

Universidad Nacional Autónoma De México.

Facultad De Estudios Superiores Iztacala



**BASES PSICOPATOLÓGICAS DE LOS PROBLEMAS
CONDUCTUALES EN MENORES INFRACTORES: ALGUNAS
IMPLICACIONES DE LA ESQUIZOFRENIA**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presentan:

**LILIANA CHIMAL ORNELAS
OMAR MORENO ALMAZÁN**

ASESORES: Dr. Arturo Silva Rodríguez
Mtra. Laura Edna Aragón Borja.
Mtro. Luis Fernando González Beltrán.

Tlalnepantla, Estado de México; 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El espíritu de éste trabajo tiene un fundamento místico;
una especie de Santísima Trinidad Terrenal que me enseñó a anhelar
y a la cual públicamente agradezco pues nada sería igual sin ustedes:

Juana Lidia

A tu lado inicié mi aprendizaje y gran parte de lo que soy lo debo a tu tenacidad y valor, a tu forma dilecta de ser mi amiga y madre.

Tzianya Citlali

Principal fuente de inspiración, lucha, razón y toda lógica; la unión entre la realidad y mi propia metafísica.

Rocío

La única persona que representa mi verdadera vida y me acompañará en el Reino de los Cielos

Hubo más personas que creyeron en mi cuando nadie creía, cada uno de ellos a su manera; me ayudaron a entrar y adaptarme a este mundo con afecto. Les envío y dedico este esfuerzo, algunos años después.

Liliana Chimal.

Dualismo, actitud y simpleza de lo complejo;
gratitud y cariño sincero

A mi tío Beto y tía Dolores (Lolita)
¿Cómo agradecer su apoyo y confianza?
Este trabajo es suyo.

Aurelio

Un noble y veterano humanista, que me esperó –como siempre- en la otra orilla

A mis hermanos Israel, Oscar y Noe
La verdadera lucha requiere un contraste, y ustedes lo fueron para mi: Gracias

Mtra. Ofelia Contreras Gutiérrez

A la más grande docente que conocí, de su más humilde discípulo.

Mónica, Wendy, Mauricio†, Fam. Montes de Oca y todos los que conforman a “ese grupo”
Presentes en todo momento, LEYENDAS que son reales.

A la Preceptoría Juvenil de Atizapán de Zaragoza.

En agradecimiento perpetuo por su oportunidad de haber iniciado mi labor.

A todo aquel que trabaje con adolescentes:
¿Saben? Es tan difícil que les encantará, va por todos ustedes.

Omar M. Almazán

A mi madre.

Por su sacrificio, su apoyo y su inmenso amor,
que me dieron la oportunidad de superarme: TE AMO CUCA!

A mis tíos Carmen y Leonel.

Por su apoyo, cariño y enseñanza
GRACIAS POR SER MIS PADRES!

A Omar.

Por ser mi gran apoyo, mi mejor colega, mi amigo.
MIL GRACIAS PEDACITO!!!

A Gabo

Por compartir los sueños
¡LOS ESTAMOS CONVIRTIENDO EN REALIDAD!

A Elsa.

Por ser mi modelo a seguir
GRACIAS POR SER MI HERMANA.

A Viridiana

Por compartir mis sueños, noches de desvelo, días de chamba,
Por ser parte importante de mi vida, por ser simplemente tu.

A Juan.

Por creer y exaltar en mi los deseos de superación.

A Salvador.

Por ser para mi en estos momentos
el motor que mueve mi vida.

A Bejuchis y a Lalo.

Por ser siempre conmigo y creer en mi
LOS QUIERO MUCHO.

A Francisco.

Por su confianza, su cariño y ejemplo
¡ARRIBA LOS PUMAS!

A Mario y Gladis.

Por su apoyo y amistad incondicional.

A Ayuda y Solidaridad con las Niñas de la Calle I.A.P.

Por la oportunidad de desempeñarme
Profesional y humanamente.

A Dios.

Por la vida, la oportunidad de soñar
Y conseguir realidades.

Liliana Chimal Ornelas.

A TODOS LOS DOCENTES QUE PARTICIPARON
CON NOSOTROS EN ESTE PROCESO:

Dr. ARTURO SILVA RODRÍGUEZ.
Mtra. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA.
Mtro. LUIS FERNANDO GONZÁLEZ BELTRÁN.
Dra. OFELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ.
Lic. MARÍA OLGA MEJÍA ANZURES.

La atención, tiempo, actitud, compromiso y espacio distinguen a un verdadero docente y rompe con la tradición que solo crea inercias y destruye destinos.

A modo de agradecimiento por la estructura que dieron a este trabajo, hacemos suyo el logro al que hemos llegado.

There's nothing you can do that can't be done
Nothing you can sing that can't be sung.
Nothing you can say but can learn how to play the game
It's easy.
All you need is love.

The Beatles.

Liliana Chimal Ornelas
Omar M. Almazán.

Índice

Resumen 1

Introducción. 2

PRIMERA PARTE

ESTUDIOS EXPLICATIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA

1. Una Revisión de los Aspectos Médicos y Psicológicos de la Esquizofrenia

- Ⓢ 1.1 REVISIÓN MÉDICA ACTUAL 8
- Ⓢ 1.2 LOS HALLAZGOS DE LA PSICOLOGÍA CONTEMPORÁNEA 14
- Ⓢ 1.3 PANORAMA ACTUAL EN MÉXICO SOBRE EL ESTUDIO DE LA ESQUIZOFRENIA. 20
- Ⓢ 1.4 EXPLICACIÓN DE LOS FENÓMENOS ESQUIZOIDES DESDE UN ENFOQUE CONDUCTUAL. 23

SEGUNDA PARTE

LA TENDENCIA DE LA PSICOLOGÍA EN EL ESTUDIO CON MENORES INFRACTORES

2. Tendencias Tradicionales en el Estudio de Menores Infractores

- Ⓢ 2.1 ENFOQUES DE LA CRIMINOLOGÍA CRÍTICA CONTEMPORÁNEA. 33

© 2.2 EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA IMPARTICIÓN DE JUSTICIA DEL MENOR INFRACTOR. 38

3. Explicación de la Aportación de la Tecnología Social al Estudio del Menor Infractor

© 3.1 PRINCIPIOS GENERALES DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA. 46

© 3.2 APLICACIÓN DE LA TECNOLOGÍA SOCIAL EN EL ESTUDIO DEL MENOR INFRACTOR. 52

TERCERA PARTE METODOLOGÍA, EVALUACIÓN Y HALLAZGOS RELEVANTES EN EL ESTUDIO CON MENORES INFRACTORES EN MÉXICO

4. El Trabajo con Menores Infractores en México (Metodología y Resultados)

© 4.1 PROCESOS DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS EN EL ESTUDIO DE TRASTORNOS CONDUCTUALES EN MENORES INFRACTORES. 59

© 4.2 ESQUIZOFRENIA Y CONDUCTA DELICTIVA: ALGUNOS HALLAZGOS RELEVANTES. 65

© 4.3 CONCLUSIONES. 77

Documentación y Bibliografía 83

Glosario y Anexos.

Resumen.

Esta investigación forma parte del proyecto general dirigido por el doctor Arturo Silva y el maestro Luís Fernando González "Evaluación de los efectos en el ámbito social, psicológico y familiar del menor involucrado en hechos antisociales; un acercamiento hacia la víctima y el acusado". Esto es producto a la considerable frecuencia creciente que han tenido las conductas antisociales y delictivas en los adolescentes de todo el mundo, teniendo una especial repercusión en nuestro país. La presente investigación se centra particularmente en el ámbito psicológico y comprende los aspectos relativos a la esquizofrenia, en relación con las conductas antisociales; entendiendo a la esquizofrenia como un trastorno conductual que afecta en su mayoría a los jóvenes en múltiples formas que van desde alteraciones ligeras y fugaces hasta graves y permanentes alteraciones que pueden dar pauta a otro tipo de problemáticas.

Teniendo como objetivo principal evaluar la relación que tiene la esquizofrenia con la conducta delictiva y antisocial en los menores involucrados en hechos antisociales ya sea en condición de víctimas o de acusados, se presenta aquí un estudio que investigó la asociación entre la esquizofrenia y la conducta antisocial y delictiva, en una muestra de 120 jóvenes infractores; ellos fueron valorados a través del Cuestionario de Conducta Infantil y Juvenil de Achenback.

Los resultados demuestran que los niveles de ansiedad, depresión y otras sintomatologías propias de la esquizofrenia se encuentran presente en los jóvenes infractores, en niveles incluso superiores, que su misma tendencia agresiva o delictiva. Es posible incluso identificar algunas variables dinámicas en el mismo origen de la conducta delictiva. Estos hallazgos subrayan la importancia potencial de la aplicación de la tecnología social como parte de un enfoque comprensivo de estudio y tratamiento de jóvenes esquizofrénicos y delincuentes.

Introducción

Desde hace mucho tiempo, se denominó a la esquizofrenia como una demencia precoz dada su temprana aparición y los déficits de conducta que se presentan, principalmente en la adolescencia. El término de “esquizofrenia” ha causado múltiples confusiones e inconvenientes interpretaciones en todos los campos científicos que se han ocupado de su estudio, más aún todavía, en el público en general en consideración del significado literal de este término como “mente escindida”, concibiendo a la enfermedad como una forma de personalidad escindida. Varios autores plantearon a la esquizofrenia como un trastorno de “fragmentación” de las capacidades mentales y emocionales que presentaban las personas con esquizofrenia.

Actualmente la esquizofrenia es concebida como uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial, sobretodo por la sintomatología, lo incapacitante de la enfermedad, así como por la carga emocional y económica que repercute en el paciente y en su familia. La prevalencia del trastorno es del 1% por lo que se puede estimar que en México alrededor de 1 000 000 de personas padecen de esta enfermedad. (véase a Valencia, 1998)

El tratamiento integral de la esquizofrenia actualmente tiene que ver con la necesidad de que el paciente reciba medicamentos antipsicóticos, alguna forma de intervención terapéutica, la involucración de la familia en el tratamiento y la participación del paciente en actividades de rehabilitación que ofrezcan una continuidad en las personas que los cuidan y una variedad de servicios coordinados disponibles a través del tiempo. Sin embargo, cuando hablamos de la importancia de recibir un tratamiento, se debe tener en cuenta el alcance del mismo, sobretodo hacia determinado grupo de personas como es el caso de los menores infractores.

¿Qué tienen que ver los menores infractores dentro de un estudio de esquizofrenia? Siendo congruentes con la realidad, cada vez se hace más evidente que la delincuencia no tiene que ver necesariamente con la condición socioeconómica, sino con otra serie de factores de todo carácter y dentro de los cuales está indiscutiblemente la salud psicológica o mental

En consideración con esto, Silva y González (1997) mencionan que el campo de la comisión de conductas antisociales ha sido dominado por tendencias que tienen la intención de llenar huecos discursivos normativos que se enfocan a la búsqueda de correlatos sociales y demográficos de la delincuencia; de tal manera que los procesos de razonamiento de los individuos pierden validez para la explicación y comprensión de la conducta antisocial. Y así como ellos mencionan, la predilección a estos enfoques produce el desarrollo de textos que tienen un carácter narrativo; particularmente en Latinoamérica, dada la popularidad que tienen en el mundo científico.

Y aún con estos determinantes, es importante mencionar que los menores infractores son ubicados concretamente como adolescentes y esto nos induce a definir que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que se producen retos y obstáculos de especial importancia: en primer lugar, ocurre la transición de la infancia a la edad adulta, caracterizada por cambios fisiológicos y cambios en el desarrollo cognoscitivo; por otro lado, el adolescente comienza a elaborar su propia identidad y trata de conseguir cada vez más independencia de su familia, manteniendo al mismo tiempo la conexión y pertenencia al grupo; finalmente, se ve comprometido también a cumplir ciertos papeles sociales con relación con sus compañeros y los miembros del otro sexo y, al mismo tiempo, a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre la elección a una carrera profesional. Cada una de las metas a alcanzar en esta etapa del desarrollo, requiere de una capacidad de parte de los adolescentes para enfrentar

cada una de las dificultades que se van presentando en el logro de cada una de ellas. (Aragón, Silva y Rodríguez; 2001)

Pero reiteremos que la adolescencia es todo un proceso que implica algo más que cambios meramente físicos y fisiológicos; los cambios en la conducta de los adolescentes tienen múltiples manifestaciones que en algunos casos tienden a adquirir formas menos convencionales y que pueden ser clasificadas como conductas antisociales o delictivas. Existen algunos autores (Achenbach, 1978; Eyberg, 1978; Quay, 1983; The New York City Hospital; 1996) quienes han descrito a través de categorías conductuales, algunas manifestaciones presentadas en la infancia y en la adolescencia y que tienden a ser también descritas como trastornos; de entre los cuales se encuentra en forma latente, la esquizofrenia.

Cuando se menciona la palabra esquizofrenia, inmediatamente surge el comentario en el sentido de que este término tiene que ver o está relacionado con la locura, pero también aparecen una serie de interrogantes como: ¿Verdaderamente, que es la esquizofrenia? ¿A que campo profesional le pertenece? ¿Cuáles son los problemas más comunes en pacientes con esquizofrenia? ¿Es abordable psicoterapéuticamente esta enfermedad? ¿Qué tratamientos se utilizan? ¿Quién puede dar tratamiento a estos pacientes? ¿De que manera está relacionado este trastorno con la conducta antisocial y delictiva? Y finalmente, ¿Qué se ha hecho en México respecto al tratamiento psicoterapéutico de este tipo de pacientes? ¿O cuales son las líneas de trabajo que sigue la psicología criminológica para intervenir y prevenir las conductas antisociales relacionadas con la esquizofrenia? En el presente trabajo se pretende responder estas interrogantes, así como presentar los resultados de una investigación llevada a cabo con menores infractores mexicanos que mantenían entre su diagnóstico, la presencia de rasgos esquizofrénicos.

Respecto al tema central, se mantiene presente la idea de que la delincuencia juvenil ha aumentado de forma alarmante en los últimos tiempos, pasando a ser un problema que cada vez genera mayor preocupación social, tanto por su incremento cuantitativo, como por su progresiva peligrosidad cualitativa. La búsqueda constante de sistemas de intervención con los menores infractores en nuestro contexto, así como la creciente problemática que se refiere a la evidencia de trastornos de la conducta como causantes de una mayor probabilidad de aparición de manifestaciones delictivas, representan un imperativo insoslayable que debe permitir encontrar vertientes de trabajo psicológico que no solo permitan intervenir ante los problemas presentes, sino que funjan como instrumentos para prevenir la presencia de estas manifestaciones en nuestra sociedad.

En este orden de ideas, el presente bosquejo, presenta un modesto diagnóstico sobre la situación actual de la psicología en el estudio con menores infractores, básicamente sobre los trastornos conductuales que presentan, a partir del estudio de la esquizofrenia; además de formular proposiciones que tengan como finalidad mostrar las ideas y los principios sobre los cuales deben construirse las nuevas formas de intervención.

Para esto, se reiteran los principios generales que muestra el enfoque conductual desde una visión definida por la tecnología social aplicada a este tipo de estudios; misma que representa actualidad e importancia para el presente trabajo dada la tendencia conceptual y aplicada que permitirá tales deducciones. Sin embargo, el campo de la investigación psicológica a partir de este enfoque es de aparición relativamente reciente, por ello ha ido surgiendo la necesidad de construir una estructura que procure organizar, de acuerdo con la corriente teórica que lo haya tomado, las diferentes categorías, métodos y técnicas que se manejan en dicho campo.

Dadas las características de este estudio, así como la postura que se tuvo presente a lo largo del desarrollo del mismo; la estructura del estudio pretendió ser

la consolidación lógica y necesaria que se requiere para poder establecer una trayectoria en la que sea posible apreciar la aplicación de la tecnología social en la solución de problemas. En consideración de esta postura, la estructura se dividió en tres partes principales que incluyan los factores descriptores de este estudio.

La primera parte explica cuales son las características que describen a las manifestaciones conductuales que se vinculan con la esquizofrenia, su etiología, su estudio y los datos relevantes que puedan esclarecer la relación de este trastorno conductual con el comportamiento delictivo o antisocial en los jóvenes. Cabe resaltar que no se trata de dar un esbozo sobre la descripción de la esquizofrenia como un tema antes desconocido, sino que se trata de retomar los aspectos que sean necesarios para poder establecer los vínculos que existen entre este trastorno y las conductas delictivas. Esto será el objetivo de la primera parte, a saber que la esquizofrenia será uno de los descriptores de este proyecto.

En la segunda parte se establece en forma más directa la relación que existe entre este trastorno, pero ahora dirigido específicamente a las manifestaciones delictivas de los menores infractores. Esta parte fue dividida en dos capítulos; siendo que en el primero se trató de establecer las bases que han servido de acercamiento a los menores infractores en nuestro contexto, así como las directrices que se han tomado; esto con el fin de poder tener un marco de referencia que permita delimitar más la tendencia que ha sido adoptada. Para poder ubicar de mejor manera dicha tendencia, se tendrá que explicar en que consiste y cuales son sus aplicaciones a este estudio, elemento que da pauta al segundo capítulo de esta parte. Una vez teniendo los antecedentes formales y la actualidad en cuanto al manejo del conocimiento generado a partir de nuestra investigación, es posible tener con más claridad la trayectoria de este estudio, las limitaciones que han marcado la situación estática de los mismos anteriormente y, las alternativas que posiblemente no han tenido impacto por mantener una misma línea de trabajo e intervención; será entonces la justificación directa de esta aplicación.

En la última parte se establecen las determinantes que son capaces no solo de explicar la vinculación de las manifestaciones esquizoides con las conductas antisociales y delictivas, sino que además marquen líneas alternativas de intervención real basadas en las premisas que sugiera la aplicación de una ingeniería social en nuestro contexto. Se pretende presentar un análisis cuantitativo que demuestre la situación prevaleciente y considere las posibilidades de éxito o fracaso de las líneas de intervención.

Dado que el objetivo de este proyecto es ofrecer una alternativas más de estudio sobre la esquizofrenia como factor determinante en la comisión de conductas delictivas, a partir de una postura no solo explicativa, sino que también resolutive; parece indispensable poder enmarcar en nuestro trabajo, los elementos que distingan dicha alternativa.

Por último, creemos necesario hacer de conocimiento de los profesionistas no solo los resultados de esta investigación, sino que también las formas de trabajo alternativo que hay actualmente; esto con el fin de poder contribuir a la promoción de la cultura y actualización que resultan básicas para la formación profesional. Así mismo poder aunarnos a la propuesta de trabajo que sea capaz de romper con la tradición marcada dentro de esta ciencia, para poder ofrecer de mejor manera a la solución de problemas sociales y hacer énfasis en la importancia de la psicología en esta misión.

A fin de poder dar inicio con la presentación de éste estudio, es necesario mencionar que somos un grupo de muchas personas las que hemos entrado en ésta nueva forma de trabajo psicológico; vale la pena mencionar y agradecer el apoyo a los coordinadores generales de los proyectos de conducta antisocial y delictiva de la UNAM en su campus de Iztacala; al doctor Arturo Silva, la maestra Laura E. Aragón y al maestro Luís Fernando González quienes confiaron y dieron pauta a la realización de éste proyecto.

1

UNA REVISIÓN DE LOS ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS QUE DISTINGUEN A LA ESQUIZOFRENIA.

REVISIÓN MÉDICA ACTUAL

El cuadro de la esquizofrenia ha sido aprehendido por algunas sociedades como evidencia inconfundible de posición diamónica, divina o por espíritus ultraterrenos; se le asigna pues, aún en este siglo XX, características sobrenaturales o esotéricas. Este es un claro ejemplo del retraso en el desarrollo cultural, especialmente en el campo de la salud, que padecemos los países en vías de desarrollo (Organización Mundial de Salud; 1992)

Durante muchos años este concepto acerca de este cuadro psicótico llevó a la quema de “brujas” (uno de los primeros tratamientos contra la esquizofrenia) en el siglo XVII en Europa pero, afortunadamente, en el terreno científico ésta ha sido rebasada y actualmente la enfermedad mental se comprende como una alteración en el funcionamiento del encéfalo.

Desde este momento todo parece indicar que tanto el origen de las alteraciones del comportamiento y del pensamiento clasificadas como psicóticas, son un fenómeno determinado biológicamente y su tratamiento principal es

farmacológico, aunque es indiscutible el papel que desempeñan las terapias psicológicas en la rehabilitación del paciente. Cuando Pinel rescata a estos sujetos de las hogueras y las cárceles para trasladarlos a los asilos les reconoce, por primera vez, su calidad de enfermos. (Ortega, Herrera y Ortiz; 1998)

Los modelos psicoanalíticos surgidos a finales del siglo XIX y principios del siglo XX ayudaron poco al entendimiento de pacientes psicóticos y, por consecuencia, a su tratamiento. El planteamiento general de que la conducta está determinada por fuerzas inconscientes, fuera de control voluntario del individuo, permitió disminuir la responsabilidad y culpa asignada al paciente pero, dada la dificultad de entender su discurso, los psicóticos recibieron poca atención de esta corriente filosófica-terapéutica.

A la mitad del siglo XX, en 1952, los franceses Jean Delay y Paul Denicker (Borgerts, 1993, citado en Ortega *et cols*, Op. Cit.) describieron el efecto dramático de una sustancia, la clorpromazina (CPZ), sobre los síntomas de los pacientes con trastornos psicóticos recluidos en asilos. Desaparecerían las alucinaciones y las ideas anormales, el sujeto era capaz de entenderse con otro ser humano y hasta de salir del hospital y vivir en comunidad. Este descubrimiento constituye una verdadera revolución en el manejo médico de estos enfermos.

A partir de estos hechos se inició una nueva era, no solo en la terapéutica de los trastornos psicóticos sino en la concepción teórica de la enfermedad y, sobretudo, en su etiología. Así, de las concepciones místicas y demoníacas o psicológicas, se dirigió la atención a las probables alteraciones biológicas que eran revertidas por los antipsicóticos (AP). Debe mencionarse que desde el descubrimiento de la CPZ, la industria farmacéutica inició una carrera –que aún no termina- por encontrar el AP ideal, exento de efectos secundarios y totalmente efectivo. En este momento existen más de 40 sustancias identificadas plenamente como APs y cuya estructura química difiere de la que posee la CPZ. (Ortega y cols., 1998)

El haber descubierto que los elementos nerviosos, en general, utilizan para comunicarse sustancias químicas denominadas neurotransmisores (NT), dio pie a que los investigadores empezaran la búsqueda de sustancias anormales endógenas o exógenas que pudiesen alterar ésta transmisión. Entre las primeras hipótesis biológicas propuestas acerca de la génesis de la esquizofrenia están: la de los falsos neurotransmisores (NT) (Ancill y cols., 1994 citado en Op. Cit; 1998) y, la de las toxinas endógenas (Colegio Mexicanos de Neuropsicofarmacología, 1999; Op. Cit. 1998)

Actualmente algunos autores como Nemeroff (1992) proponen que los humanos sintetizan un AP y que la falla en la producción de este elemento podría asociarse con la aparición de trastornos psicóticos; tal es el caso de la neurotensina (Nt) que se localiza en zonas importantes de la corteza cerebral, sistema límbico y ganglios basales, y que se ha descubierto que se comporta de manera similar a los AP con un efecto significativo (Crow, 1980; Delay y cols., 1952; Deutch y cols., 1992; Freedman, 1973; citados en Op. Cit; 1998)

La alteración en los movimientos conjugados de los ojos es una de las evidencias neurobiológicas más consistentes en este tipo de padecimientos dado que estos movimientos oculares finos de persecución de objetos son regulados por la corteza cerebral y tienden a ser anormales en pacientes esquizofrénicos, los cuales lo presentan como un rasgo de vulnerabilidad¹.

