

INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE 8909-25

**“CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA  
CLÍNICA A LA TÉCNICA DE PERFILACIÓN CRIMINAL:  
UN ESTUDIO DE CASO”**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A:  
**GUADALUPE SANTIAGO GARCÍA**

ASESOR: LIC. MARÍA EUGENIA NICOLIN VERA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉX.

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## AGRADECIMIENTOS

Justo hoy puedo decir con seguridad que, ningún camino puede ser andado sin suficiente fe. Primeramente, gracias a Dios...mi Dios.

Se necesita fe en cualquier camino ya que ninguno es fácil. En el mío...creo, como en el de muchos, ha habido tropiezos, discusiones, triunfos, fracasos, peleas, momentos de felicidad, tranquilidad, amor, tristeza y todo un cúmulo de sensaciones, emociones y sentimientos, que han marcando mi historia gracias a la cual estoy aquí concluyendo una de mis metas más anheladas: mi formación como Licenciada en Psicología.

Sin embargo, el camino no lo he andado a solas, hay personas que han estado a mi lado: apoyándome, queriéndome, amándome o simplemente acompañándome, a pesar de las dificultades, por encima de los errores y con muchas diferencias pero siempre con cariño. Los quiero y el orden en que los nombro a continuación dista mucho de mi sentimiento y del lugar que cada uno ocupa en mí ser.

Más allá de un agradecimiento, es una enorme dedicatoria a **Marcelina García y Víctor Santiago**, mis padres. Quienes con su cariño, respeto, paciencia y apoyo han contribuido a que el deseo más importante de mi vida se haya cristalizado. El esfuerzo no es sólo mío, también es de ustedes: **Los Amo**.

**Papá:** Creo que esté es el momento más oportuno para decir cuanto admiro tu tenacidad, esa forma tan tuya de levantarte y continuar aún en medio de una tempestad. Como con el ejemplo me has enseñado a ser honesta, respetuosa y leal, valores que conservo celosamente y ejerzo con dignidad. Sin duda te estoy agradecida por todo... todo y lo que más te agradezco es: que no hayas accedido a todos mis caprichos y que no me hayas dado la razón en todo, eso me ha hecho aferrarme a mis sueños y luchar por ellos. Gracias.

**Mamá:** Lo que te pueda decir en estas líneas no alcanza para expresarte lo mucho que te quiero y todo lo que veo en ti. Una mujer integra, emprendedora, luchadora con una gran capacidad para perdonar, dispuesta a todo por quienes ama. Llena de pasión por

la vida, alegre, sonriente y muy valiente. Te he aprendido muchas cosas, te estoy agradecida por enseñarme, a ser fuerte y a amar intensamente.

A las dos personas que me han hecho saber, de una u otra forma, que estarán ahí para protegerme, sin los cuales mi vida habría sido muy... muy...tranquila, tanto... que no me habría gustado. A ellos, en quienes veo no sólo a mis hermanos, sino a dos amigos, confidentes y a veces cómplices.

**Juan:** Aún en la distancia, tu presencia tiene gran fuerza en mi vida, eres un hombre que irradia energía en constante movimiento a veces aquí otras allá, pero siempre dentro de mis sentimientos. Te agradezco los momentos de juego y alegría. Contigo he aprendido a reírme de las dificultades de la vida. Te quiero.

**Víctor:** Para mí, sinónimo de compañía y complicidad en ocasiones para bien otras para mal finalmente, experiencias a recordar y con seguridad en nuestro pasado vivirán. Te agradezco tanta lealtad, que has estado ahí para escuchar a veces dándome un consejo, una palabra de aliento o un fuerte abrazo. Gracias por tanto cariño.

A quienes con su llegada manaron en mi un sentimiento de responsabilidad, esa sensación de saber que había un ejemplo que dar, alguien por proteger, alguien por cuidar. A mis sobrinos **Juan Ernesto y Víctor Enrique**, les agradezco el cariño y la confianza que han depositado en mí. Los adoro mis niños.

También a la mujer que dio vida a los dos jóvenes que más quiero a Irma Vargas en quien he encontrado una amiga alguien con quien reír y estuvo ahí cuando necesite un guía. Gracias Rana.

A la mujer que en un principio fue sólo una compañera de clase y sin siquiera sospechar hoy es parte de mi familia y por encima de este vínculo se ha convertido en una amiga, en quien puedo confiar, con quien puedo hablar y sé ahí estará. Romy gracias por tu apoyo.

Al hombre que con su personalidad, ha llegado a aflorar en mi, los sentimientos más ocultos, desde el primer día en que lo ví. Con quien he aprendido a perdonar,

levantarme y continuar, fortalecerme para volver empezar. Aquel que con su "locura" me ha llegado a confrontar, que con su ternura me ayudo a encontrar un sentimiento, que creía (o quería) no poder sentir. F abían gracias por llegar en mi vida, he conocido y descubierto mucho de mi y otro tanto de ti, a tu lado. Te amo.

A mis amigas Katy y Lore. Compañeras, cómplices y confidentes, simplemente las hermanas que no tuve pero en su momento pude elegir y me recibieron con los brazos abiertos. A ellas, por acompañarme a disfrutar mis triunfos, llorar mis tristezas, entender mis enojos, reír mis alegrías, aplaudir mis aciertos y marcar mis errores. Gracias por aceptarme como soy, por su presencia y su gran cariño. Las quiero.

A mi familia tanto paterna como materna por estar ahí en el camino observando mi crecimiento e interesándose por mis pasos, teniendo expectativas que éstas me han ayudado a formarme metas. Tíos y primos gracias por su interés.

A los primos con quines el lazo afectivo ha superado el familiar a Susy, Carlos, Gena y Vero, a mi amigo Fernando Díaz. A ellos por tantos momentos de alegría.

A mis amigos de la universidad y de mi trabajo de quines me he nutrido tanto a nivel personal como profesional Ely, Pich, Lesly, Vivi, Euti, Nan, Vane. De manera muy especial a mi colega, compañero y un gran amigo, el Lic. Víctor Solís por escucharme, entenderme y apoyarme. Gracias

A mis profesores quienes forman parte muy importante de mi formación profesional y de la elaboración de este trabajo al Lic. Francisco Castrejón. De manera muy especial a la Lic. Ma. Eugenia Nicolino Vera que además de ser directora de la presente tesis ha sido una guía, apoyo y ejemplo, alguien a quien admiro y respeto, por quien siento un gran cariño. Gracias Miss.

Al Lic. Alfonso Cruz, que además de haber sido mi profesor y ser mi jefe, hoy lo considero un amigo. Sabes cuanto te quiero y lo importante que eres, sin más palabras gracias por formar parte de mi vida.

De manera especial a la Profesora Ma. Carmen Franco quien con la transmisión de su saber, abrió la duda en mi, que me llevó a buscar y encontrar un lugar de crecimiento personal, mi espacio psicoanalítico. Así también a la Dra. Miriam Gutiérrez que es parte central de dicho proceso y espacio. Gracias.

