en su arresto y posterior traslado a Bellevue, donde permaneció ingresado cinco meses.

Philip presentaba síntomas congruentes con el trastorno esquizofrénico, como, por ejemplo, pensamiento desorganizado y alucinaciones auditivas. Sin embargo, lo que lo distinguía de otros pacientes era su incapacidad absoluta para conectar con la realidad, incluso a pesar de haber llevado a cabo varios intentos de tratamiento con medicación antipsicótica. Con el propósito de procurar aliviar su sintomatología por medio de la terapia, me reuní con él dos veces a la semana durante el resto de su ingreso. En todo este tiempo, nunca observé que volviera a entrar en contacto con su entorno o con su situación. Solo quería estar en la cama de su habitación, no veía la televisión, raramente leía, no interactuaba con nadie y únicamente se duchaba cuando lo obligaban. Ni si quiera me atrevo a llamar «terapia» a lo que hice con él a lo largo de ese ingreso. Mis sesiones se limitaban a intentar que se comunicase conmigo o con su entorno de manera lógica. Lo llevaba a la ventana a ver la ciudad. Desde allí, a través de una especie de rejas, se obtiene una vista maravillosa del río Este y del edificio de Naciones Unidas. A veces nos sentábamos cerca de la ventana dos veces al día, para que diferenciara la luz de la mañana de la del atardecer. Siempre parecía desorientado y continuamente ponía sábanas que cubrieran la ventana. Yo le entregaba el periódico a diario. El leía los titulares en voz alta y, por momentos, parecía que entendía lo que estaba ocurriendo. Pero esos momentos eran muy fugaces, pues enseguida comenzaba a hablar sin sentido o volvía al más absoluto silencio. Varias pruebas neurológicas descartaron que factores orgánicos, como una lesión cerebral, explicaran su cuadro clínico, tan

extremo para alguien de su edad. Sus síntomas iban mucho más allá de la esquizofrenia y parecían ser el resultado de los años de incomunicación que había padecido.

Las condiciones de aislamiento varían de manera significativa según la cárcel, el estado o el país, pero, en general, en Estados Unidos esta práctica consiste en veintidós horas de encierro en solitario en una celda, disponiendo de tan solo una hora o dos en las cuales el interno puede salir a un espacio más grande a hacer ejercicio o ducharse. Las celdas son de tamaño reducido y suelen tener únicamente una cama y un inodoro. A menudo carecen de ventanas o luz natural. Los presos solo tienen contacto humano con los funcionarios o con el personal sanitario si están recibiendo algún tratamiento. Este contacto puede llegar a ser mínimo, e incluso la comida a menudo es proporcionada a través de una rejilla de la puerta de la celda. La peor forma de aislamiento ocurre en las prisiones de máxima seguridad o supermax, que se establecieron a principios de los años ochenta tras el asesinato de dos guardias de seguridad en un mismo día. En estas prisiones, donde se encuentran los presos considerados más peligrosos, todos están en aislamiento y se comunican con los guardias a través de sistemas de interfono, reduciendo al mínimo el contacto con otras personas.

En muchas ocasiones, el aislamiento constituye una forma de castigo para los internos que cometen infracciones, normalmente actos violentos, aunque a veces se trata de infracciones más leves, como, por ejemplo, la introducción de contrabando en la cárcel. También se utiliza con presos que se consideran en riesgo de fuga o que necesitan protección de los demás internos, como sucede con algunos agresores sexuales. Un número importante de ellos se encuentran en lo que se conoce como «segregación administrativa». En estos casos, se aísla al preso de manera preventiva, aunque no haya cometido ninguna infracción. Dicho mecanismo parece ser frecuente también en otros

países. Por ejemplo, en España, según el reglamento penitenciario, hay cuatro razones por las que se puede aislar a un reo: como medida coercitiva o aislamiento provisional, «dirigida exclusivamente al restablecimiento de la normalidad»; como limitación regimental para garantizar «el aseguramiento de su persona y por la seguridad y el buen orden de los establecimientos»; como sanción que resulta de una infracción grave; o para presos clasificados en primer grado.

En caso de utilizarse como sanción, existe un límite de tiempo de catorce días, con la posibilidad de extenderlo hasta cuarenta y dos cuando se cometen varias infracciones.[\[1\]](#)

Resulta muy difícil saber cuántos presos se encuentran en situación de aislamiento en las cárceles de todo el mundo, porque solo algunas instituciones penitenciarias mantienen o publican estas estadísticas. En Estados Unidos, el estudio más exhaustivo hasta el momento lo realizó la Asociación de Administradores de Instituciones Penitenciarias Estatales, en colaboración con la Universidad de Yale. Dicho informe incluye prisiones de cuarenta y tres jurisdicciones, que en conjunto suponen, aproximadamente, un millón de prisioneros (el 80 por ciento del total de personas encarceladas). Asimismo se utiliza el término *restrictive housing* (régimen restrictivo y no confinamiento en solitario), porque en la definición se incluye a presos que durante al menos quince días se encuentran en celdas de una o dos personas a lo largo de veintidós horas al día como mínimo; de manera que no todos están completamente solos. Los primeros resultados publicados en 2016 mostraban que 68.000 prisioneros se encontraban en situación de aislamiento. Esta cifra es menor que la estimada en 2014 (ochenta mil presos) y ha seguido disminuyendo a 61.000 alrededor del año 2017, lo que supone aproximadamente el 4,5 por ciento de las personas encarceladas. Los números varían significativamente según el estado, de modo que si bien en

algunos casi nadie se halla en régimen de aislamiento, en otros se encuentra en esta situación más del 10 por ciento de los presos. En cuanto al tiempo que permanecen incomunicados, también varía, desde menos de quince días a más de seis años. La mayoría de los presos está como mínimo un mes, pero no llegan a los seis. Aproximadamente un 10 por ciento (unos 3.700 presos) está en aislamiento más de tres años, lo cual también varía según el estado. Por ejemplo, el estudio de Yale reveló que en Texas casi la mitad de los internos incomunicados permanece en esta situación más de tres años; sin embargo, en Vermont nadie está más de tres meses.[\[2\]](#)

El régimen de aislamiento no representa un fenómeno único de Norteamérica. También ganó popularidad en Europa a principios del siglo XIX y se entendió como una manera de mantener orden y seguridad en las prisiones. Se trata de una práctica muy extendida en los países escandinavos y, asimismo, Amnistía Internacional ha denunciado su uso en cárceles de Turquía, Túnez e Irán. El aislamiento extremo también se utilizó a modo de tortura en Guantánamo como parte de la «guerra contra el terrorismo».

Hay poca investigación rigurosa respecto de los efectos psicológicos del aislamiento. Sin embargo, muchos estudios han descrito profundas secuelas psicológicas, incluyendo suicidios, síntomas psicóticos (como alucinaciones y paranoia), ataques de pánico, conducta violenta, ira descontrolada, depresión, apatía y letargo, entre otros. Algunos presos también manifiestan síntomas disociativos como la despersonalización.[\[3\]](#) Recuerdo a una persona que evalué hace años, que había permanecido incomunicado durante seis meses y su mayor temor era olvidarse de sí mismo. En las notas que tomé a lo largo de la entrevista escribí lo siguiente en relación con su relato: «Me toco la cara a diario para intentar recordar mi aspecto y tiro el agua al suelo para poder mirarme en el reflejo». El psiquiatra forense Raymond Patterson ha documentado un 33 por ciento más de suicidios entre la población interna de

California que se halla en las unidades de aislamiento que en el resto de presos.[4] En Pelican Bay State Prison, la cárcel supermax de California, un grupo de internos denunció las condiciones de aislamiento. En este caso (*Madrid vs. Gómez*, 1995), aunque un juez federal encontró que las condiciones de incomunicación «rondan lo humanamente intolerable», decidió, sin embargo, que no había base constitucional para prohibirlo y que las cortes debían dejar en manos de los estados la decisión sobre cómo encarcelar a sus presos.

No toda la comunidad científica o profesional está de acuerdo en que los efectos del aislamiento sean siempre negativos, sobre todo si se limita en el tiempo; argumentan que la investigación no es rigurosa, y que no hay estudios que comparen grupos experimentales con los de control en igualdad de condiciones con respecto a otras variables clínicas, demográficas, criminológicas, etcétera.[5] Según mi experiencia, el aislamiento, cuando incluye aislamiento social, causa especialmente un impacto profundo en la habilidad de los presos para volver a relacionarse con otros seres humanos.

Ya en los años cincuenta el psicólogo Harry Harlow, en un famoso experimento con monos, estudió el efecto del aislamiento, recluyendo a crías y aislándolas desde su nacimiento en jaulas sin que pudieran mantener ningún contacto con humanos o animales. Pasados treinta días, los monos presentaban conductas catatónicas, sin moverse, permaneciendo en un rincón de las jaulas. Finalmente, al juntar a las crías con otros monos, Harlow encontró que estas no mostraban conductas de socialización; huían, gritaban y realizaban movimientos repetitivos. Aunque este trabajo subraya la importancia de las relaciones sociales en las fases tempranas del desarrollo, los adultos humanos en situación de aislamiento prolongado, como, por ejemplo, prisioneros de guerra o personas secuestradas, presentan síntomas parecidos.

Recientemente, tras el fallecimiento del senador republicano John McCain, leí un artículo en el que este contaba su experiencia tras haber sido capturado y torturado durante más de un lustro cuando era oficial en Vietnam. A lo largo de ese tiempo, pasó dos años en aislamiento en un habitáculo sin ventanas. McCain explicó que «no se me permitía ver o hablar con ningún otro prisionero... había una luz tenue, día y noche, pero siempre mantenían una pequeña bombilla encendida para poder observarme... En cuanto al aislamiento, lo más importante para sobrevivir es la comunicación con alguien, aunque sea un saludo con la mano, un guiño, un golpe en la pared... eso es lo que marca la diferencia». Aunque su caso fue más extremo que las situaciones de incomunicación en instituciones penitenciarias, es de remarcar la importancia que el senador le dio a la interacción social, por mínima que esta sea.

En cuanto al aislamiento prolongado y extremo en cárceles, en 1993 los presos de la prisión supermax Pelican Bay de California que en ocasiones permanecían años incomunicados, describían síntomas físicos y psicológicos como la hipersensibilidad, alucinaciones, ataques de pánico, déficits cognitivos, pensamiento obsesivo, paranoia, ira, fantasías violentas y pesadillas.

La primera vez que vi un módulo de aislamiento todavía era una estudiante residente. Nos llevaron a conocer Sing Sing Correctional Facility, una prisión de máxima seguridad situada al norte de la ciudad de Nueva York. Con más de doscientos años de historia, se halla ubicada en un lugar bellissimo a orillas del río Hudson. El módulo consiste en un pasillo muy largo, a cuyos dos lados se distribuyen las celdas, una junto a la otra, con un mínimo de separación entre ellas. Estos habitáculos tienen alrededor de tres metros cuadrados. Los presos, desesperados por interactuar, gritaban intentando llamar nuestra atención mientras caminábamos por el pasillo. No recuerdo

haber pasado miedo, pero sí sentir, sin embargo, desesperación, desasosiego y algo de náuseas. Está claro que el aislamiento prolongado constituye una forma de tortura. En lo que no hay acuerdo es en la definición de «prolongado».