Pero hasta este momento, las hipótesis neuroquímicas son las más difundidas a partir de la investigación farmacológica, la bioquímica, la histología, la inmunología y la genética. Y aunque prácticamente existe una hipótesis para cada neurotransmisor, la más aceptada es la teoría dopaminérgica ya que se pensaba que la esquizofrenia se debía a un aumento en las funciones dopaminérgicas. El

¹ Es decir, la probabilidad de que un sujeto que presenta esta alteración, presente, en el futuro una esquizofrenia, es significativamente mayor que la de un sujeto que no tiene estas características. (Op. Cit; 1998)

supuesto se derivó del hecho de que todos los APs conocidos hasta ese momento –entre los 70 y 80’s- disminuyen la función dopaminérgica. Posteriormente se concluyó que el efecto principal era postsináptico ya que la mayor parte de los APs bloquean los receptores postsinápticos y, de hecho aumentan –al menos inicialmente- la liberación de dopamina. (Kinkead y Nemeroff; 1994; ídem, 1998). Se consideró entonces que existían dos tipos de receptores para la dopamina llamados D1 y D2; el primero asociado a la activación de la adenilciclase y el segundo no. De esta manera la hipótesis más aceptada –y aún aceptada para algunos- de la fisiopatología de la esquizofrenia fue aquella que postula que en este trastorno existe un hiperfuncionamiento dopaminérgico y que obedece a un incremento en el número de receptores D2 postsinápticos (Seeman y cols., 1986; ídem, 1998), existiendo datos a favor y en contra, siendo los siguientes (ídem, 1998):

DATOS A FAVOR	DATOS EN CONTRA
La administración crónica de dopaminérgicos como las anfetaminas o la 1-dopa pueden ocasionar cuadros semejantes a la esquizofrenia paranoide que desaparecen al suprimir los fármacos.	La ausencia de evidencias neuroendocrinas de un hiperfuncionamiento dopaminérgico en el estado basal de los pacientes esquizofrénicos.
Existe una correlación casi perfecta entre la potencia clínica de los antipsicóticos y su potencia para bloquear receptores D2	Las anfetaminas y la 1-dopa afectan también otros sistemas de neurotransmisión.
Alteraciones neurofisiológicas encontradas con pacientes esquizofrénicos, como los defectos en los movimientos oculares de persecución y la respuesta electroencefalográfica de alerta que se modifica con la administración de agentes farmacológicos que afectan a los	La mejoría sintomática asociada al uso de AP está limitada a cierto tipo de síntomas

sistemas dopaminérgicos, especialmente aquellos en donde se identifican los receptores D2	
La mayoría de los estudios <i>post mortem</i> con cerebros de esquizofrénicos se encuentra una densidad de receptores D2 en los ganglios basales, superior a los que se presentan en los cerebros de los sujetos que no padecían la enfermedad.	Un retardo en el inicio del efecto terapéutico a pesar de que el bloqueo de receptores es inmediato.
Algunos estudios con tomografía con positrones, indican que al menos un subgrupo de pacientes esquizofrénicos presenta un incremento de receptores D2 cuando se les estudia en su primer episodio psicótico sin haber recibido AP previamente	

La hipótesis dopaminérgica inicial de la esquizofrenia ha variado ampliamente en los últimos años. Ahora la concepción de la fisiopatología de los síntomas propios de la esquizofrenia, tanto para los síntomas positivos como negativos, incluyen a más de un sistema de neurotransmisión y, seguramente dentro de poco tiempo, se ampliará significativamente.

Por el momento, es posible mencionar que en los estudios *post mortem* es evidente que la concentración de colecistoquinina, en la estructura del sistema límbico de los pacientes que fallecieron con esquizofrenia (especialmente aquellos que presentaban síntomas negativos severos), es significativamente menor que en sujetos control. También se ha reportado una concentración superior de norepinefrina en el núcleo accumbens, a la detectada en los controles. Últimamente también se menciona que la transmisión con ácido glutámico podría

estar alterada en la esquizofrenia, ya que un aumento en la transmisión con glutamato produciría un aumento en la función dopaminérgica. (ídem, 1998)

Otro partidarios de una hipótesis que menciona que la esquizofrenia es el resultado de un desarrollo neuroencefálico deficiente, postulan que los síntomas de la enfermedad se podrían dividir en tres grupos: La pobreza psicomotora (como la alogia, el retardo en el movimiento y el aplanamiento afectivo), La desorganización (distractibilidad, efecto inapropiado y trastornos de pensamiento) y la Distorsión de la realidad (alucinaciones e ideas delirantes). Cada síndrome está asociado con las fallas específicas en las pruebas neuropsicológicas y alteraciones particulares en las imágenes cerebrales de riego vascular. Por ejemplo la pobreza psicomotora y la desorganización se correlacionan con deficiencias en el riego sanguíneo frontal (Liddle y Morris, 1991; ídem, 1998)

Es posible mencionar muchos otros descubrimientos que se relacionan significativamente con la aparición de síntomas esquizofrénicos; sin embargo, es posible mencionar también que entre los aspectos importantes que deben evaluarse en el paciente esquizofrénico están la agitación y las causas que la provocan, éstas pueden ser la conducta desorganizada, la agresividad y la acatisia.

El manejo médico con pacientes esquizofrénicos, involucra una preparación especial dados los múltiples síntomas positivos y negativos que ellos presentan y suele ser difícil. El médico debe estar consiente de que poco podrá hacer para mejorar los síntomas de su paciente, pero nadie podrá hacerlo, rechazarlo es todavía enviarlo a la desesperanza y vale decir que estos pacientes no son simplemente enfermos mentales con un leve padecimiento curable; por el contrario, el diagnóstico de esquizofrenia representa una de las mayores formas de trastornos que suelen ser causantes de desintegración familiar y social, delincuencia, pérdida de toda conciencia y hasta de fenómenos tan graves como

la acatisia que es una de las principales causas del suicidio en pacientes esquizofrénicos.

LOS HALLAZGOS DE LA PSICOLOGÍA CONTEMPORÁNEA.

El artículo de Watson, intitulado “La psicología tal como la ve un conductista”, considerada como el manifiesto de lo que ha llegado a ser una de las corrientes más importantes de la psicología, apareció en 1913.² En los nueve decenios transcurridos desde entonces, el desarrollo del conductismo, y por consiguiente, del enfoque conductista de la psicopatología, ha tomado diversas orientaciones, algunas de ellas, de especial importancia para el estudio de la psicopatología.³

Partiendo de la revisión de los múltiples conceptos que existen en la literatura psicológica, la esquizofrenia está definida como un trastorno que se caracteriza en parte por la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje y comportamiento desorganizado; todos estos como aspectos que han sido denominados como síntomas positivos de la enfermedad, que también incluye otros factores considerados como síntomas negativos entre los que se encuentran: el aplanamiento afectivo, la apatía, la disminución o pérdida del interés o motivación, etc. (DSM – IV, 1995); esta serie de características no se han definido en forma simple y simultánea, sino a partir de varios años de investigación

² Las principales ideas contenidas en este texto son: 1) La psicología es la ciencia del comportamiento y no el estudio de la conciencia por introspección. 2) Es una rama objetiva y puramente experimental de las ciencias de la naturaleza. 3) La psicología debe olvidar todo aspecto mentalista y enfocarse exclusivamente a entidades comportamentales visibles, como el estímulo y la respuesta. 4) El objetivo de la psicología es la predicción y el control del comportamiento.

³ Weckowicz (1984, citado en Ionesco, 1994) distingue tres modelos conductistas de la enfermedad mental. En dos casos, los modelos evocados por Weckowicz los modelos son idénticos al condicionamiento clásico y operante, añadido al conductismo social; por su parte el modelo propuesto por Hull, autor de la teoría estímulo-respuesta (E-R) o la teoría de la reducción de la pulsión (Hull, 1943, 1964), quien propone una relación matemática entre los cuatro principales constructos de su teoría: la pulsión, la fuerza de la costumbre, la inhibición reactiva y la inhibición condicionada. Esta teoría de Hull influyó sobre varios psicólogos, como Sarnoff Mednick (1958) quien propuso una teoría de la esquizofrenia basada en la teoría E-R.

y sobre todo de apertura a las mas extensas formas de trastornos que existen en la conducta.

Ante esto, es necesario recordar que tales definiciones de la esquizofrenia no se tenían sino hasta hace apenas algunos años. En nuestro país, el antecedente histórico que existe con respecto a la esquizofrenia fue la locura; en la década de los sesenta existió el Manicomio de La Castañeda en Mixcoac, México, DF, que albergaba a este tipo de pacientes bajo un sistema “manicomial” o “custodial”, que prevalecía en todo el mundo y en el cual los pacientes no recibían ningún tipo de tratamiento, solamente se encontraban en custodia y recluidos en las instituciones para enfermos mentales. Pero la condición de estas personas tuvo como primeros antecedentes lo ocurrido hacia el año de 1600 cuando gracias a la influencia de Paracelso se otorgó a las personas con alguno de estos padecimientos, la condición de “enfermos” y así se estableció que deberían ser tratados como seres humanos. En 1793 en Francia con el trabajo de Philp Pinel quien suprimió los castigos de estas instituciones, buscando un acercamiento más humano con estas personas, eliminando las camisas de fuerza. (Valencia y Rascón; 1998)

Sin embargo, uno de los eventos más importantes y que cambio la vida del paciente con esquizofrenia tiene lugar con el descubrimiento de Delay, en la década de los cincuenta, con el uso de los medicamentos antipsicóticos que permitieron no solamente la posibilidad de tratar a los pacientes, disminuir su sintomatología, controlar sus estados de agitación y agresividad, sino que también pudieran salir de los hospitales e instituciones mentales para vivir en la comunidad, siendo este un antecedente que permitió el abordaje psicoterapéutico de los pacientes con esquizofrenia.

Se dieron entonces múltiples interrogantes nuevas respecto a la forma de tratamiento, a la convivencia, a la funcionalidad, al alcance de este trastorno y mecanismos de intervención. Las dificultades que mostraban tenían que ver con

aspectos ocupacionales, económicos, de relaciones sociales, de relaciones de pareja y familiares; y estos han sido denominados como los “factores psicosociales de la enfermedad”, los cuales se refieren a “las características psicológicas o atributos del individuo, en este caso del paciente, y a su ambiente social que contribuyen de manera importante en la iniciación, evolución, tratamiento y seguimiento de los trastornos esquizofrénicos” (Valencia, 1996; citado en Valencia y Rascón, Op. Cit.) es posible observar entonces que, durante toda esta gama de descubrimientos y selección etiológica de este trastorno, se puede determinar la contribución que el ambiente social mantiene sobre la esquizofrenia y, como tal, su alta repercusión en el desarrollo o tratamiento de esta; para el caso de los menores infractores que manifiestan este trastorno, la aplicación de tales descubrimientos es igual, demostrando entonces que su comportamiento en muchos casos no es solo predestinado a causas intrínsecas, aún y cuando presenten un cuadro patológico como estos.

Desde entonces, los intentos por abordar psicoterapéuticamente a la esquizofrenia han tenido diversas formas de trabajo; al principio en los años cuarenta y cincuenta, las teorías psicodinámicas trataron de demostrar su efectividad sin éxito ya que estos pacientes, por su condición mental, tenían serias incapacidades para poder asociar en forma efectiva sus pensamientos. Freud llegó a la conclusión de que los pacientes psicóticos no podían ser abordados terapéuticamente. Con esta categoría, Fromm-Reichmann (1977, citado en Valencia, Op. Cit.) consideró primero dos aspectos que debieron desecharse: el primero corresponde a los errores de Kraepelin acerca de la “inaccesibilidad terapéutica de las personas con esquizofrenia debido a la ininteligibilidad de sus comunicaciones”, y dos: la suposición de Freud de que “el narcisismo del esquizofrénico le impide establecer una relación médico-paciente terapéuticamente válida”. Una vez superados estos supuestos, se pudo iniciar la psicoterapia, siendo Frieda Fromm-Reichmann (1943, 1973) la primera en trabajar con estos pacientes en una clínica de Maryland. Años después, es decir, en el 2002, la perspectiva psicoterapéutica del paciente con esquizofrenia, ha cambiado

considerablemente en el sentido de que actualmente estos pacientes sí pueden ser abordados psicoterapéuticamente.

En consecuencia han surgido una serie de modelos para el tratamiento con este tipo de personas, como el del aprendizaje social (Ayllon & Michel, 1964), el tratamiento integral (May, 1968), el enfoque psicoeducativo (Ballús, Llovet, Boada y Cabrero, 1991), la terapia de habilidades sociales (Wallace, 1992); algunos enfoques orientados no solamente al paciente sino que también a la familia (Muser, Gingerich & Rosenthal 1994) y más recientemente el desarrollo que tiene que ver con el área de terapia cognitivo-conductual (Fowler, 1995; Persons, Mooney & Padesky, 1995; Wykes, Tarrier & Lewis, 1998)

En México, se tiene conocimiento del tratamiento de pacientes crónicos llevados a cabo en Granjas Psiquiátricas por Ayala, Chism, *et al* (1982) utilizando el enfoque conductual, y por Quiroga (1982) empleando dos enfoques psicosociales: la economía de fichas y la terapia de *milieu*. También hay intervención registrada hacia pacientes agudos hospitalizados, Díaz, Rascón, Ortega, Murow, Valencia & Ramírez (1998); Valencia (1999); Ortega & Valencia (1999), entre muchos otros. (Valencia, Op. Cit.)

Todos estos abordajes psioiterapéuticos se emplean como complemento al uso de los medicamentos antipsicóticos y consisten básicamente en crear un espacio para que los pacientes puedan analizar su problemática psicosocial en áreas claramente identificadas en las cuales presentan dificultades de funcionamiento psicosocial comunitario y hospitalario. La intervención psicológica se puede dar en diferentes modalidades: individual, grupal, familiar y de rehabilitación ya sea en el hospital o en la comunidad (Liberman, 1994; Citado en Valencia, Op. Cit.); de estas modalidades, se ha encontrado que la terapia de grupo es la que más se emplea ya que su efectividad demuestra una alta funcionalidad (O'Brien, 1984; Malm, 1990; Liberman, Marder, Marshall, Mintz & Kuehnel, 1998).

Uno de los estudios ejemplares realizado por Leños (2001)⁴ demuestra que los pacientes con esquizofrenia tienen capacidades que antes no eran consideradas aptas para ellos y con una confiabilidad aceptable; al respecto, ingresó a 25 pacientes del Instituto Mexicano de Psiquiatría a una terapia de grupo y ocupacional; evaluó cuatro aspectos como fueron comportamientos sociales en un ambiente laboral, destreza en el trabajo, confiabilidad de permanencia y ampliación de sus labores. En las cuatro áreas existieron diferencias significativas que tienden a aumentar con una participación constante y adiestramiento permanente.⁵

Considerando que los pacientes con esquizofrenia presentan serios problemas de aislamiento no solo en el ámbito social, sino que en algunos casos hasta en el ámbito familiar, en la terapia de grupo se ha encontrado una excelente forma de lograr un vínculo con los demás así como crear nuevas formas de socialización, esto con el fin de que el paciente socialice, participe, se comuniquen con los demás e incluso, que sea capaz de establecer vínculos o relaciones interpersonales significativos, primero con otros pacientes y posteriormente con la gente en general. En todo el mundo han sido reportados los logros con este tipo de intervención, para el caso de México, las investigaciones de esta terapia han tenido su representación (Valencia 1996; Valencia, Otero *et al.*, 1986; Valencia, Rascón *et al.*, 1987; Díaz & Rascón, 1998, Valencia 1999, Valencia, 2000)

El trabajo terapéutico con pacientes esquizofrénicos no es una tarea fácil, más bien tiene un alto grado de complejidad por lo multidimensional de la enfermedad, por la necesidad no solamente de combinar el uso de medicamentos con la psicoterapia, por las incapacidades de la enfermedad, por la complejidad de los síntomas, por trabajar en la mayoría de los casos con personas introvertidas, solitarias, con miedos y temores y profundamente afectadas por los episodios

⁴ Véase a Leños Guerrero, 2001.

⁵ Dicho estudio tuvo un corte longitudinal y se emplearon algunos escalas diseñados exclusivamente para este estudio, siendo desarrolladas e inéditas para una población como esta.

psicóticos que dejan profunda huella e influyen en el funcionamiento como seres humanos. En este sentido, los profesionales que trabajen psicoterapéuticamente con pacientes necesitan tener un alto grado de capacidad, tolerancia a la frustración pero sobretodo mucha experiencia como lo plantea Malm (1990) y esto solamente se logra con la práctica y a través de los años de desempeño profesional.

La esquizofrenia es un trastorno que tiene que ver con el campo médico, psiquiátrico, psicológico, sociológico, antropológico, cultural, entre otros y en su tratamiento pueden participar médicos, psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etcétera.

En esta sección se ha mencionado en forma muy resumida, los cambios y avances que se han dado a lo largo de más de 50 años en el tratamiento con personas esquizofrénicas. Hace 50 o 60 años parecía imposible el hecho de que los pacientes pudieran salir de los hospitales psiquiátricos y que pudieran disminuir sus síntomas, recuperando el contacto con la realidad; que pudieran ser abordados psicoterapéuticamente y que vivieran en comunidad con sus familias, es hoy en día una realidad. Sin embargo, aún queda mucho por hacer, en México ya se cuenta con una línea psicoterapéutica y de investigación en este tipo de pacientes, con resultados alentadores pero también con limitaciones terapéuticas debido en parte a lo incapacitante de la enfermedad. El objetivo de todo estudioso debe no solamente consistir en la aplicación del método científico, utilizando diseños experimentales e instrumentos de investigación, sino también adquirir mayor conocimiento sobre el mundo de los pacientes con esquizofrenia.

PANORAMA ACTUAL EN MÉXICO SOBRE EL ESTUDIO DE LA ESQUIZOFRENIA.

En los últimos años, el estudio y tratamiento de la esquizofrenia se ha ocupado de integrar los elementos necesarios para lograr la evolución positiva de la enfermedad con el menor número de recaídas. Una enfermedad como la esquizofrenia provoca un fuerte impacto en el deterioro funcional de la persona que la padece tanto en lo físico como en lo afectivo, intelectual, social, familiar y laboral. Tales requerimientos han provocado que se realicen estudios en todo el mundo para procurar esclarecer al máximo los mecanismos de este trastorno.

Por su parte en México se ha iniciado una verdadera labor investigativa; como ejemplo, cabe mencionar que a partir de 1993, se ha llevado a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría un programa para el estudio, tratamiento y rehabilitación integral del paciente esquizofrénico. Para ellos resulta conveniente mencionar de un modelo de rehabilitación diseñado por Valencia (Valencia, 1989; citado en Valencia 2001). Se trata de un programa psicoterapéutico para la aplicación de estrategias rehabilitatorias que tiene como objetivo que los pacientes adquieran habilidades psicosociales de manera que puedan mejorar su desempeño, disminuir su sintomatología psicótica y funcionar satisfactoriamente en comunidad. Este modelo incluye cinco áreas: ocupacional, social, económica, sexual-pareja y familiar. Se utiliza un modelo de terapia grupal conducida por dos clínicos en co-terapia durante un año de intervención. Para este estudio, se conformaron dos grupos en un diseño cuasi-experimental: el grupo experimental recibió medicamentos antipsicóticos y psicoterapia, mientras que el grupo control solo recibió medicamentos antipsicóticos. Se evaluó a los pacientes antes y después de la intervención psicoterapéutica utilizando la Escala de Funcionamiento Psicosocial de Valencia (1989; Op.cit.) y los resultados muestran diferencias estadísticas significativas en las 5 áreas de funcionamiento, así como en el funcionamiento psicosocial global. Los pacientes fueron ubicados, al

iniciar la terapia, en un nivel 3 que correspondía a neutral-indiferente y al finalizar la intervención se ubicaron en el nivel 2 que corresponde a sentirse satisfecho respecto al funcionamiento en todas las áreas así como en su funcionamiento psicosocial global. En el grupo control no se encontró diferencias significativas en ninguna de las áreas, ni en el funcionamiento psicosocial global. Estos pacientes iniciaron en el nivel 3 y cuando terminó la intervención se mantenían en el mismo nivel. El grado de adherencia terapéutica fue de 80.6% de pacientes que concluyeron con la psicoterapia, representando este un alto grado de adherencia terapéutica.

Por otro lado, en las investigaciones llevadas a cabo con familias de pacientes esquizofrénicos, se observó que en todas ellas existían aspectos de disfuncionalidad, los cuales determinaban que se presentaron conflictos al interior y exterior del sistema familiar. En este tipo de familias se observan pautas de interacción rígidas y repetitivas en las que se establece un juego sin fin respecto al deseo de los miembros de ser confirmados y la imposibilidad de quienes le rodean de confirmarlos, respondiendo con evasivas verbales y no verbales ante la demanda del paciente. En una investigación realizada por Mares y Sánchez (2001) establecieron un tipo de terapia que centraba su intervención en aspectos comunicacionales, interaccionales y estructurales y con el objetivo de propiciar que los pacientes esquizofrénicos y sus familias mejoraran su comunicación, su funcionamiento social y adquirieran conciencia de la enfermedad para establecer una relación más armoniosa con toda la familia; es posible notar que esta intervención tuvo dos grandes rubros: la parte psicoeducativa en donde las familias recibían toda información relativa a la esquizofrenia y las manifestaciones derivadas de este trastorno; y la parte sistémica, siendo dirigida para el manejo de las emociones generadas por los miembros de las familias y trabajar con ellos en forma unifamiliar. Los resultados fueron variados y siendo específicamente los siguientes:

Comunicación: De entre los aspectos que más afectan en las familias de pacientes esquizofrénicos, se tiene que la comunicación adquiere un enorme peso dado que la mayoría de estas familias presentan déficits de comunicación tales como los dobles mensajes y la comunicación indirecta; cambiando estos déficits hasta en un 75% de mejoría a través de esta intervención.

Jerarquías: Regularmente quienes mantienen una mayor jerarquía en una dinámica familiar son los padres de familia, y en especial, solamente uno de ellos. La intervención logra estabilizar esta relación jerárquica en formas comúnmente drásticas, al grado de transferir la autoridad de un solo miembro a ambos padres o a los miembros más responsables.

Límites al interior y exterior del sistema: Suele ser uno de los aspectos de mayor impacto entre las familias, los cambios en la mayoría de los casos son considerados de segundo orden dado que se establece la jerarquía en el subsistema parental y así se beneficia la comunicación al interior de la familia.

Centralidad: Se observa que en la mayor parte de las familias, la centralidad la ocupaba el paciente identificado, lo que ocasionaba que altos niveles de emoción expresada entre los miembros; al finalizar el programa se logró ante diferentes eventos y circunstancias intercambiar la centralidad y con ello disminuir los niveles de angustia entre los miembros.

Tipos de familia: También tiende a encontrarse una bipolaridad entre la sobreinvolucración, sin diferenciar subsistemas, y el estar tan distantes el uno con otro ignorando situaciones trascendentales; la intervención tendría que lograr una mayor funcionalidad familiar.

Aunque este es solo uno de los ejemplos más significativos de lo que es la investigación en México relacionada con la esquizofrenia; se pueden mencionar más con el objetivo de contextualizar de mejor forma este trastorno en nuestra

sociedad. En estos términos, es posible entender que la intervención y la investigación en México respecto a los pacientes esquizofrénicos, son notables y significativas. Al mismo tiempo nos conduce a considerar que la esquizofrenia, como trastorno cada vez más creciente y con un mayor número de víctimas en México, ha adquirido dimensiones que aumentan una labor en el panorama investigativo y aplicado. Cabe mencionar también que en nuestro país se han dado cambios y avances considerables que pueden ser mencionados a lo largo de 50 años y que son dirigidos al tratamiento de personas esquizofrénicas.

EXPLICACIÓN DE LOS FENÓMENOS ESQUIZOIDES DESDE UN ENFOQUE CONDUCTUAL.