Más allá de un agradecimiento es una dedicatoria, a la memoria del Sr. Genaro García Flores mi abuelo, el único que conocí y por razones de vida ya no está a mi lado, pero a quien la ausencia no lo ha podido arrebatar de mis sentimientos porque es imagen viva de mis raíces. Siempre te recuerdo, se que estarías muy orgulloso de este momento.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
RESUMEN .....	3
CAPITULO I: PSICOLOGÍA CLÍNICA .....	4
1.1. Antecedentes .....	4
1.2. La Definición .....	15
1.3. Funciones Centrales del Psicólogo Clínico .....	17
1.4. Ámbitos de Trabajo .....	31
CAPITULO II: LA PERSONALIDAD .....	33
2.1. Introducción .....	33
2.2. Definición .....	34
2.3. Características .....	38
CAPITULO III: EL PROCESO DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA .....	42
3.1. Introducción .....	42
3.2. Recopilación De Datos .....	43
3.2.1. La entrevista .....	44
3.2.2. La observación .....	52
3.2.3. La historia clínica .....	57
3.2.4. Pruebas psicológicas .....	63
3.3. Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento e Informe .....	111
3.4. Caso Clínico: El "Alcalde" De Wino Park .....	118
CAPITULO IV: PERFILACIÓN CRIMINAL .....	134
4.1. Delito Y Crimen .....	134
4.2. El Asesino Serial .....	139
4.3. Antecedentes De La Perfilación .....	
.....	154
4.4. Elementos De La Perfilación .....	162

4.4.1. Pruebas orgánicas .....	164
4.4.2. Pruebas inorgánicas .....	166
4.4.3. La escena del crimen .....	168
4.4.4. La víctima.....	169
4.5. Caso De Homicidio Serial.....	177
CAPITULO V: CONCLUSIONES .....	202
GLOSARIO.....	207
REFERENCIAS.....	213
ANEXOS .....	219

## INTRODUCCIÓN

La psicología ha recorrido un largo camino en su formación, desde sus inicios ha atravesado por problemas para llegar a una definición de su objeto de estudio y métodos por los cuales regirse. En primera instancia podemos mencionar; una de las principales problemáticas fue la relacionada con la definición de su objeto de estudio atendiendo a que etimológicamente *Psicología* se deriva de las palabras griegas *Psiqué- alma* y *logos – estudio o tratado*, es decir estudio del alma. Filósofos y epistemólogos emprendieron un debate sobre los orígenes y significado de ésta, así llegaron a homologar los conceptos *mente* y *alma* hasta concluir que la psicología se encarga de estudiar los procesos mentales. Después podemos situar el debate sobre la metodología, con el surgimiento de corrientes teóricas, como: el psicoanálisis, el conductismo, la existencialista, fenomenológica y humanista, para atender al objeto de estudio. Así hasta llegar a lo que hoy conocemos como: la disciplina que se encarga de estudiar los fenómenos mentales en tres dimensiones principales; cognitiva, afectiva y comportamental; intenta explicar, predecir y en ocasiones controlar la conducta humana.

Una vez establecido el objeto de estudio y postulados los primeros axiomas en cuanto su metodología deviene una problemática respecto a los tabúes culturales en donde el psicólogo es juzgado como “loquero” con regularidad éstos asuntos de la mente como: la psicología y el psicólogo, eran y siguen siendo considerados “*cosa de gente chiflada, mal de la cabeza, perturbados, maniáticos etc.*,” frases que empañan la labor del psicólogo y confunden los objetivos tanto de la psicología en general como de la clínica. Ante esto el profesionista de dicha área se ha tenido que abrir camino en la búsqueda de reconocimiento de su labor.

Actualmente, a pesar de los estigmas culturales podemos observar que el psicólogo va ganando campo laborar y reconocimiento social, al grado de

incursionar en el ámbito industrial, educativo, clínico etc. Sin embargo existen otros necesitados de nuestra intervención y así como antes fue trabajo de los filósofos y los primeros psicólogos, dar un lugar a la psicología dentro de los diferentes campos de aplicación. Parece tarea de los psicólogos actuales continuar con el esfuerzo por defender dicho objeto de estudio, metodología y campo laboral para ampliar los horizontes de nuestra área de acción. Por lo antes mencionado en la presente investigación se explora el ámbito criminológico.



## **RESUMEN**

La presente investigación tiene como objetivo resaltar la importancia del psicólogo clínico, quien por sus características adquiridas durante su formación profesional en cuanto a metodología y estudio de la personalidad, es el profesional idóneo para realizar perfilación criminal. Esta es una de las técnicas de mayor importancia en la investigación criminológica, ya que al aplicarse de manera adecuada ayuda en la captura de criminales desconocidos, entre estos el asesino serial. Por ello, se toma en primera instancia, el caso clínico de un alcohólico y en segunda el de un homicida en serie para hacer el análisis crítico y diferencial correspondiente del objeto de estudio, por un lado de la criminología y el criminólogo; y por otro del psicólogo y la psicología clínica. Para de esta forma destacar la necesidad de delimitación de campos de estudio y preparación básica previa para cursar posgrados en criminología y resaltar los beneficios tanto sociales como profesionales que traerá por consecuencia tal acción.

**Palabras clave:** Asesino serial, conducta, evaluación, perfilación criminal, personalidad, psicología clínica.

# 1

## **PSICOLOGÍA CLÍNICA**

### **1.1 Antecedentes**

Delimitar una fecha y un personaje específico para narrar el inicio de la Psicología Clínica resulta una tarea difícil porque el surgimiento y desarrollo tuvo lugar a lo largo de los siglos XIX y XX en donde; eventos socio-políticos como la Primera y Segunda Guerras Mundiales, culturales; como la renovación del pensamiento en cuanto a la concepción de enfermedad mental; países principalmente Europeos; y personalidades de todo el mundo, contribuyeron de una u otra forma en el nacimiento y crecimiento de ésta disciplina.

Sin duda un buen comienzo puede ubicarse antes del Movimiento de Reforma Institucional para enfermos mentales, iniciado en Francia por el médico Philippe Pinel en el siglo XIX época donde las personas que sufrían de alguna deficiencia mental eran alienadas y tratadas brutalmente con castigos inhumanos; los grilletes, azotes, cadenas y sangrías<sup>1</sup>, eran típicos como tratamiento, se llevaban acabo en lugares insalubres donde solamente eran hacinados sin ningún sistema de ayuda, ni trato humano pues la sociedad de ese tiempo creía que las enfermedades mentales eran un castigo de Dios, producto de una posesión demoníaca o alguna deficiencia en la sangre. Los

---

<sup>1</sup> Procedimiento en el que se extraía sangre del enfermo y se reemplazaba por sangre animal.

llamaban endemoniados, enajenados o estúpidos y los hospitales psiquiátricos eran considerados manicomios.

Dada esta situación social surge el movimiento de reforma del siglo XIX con la psiquiatría, representado por el médico francés Philippe Pinel, quien se vio motivado al estudio de la demencia después de intentar ayudar a un amigo quien sufría de periodos intercalados de depresión y manía que desembocaban en continuo nerviosismo incontrolable, en uno de estos episodios el joven salió corriendo hasta llegar a un bosque donde fue devorado por lobos, Pinel se quedó con muchas preguntas enfocadas a lo que había causado la conducta de su amigo.

Entonces, comenzó a investigar y llegó a los estudios de Joseph Daquin quien concebía a la demencia como una enfermedad que debía tratarse con métodos científicos naturalistas, incitado por las investigaciones de éste hombre Pinel publicó *“El mejor método para tratar pacientes que se vuelven locos antes de la edad madura”*, ensayo por el cual recibió mención honorífica y se aproximó a Thourret, una de las autoridades hospitalarias parisinas, quien le brindó la oportunidad de ser director de Bicêtre (retiro para dementes), en donde pudo observar la brutalidad e inhumanidad con que eran tratados los “locos”. Allí emprendió trato bondadoso y humano a los pacientes quitando las ataduras y cadenas. Con esto, según Phares, Pinel *“constituyó un pilar en el desarrollo de la psiquiatría, del enfoque de la salud mental y en última instancia de la psicología clínica”*. Phares (1999).