No obstante, hay consenso con respecto a dos grupos: los menores y las personas con trastornos psiquiátricos. Varias organizaciones, como las asociaciones americanas de psiquiatría y psicología, Human Rights Watch, Amnistía Internacional y Naciones Unidas, entre otras, se han posicionado en contra del aislamiento en estos colectivos de población. El mismo juez del caso *Madrid vs. Gómez* prohibió la incomunicación de internos con diagnósticos psiquiátricos en Pelican Bay, y en enero de 2016, por orden ejecutiva, el presidente Obama hizo lo mismo con respecto a dicha práctica con adolescentes en prisiones federales. También restringió a sesenta días el aislamiento para cualquier preso por la primera infracción, en lugar de los 365 que se aplicaban anteriormente. Esto, sin embargo, solo afecta al sistema penitenciario federal. En el año 2016, en la ciudad de Nueva York, y tras varios casos que recibieron atención mediática, el alcalde limitó a treinta el número de días que cualquier preso de Rikers Island podía permanecer incomunicado, y prohibió, asimismo, el régimen de aislamiento para adolescentes y personas menores de veintidós años, así como para presos con trastorno mental grave (TMG).

Es en la prohibición de aislar a personas que padecen TMG donde, personalmente, encuentro que los psicólogos, psiquiatras o profesionales de la salud mental en general nos enfrentamos a los dilemas éticos más complicados. Dilemas que me han quitado el sueño en más de una ocasión. En Estados Unidos, la definición de los diagnósticos que cualifican como TMG varía según los centros penitenciarios. En Rikers Island se incluyen en la categoría de TMG los trastornos del grupo psicótico, depresivo, bipolar y

los trastornos de estrés postraumático, o cualquier otro diagnóstico psiquiátrico que implique dificultades graves en el funcionamiento social y personal como resultado de la enfermedad. En la mayoría de las cárceles y prisiones de este país, el personal sanitario y el de correccionales (o funcionarios de prisiones) son completamente distintos e incluso se encuentran bajo administraciones diferentes; así ocurre en Rikers Island. De esta manera, los funcionarios son los expertos en seguridad y toman las decisiones al respecto, incluyendo quién debe permanecer en régimen de aislamiento. Nosotros, el personal sanitario, no estamos de ninguna manera involucrados en esas decisiones, pero para excluir a los presos con TMG hay que realizar evaluaciones, y para ello solo se halla cualificado el personal sanitario.

He aquí el dilema. El Comité contra la Tortura de la ONU establece que más de quince días seguidos de aislamiento se considera tortura. La Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria de Estados Unidos considera el aislamiento de más de quince días consecutivos como «cruel, inhumano y degradante».[6] Además, añade que «el personal sanitario no debe involucrarse en determinar qué personas están física o psicológicamente *capacitadas* para entrar en aislamiento». La OMS utiliza un lenguaje parecido: «Los doctores no deben certificar la *capacidad* de los prisioneros para ir a aislamiento».[7] Y todavía más confuso resulta el lenguaje que de manera reciente ha añadido la APA al código deontológico, como reacción directa a uno de los eventos más vergonzosos para la historia de la psicología estadounidense, esto es, la participación de dos psicólogos en el diseño de técnicas de tortura utilizadas por la CIA con intención de obtener información de detenidos por terrorismo en cárceles como Guantánamo o en «agujeros negros».

Los psicólogos James Elmer Mitchell y John Bruce Jessen fueron acusados

de diseñar, implementar y supervisar el programa de torturas experimental de la CIA. Su participación dio como resultado técnicas de tortura como «el submarino». La APA ordenó una investigación independiente a tenor de los hechos y por fin, en julio de 2015, publicó una disculpa en nombre de la asociación. Con la idea de prevenir que algo así se repitiera, añadió un subtítulo al principio de no maleficencia. Además de la sección (a) evitar causar daño, añadió una sección (b) los psicólogos no deben «participar, facilitar, asistir o de otra manera involucrarse en ningún acto de tortura, definido como aquel en el cual un dolor severo, ya sea físico o psicológico, es intencionalmente infligido a una persona...».[8]

Desde mi punto de vista, la colaboración de estos dos psicólogos en el desarrollo de técnicas de tortura usadas por la CIA no tuvo nada que ver con un código deontológico inadecuado. El principio de no maleficencia debería haber sido más que suficiente para «pararles los pies». La nueva sección ha sido criticada por su lenguaje vago e impreciso, principalmente por psicólogos que trabajan para el ejército o la policía, a los que ayudan a desarrollar criterios claros para sus métodos de investigación e interrogatorios, y así poder erradicar técnicas que puedan ser calificadas como tortura o coacción.

¿Están estos psicólogos «participando» como se sugiere? Y en el ámbito penitenciario, en concreto, en el que diagnosticar TMG tiene repercusiones sobre quienes puedan terminar en aislamiento, a veces de modo prolongado, ¿supone «participar, facilitar o asistir» a una práctica que la OMS considera tortura? Como miembro del comité legal de la APA he tenido innumerables discusiones al respecto. Quizá el principio de no maleficencia sea el más importante de todos los principios éticos por los que nos guiamos los psicólogos y psiquiatras, y puede que la mayoría de las veces que se producen violaciones de este principio sea de manera inadvertida. No tengo

una respuesta clara a tales cuestiones, pero lo que sí tengo claro es que, a pesar de que la práctica del aislamiento está disminuyendo, no va a ser eliminada del todo, por lo menos a corto plazo. Así, mientras esta siga ocurriendo, los profesionales de la salud mental podemos hacer dos cosas: por un lado, identificar a los enfermos mentales con los trastornos más graves para desviarlos de dicha práctica, y, por otro, proveer de tratamiento incluso en esa situación a aquellos que terminen incomunicados. Si no participamos en este proceso, el daño a estas personas quizá sea mayor, lo cual no supone que estemos «certificando» la capacidad para aislar a las personas sin TMG. Nadie se halla capacitado para eso.

Cada vez hay un mayor reconocimiento de los efectos perniciosos que produce el aislamiento prolongado. Estados Unidos es un país que se encuentra en un momento crítico en el movimiento de reformas del sistema jurídico, criminal y penitenciario. Varios estados han prohibido el aislamiento para las personas con trastornos psiquiátricos; la mayoría de ellos ha tomado medidas para reducir esta práctica y hay varias demandas judiciales contra prisiones por su uso excesivo. Los defensores del aislamiento continúan argumentando que es necesario para mantener las cárceles más seguras y proteger de los presos más violentos al resto de los internos y a los empleados. Sin embargo, estudios recientes demuestran precisamente lo contrario. El estado de Colorado disminuyó de manera significativa la cantidad de presos en aislamiento y actualmente cuenta con el menor número de agresiones desde 2006. Además, desde 2012 las prisiones federales también han disminuido el uso del confinamiento en solitario y se ha observado una caída de las agresiones a empleados penitenciarios. Sin embargo, hay que proveer a los centros penitenciaros de recursos alternativos con los que puedan atajar la violencia, que es una realidad que sufren a menudo tanto los funcionarios como el personal médico.

Cuando en Rikers Island se eliminó el aislamiento en personas con TMG, se dio paso a las Clinical Alternatives to Punitive Segregation (o CAPS), unas unidades alternativas a la segregación punitiva. Fueron creadas para detenidos con TMG y trastornos graves de la personalidad que habían recibido una infracción como resultado de un acto de violencia. Estas unidades constituyen una suerte de hospitales, con un alto número de personal sanitario, psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeros y trabajadores sociales, así como un alto número de funcionarios de prisiones que reciben formación especial. El tratamiento es individualizado y se centra en intervenir en los factores de riesgo de violencia específicos para cada interno. Como consecuencia, se han reducido las agresiones, las autolesiones y se ha conseguido incrementar el seguimiento del tratamiento.

A pesar de todo esto, ¿qué hacemos con los presos que continúan siendo violentos, que arrojan heces y orina, que muerden o escupen a los demás? Ya sea por historias de trauma, impulsividad, personalidad antisocial o psicopática, por las situaciones medioambientales, o, en menor medida, por síntomas de enfermedad mental, un número reducido de internos pasa por etapas de violencia incontrolable y pone en peligro a los funcionarios de prisiones, al personal médico y a otros internos. Desde fuera puede resultar muy sencillo plantear una prohibición total al aislamiento, que, desde luego, representa un objetivo hacia el cual debemos seguir trabajando todos, pero desde dentro resulta mucho más difícil encontrar alternativas al mismo en algunas situaciones. Tal vez haya quien se pregunte si acaso estas personas no deberían estar directamente en un hospital psiquiátrico o en otro tipo de dispositivo de atención; sin embargo, es importante repetir que, a menudo, los presos más violentos no son enfermos mentales, y si lo son, su violencia, en ocasiones, no se halla relacionada con los síntomas. En resumen, no siempre se pueden abordar estos casos de violencia con medicación o

ingresos psiquiátricos, aunque está claro que el aumento de los recursos hospitalarios en las prisiones resulta imprescindible para reducir situaciones así.

Durante mi primer año en el hospital Bellevue, ya como doctora, ingresamos a un paciente que padecía un trastorno psicótico y con rasgos de personalidad antisocial y límite; una historia de trauma repetido y adicción al crack. Había sido encarcelado más de quince veces, casi siempre como resultado de agresiones al personal médico de hospitales, albergues o programas de desintoxicación. Fui designada como directora de su equipo de tratamiento. Aunque, normalmente, los diferentes psicólogos y psiquiatras se rotan en esta responsabilidad y las decisiones se toman en grupo, si hay desacuerdo quien dirige toma la decisión final. Durante nuestra entrevista clínica de admisión, el paciente se mantuvo calmado, sin signos de agitación visibles, agresión o síntomas agudos. En contra de la opinión de los enfermeros del equipo, decidí que fuera asignado a una habitación normal y no a una de reclusión o aislamiento. Al día siguiente, delante de mí y de su psiquiatra, agredió gravemente a una enfermera, causándole daños permanentes. Nunca olvidaré esa imagen. A los cuatro años de aquel incidente, este mismo paciente agredió a una psicóloga produciéndole una contusión cerebral. Aproximadamente tres años más tarde, cuando apenas llevaba dos meses en mi puesto de directora clínica en Rikers Island, el mismo paciente fue admitido en la cárcel, de nuevo por una agresión a un extraño en un albergue. Esta vez, y antes incluso de que cometiera cualquier acto violento allí, lo derivamos directamente a una unidad especializada. A los pocos días agredió de forma severa a dos funcionarios de prisiones. Claramente, nos encontrábamos frente a una persona con TMG, si bien su agresividad era multicausal y guardaba mayor relación con la impulsividad y la desregulación emocional que con síntomas psicóticos. De acuerdo con las

nuevas leyes, no podía ser aislado. El nivel de sufrimiento de este paciente era altísimo. Yo lo conocía y sabía su historia. Tenía claustrofobia, y por tanto no le gustaban los espacios cerrados; a pesar de todo, deseé que se hiciera una excepción, y ello me causó un conflicto interno tremendo. El equipo se sentía aterrorizado, y ningún tratamiento se puede hacer de manera efectiva con miedo.

Finalmente, desarrollamos un plan que incluía el aislamiento, aunque varias horas al día el paciente podría salir de su celda a un espacio más grande. Además, y esta fue la clave, varios miembros del equipo de tratamiento hablarían con él cada media hora a través de la celda todas las horas del día. Es decir, hubo incomunicación física pero no social, que sabemos que es lo que causa más daño psicológico. De este modo, realizamos un análisis funcional de su comportamiento y elaboramos un plan acorde. Al cabo de varios días conseguimos que pasara más tiempo fuera de la celda y que estuviera en compañía de otras personas sin cometer agresiones. Este plan, que contribuyó a reducir aunque no eliminó a largo plazo las agresiones, requería un nivel de recursos, de personal y de energía con el que la mayoría de las instituciones penitenciarias no cuentan.