Si bien es posible definir actualmente las características generales de lo que es la esquizofrenia, desde el punto de vista que se proyecta en este proyecto, la explicación que aportará el conductismo es de importancia por la funcionalidad en el manejo de sus conceptos. Desde que hubo la explicación acerca del condicionamiento que primero ofreció Pavlov y posteriormente el desarrollo del conductismo elaborado por los conceptos de Thorndike y Skinner y luego con la constitución brindada por Staats ya en 1986 con su obra *Recherches sur le behaviorisme paradigmaticque ou social* en donde se constituye una unificación de conceptos, además de brindar una explicación esquemática de los comportamientos anormales a través de una jerarquía de niveles que permite determinar el abordaje de la conducta patológica.

En la perspectiva conductista, la conducta anormal se adquiere y mantiene de la misma forma que cualquier otra conducta, rechazando toda causa interna o intrínseca como explicación; por lo tanto, su intervención se realiza mediante la técnica de modificación de conducta o terapia comportamental. La clasificación que se hace de este tipo de conducta se refiere a dos categorías:

- ♣ Las lagunas comportamentales, categoría que reúne a los comportamientos que, por su ausencia, dificultan la adaptación de la persona a su medio social o físico.
- ♣ Los comportamientos incorrectos o inadecuados que, con su presencia, dificultan la adaptación.

Las lagunas comportamentales y los comportamientos incorrectos pueden sobrevenir en una u otra de tres esferas que Staats propuso. A) el sistema A-R-D (emocional-motivacional); B) el sistema lingüístico y C) los repertorios instrumentales⁶. (Staats, 1986, citado en Ionescu, 1994) Estas categorías se derivan de la concepción de Staats de que existen repertorios comportamentales básicos. Bajo este marco, una de las tareas de la psicopatología es estudiar los casos de la enfermedad mental en términos de estas categorías y repertorios, examinando cada repertorio básico en términos de lagunas mentales y comportamientos incorrectos.

Para casos comunes de esquizofrenia, es posible observar la falta de interés, de ambición, de objetivos así como la indiferencia afectiva, siendo definidas como lagunas del sistema emocional-motivacional. Esto resulta contrario de lo que ocurre con una persona motivada e interesada por cualquier cosa, que ha aprendido a dar ciertas respuestas emocionales positivas ante ciertos estímulos encontrados anteriormente en su vida. Estos estímulos constituyen metas y engendran en esta persona comportamientos de larga duración, continuos y exigentes. Estos estímulos emocionales o su representación (como se le encuentra en el lenguaje, por ejemplo) tienen una función directiva y sirven para

⁶ El sistema A-R-D se refiere a los diferentes estímulos (P. Ej. Biológicos, ocupacionales, recreativos) que al desencadenar en el sujeto respuestas emocionales (positivas o negativas), tienen un carácter afectivo o condicional reforzante y directo. El sistema lingüístico se compone de tres repertorios comportamentales que son: el lenguaje receptivo, expresivo y receptivo-expresivo; estos repertorios desempeñan un papel importante en la resolución de problemas, además de encontrarse otros aspectos importantes como lo que es el concepto de sí mismo y la inteligencia. El sistema instrumental constituye el tercer sistema y comprende repertorios comportamentales variados como las capacidades sensorio-motoras, atención, habilidades sociales, entre otras.

recompensar y, por consiguiente, para mantener el comportamiento actual de la persona.

En la psicopatología conductual elaborada por Staats, se tiene una visión dinámica e interactiva del comportamiento anormal. Considerado al mismo tiempo como variable independiente y dependiente, este comportamiento está en interacción permanente con el medio ambiente. Si el medio puede producir un comportamiento, éste a su vez afecta al medio. En una perspectiva psicopatológica, las lagunas comportamentales o los comportamientos inadaptados del sujeto afectan a su medio social, que a su vez influyen en el desarrollo comportamental futuro del sujeto.

Para facilitar la comprensión de los comportamientos anormales, Staats elabora tres principios del aprendizaje (Staats, 1986, citado en Op.cit, 1994)

- ♣ El principio de la competencia conductista o de la competencia entre aprendizaje normal y anormal (Staats, 1971) Tomando como ejemplo a un menor que obtiene dinero a través de extorsión o robo como modalidades inapropiadas de interacción social. La enseñanza de nuevas formas de recompensa como el trabajo a este menor es difícil, pues la espera necesaria en todo aprendizaje provocará en él aversión y reforzará más los comportamientos anormales.
- ♣ El principio de carácter jerárquico y acumulativo del aprendizaje del comportamiento anormal es un principio también válido para la adquisición de comportamientos normales deseables. Conforme a este principio, el aprendizaje supone la adquisición de repertorios sobrepuestos, jerarquizados de comportamientos, en el que un nivel sirve de base para la adquisición del nivel siguiente.
- ♣ El principio de la espiral descendiente del aprendizaje acumulativo y jerarquizado de los comportamientos anormales, en donde se describe que cuanto menos avanza el desempeño, menos es recompensado. Cuanto

menos gratificación hay, menos se mantienen los comportamientos de aprendizaje. Cuanto menos aprendizaje menos recompensa y así sucesivamente. A través de este principio se supone que la adquisición de ciertos comportamientos anormales permitirá que ciertos comportamientos del mismo género sean adquiridos o aún ofrecerá condiciones propicias al aprendizaje de comportamientos anormales.

Cabe resaltar la importancia que tiene la clasificación dentro del conductismo, con el fin de integrar los diferentes aspectos observados dentro de la conducta misma. Dentro de estos repertorios es posible encontrar lagunas comportamentales para la esquizofrenia en los repertorios lingüísticos y en el sistema emocional-emotivo.

Conociendo las categorías comportamentales, es posible distinguir que la esquizofrenia es un trastorno severo del cerebro que resulta difícil, para la persona que la sufre, distinguir entre lo real y lo que no lo es. Las personas con esquizofrenia no pueden pensar lógicamente o tener reacciones emocionales normales y muchas veces se comportan de una manera extraña en situaciones sociales. Los individuos que sufren la esquizofrenia pueden tener también problemas con la memoria, con la conversación y con su conducta.

La esquizofrenia puede ser un trastorno devastador no solo para el que la sufre sino también para su familia y otros queridos. Las personas con esquizofrenia tienen dificultades en su funcionamiento social, no pueden trabajar o estudiar y las familias tienen que proveer apoyo financiero y emocional y asegurarse de que tomen sus medicamentos.

La esquizofrenia no es una "doble personalidad" ni está causada por una mala crianza, debilidad en el carácter ni pereza. La esquizofrenia es una enfermedad con causas biológicas como el cáncer a la enfermedad cardíaca. La esquizofrenia es una enfermedad muy costosa. (New York Hospital, 1996)

Las personas con esquizofrenia tienen una gran variedad de síntomas. Algunas veces estos síntomas aparecen de repente pero lo más usual es que la enfermedad se desarrolle lentamente, en un proceso que puede durar meses y aun años. Al comienzo, los síntomas no se notan o parecen ser producidos por otros problemas. Por ejemplo: las personas con esquizofrenia pueden sentirse tensas, o tener problemas durmiendo o dificultades concentrándose. A menudo se sienten aisladas y se retraen cuando el control de la realidad va desapareciendo. Debido a estos problemas, estas personas no son capaces de tener amistades y descuidan su higiene y apariencia personal. Abandonar la escuela o dejar de trabajar son otros signos tempranos de la enfermedad. (op. Cit; 1996)

Con el progreso de la enfermedad, los síntomas de la psicosis comienzan a aparecer. La persona comienza a actuar de manera extraña y a hablar cosas sin sentido. Las personas con esquizofrenia pueden desarrollar alucinaciones; es decir, que pueden ver, sentir, oler o escuchar cosas que no existen en la realidad. También pueden desarrollar síntomas físicos, como el ceño fruncido movimientos poco usuales y pueden permanecer de pie o sentados en posiciones extrañas. Algunas personas se vuelven casi inmóviles, mientras que otras se mueven constantemente. (Op. Cit; 1966)

La severidad de los síntomas varía de una persona a otra y los síntomas pueden presentar un curso variable. Cuando los síntomas mejoran, la persona parece conducirse normalmente pero en general se darán episodios repetidos de la enfermedad (recaídas) lo que ocasionara la reaparición de los síntomas. En general, los síntomas de la esquizofrenia pueden ser clasificados en dos grandes grupos: los síntomas positivos y los síntomas negativos.

Los síntomas positivos representan una distorsión o exceso de las funciones normales y se presentan generalmente en una etapa aguda, mientras que los síntomas negativos indican una disminución o ausencia de funciones

normales y ocurren en la fase crónica de la enfermedad. Este tipo de personas pueden oír voces, presentar delirios estructurados como por ejemplo, sentir que los persiguen, que les quieren hacer daño, que ciertas personas están en su contra o bien, delirios de grandeza; sentirse seres superiores o dotados de poderes especiales. También pueden presentar aplanamiento afectivo, aislamiento social, empatía limitada, falta de actividad, incumplimiento en cuanto a terminar ciertas tareas o actividades, etc.⁷ En este sentido, esquizofrenia es una enfermedad en la cual se ven afectadas varias áreas de funcionamiento tales como: el rendimiento académico, el aspecto laboral, las relaciones interpersonales, las de pareja, la falta de independencia de la familia de origen y muchas otras, por lo que se le considera como una enfermedad que puede llegar a incapacitar severamente al individuo, llevándolo a presentar disfunciones psicosociales permanentes. (Valencia, 1998)

La severidad de los síntomas varía de una persona a otra y los síntomas pueden presentar un curso variable. Cuando los síntomas mejoran, la persona parece conducirse normalmente pero en general se darán episodios repetidos de la enfermedad (recaídas) lo que ocasionara la reaparición de los síntomas.

La aparición de este trastorno se puede dar al final de la adolescencia o al inicio de la vida adulta, generalmente dura toda la vida y todavía no se ha encontrado la forma de curar la enfermedad, ni tampoco de prevenirla.

El proceso del trastorno está conformado por dos etapas: la de exacerbación, que tiene que ver con el inicio del padecimiento, en el cual el paciente puede presentar ideas delirantes, alucinaciones, incongruencias en el lenguaje, comportamiento errático y excesiva angustia. Estos síntomas pueden llevar al paciente a una pérdida parcial o total de la realidad y presentar un “brote

⁷ Para un mejor entendimiento de estos conceptos, véase el glosario que se encuentra en la parte final de este estudio.

psicótico”, en lo que se conoce como el desarrollo de un episodio agudo de la enfermedad. (Valencia, 1998)

El manejo clínico de esta etapa consiste en la aplicación de medicamentos antipsicóticos con el objetivo de regresar al paciente a la realidad, así como de lograr una remisión de su sintomatología. En algunos casos, y dependiendo de la severidad del brote psicótico, será conveniente la hospitalización del paciente, hasta que se recupere de esta etapa. Al ser hospitalizado el paciente se puede sentir en un ambiente protegido en donde reciba el tratamiento necesario que le permita recuperarse, a su vez la familia también puede ingresar a un tipo de intervención especializada (Véase a Soria y Montalvo, 1998)⁸

Posteriormente viene la etapa de remisión en la cual el paciente se encuentra nuevamente ubicado en la realidad y en estos momentos es necesario evaluar las incapacidades o disfunciones provocadas por la enfermedad, lo que se conoce como el funcionamiento psicosocial, para proceder el abordaje psicoterapéutico, el cual no se puede llevar a cabo hasta que el paciente, con el uso de medicamentos antipsicóticos, se encuentre clínicamente estable y predominantemente asintomático. (Ortega, Herrera y Ortiz; 1998 y Valencia, Op. Cit.)

La esquizofrenia es una enfermedad de una gran complejidad; aun los expertos no están seguros de la causa pero algunos han postulado que el cerebro no puede procesar información de una manera correcta. En la primera sección de este capítulo discutimos algunas de las anormalidades químicas y estructurales en el cerebro de las personas con esquizofrenia. Se cree que estas anormalidades causan que estas personas sufran una sobrecarga de información, debido a la

⁸ En un estudio realizado en la FES Iztacala por Soria y Montalvo (1998), no solo es posible observar la importancia de la intervención familiar en el tratamiento de un caso de esquizofrenia, sino que además se hace evidente que la misma estructura familiar suele resultar un factor importante de aparición de los síntomas, además de que el peso que produce el diagnóstico, tanto en el paciente como en su misma familia, resulta determinante para la trayectoria del trabajo psicoterapéutico.

capacidad que tienen de filtrar y eliminar la información que está considerada no necesaria. Por ejemplo: Una persona con esquizofrenia tiene dificultades cuando en una conversación no puede filtrar o ignorar el sonido de un tren y el ladrido de un perro en la lejanía.

Por otro lado algunos expertos creen que la tendencia a adquirir la esquizofrenia es heredada y que la enfermedad aparece en los miembros de una familia afectada de acuerdo a la consanguinidad. Por ejemplo: Si ambos progenitores biológicos sufren la enfermedad el riesgo de que el hijo la tenga es de un 40%. Esto ocurre aun si el hijo es criado por adultos que no sean los padres ni que tengan la enfermedad. En el caso de gemelos idénticos (monocigóticos) el riesgo aumenta hasta casi el 50%.

En contraste, los hijos cuyos padres biológicos son mentalmente sanos, sin importar si los padres adoptivos sufren de esquizofrenia, tienen aproximadamente un 1% de riesgo de adquirir la enfermedad. Este riesgo es casi igual al de la población general como se muestra en la tabla a continuación.

Probabilidad de Desarrollar Esquizofrenia (New. York Hospital; 1996)

Tipo de población	Probabilidad (%)
Población general	1%
Hermano/a con esquizofrenia	8%
Un padre con esquizofrenia	12%
Gemelo dicigótico con esquizofrenia	14%
Ambos padres con esquizofrenia	39%
Gemelo idéntico tiene esquizofrenia	47%

La esquizofrenia no se transmite directamente como el color de los ojos o el color del pelo ya que se necesita que otros factores estén envueltos para que se

produzca la enfermedad. Esto es evidente porque si la transmisión fuera 100% directa y completa, ambos gemelos idénticos tendrían esquizofrenia.

También es posible mencionar que algunos investigadores creen que eventos en el medio ambiente pueden precipitar episodios de esquizofrenia. Algunos estudios han demostrado que una infección con el virus de la influenza, una mala nutrición durante el embarazo o complicaciones durante el parto aumentan el riesgo de que el infante desarrolle esquizofrenia mas tarde en su vida. Muchos investigadores creen que la esquizofrenia está causada por una compleja combinación de factores genéticos y del medio ambiente. Es decir, la esquizofrenia se manifiesta en personas que nacen predispuestas a esta enfermedad cuando se exponen a infecciones, traumas o estrés excepcional.

La investigación en el campo de la psicología ha puesto de manifiesto la relación de ciertos factores ambientales con la esquizofrenia. Los trastornos de comunicación entre los distintos miembros de la familia (comunicación ambigua) pueden ser uno de estos factores aunque no se saben hasta que punto esta alteración es la causa o la consecuencia de la esquizofrenia de un determinado miembro de la familia. La falta de organización de la vida diaria en ambiente de pobreza también ha sido relevante; a esto se suma el que las madres de las familias poco favorecidas tienen con frecuencia problemas de salud que pueden afectar a la salud de sus hijos futuros o recién nacidos.

Es posible mencionar que la esquizofrenia también tiene un vínculo que tiende a ser cíclico con la relación familiar. En una investigación realizada por Gómez y Rascón (2001) fue posible definir que en las familias con pacientes esquizofrénicos se repiten ciertas conductas que tienden a ser causas y consecuencias simultáneamente, entre estas conductas se pueden citar: el consumo de drogas, divorcios, antecedentes de enfermedad mental en la familia, padre periférico, violencia entre los padres, problemas de alcoholismo y delincuencia o comisión de conductas antisociales. Todo esto nos conlleva a

entender que ciertamente (aunque no exclusivamente) la condición familiar y el ambiente social en general, suele ser un factor de repercusión directa con la probabilidad de aparición de la esquizofrenia; empero a la existencia de problemas cada vez más comunes como lo es la delincuencia. Dentro de esta investigación se tiene contemplado indagar acerca de este vínculo entre esquizofrenia y delincuencia como elementos relacionados, permitiendo integrar de mejor manera, un perfil que ayude a determinar estrategias de prevención social para nuestro contexto.

2

TENDENCIAS TRADICIONALES EN EL ESTUDIO DE LOS MENORES INFRACTORES

ENFOQUES DE LA CRIMINOLOGÍA CRÍTICA CONTEMPORÁNEA.

La psicología es el estudio de las interacciones del comportamiento humano en su contexto físico y social; interesándose así en diversos fenómenos y problemas sociales tales como el alcoholismo, la drogadicción, la delincuencia, sexualidad, autoestima, entre otros. Para abordar esto, existen varios métodos de investigación dirigidos al estudio de tales fenómenos; que para el caso de la delincuencia juvenil, los métodos tradicionales basados en las bases epistemológicas de la criminología crítica son los que han tenido mayor trascendencia. Y es que tales métodos constituyen la respuesta de lo que comúnmente se buscaba responder y que se centraba a determinar solo una explicación básica de los fenómenos delictivos, pero sin dar alternativas de acción encaminadas a disminuir dichos problemas.

La criminología crítica o radical nace como una corriente con una postura crítica, sus iniciadores fueron los criminólogos ingleses Ian Taylor, Paul Walton y Jock Young quienes plantearon una criminología que introduzca el factor político en lo que antes solo eran cuestiones “técnicas”, ocupándose de la sociedad como “un todo”. Pretende hacer un análisis crítico de las distintas teorías de su tiempo, que iban desde las positivas de Lombrosio, hasta las sociológicas como Durkheim. La crítica reside fundamentalmente en las formas en las que los autores

desvinculan al hombre de la sociedad. Desde aquel tiempo, se plantea con esta idea una crisis en la teoría y el pensamiento social, pero también en la sociedad y, en consecuencia, la criminología crítica debe ser una teoría normativa y ofrecer posibilidad de resolver las cuestiones fundamentales.

Es necesario considerar que dentro del enfoque de la criminología crítica, el hablar de la existencia de menores infractores implica cuestionar la efectividad del sistema penal dado que su objetivo es orientar hacia la reinserción social. La criminología crítica o radical hace un análisis de los problemas de desviación partiendo del concepto de estado como la organización surgida para la protección de cierto sector social. (Lamnek, 1986; citado en Del Pont; 1987)

Desde este enfoque se considera a la cárcel como una fuerza militar al servicio de una clase dominante y a la ley como acto político. Se observa como reacciona la sociedad ante las conductas, por medio de normas penales, represión y etiquetamiento. Así también se estudian las reacciones sociales y la ley que fomenta cierta delincuencia de manera indirecta; considerando así la existencia de un sistema especial creado para el cual el individuo debe ser resocializado, y que utiliza a la ley como instrumento más poderoso y efectivo (Del Pont, 1987)

Para el caso de los menores infractores; su existencia es vista como una pequeña minoría problemática contestaria de los valores de la sociedad dominante. Son los "inadaptados", los "diferentes". Su peso específico dentro de la sociedad es secundario en relación con otras problemáticas que son prioritarias y urgentes. Los menores infractores ponen en tela de juicio a la sociedad ya que en ellos se refleja la existencia de injusticia, falta de humanismo y respeto a los derechos de los desposeídos. La respuesta del estado es la creación de centros tutelares en los que se pretende la reinserción del individuo que ha infringido el orden establecido por una sociedad injusta, marginadora y, en gran parte, criminógena. (Vasalli citado en De la Garza, 1987)

Así pues, es común la existencia de instituciones designadas por el estado para atender a los menores infractores y su eminente función es la de rehabilitar y tutelar. Su acción puede desarrollarse de diferentes maneras que van desde amonestaciones simples hasta la reclusión en un centro especializado para menores; conforme avanza la escala, la sanción tutelar se torna más severa y decidida. (De la Garza, op.cit) La intervención tradicional ha sido poco eficaz en la producción de cambios en los patrones de conducta delictiva en el menor. Por esta razón necesitamos considerar las alternativas para poder dirigir esta eficiencia que no solo debe ser limitada al estudio del menor, sino también en su familia y en su escuela. Múltiples estudios han demostrado como la intervención de centros de educación especial trae consigo la creación de un ambiente interpersonal alienado a diversos disturbios emocionales que fomentan una agresión social y un cambio conductual problemático o nuevamente delictivo. (Véase a Nels y Cols. 1987) ¹

Con esto es lógico considerar las diferentes percepciones que un menor puede adquirir al ingresar a un centro como este, de entre las cuales pueden surgir nuevas concepciones y cambios conductuales que influirán en su próximo estilo de vida.

Algunas aportaciones han mencionado que la estancia en un lugar como lo es la cárcel o el consejo tutelar, pueden fomentar hostilidad hacia la sociedad; sobre todo si esta estancia es forzosa, sin criterios de selección y con una pobre impartición de justicia según la imagen del detenido; es decir, que para el caso de los menores detenidos prematuramente, en compañía forzosa de otros delincuentes, no solo puede fomentar su afiliación a este grupo sino que también puede aumentar sentimientos de hostilidad hacia el denunciante – si es que lo hay

¹ En los estudios realizados por Nels (1987), es posible distinguir una creciente condición conductual caracterizada por mantener manifestaciones agresivas, esto en función a los mecanismos de rehabilitación clásicos, en personas con alguna discapacidad. Mucho de estos mecanismos son producto directo de las tendencias que la criminología clásica mantuvo por mucho tiempo.

– o hacia la sociedad en general. (De la Garza, op. cit.) Aunado a esto, es posible considerar también que el fomento de un trastorno conductual es todavía mayor, como es el caso del aumento de la probabilidad de aparición de la esquizofrenia misma.

Actualmente en el ámbito de la criminología, se le ha dado paso a la intervención de ciencias como la psiquiatría y la psicología, no por ello restándole importancia al derecho penal. Sin que afirmemos de modo alguno que el papel del jurista se ha eclipsado en el Derecho penal, para ceder la primacía a la psiquiatría o al psicólogo, y que por ende, la criminología acabara por “tragarse” al Derecho punitivo, como en el pasado, lo cierto es que día a día se estrechan más las relaciones entre las disciplinas biológicas y las ciencias normativas para confluir sobre un objeto de conocimiento que despierta común interés: El delito.

En efecto, ya no sería posible ceñir el estudio del penalista como en tiempos de los clásicos vulnerables, en torno a los conceptos de delito y pena. La psiquiatría y la psicología devienen ciencias auxiliares en el derecho penal, en elevado rango, cuando se trata de fijar los conceptos de trastorno mental permanente y trastorno mental transitorio.

Antaño, los enfermos mentales eran vistos a través del pensamiento mágico: bien como poseídos por la divinidad, bien como dominados por el demonio; en otros casos se les estimó meros delincuentes, merecedores de sanción y hubo quien pretendió que la pena fuese más grande cuando se aplicaba al alienado sobre el supuesto de que la enfermedad de éste no era otra cosa que castigo de Dios por su maldad. Felizmente, la demonología convertida en psiquiatría arrumbó para siempre estos absurdos conceptos.

Sin embargo, hasta hace poco tiempo, no se ha prestado la atención debida a las disfunciones conductuales de los niños. En primer lugar, ocurre las circunstancias de que muchas de las conductas que caracterizan una situación de

desadaptación social o emocional, son también muy comunes en la infancia normal, es decir, aparecen asociadas a un correcto desarrollo evolutivo, caso de la conducta de mentir, etc. En segundo lugar, debido a los cambios rápidos que se producen en el desarrollo, los problemas de conducta aparecen y desaparecen con relativa frecuencia, lo que ha dificultado extraordinariamente la delimitación de síndromes o cuadros desviados en la conducta infantil. En tercer lugar y relacionado con lo anterior, el enorme potencial de cambio de los patrones de conducta en la infancia hace muy difícil el identificar modelos de desordenes estables en el tiempo. En cuarto y ultimo lugar, estos obstáculos para un adecuado diagnostico de los problemas de conducta en la infancia, se han visto exacerbados por corsés derivados de ciertas conceptualizaciones acerca del desarrollo evolutivo normal y patológico del niño y del adolescente. (Garrido, 1989)

Todavía queda mucho por aprender de los delincuentes que son puestos en libertad condicional y cuyo comportamiento dentro y fuera de la prisión se estudia detenidamente. La actitud de los científicos contemporáneos es que los delincuentes son individuos y que su rehabilitación sólo podrá lograrse a través de tratamientos individuales y específicos.