En Inglaterra – en la misma época- William Tuke emprendía una labor parecida a la de Pinel con la ayuda de la sociedad de amigos (cuáqueros) iniciaron la búsqueda de lugares donde los enfermos pudieran tener refugio, así en 1796 instauró un retiro cerca de York al norte de Inglaterra donde se comprometió a dejar sueltos a los internos brindándoles buena comida, respeto, apoyo médico y religioso. El establecimiento fue modelo a seguir de otros albergues como el asilo Amigos Para El Uso De Personas Deprivadas De La Razón abierto en Filadelfia en 1813.

En 1820 Connecticut Estados Unidos presenció, el trabajo de Eli Todd, un proyecto de retiro para enfermos mentales donde se brindaba atención civilizada enfocada al respeto y la moralidad; prevalecía la idea de libertad y una vida armoniosa según las leyes de Dios. En Mississippi, Massachussets, Rhode Island y otros estados de Estados Unidos, Dorothea Dix emprendió campañas a favor de mejoras institucionales para los enfermos mentales donde exhortó a los gobernantes para que la ayudaran a emprender cambios en instituciones y en 1848 obtuvo respuesta de Nueva Jersey ciudad pionera de entre otras treinta, que construyeron hospitales para este tipo de enfermos.

Los esfuerzos de estas personas, cambiaron el pensamiento y la forma de trato hacia los enfermos mentales. Sin embargo esto es el principio de los grandes avances que obtuvo la disciplina en los años posteriores, los cuales revisaremos de forma general tomando de referencia tres periodos principales.

### **Fines del Siglo XIX (1850 -1899)**

Debido a la nueva concepción de la enfermedad mental los estudiosos se aproximaron a los pacientes y con ello incrementaron conocimientos. Entonces aparece la histeria, uno de los males mentales más conocidos en la historia de la psicología y la psiquiatría a la cual se le deben grandes avances en ambas disciplinas.

Jean Charcot un celebre neurólogo francés, fue uno de los primeros teóricos en estudiar éste mal que oprimía a muchas mujeres de la época. Mediante sus intervenciones con hipnosis desaparecía síntomas, injustificados médicamente, como parálisis de extremidades, tos persistente, doble personalidad y ausencias propios de la histeria, enfermedad que se volvió prácticamente una epidemia, así no es de sorprender la inserción de otros investigadores como Josef Breuer y Sigmund Freud (medico y neurólogo Austriaco considerado el padre del psicoanálisis) al estudio de éste padecimiento.

Breuer comenzó a tratar a Anna O. mediante hipnosis pues presentaba los síntomas antes mencionados y más, dada la complejidad del caso lo consulta

con Freud y éste acudió a Charcot para aprender sobre el tema, así empezó un largo estudio respecto a la histeria del cual obtuvieron material suficiente para publicar en 1895 “*Estudios sobre la histeria*” y con esto perfilar el inicio de una corriente importante en la historia de la psiquiatría y la psicología clínica: El psicoanálisis.

En cuanto a evaluación psicológica, surgen los primeros teóricos interesados por las diferencias entre personas con las investigaciones de Francois Galton sobre el tiempo de reacción, agudeza sensorial y habilidades motoras, complementados por James McKeen Cattel quien prestó suma atención al estudio de diferencias en tiempo de reacción; ambos creían que esto los acercaba al estudio de la inteligencia humana, así Cattel acuñó el termino *pruebas mentales*. Atraído también por la diferenciación aparece Emil Kraepelin, médico alemán interesado por la psiquiatría, con su división de las enfermedades mentales designando exógenas a aquellas “curables” y endógenas a las “incurables”.

Los avances se dan también en otras áreas como la psicología experimental donde aparece Wilhem Wundt, médico y fisiólogo alemán, interesado por la descripción de experiencias mediatas, que apreciaban las personas de forma consciente ante ciertos estímulos, abre en 1879 el primer laboratorio de psicología en Leipzig. Algunos años después e atraído también por la experiencia desde el un punto de vista subjetivo, William James, abrió su laboratorio en 1890 en la universidad de Harvard en Estados Unidos, y publicó el texto “Principios de la Psicología”.

En la misma época la disciplina inició su profesionalización en 1892 se funda la American Psychological Association siendo el primer director Stanley Hall, y en 1896 Lightner Witmer funda la primera clínica psicológica en Pennsylvania donde atendía principalmente a niños con problemas de aprendizaje y dió el nombre de psicología clínica a éste campo.

### **Principios del Siglo XX (1900 -1940)**

Para esta época el tipo de intervención hacia pacientes iba en incremento. Freud tras verse interesado por la histeria y publicar un texto al respecto, continúa con la interpretación de los sueños, el caso de Anna O. brindó datos exhaustivos como para dejar la hipnosis, tomar especial atención en la asociación libre y postular conceptos como determinismo psíquico, procesos inconscientes, complejo de Edipo, ELLO, YO y SUPER-YO entre otros, que no se revisarán pues rebasarían los fines de la presente investigación. Sin embargo es preciso aclarar la importancia del psicoanálisis como corriente teórica más influyente para la intervención clínica, pues en esta época estaba en su auge y a la cual se sumaron seguidores como Alfred Adler, Carl Jung, Otto Rank entre otros.

Influenciado por ésta corriente William Healy abre su clínica de orientación infantil en Chicago en 1909, contrariamente a lo que podríamos pensar el enfoque de Healy estaba dirigido a lo que ahora llamamos “delincuencia juvenil” y las causas de deshonestidad infantil, prueba de ello es la publicación de su libro “Honesty” en 1913. Algunos años atrás en 1905 la terapia de grupo comenzaba a esbozarse cuando Joseph Pratt y Elwood Worcester, internista y psicólogo respectivamente, iniciaron discusiones grupales como medio de apoyo en los tratamientos de pacientes psiquiátricos. En este tiempo el interés radicaba en el estudio de niños, las clínicas de orientación extendieron su servicio más allá de la evaluación de capacidades y empezaron a dar conserjería a padres, momento en que la teoría de Adler tomó importancia debido al énfasis puesto en las relaciones familiares como primeras referencia para la adecuada socialización adulta. Así también aparece la terapia de juego, técnica también influenciada por los postulados de Freud en la cual mediante el juego expresivo se disminuyen los niveles de ansiedad, en 1928 Anna Freud, hija del celebre teórico antes mencionado, propone un método de terapia de juego con base completamente en postulados psicoanalíticos.

En la década de 1930 aparece Jacob Levy Moreno con sus contribuciones en: terapia grupal, estudios sobre psicodrama y sociometría, acuña los términos, *encuentro*, *comunicación interpersonal*, *catarsis grupal* y por supuesto *terapia de grupo*. En el mismo año y hasta 1938 aparecen tres sucesos importantes en

la historia 1) el experimento de Albert y la rata blanca realizado por John Watson en el que condicionó al niño para tener miedo a objetos blancos con pelo 2) en 1924 Mary Cover Jones mostró el condicionamiento por el cual este tipo de miedos podían retirarse y 3) en 1938 J. Levy describe la terapia de relación. Eventos pioneros de la terapia conductual.

El siglo XX marco un momento importante en la evaluación y el diagnóstico por medio de pruebas, como ya se mencionó, los inicios se encuentran con J. McKeen Cattell y Galton pero el énfasis provino de Alfred Binet y su colaborador Théodore Simon quienes realizaron en 1908 la escala Simon –Binet con el fin de dar mejor atención a niños con defectos en su manera de aprender. El impacto de dicha escala es importante pues tuvo gran influencia en la medición de la inteligencia. Las pruebas de personalidad también empezaban a surgir en 1905 por Carl Jung quien utilizó asociación de palabras para determinar los contenidos inconscientes, en 1910 se publicó la prueba de asociación libre Kent-Rosanoff y en 1904 Spearman elaboró el concepto de *inteligencia general*. Con el advenimiento de la Primera Guerra Mundial en 1917 surgió la necesidad de reclutar y clasificar a militares para entrar en acción y se creó un comité de la American Psychology Association (APA) encargado de calificar a los soldados mediante sus niveles de capacidad así como de diseñar la prueba Army Alfa. En el mismo año Robert Woodworth propone el inventario psiconeurótico y su hoja de datos personales.