La violencia no empieza en las cárceles, sino en nuestra sociedad, en la que todos participamos, a la que todos contribuimos. Una vez que la violencia ha llegado a las cárceles, a menudo porque hemos fallado como sociedad, la manera de abordarla exige medios que no se invierten en lugares que se hallan fuera de la conciencia diaria de todos. El aislamiento prolongado sin duda constituye una forma de tortura. Una vez que decidimos aislar a un preso, abandonamos por el momento el objetivo de reinserción y reeducación. Sin embargo, para algunas personas a veces resulta necesaria la incomunicación. Es verdad que suele tratarse de un grupo muy reducido, pero existe. Desde mi punto de vista, cuando se da este caso el aislamiento ha de

formar parte de un plan individualizado y debe excluir el aislamiento social. Aunque solo sea una conversación con una puerta de por medio, las personas precisan el contacto social y esto puede atenuar significativamente los efectos de la incomunicación física. Las administraciones penitenciarias deben mantener estadísticas sobre cuándo y por cuánto tiempo se utilizan estos planes de gestión de la violencia, mientras que los comités de expertos deben revisar el progreso cada cierto tiempo.

La reducción en el número de internos en situación de confinamiento que se ha producido en Estados Unidos en los últimos años resulta esperanzadora. En 2017, Colorado se convirtió en el primer estado del país en limitar el aislamiento a quince días, y solo para presos que cometen infracciones por actos de violencia muy grave. Se ha eliminado el aislamiento administrativo o preventivo, y los días por infracción no se acumulan, siguiendo las Reglas Mandela de Naciones Unidas. Colorado también ha abolido el aislamiento para enfermos con TMG, para adolescentes y para mujeres embarazadas. Se trata de un hecho a nivel estatal y no federal, ya que todavía existe el aislamiento prolongado en las prisiones federales de este estado. Si bien queda mucho por hacer, dichos cambios demuestran que con intención, buen liderazgo y recursos se puede eliminar el aislamiento prolongado y erradicar del todo el aislamiento social. Algunos centros penitenciarios ya lo han logrado.

Supervisión

Nuestra misión es ayudar a las personas en situaciones de crisis. Y la nuestra no es una misión alegre. Proveer de ayuda a las personas afligidas supone un intento de protegerlos de lo que los agrede como seres humanos. La acción humanitaria es más que simple generosidad, simple caridad. *Pretende construir espacios de normalidad en medio de lo que es profundamente anormal.*

DOCTOR JAMES ORBINSKI,
discurso para el Premio Nobel de la Paz
en nombre de Médicos sin Fronteras, 1999

En Estados Unidos hay aproximadamente 3.280 cárceles distribuidas por todo el país. En ellas están los detenidos que se hallan a espera de juicio o cumpliendo sentencias cortas, generalmente de menos de un año. Las cárceles son diferentes de las prisiones, donde se encuentran los internos que ya han sido condenados y cumplen sentencia. Estadísticas de 2017 indican que hay una media diaria de 615.000 personas en las cárceles del país: 150.000 cumpliendo sentencias de menos de un año y, el resto, en detención preventiva. El Prison Policy Initiative ha llegado a decir que si se llenaran autobuses con los presos preventivos y los pusiéramos uno detrás de otro, la cola llegaría desde Nueva York hasta San Francisco.[\[1\]](#)

Las tres cárceles más grandes del país son la de Los Ángeles, en

California, Rikers Island en Nueva York, y la de Cook County en Illinois. Durante mucho tiempo, Rikers Island fue la mayor, pero en los últimos años, el número de presos preventivos ha disminuido gracias a agresivas reformas en el sistema penal llevadas a cabo bajo la administración del alcalde Bill de Blasio. Por ejemplo, en 2013 había trece mil presos en la cárcel de Rikers Island, y a día de hoy hay alrededor de ocho mil.

Las cárceles constituyen lugares muy caóticos por varias razones. Por un lado, las instalaciones se edificaron pensando en alojamientos temporales y, por lo tanto, los recursos económicos dedicados a su construcción suelen ser más exiguos que aquellos dedicados a las prisiones. Por esta misma razón, suele haber menos programas de rehabilitación y peores instalaciones médicas. Además, hay muchas personas que solo entran en la cárcel por un periodo de días o semanas, por lo que el volumen diario de entradas y salidas es muy elevado. En las prisiones, los internos son clasificados según la gravedad de los delitos, el tipo de sentencia, las necesidades educativas o vocacionales o el buen comportamiento. Sin embargo, en las cárceles es frecuente mezclar a personas que han cometido delitos sexuales o violentos con aquellas que han sido arrestadas por un delito menor. Un número muy elevado de sujetos que están en la cárcel tienen algún trastorno relacionado con el consumo de sustancias. De hecho, algunos estudios sugieren que más de la mitad se hallan bajo los efectos de las drogas en el momento del arresto. [2] Esto significa que mientras los internos están experimentando el estrés que provoca la encarcelación, muchos, además, padecen el síndrome de abstinencia. Pero lo que convierte a las cárceles en nidos de ansiedad es la incertidumbre, la sensación de no saber qué va a pasar con tu caso.

Entre otras cosas, el sistema de fianzas contribuye a que las cárceles alberguen a los individuos procedentes de los sectores más pobres y excluidos de la sociedad, incluyendo una cifra muy alta de minorías e

inmigrantes. Esto fomenta que las cárceles sean espejos de la injusticia social. En Estados Unidos y como resultado de las desigualdades que causa este sistema, en el año 2017 New Jersey se convirtió en el primer estado en eliminar casi por completo las fianzas. Parece ser que Nueva York será el próximo y probablemente sigan esta tendencia otros muchos estados.

Esta situación de injusticia social patente en las cárceles no solo afecta a Estados Unidos, pero en este país la llamada «guerra contra las drogas» agravó dicha realidad. Michelle Alexander, abogada y defensora de los derechos humanos, publicó en 2010 un libro, *El color de la justicia: La nueva segregación racial en Estados Unidos*, que ha vendido más de un millón de copias.^[3] En él, Alexander argumenta, apoyada por abundantes estadísticas y testimonios personales, que la guerra contra las drogas iniciada en los años ochenta por el presidente Carter afectó de manera desproporcionada (y según la autora, planeada) a la población afroamericana, y dio como resultado que en la actualidad haya más afroamericanos encarcelados o bajo supervisión correccional que esclavos en 1850. El porcentaje de afroamericanos arrestados es cinco veces mayor que el de los blancos. Según Alexander, la discriminación sistemática de este sector de la población en Estados Unidos es resultado de la encarcelación masiva y la guerra contra las drogas, y su devastador efecto es comparable a las leyes segregacionistas de Jim Crow. La realidad es que la guerra contra las drogas ha convertido a este país en el lugar que más personas encarcela del mundo. A lo largo de tres décadas, la población penitenciaria aumentó de unos quinientos mil en 1980 a más de dos millones en 2015. Esta encarcelación en masa afectó mayormente a las minorías, arrestadas principalmente por delitos relacionados con la posesión y venta de drogas, a pesar de que las estadísticas muestran que los negros y los blancos usan drogas en niveles similares a los demás grupos. Los afroamericanos e hispanos representan más o menos el 32 por ciento de la

población general estadounidense, pero son el 56 por ciento de la población penitenciaria.

Cualquiera que se dé un paseo por las cárceles, rápidamente se dará cuenta de que un gran número de internos han padecido la pobreza, la exclusión social, la falta de vivienda, la enfermedad mental, el trauma, la drogadicción y las dificultades de acceso a tratamiento.

A pesar de que la criminalización de la enfermedad mental ha contribuido a que haya más personas que la padecen en las cárceles que en los hospitales, la mayoría de las instituciones penitenciarias no están equipadas para tratar episodios psiquiátricos agudos. Esto significa que los detenidos tienen que ser trasladados a centros sanitarios cuando se encuentran en lo que se llama una situación de descompensación. En Rikers Island, el hospital donde son ingresadas estas personas es Bellevue, en Manhattan (para los hombres), y Elmhurst, en Queens (para las mujeres).

Mi principal formación, no ya como psicóloga forense, sino como psicóloga clínica, fue en el hospital Bellevue.

Siento un profundo agradecimiento hacia este centro, en el que aprendí casi todo lo que sé de psicopatología, de psicoterapia y de evaluación. En concreto, aprendí a evaluar y tratar a pacientes diagnosticados con trastorno mental grave y con serios trastornos de la personalidad. Hice terapia con personas que habían perdido la esperanza tras ser sentenciadas a cadena perpetua. Traté a sujetos que habían sobrevivido milagrosamente a intentos de suicidio en la cárcel. Experimenté la sensación de ser manipulada y engañada por pacientes psicópatas. Presencié actos violentos y momentos de desesperación indescriptibles. Vi a un paciente con trastorno límite de la personalidad golpearse la cabeza hasta fracturársela, a un chaval de diecinueve años tirarse al suelo y llorar desconsoladamente tras ser informado de que había matado a su madre durante un brote psicótico, y a un anciano de

ochenta años con demencia senil preguntarme repetidas veces por su esposa, con la que había estado casado cuarenta y cinco años y a la que había golpeado gravemente tras confundirla con un extraño.

Cuando me mudé a Nueva York no tenía ni idea de los caminos por los que esta profesión terminaría llevándome. Siempre me sentí profundamente interesada por el derecho y la psicología, por lo que la psicología forense parecía la mejor manera de combinar mis intereses. Sin embargo, nunca imaginé el impacto que este trabajo supondría en mi vida personal. Trabajar en Bellevue terminó pasándome factura. Empecé a despertarme por las noches pensando en mis pacientes y a reaccionar de manera exagerada ante cualquier ruido; se apoderó de mí un sentimiento de tristeza constante; comencé a tener síntomas de ansiedad, y las migrañas que me habían acosado desde niña empeoraron. Como dice Judith Herman en su libro *Trauma y recuperación*, el trauma es contagioso.^[4] Aunque, por su puesto a un nivel mucho menor, los terapeutas pueden empezar a desarrollar síntomas de trastorno de estrés postraumático.

Después de muchas conversaciones con mis amigos, mi familia y mi terapeuta, en 2012, después de un total de ocho años, primero como residente y después como doctora, decidí irme. Desde que me mudé a Nueva York en 1999, no había tenido más de dos semanas seguidas de vacaciones, había enlazado tanto el máster como el doctorado con varios trabajos, todos interesantes y gratificantes, aunque también emocionalmente exigentes. Así que me fui a Lanzarote, que es la isla donde me crié, donde están mis padres y mis amigos de la infancia y adolescencia, y, para mí, el mejor sitio del mundo para desconectar. Después de tres meses de descanso volví a Nueva York. Allí retomé un trabajo que ya había ejercido algunos años atrás como directora clínica de diversos programas de alternativa al encarcelamiento y reinserción en los juzgados de salud mental de Brooklyn, supervisando un

equipo de aproximadamente treinta especialistas entre psicólogos y trabajadores sociales. Tan solo dedicaría a esta labor tres días a la semana; el resto sería para dar clases en la Universidad de Nueva York, donde ejerzo como profesora desde 2011. Asimismo, reanudé las actividades de investigación y empecé a realizar evaluaciones forenses en práctica privada.

Aunque también constituye un trabajo muy exigente, esta combinación de actividades me daba la oportunidad de tener una mayor sensación de control sobre mis horarios y mi tiempo libre.

Mientras tanto, el alcalde De Blasio, elegido en 2013, inició una serie de reformas en el sistema jurídico-criminal de la ciudad, gracias, en gran parte, a la labor investigadora de periodistas de *The New York Times* que sacaron a la luz los problemas de la cárcel de Nueva York.