El creciente conocimiento de la delincuencia ha contribuido a la comprensión de las motivaciones de los criminales de todas las edades. En los últimos años, la delincuencia ha sido atacada desde muchos campos. Aumentar la eficacia de esta labor mediante actuaciones policiales y los procesos judiciales ha sido una de las principales preocupaciones de los criminalistas. Esta inquietud se fundamenta en la convicción ética y doctrinal de que los criminales no pueden ser tratados y rehabilitados hasta que son prendidos y procesados y de la conciencia de que si se comete un delito se tiene grandes probabilidades de ser detenido y condenado representan el más eficaz instrumento disuasorio para reprimir la actividad delictiva.

El tratamiento y rehabilitación de los delincuentes ha mejorado en muchas áreas. Los problemas emocionales de los condenados han sido estudiados y se han hecho muchos esfuerzos para mejorar su situación. En este sentido se ha formado a muchos psicólogos y trabajadores sociales para ayudar a adaptarse y reinsertarse en la sociedad a los condenados que se hallan en libertad condicional, a través de programas de reforma y rehabilitación dirigidos tanto a jóvenes como a adultos.

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA IMPARTICION DE JUSTICIA DEL MENOR INFRACTOR.

El tratamiento con los menores infractores cuenta con el apoyo de diversas disciplinas, estipuladas en el código penal y en cual intervienen abogados, trabajadores sociales, médicos y psicólogos²; en este caso el psicólogo es el profesional encargado de varios procesos concernientes en la impartición de justicia, puede ser desde la psicología forense o la psicología jurídica, hasta quien proporcione el tratamiento al menor infractor y a su familia. El psicólogo, es el encargado de todo lo referente a conductas patológicas en el ámbito de la criminalística contemporánea.

La actividad de la criminología ha estado vinculada principalmente a la creencia de que por ser ciencia encaminada principalmente a la intervención de los propósitos y significados de la criminalidad no es posible generar en ellas ningún conocimiento que difunda universalidades uniformes validas que expliquen los acontecimientos particulares, es evidente que el nivel de criminalidad esta determinado, cada año, por las condiciones del medio físico y social combinados con las tendencias hereditarias y los impulsos ocasionales de los individuos siguiendo una ley que es llamada “ley de la saturación criminal”. (Warren, op. cit.)

² Véase al Código Penal vigente para el Distrito Federal en lo relativo a los menores infractores o en el Código de Procedimientos Legales para Menores Infractores del Estado de México, 2002.

Sin embargo, la criminología no tiene por qué encaminarse a la búsqueda de leyes para explicar o predecir nomológicamente sus fenómenos; en todo caso, de ser necesario deberían abocarse a la búsqueda de leyes o tendencias históricas, pero bajo ninguna circunstancia a leyes nomológicas, legaliformes como sucede en la física. En este sentido los esfuerzos deben de encausarse a la interpretación del significado de las acciones humanas, descartando de su análisis el examen de la descripción y reproducción con exactitud de los fenómenos, centrando el interés principal de la comprensión de las obras humanas, que por su naturaleza son únicas e irrepetibles. La idea subyacente en estas creencias consiste en suponer que es posible descubrir y entender, intuitivamente como y por qué ocurrió un determinado suceso y que a través del uso de la comprensión es factible entender de una manera indiscutible, sus causas y sus efectos, esto es, la fuerza que lo ocasiono y su influencia sobre otros sucesos.

Reconocer la importancia que tiene resolver los problemas prácticos a los que se enfrenta la criminología permitirá hacer menos pronunciado el sesgo en que se ha caído, por el romance fanático y apasionado que le ha profesado en los círculos científicos en este campo del conocimiento del universo, tanto al desarrollo de teorías explicativas de los fenómenos basadas en la intuición comprensiva como a la proclamación de predicciones proféticas acerca del desarrollo histórico que seguirán en el futuro los acontecimientos.

En este momento, el problema de intervención psicológica ha tenido múltiples trayectorias que pueden ser de amplia consideración para la permanencia de conductas antisociales en una determinada sociedad. En México, las implicaciones que tiene el papel del psicólogo en la impartición de justicia, es de mucho arraigo.

En un estudio realizado por Chimal y Moreno (2001) relativo a un análisis del papel que desempeñan los psicólogos encargados de dar intervención inicial a los menores infractores, en un área que corresponde al Área Metropolitana y el DF; fue posible encontrar algunos elementos que son descriptores totales de las condiciones que mantienen ellos como profesionales en este ramo, a la vez que es posible tomar en cuenta cual es el dominio que tiene la psicología en esta intervención en nuestro contexto. El estudio se realizó a través de la aplicación de una entrevista dirigida a los psicólogos encargados de dar tratamiento e intervención a todos los menores, sean víctimas o victimarios, que se presentan involucrados en un hecho antisocial.

En este estudio, es posible encontrar que el papel que tienen los psicólogos es principalmente el de lograr una readaptación a la sociedad, valiéndose de los medios que le otorga la ciencia a fin de poder desempeñar este trabajo; así se entiende que el papel de ellos no es el de intervenir directamente en la determinación del proceso legal, sino más bien, el de tratar con los menores siendo ya sujetos a un proceso penal. En este estudio es posible encontrar que, para un 60% de los participantes, su diagnóstico no es indispensable para determinar la situación legal.

Este factor cuenta con diferentes determinantes en el sentido de que dentro de un proceso legal, la evaluación psicológica cuenta realmente con poco peso en el procedimiento mismo y que, incluso en algunas dependencias, el diagnóstico es utilizado para aumentar más “el grado de peligrosidad” de un delincuente. Esto sin considerar que la presencia de trastornos conductuales es, en muchos casos, disminuida dentro del tratamiento o es tomada como un factor de poca consideración. El trabajo psicológico se empeña a la readaptación a la sociedad y no necesariamente al tratamiento de problemas de orden conductual, siendo un tratamiento sin metas a largo plazo ni consideración de factores externos de tipo familiar, social o individual.

Sin embargo, estos déficits dentro del tratamiento no responden a una falta de formación profesional, sin tomar en cuenta la escuela de procedencia de los profesionales en psicología³, sino a otras dificultades descritas por Chimal y Moreno como problemas institucionales y dificultades externas y que son:

Problemas institucionales	Dificultades externas
<ul style="list-style-type: none"> ♣ La gestión y políticas internas. ♣ Actualización de áreas. ♣ Falta de apoyo externo tanto de dependencias del gobierno, no gubernamentales y de familias o tutores. ♣ Coordinación interdisciplinaria. ♣ Problemas al aplicar sus conocimientos a casos específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Falta de organización entre instituciones. ♣ Deficiencias en su formación teórica ♣ Falta de interés en la actualización. ♣ Deficiencias al aplicar los sus conocimientos.

Cabe resaltar que el común denominador de los problemas de intervención del psicólogo con los menores infractores es la falta de organización, de conocimientos y actualización; y siendo de orden interno y externo a cualquier institución que se dedica al tratamiento con menores infractores. Cabe resaltar también que este estudio se realizó en instituciones del DF y del Área Metropolitana del Valle de México.

³ Que para el caso del DF y el Estado de México, los egresados en psicología son en su mayoría de la FES Iztacala en un 41%, FES Zaragoza en un 25% y de C. U., en un 16% principalmente. (Chimal y Moreno; Ídem)

Resulta necesario considerar que una de las características de la esquizofrenia como trastorno de conducta, es la alteración impulsiva del comportamiento y que este tiende a ser constante en el diagnóstico psicológico tanto de los criminales, delincuentes y personas antisociales, sin descartar a los menores que caen dentro de esta categoría. Su tratamiento requiere de una aportación interdisciplinaria que difícilmente se aplica en los centros de readaptación social debido principalmente a las problemáticas antes mencionadas. Los psicólogos que inicialmente actúan con los menores, tanto en calidad de víctimas como de acusados, regularmente (más no en todos los casos) mantienen una formación básica, más no especializada en el tratamiento clínico o criminológico; los sustentos teóricos que predominan son la teoría gestalt en un 35%; la sistémica en un 21% y el psicoanálisis en un 17% como teorías dominantes, empero a la situación de que una parte considerable de los psicólogos (un 27%) menciona que su trabajo se empeña en hacer uso de todas las herramientas conceptuales y metodológicas con las que cuente sin tomar en cuenta su origen, cayendo en un eclecticismo que predomina en el tratamiento inicial de los menores. (Véase a Chimal y Moreno; ídem).

Como es posible inferir, el papel del psicólogo en la impartición de justicia es cada vez más concreto e importante para todo el proceso legal y de rehabilitación social, sin embargo, no se descarta que se requiera de una mayor aportación de la ciencia con el fin de que su labor no sea solo de tratamiento sino que además sea preventiva. En primer lugar es necesario tomar en cuenta que los psicólogos requieren de una formación en psicopatología que sea dirigida al conocimiento y tratamiento de problemas conductuales. Tomando en cuenta que la psicopatología, también conocida como psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas, es quizá la especialidad más conocida y la que el público en general asocia cuando escucha la palabra 'psicología', dado que los casos, historias y síntomas de pacientes que muestran

comportamientos inadaptados afectan a la sensibilidad del público y provocan la curiosidad. (Snezhnevski, 1997)

Los sistemas de clasificación de la conducta desviada han cambiado por la mayor información y la modificación de los hábitos sociales y esto es parte del conocimiento que los profesionales deben adquirir. La clasificación que a continuación se esboza deriva de los términos aceptados tradicionalmente, pero agrupa a las enfermedades mentales relacionadas con un perfil criminal en términos de la práctica actual.

Los tres grandes grupos de desórdenes son: las psicosis, trastornos estructurales que implican una pérdida de contacto con la realidad (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, paranoia y psicosis orgánicas) y las neurosis, trastornos no psicóticos, funcionales, que normalmente no suponen una pérdida de contacto con la realidad, aunque la vida del paciente se vuelve infeliz o dolorosa, incapacitándole para ciertas tareas. Entre las patologías y cuadros sistemáticos de las neurosis se encuentran: la ansiedad aguda, las fobias, las neurosis obsesivo-compulsivas y las histerias, así como los desórdenes de la personalidad o psicopatías, que incluyen las personalidades antisociales psicópatas o sociópatas, entre otros comportamientos desviados. (Snezhnevski, Ídem)

La psicología tiene su aplicación en problemas que surgen prácticamente en todas las áreas de la vida social y en los últimos tiempos, en el área jurídica y criminal; por lo tanto su labor que cada vez es mayor, implica no solo un conocimiento que sea eficaz en la intervención, sino que además sea capaz de estudiar los lineamientos necesarios para aplicar sus conocimientos a los factores externos y poder reducir las posibilidades de aparición de toda conducta que sea, en este caso, antisocial y delictiva.

La búsqueda de nuevas formas de intervención psicoterapéutica, debiera ser una premisa de la ética profesional ya que, a través de ello, es posible ampliar los horizontes de aplicación del conocimiento y lograr contribuir de mejor forma en la construcción de un mejor modo de vida social. Sin embargo, pese a que la investigación en el tratamiento psicológico tiene poco empeño, existen modelos que continuamente tratan de ajustarse a nuestro contexto con el fin de volverlos más eficaces. Un ejemplo de nuevos modelos de tratamiento es el modelo cognitivo y su aplicación a delincuentes españoles de Ross y Fabiano (1995), el cual se basa en 3 principios, el primero de ellos consiste en dotar a los profesionales que trabajan en la atención al menor infractor de un modelo teórico. Se trata de poner en evidencia el hecho de que la prevención no puede sustentarse solamente en el marco de esfuerzos aislados y aleatorios, ya que esto impide todo tratamiento de amplio espectro. El modelo elegido para llegar este resultado es el modelo teórico – conductual donde la conducta de un individuo se contempla en el marco de sus interacciones con los escenarios físicos y sociales, y el programa de tratamiento busca ajustar las necesidades y recursos del sujeto a las expectativas sociales del medio.

El segundo de estos principios, es el de diseñar un modelo de evaluación /diagnostico del menor que permita una planificación integrada y comprensiva. En este apartado se incluyen test de diagnostico de origen cognitivo. El tercero es el de proporcionar a los educadores de los centros de menores del conocimiento de las técnicas cognitivas tanto de su teoría como de su practica. Las técnicas del modelo cognitivo ofrecen varias ventajas importantes en contraste con las tradicionalmente empleadas por los profesionales del menor. (Garrido, Ídem)

Como este hay cada vez más modelos que tratan de romper con las tendencias tradicionales de intervención con menores infractores y viene siendo el

resultado de dar un giro a la criminología y prestarle mayor importancia a la construcción de una tecnología social, que tiene la intención de cimentar sus teorías en fenómenos de naturaleza más prácticos en lugar de seguir obsesionados por incursionar exclusivamente en el desarrollo de teorías interpretativas o explicativas de los acontecimientos.

3

EXPLICACIÓN DE LA APORTACIÓN DE LA TECNOLOGÍA SOCIAL AL ESTUDIO DEL MENOR INFRACTOR.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA.

A pesar de los avances que ha logrado la humanidad con el cultivo de las ciencias, no se debe olvidar que, si bien la ciencia es una herramienta poderosa para generar conocimiento, no ha sido el único camino que el hombre ha seguido para ese fin; las otras vías han utilizado la inutilización, la sugestión, la aceptación de la autoridad y hasta experiencia mística. Todas estas herramientas epistemológicas que el hombre ha seguido pueden ser más o menos convincentes que otras, dependiendo de la cultura y del sistema básico individual de creencias, sin embargo, la ciencia se distingue de las otras disciplinas no precisamente por tener el monopolio de la verdad, sino por poseer los medios para someterla a prueba y reforzarla (Bunge, 1989; citado en Silva y Aragón, 1999). Es esta última característica la que ha hecho que en la mayor parte del mundo occidental, la ciencia sea considerada como la herramienta epistemológica que proporciona el conocimiento más convincente sobre el universo (Scott y Wertheimer; 1981; Ídem)

La ciencia –al margen de lo convincente de que pueda parecer la información que proporcione como resultado de ser un proceso de abstracción exclusivamente humano- ha sido juzgada en una gran variedad de formas: como un conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable y fiable. La diversidad del

concepto de ciencia es producto del carácter social que posee; por tal motivo, no tiene sentido inquietarse por esta situación, sino asumir que la variedad continuará siendo siempre la regla más que su excepción debido a la multiplicidad de aspectos y conexiones que tiene con la realidad social. Sin embargo, a pesar de esta diversidad de noción formal de lo que es la ciencia, existe una directriz única: cuando ésta se ve como una herramienta para la adquisición del conocimiento, puesto que, afortunadamente, en nuestro tiempo, un número cada vez mayor de científicos aceptan que la ciencia puede dirigirse a una u otra de tres metas, las cuales son, según Scott y Wertheimer (véase a Silva y Aragón; ídem), las siguientes:

1. *Búsqueda y construcción.* En esta se busca crear, desarrollar o expandir teorías acerca de los fenómenos.
2. *Confrontación y comprobación.* En tal meta se busca confrontar o comprobar las teorías existentes acerca de los fenómenos.
3. *Propositiva.* En ella se busca resolver problemas específicos socialmente relevantes.

Una proporción muy alta de estudios en la ciencia tienen la finalidad de desarrollar teorías explicativas que consoliden el conocimiento que se posee de un determinado fenómeno. En áreas de la ciencia en donde las formulaciones teóricas son más rigurosas y precisas, los estudios se dirigen al diseño de investigaciones cuyos resultados permitan decidir entre teorías alternativas de un mismo fenómeno. Finalmente, existe una cantidad, si bien pequeña, de estudios que no se llevan a cabo con el propósito de comprobar una teoría general o para desarrollar una formulación teórica, sino solo para descubrir la respuesta a un problema específico; esto es, lograr una meta aplicada práctica.

Las dos primeras metas de la ciencia, bajo las cuales subyace la idea de la construcción y comprobación de hipótesis, son, sin duda alguna, las dominantes en los círculos científicos mundiales, lo que ha originado que se sostenga la idea

de que toda investigación debe derivarse de la inquietud de construir o comprobar hipótesis deducidas de teorías que den cuenta de los fenómenos estudiados. En esos círculos se ha olvidado reconocer que los avances en el conocimiento provienen en ocasiones de fuentes inesperadas; ¡cuántas veces un investigador ha guiado sus acciones por una idea surgida de una intuición sobre la naturaleza de un fenómeno que posteriormente es verificada o refutada!

Contrariamente, la importancia de la tercera meta radica en la posibilidad de que los conocimientos generados en los campos teóricos puedan utilizarse en la solución de problemas socialmente importantes. Pero, independientemente de usar los cuerpos teóricos generados en la psicología para explicar los fenómenos, cada vez es más evidente la necesidad de influir en la vida social de un determinado grupo de personas con la finalidad de atacar los problemas psicológicos que enfrentan. Así, es impostergable en la psicología dirigir las acciones hacia el desarrollo de una serie de técnicas encaminadas a dar solución a esos problemas. Los profesionales de la psicología –que hasta hace algunos años se dedicaban exclusivamente a investigar las causas de algunos fenómenos– han encontrado que la realidad les impone no sólo la búsqueda de tales causas, sino que les exige también diseñar formas de intervención que den respuesta a problemas considerados por la comunidad como socialmente importantes, haciendo uso del cuerpo de reglas y leyes derivadas del análisis teórico con que cuenta la disciplina. Esta meta, encaminada a la solución de problemas socialmente relevantes, permite trascender los planos del academicismo y de los foros científicos cerrados, y orientar hacia el grupo social los conocimientos generados al tomar este último como objeto de investigación. Con esta acción se busca que el conocimiento originado a partir del estudio de los fenómenos sociales y de la salud no quede sólo para el autoconsumo de las instituciones involucradas en la investigación, sino que dichos conocimientos sean vertidos, a través de diversas estrategias, hacia el grupo social del cual se derivaron.

En múltiples ramas de la ciencia, se ha adoptado el camino funcional de un tipo de ciencia formal que se distinga por enunciar proposiciones en un orden jerárquico, derivando a través de operaciones lógicas, los axiomas o postulados que satisfacen la condición de unidad conceptual. Así, por debajo de los axiomas se encuentran los teoremas, que corresponden a las demás hipótesis de las teorías (Bunge, 1989; en Ídem, 1999). De esta manera, el hecho de que en las ciencias formales las demostraciones de los teoremas y axiomas no sean el resultado de la experiencia sensible sino de deducciones, ha permitido que el paradigma secuencial de investigación –crear, consolidar y comprobar teorías- sea por el momento el de mayor aceptación en la comunidad científica para acercarse a estudiar los fenómenos propios de dichas ciencias.

La armonía en las ciencias formales entre el objeto de estudio y la secuencia paradigmática utilizada para generar conocimiento se rompe en las ciencias fácticas o materiales; puesto que estas últimas se basan en hechos y experiencias del mundo que nos rodea, sin emplear símbolos vacíos, pues cada símbolo es un objeto real sea este un organismo infrahumano, humano, paciente, región geográfica, institución, etcétera. En las ciencias factuales, ya no se dice “sea X un cualquier objeto o número ideal”, sino “sea X un individuo o grupo de individuos que comparten determinadas características físicas, psicológicas o sociales”. En síntesis, podría decirse que las ciencias formales, por lo que hace al contenido y al método de prueba, son suficientes en sí mismas, mientras que las ciencias factuales, en cuanto al contenido, significado y convalidación, dependen del hecho experiencial; esta situación explica por qué puede conseguirse una verdad formal completa, en tanto que la verdad fáctica resulta la mayoría de las veces huidiza (Bunge citado en ídem, 1999).

Empero a pesar de la necesidad de que las ciencias fácticas proporcionen respuestas a los problemas sociales concretos, en el presente se ha seguido una línea de razonamiento deductivo idéntico al de las ciencias formales; esta

inclinación ha implicado cierto desprecio en la comunidad científica – principalmente en el campo de la psicología- hacia el estudio de los cambios producidos por las estrategias en la solución de problemas de relevancia social. Como consecuencia de esta tendencia, en las ciencias factuales se ha adoptado el mismo paradigma secuencial de crear, desarrollar, consolidar y comprobar teorías explicativas de los fenómenos, y sólo hasta el final de este proceso, se procura alcanzar, con todos los conocimientos de adquiridos en las etapas anteriores, una meta aplicada práctica. Es así que el razonamiento hipotético-deductivo desarrollado por Aristóteles ha invadido los círculos científicos desde esa época hasta nuestros días (Sosa, 1990).

En el aspecto metodológico, el efecto que ha tenido la hegemonía en los círculos científicos del razonamiento hipotético-deductivo es que se considere que cualquier intento de construir un conocimiento científico en la psicología que dirija su atención a algún aspecto empírico del fenómeno, debe cumplir con ciertos requisitos como: a) pasar de afirmaciones generales a otras más particulares; b) elegir aleatoriamente el segmento poblacional o temporal que se habrá de analizar; c) determinar la normalidad en los parámetros de la población que se desea analizar; d) utilizar grandes grupos de sujetos; y e) emplear medidas de alta precisión (Hayes, 1981; Ídem. Estas restricciones han contribuido también al fortalecer la creencia de que los conocimientos generados a partir de la solución de un problema socialmente relevante, al no satisfacer los requisitos metodológicos propios de la aproximación hipotético-deductiva –como sería, por ejemplo, la selección de una muestra aleatoria de una población-, los conocimientos generados no cumplen con el criterio de científicidad en virtud de que, a partir de estos hallazgos, no se comprueba una teoría general o se desarrolla una formulación teórica del fenómeno.

La adopción del paradigma secuencial derivado del razonamiento deductivo ha ocasionado en la psicología que se le otorgue más valor la creación, desarrollo, consolidación y comprobación de las teorías explicativas de los fenómenos,

relegando a un segundo término –y lo que es más grave, considerando de poco valor científico- a los estudios encaminados a la selección y aplicación de las mejores estrategias para solucionar problemas socialmente relevantes bajo el argumento erróneo de que, como en estos estudios no se explica el porqué de las cosas, los conocimientos generados no alcanzan el criterio de cientificidad. Así, es posible citar una serie de elementos que nos permitan determinar el rumbo que la psicología, como ciencia y disciplina social con un papel como la ingeniería, la economía o la medicina, pueda seguir; corriendo el riesgo de que los estudios naveguen exclusivamente en el campo de la construcción, explicación y comprensión de los fenómenos, y nunca llegue a la búsqueda de soluciones de problemas de importancia social, con lo que estaría a un paso de convertirse en una empresa dedicada a la crítica literaria y a ofrecer puntos de vista y opiniones interesantes acerca de un determinado problema social, sin aportar elementos que dirigieran al espíritu humano a la búsqueda de la verdad.

Así pues, es posible reiterar lo que en su momento Silva y Aragón (1999) señalan, mencionando que lo adecuado en el momento actual es acercarse a la investigación de los fenómenos de la psicología con una visión paradigmática que tenga teorías convencionales, pero que a su vez sea fundamental el hecho de desarrollar estrategias de intervención para eliminar, acelerar o disminuir la frecuencia de ocurrencia de un determinado fenómeno. Es necesario mencionar que algunos investigadores en psicología han encontrado que la realidad les impone quedarse no sólo en la búsqueda de las causas que originan los fenómenos con el propósito de construir modelos teóricos que los expliquen, sino que les exige también diseñar formas de intervención que den respuesta a problemas considerados por la comunidad como socialmente importantes.