A éstas pruebas le siguieron otras de suma importancia como la Escala de Preferencias Kuder en 1927, las escalas de Gesell para desarrollo en 1936, para 1939 David Wechsler publicó la Wechsler – Bellevue de inteligencia y en 1931 la de Valores de Allport. Las pruebas de personalidad y proyectivas también lograron avances significativos y en 1921 aparece la prueba X-0 de Pressey para emociones, en el mismo año Hermann Rorschach propone su *Psychodiagnostik* mediante la interpretación de manchas de tinta para el diagnóstico de pacientes psiquiátricos, en 1935 aparece la Prueba de Apercepción Temática (TAT) de Christina Morgan y Henry Murray y en 1938 Lauretta Bender presenta una de las pruebas más usadas en la actualidad la Bender- Gestalt en la cual se puede observar rasgos de personalidad y disfunción cerebral. Finalmente el concepto de pruebas proyectivas fue

acuñado en 1939 por L. K. Frank. Hechos que, conformaron también los avances más importantes de esta época en cuanto a investigación.

Respecto a profesionalización en 1906 comenzó la publicación del Journal of Abnormal Psychology por Montor Price. En 1907 Witmer Publicó la primera revista de psicología clínica y para 1919 la APA crea la sección de psicología clínica dentro de su sistema, misma que en 1931 conformó un comité sobre normas de entrenamiento el cual más tarde en 1935 definió a la psicología clínica como “*el arte y tecnología que tiene que ver con los problemas de adaptación de los seres humanos*”. Reisman (1976) citado en Phares (1999).

### **Fines del Siglo XX e Indicios en la Actualidad.**

El inicio de la segunda guerra mundial marcó de manera importante los avances en terapia, los problemas emocionales desarrollados por los reclutas eran excesivos para ser tratados por los psiquiatras y médicos disponibles en ese tiempo, por lo que los psicólogos, quienes tenían un papel secundario en el sector salud, comenzaron a intervenir dando apoyo en un principio con terapia de grupo para después tener intervenciones de psicoterapia individual y reivindicar a los militares en periodos cortos. Esto, aunado a los avances en investigación, evaluación y diagnóstico, produjo la aceptación de psicólogos en el área de salud mental.

En los años de 1930 muchos teóricos emigraron junto con sus ideas a otros países como: Estados Unidos, con ello permitieron la proliferación de sus postulados, ejemplo de esto es el psicoanálisis que a través de conferencias, seminarios y reuniones obtuvo más reconocimiento, así el auge de las pruebas disminuyó pero incremento el interés por el estudio de la personalidad con carácter marcadamente psicoanalítico. Más tarde en 1950 John Dollard y Neal Miller publicaron el libro titulado “*Personalidad y Psicoterapia*” en el cual intentaron aproximar la teoría psicoanalítica a la de aprendizaje, sin embargo no tuvo mucho éxito.

En aquel tiempo al psicoanálisis era la principal corriente y el conductismo, aunque empezaba, era la segunda más importante, por lo que en 1942 la propuesta de Carl Rogers de la Terapia Centrada en el Cliente se volvió una alternativa bien aceptada. Algunos años después en 1946 Alexander y French publicaron textos donde el principal interés era proponer terapia psicoanalítica breve, con estos dos movimientos surgen otras alternativas de terapia como La Gestalt propuesta por Frederick S. Perls en 1940 y en 1953 aparece Víktor E. Frankl con la logoterapia y su teoría existencial. Después tiene lugar Ackerman en 1958 con sus postulados sobre terapia familiar. A principios del decenio de 1960 más exactamente en 1962 la terapia racional emotiva y su precursor Albert Ellis da inicio. Un año después tiene lugar el análisis transaccional con Eric Berne.

Por la misma época aparecen los primeros estudios sobre la conducta, como el de Andrew Salter en 1949 y su *Teoría de los reflejos condicionados*, que después tomaría la forma de lo que hoy conocemos como desensibilización. B. F. Skinner impulsó la terapia conductual al explicar los principios operantes en 1953, otro contribuyente a esta última fue Joseph Wolpe en 1959 al proponer la desensibilización sistemática. Con esto el movimiento conductista cobraba énfasis y ya para el año 1969 Albert Bandura perfila el inicio de las teorías cognitivo –conductuales al postular que la conducta de un individuo puede modificarse al observar la de otro y a esto le llamo modelamiento.

Con estos teóricos inició el auge del movimiento llamado conductismo, la segunda corriente más importante dentro de la psicología clínica, la cual promovió investigación en psicoterapia, su énfasis en la conducta observable y con tratamientos más cortos, en comparación con el psicoanálisis, creó gran atracción por lo que en este tiempo las terapias de este tipo eran más requeridas como la terapia breve y el usos de manuales de tratamiento, pues usan metas para cada sesión y utilizan de 10 a 15 sesiones. Otro suceso importante en la historia es la aparición de tratamientos preventivos para atender a varios pacientes a la vez, mismos que dieron inicio a un área de intervención importante, la psicología comunitaria en 1960 y la sanitaria en 1980.

La evaluación en este tiempo siguió caminos diferentes e incrementó investigaciones. Las contribuciones ya existentes incitaron a preguntas y dudas específicas como *¿El nivel de funcionamiento de éste paciente es producto de limitaciones intelectuales constitucionales o un proceso patológico como la esquizofrenia?* Phares (1999). También se preguntaban, los teóricos, por niveles de capacidad, debido a esto, las investigaciones vieron la necesidad de crear diagnósticos diferenciales y buscaron modelos de ejecución más que puntuaciones totales y con ello dieron grandes aportes tanto al movimiento de la evaluación de la inteligencia como de la personalidad.

Con la publicación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) en 1943, también apareció un debate sobre la efectividad de la predicción clínica y estadística, la disputa consistía en cuestionar hasta qué punto eran adecuadas las medidas objetivas o proyectivas para la evaluación de la personalidad y la psicopatología. Esta era una pregunta central pues el psicólogo clínico era considerado experto en psicodiagnóstico y éste, a su vez, el eje para la evaluación y tratamiento por lo que la disputa fue un golpe a la forma de evaluar aunado al movimiento del conductismo radical a fines de 1950, el cual defendía la idea de *que “solo puede medirse la conducta explícita y que no es útil o deseable inferir el nivel o la existencia de rasgos de personalidad a partir de los resultados de pruebas psicológicas”* Phares (1999). La evaluación de la personalidad vio cambios importantes y la psicología clínica tomó caminos conductuales en 1960 y para 1970 la evaluación era conductual, se comprendía a través de estímulos desencadenantes y perpetuantes. Esto también se vio reflejado en la profesionalización pues cada vez incrementaban las revistas con artículos de tipo conductual.