Este periódico comenzó a publicar regularmente artículos al respecto: «Un jefe de seguridad de Rikers Island imputado por ordenar un brutal ataque a un interno» (junio de 2013); «Continúa el escándalo de la cárcel de Nueva York» (editorial de septiembre de 2014); «Una investigación en Estados Unidos encuentra una cultura de violencia contra los adolescentes en la cárcel de Rikers» (agosto de 2014); «Un año de violencia brutal» (julio de 2014); «Escalada de ataques de internos contra civiles en Rikers» (mayo de 2014); «Los horrores continúan llegando a Rikers» (editorial de febrero de 2015); «Buscando drogas y armas; Rikers encierra a los internos en sus celdas durante treinta y cuatro horas» (marzo de 2015).

Los artículos incluían historias de violencia, tanto agresiones de funcionarios a internos como de estos a funcionarios o a personal civil, historias de adolescentes que habían permanecido en situación prolongada de aislamiento e historias de tráfico de drogas dentro de la cárcel. Mucha de la cobertura se centró en el alto número de enfermos mentales que estaban recluidos, en el inadecuado tratamiento médico y psiquiátrico que recibían,

así como en los limitados programas de rehabilitación y reinserción que se implementaban en la cárcel.

La ciudad de Nueva York tenía pendientes varias demandas tras la muerte de algunos internos. Por ejemplo, en 2015 *The New York Times* publicó un artículo sobre Jason Echevarria, un preso de veinticinco años que había fallecido en 2012 después de tragarse un paquete de jabón tóxico. Según el periódico, un jurado federal había concluido que esta muerte tuvo lugar después de varias horas en las cuales Jason había pedido ayuda, siendo ignorado por el personal de la cárcel. El rotativo publicó que «el señor Echevarria es uno de los internos de Rikers Island con enfermedad mental que ha fallecido en los últimos años, y su caso ha ayudado a atraer la atención sobre el abuso y la disfunción en las cárceles de la ciudad». En 2014, se publicó un estudio acerca de las lesiones por agresión que se producían en Rikers Island, en el que se decía que «los enfermos mentales representan el 40 por ciento de los casi once mil internos y sufren más de las tres cuartas partes de las lesiones».

Pero quizá el caso que más atrajo la atención de los medios de comunicación fue el de Kalief Browder. En el año 2010, Browder, un adolescente de dieciséis años del barrio del Bronx, en Nueva York, fue arrestado por empujar, presuntamente, a un hombre mexicano y robarle una mochila. Pasó tres años en la cárcel de Rikers Island, a la espera de juicio. Según los medios de comunicación, tras ser acusado de pelearse con otros presos estuvo casi dos años en una celda de aislamiento. Kalief fue puesto en libertad en 2013 y en 2015 se suicidó en casa de sus padres, en el Bronx. Este caso, por ejemplo, llevó al alcalde a prohibir el aislamiento para enfermos con trastorno mental grave y adolescentes.

Durante varios años, una compañía privada había estado al cargo de los servicios de atención médica y de salud mental para los presos de Rikers

Island. Sin embargo, esto cambió en enero de 2016, cuando, en parte como resultado de la cobertura mediática, el alcalde decidió traspasar dicha responsabilidad a NYC Health + Hospitals, la misma organización que gestiona los hospitales públicos de la ciudad, incluidos Bellevue y Elmhurst, donde se encuentran las unidades forenses. En ese momento habían transcurrido tres años desde que me había ido de Bellevue. Durante ese tiempo, había encontrado algo de equilibrio entre mi vida personal y mi vida profesional, mis migrañas habían mejorado, y lo más importante, había conseguido la flexibilidad suficiente que me permitía viajar a España más a menudo para pasar tiempo con mi familia. Sin embargo, esta situación no duraría mucho.

En 2016, con el cambio de administración y de equipo directivo, me ofrecieron la oportunidad de trabajar como directora clínica del departamento de salud mental de Correctional Health Services (o CHS), bajo la administración de NYC Health + Hospitals. CHS provee los servicios médicos y de salud mental para nueve cárceles situadas en Rikers Island, así como para tres centros de detención localizados en Brooklyn, Manhattan y el Bronx.

Mi último recuerdo de Rikers Island era del año 2012, cuando, tras la evacuación de Bellevue durante el huracán Sandy, nos vimos obligados a que una parte del equipo se trasladara a la cárcel para tratar a los pacientes más agudos que, en situaciones normales, hubieran sido derivados al hospital. Aquellos meses constituyeron una experiencia durísima para mí y para todos los que estuvimos allí; nunca imaginé que volvería a ese lugar.

Tardé meses en tomar la decisión. Yo tenía experiencia liderando equipos, pero mucho más pequeños. En el nuevo trabajo, mi equipo estaría compuesto por unos doscientos cincuenta profesionales, incluyendo a psicólogos, trabajadores sociales, asistentes de terapeutas y todo el personal del

departamento de reinserción psicosocial. Aunque también tenía experiencia en el área de tratamiento en hospitales psiquiátrico-forenses y había trabajado durante el doctorado como asesora en doce cárceles de menores en Puerto Rico, mi principal formación había sido en psicología forense y no penitenciaria.

Hay algo de debate sobre si la psicología penitenciaria forma parte de la psicología forense. Por un lado, algunos especialistas creen que ambas representan dos especialidades diferentes dentro de la psicología. Otra corriente defiende que la psicología jurídica y/o forense abarca a la psicología penitenciaria. Por ejemplo, en España, para el Colegio Oficial de Psicólogos la psicología jurídica abarca tanto la psicología aplicada a los tribunales (o psicología forense) como la psicología penitenciaria. Al margen de si se trata o no de dos especialidades distintas dentro de la psicología, el campo de trabajo es, definitivamente, muy distinto. En psicología forense o aplicada a los tribunales, las ciencias de la psicología básica y aplicada, así como la práctica científica profesional, se aplican al derecho para ayudar a resolver temas legales, contractuales o administrativos. Sin embargo, en la psicología penitenciaria las ciencias de la psicología básica y aplicada, así como la práctica científica profesional, se aplican a la clasificación, tratamiento y gestión de los internos para reducir el riesgo y mejorar la seguridad pública.
[\[5\]](#)

En realidad, no se trata del lugar en el que uno trabaja (una prisión u otro ámbito), sino del propósito de la actividad psicológica. Por ejemplo, una valoración de riesgo puede ser forense o penitenciaria dependiendo de si se realiza para ayudar a un juez a tomar una decisión legal (como el tipo de sentencia a aplicar) o para destinar a un interno a una cárcel de media o máxima seguridad.[\[6\]](#)

En la psicología aplicada a los tribunales, el principal objetivo no consiste

en el tratamiento o la mejora del individuo evaluado, sino en ayudar al sistema legal en la aplicación de la justicia. De hecho, el cliente del psicólogo no es el individuo evaluado, sino el abogado, el juez, el tribunal o la parte que ordena la evaluación. Hay ocasiones, incluso, en las que los peritajes pueden acarrear consecuencias negativas para el bienestar psicológico del evaluado (por ejemplo, si se concluye que este simula los síntomas y es peligroso, el juez puede decidir aplicarle una sentencia más larga, lo que a su vez puede tener secuelas psicológicas). Por el contrario, en la psicología penitenciaria el objetivo principal consiste en la disminución de la psicopatología y en la rehabilitación del preso.

A pesar de lo desbordante de la idea, me sentía preparada para el reto. Me gustaba el nuevo equipo directivo, incluida la jefa de departamento, una psiquiatra con la que ya había trabajado en Bellevue, donde ella había sido jefa del departamento de psiquiatría forense. Pero, sobre todo, aquellos tres meses que había trabajado en Rikers Island, junto con las incontables conversaciones con mis pacientes de Bellevue acerca de sus experiencias en esa cárcel, me habían permitido asomarme a los desafíos que representa proporcionar servicios psiquiátricos, psicológicos y rehabilitadores de calidad en un ambiente semejante, además de sugerirme ideas respecto de cómo mejorar algunos de los principales problemas. Me sentía motivada para contribuir a la transición en un momento en el que esta oportunidad parecía única.

En mayo de 2016 empecé mi nuevo trabajo. Me puse de meta un año. Pasado el primero, que fue el más difícil, me puse la meta de otro año más. Mientras escribo este capítulo, llevo ya casi tres.

Podría escribir un libro entero solo con mis experiencias en este periodo, en el que he aprendido a gestionar un equipo enorme y a identificar y navegar los múltiples obstáculos que nos encontramos los profesionales de la salud

mental en el ámbito penitenciario. He tenido que volver a enfrentarme a situaciones de violencia y autolesión y he visto formas de psicopatología que ni siquiera habría podido imaginar. He aprendido sobre la cultura carcelaria, que permite a los presos poder sobrevivir en dicho ambiente y a la vez les resulta destructiva una vez que vuelven a su comunidad. He conseguido encontrar la mejor manera de comunicarme y de colaborar con el departamento de correcciones (*department of corrections*), para así tratar de alcanzar nuestros distintos objetivos terapéuticos y de seguridad, que en la mayoría de las situaciones se solapan, pero que a veces resultan mutuamente excluyentes. Este trabajo me ha colocado frente a dilemas éticos muy complicados, y he tomado decisiones equivocadas que también me han enseñado. Pero quizá lo más difícil y a la vez gratificante de tal experiencia haya sido la supervisión.

Uno de los primeros desafíos que planteaba el nuevo puesto era el de contratar psicólogos. Los psicólogos desempeñan un papel muy importante en esta cárcel porque lideran los distintos equipos clínicos. Dichos equipos están distribuidos por toda la cárcel en distintas unidades especializadas: adolescentes, hombres, mujeres, pacientes con trastornos de la personalidad, con conducta violenta, con discapacidad intelectual o con trastorno mental grave. También hay equipos en las clínicas donde hay pacientes que requieren algún tipo de seguimiento porque tienen síntomas relacionados con el estrés de la encarcelación (ansiedad, depresión, problemas del sueño, etcétera), pero que no padecen un trastorno psiquiátrico diagnosticable. Estos equipos son multidisciplinarios, es decir, se hallan compuestos por psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros y personal médico que receta la medicación, así como psiquiatras o enfermeros psiquiátricos.

Con el cambio de administración en la alcaldía, conseguimos fondos para

contratar un número elevado de psicólogos, esto es, unos cuarenta. Ninguna otra cárcel, que yo sepa, tiene tantos. Cuando empecé había aproximadamente quince, pero muchos se fueron. En los doctorados de Nueva York se gradúa una media de diez psicólogos al año, y solo dos universidades tienen doctorados con especialidad en psicología forense. Así que, en general, hay mucha demanda para estos profesionales y no resulta fácil poder contratarlos. Enseguida comprendí que, en una cárcel con la reputación de Rikers Island, era todavía mucho más difícil.

Después de varios meses sin recibir currículos, o de recibir algunos con un perfil muy inadecuado para el trabajo, decidí cambiar los criterios de selección. En Estados Unidos el programa de doctorado dura unos cinco o seis años. Una vez que los estudiantes cumplen todos los requisitos, incluida la residencia y la tesis doctoral, se gradúan y, a partir de ese momento, pueden ejercer. Sin embargo, en Nueva York (los requisitos varían ligeramente según el estado) durante el primer año es necesario trabajar bajo supervisión, y aproximadamente catorce meses después se accede a un examen que, tras ser aprobado, otorga la licencia para trabajar de forma independiente.