Precisamente una de las ideas que se busca difundir en esta tesis, busca unir el desarrollo de tecnología con la creación y difusión del conocimiento científico, así como adoptar una nueva secuencia paradigmática de investigación

en la psicología que invierta la dirección tradicional que ha seguido la ciencia. El cambio paradigmático consiste en dar un giro de ciento ochenta grados a la forma tradicional de generación de conocimiento científico en la psicología; iniciando con un proceso de indagación dando respuesta a los problemas psicológicos socialmente relevantes, para después pasar a las teorías y terminar desarrollando o expandiendo las mismas. Este cambio de dirección es muy semejante a la acción de abrazar un nuevo paradigma en el que el científico, a decir de Kuhn (1989, en Ídem), se convierte en un hombre que usa lentes que invierten la imagen, lo que ocasiona que perciba y comprenda los fenómenos de manera muy diferente.

APLICACIONES DE LA TECNOLOGÍA SOCIAL EN EL ÁMBITO DE CRIMINOLOGÍA EN MENORES INFRACTORES.

Los intentos modernos de tratamiento de los delincuentes deben casi todo a la Psiquiatría y a los métodos de estudio aplicados a casos concretos. Todavía queda mucho por aprender de los delincuentes que son puestos en libertad condicional y cuyo comportamiento dentro y fuera de la prisión se estudia detenidamente. La actitud de los científicos contemporáneos es que los delincuentes son individuos y que su rehabilitación sólo podrá lograrse a través de tratamientos individuales y específicos. Por otro lado, el incremento de la criminalidad juvenil desde la II Guerra Mundial ha preocupado a la sociedad y ha estimulado el estudio sobre los desequilibrios emocionales que engendra la delincuencia. El creciente conocimiento de la delincuencia ha contribuido a la comprensión de las motivaciones de los criminales de todas las edades. En los últimos años, la delincuencia ha sido atacada desde muchos campos. Aumentar la eficacia de esta labor mediante actuaciones policiales y los procesos judiciales ha sido una de las principales preocupaciones de los criminólogos. Esta inquietud se fundamenta en la convicción ética y doctrinal de que los criminales no pueden ser tratados y rehabilitados hasta que son aprehendidos y procesados y de la conciencia de que si se comete un delito se tiene grandes

probabilidades de ser detenido y condenado representan el más eficaz instrumento disuasorio para reprimir la actividad delictiva. Vale la pena mencionar que actualmente en México se reveló que sólo se denuncia un 45% de los delitos, y de ellos solo un 2% tenía un proceso jurídico, quedando automáticamente impune el 98% restante. De ese 2% como un total sólo el 8.5% finalizaba con un castigo adecuado para el victimario¹.

El tratamiento y rehabilitación de los delincuentes ha mejorado en muchas áreas. Los problemas emocionales de los condenados han sido estudiados y se han hecho muchos esfuerzos para mejorar su situación. En este sentido se ha formado a muchos psicólogos y trabajadores sociales para ayudar a adaptarse y reinsertarse en la sociedad a los condenados que se hallan en libertad condicional, a través de programas de reforma y rehabilitación dirigidos tanto a jóvenes como a adultos. (Garrido,1993.)

En numerosas comunidades se han realizado iniciativas destinadas a afrontar las condiciones que generan delincuencia. Los criminalistas reconocen que tanto los delincuentes juveniles como los adultos, son el principal producto del hundimiento de las normas sociales tradicionales, a consecuencia de la industrialización, la urbanización, el incremento de la movilidad física y social y los efectos de las infravivienda, el desempleo, las crisis económicas y las guerras. La mayoría de los criminólogos cree que una prevención efectiva del delito requiere instituciones y programas que aporten guías de actuación y el control realizado, tanto en el plano teórico, como en el que atañe a la tradición, por la familia y por la fuerza de la costumbre social. La mayoría de la opinión pública entiende que para solucionar el problema de la delincuencia es importante el arresto y condena de los delincuentes y plantear la alternativa de su reinserción, aunque en los últimos años se están fortaleciendo las actitudes

¹ Tomando en cuenta que el índice de criminalidad está en aumento en varios estados de la República y el DF, siendo considerables estos aumentos en Chihuahua, Puebla, Guanajuato, Chiapas y la Ciudad de México. (Fuente: PGR, 2003)

de los que piensan que la rehabilitación está fallando y que hacen falta, en cambio, imponer penas más largas y severas para los delincuentes. (Beristain, 1994).

En el campo de criminología ha sido poco reconocido la labor del psicólogo, quizás porque no se ha encontrado una propuesta que sea totalmente acertada a encaminar la modificación de la conducta del delincuente, o tal vez, ha sido poco difundidas las que existen. Es muy difícil, sin embargo, encontrar este tipo de trabajo en nuestro país, casi todas las propuestas de intervención provienen de abogados o médicos psiquiatras, e incluso, de profesionales de la sociología en su mayoría extranjeros.

El campo de la comisión de conductas antisociales en los últimos años – como tan acertadamente lo comentan algunos autores (De la Garza, 1989; Garrido, 1993)- ha sido dominado por una tendencia netamente normativa y discursiva de naturaleza sociológica que se ha enfocado principalmente a la búsqueda de los correlatos sociales y demográficos de la delincuencia, así como también en como ha ido cambiando la normatividad elaborada por la sociedad con el propósito de tener fronteras que mantengan bajo cierto control la comisión de conductas violatorias de bienestar social. La característica distintiva de esta tendencia ha estado enmarcada por concepciones sociológicas, normativas o estructurales en las que los procesos de razonamiento de los individuos no son importantes en la comprensión y explicación de la conducta antisocial. La predilección por estos enfoques ha producido una gran cantidad de información, la mayoría de las veces de un carácter exclusivamente del tipo narrativa.

En el caso de la actividad de la criminología, ésta ha estado vinculada principalmente a la creencia de que por ser ciencia encaminada a la intervención de los propósitos y significados de la criminalidad no es posible generar en ellas

ningún conocimiento que difunda universalidades uniformes validas que expliquen los acontecimientos particulares, es evidente que el nivel de criminalidad esta determinado, cada año, por las condiciones del medio físico y social combinados con las tendencias hereditarias y los impulsos ocasionales de los individuos siguiendo una ley que es llamada “ley de la saturación criminal”.

Sin embargo, la criminología no tiene por qué encaminarse a la búsqueda de leyes para explicar o predecir nomológicamente sus fenómenos; en todo caso, de ser necesario deberían abocarse a la búsqueda de leyes o tendencias históricas, pero bajo ninguna circunstancia a leyes nomológicas, legaliformes como sucede en la física. En este sentido los esfuerzos deben de encausarse a la interpretación del significado de las acciones humanas, descartando de su análisis el examen de la descripción y reproducción con exactitud de los fenómenos, centrando el interés principal de la comprensión de las obras humanas, que por su naturaleza son únicas e irrepetibles. La idea subyacente en estas creencias consiste en suponer que es posible descubrir y entender, intuitivamente como y por qué ocurrió un determinado suceso y que a través del uso de la comprensión es factible entender de una manera indiscutible, sus causas y sus efectos, esto es, la fuerza que lo ocasiono y su influencia sobre otro sucesos.

La contribución de éste razonamiento en el desenvolvimiento de la criminología, especialmente en países en vías de desarrollo como México, ha sido el cultivo desproporcionado –por parte de los círculos científicos- de macroteorías de naturaleza netamente interpretativa en donde el problema del significado de las acciones humanas y la forma en que se representan estas, se ha canonizado como el ideal supremo al que se debe inspirar todo intento de investigar cualquier asunto humano.

Ante esta problemática, la propuesta de trabajar bajo un marco científico que implique el uso de una tecnología social, se deriva más que nada, de la falta de información sobre las causas de la criminalidad, que si bien, se realizan indagaciones y peritajes, casi nunca es posible establecer un diagnóstico sin haber caído en la subjetividad del psicólogo y basándose en su mayoría en datos meramente anecdóticos y fanatizados.

Lo que se propone es estudiar las condiciones sociales, físicas y culturales en las cuales se desempeña el delincuente y el delito, así poder establecer, después de un procedimiento totalmente apegado al método científico (observaciones, planteamiento del problema, justificación, hipótesis, etc), principios generales de operación de los fenómenos en la criminología.

La propuesta no solo hace énfasis a una tecnología que deba dirigirse a describir las condiciones cualitativas o cuantitativas de la criminalidad, sino que también debe conducir sus esfuerzos a encontrar cuales son las medidas que se deben de tomar en cuenta para determinar un resultado. Esta tecnología debe elaborar sus propios procedimientos de exploración que se adapten a las circunstancias concretas de los fenómenos o problemas sociales derivados de la criminalidad, aunque su parecido se aleje marcadamente de la forma en que la ciencia estudia los casos puros en ambientes más controlados. La creación de la tecnología social no debe verse frenada porque en algunas áreas solo se este empleando un cúmulo de reglas empíricas que a simple vista no tienen ninguna conexión con principios científicos, puesto que en la ciencia existen muchos ejemplos en donde las acciones se llevan a cabo sin saber inicialmente dentro de que orientación teórica pueden acogerse.

Encaminar a la criminología a la exploración de los principios generales de operación de los fenómenos permite extender las fronteras del conocimiento más

allá de la sola demostración de la consistencia interna que posee una determinada teoría explicativa que se ocupa de cierta porción de la realidad de la criminalidad, ya que además ofrece la oportunidad de establecer conexiones entre fenómenos que se consideraban inconexos hasta ese momento, al descubrir los principios operativos que les son comunes. Es indiscutible que existe una gran cantidad de actos delictivos que no comparten ninguna similitud en cuanto a la forma en que se manifiestan, pero que sin embargo, están estrechamente relacionados en cuanto a los principios generales que los producen; por ejemplo, en el caso de que un fenómeno engulla a otro, o en la situación en que se descubre que dos actos delictivos tienen una frontera común.

En el plano operativo, el diseño de una tecnología social encaminada a solucionar problemas, en contraposición con la alternativa de construir teorías y modelos explicativos que den cuenta del problema seleccionado, tiene un privilegio mas, como consecuencia de que su desarrollo no esta condicionado por hipótesis que restrinjan su actuar y la comprometan con una predicción. Por el contrario, el privilegio que posee la búsqueda de solucionar un problema socialmente relevante se deriva del hecho de no obsesionarse con una hipótesis determinada, ya que cualquier resultado obtenido al aplicar la tecnología social que no contribuya a la solución del problema, únicamente es considerado como una estrategia poco efectiva para cambiar el rumbo de los acontecimientos, por lo que surge la necesidad de dirigir las acciones hacia otra dirección en las que se tengan cifras esperanzadoras de que se obtendrán mejores resultados y, una vez logrado esto, proceder a insertar los nuevos hallazgos dentro de un marco teórico que de fe de ellos.

Una virtud mas de la creación y aplicación de una tecnología social radica en que no se aferra demasiado a hipótesis preestablecidas, lo que le otorga la posibilidad de descubrir nuevos fenómenos por casualidad que lleguen a en un momento, a revolucionar una determinada teoría científica explicatoria. No se debe descartar esta posibilidad puesto que es posible hacer muchos

conocimientos importantes al aplicar una tecnología social para solucionar un problema, ya que es indiscutible el papel que juega el azar en la construcción del conocimiento científico.

Finalmente, no resta mas que señalar en el momento que se puede prever que requerimientos existirán en el futuro, en la actualidad es impostergable dedicar mas tiempo a la construcción de una tecnología social de naturaleza gradual cuya finalidad sea solucionar el problema de la criminalidad. No obstante que la historia enseña que no es posible predecir con exactitud las directrices de las necesidades futuras que se tenga de la criminología para construir conocimiento científico, lo que sí es posible con toda certeza, es que las semillas de los avances venideros se estarán sembrando al momento en que las disciplinas que engloban las ciencias sociales y de la conducta inviertan una proporción de sus esfuerzos en la construcción y desarrollo de una tecnología social gradual.

4

EL TRABAJO CON MENORES INFRACTORES EN MÉXICO -Metodología-

PROCESOS DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS EN EL ESTUDIO DE TRASTORNOS CONDUCTUALES EN MENORES INFRACTORES.

Considerando las dimensiones de esta investigación como parte de un trabajo de mayor proporción, así como los objetivos y posturas del mismo; se describe la metodología principal de la investigación y la forma de trabajo que nos permitió cubrir los objetivos y dar respuesta a los planteamientos iniciales. La metodología correspondió a un diseño de cohortes tal como lo señala el responsable de este proyecto (Silva y González; 1997) dado que dentro de la investigación se hacen comparaciones transversales. Después de haber presentado el criterio de selección de la metodología, se tuvo que abordar la manera de definir y conformar las unidades de análisis; posteriormente se describirá el diseño de la investigación y la definición de los cohortes generales así como de las fases particulares; así mismo se presentarán los instrumentos que se utilizarán para evaluar a los menores. Finalmente se detallará la forma en la que se realizó el análisis de resultados.

UNIDADES DE ANÁLISIS

Es notable considerar que en el campo de las ciencias sociales y del comportamiento, se ha realizado una distinción de unidades de análisis que defina a aquellas que son *repetitivas* y *replicativas* (Véase a Silva y González; Op. Cit.). Con tales aportaciones es posible ampliar los horizontes de la investigación, proporcionando alternativas que distinguen entre unidades de observación claramente identificables dentro de una muestra como lo son las repetitivas; así como aquellas unidades que se definen conceptualmente y lo que se observa son entidades abstractas, siendo estas unidades replicativas.

Dentro de esta investigación central, la unidad de análisis utilizada es de tipo repetitiva, dado que los individuos de los cuales se recopiló la información, fueron los mismos. La muestra de la unidad repetitiva de cohorte de menores acusados quedó conformada por menores infractores que participaron en un hecho antisocial y fueron remitidos a las Agencias Especializadas en Asuntos del Menor e Incapaces de la Procuraduría del Distrito Federal. Por su parte, la unidad repetitiva de la cohorte de menores víctimas se hizo a través de cuatro canales. El primero correspondió a los menores cuyos nombres y domicilios quedaron registrados en las averiguaciones levantadas en la agencia especializada del menor y que además sus padres manifiesten su consentimiento para permitir evaluar el ámbito social, psicológico y familiar del menor¹. El segundo canal correspondió a menores que fueron remitidos, en calidad de víctimas de algún delito, a la Casa Hogar del DIF del municipio de Tultitlán, Estado de México. El tercer canal estuvo conformado por menores de que asistieron a los distintos locales del PIAV (Programa Interdisciplinario de Apoyo a Personas Violadas), por haber sido víctimas de algún delito. Por último, el cuarto canal lo formaron

¹ La posibilidad de realizar tal investigación en las Agencias Especializadas para obtener la muestra de menores en la unidad repetitiva de las cohortes de víctimas y acusados es una garantía y solo depende de la voluntad de los padres; esto es debido a que las personas integrantes del proyecto han realizado sus trabajos de investigación en las cuatro agencias especializadas existentes en el Distrito Federal desde hace más de cinco años.

menores que asistían al UEPI (Unidad de Evaluación Psicológica de Iztacala) para someterse a una evaluación psicológica y que fueron víctimas de algún delito en los dos últimos meses contando a partir del momento en que se presenten a consulta. En función a las determinantes actuales que existen con relación a la cantidad o magnitud de una muestra, en este estudio el número de sujetos que integraron las dos cohortes no fueron una muestra representativa de la población en general; sin embargo, esto no minimiza la validez de la representatividad dado que es aún una incertidumbre poder establecer lineamientos que sirvan para estructurar una muestra representativa exacta de una población.

Dentro de las investigaciones en las áreas sociales y de la conducta la validez de las muestras aleatorias se ha visto afectada por las múltiples investigaciones de varios autores que señalan que toda investigación debe tener un balance preciso entre las distintas clases de validez, y no que se le dé mayor importancia a la selección aleatoria de la muestra ya que habrá algunos casos en donde esta no contribuya en lo absoluto a fortalecer la relevancia teórica o práctica de la investigación (Cook y Campbell, 1979; Aranau, 1984; Kratochwill, 1979; Yin, 1984; citados en Silva y González, Op. Cit.). Dados estos criterios, la muestra aleatoria dejó de ser la única opción para lograr validez externa y tomó importancia lo que Yin (1984) dio por llamar validez conceptual, refiriéndose a la generalización teórica de los conceptos o paradigmas encontrados por una ciencia a diferentes contextos y distintas especies. Fue precisamente en estas ciencias en donde se empezó a cuestionar por primera vez si era realmente necesario el muestreo aleatorio para estudiar los fenómenos comprendidos dado que existen conocimientos que tienen una fortaleza muy grande y que no se habían generado a partir de muestras aleatorias. Queda entonces establecido que si se pretende desarrollar una investigación que establezca el grado de validez de una teoría, debe centrarse más en el nivel de generalización conceptual de dicho paradigma, para que posteriormente establezca niveles de generalización a través de ambientes, especies², del tiempo (mantenimiento), terapias, etcétera³.

² De fundamental importancia para la psicología comparada.

EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación buscó tener un acercamiento tanto al estudio de la antisocialidad en menores así como de las manifestaciones de los desórdenes conductuales como la esquizofrenia, partiendo de una epistemología que considere a estos factores no como eventos estáticos sino como eventos dinámicos. A partir de tal visión, el estudio se centró en la revisión exhaustiva del proceso de dichos fenómenos y la relación mantenida entre ellos, identificando los patrones seguidos por estos fenómenos con el propósito de utilizar esta información con fines predictivos del comportamiento futuro de antisocialidad en menores, así como para determinar los diferentes vínculos que tiene la esquizofrenia como resultado del efecto de pertenecer a la cohorte de víctima o de acusados.

POBLACIÓN PARTICIPANTE.

Para cumplir con los objetivos de éste estudio, fueron seleccionados 120 menores involucrados en conductas antisociales⁴; sujetos que fueron partícipes en algún tipo de conducta tipificada como delito como es el robo, homicidio, abuso de confianza, portación de armas, violación o secuestro. A todos ellos les fue solicitada su participación para ser evaluados dentro de estas dimensiones. Dadas las características de esta investigación, que busca encontrar la relación que existe entre la conducta delictiva de los jóvenes infractores con el trastorno esquizofrénico a fin de poder establecer las bases para una futura planeación e intervención, es que fueron contemplados solamente menores infractores y no así los menores que fueron víctimas, que si bien resultaría importante también

³ Entre los autores citados, existe la noción de que las *muestras conceptuales* pueden tener una importancia en la investigación con amplia magnitud; en referencia a ello citan el trabajo de Pavlov, con el cual fue posible determinar la teoría del condicionamiento clásico en forma universal sin la necesidad de que él manejara una muestra muy extensa, y esto no fue causante para que su teoría no tuviera validez.

⁴ Localizados a través de los cuatro canales mencionados anteriormente y que corresponden a las agencias especializadas, casa hogar de Tultitlán, PIAV y UEPI.

analizar, el tipo de vínculo y las manifestaciones conductuales tienden a ser diferentes, situación que merecería un estudio adicional tanto por su etiología como por la forma de intervención.

En relación con la cantidad de menores partícipes, es necesario mencionar que el criterio de conformación no fue de cantidad; mas bien se siguió un criterio de tipo temporal puesto que se dio por conformada cada cohorte después de dos años de haberse iniciado el estudio; esto es, se tomó como número de las cohortes exclusivamente de aquellos menores de los que se tuvo información; tanto en los dos primeros años en donde fueron evaluados a través de los instrumentos correspondientes y en el último año se realizó exclusivamente la fase de seguimiento.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

La evaluación del ámbito social, psicológico y familiar se realizó principalmente a través de autorreportes y autoinformes, así como a partir de los productos permanentes que dejaron en el ambiente la conducta de los menores; haciendo un énfasis especial hacia aquellos datos que dieron cuenta de los trastornos comportamentales que refirieron a la esquizofrenia. A través de estos últimos fue posible establecer perfiles que permitieron delinear las características relevantes a nivel social, psicológico y familiar que marcaron diferencias entre un menor víctima de un menor acusado, pero además establecer los indicios que existen sobre estos trastornos en la conducta de tales individuos. Otra parte de la información fue obtenida de la revisión de las averiguaciones previas de las agencias especializadas, así como de las entrevistas a profundidad realizadas a los menores víctimas en la Casa Hogar del DIF, PIAV y UEPI.

En la estructura del proyecto general, se tuvo contemplado realizar la evaluación de los ámbitos social, psicológico y familiar a través de baterías de pruebas especializadas para cada ámbito; estas son:

- ♣ *Para el ámbito social.* Se utilizaron dos cuestionarios; uno de ellos fue el cuestionario de adaptación para adolescentes de Bell (1991), ya que cuenta con cuatro medidas de adaptación que son: adaptación familiar, a la salud, social y emocional. Cuenta con medidas que permite deducir fácilmente las dificultades de adaptación a un determinado campo y además con un coeficiente de confiabilidad entre .80 y el .99 entre las áreas de adaptación. Otro es el cuestionario de conductas antisociales y delictivas de Seisdedos (1988); consta de 40 elementos que miden dos dimensiones del comportamiento humano: la conducta antisocial y las conductas delictivas graves. La confiabilidad encontrada por este autor es de .862 para los hombres y .860 para las mujeres.
- ♣ *El ámbito familiar.* Fue evaluado a través de la escala de clima familiar de Moos, Moos y Trikett (1989); esta escala cuenta con tres subescalas que son la de relaciones, la de desarrollo y la de estabilidad, y cada una de ellas está constituida por dimensiones, que son la cohesión, la expresividad y conflictos para la subescala de relaciones; mientras que la de desarrollo incluye la autonomía, la actuación, la intelectual – cultural, la social recreativa y la moralidad religiosa. La tercera subescala que es la de estabilidad, incluye las dimensiones de organización y la de control.
- ♣ *Ámbito psicológico.* Es aquí en donde la investigación deposita mayor atención dado que esta dimensión se evaluó con un inventario muy completo desarrollado por Achenbach cuya última adaptación se realizó en 1991. Este inventario proporciona información sobre diversos aspectos de la personalidad de menores entre 4 y 18 años, tales como conducta psicopatológica, depresión, conductas obsesivas – compulsivas, conducta somática compulsiva, retraimiento, hiperactividad, agresión y conductas delictivas. Cuenta con una estandarización amplia en cuanto a su aplicación en distintos grupos socioeconómicos y raciales y con niveles de confiabilidad en niños normales de .89 y un acuerdo de intercorrelación superior a .66. Las subescalas pueden convertirse en puntajes T, los cuales

nos pueden permitir un grado de perturbación psicológica; determinando que una puntuación de 63 es el criterio recomendado para distinguir entre un grado de perturbación normal al de uno clínico. Otra ventaja es que este inventario se puede aplicar varias veces sin que sus resultados se vean sensiblemente afectados.

Para efectos de este estudio, el análisis de resultados se enfoca principalmente en los datos que arrojó este último inventario, dado que es aquí en donde es posible conocer los grados de repercusión que tiene el trastorno de esquizofrenia sobre la conducta de los menores en cualquiera de sus papeles. Así pues, la aportación de este estudio es encaminada a determinar los grados de injerencia de la esquizofrenia en la conducta de los jóvenes infractores; correspondiendo así los hallazgos a complementar la evaluación de la manera en que se producen los cambios en lo social, lo familiar y sobretodo en lo psicológico en la persona del menor como producto de estar implicado en la comisión de un hecho antisocial.

ESQUIZOFRENIA Y CONDUCTA DELICTIVA: ALGUNOS HALLAZGOS RELEVANTES.