Sin embargo entre los años de 1980 y 1990, resurgió el estudio de la personalidad basado en rasgos y no en estímulos. Debido a los avances en el estudio de trastornos de personalidad iniciado con el sistema diagnóstico estadounidense para los trastornos mentales y a la publicación de inventarios de personalidad como el Clínico Multiaxial de Millon, que psicométricamente eran más estables y a varias demostraciones empíricas que afirmaban los

rasgos de personalidad como estables a través del tiempo la evaluación tomo una línea menos radical mediante entrevistas estructuradas propuestas principalmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I) de la American Psychiatric Association en 1952, que consisten en preguntas estandarizadas con claves de calificación procedentes de criterios diagnósticos para diversos trastornos. Si bien el tipo de evaluación cambió con esto, las pruebas también eran menos necesarias pues uno puede aplicar sólo la entrevista sin necesidad de escalas y puntuaciones.

Otro aspecto importante en el desarrollo es la evaluación neurológica la cual consiste en determinar las deficiencias de la persona en ciertas áreas cerebrales y la relación cerebro –conducta de éstas, para ello se utilizan pruebas como la Gestalt- Bender o la batería Neuropsicológica Luria – Nebraskal. Una valoración de éste tipo puede ser de dos formas la primera consiste en aplicar una batería general de pruebas y dar un informe o bien después de aplicar y obtener resultados, confirmar con otras pruebas. El auge de estos procesos es cada vez mayor y muy utilizado en planes de rehabilitación.

El periodo post – guerra creó necesidades que ayudaron al crecimiento de la profesión, la principal fue la aparición de trastornos emocionales en los soldados a los que, la administración de veteranos debía rehabilitar entonces creo internados para estudiantes de postgrados en universidades, para tener apoyo de más profesionales de la salud con ello también contribuyo al tratamiento para que éste se dirigiera a los adultos, pues antes se atendía básicamente a niños. En 1945 el estado de Connecticut aprobó la primera ley de certificación para psicólogos, dos años después se abre el American Board of Examiners in Professional Psychology (ABEPP) también para certificación de psicólogos clínicos. En 1949 el estado de Colorado Boulder, fue sede de la conferencia de educación de postgrado en psicología clínica donde se explico el modelo científico- practicante el cual planteó “1) *los psicólogos clínicos deberían obtener entrenamiento en facultades universitarias; 2) primero se entrenarían en psicología general y después en psicología clínica; 3) se requería de internado para el clínico; 4) lograr competencias en diagnóstico,*

*psicoterapia, e investigación; 5) el termino de su profesión sería un titulo de doctorado, que incluya una investigación original que contribuya al campo.”* Phares (1999). En 1953 la APA publicó el Ethical Standard, documento con el cual el psicólogo adquirió suma responsabilidad de sus actos profesionales y mayor compromiso con quien solicitara sus servicios lo que también daba protección al público.

Los avances de la profesión hasta este momento eran importantes y siguieron en continuo crecimiento ya los programas de entrenamiento en psicología clínica eran 81 los aprobados y el numero de clínicos ascendió a 12,000, la APA contaba con más de 67,000 miembros y la división de psicología clínica era la más grande dentro de dicha organización.

Así el crecimiento de la psicología clínica esta fundamentado en cuatro aspectos principales; la investigación, la intervención, la evaluación y diagnóstico y la profesionalización; para llegar a lo que ahora conocemos como tal, el camino no fue fácil, como pudimos ver, y el auge es de suma importancia en nuestros tiempos ya que a menudo la psicología en general se relaciona con gente tomando sesiones en un consultorio o actividades propias del psicólogo clínico. Pero ¿qué es la psicología clínica? se pudiera decir que esta implícito en lo antes descrito sin embargo para fines de hacer la investigación más específica cabe hacer un breve análisis de las definiciones mayormente aceptadas del área.

## **1.2 La definición**

Como pudimos constatar la psicología clínica tiene amplio espectro y no existe una definición que lo abarque en su totalidad. Son muchos los autores y enfoques para definir el área, cada uno enfatiza en alguno u otro aspecto específico como puede ser la evaluación y diagnóstico, o centradas en el estudio de patologías, otras hacen hincapié en patrones conductuales., etcétera.

Dentro de ésta gama encontramos a autores como S. Feldman (2005) quien considera a la psicología clínica como *“la rama de la psicología que versa*

sobre el estudio, diagnóstico y tratamiento del comportamiento anormal”; Roca. M. dice: “es una rama aplicada de los conocimientos psicológicos que persigue el estudio integral de individuos y grupos humanos, por medio del uso de técnicas psicológicas, la cual tiene como campo el proceso salud enfermedad en su dimensión psicológica, donde realiza funciones encaminadas a optimizar las relaciones del individuo con su medio en función de sus potencialidades reales” una definición y descripción más reciente es la que hace Resnik en 1991 “El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos, y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de la adaptación, discapacidad e incomodidad intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual aplicados a la amplia gama de población de clientes”. La enciclopedia de psicología océano (2006) expresa “es la rama de la psicología que abarca el conocimiento y la practica psicológica, se emplea para ayudar al paciente con algún trastorno mental o de conducta a encontrar la mejor adaptación y expresión propia. Incluye la ejercitación y practica efectiva en el diagnóstico, tratamiento, así como investigación para promoción del conocimiento”, en 1985 Whittmer la define como “la aplicación de principios psicológicos en el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales y conductuales como la enfermedad mental, delincuencia, retardo mental, etc., que también comprende el área de investigación”.

Podría seguir la lista y como se puede observar lo central de las definiciones mencionadas es el diagnóstico, alternativas de tratamiento referentes a problemas conductuales, emocionales o mentales, que afectan la adaptación del individuo en su entorno individual y social, mediante el empleo de técnicas. Por lo que para los fines de la presente investigación la Psicología Clínica será considerada **“Aquella rama de la psicología encargada de la evaluación y diagnóstico, intervención e investigación de la personalidad para ayudar a una mejor adaptación del individuo. Mediante técnicas como la observación, entrevista, historia clínica y pruebas psicológicas”** ya que comprende la recopilación de información para el diagnóstico, facilita alternativas de tratamiento y toma de decisiones respecto a una persona, en su dimensión subjetiva es decir aquello característico, que nos hace diferente a los

demás, la personalidad. Además de ser coherente con las principales funciones que formaron la disciplina desde sus antecedentes, tal como se revizo líneas atrás en lo referente a su historia.

Siendo la evaluación, el diagnóstico, investigación e intervención, las actividades centrales del psicología clínica es meritorio abordarlas de manera cercana (pues también son los ejes de la presente investigación). En el siguiente tema se profundizaran.

### **1.3 Funciones Centrales del Psicólogo Clínico**

Al hablar de las funciones del psicólogo clínico una pregunta queda implícita ¿Qué hace el profesional en evaluación y diagnóstico, intervención e investigación? Misma que será la guía para explicar las actividades de aquel.

#### **El psicólogo clínico en evaluación y diagnóstico**

Antes de contestar la pregunta referente a evaluación y diagnóstico es necesaria una aclaración respecto al concepto ya que ha pasado por diversas disputas para explicarse y diferenciarse de otros términos tales como: test psicológicos, psicodiagnóstico y valoración.

Dada la importancia adquirida por la aplicación de test psicológicos a principios de 1900 se creía, ésta era la función principal del psicólogo. En países como España y en años más cercanos, la encuesta de Berenguer y Quintanilla (1994) citados en Buéla-Casal y Sierra (1997), refiere que la actividad principal, con la cual usualmente era relacionado el psicólogo, es la habilidad para aplicar test. Sin embargo con el apoyo de autores como Timothy B. Rogers, Anne Anastasi y Cronbach quienes de forma paralela limitaron el concepto y coinciden en decir que los test son muestras de conducta obtenidas en condiciones estandarizadas, establecen una puntuación y son medidas objetivas, con ello ponen de manifiesto que los test son solo una parte de las habilidades o el quehacer del psicólogo.