Así pues, decidí contratar a psicólogos recién doctorados y crear una especie de programa de posdoctorado en el que pudieran ejercer durante un año bajo supervisión hasta conseguir la licencia. De esta manera, podría elegir candidatos quizá con menos experiencia, pero con una mayor motivación para trabajar en un ámbito que se hallaba en medio de una profunda transformación y esto les permitiría formar parte del cambio; candidatos (por supuesto) con conocimientos clínicos, pero, sobre todo, con ilusión y energía para acometer su labor en un sistema complicado, intentando mitigar los efectos de la encarcelación. Aunque en estos casos se corre el riesgo de que el personal contratado se vaya una vez obtenida la

licencia, era un riesgo que estaba dispuesta a asumir.

Una vez modificados los requisitos, y tras reunirme con varias universidades, conseguí contratar un grupo de seis psicólogas doctoradas que carecían de licencia, todas de universidades de muy buena reputación y con una formación excelente. El hecho de que solo fueran mujeres no fue del todo casual, ya que todavía se gradúan más mujeres que hombres en los doctorados en psicología (aunque los puestos de liderazgo se otorgan con más frecuencia a los hombres). Estas psicólogas fueron asignadas a diferentes unidades. Las asignaciones las realicé basándome en la formación de cada una, aunque también en su personalidad y teniendo en cuenta sus preferencias. Así, trabajarían con pacientes con trastorno mental grave, mujeres, internos con patología dual, internos con comportamiento violento, adolescentes, jóvenes, y en una unidad de evaluación psicológica para pacientes con cuadros clínicos complicados. Todas fueron asignadas a varios doctores que contaban con años de experiencia en supervisión individual, pero, además, se reunirían conmigo durante tres horas los viernes para una supervisión en grupo.

La supervisión clínica constituye una parte importante de la formación en psicología. En el campo de la psicoterapia, hay muchos modelos diferentes de supervisión. Dentro del modelo teórico psicodinámico, por ejemplo, este proceso se convirtió no solo en una exploración del paciente, sino también del terapeuta. Sin embargo, dentro del modelo teórico de la terapia conductista, la supervisión se centra principalmente en conseguir que el terapeuta aplique las técnicas correctas, y no en su persona. El proceso de supervisión también se ha entendido como aquel mediante el cual un terapeuta con poca experiencia puede contar con la guía de otro más experimentado que pueda marcarle el rumbo adecuado del tratamiento.[\[7\]](#)

Hasta entonces, mi experiencia como supervisora se había centrado

primordialmente en el área de evaluación psicológica-forense o peritaje psicológico, en particular dentro del ámbito del derecho penal o de inmigración. En este contexto, la supervisión tiende a ser muy pragmática: ¿cuál es la cuestión legal a evaluar? ¿Qué información es necesaria para asesorar al tribunal con respecto a dicha cuestión legal? ¿Hacen falta instrumentos de evaluación psicológica para responder a esa cuestión? De ser así, ¿cuáles son los instrumentos de evaluación más indicados? ¿Es el informe claro e inteligible para un destinatario no clínico? ¿Están todas las opiniones avaladas por el conocimiento científico? ¿Cumple la evaluación con los criterios mínimos para la admisión del testimonio experto?

Una de las diferencias principales entre el rol terapéutico y el forense se centra en la dinámica de la relación. El tratamiento terapéutico, entre otras cosas, está dirigido a proporcionar confianza, apoyo emocional y empatía, con el objetivo de desarrollar una alianza terapéutica. Sin embargo, el psicólogo forense no tiene pretensión de ayuda; de hecho, como señalé con anterioridad, con frecuencia el evaluado no se considera el cliente y hay una distancia emocional necesaria para evitar situaciones de manipulación. Inicialmente, algunos autores llegaron a decir que el evaluador forense debe ser neutral y desapegado emocionalmente, lo contrario de empático o provisor de aceptación o apoyo.[\[8\]](#) La realidad es que resulta imposible ser completamente neutral, y también desapegarse a nivel emocional de manera total. Además, yo diría que no solo es imposible, sino que es peligroso. Precisamente en el proceso de evaluación forense es donde resulta más importante intentar ser consciente de las diferentes maneras en las que nuestras experiencias vitales hacen que algunos evaluados y sus historias nos afecten de manera distinta. Solo siendo conscientes de esto podremos procurar poner los medios a nuestro alcance para reducir al máximo el sesgo en nuestras opiniones finales. Esta realidad es cada vez más aceptada en la

literatura forense reciente. Darse cuenta de las diferentes maneras en las que nuestros sesgos pueden llegar a afectar nuestras opiniones forenses se consigue mediante la supervisión, la exploración de varias hipótesis explicativas, la integración de fuentes de información colateral, la revisión de casos con colegas, y a veces, la terapia personal.

Un día, testificando en la corte de inmigración, el juez me preguntó: «Doctora, ¿no es verdad que al principio de su carrera hizo usted peritajes forenses para inmigrantes pro-bono?»; «Sí, su señoría», contesté. «Doctora, ¿no es verdad que usted no es partidaria de la deportación de inmigrantes que han llegado de niños a este país?»; «Sí, su señoría», respondí. «Doctora, ¿no es cierto que usted ha escrito sobre el inadecuado tratamiento en los centros de detención de inmigrantes?»; «Sí, su señoría», contesté de nuevo. «Entonces, ¿no quiere decir esto que su opinión no es objetiva?» El caso en sí trataba de un inmigrante indocumentado, detenido y con un trastorno mental grave que, en mi opinión, lo incapacitaba para proceder con el proceso de deportación. Sin duda, aquella era una buena pregunta. Desde que cursaba el doctorado, empecé a interesarme por las evaluaciones forenses dentro de los tribunales de inmigración, y trabajé sin recibir compensación económica con abogadas que intentaban conseguir asilo político para clientes que escapaban de tortura y discriminación política en sus países de origen. No sé si porque, en cierta manera, me puedo identificar con las dificultades que conlleva integrarse en otra cultura, o porque muchos inmigrantes aquí hablan mi idioma, pero la realidad es que los inmigrantes me producen una suerte de compasión particular. En mi caso, es muy importante que me percate de ello, para, de esa manera, poner todas las armas necesarias con el fin de impedir que tales emociones afecten a mis opiniones finales. Y eso fue básicamente lo que le explique al juez: «Su señoría, es cierto que tengo opiniones claras respecto de las políticas de inmigración, y quizá una sensibilidad particular

hacia las personas con trastornos psiquiátricos que se encuentran encarceladas en centros de inmigración; por esa razón, precisamente, antes de ofrecer mi perspectiva llamé a varios familiares, revisé miles de páginas de expedientes médicos, administré pruebas psicométricas, incluidas las que valoran la simulación, y consulté con un colega». El juez quedó satisfecho con mi respuesta.

No cabe duda de que la implicación emocional resulta mucho mayor en el campo de la psicoterapia que en el de la evaluación forense. Y en este campo, mi experiencia como supervisora era limitada.

Pedro tenía dieciocho años cuando mató a su padre con un cuchillo de cocina en su casa del Bronx. Este había abusado sexual y físicamente de él desde los seis años. Su madre lo sabía y, atemorizada por la violencia de su marido, nunca dijo nada. Un día, Pedro vio salir a su padre de la habitación de su hermana, que tenía siete años, y, convencido de que ahora abusaba sexualmente de ella, fue invadido por un intenso estado de ira. Sin pensarlo mucho, cerró la puerta del cuarto donde se encontraba su hermana, agarró un cuchillo de la cocina y se lo clavó a su padre en el estómago. Después llamó a la policía y confesó. Pedro llevaba un año en la cárcel cuando Margaret comenzó a tratarlo varias veces a la semana en terapia individual. Margaret se había graduado hacía apenas dos meses en un doctorado en psicología clínica, y se había especializado en la evaluación y tratamiento del estrés postraumático y, en general, en las reacciones psicológicas al trauma. Desde el día que la entrevisté me sorprendió su inteligencia, curiosidad, motivación y su enorme capacidad de compasión. Se había leído casi toda la literatura existente en el campo de los abusos y tenía un tremendo interés en ayudar a los supervivientes de este tipo de trauma a recuperar alguna sensación de normalidad en sus vidas.

Pedro había estado prácticamente un año callado, sin hablar demasiado con

otros presos o con el equipo de tratamiento. Sin embargo, recibía muchas visitas de su familia, vecinos y amigos, y no era un preso problemático en ningún sentido. Margaret lo describía como un joven educado, inteligente y amable, sin rastro de rasgos psicópatas, antisociales o narcisistas. Acababa de graduarse en el instituto con buenas notas y había sido admitido en una buena universidad en Boston.

Dada la formación de Margaret y el caso en cuestión, me pareció que sería buena idea emparejarlos como paciente y terapeuta. Yo solo conocí a Pedro un día. Fui a verlo para presentarme y ofrecerle la posibilidad de comenzar una terapia con una psicóloga que acababa de empezar a trabajar en la cárcel. Con mucha educación, Pedro me lo agradeció y me dijo que estaba interesado. Margaret comenzó el tratamiento, reuniéndose con él dos veces por semana. Los viernes, en supervisión, nos ponía al día del progreso y, entre todas, la íbamos guiando cuando se encontraba algo perdida. Durante los primeros seis meses, Pedro no habló de los abusos sexuales, pero participaba activamente en terapia y compartía con ella los sentimientos de estrés y depresión que le producía estar en la cárcel y lejos de su madre y su hermana. Estaba claro que se había desarrollado una alianza terapéutica sólida entre los dos.

La terapia suele ser un proceso en el que se avanza y se retrocede. Esto es especialmente cierto cuando se tratan las experiencias traumáticas. Los pacientes pueden sentir alivio psicológico al poder compartir su experiencia, y, a veces, cuando han llegado a un momento de cierta paz, de repente vuelven a encontrarse invadidos por sentimientos de desesperanza, ansiedad, paranoia, pensamientos obsesivos y desregulación emocional.

Por lo general, los terapeutas meditan con cuidado en qué momento resulta adecuado comenzar a hablar con detalle de las experiencias de abuso. Cuando la decisión consiste en empezar a explorar esta vía, se entiende que las

reacciones pueden ser variadas y es importante tener un plan de acción en caso de que el paciente sufra una reacción adversa en ausencia del terapeuta. A veces se utiliza a los familiares o a los amigos como red de apoyo en caso de crisis. Según el tipo de terapia y de aproximación teórica, el terapeuta puede ofrecer un teléfono por si el paciente necesita ponerse en contacto en cualquier momento. Todo esto se complica mucho en la cárcel, donde no se puede garantizar el acceso al terapeuta, a la familia o a algún recurso que pueda ayudar a sobrellevar una reacción inesperada tras compartir experiencias de abuso en terapia. De hecho, el ambiente carcelario puede agudizar cualquier reacción. En mi opinión, dicho factor debe hacer que los profesionales sean mucho más conservadores y cuidadosos cuando deciden abordar este tema en sesión. En las cárceles es a menudo muy complicado utilizar intervenciones basadas en la evidencia.

Desafortunadamente, para muchos de nuestros pacientes es precisamente en la cárcel donde tienen acceso por primera vez a terapeutas preparados y a tratamiento gratis. Aun así, en estos años he aprendido que nuestro principal objetivo debe consistir en amortiguar los efectos psicológicos nocivos de la encarcelación, y que el secundario consiste en la disminución o eliminación de síntomas relacionados con diferentes patologías, como puede ser la del estrés postraumático.