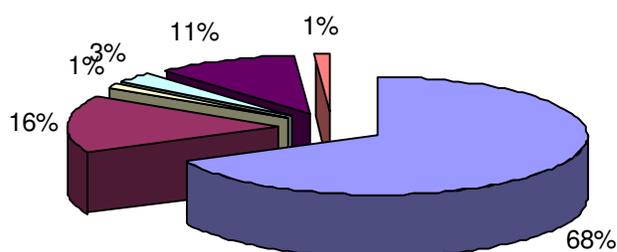
Los resultados de los análisis realizados se presentan en el siguiente orden: a) análisis de la conducta delictiva de la población participante; b) estudio y comparación entre los grados de arraigo de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Conducta Infantil de Achenbach; c) la diferencia entre las características conductuales de los menores infractores y de los pacientes jóvenes esquizofrénicos; y d) la implicación de la esquizofrenia sobre la conducta delictiva.

La muestra constó de 120 menores jóvenes infractores con las características mencionadas en el método; a ellos se les fueron aplicadas todas las pruebas psicológicas también descritas anteriormente y cada una de ellas aportó datos de relevancia que han servido para determinar perfiles diversos en cada aspecto evaluado. Este trabajo centra su atención en el análisis de resultados del Cuestionario de Conducta Infantil (CBCL por sus siglas en inglés)

de Achenbach. Esta prueba permite definir un perfil en el cual se miden trastornos de conducta tales como problemas de atención, problemas somáticos, ansiedad – depresión, entre otros.

Debido a la finalidad de la investigación, primero se deben tomar en cuenta cuales son los hechos antisociales en los que están involucrados los menores a fin de tener primero una idea de lo que implica el esquema juvenil delictivo que hay en nuestro país; en la siguiente gráfica es posible contar con los siguientes datos correspondientes a nuestra muestra.

Gráfica 1. Porcentaje de distribución del tipo de delito



La tendencia se inclina hacia la conducta de robo como la más recurrente, abarcando un 68% de esta muestra; seguida del homicidio con un 16% y la violación con un 11%. Estos resultados muestran diferencias en cuanto a la preferencia delictiva de los jóvenes, dando así pauta inicial a las posibles especulaciones relativas a la delincuencia en nuestro país; sin embargo, los datos que se presentan más adelante nos revelan más detalles.

Resulta preciso no quedarse solo con estos datos; tomando en cuenta el objetivo general, debemos centrar nuestra atención también a los perfiles que estos jóvenes presentaron. Dado que mencionamos que la prueba utilizada para este estudio evalúa perfiles que esquematizan los niveles de arraigo de trastornos de conducta, debemos determinar los niveles de arraigo de estos trastornos en los

menores para poder determinar un perfil general, posteriormente diferenciar cuales de estos trastornos mantienen una relación directa con la conducta esquizoide así como su prevalencia. Adicionalmente a los resultados acerca de los grados de arraigo de estos individuos, es necesario mencionar que tales niveles son el producto del análisis que fueron obtenidos durante los intervalos de tiempo estipulados; a partir de ello es posible definir cuales son los índices que prevalecen durante un periodo de observación. Las medidas descriptivas del CBCL para la muestra en general se exponen en la tabla 1, así como las tendencias para cada una de estas medidas.

Tabla 1. Medidas descriptivas, variables y números de reactivos de la escala.

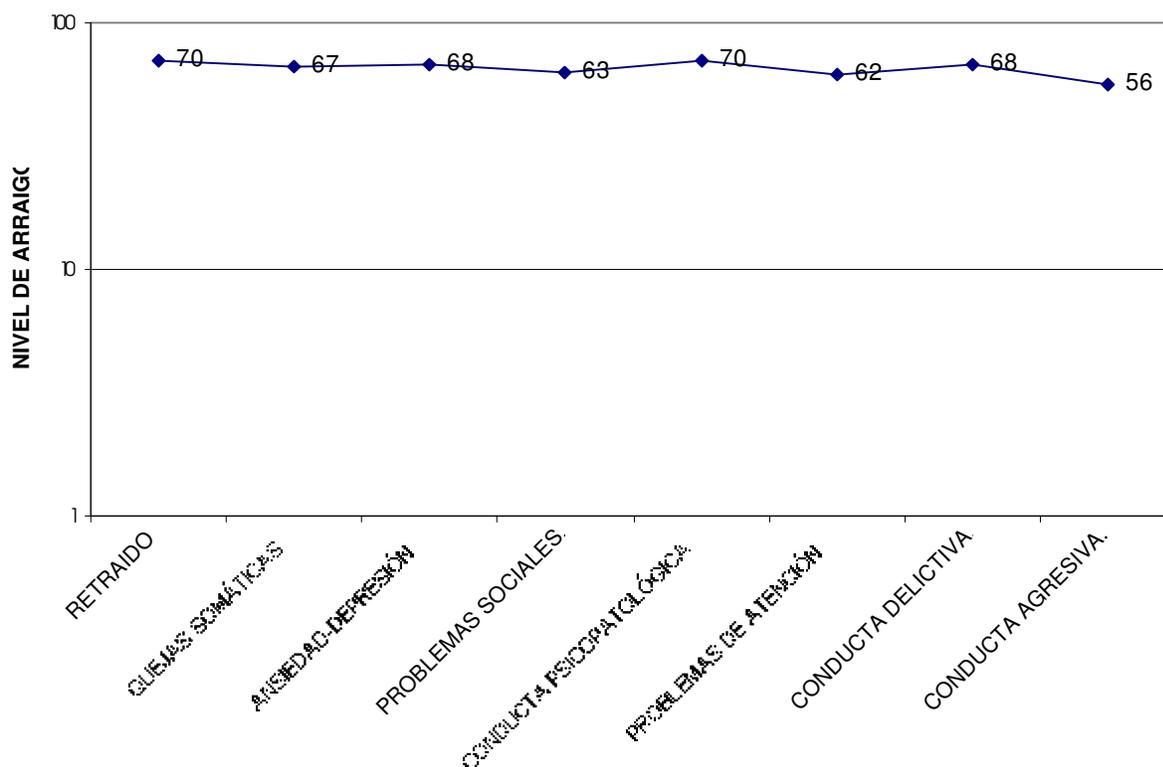
<i>VARIABLE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>No. De reactivos</i>
Retraído (**)	0	18	7.775	9
Quejas somáticas	0	14	3.933	9
Ansiedad-depresión.	0	23	10.583	14
Problemas sociales.	0	10	3.575	8
Conducta psicopatológica.(**)	0	12	3.975	6
Problemas de atención.	0	17	7.883	11
Conducta delictiva.	0	22	7.52	13
Conducta agresiva. (*)	0	30	9.006	20

En la tabla, los puntajes que se presentan corresponden a cada uno de los niveles que, dentro de la muestra, fueron los niveles mínimos y máximos para cada variable; es decir, se presenta el puntaje más bajo de todos los que hubo así como el más alto, y el promedio aritmético de toda la población, teniendo así diferencias entre cada variable; además se exponen también la cantidad de reactivos que se emplean en la evaluación de cada variable dentro del CBCL; sin embargo los números más altos no son necesariamente los que tienen mayores niveles de arraigo dentro de los perfiles de los menores, es por eso que para poder distinguir tales casos, algunos puntajes van seguidos de dos asteriscos (**) para indicar la que, dentro de la conversión a puntajes de arraigo, es la más alta, y de un asterisco (*) la variable que tiene menor nivel dentro de los perfiles una vez realizada la conversión a puntajes de arraigo. Como es posible observar, a pesar

de que los trastornos de *ansiedad-depresión* y *la conducta agresiva* son las variables que mayores puntajes presentan, no son en sí las que tienen mayor dominio; caso contrario ocurre con la variable de *retraimiento* y la de *conducta psicopatológica* que fueron las variables con un mayor puntaje dentro de los perfiles de estos menores, esto se obtiene una vez que se realiza la conversión a puntajes de arraigo.

Para poder realizar la conversión de estos puntajes a niveles reales de arraigo dentro de un perfil, Achenbach estandarizó y confiabilizó una tabla que permite ubicar estos puntajes dentro de una interpolación; así una vez convertidos los puntajes, los perfiles son definidos. Dentro de la muestra de la investigación, el perfil promedio queda de la siguiente forma, como lo muestra la gráfica dos.

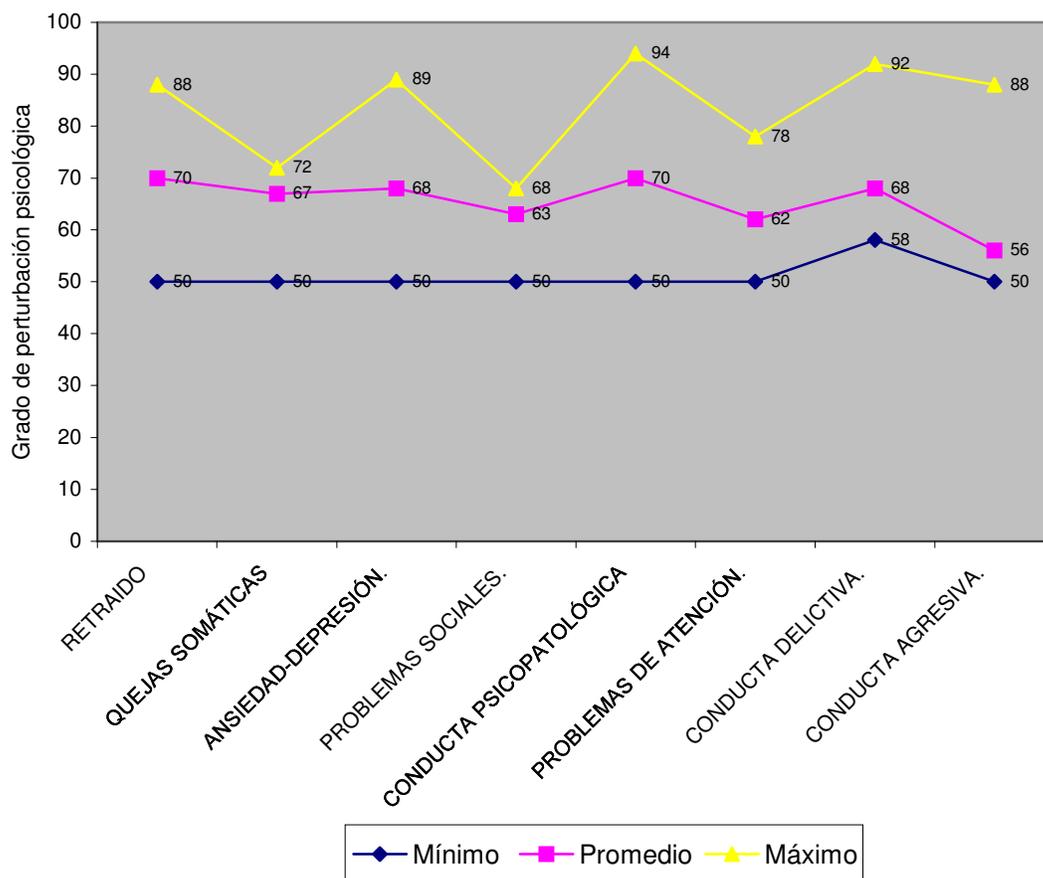
RESULTADOS GENERALES DE LA MUESTRA



Gráfica 2. Índice de arraigo de trastornos de conducta en menores infractores según el CBCL

Como podemos observar en esta gráfica, los perfiles reiteran la ubicación de las variables dentro de sus dimensiones reales. Considerando que los valores corresponden a niveles utilizados por Achenbach para poder partir de grados de perturbación psicológica y que el nivel recomendado por este autor es de 63 como un límite entre un grado de perturbación normal a uno que es clínico, entonces podemos observar que dentro del perfil promedio, lo que son *problemas sociales, problemas de atención y la conducta agresiva*, son las variables con un grado de perturbación normal correspondiente a esta conversión en promedio, mientras que todas las demás variables están por encima de este límite.

En la siguiente tabla hacemos un contraste de estos niveles promedio con los puntajes máximos y mínimos encontrados en la muestra, haciendo una comparación. Esta comparación es interesante por los datos que aporta. En primer lugar, observamos que la variable que mantiene niveles altos –más no necesariamente mayores a los grados considerados clínicos- es la correspondiente a la *conducta delictiva* y a la *conducta psicopatológica*; mientras que la variable que mantiene una tendencia menor es la *conducta agresiva, los problemas de atención y los problemas de socialización*. Esta tendencia nos permite dejar a un lado la idea de que los jóvenes considerados criminales no son necesariamente jóvenes agresivos; esta gráfica presenta la comparación precisamente entre el caso –de los 120 analizados- que presentó mayores niveles de perturbación, el promedio de todos los casos y el caso que presentó menores niveles y en los tres casos existe la misma tendencia. Además también se puede corroborar que los menores involucrados en estos hechos no tienen un perfil que determine problemas de orden social.



Gráfica 3. Comparación entre el nivel de arraigo mínimo, máximo y el nivel de arraigo promedio de toda la muestra.

Con respecto a las variables con mayor grado de perturbación podemos decir que sobresale la *conducta ansiosa - depresiva* como una de las variables que presenta determinada propensión a estar presente en los menores involucrados en hechos antisociales, tomando en cuenta además que no solo en los jóvenes considerados infractores mantienen esta tendencia, sino que son múltiples los estudios que demuestran que la población juvenil en general es una de las más vulnerables a presentar estos cuadros conductuales por muy diversas causas. Para efecto de este estudio, estos datos son importantes dado que, como

será visto más adelante, mantiene relación directa con los problemas derivados de la esquizofrenia.

Uno de los datos que demostró esta misma tendencia, aún en el caso de menor puntuación dentro de la muestra, es el que tiene que ver con la *conducta delictiva*. Resulta evidente que esta variable conductual es manifestada en absolutamente todos los casos, dando por entendido que los jóvenes que cuenten con un mínimo de esta tendencia, son considerablemente vulnerables a cometer cualquier tipo de delito o hecho antisocial que otros jóvenes que no presentan puntuación en esta variable.

Empero, el dato sobresaliente es el que indica el grado de perturbación que tiene la variable de *conducta psicopatológica*. Como se puede ver en la misma gráfica 2, es esta variable la que tiene una tendencia alta en todos los casos, a su vez que es la que mantiene relación directa con los trastornos que no suelen ser relacionados con la conducta criminal, delictiva o antisocial. Es necesario hacer mención de que este resulta ser un dato sobresaliente dado que es precisamente el que marca el vínculo que puede tener la esquizofrenia con estos jóvenes.

Entre los elementos que Achenbach determinó, es posible ampliar el campo de aplicación de la evaluación psicométrica, así como tener una precisión que englobe a las variables que comúnmente se encuentran en los perfiles de estos menores, en la siguiente tabla podemos ver el tipo de relaciones aproximadas entre lo que evalúa el CBCL y el DSM III-R.

Los resultados revelaron sólidas tendencias psicométricas del instrumento empleado hacia la *conducta psicopatológica*. Por un lado, la consistencia interna mostró valores altos hacia esta variable en todos los casos. Asimismo, es posible distinguir la relación directa que tiene esta variable con lo que el DSM III-R describe como personalidad esquizofrénica, dado que se encontraron altas tendencias que llegaron a un máximo de 94 unidades del nivel de arraigo.

Tabla 2. Relación aproximada entre el DSM III-R y el CBCL⁵

DSM III-R	CBCL
Conductas de evitación y alejamiento	Retraimiento
Problemas somáticos	Quejas somáticas
Problemas ansiosos mayores	Ansiedad – Depresión
Depresión alta	
Personalidad esquizofrénica	Conducta psicopatológica
Problemas psicóticos	
Déficit de atención	Problemas de atención
Problemas de hiperactividad	
Asociación delictuosa	Conducta delictiva
Problemas de conducta	
Solitario – agresivo	Conducta agresiva
Problemas de conducta, opositor, desafiante.	
Problemas de género	Problemas sexuales ⁶
Problemas hacia el sexo opuesto	

Una posible interpretación a estos resultados puede sugerir la vinculación directa que tiene la esquizofrenia con la comisión de delitos, a su vez que describe un elemento que parece ser constante en los perfiles psicológicos de los jóvenes mexicanos de nuestro tiempo. Debemos tomar en cuenta que las aproximaciones que se realizan aquí es a partir de datos que son contextualizados y que por ende no pueden ser solamente un simple acercamiento para tratar de esclarecer la relación de esta variable y los índices delictivos de los jóvenes de nuestro país.

En el caso de los adolescentes que cometen algún tipo de agravio antisocial o delictivo, es posible distinguir que los trastornos de conducta más frecuentes son los mismos que aparecen en esta investigación; sin embargo, es aún mas

⁵ Fragmento recuperado del *Manual for the Child Behavior Checklist /4 - 18*

⁶ Puntuaciones exclusivas para las edades de 4 a 11 años

evidente que la mayoría de estos trastornos son también característicos de personas que cuentan con esquizofrenia. Esto es que, pese a que existe una común tendencia a observar en forma diferente a los adolescentes que son infractores y a los adolescentes que son esquizofrénicos, sus características conductuales son literalmente las mismas. De los aspectos semejantes hallados está principalmente la aparición de conductas relacionadas con las *quejas somáticas* (Con un puntaje de 67 como promedio), que aunque no tiende a incrementarse, sí suele pasar los niveles considerados como normales. Ahora hay que tomar en cuenta la relación que tiene la esquizofrenia con lo que es denominado síntomas somáticos, que puede ir desde lo que son las preocupaciones somáticas en una fase prodrómica manifestaciones iatrogénicas o ideas delirantes relacionadas con la enfermedad; resulta evidente que los jóvenes que son partícipes de hechos antisociales y delictivos cuentan además con una alta probabilidad hacia mostrar problemas de orden somático.

Por su parte, los valores presentados son también coincidentes en el sentido de que los adolescentes que son partícipes de algún delito presentan un cuadro de traumatismo o depresión semejante a los que describen los adolescentes esquizofrénicos como síntomas negativos. Entre estos trastornos están los problemas derivados de la ansiedad y la depresión, con una puntuación máxima de 89; retraimiento, con un puntaje máximo de 88; problemas de atención, con un máximo de 78; la conducta agresiva con un máximo de 88 y la conducta delictiva con una puntuación máxima de 92 en toda la muestra; son variables que tienden a estar relacionadas con los diversos casos de adolescentes que cuentan con esquizofrenia.

Teniendo este panorama como descriptivo de los jóvenes infractores dentro de su perfil clínico, no podemos más que reiterar la amplia vinculación que tiene la esquizofrenia respecto al papel decisivo que es cometer delitos. Este papel, al parecer corresponde a un estado cíclico dado que la población de pacientes

esquizofrénicos parece contar con las mismas características de carencias que motivan a los jóvenes a cometer actos de vandalismo.

Pero nuestro análisis tiene una última vertiente que corresponde a averiguar más acerca de esta relación que parece tener la conducta delictiva con la esquizofrenia, así como el posible parecido cíclico que aparentemente demuestra; por ello, consideramos también algunos estudios semejantes que pudieran ampliarnos esta aportación.

En un estudio realizado por Valencia y Rascón (1998), fue posible detectar cuales eran los problemas psicosociales comunes de los pacientes jóvenes esquizofrénicos agudos y crónicos en México, encontrando los siguientes datos.

Tabla 3. Problemas psicosociales de pacientes esquizofrénicos agudos y crónicos.

Pacientes.	Agudos. N=35	Crónicos. N=21
Características del Problema	%	%
No trabajan	45-65	50-80
No tienen amigos.	40-50	60-70
No tienen recursos económicos propios	50-75	80-90
Dependen económicamente de la familia.	70-80	80-90
No tienen una relación de pareja.	70-80	90-96
No tienen buenas relaciones familiares.	60-70	70-80
Fueron llevados por la familia para internamiento.	80-90	80-90
Desconocen las características de la enfermedad.	95-100	90-95
No conocen su diagnóstico.	90-95	55-65
Consideran que no necesitan medicamentos.	90-95	70-80
Consideran que no necesitan psicoterapia.	95-100	80-90

Si comparamos estos datos con los encontrados en nuestros resultados, podemos corroborar que los problemas vividos por los jóvenes parecen tener un doble origen de tal manera que si los jóvenes presentan un cuadro de esquizofrenia clínicamente diagnosticado, suelen enfrentar problemas de orden social, familiar, de pareja, escolar y económico; creando así una alta probabilidad de aparición de conductas que les permita reducir sus problemas tales como el robo, abuso de confianza, homicidio, secuestro u otros que, aunque no sean necesariamente delictivos, pueden ser simplemente no convencionales. Por su parte, los jóvenes que se ven involucrados en hechos antisociales o delictivos son los mismos que tienden a presentar conductas psicopatológicas como la esquizofrenia.

Haciendo una comparación con los datos encontrados por Valencia (Ídem, 1998) y estos valores; podemos deducir que por lo menos una pequeña parte de esta población contaba con un trabajo el cual tuvo que ser interrumpido por la hospitalización, mientras que los datos de nuestra muestra nos hace deducir que los ingresos económicos de los menores dependía en gran mayoría de lo obtenido por sus delitos. En ambas situaciones, los ingresos económicos dejaron de obtenerse dada la hospitalización (en los pacientes agudos y crónicos) o bien por el internamiento a centros de readaptación (para el caso de los menores infractores); aumentando por consiguiente los problemas de orden psicosocial de los menores tanto esquizofrénicos como infractores.

Esto indica un alto grado de carencia en estos jóvenes para contar con recursos, así como su elevada dependencia a los actos antisociales o bien de la familia, lo cual puede estar directamente relacionado con el hecho de que no trabajen y por lo tanto generen mayores niveles de delincuencia o disposición a aumentar su estado esquizoide.

Otra forma delictiva común en los jóvenes, como es la violación y el secuestro, parece estar explicada con la poca capacidad de establecer vínculos afectivos, ya que al igual que los pacientes esquizofrénicos que solo alrededor del 20 % de los pacientes agudos y el 5% de los pacientes crónicos, tienen una relación de pareja; así mismo los jóvenes infractores parecen correr con la misma situación; lo que indica el alto grado de dificultad para establecer vínculos afectivos significativos y esto puede deberse no solamente al aislamiento social que estos jóvenes padecen sino que también al aplanamiento afectivo, así como al hecho de que al no tener un trabajo ni ingresos y ser partícipes de actos ilegales pueden ser rechazados al intentar tener una relación de pareja.

Y un punto por demás importante es el que se refiere a las relaciones familiares. A este respecto ni los pacientes esquizofrénicos agudos ni los crónicos, así como tampoco los jóvenes delincuentes, tienen buenas relaciones familiares, lo cual desde ningún punto de vista es conveniente ni para disminuir los síntomas esquizoides, ni para solucionar los problemas familiares, ni para reducir los índices de delincuencia juvenil; ya que como ha sido abordado anteriormente, las malas relaciones familiares o el vivir en ambientes de emoción expresada alta⁷ son consideradas como antecedentes de recaídas, rehospitalizaciones o de reincidencias delictivas.

Resultaría conveniente ampliar más este análisis a fin de averiguar más acerca de la situación tanto familiar, laboral, social, de pareja y económica que los jóvenes con esta doble característica (delincuencia y deterioro en su salud mental) presentan en nuestro país. Nuestro análisis se ha centrado en lo relativo a averiguar las implicaciones que tiene la esquizofrenia sobre la conducta delictiva y viceversa, situación corroborada y documentada.

⁷ Brown (1977) encuentra que la influencia de la familia puede llegar a ser tan determinante que si prevalece en un ambiente de "Emoción Expresada Alta" (EE-A), caracterizado por una excesiva sobreinvolucración y crítica constante al paciente, este puede llegar a enfermarse nuevamente, es decir, tener una recaída, a pesar de estar tomando sus medicamentos antipsicóticos; a este nivel puede llegar la influencia de la familia difícil y conflictiva. (Ídem, 1998)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

De los resultados que hemos obtenido en esta investigación, podemos concluir que, en general, nuestra muestra de menores involucrados en hechos antisociales o delictivos manifiesta una alta tendencia a ser determinada por trastornos de conducta que no son considerados como determinantes para el desarrollo de conductas antisociales, tales como *ansiedad - depresión y conducta psicopatológica*; que más bien corresponden a indicadores característicos de trastornos psicológicos con otros orígenes. El factor que corresponde al grado de *conducta delictiva* dentro del perfil de los menores es uno de los que cuenta con un grado de aparición constante prácticamente en todos los casos, considerando que los menores se hallan vinculados en hechos antisociales y delictivos; incluso, *la conducta delictiva y la conducta agresiva* nos son los principales factores que prevalecen dentro del perfil de estos jóvenes ya que, pese a que uno de ellos (*la conducta agresiva*) si está presente en forma muy arraigada, no se tratan de factores que sean comunes para todos los casos, esto implica que pese a que estos menores mantienen vínculo con problemas delictivos en cualquiera de sus manifestaciones, no todos los menores cuentan dentro de su repertorio de conducta con algún grado de antisocialidad o tendencia conductual delictiva.