Otro concepto con el cual era usualmente confundida o equiparada la evaluación psicológica es el “psicodiagnóstico” termino surgido en 1921 con la publicación del *psicodiagnóstico de Rorschach*, el cual se asocio a técnicas proyectivas y al modelo médico de evaluación<sup>2</sup>. Tuvo gran importancia al grado de establecerse como asignatura en España en los años 80's donde, se incluían técnicas proyectivas, psicométricas y otras innovaciones en el campo psicológico, mientras que en Estados Unidos el concepto de psychodiagnostik solo era usado para referir técnicas proyectivas al igual que en Portugal donde no existen asignaturas con ésta denominación a excepción de los cursos en los que se habla específicamente de técnicas proyectivas por ejemplo “*psicodiagnóstico de problemas de aprendizaje a través de la técnica figura humana*” (cursivas mías). En México ninguna asignatura de la UNAM aparece con éste nombre aunque hay bastantes denominadas como evaluación. Buela-Casal y Sierra (1997), comenta que incluso se llega a diferenciar entre evaluación de la personalidad y test de personalidad donde en la primera están incluidos los test psicométricos de personalidad y en la segunda comprende las técnicas proyectivas, así también existen materias como “integración de estudios psicológicos” donde se imparten, entre otros temas, la evaluación mediante el psicodiagnóstico de Rorschach.

El término psicodiagnóstico, debido a sus connotaciones medicas, psicodinámicas y su relación con las patologías, ya no es usado con frecuencias para equiparlo a evaluación psicológica pues, como se vera adelante, éste último engloba también otros aspectos.

El concepto de valoración ha sido difícil de diferenciar, varios autores hicieron el intento sin llegar a ser satisfactoria su diferenciación, por ejemplo, Adams menciona que evaluación es similar a medida, a diferencia de valoración donde se hacen juicios de valor y por ello supera a la evolución así mismo describe los pasos para éste proceso:

---

<sup>2</sup> En el campo médico, el objetivo principal es diagnosticar al paciente mediante la los síntomas que presenta y la formación de síndromes que éstos configuran para posteriormente clasificar y dar un tratamiento. (Buela Casal y sierra, 1997).

- “1 Determinación de lo que se va a valorar*
- 2 Definición operativa de lo que se va a valorar*
- 3 Selección de la de las situaciones pertinentes*
- 4 Registros de observaciones previas para realizar un análisis objetivo*
- 5 Síntesis de datos obtenidos y elaborados” Adams (1964)*

Fernández-Ballesteros (1985) comenta; *“podemos decir que las tareas del evaluador y valorador son semejantes y la única diferencia es el sujeto de análisis pues evaluación se dirige a un humano y valoración programas o intervención”*. Sin embargo estas explicaciones tienden a confundiré pues los pasos de Adams pueden ser bien aplicados al proceso de evaluación y la distinción de Ballesteros se usa indiferenciadamente en trabajos y artículos por ejemplo el de Pásaro (1993) *“Valoración de diversas variables conductuales en individuos con síndrome de Turner”*.

Otros autores hablan de la complementariedad de ambos conceptos, como Shertzer y Linden en 1979 quienes comentan que el termino “evaluación” es usado para referirse a métodos y medidas con el objetivo de establecer el estado o comportamiento de un individuo y “valoración” es usado cuando se hacen juicios de valor respecto a la utilidad del comportamiento de una persona. Sin embargo coinciden al referir *“A pesar de que el uso diferenciado de estos términos expresa una buena intención mantenerlo completamente en la practica es difícil porque un programa de evaluación esta constantemente relacionado con un proceso de valoración que implica un juicio de valor”* Shertzer y Linden (1979), Pelechano (1988) y Álvaro (1990) coinciden en decir que evaluación tiene dos acepciones en el idioma anglosajón, *assessment* designa una medida u observación sistemática elaborada sobre una extensión de consecuencias de un logro, y *evaluation* dónde esta implícito un juicio acerca de los objetivos de aprendizaje usando la información obtenida del *assessment*. De igual manera la Real Academia Española expresa, “valoración” hace referencia a juicios positivos y “evaluación” comprende los contextos en los que se emplea la “valoración” un ejemplo sería que, en una valoración concluyamos la presencia de niveles de ansiedad en una personas y en la

evaluación especificamos las situaciones comunes donde ésta es más elevada. Por tal razón, no debe sorprender al lector que en el presente trabajo se haga uso indiferenciado de ambos conceptos pues su relación es estrecha y la diferencia mínima, como acabamos de revisar.

Como ya se menciona la evaluación es un término que engloba las habilidades de aplicar test y dar un diagnóstico. Según Phares (1999) la evaluación implica “1) la valoración de fortalezas y debilidades; 2) conceptualización del problema; y 3) dar alternativas para mitigar el mismo”, lo cual conduce a una mejor comprensión del individuo, en donde el propósito principal es la descripción de rasgos sobresalientes de la personalidad, que dan paso al diagnóstico, tratamiento, interpretación y predicción de la conducta para lo cual usa técnicas, entre las que se destacan la entrevista, observación, pruebas psicométricas y proyectivas, donde el fin es recopilar información.

Del mismo modo Maloney y Ward citados en Buela-Casal y Sierra (1997) mencionan se trata de un proceso compuesto por tres partes 1) el problema a evaluar, 2) compilación de datos y 3) la interpretación para dar respuesta al problema. Sin embargo no mencionan la forma de obtener la información, a diferencia de Mc Reynolds, Goldstein y Hersen (1990) quienes coinciden en que al hablar de evaluación psicológica (EV.P) está implícito el uso de técnicas como entrevistas, test, observación e inventarios. Otros autores como Martín (1988) y Groth- Marnat (1990) hacen énfasis en ver a la EV.P como un proceso donde se usan fuentes diversas para obtener información y se requiere formación teórica para interpretar datos e ir más allá de la aplicación de test.

De manera más amplia Silva (1988) dice *“la evaluación psicológica constituye un proceso, cuyos objetivos son proporcionar información útil en tareas de clasificación, así como la modificación y evaluación de cambios dirigiéndose tanto a personas como a entidades, tomando en consideración la actividad humana de forma ya sea indirecta o directa”*, Fernández-Ballesteros (1992) dice *“es aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de un sujeto o grupo humano con distintos objetivos básicos o aplicados a través de un proceso de toma de*

*decisiones en el que se conjuntan una serie de dispositivos, test y técnicas de medida y/o evaluación".* Por su parte Buela-Casal y Sierra (1997) mencionan, que *"la evaluación psicológica es el estudio científico, a través de diferentes procedimientos de obtención de información, de la actividades o características psicológicas de una persona, ambientes específicos o intervenciones con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, entre estos el diagnóstico".* Misma que será guía en la presente investigación.

Así las funciones del psicólogo en evaluación se extienden a la interpretación de datos obtenidos mediante pruebas psicométricas y proyectivas entre otras técnicas como la observación, historia clínica, y entrevistas (que serán revisadas en el apartado de elementos de la evaluación), para lo cual requiere más que la habilidad de aplicar una prueba, necesita formación profesional. Con tal información además de dar un diagnóstico o psicodiagnóstico se delimitan pautas para tomar decisiones en la intervención, es decir proponer tratamientos, según sea el caso, puede variar desde el apoyo con fármacos hasta los diferentes tipos y técnicas de terapia. Lo cual, siendo un proceso sistematizado contribuye a que tenga calidad científica pues aunque la valoración es considerada como la elaboración de juicios éstos se convierten es hipótesis de investigación que habrán de corroborarse.

Asimismo el psicólogo clínico intenta además de categorizar (no en todos los casos) y explicar la conducta o cierto fenómeno también anticipa su comportamiento en el tiempo. Con esto y lo antes mencionado, la función principal es la evaluación ya que da elementos para la intervención e investigación, funciones que se explican a continuación.