Por esto nunca animamos a Margaret a que intentara abordar el tema de los abusos. Sin embargo, un día Pedro comenzó a hablar de ello. Aunque todo su entorno lo sabía, él nunca había compartido con nadie los detalles sobre el abuso sexual brutal del que había sido víctima durante años en su infancia. Margaret le interrumpió y le aviso de que era imposible anticipar la reacción que podía producir recordar con detalle los años de maltrato, además de que le preocupaba que resultara en síntomas de depresión o ansiedad en un momento en el que no pudiera tener acceso a ningún miembro de su equipo

de tratamiento, como, por ejemplo, en mitad de la noche, cuando se encontrara encerrado en su celda. Sin embargo, él insistió; dijo que llevaba años pensando en ello y teniendo pesadillas y que necesitaba contárselo a alguien. En ese momento, y no sin un grado considerable de ansiedad, Margaret y yo decidimos dejar que la terapia siguiera su curso.

Como hemos visto con anterioridad, Judith Herman habla de que uno de los componentes principales del trauma psicológico es la desconexión con los demás. Por lo tanto, la autora propone que la recuperación solo se produzca en el contexto de las relaciones. «Solo en el ámbito de la conexión con los demás, el sobreviviente puede recrear las facultades psicológicas que fueron destruidas o deformadas por la experiencia traumática.» Estas facultades, según Herman, incluyen las capacidades básicas de la confianza, autonomía, iniciativa, competencia, identidad e intimidad.^[9] Pedro pasaría varios meses más, si no años, en Rikers Island y, probablemente, algunos años más en una prisión. Quizá esta conexión con Margaret y las técnicas terapéuticas representarían una oportunidad única de recuperar esas facultades psicológicas de las que habla Herman. Así pues, pusimos todos los recursos a nuestro alcance para que Pedro pudiera siempre ponerse en contacto con alguien en caso de urgencia, incluido algún funcionario de prisión con el que tuviera buena relación.

En *El don de la terapia*, el terapeuta existencial Irvin D. Yalom ofrece una serie de claros consejos para nuevos terapeutas. Uno de ellos es *dejar que el paciente te importe*. «Permita que sus pacientes le importen, que entren en su mente, lo influyan, lo cambien, y a no ocultarles este hecho», aconseja Yalom.^[10] Cuando el día a día de un terapeuta supone estar continuamente expuesto al trauma, la injusticia, la desesperación más intensa, y también a las formas más extremas de la maldad humana, resulta muy difícil seguir este consejo sin perder el equilibrio psicológico. Por otro lado, el peligro de no

seguir el consejo, es decir, que no te importen tus pacientes, es la desensibilización. Desde que me di cuenta de la dedicación con la que estas psicólogas realizaban su trabajo, siguiendo a rajatabla el consejo de Yalom, comencé a temer que sus pacientes las influyeran o cambiaran demasiado. Sin lugar a dudas, resulta imprescindible que los pacientes te importen. La desensibilización en ambientes penitenciarios no solo lleva a situaciones peligrosas, sino que además disminuye las posibilidades de rehabilitación de los internos.

Un día, a las nueve de la noche, recibí una llamada de Margaret; tenía la voz temblorosa y tardó varios segundos en poder hablar: Pedro había intentado suicidarse. Ese día habían tenido una sesión de terapia temprano y Margaret había notado que estaba más hablador de lo normal. Le agradeció toda su ayuda y le confesó sentirse conectado a ella de una manera en la que nunca se había sentido conectado con nadie. Ese día no hablaron de los abusos. Margaret siguió con su rutina diaria, derivó a varios pacientes al hospital, condujo una terapia de grupo, revisó los casos de pacientes en observación por intento o riesgo de suicidio y, cuando ya estaba en su oficina terminando toda la documentación y comenzando a sentir el agotamiento del día, empezó a pensar que la terapia a primera hora con Pedro había sido extraña, algo superficial, y que quizá sus muestras de agradecimiento podían interpretarse como una despedida. Algo inquieta, decidió volver a la unidad a ver a Pedro. Al entrar se acercó a su celda y, al asomarse por la pequeña ventana, lo encontró tirado en el suelo con sangre en las muñecas. Margaret comenzó a gritar y los funcionarios abrieron enseguida la puerta y llamaron al equipo de urgencias médicas. Los cortes no habían sido muy profundos y Pedro se hallaba consciente. Cuando Margaret me llamó, ya lo habían llevado al hospital y se encontraba estable.

Desde el año 2004, cuando leí el libro de Yalom por primera vez, intento

encontrar la mejor manera de seguir su consejo. Ojalá pudiera decir que en todos estos años he hallado la respuesta, pero no es el caso, y así se lo transmití a las psicólogas en supervisión. Acordamos dedicar al menos quince minutos todas las semanas a esto, es decir, a repasar el efecto que los pacientes habían tenido en ellas, de qué manera las habían influido o cambiado. La supervisión en Rikers Island me ha enseñado que es imprescindible no perder esto de vista.

Al mismo tiempo que hablábamos de este caso en supervisión, María compartía su proceso terapéutico con John, un hombre de cuarenta años arrestado por abusar sexualmente de su sobrino de doce. Este paciente, con rasgos narcisistas y psicopáticos, parecía haber entrado en un episodio depresivo mayor y María estaba preocupada por su alto riesgo de suicidio. En supervisión, nos centramos en la parte más pragmática, esto es, cuáles eran los factores de riesgo y la necesidad o no de ponerlo en observación veinticuatro horas. Un día, este paciente comenzó a compartir con María la razón por la que había sido arrestado, dando mucho detalle sobre el abuso sexual a su sobrino. María, que también acababa de terminar su doctorado recientemente, tenía formación forense y experiencia trabajando con personas acusadas de agresiones sexuales. En apariencia, era la más dura y parecía que nada la afectaba. Sin embargo, durante la siguiente supervisión en grupo que tuvimos tras el intento de suicidio de Pedro, y mientras Margaret contaba lo que había sucedido, María comenzó a llorar y nos explicó que, por primera vez, se había puesto en el lugar de la víctima de su paciente. Al pensar en cómo los abusos sexuales habían afectado a Pedro, hasta el punto de llevarlo a desear la muerte, se sintió culpable por intentar ayudar a un agresor. Sentía que ya no podía ayudarlo, y quería que John fuera derivado a otro equipo de tratamiento. Si bien Pedro había cometido un asesinato, sus largos años de abuso a ojos del grupo, aunque no justificaban ese acto, atenuaban de alguna

manera su culpabilidad. Creo que en los hospitales psiquiátrico-forenses resulta más fácil entender la conducta criminal porque ocurre en el contexto de la enfermedad mental. De hecho, la mayoría de los enfermos en estos hospitales están ahí, y no en una prisión, porque su enfermedad mental los exculpa de responsabilidad criminal. Desde mi experiencia, pues, esto facilita la empatía en los terapeutas. En la cárcel, eso puede ser más complicado.

No es necesario que te guste tu paciente para poder ayudarlo. Este es un hecho muy reconocido en el mundo de la psicoterapia, pero resulta especialmente importante recordarlo en el contexto de la terapia en ámbitos penitenciarios. Ese día, en supervisión, me pareció oportuno recordar «el modelo de dignidad» de la psicóloga Donna Hicks, una experta en resolución de conflictos que ha ayudado a mediar en algunos de los problemas internacionales más complicados, como el de Israel-Palestina, Sri Lanka, Colombia, Irlanda del Norte o Estados Unidos-Cuba. Ha ayudado, por ejemplo, a que dos hombres en lados opuestos del conflicto de Irlanda del Norte se reconcilien, incluso después de que uno casi matara al otro. Aunque Hicks no escribió su libro *Dignidad* para ser utilizado en el ámbito de la psicoterapia, mientras lo leía hace poco, me parecía altamente relevante para mi trabajo en la cárcel.[\[11\]](#)

Hicks hace una distinción muy importante entre la dignidad y el respeto. La dignidad es algo con lo que todos los seres humanos nacemos; es como sentir el valor de la humanidad. Y por el hecho de ser humano, todas las personas merecen ser tratadas con dignidad. Este es uno de los principios básicos de la *Declaración universal de los derechos humanos*, proclamada por Naciones Unidas en 1948. Sin embargo, tratar a alguien con dignidad no es lo mismo que respetarlo. El respeto se halla asociado no al hecho en sí de nacer, sino a las actitudes o comportamientos a lo largo de la vida. María no necesitaba respetar a su paciente para intentar tratar los factores de riesgo que

podían llevarle al suicidio. Además, era importante recordar que la mayoría de personas encarceladas terminan saliendo a la calle y vuelven a formar parte de nuestras comunidades, así que el tratamiento penitenciario, incluso con personas que puedan no merecer nuestro respeto, puede servir para aumentar las posibilidades de reinserción, y, por lo tanto, para proteger a la sociedad. También me pareció oportuno señalar aquel día que se puede respetar la dignidad del otro, al mismo tiempo que se puede pensar que merece ser castigado. Tras tener una larga y agitada discusión al respecto aquel día, María decidió seguir el tratamiento con John. Algún tiempo más tarde, tanto Pedro como John fueron sentenciados: Pedro a una condena de cinco años, dos de los cuales ya había cumplido; John, a una de quince. Todas nos sentimos aliviadas.

El primer grupo de seis psicólogas se licenció al año. Ninguna se ha ido. Ahora me encuentro en el proceso de supervisión del segundo grupo, que empezó hace unos ocho meses. Hay partes de la supervisión que constituyen más bien una guía para el trabajo en el ámbito penitenciario en general, y en Rikers Island en particular. Tiene que ver con: asegurarme de que todas cumplen con los reglamentos de evaluación y tratamiento de la cárcel, dar consejos sobre cómo manejar los conflictos éticos, cómo seguir el código deontológico de la APA (que en mi opinión no fue del todo pensado para psicólogos penitenciarios), qué información se puede compartir con los funcionarios, cómo documentar información clínica que en muchos casos termina en manos de los jueces, y, por supuesto, con los principios básicos del diagnóstico y tratamiento de las diferentes psicopatologías que vemos en la cárcel. Pero hay tantas situaciones complicadas que surgen en este lugar de trabajo, tantas decisiones imposibles y tantas emociones desencadenadas a diario, que la mejor manera que tengo de definir las sesiones de supervisión es como la describe Phil Mollon, es decir, «un espacio para pensar».[\[12\]](#)

Este capítulo se lo dedico a ese grupo de psicólogas por las que siento tanta admiración, y que me han enseñado tanto sobre mí misma, sobre nuestros pacientes y sobre el proceso de supervisión. Su valentía, inteligencia, motivación, ilusión y compasión no cesan de sorprenderme y de inspirarme.

Notas

INTRODUCCIÓN

[1] David Oshinsky, *Bellevue: Three Centuries of Medicine and Mayhem at American's Most Storied Hospital*, Nueva York, Doubleday, 2016.

[2] H. J. Steadman, J. J. Cocozza y B. M. Veysey, «Comparing outcomes of diverted and nondiverted jail detainees with mental illness», *Law and Human Behavior*, 23, 1999, pp. 615-627.

[3] B. B. Wexler y B. J. Winick, «Therapeutic Jurisprudence as a new approach to mental health law policy analysis and research», *University of Miami Law Review*, 45, 1991, pp. 979-1004.

1. ESPERO NO VOLVER A VERTE

[1] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, Washington D.C., American Psychiatric Association Press, 2013.

[2] P. F. Buckley, B. J. Miller, D. S. Lehrer y D. J. Castle, «Psychiatric comorbidities and schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 35, 2009, pp. 383-402.

[3] K. Hor y M. Taylor, «Suicide and Schizophrenia: A Systematic Review

of Rates and Risk Factors», *Journal of Psychopharmacology*, 24, 2004, pp. 81-90.

[4] G. B. Melton, J. Petrila, N. G. Poythress y C. Slobogi, «Competency to Stand Trial», en *Psychological Evaluations for the Courts*, Nueva York, Guilford Press, 2007, pp. 125-164.