A partir de tal cuestión, lo que sí es determinante dentro del repertorio de conducta de la mayoría de los menores involucrados en estos hechos, son los factores relativos a trastornos por *ansiedad y depresión* así como la misma *conducta agresiva* en cuanto al nivel de frecuencia en la muestra; sumando a ellos los trastornos de *conducta delictiva* en cuanto al nivel de arraigo. Esto es que los menores, siendo partícipes de estos hechos en cualquiera de sus categorías, tienden a mantener problemas de comportamiento agresivo y tendencia delictiva, lo cual implica que estos menores cuentan con una alta probabilidad de manifestar futuros problemas de antisocialidad y delincuencia. Con este dato podemos tomar en cuenta la magnitud del problema en el sentido de que la delincuencia misma

genera mayores niveles de conducta delincuente y, como tal, es un mal que se presenta en forma cíclica.¹

En cuanto al rasgo más contundente y arraigado en todos los menores es el que refiere a los trastornos producidos por *problemas psicológicos*, que es un rasgo que sugiere la presencia y vulnerabilidad a problemas más severos como es la esquizofrenia. Si tomamos en cuenta que entre los factores que provocan tal problema están precisamente los de tipo exterior como es una situación estresante como la delincuencia, y los de tipo interior como es los estados de salud mental de cada individuo, su autoestima, su inseguridad; entonces podemos deducir que uno de los factores comunes que se mantienen entre los menores vinculados en actos delictivos y antisociales, es inexcusablemente el aumento en la probabilidad de aparición de la esquizofrenia.

Si es posible señalar que lo mas adecuado es acercar la investigación psicológica al estudio de los fenómenos propios de la psicología con la visión paradigmática, entonces es necesario considerar estos resultados para dirigir el tipo de estrategia de intervención conforme al nuevo modelo de aplicación de la ingeniería social.

A manera de conclusión; podemos reiterar que dentro del trabajo e investigación de fenómenos psicológicos desde una visión paradigmática en la que se determina que si bien la creación, el desarrollo y la expansión de teorías generales sobre los fenómenos es fundamental, también lo es desarrollar estrategias de intervención para eliminar, acelerar o disminuir la frecuencia de ocurrencia de un determinado fenómeno que, para el caso de lo discutido en esta investigación, dicho fenómeno corresponde a un factor que es clave como

¹ Moreno (1999) menciona que uno de los principales factores que originan la delincuencia en los infractores es precisamente la hostilidad hacia la sociedad y hacia ciertos individuos que generan las personas desde que son partícipes de actos vandálicos; esto deriva entre otras cosas, en la comisión de más hechos antisociales como forma de “venganza”, “desquite” o modo de “sobrevivencia” después de haber padecido todo el proceso penal; esto en los menores que son victimarios.

predeterminante al desarrollo de comportamientos antisociales: La esquizofrenia misma; son múltiples los factores que la provocan así como la gama cualitativa que suele presentar en la etiología de conducta, pero lo que es indiscutible es que éste trastorno afecta de manera determinante a la población juvenil, una población que es importante para el desarrollo mismo de la sociedad y que pareciera que solo la afecta. Lo prudente en este sentido es que si ya es posible diagnosticarla como parte de un perfil de delincuencia, ahora se actúe bajo un modelo de intervención que permita entre otras cosas, contrarrestar los efectos o bien eliminar las causas de tal trastorno.

Adoptar esta visión nos permitiría terminar la polémica inútil y estéril acerca del paradigma secuencial que debe seguir la investigación en la psicología, así como proporcionar un paradigma que ofrezca un soporte a las nuevas realizaciones científicas que se lleven a cabo dentro de esta ciencia. Así entonces, las formas de trabajo que pudieran seguirse ahora van directas a dos vertientes; primero realizar una intervención con las personas que son parte de un hecho delictivo a través de terapias que, como fueron descritas en el capítulo anterior, sean adecuadas a las tipologías presentadas, realizando un trabajo íntegro y conjunto; es decir, un trabajo en el que participen todos los científicos involucrados en la reintegración que, como es sabido por el código penal, consta de un médico, un abogado, un trabajador social, un psicólogo y un pedagogo; por supuesto que para ello es necesario reincorporar y seguir en forma ecuánime, la ley. Otra vertiente va encaminada a trabajar con los menores que son vulnerables a ser partícipes de hechos delictivos; esto es intervenir desde un plano preventivo con los jóvenes antes de ser infractores, trabajo que tiene aún más implicaciones.

En México; actualmente se discute la situación de los centros de readaptación social de los menores infractores y de los nosocomios para personas con trastornos comportamentales ya que mucho se dice que no cumplen con sus objetivos y que incluso, el manejo que se les da a las personas que se encuentran recluidas ahí, viola los derechos humanos. Esto sin duda representa un gran

obstáculo para poder llevar a cabo un proyecto tan ambicioso como este, pero es necesario reconocer que los investigadores de la psicología, que hasta hace algunos años se dedicaban exclusivamente a investigar las causas de ciertos fenómenos, han encontrado que la realidad les impone quedarse no solo en la búsqueda de las causas que los originan con el propósito de construir modelos teóricos que los expliquen, sino que les exige también diseñar formas de intervención que den respuesta a problemas considerados por la comunidad como socialmente importantes; y en este caso, el problema no se limita sólo a la conducta de los jóvenes, sino a las formas institucionales y obstáculos propios de la labor jurídica de nuestro país.

Precisamente la idea que aquí se propone busca unir el desarrollo de tecnología con la creación y difusión del conocimiento científico, así como adoptar una nueva secuencia paradigmática de investigación en la psicología que invierta la dirección tradicional que ha seguido la ciencia. En torno a esto, si es posible mencionar que hay implicaciones directas de los trastornos conductuales que sugieren la presencia de esquizofrenia en los jóvenes, para cometer delitos y hechos antisociales o bien como consecuencia de ser víctima de un delito; esta postura nos sugiere no solo intervenir en forma tradicional, buscando perfiles que solo tengan repercusión en el proceso legal o como parte de una evidencia forense; sino más bien adoptar una visión que nos permita primero determinar los puntos centrales que causan delitos que, como en este caso, fue posible al tomar en cuenta el trastorno conductual; y luego entonces interesarse en trabajar desde un plano preventivo, justamente en donde se originan los trastornos esquizofrénicos en primer plano; es decir, con la familia.

Consideremos que el cambio en la secuencia paradigmática propuesto consiste en dar un giro total a la forma en que tradicionalmente se ha generado el conocimiento científico en la psicología; este cambio consiste en comenzar un proceso de indagación dando respuesta a los problemas psicológicos socialmente relevantes, para después pasar a las teorías y terminar desarrollando o

expandiendo las mismas. En este caso, la indagación se enfocó en determinar cuales eran las implicaciones que la esquizofrenia tiene en un hecho antisocial y fue posible determinar que su implicación va mas allá de suponerla como una causante del delito, sino que también se cuenta como un factor creciente que predispone a nuevas formas de delito o bien a estados emocionales que pueden generar formas comportamentales más dañinas para la sociedad y para el individuo mismo; es posible determinarla no como una variable estacionaria que forma parte de un perfil individual, sino más bien como una variable dinámica la cual se expande, crece, se trasmite o contagia, no tiene ingerencia únicamente sobre un individuo sino sobre múltiples áreas de relación social y crea dimensiones graduales cada vez más peligrosas. La esquizofrenia, como otros problemas conductuales, es un trastorno que repercute no solo como causa del delito, sino como consecuencia y tiene múltiples orígenes; la labor psicológica se debe enfocar a esos puntos, no combatiendo el delito en centros de readaptación social o en las calles, sino en donde realmente tiene su génesis ya que la tradición nos marca que el trabajo de la psicología forense solo se delimita por trabajar con los jóvenes reclusos ya una vez capturados, sometiéndolos a ambientes que solamente generan más violencia; la tradición nos enseña a combatir a los delincuentes justamente cuando el hecho se ha consumado, pero debemos recordar que justamente en este momento miles de jóvenes son víctimas de diversos atropellos que los predisponen como delincuentes; en este momento hay miles de jóvenes (quizá millones) que están formando un cuadro esquizofrénico y nadie se ocupa de ellos.

La literatura suele mencionar que la esquizofrenia, como trastorno, es abordable psicterapéuticamente y que son los jóvenes los más vulnerables; los resultados de esta investigación concuerdan en parte con esta premisa. La mayoría de los jóvenes de ésta muestra tuvo un nivel medio o medio alto en los puntajes propios a problemas conductuales entre los que destacan los esquizofrénicos, al mismo tiempo que son partícipes de delitos y hechos antisociales. Si tomamos estos datos, con la adopción de esta nueva secuencia

paradigmática no pretendemos revolucionar los paradigmas teóricos relativos a las consecuencias del delito conexas a la esquizofrenia, sino que únicamente trascender las fronteras del conocimiento que hoy en día se tienen e involucrarla con una nueva empresa que rompa con la forma en que tradicionalmente se han estudiado estos fenómenos; esto es que, si recuperamos éstos datos solo para afirmar (una vez más) que las personas con esquizofrenia están propensas a cometer actos antisociales o delictivos y que las víctimas son vulnerables a presentar cuadros psicóticos o esquizoides, estaremos haciendo lo que tradicionalmente se hace; más bien tenemos que partir de la idea de que la delincuencia es una necesidad a resolver dentro de la vida cotidiana y que ésta investigación ya nos marcó una de las principales causantes y consecuencias; ahora es necesario partir hacia las esferas más exclusivas de estos indicadores teóricos e intervenir sobre ellos.

Aunque esta nueva visión de conceptualizar la actividad científica no pretende cambiar el mundo, la forma de acercarse a estudiar el campo de la psicología a través de esta nueva secuencia paradigmática sí permite observarlo de diferente manera, toda vez que, no obstante que los objetos y las conclusiones sigan siendo las mismas que antes, se revelarán una serie de detalles que antes de la adopción de la nueva secuencia paradigmática no se habían descubierto; este cambio a la dirección es muy semejante a la acción de abrazar un nuevo paradigma en el que el científico, a decir de Kuhn (1989)², se convierte en un hombre que usa lentes que invierten la imagen, lo que ocasiona que perciba y comprenda los fenómenos de manera muy diferente.

² Citado en Silva, 2003.

BIBLIOGRAFÍA

- Arce, R., Fariña, F. (1997) El papel del psicólogo en la administración de justicia: Nuevos horizontes. En: Arce, R. (Ed.), **Manual de psicología jurídica**. (109-154) Santiago, Colombia. U. De S.
- Arroyo, Z. L. (1993) **Estudios de criminología**. Conjunto de artículos sobre la materia. Universidad de Castilla – Cuenca La Mancha, España.
- Beristain Ipiña, A. (1994) **“La nueva criminología desde el derecho penal y la victimología”**. Revista de Análisis de la Criminología. (Valencia, España) 7, 56-63
- Cobo, del Rosal. (1993) **Política criminal y reforma penal**. Estudios en homenaje al profesor Juan del Rosal. Madrid, España. Ed. Derechos Reunidos
- Chimal, L. y Moreno A. O., (2001) **El papel del psicólogo en la impartición de justicia del menor infractor**. En Memorias del XXI Coloquio Nacional de Investigación. Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.
- Del Pont. (1987) **Manual de criminología contemporánea**. México DF. Ed. Porrúa.
- De la Garza, Fidel. (1987) **Ideología del menor infractor**. México DF Ed. Trillas.
- Diez, Repollés, J. L. Y Laurenzo C. P. (1993) **“La actual política criminal sobre drogas: Una perspectiva comparada**. Estudios de autores europeos e iberoamericanos al respecto. Valencia, España; Ed. Tirant lo Blanch.
- Galindo, M. A., Del Campo, I. M. (1999) **“Glosario de esquizofrenia”**. Revista Psicología Iberoamericana. (México D F) 6, 66- 72.
- García, Pablos de Molina, A. (1996) **Introducción a los fundamentos teóricos de la disciplina criminológica**. 3° ed. Valencia, España. Tirant lo Blanch.
- Garrido G. V. (1989) **Técnicas de tratamiento para delincuentes**. Madrid, España. Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, S. A.
- Gobierno del Estado de México (2002) **Código de Procedimientos Legales para Menores Infractores del Estado de México** Ed. Porrúa, México.
- Gómez, C., Rascón, M. L. (2001) **“Uso de genogramas para el análisis de psicopatologías en familias con un miembro con esquizofrenia. Un abordaje sistémico”**. Revista Mexicana de Psicología. 18, 116-120.

- Hospital Infantil Universitario de Madrid (2001) ***Nuevos cuadros psicopatológicos para nuevos tiempos con contenidos antiguos.*** Madrid, España. Autores: Ballesteros, C. Pedreira, M.
- Ionesco, Serban. (1994) ***Catorce enfoques de la psicopatología.*** México D. F. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Leaños Guerrero, C. (2001) ***“Capacidades ocupacionales de pacientes esquizofrénicos a través de un programa de terapia ocupacional”.*** Revista Mexicana de Psicología. 18, 85-87.
- Mares, M. E. y Sánchez, M. (2001) ***“Esquizofrenia y familia: Una experiencia terapéutica en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente”.*** Revista Mexicana de Psicología. 18. 87-90
- Márquez, E. (1999). ***“Nuestros Jóvenes”*** México D. F. Mc Graw Hill.
- Moreno A., Omar. (1999) ***“Hostilidad hacia la sociedad en menores infractores: Un caso”.*** En memorias del I Coloquio Estudiantil de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.
- Nando, V. M., Gutiérrez, A. (1998) ***Diccionario terminológico de ciencias forenses.*** México D. F.: Trillas.
- New York City Hospital. (1996) ***Understanding the schizophrenia: A guide for people that suffer.*** New York, U.S.A.
- Ortega, H.; Herrera, M. y Ortiz, C. (1998) ***“Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia”.*** Revista Psicología Iberoamericana. México DF 6, 4-17.
- Silva, A., (2003) ***Criminología y conducta antisocial.*** México D. F. Editorial Pax México.
- Silva, A., Aragón, L. (1998) ***Hacia el desarrollo de una tecnología social en el ámbito de la criminología.*** En prensa.
- Silva, A., Aragón, L. (1999) ***“El impacto de los paradigmas científicos en la generación de conocimiento en psicología”.*** Revista Enseñanza e Investigación en Psicología. (CNEIP; México, D. F.) 4, 203 – 225.

- Silva, A., González, L. F. (1997) ***“Evaluación de los efectos en el ambiente social, psicológico y familiar del menor involucrado en hechos antisociales: Un acercamiento hacia la víctima y el acusado”***. En prensa.
- Soria Trujano R. y Montalvo Reyna J. (1998) ***“Terapia familiar sistémica en un caso de esquizofrenia”***. (25 párrafos) Revista Electrónica de Psicología Clínica (en red) Disponible en: www.iztacala.unam.mx
- Valencia, M., Rascón M. L. (1998) ***“Abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia en pacientes agudos y crónicos”***. Revista Psicología Iberoamericana. México, DF 6, 18 – 33.
- Valencia, M. (2001) ***“Abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia”***. Revista Mexicana de Psicología. 18, 86.

GLOSARIO.

Liliana Chimal Ornelas
Omar M. Almazán
COMPIRADORES.

ABUSO. Uso indebido, excesivo o injusto.

ABUSO DE AUTORIDAD. Acto de cualquier funcionario público que se excede de sus facultades.

ABUSO DE CONFIANZA. Mal uso que se hace de la confianza depositada en una persona.

ABUSO DE DROGA. Empleo de una sustancia considerada droga en forma incompatible con la práctica médica habitual, sin una prescripción médica o destinándola a fines no terapéuticos.

ABUSO SEXUAL. Imposición por fuerza física o moral sobre el consentimiento sexual de una persona.

AGITACIÓN PSICOMOTORA. Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo, consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para mantenerse sentado.

ALTERACIÓN DE LA MEMORIA. Incapacidad para recordar hechos presentes o pasados. Tiene que ver con memoria anterógrada y retrógrada.

ALTERACIÓN DE LA VOLUNTAD. Es un disturbio en el deseo, la iniciación, el sostenimiento y el control de los propios sentimientos de la conducta, de los movimientos y del discurso.

ALUCINACIÓN. Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. A las alucinaciones deben distinguirse de las ilusiones, en las que un estímulo externo realmente es percibido o interpretado erróneamente. El sujeto puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación. Una persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras que otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente. El término alucinación no suele aplicarse a las falsas percepciones que se producen mientras se sueña, cuando se concilia el sueño (hipnagógicas) o cuando se produce el despertar (hipnopómpicas). Algunas personas sin trastorno mental tienen experiencias alucinatorias transitorias.

ALUCINACIÓN AUDITIVA. Alucinación que implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces. Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que perciben como originadas dentro de la cabeza y limitan el concepto de las alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen se han percibido como externo. Sin embargo, en el DSM IV no se distingue si el origen de las voces es percibido dentro o fuera de la cabeza.

ALUCINACIÓN CONGRUENTE CON EL ESTADO DE ÁNIMO: Véanse síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

ALUCINACIÓN GUSTATIVA: Alucinación que implica a percepción de sabores (habitualmente desagradables).

ALUCINACIÓN NO CONGRUENTE CON EL ESTADO DE ÁNIMO: Véanse síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo.

ALUCINACIÓN SOMÁTICA: Alucinación que implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad). Deben distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondríaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil.

ALUCINACIÓN VISUAL: Alucinación que implica ver sea imagines estructuras como por ejemplo, unas personas, sea imágenes informales, por ejemplo destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

ALUCINACIÓN OLFATIVA: Alucinación que implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o de pescado podrido.

ALUCINACIÓN TÁCTIL: Alucinación que implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de hormigueo (La sensación de que algo se mueve o reptar bajo la piel).

ANFETAMINAS. Amina simpatomimética estimulante del sistema nervioso central. Se presenta en forma de tabletas y de soluciones parenterales, y se utiliza para tratamientos de narcolepsia, obesidad exógena, y estados depresivos.

ANSIEDAD. Experiencia subjetiva de nerviosismo, inquietud, aprehensión o tranquilidad, que varía desde una preocupación excesiva acerca del presente o del futuro y hasta sentimientos de pánico.

APLANAMIENTO AFECTIVO. Una disminución en la respuesta emocional que se caracteriza por una reducción de las expresiones faciales, de la modulación de los sentimientos y los gestos de comunicación.

ATENCIÓN DEFICIENTE. Falla para focalizar la atención manifestada por una pobre concentración, distractibilidad por estímulos externos o internos y una dificultad para captar, sostener o cambiar a nuevos estímulos.

CADENA DE CUSTODIA. Denota que todo indicio deberá llevar un ordenamiento adecuado que preserve en forma categórica su integridad y fidelidad.

CÁRTEL. De la voz alemana *kartel*, cuyo significado corresponde a carta – contrato. Con esta designa a una organización de empresarios de una rama de la producción, con el fin de dominar el mercado ejerciendo un monopolio. En la actualidad se ha retomado esta palabra para señalar a los grupos de organizaciones delictivas, entre las que se encuentran los traficantes de drogas, de armas, lavadores de dinero, etc.

CIENCIAS FORENSES. Conjunto de disciplinas que coadyuvan de manera directa en la administración de justicia.

CLEPTOMANÍA. Del griego *kleptein*, robar. Impulso morboso al robo; alineación caracterizada por el deseo de robar.

COCAINA. Sustancia estimulante del sistema nervioso central y anestésica de mucosas. Se obtiene de la hoja de la coca, *Erithroxylon coca*, planta muy común en Bolivia y en el norte argentino. Se presenta en forma de polvo blanco, ligeramente picante al gusto y con leve olor aromático. Produce excitación psicomotriz, por vía sistémica estimula la corteza cerebral y localmente anestesia las mucosas.

COCIENTE DE INTELIGENCIA. Medida de inteligencia obtenida al dividir la edad mental del sujeto, apreciada por la escala de Binet- Simon, entre la edad real.

COMPORTAMIENTO CATATÓNICO. Importantes anormalidades motoras que incluyen inmovilidad motora (esto es, catalepsia o estupor), ciertos tipos de actividad motora excesiva (agitación aparentemente no intencionada ni influida por estímulos externos), negativismo externo (resistencia aparentemente inmotivada a seguir instrucciones a los intentos de ser movilizado) o mutismo, ciertas posturas o movimientos estereotipados y ecolalia o ecopraxia.

CONCIENCIA. Del latín *conscientia*. Conocimiento interior de la existencia propia y de sus modificaciones.

CONCIENCIA DOBLE: estado en el cual el paciente parece tener dos existencias o vidas, olvidando completamente en una las experiencias de la otra.

CONCIENCIA NOÉTICA. Conciencia en la cual las experiencias son ampliamente cognoscitivas.

CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO. El pensamiento está caracterizado por ideas extrañas, fantásticas o absurdas, variando desde ideas que son remotas o atípicas hasta otras que son patentemente absurdas, ilógicas y distorsionadas.

DELITO. Toda conducta contraria a la justicia y a la utilidad social, realizada en oposición a las prescripciones realizadas por la ley penal y sujeta a una sanción corporal, pecuniaria, patrimonial o a una variedad de estas. También se le conoce como aquella conducta típica, antijurídica, culpable, sometida a una sanción penal la cual se llena las condiciones objetivas de punibilidad.

DEMENCIA. Del latín *dementia*. Estado de alienación caracterizado por la pérdida o disminución de la mente, de ordinario en correspondencia con lesiones anatómicas de naturaleza destructiva focales o difusas. En medicina legal, todo estado mental que priva de libre albedrío.

DEMENCIA AGUDA. Confusión mental; forma que afecta a individuos relativamente jóvenes, curable a menudo.

DEMENCIA CATATÓNICA. Forma catatónica de la demencia precoz.

DEMENCIA COREICA. Abolición gradual de la inteligencia, semejante a la demencia senil que se observa en la corea.

DEMENCIA CRÓNICA. Demencia incurable que puede ocurrir en cualquier periodo de la vida.

DEMENCIA EPILÉPTICA. La que resulta de la prolongada continuación de la epilepsia.

DEMENCIA FANTÁSTICA. Demencia paranoide, modalidad de la esquizofrenia.

DEMENCIA HEBEFRÉNICA. Demencia precoz.

DEMENCIA MIOCLÓNICA. Trastornos mentales observados en el paramioclono múltiple.

DEMENCIA PARALÍTICA. Parálisis general de los alienados.

DEMENCIA PARANOIDE. Formada por la locura de los adolescentes, con delirio sistematizado, que se desarrolla rápidamente y termina en un estado mental confuso.

DEMENCIA PRECOZ O JUVENIL. Estado mental de curso lento que aparece de ordinario a la juventud, pero también en la edad adulta, caracterizada por disociación y desorganización mental, desorientación, pérdida de el contacto con la realidad y desdoblamiento de la personalidad, del que se distinguen cuatro formas: simple, hebefrénica, catatónica y paranoide.

DEMENCIA PRESBOIFRÉNICA. Demencia senil.

DEMENCIA PRIMARIA. Demencia que se presenta independientemente de cualquier otra forma de alineación.

DEMENCIA SECUNDARIA. La que sigue a otra forma de locura.