### **La Intervención**

Las maneras de intervención en un caso son diversas dependiendo del marco teórico que maneja cada clínico. Así por ejemplo si una persona acude a consulta y quien lo trata es un terapeuta cognitivo- conductual posiblemente éste haga énfasis en cadenas cognitivas o sus ideaciones irracionales, si asiste con alguien de orientación humanista éste hará hincapié en el potencial

humano y autoconcepto, al estar con un psicoanalista éste ponderara los contenidos inconscientes retomando detenidamente la infancia de la personas. Sin embargo existen puntos de encuentro en cualquier corriente los cuales se abordarán en seguida.

Roca (2005) menciona “*si se tuvieran que reducir a su mínima expresión las funciones del psicólogo clínico estas serían **conocer a la persona y ayudarla a cambiar***” donde la primera parte de la frase se refiere al proceso de evaluación y diagnóstico (revisada en el apartado anterior) y la segunda al proceso de intervención. Dicha expresión es cierta ya que desde las diferentes posturas, se persigue y existe un cambio, partiendo además del supuesto de que si alguien asiste a psicoterapia es porque quiere cambiar algo en su forma de adaptarse o sentirse, ya sea desde una perspectiva psicoanalítica, cognitiva, humanista o conductual (siendo también éstas las principales posturas teóricas de intervención psicológica).

El proceso de intervención es un asunto difícil pues en psicología clínica tratamos con un objeto de estudio complejo, el ser humano en su dimensión psicológica, donde además de estar presentes los pensamientos, emociones, sentimiento, recuerdos e historia personal etc., también existe un medio en el cual éste se desenvuelve, ejerce roles e interactúa con otras personas igualmente complejas. Si a esto le anexamos la creencia común donde asistir a un psicólogo es cuestión de “locos”, el terapeuta se enfrenta a una resistencia provocadora de dificultades en el proceso, pues la persona asume que estará frente a un juez, por tal razón e independiente al termino usado ya sea **rapport, empatía precisa primaria o confianza básica**, el psicólogo invierte tiempo considerable en crear un clima de confianza donde la persona se sienta segura y comprendida, para poder expresar sus emociones, sentimientos o pensamientos con libertad, es decir para permitir al paciente entrar en **catarsis, desahogo o empatía precisa avanzada**, actividad principal para la consecución del tratamiento pues promueve la baja de ansiedad y provee tranquilidad.

Durante el establecimiento del clima, antes mencionado, el terapeuta escucha atentamente para identificar la problemática que plantea el paciente (cliente) y hace un análisis de las relaciones innegables entre el pasado y el presente de la persona (el énfasis dependerá de la corriente que se ocupe)<sup>3</sup> así como de las consecuencias futuras de una determinada conducta, emoción o pensamiento. Al hacer dicha exploración el clínico crea hipótesis, a través de la interpretación, que en su momento expresara para promover el **darse cuenta de..., insight o auto- exploración**, en el paciente, lo cual implica una relación terapéutica dinámica en donde cliente (paciente) y psicólogo inician un proceso de búsqueda de alternativas.

En ésta búsqueda se pretende elegir lo qué mejor convenga al paciente de acuerdo con su historia, pero no es el terapeuta quien lo hace, éste solo muestra diferentes formas de enfrentar una problemática, apoya al tributario de tratamiento en la observación de las consecuencias tanto positivas como negativas implicadas en las alternativas generadas. Lo cual forma parte de las metas en tratamiento, pues ya identificadas se crean pautas de continuación, en corrientes como la conductual o cognitiva se maneja el uso de contrato en otras como psicoanálisis y humanismo no, sin embargo en cada una existen hipótesis para guiarse en terapia.

Rogers (1961) menciona que *“los clientes se mueven en dirección de su autonomía... gradualmente escogen las metas hacia las cuales quieren moverse y devienen responsables de si mismos...”*, ésta característica (la responsabilidad) es un elemento importante dentro de la labor del psicólogo ya que sin ésta el paciente se torna dependiente y en muchos casos comentarios como; “¿dígame que hago doctor?” o “¿cree que es lo mejor?” es el discurso inicial, demandas éticamente incontestables pues al responder el terapeuta haría juicios de valor lo cual no es su función además contribuiría, posiblemente, a reforzar más que apoyar en el cambio de esquemas conductuales de la persona. Ésta cualidad crea en el paciente seguridad y conjugada con el clima de confianza establecido, se fortalece el auto- concepto,

---

<sup>3</sup> Podría exceptuarse la corriente conductista pues esta solo se ocupa de dar solución a la conducta manifestada en el momento presente.

valoración, estima, auto-aceptación etc., elementos esenciales en la persona para enfrentar con fortaleza las diversas problemáticas y desafíos de su vida cotidiana, de forma más placentera y adaptada.

Ninguna decisión tomada por el paciente es definitiva, continuamente estará replanteándose nuevas formas y para ello es importante poner en practica las alternativas, labor en la que será ayudado por el terapeuta pero es importante, llegado el momento, lo pueda hacer solo y ya no necesite “crucialmente” la terapia pues otro aspecto importantes de las funciones del psicólogo clínico, es la valoración del progreso de la personas ya sea través de aplicación de pruebas, análisis de reportes, entrevistas o ejercicios etc., para llevarse a seguimiento y terminación del proceso, pues en todo caso la meta ultima de la intervención, es dar de alta sabiendo que el cliente puede dirigir su vida de manera adecuada sin la presencias continua de un terapeuta.

### **La función de investigación**

Desde los antecedentes históricos, como pudimos ver en el apartado correspondiente, la psicología clínica ha estado estrechamente relacionada con procesos de investigación, el psicólogo ha hecho estudios relevantes en el crecimiento de la disciplina. Sin duda al explicar las funciones del psicólogo dentro de ésta área es necesario también entender el proceso mismo, de investigación.

La palabra investigación se asocia con ciencia y aunque no es propósito del presente trabajo, crear un documento explicativo de la filosofía de las ciencias, si en necesario recordar el objetivo general que persigue ésta a través de las investigaciones. El fin es incrementar el conocimiento y abrir nuevas vías de acceso a éste. Para tal fin los métodos son variados así encontramos en la literatura correspondiente los dos principales; por un lado los cuantitativos interesado por datos extraídos de investigaciones rigurosamente controladas mediante procesos matemáticos donde el investigador tiene una función neutral; del lado opuesto esta el paradigma cualitativista que pone en duda el hecho de reducir a números la compleja entidad humana, asimismo cree

firmemente en la actividad del investigador como parte del proceso. Ambos tienen tanto limitaciones como beneficios, por tal razón, atender a uno de manera ortodoxa sería limitante en el momento de estudiar a seres humanos o bien careceríamos de organización; en el mismo sentido Roca (2000) menciona *“no es válido descalificar a uno u otro paradigma, por el contrario, debemos ser capaces de extraer de cada uno las bondades que pueda ofrecernos en aras de conocer y ayudar mejor al ser humano”*. Por lo tanto en el presente apartado se hablara, en general, del proceso de investigación desde la postura tradicional **La Metodología de la Investigación Científica**. Sin embargo resulta obvio y necesario, primeramente, abordar a qué se refiere el termino investigar.

Investigar se refiere al proceso mediante el cual se trata de dar respuesta a interrogantes, hasta aquí se podría pensar que esto lo hace cualquier persona en su vida cotidiana y si bien es cierto, la diferencia radical entre, lo antes mencionado y la investigación científica, es que ésta última procede de manera controlada y rigurosa pues trasciende el sentido común para ello se apoya de teorías, hipótesis, métodos tanto inductivos como deductivos, y no solo da respuestas también abre nuevas preguntas o soluciones a problemas.