2. CONFESIONES

[1] S. M. Kassin, S. A. Drizin, T. Grisso, G. H. Gudjohnson, R. A. Leo, A. D. Redlich, «Police-induced Confessions: Risk Factors and Recommendations», *Law and Human Behavior*, 34, 2010, pp. 3-38.

[2] S. M., Kassin, y K. Newman, «On the Power of Confession Evidence: An experimental Test of the “Fundamental Evidence” Hypothesis», *Law and Human Behavior*, 21, 1997, pp. 469-484.

[3] R. A. Leo y R. J. Ofshe, «The Consequences of False Confessions: Deprivations of Liberty and Miscarriage of Justice in the Age of Psychological Interrogation», *Journal of Criminal Law and Criminology*, 88, 1998, pp. 429-496.

[4] S. M. Kassin, J. T. Perillo, S. C. Appleby y Kukucha, «Confessions», en Brian L. Cutler y Patricia A. Zapf (eds.), *APA Handbook of Forensic Psychology. Volume 2*, 2015, pp. 245-270.

[5] S. A. Drizin., R. A. Leo, «The Problem of False Confessions in the Post-DNA World», *North Carolina Law Review*, 82, 2004, pp 891-1004.

[6] S. M. Kassin, J. T. Perillo, S. C. Appleby, y Kukucha, «Confessions», *op. cit*, pp. 245-270.

[7] S. M. Kassin, J. T. Perillo, S. C. Appleby y Kukucha, «Confesions», *op. cit*.

[8] S. M. Kassin, y K. L. Kiechel, «Police Interrogations and Confessions: Communicating Promises and Threat by Pragmatic Implication», *Law and Human Behavior*, 15, 1991, pp. 233-251.

[9] F. E. Inbau, J. E. Reid, J. P. Buckley y B. C. Jayne, *Criminal Interrogation and Confessions*, Burlington, M.A., Jones & Barlett Learning, 2013 (quinta edición).

[10] S. M. Kassin, J. T. Perillo, S. C. Appleby y Kukucha, «Confessions», *op. cit.*

[11] L. Steinberg, E. Scott, «Less Guilty by Reason of Adolescence: Development Immaturity, Diminished Responsibility, and The Juvenile Death Penalty», *American Psychologist*, 58, 2003, pp. 1009-1018.

[12] S. M. Kassin, L. S. Wrightsman, «Confession Evidence», en S. M. Kassin y L. S. Wrightsman (eds.), *The Psychology of Evidence and Trial Procedure*, Beverly Hills, C.A., Sage, 1985, pp. 67-94.

[13] S. M. Kassin, C. A. Meissner y R. J. Norwick, «I'd Know a False Confession if I saw One: A Comparative Study of College Students and Police Investigators», *Law and Human Behavior*, 28, 2005, pp. 211-227.

[14] S. M. Kassin, J. T. Perillo, S. C. Appleby y Kukucha, «Confessions», *op. cit.*

3. EMPATÍA

[1] E. S. Bordin, «Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions», en A. O. Horvath y L. S. Greenberg (eds.), *Wiley Series on Personality Processes. The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*, Oxford, Inglaterra, John Wiley & Sons, 1994, pp. 13-37.

[2] Lesley Jamison, *The Empathy Exams*, Minnesota, Graywolf Press,

2014.

[3] Paul Bloom, *Against Empathy. The Case for Rational Compassion*, Nueva York, HarperCollins, 2016.

4. PELIGROSIDAD

[1] B. B. Wexler, B. J. Winick, «Therapeutic Jurisprudence as a new approach to mental health law policy analysis and research», *University of Miami Law Review*, 45, 1991, pp. 979-1004.

[2] Henry J. Steadman, *Careers of the Criminally Insane: Excessive Social Control of Deviance*, Lanham, Lexington Books, 1974.

[3] John Monahan, *Predicting Violent Behavior: An Assessment of Clinical Techniques*, SAGE Library of Social Research, 1981 (primera edición).

[4] L. S. Guy, K. S. Douglas y Stephen, D. Hart, «Risk Assessment and Communication», en Brian L. Cutler y Patricia A. Zapf (eds.), *APA Handbook of Forensic Psychology. Volume 1*, 2015, pp. 35-86.

[5] John Monahan, «Violence Risk Assessment», en Alan. M. Goldstein y Irving B. Weiner (eds.), *Handbook of Psychology. Volume 11. Forensic Psychology*, New Jersey, John Wiley & Sons, 2003, pp. 527-540.

[6] Andrés Pueyo, *Peligrosidad criminal. Análisis crítico de un concepto polisémico*. Proyecto realizado en el seno del proyecto PSI2009.13265 del Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España.

[7] John Monahan, «Violence Risk Assessment», *op. cit.*

[8] L. S. Guy, K. S. Douglas y Stephen, D. Hart, «Risk Assessment and Communication», *op. cit.*

[9] K. S. Douglas y K. A. Reeve, «Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20) Violence Risk Assessment Scheme: Rationale, Application, and

Empirical Overview», en R. K. Otto y K. S. Douglas (eds.), *International Perspectives on Forensic Mental Health. Handbook of Violence Risk Assessment*, Nueva York, Routledge/Taylor & Francis Group, 2010, pp. 147-185.

5. PSICOPATÍA

[1] J. L. Skeem, D. L. L. Polaschek, C. J. Patrick y S. O. Lilienfeld, «Psychopathic Personality: Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy», *Psychological Science in the Public Interest*, 12, 2011, pp. 95-162.

[2] *Ibid.*

[3] Hervey M. Cleckley, *The Mask of Sanity: An Attempt to Reinterpret de So-called Psychopathic Personality*, Oxford, Mosby, 1941.

[4] J. L. Skeem, D. L. L. Polaschek, C. J. Patrick y S. O. Lilienfeld, «Psychopathic Personality: Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy», *op. cit.*

[5] Robert D. Hare, *The Psychopathy Checklist-Revised*, Toronto, Canadá, Multi-Health Systems, 1991.

[6] J. L. Skeem, D. L. L. Polaschek, C. J. Patrick y S. O. Lilienfeld, «Psychopathic Personality: Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy», *op. cit.*

[7] Robert D. Hare, *The Psychopathy Checklist-Revised*, *op. cit.*

[8] Robert. D. Hare, *Without Conscience. The Disturbing World of the Psychopaths Among Us*, Nueva York, NY, Simon & Schuster, 1993. Hay trad. cast.: *Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*, Barcelona, Paidós, 2003.

[9] J. L. Skeem, D. L. L. Polaschek, C. J. Patrick y S. O. Lilienfeld, «Psychopathic Personality: Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy», *op. cit.*

[10] C. J. Patrick, D. C. Fowles y R. F. Krueger, «Triarchic Conceptualization of Psychopathy: Developmental Origins of Disinhibition, Boldness, and Meanness», *Development and Psychopathology*, 21, 2009, pp. 913-938.

[11] J. L. Skeem, D. L. L. Polaschek, C. J. Patrick, S. O. Lilienfeld, «Psychopathic Personality: Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy», *op. cit.*

[12] *Ibid.*

[13] *Ibid.*

6. EL TRAUMA

[1] Edgar Jones, «Shell Shocked», *Monitor on Psychology*, junio de 2012, American Psychological Association. Disponible en: <<https://www.apa.org/monitor/2012/06/shell-shocked.aspx>>.

[2] <https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_adults.asp>.

[3] <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128384>>.

[4] Carmen Zabala Baños, «Prevalencia de trastornos mentales en prisión. Análisis de la relación con delitos y reincidencia», Ministerio del Interior, 2016.

[5] S. M. Lynch, D. D. Dehart, J. E. Belknap, B. L. Green, P. Dass-Brailsford, K. A. Johnson y E. Whailey, «A multisite Study of the Prevalence of Serious Mental Illness, PTSD, and Substance Use Disorders of Women in Jail», *Psychiatric Services*, 1, 2014, pp. 670-674.

[6] R. Week y C. S. Widom, «Self-Reports of Early Childhood Victimization Among Incarcerated Adult Male Felons», *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 1998, pp. 346-361.

[7] N. Wolff, B. C. Frueh, J. Shi, D. Gerardi, N. Fabrikant y B. E. Schumann, «Trauma Exposure and mental Health Characteristics of Incarcerated Females Self-referred to Specialty PTSD Treatment», *Psychiatric Services*, 62 (8), 2011, pp.954-958.

[8] <http://rights4girls.org/wp-content/uploads/r4g/2015/02/2015_COP_sexual-abuse_layout_web-1.pdf>.

[9] <<https://jlc.org/news/what-foster-care-prison-pipeline>>.

[10] Judith Herman, *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence-From Domestic Abuse to Political Terror*, Nueva York, Basic Books, 1992. Hay trad. cast.: *Trauma y recuperación*, Barcelona, Espasa Calpe, 2004.

[11] Bessel van der Kool, *The Body Keeps the Score. Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, Nueva York, Penguin Books, 2014.

[12] Judith Herman, *Trauma and Recovery*, *op. cit.*

[13] Freedman, R. *et al.*, «The Initial Field Trials of DSM-5: New Blooms and Old Thorns», *The American Journal of Psychiatry*, 170 (1), 2013, pp. 1-5.

[14] Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Internacional de Enfermedades*, decimoprimerá revisión (CIE-11), 2018.

[15] David Howe, *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Intervention*, Nueva York, Palgrave Macmillan, 2005.

[16] S. L. Rauch, P. J. Whalen, L. M. Shin, S. C. McInerney, M. L. Macklin, N. B. Lasko, *et al.*, «Exaggerated Amygdala Response to Masked Facial Stimuli in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional MRI Study», *Biological Psychiatry*, 47, 2000, pp. 769-776.

[17] L. M. Shin, S. P. Orr, M. A. Carson, S. L. Rauch, M. L. Macklin, N.

B. Lasko, *et al.*, «Regional Cerebral Blood Flow in the Amygdala and Medial Prefrontal Cortex During Trauma Imagery in Male and Female Vietnam Veterans with PTSD», *Archives of General Psychiatry*, 61, 2004, pp. 168-176.

[18] Bessel van der Kool, *The Body Keeps the Score*, *op. cit.*

7. DELINCUENTES SEXUALES

[1] J. S. Levenson y K. M. Zgoba, «Community Protection Policies and Repeated Sexual Offenders in Florida», *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60 (10), 2016, pp. 1140-1158. J. C. Sandler, N. J. Freeman, y K. M. Socia, «Does a Watched Pot Boil? A Time-Series Analysis of New York State's Sex Offender Registration and Notification Law», *Psychology, Public Policy, and Law*, 14 (4), 2008, pp. 284-302.

[2] K. Zgoba, D. Ragbir, «Sex Offender Registration and Notification Act (SORNA)», en E. L. Jeglic y C. Calkins (eds.), *Sexual Violence: Evidence Based Policy and Prevention*, Suiza, Springer International Publishing, 2016, pp. 33-49.

[3] <http://www.justicepolicy.org/images/upload/08-11_rpt_walshactregisteringharm_jj-ps.pdf>.

[4] H. H. Snyder, «Sexual Assault of Young Children as Reported by Law Enforcement: Victim, Incident, and Offender Characteristics», Washington, D.C., National Incident-Based Reporting System, U. S. Department of Justice, 2000.

[5] P. A. Langan, E. L. Schmitt y M. R. Durose, «Recidivism of Sex Offenders Released from Prison in 1994», Washington, D.C., Bureau of

Justice Statistics, 2003.

[6] R. K. Hanson y M. T. Bussiere, «Predicting Relapse: A Meta-analysis of Sexual Offender Recidivism Studies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, pp. 348-362.