DEMENCIA SENIL. Debilitación gradual de las facultades intelectuales y morales, que sobrevienen con la edad.

DEMENCIA TERMINAL O VESÁNICA. Debilitación permanente progresiva de las facultades intelectuales y afectivas, consecutiva a la psicosis.

DEMENCIA TÓXICA. La bebida al uso excesivo de un fármaco.

DEPRESIÓN. Sentimientos de tristeza, desaliento y pesimismo

DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL. Proceso de desorganización del pensamiento caracterizado por la alteración en la secuencia para alcanzar metas, por ejemplo, la circunstancialidad, tangencialidad, pérdida de asociaciones, asociaciones ilógicas o bloqueos de pensamientos.

DESORIENTACIÓN. Pérdida de la conciencia de uno y su relación con el medio, incluyendo persona, lugar y tiempo la cual puede deberse a confusión o supresión sensorial.

DIFICULTAD PARA PENSAR EN ABSTRACTO. Alteración en el uso de la forma de pensamiento abstracto – simbólico, que se evidencia por las dificultades en clasificar, formar generalizaciones y operar más allá de un pensamiento egocéntrico o concreto en la solución de problemas.

DISTANCIAMIENTO EMOCIONAL. Falta de interés en el involucramiento con compromiso afectivo hacia los eventos de la vida.

DOPAMINA. Neurotransmisor esencial para el funcionamiento del sistema nervioso central. Durante la transmisión nerviosa, la dopamina pasa de una célula nerviosa o neurona a otra y desempeña un papel clave en el funcionamiento cerebral y la conducta humana. La dopamina se forma a partir de un precursor llamado dopa, que se sintetiza en el hígado a partir del aminoácido tirosina. El sistema circulatorio transporta la dopa a las neuronas cerebrales, donde tiene lugar la transformación en dopamina. Es un neurotransmisor versátil. Participa en la regulación de diversas funciones que van desde el control del movimiento hasta el desarrollo de las conductas de base emocional.

EMPATIA LIMITADA. Falta de empatía Interpersonal, de comunicación abierta, sensación de intimidad, interés o involucramiento con el entrevistador. Esto es evidenciado por una distancia Interpersonal y una reducida comunicación tanto verbal como no verbal.

EMOCIÓN. Del latín *emotio_onis*. Sentimiento intenso, agradable o penoso y más o menos duradero, que influye poderosamente en numerosos órganos, cuya función aumenta, altera o disminuye.

ENAJENACIÓN MENTAL. Locura, alineación

EROSTRATISMO. De *eróstrato*, nombre del efesio que para adquirir celebridad incendió el templo de Artemisa. Comisión de delitos por afán de notoriedad.

ESQUIZOFRENIA. Del griego *schidsein*, dividir, y *phren*, mente. Enfermedad mental del grupo de psicosis sin alteración anatómica conocida, en cuya etiología destacan factores generales, psicológicos y socioculturales. Síntomas: indiferencia, deformación de la personalidad, tendencia al aislamiento, disgregación de la personalidad, introversión, negativismo y estereotipias.//demencia precoz.

ESTIGMA. Del latín *stigma*, picadura, señal, y éste del griego *stidsein*, picar, punzar, marcha, cicatriz o impresión en la piel. // Espacio u orificio entre células endoteliales.

ESTIMULANTE. Agente o medicamento que excita la actividad funcional de los diversos órganos.

ESTUPEFACIENTE. Del latín *stupeo* y *facere*. Lo que causa estupor.

ESQUIZOFRENIA. Se caracteriza por la presencia de las ideas delirantes alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos (p. Ej. Aplanamiento efectivo, así como disfunción social, laboral, académica, etcétera).

ESQUIZOFRENIA TIPO CATATÓNICO. Se caracteriza por una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

- (1) Inmovilidad motora manifiesta por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor.
- (2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos);
- (3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser motivado) o mutismo;
- (4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas;
- (5) Ecolalia o ecopraxia.

ESQUIZOFRENIA TIPO DESORGANIZADO. Sus características principales son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental (p. Ej.; falta de orientación hacia un objetivo puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p. Ej.; ducharse, vestirse o preparar la comida. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas de comportamiento. Históricamente y en otros sistemas clasificatorios este tipo se denomina hebefrénico

ESQUIZOFRENIA TIPO INDIFERENCIADO. Están presentes las ideas delirantes, las alucinaciones, el lenguaje desorganizado, el comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y los síntomas negativos (p. Ej.; aplanamiento afectivo, elogia o abulia). Pero no cumple con los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE. La característica principal consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.

Fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática (p. Ej.; celos religiosidad o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente.

ESQUIZOFRENIA TIPO RESIDUAL. Debe considerarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos. Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos. El curso de tipo residual puede ser limitado en el tiempo y presentar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

ESTRESANTE PSICOSOCIAL. Cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (o quizá casualmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental.

EUTANASIA. Muerte piadosa, suave y sin dolor. Existe una teoría que defiende la licitud de acortar o dar por terminada la vida de un paciente que sufre una enfermedad incurable.

EVIDENCIA. Certeza clara, manifiesta, de una cosa.

EVITACIÓN SOCIAL ACTIVA. El involucramiento social se encuentra disminuido y puede estar asociado con miedo, hostilidad y disgusto.

EXCITACIÓN. Aumento del tono emocional. Aceleración, agitación, reactividad, aumentada.

EXHIBICIONISMO. Exposición pública, internacional y compulsiva de los genitales. Se describe en hombres que, por lo general, lo hacen ante niñas o mujeres.

FARMACOLOGÍA. Proviene del griego pharmakon, medicamento, y logos, tratado. Disciplina médica encargada de estudiar los medicamentos y agentes químicos, como los fármacos o drogas, que actúan sobre seres vivos al ser suministrados.

FÁRMACO. Aquella sustancia que, al ser introducida en un organismo y al difundirse en él que puede producirle o no cambios favorables. Los fármacos empleados para el tratamiento de enfermedades son los medicamentos.

FÁRMACO DEPENDENCIA. Estado psíquico y en ocasiones físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. La manifestación de este

problema se presenta en la alteración del comportamiento agresivo o no para la legislación mexicana, se le considera el hábito o necesidad de consumir, sin un fin terapéutico, algún estupefaciente o sustancia psicotrópica.

FALTA DE COOPERACIÓN. Rechazo activo a cumplir con las demandas de otros incluyendo al entrevistador, el personal de enfermería o la familia, que puede estar asociado con desconfianza, actitud defensiva, obstinación, negativismo, rechazo de la autoridad, hospitalidad y beligerancia.

FALTA DE ESPONTANEIDAD Y FLUIDEZ EN LA CONVERSACIÓN. Es una disminución en la fluidez normal de la comunicación asociada con apatía, abulia, actitud defensiva o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por disminución en el flujo y la productividad de los procesos de interacción verbal.

FALTA DE JUICIO Y DISCERNIMIENTO. Falta en la conciencia o la comprensión de la propia condición psiquiátrica y de su situación vital. Esto se pone en evidencia al ser incapaz de reconocer una enfermedad psiquiátrica pasada o presente o sus síntomas, la negación de la necesidad de hospitalización o tratamiento psiquiátrico; la toma de decisiones está caracterizada por una pobre anticipación de las consecuencias y una planeación irreal a corto y largo plazo.

FASE RESIDUAL. La fase de una enfermedad que ocurre tras la remisión de los síntomas floridos o del síndrome completo.

FOBIA. Del griego phobos, miedo. Aversión apasionada hacia una cosa, animal, idea o individuo.

FRENOLOGÍA. Del griego phren, mente, y logos, tratando. Teoría mediante la cual se establece la posibilidad de adivinar y conocer las facultades e instintos de un individuo por la inspección y palpación de sus protuberancias craneales, que estarían en relación con localizaciones hipotéticas de aquellas facultades en el encéfalo. // Craneoscopia.

FUGA DE IDEAS. Un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente o delirantes.

GRANDEZA. Evaluación desmesurada del valor, poder, conocimientos, importancia o identidad de uno mismo. Cuando es extrema, la grandeza puede alcanzar proporciones delirantes.

HISTORIA CLÍNICA. Documento de carácter privado, por que se comunica en ocasiones y con fines estadísticos o revisiones clínicas, y en el cual se omiten

nombres. Esta clase de documento puede transformarse en una prueba valiosa, debiéndose entregar toda la información requerida cuando así lo solicite la autoridad competente.

HOMICIDIO. Del latín *homos* hombre, y *caedere*, matar. Privar de la vida a una persona por uno o varios sujetos. Los homicidios se pueden catalogar en cuanto al parentesco y su relación con el homicida como sigue: feticidio, urocidio, parricidio, matricidio, fratricidio, o autohomicidio (suicidio).

HOSTILIDAD. Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento incluyendo sarcasmo, conducta pasivo agresiva abuso verbal y agresión abierta.

IDEA DELIRANTE. Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuando constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de cultura o subcultura a la que pertenece el sujeto(,p. Ej.; no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante se produce a lo largo de un continuum y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo. Con frecuencia es difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobrevalorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el caso de una idea delirante). Las ideas delirantes se subdividen de acuerdo a su contenido. Algunos de los tipos más frecuentes son los siguientes:

CELOS DELIRANTES. Idea delirante de que se es traicionada por el compañero sexual.

IDEA DELIRANTE DE DISFUNCIÓN DE PENSAMIENTOS: Idea delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en alta voz de modo que pueden ser percibidos por otros.

IDEA DELIRANTE DE GRANDEZA: idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de una relación especial con una deidad o una persona famosa.

IDEA DELIRANTE DE INSERCIÓN DEL PENSAMIENTO. Idea delirante de que ciertos pensamientos propios no son de uno mismo, si no que más bien son insertados en la propia mente.

IDEA DELIRANTE DE REFERENCIA: idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del sujeto adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de

naturaleza negativa o peyorativa, pero también puede ser de grandiosidad. Difieren de las ideas de referencia, donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan organizada como una verdadera creencia.

IDEA DELIRANTE DE SER CONTROLADO: idea delirante en que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimenten como si estuvieran bajo el control de una fuerza externa más que bajo el de uno mismo.

IDEA DELIRANTE EROTOMANÍACA: Idea delirante de que otra persona, habitualmente de estatus superior, está enamorada del sujeto.

IDEA DELIRANTE EXTRAÑA: Idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del sujeto consideraría totalmente inverosímil.

IDEA DELIRANTE PERSECUTORIA: Idea delirante cuyo tema central consiste en que el sujeto (o alguien cercano a él) esté siendo atacado, atormentado, golpeado, perseguido o se conspira contra él.

IDEA DELIRANTE SOMÁTICA: Idea delirante cuyo tema principal pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo.

IDEAS DELIRANTES NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ÁNIMO: Véanse síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

IDEACIÓN PARANOIDE. Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

IDEAS DE REFERENCIA. Sensación de que ciertos incidentes casuales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado en particular y desusado que es específico para cada sujeto. Debe distinguirse de un delirio de referencia, en el que existe una creencia sostenida con convicción delirante.

INCOHERENCIA. Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre dentro de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce entre las oraciones. La incoherencia a veces ha sido denominada "ensalada de palabras" para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

IATROGÉNICA. Producción de condiciones patológicas en el paciente como resultado de la actuación profesional del médico. Las afecciones iatrogénicas se deben a la facilidad profesional inherente a todo acto humano. Para hacer la calificación de una afección iatrogénica, debe descartarse la existencia de dolor, culpa o concausa.

IMPULSIVIDAD. Grado normal, que consiste en el impulso irresistible de atacar, tomar cosas ajenas y disfrutarlas. Esta condición se observa en casos de retardo mental, lesión orgánica de lóbulos temporales del cerebro, trastornos de personalidad, manías. En condiciones de tensión emocional o bajo la intoxicación del alcohol, puede presentarse también en personas normales si son inmaduras. Para concluir el examen psiquiátrico, es conveniente realzar un estudio neurológico en el que se incluya un electroencefalograma.

ÍNDICE DE PELIGROSIDAD. Correspondiente a siete puntos que el Dr. Mora izquierda estableció en Colombia para emitir un juicio relacionado con problemas psiquiátricos en personas que demuestran peligrosidad hacia la sociedad. Entre las características que sirven de base se encuentran los antecedentes individuales, personales y familiares, el grado de salud o de enfermedad mental, el delito cometido, el historial delictivo, el comportamiento durante la reclusión el medio en que se desenvuelve y la prospección de lo que probablemente será la conducta futura del individuo. Calificó a la peligrosidad en tres grados, con base en los siete elementos señalados: baja peligrosidad social, moderada peligrosidad social y alta peligrosidad social.

JUEZ. Funcionario público en el cual se delega la impartición de justicia, quien a través del imperium resuelve por medio de sentencias sobre hechos controvertidos que se presentan ante él. Se le conoce como principal promotor de la justicia.

JUICIO. Etapa del proceso en la cual el juez establece su razonamiento y juzga sobre una cuestión sometida a su decisión. Correspondiente al acto procesal en el que el juez repasa los hechos de una causa relacionada con las pruebas aportadas, que posterior mente se desahogarán para dictar sentencia.

JUSTICIA. Debida aplicación de la ley sustantiva sobre controversias suscitadas entre particulares, o entre éstos con el estado o, casos extremos, entre estados. Se debe dictar la resolución o sentencia con base en los argumentos más apegados a la verdad aportados por las partes integrantes de la controversia o litigio.

KAKORRAFIOFOBIA. Problemas psicológicos por el cual las personas sienten temor al fracaso. Se puede presentar en casos extremos y asumir proporciones patológicas.

LACRA. El termino exacto corresponde a vicios o defectos físicos o morales. En México, se le conoce con esta denominación al individuo pernicioso que ocasiona diversos males o daños a la colectividad.

LSD. Dietilamina del ácido lisérgico. // Alucinógeno obtenido sintéticamente después de encontrado en diversas plantas del género *Ipomea* y *Rivea*.

LUCIDEZ. Capacidad de atención, percepción y memoria, mediante la cual el individuo puede entablar relación con el mundo exterior e interior.

MANIERISMO Y ACTITUD POSTURAL. Movimientos o posturas no naturales, caracterizadas por una apariencia torpe, extraña, desorganizada o bizarra.

MARIHUANA. Resina producida por el cáñamo *cannabis sativa* L., *C. Indica americana*. Se cultiva en clima cálido y terreno seco, se absorbe por medio de cigarrillos y en pipas, y se bebe en infusión. Estimula y deprime el sistema nervioso central.

MODUS OPERANDI. Manera de obrar o técnica de operación utilizada por los delincuentes. Mediante método de Rogues algunas corporaciones policíacas llevan un registro del *modus operandi* de delincuentes.

NARCÓTICO. Del griego *narke*, sustancia que produce sopor o entumecimiento.

NEUROSIS O NEUROSIA. Del griego *neûron*, nervio. // Término general para referirse a las alteraciones o afecciones funcionales del sistema nervioso sin lesión, actualmente demostrable y con menor gravedad que la psicosis, por lo que también se denomina *psiconeurosis*.

NEUROSIS COMPULSIVA. Observación. // Impulso irresistible a practicar actos contrarios a la voluntad consciente.

NEUROSIS DE ANSIEDAD O DE ANGUSTIA. Inestabilidad emocional, irritabilidad, aprensión y máxima sensación de fatiga. Se asocia a veces a fenómenos viscerales: taquicardia, náuseas, sofocación, temblor, sudoración y se debe a una represión incompleta de problemas emocionales.

NEUROSIS DE ASOCIACIÓN. Forma en la cual se presenta la tendencia a reproducir un estado morboso determinado con todos los fenómenos físicos y cognoscitivos, siempre que se sugiere una idea relativa a dicho estado.

NEUROSIS DE FATIGA. Neurastenia o psicastenia.

NEUROSIS DE GUERRA. Término para referirse a un conjunto de fenómenos histéricos de conversión que se observan en soldados durante la guerra.

NEUROSIS DE INDEMNIZACIÓN O REIVINDICACIÓN. Neurosis traumática.

NEUROSIS GÁSTRICA. Trastornos digestivos debidos a perturbaciones nerviosas.

NEUROSIS INTESTINAL. Trastornos intestinales debidos a las alteraciones en la inervación o del control psicológico.

NEUROSIS PROFESIONAL. Alteración nerviosa debida a la ocupación del paciente.

NEUROSIS SEXUAL. Neurosis que afecta principalmente a la función genital.

NEUROSIS TRAUMÁTICA. Trastorno histérico producido por un accidente o traumatismo en personas aseguradas que esperan o exigen una indemnización. // Enfermedad de Erichsen.

PARANOIA. Del griego *para*, a lado, lateralmente, y *nous* espíritu. Enfermedad psicológica de carácter grave y progresivo que se manifiesta, al principio por la aparición de una idea fija, delirante y obsesiva. De ella parte todo un sistema complicado de ideas delirantes que atormentan al paciente, llegando incluso a impulsarlo al suicidio.

PELIGROSIDAD. Manifestación de una conducta que, sin ser delictiva, basta para establecer, en relación con una persona determinada, la presunción fundada en la existencia de una inclinación a contravenir las leyes, originando con esto un delito. La peligrosidad se divide en predelictiva y delictiva o postdelictiva.

PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO. Una disminución de la fluidez, espontaneidad y flexibilidad del pensamiento, evidenciado por un contenido del pensamiento rígido, repetitivo o árido.

POBRE CONTROL DE LOS IMPULSOS. El desorden en la regulación y el control de la acción de los impulsos resulta en una descarga de tensión y de emociones mal dirigida, súbita, poco modulada y arbitraria sin preocuparse por las consecuencias.

POBREZA EMOCIONAL. Grado en que el paciente no está en contacto emocional con otras personas.

PREOCUPACIÓN. El paciente se encuentra absorto en sus pensamientos y sentimientos, con experiencias autísticas que alteran su juicio de realidad y su conducta adaptativa

PREOCUPACIÓN SOMÁTICA. El paciente refiere quejas físicas o creencias acerca de una disfunción o enfermedad somática. Estas pueden variar desde una vaga sensación de enfermedad hasta ideas delirantes bien definidas acerca de una enfermedad física catastrófica.

PRÓDROMO. (Fase prodrómica). Signo o síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno.

PSICOGÉNESIS DELICTIVA. Estudio sobre los mecanismos psicológicos de la conducta antijurídica del delincuente en relación con ellos, la naturaleza psíquica del acto delictivo y del estado del individuo en el momento de delinquir. Los mecanismos son conscientes e inconscientes y pueden tener su origen en el pasado del individuo.

PSICOPATOLOGÍA FORENSE. Rama encargada de estudio de las anomalías psicológicas en individuos con actitudes contrarias a las normas jurídicas establecidas.

PSIQUIATRÍA FORENSE. Rama de la medicina encargada de estudiar enfermedades mentales, problemas emocionales y trastornos de la personalidad, cuyos conocimientos se aplican a la administración de justicia.

PSICÓTICO. Este término ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de *psicótico* se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias. Todavía es más amplia una definición que incluya asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o catatónico). A diferencia de estas definiciones basadas en síntomas, la definición utilizada en el **DSM- III-R** y en la **CEI- 9** era probablemente demasiado inclusiva y se centraba en la gravedad de la incapacidad funcional de modo que un trastorno mental era denominado psicótico si daba lugar a “ una alteración que interfiere seriamente en la capacidad para satisfacer exigencias corrientes de la vida “. Finalmente el término ha sido definido conceptualmente como una pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad.

RACIOCINIO. Capacidad para pensar y razonar acerca del mundo exterior. // Habilidad cognoscitiva que se traduce en la forma de percibir e inducir respecto a los eventos externos.

RETARDO MENTAL. Defecto en las funciones psicológicas superiores de un individuo, especialmente en el nivel de la inteligencia. Su origen puede ser congénito (retardo mental). El retardo mental padece un defecto en la capacidad para razonar, planear y construir, así como una pobreza en la información genital.

RETIRADA SOCIAL APÁTICA / PASIVA. Existe una disminución en el interés y la iniciativa en las interacciones sociales debido a la pasividad, apatía, energía abulia. Esto lleva a una reducción de las relaciones impersonales y a un descuido de las actividades de la vida diaria.

RETRASO MOTOR. Es una reducción de la actividad motora reflejada en una lentitud de los movimientos y el discurso, una reducida respuesta a estímulos y un tono corporal disminuido.

SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD. Sensación de remordimiento o de culpas por faltas reales, o imaginarias, cometidas en el pasado.

SEVICIA. Deriva del vocablo latino *soevitia*, crueldad excesiva. Malos y crueles tratos aplicados a una persona, generalmente menor de edad, anciana o enferma mental.

SIGNO. Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.

SÍNDROME. Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente concurrencia, que puede sugerir una patología, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

SÍNTOMA. Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afectado más que observados por el examinador.

SÍNTOMAS PSICÓTICOS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maníaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido. Si el ánimo es maníaco, el contenido de las alucinaciones o delirios incluirá temas sobre el valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o sobre una relación especial con una deidad o persona

famosa. El contenido de delirio puede incluir temas de persecución si se basa en conceptos como valor exagerado o un castigo merecido.

SÍNTOMAS PSICÓTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ÁNIMO.

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un estado de ánimo depresivo o maniático. En el caso de la depresión, los delirios o alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. En el caso de la manía, los delirios o las alucinaciones no entrañan temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o relaciones especiales con una deidad o un personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicóticos contenido autodespectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

SUICIDIO. Privación de la vida por uno mismo. // Autohomicidio.

SUSPICACIA PERSECUCIÓN. Ideas irreales o exageradas de persecución reflejadas por desconfianza, una actitud suspicaz, hipervigilancia o francas ideas delirantes acerca de que otros desean dañarlo a uno.

TÁCTICA CRIMINAL. Conjunto de conocimientos y métodos de preparación y ejecución de medidas y operaciones criminalísticas que posibilitan su realización adecuada y en correspondencia con las disposiciones jurídicas y las circunstancias sociales e individuales concretas.

TENSIÓN. Manifestaciones físicas claras de miedo, ansiedad y agitación, tales como rigidez, temblor, sudoración profusa e intranquilidad.

TOLERANCIA A LA DROGA. Adaptación de un organismo a los efectos de una droga, lo que implica la necesidad de incrementar la dosis, con el propósito de seguir obteniendo resultados de igual magnitud.

TORTURA. Tormentos o vejaciones psicológicas, físicas o morales, mediante el uso de palabras o instrumentos diseñados o adaptados para inferir lesiones y obtener información o satisfacción.

TRASTORNO DELIRANTE. La característica esencial es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos un mes.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO. La característica esencial es un periodo continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto y que cumple con los criterios del diagnóstico de esquizofrenia.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME. Las características esenciales son idénticas a las de la esquizofrenia, con la excepción de las dos diferencias siguientes: la duración total de la enfermedad (incluidas las fases prodrómicas, activa y residual) es de al menos 1 mes pero de menos de 6 meses y no se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral durante una parte de enfermedad (aunque puede haberla) . El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme debe calificarse de “provisional”, ya que no hay seguridad de que el sujeto vaya a recuperarse de la alteración dentro del periodo de 6 meses. Si la alteración persiste más allá de los 6 meses debe cambiarse el diagnóstico por el de esquizofrenia.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE. La característica esencial es una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1 día, pero menos de un mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad.

TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA. Las características esenciales del trastorno psicótico debido a enfermedad médica son las alucinaciones y las ideas delirantes debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS. La característica esencial del trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. Ej., una droga, medicamento o exposición a un tóxico). No se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto es conciente de que son provocadas por una sustancia, ya que éstas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias.

TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO. Se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos definidos de ésta sección, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria.

VÍCTIMA. Sujeto que recibe los efectos externos de una acción o de una omisión dolosa o culposa, que le causan un daño a su integridad física, a su vida o a su propiedad.

VIOLACIÓN. Coito contra la voluntad de la persona, valiéndose de la violencia, o con un menor de 17 años, aunque ofrezca su consentimiento.