[7] J. L. Graña, J. M. Andreu y T. Silva, «Evaluación del riesgo de reincidencia delictiva en España», Madrid, Ministerio del Interior, 2009.

[8] <<https://www.omh.ny.gov/omhweb/forensic/bsoect/2016somta-annual-report.pdf>>.

8. AISLAMIENTO

[1] Boletín Oficial del Estado, *Código penitenciario*, capítulo IV, 2018. Disponible en: <www.boe.es/legislacion/codigos>.

[2] <<https://law.yale.edu/yls-today/news/asca-and-liman-center-release-two-new-reports-solitary-confinement>>.

[3] P. S. Smith, «The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature», *Criminal Justice*, 31, 2006, pp. 441-568. R. D. Morgan, P. Gendreau, P. Smith, A. Gray, R. M. Labrecque, N. MacLean, S. A. Van Horn, A. D. Bolanos, A. B. Batastini, y J. F. Mills, «Quantitative Syntheses of the Effects of Administrative Segregation on Inmates' Well-being», *Psychology, Public Policy, and the Law*, 22 (4), 2016, pp. 439-461.

[4] R. F. Patterson y K. Hughes, «Review of Completed Suicides in the Department of Corrections and Rehabilitation, 1999-2004», *Psychiatric Services*, 59, 2008, pp 677-681.

[5] Maureen O'Keefe, «Reflections on Colorado's Administrative Segregation Study», *National Institute of Justice Journal*, 278, 2017.

[6] National Commission on Correctional Mental Health, «Prison Statement: Solitary Confinement (Isolation)», *Journal of Correctional Health Care*, 22 (3), 2016, pp. 257-263.

[7] Organización Mundial de la Salud, «Health in Prisons: A WHO Guide to Essentials in Prison Health», Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 36, 2007.

[8] <<https://www.apa.org/ethics/code/standard-304.aspx>>.

9. SUPERVISIÓN

[1] Peter Wagner y Wendy Sawyer, «Mass Incarceration: The Whole Pie 2018», *Prison Policy Initiative*, 14 de marzo, 2018. Disponible en: <<https://www.prisonpolicy.org/reports/pie2018.html>>.

[2] Office of National Drug Control Policy, *The Arrestee Drug Abuse Monitoring (ADAMM II) 2011 Annual Report*. Disponible en: <<https://obamawhitehouse.archives.gov/ondcp/ondcp-fact-sheets/adam-II-2011-annual-report-highlights>>.

[3] Michelle Alexander, *The New Jim Crow: Mass Incarceration in the Age of Colorblindness*, Nueva York, The New Press, 2010. Hay trad. cast.: *El color de la justicia. La nueva segregación racial en Estados Unidos*, Madrid, Capitán Swing, 2014.

[4] Judith Herman, *Trauma and Recovery*, *op. cit.*

[5] Tess M. S. Neal, «Forensic Psychology and Correctional Psychology: Distinct but Related Subfields of Psychological Science and Practice», *American Psychologist*, 73 (5), 2018, pp. 651-662.

[6] *Ibid.*

[7] Héctor Fernández Álvarez, «Supervisión en psicoterapia», Asociación

de Psicoterapia Argentina, 2008. Disponible en:
<https://www.apra.org.ar/pdf/Fernandez_Alvarez_1.pdf>.

[8] S. A. Greenberg y D. W. Schuman, «Irreconcilable Conflict Between Therapeutic and Forensic Roles», *Professional Psychology: Research and Policy*, 28, 1997, pp. 50-57.

[9] Judith Herman, *Trauma and Recovery*, *op. cit.*

[10] Irvin D. Yalom, *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*, Nueva York, HarperCollins, 2002. Hay trad. cast.: *El don de la terapia*, Barcelona, Destino, 2018.

[11] Donna Hicks, *Dignity. Its Essential Role in Resolving Conflict*, New Heaven, Yale University Press, 2011.

[12] Phill Mollon, «Supervision as a Space for Thinking», en G. Shipson (ed.), *Supervision of Psychotherapy and Counseling*, Philadelphia, Open University Press, 1997, pp. 24-34.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar las gracias a Friedrich Nietzsche por «prestarme» el título para estas páginas. No encontré ninguno mejor.

A lo largo de mi trayectoria profesional he tenido la tremenda suerte de contar con profesores, mentores, supervisores y compañeros que me han enseñado, corregido, aconsejado, guiado e inspirado. Sin cada uno de ellos, nunca hubiera podido ejercer una profesión en la que he encontrado la motivación para escribir el presente libro. En particular, quiero expresar mi más profunda gratitud a un grupo de psicólogas y psiquiatras a las que conocí cuando trabajábamos en la unidad forense del hospital Bellevue y a las que me une una profunda amistad. Hace algunos años empezamos a pasar fines de semana en el campo por la zona de las montañas de Catskill, situada al norte de la ciudad. Durante aquellos momentos hablábamos de pacientes, de peritajes y de nuestras vidas en general. La cercanía a la naturaleza en compañía de estas mujeres sigue siendo una de mis principales fuentes de energía y entusiasmo para continuar ejerciendo esta profesión.

También quiero agradecer a todos los estudiantes a los que he supervisado en la práctica clínica o a los que he enseñado en la universidad. Su entrega, su curiosidad, su persistente búsqueda de la evidencia científica, así como su manera de cuestionar todo lo establecido me fuerzan constantemente a seguir aprendiendo para poder estar a su altura.

Siempre permaneceré en deuda con mi querido amigo y psicólogo Mario Nervi, quien con una paciencia infinita ha leído todos los capítulos varias

veces. Sin sus inteligentes e inestimables correcciones y reflexiones este proyecto no se hubiera materializado.

A mis hermanos Diego y Anna, que se mudaron a Nueva York algunos años después que yo y cambiaron de manera drástica mi experiencia vital. Con ellos me río y me desahogo. Su energía y su optimismo constantemente me recuerdan que la vida también es alegría en los momentos en los que mi trabajo me ha podido nublar la perspectiva. Sin ellos, hace tiempo que habría dejado esta ciudad.

He tenido la suerte de conservar amistades importantes que con una inconmensurable comprensión han mantenido el contacto conmigo a pesar de las largas temporadas en las que la distancia y el ajetreo de mi vida profesional me obligaban a permanecer prácticamente incomunicada. Quiero hacer una mención especial a tres amigos que me han acompañado en diferentes momentos de mi vida en Nueva York y que, cada cual a su manera, han contribuido a que esta fuera mucho más agradable y a que la nostalgia de España fuera más llevadera: Lucía Martínez, Jaime Zatarain y Andrea Aguilar.

Asimismo, siento una gratitud sin límites hacia mi compañero Nour Shaikh. Su apoyo incondicional hacia este proyecto, incluso cuando ha significado que sacrificáramos viajes, cenas e incontables momentos juntos, sobre todo durante el último año, me ha proporcionado el espacio que ha hecho posible que lograra completar este libro.

Ni mi carrera universitaria ni mi formación en Nueva York hubieran podido materializarse sin el esfuerzo desmedido de mi padre, Joaquín Barber, que ha trabajado toda su vida para que sus tres hijos lográramos cumplir nuestros sueños. Mi agradecimiento y amor hacia él son inmensos.

A mi madre, Elisa Rioja, ávida lectora que fue la primera en recibir el borrador del primer capítulo, y que leyó y releyó estas páginas varias veces

con auténtica paciencia. Le agradezco profundamente que siempre haya antepuesto mis objetivos profesionales a sus propios deseos de tenerme más cerca. Sé que no ha sido fácil. Desde pequeña me inculcó la importancia de la lectura y el estudio, de la compasión hacia los demás, y de conseguir que mi profesión me hiciera libre. Gracias, mamá, por coger el teléfono a deshora para contestar mis llamadas en momentos de desesperación o de risas, por ayudarme a tomar todas las decisiones importantes de mi vida y por avisarme cuando descuidaba mi vida espiritual. Sin ti, este trabajo no hubiera sido posible.

A mi editor, Miguel Aguilar, por esperarme durante cinco años.

Finalmente, este libro se lo debo a todos los pacientes y personas a las que he evaluado a lo largo de mi carrera, las cuales han compartido sus historias conmigo, me han enseñado los extremos del bien y del mal y me han transformado.

La doctora Barber nos descubre que el mal tiene un rostro dolorosamente humano.



A partir de sus experiencias profesionales en la ciudad de Nueva York, la doctora en psicología forense Virginia Barber Rioja nos acerca a la complejidad del comportamiento criminal y la evaluación y el tratamiento en ámbitos jurídicos y penitenciarios.

Tras haber trabajado en hospitales de máxima seguridad donde reciben atención psiquiátrica reclusos peligrosos, haber realizado evaluaciones a detenidos para todos los juzgados de la ciudad, y más recientemente, como directora clínica del departamento de salud mental de Rikers Island, una de las cárceles preventivas más grandes del país y donde se encuentran más enfermos mentales que en cualquier otro hospital psiquiátrico del estado, la autora utiliza casos clínicos y experiencias personales como hilo conductor para aclarar conceptos a menudo malentendidos como la delincuencia sexual, la psicopatía, la peligrosidad criminal, el fenómeno de las confesiones falsas, o la asociación entre el trauma, la enfermedad mental y el crimen.

En *Más allá del bien y del mal* esta lo esencialmente humano, las experiencias vitales y las influencias biológicas y sociales que a menudo explican el comportamiento criminal y la violencia, pero también la maldad en estado puro, para la cual la ciencia continua intentando encontrar respuestas.

Sobre la autora

Virginia Barber Rioja es licenciada en psicología clínica por la universidad Pontificia de Comillas de Madrid y doctora en psicología forense por la John Jay College of Criminal Justice de Nueva York. Actualmente es profesora de psicología forense en la Universidad de Nueva York y directora clínica de salud mental en el Correctional Health Services, que gestiona los servicios médicos de todas las cárceles de la ciudad. Ha trabajado en la unidad forense de máxima seguridad del hospital Bellevue, dirigido programas de alternativas al encarcelamiento en varios distritos de la Gran Manzana e impartido cursos formativos a la policía y la judicatura. Entre 2015 y 2018 fue miembro del comité de asuntos legales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Edición en formato digital: abril de 2019

© 2019, Virginia Barber Rioja

© 2019, Penguin Random House Grupo Editorial, S. A. U.

Travessera de Gràcia, 47-49. 08021 Barcelona

Diseño de la cubierta: Marc Cubillas

Fotografía de la cubierta: © Sinisa Kukic / Getty Images

Penguin Random House Grupo Editorial apoya la protección del *copyright*. El *copyright* estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por respetar las leyes del *copyright* al no reproducir ni distribuir ninguna parte de esta obra por ningún medio sin permiso. Al hacerlo está respaldando a los autores y permitiendo que PRHGE continúe publicando libros para todos los lectores. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, <http://www.cedro.org>) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-9992-954-5

Composición digital: M.I. Maquetación, S.L.

www.megustaleer.com

| Penguin
| Random House
| Grupo Editorial |

megustaleer

Descubre tu próxima lectura

Apúntate y recibirás
recomendaciones de lecturas
personalizadas.

Visita:

ebooks.megustaleer.club



@megustaleerebooks



@megustaleer



@megustaleer

Índice

[Más allá del bien y del mal](#)

[Introducción](#)

[1. Espero no volver a verte](#)

[2. Confesiones](#)

[3. Empatía](#)

[4. Peligrosidad](#)

[5. Psicopatía](#)

[6. El trauma](#)

[7. Delincuentes sexuales](#)

[8. Aislamiento](#)

[9. Supervisión](#)

[Notas](#)

[Agradecimientos](#)

[Sobre este libro](#)

[Sobre la autora](#)

[Créditos](#)