Ahora bien la postura clásica del proceso refiere, que el investigador o psicólogo clínico en este caso, precisa de una **idea a investigar**, con la cual se sienta comprometido y familiarizado ya que necesitará seriedad y paciencia, así con dichas características encontrara el transcurso mucho más atractivo, placentero y dinámico. Además, si bien se ha hablado de la flexibilidad también cabe destacar que la idea debe ser investigable, es decir realista, y principalmente de utilidad social, así por ejemplo, no tiene la misma contribución *“estudiar las causas emocionales del suicidio de Kurt Cobain”* que *“explorar los factores emocionales que llevan a los adolescentes a cometer actos suicidas”* en la primera posiblemente uno se puede sentir comprometido y atraído sin embargo de poco sirve socialmente saber porqué Kurt Cobain (cantante, compositor, guitarrista y líder de la banda de grunge, NIRVANA) decidió acabar con su vida aparte de resultar innecesario gastar una suma considerable de dinero en tal estudio. Sin embargo la segunda opción resulta

productiva pues abre vías nuevas de conocimiento al respecto, y proporciona utilidad social.

Una vez establecida la idea, debe perfilarse, es decir, dar un orden general empezando por el título, la forma de análisis de resultados las hipótesis, objetivos, conclusiones y la bibliografía que será la guía en el proceso, esto tiene la labor de expresar claramente y con precisión el problema de modo comprensible no solo por los diestros de la disciplina sino también por la gente con acceso al mismo. En esta parte, **el planteamiento del problema**, se realizan los **objetivos** mismos que pueden cambiarse a lo largo de la investigación pero es necesario pre-establecerlos para fines de concretar el estudio así como la **justificación**, es decir, las razones, beneficios y factibilidad de ejecución, a partir de los recursos disponibles con el fin de perfilar el carácter científico de la investigación.

La fundamentación teórica más que un cúmulo de literatura, forma parte de una base sólida de la cual se sostendrá lo planteado ya que es necesario estipular los conceptos a usar, en otras palabras, conceptualiza el objeto de estudio asimismo nos da datos de los antecedentes, causas, constructos, relaciones, es el eje al momento de interpretar para dar conclusiones y abrir nuevas opciones, según sea el caso, de enfrentar o estudiar un fenómeno. Así la actividad primordial del clínico es hacer la recopilación de literatura relevante, es decir, hacer una exhaustiva selección sistemática para formar su **marco teórico**. Con lo cual no termina su labor sino que continúa con la elección del tipo de investigación.

Los tipos de estudio en general son cuatro primeramente los **exploratorios** son efectuados cuando el objetivo es examinar un tema poco estudiado razón por la que el clínico se ve en la labor de recoger y organizar suficientes datos con el fin de identificar tendencias, normalmente constituyen una forma de familiarizarnos con fenómenos y son parte inicial de posteriores investigaciones rigurosas. Los **descriptivos** se refieren a la aclaración o especificación de características de personas, grupos, comunidades o alguna otra entidad susceptible de análisis en la cual pretenden medir mediante cuestionarios, entrevistas, encuestas las variables más que identificar la relación entre éstas.

Otro tipo mucho más estructurado lo forman los estudios **correlacionales**, su objetivo es medir la relación existente entre una o más variables en la investigación y pretende medir el comportamiento de un fenómeno a partir de otra variable más que decirnos la relación causa efecto nos proporciona la interacción. A diferencia de estos los **explicativos**, si responden a las causas y hay una relación de si –entonces, su valor altamente predicativo exige gran control de la metodología lo cual implica investigaciones complicadas pues en ocasiones necesita de ambientes y grupos específicos. Es necesario aclarar que ningún tipo de estudio es mejor que otro simplemente son diversas formas de atender a un fenómeno incluso hay investigaciones donde se usan dos o más tipos.

Después de elegir el tipo de investigación y dependiendo de ésta el psicólogo clínico inicia la **estructuración de hipótesis** (Hi) de las que también hay clasificación sin embargo no los abordaremos debido a que no forman parte central del presente trabajo, por lo tanto solo es necesario reiterar la función, las hipótesis son respuestas anticipadas a nuestro problema y conforman una guía en el proceso, su condición tentativa las hace susceptibles de corroboración o descarte, de cualquier forma los datos obtenidos son útiles. El someter a prueba las Hi requiere de un diseño de investigación Roca (2000) lo define como *“el plan o estrategia concebido para responder a las preguntas de investigación”* los hay principalmente de dos tipos, los **experimentales** en donde los principales requisitos es tener manipulación de las variables; y los **no experimentales** son aquellos en los que el control no puede ser ejercido, por tal razón los sujetos son observados en su contexto natural.

Las formas más comunes, según Kazdin (2001), en psicología clínica para la investigación experimental son: el **experimento verdadero** en el cual el control tanto de variables como de sujetos y ambientes, es máximo con ello conforman uno de los tipos más confiables para la generación de inferencias en el proceso. En algunas ocasiones los experimentos no pueden, por su propia naturaleza, ser tan rígidos o controlados, en ocasiones el mismo clínico tiene que observar ciertas variables sin necesidad de ejercer influencia para lo cual

necesitara, entonces, de un **causiexperimento** en los cuales algunas de las propiedades de experimento verdadero se pierden por ejemplo *si se pretende saber la incidencia de trastorno de estrés post traumático después de un desastre natural*, el investigador se enfrenta a limitantes en el ambiente uno no puede crear un acontecimiento de esa magnitud. Sin embargo si se puede realizar un causiexperimento si uno espera el momento del desastre natural para realizar su estudio.

La **investigación no experimental** según Sampieri (2003) es: *“En la investigación no experimental las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron al igual que sus efectos”*. Estos se clasifican en **transversales y longitudinales**, toman como referencias los momentos en los que se recolectan datos, así los primeros lo hacen en un solo momento describiendo también la relación entre variable en ese contexto temporal tiene características descriptivas, correlacionales y causales a pesar de que éstas ya hayan sucedido, el investigador analiza los hechos del momento presente para, retrospectivamente, inferir lo del *haya-entonces*. Los diseños longitudinales recolectan información a través del tiempo en puntos o periodos específicos, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias. Por ejemplo, un investigador que busca analizar como evolucionan los niveles de empleo durante cinco años en una determinada ciudad.

Ya en este momento del proceso se necesita de una **muestra** en la que recaerá todo lo antes realizado para observar nuestros resultados. La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población, podemos encontrar varios tipos 1) representativa, 2) al azar, 3) aleatoria. En realidad, pocas veces se puede medir a toda la población, por lo que obtenemos o seleccionamos una parte de ésta y desde luego se pretende sea un reflejo fiel del conjunto de la población. Los términos al azar y aleatorio denotan un tipo de procedimiento mecánico relacionado con la probabilidad y con la selección de elementos, a diferencia de la representativa en la que se elige en base a características específicas de las

personas que colaboraran en la investigación con ello refiere intencionalidad y dirección.

Tras la selección de la muestra el investigador continúa con la **recolección de datos y análisis de datos** donde resulta obvia la existencia de un instrumento, bien puede ya estar a disposición o tendrá que ser elaborado, el cualquier caso se aplica con la finalidad de transformar los hallazgos en números susceptibles al procesamiento, esto posiblemente sea ideal para los investigaciones dentro de ciencias exactas, sin embargo el caso de las ciencias sociales y humanista, debido al manejo de abstracciones, esta resulta complicada y es donde el psicólogo clínico necesita tener amplio conocimiento de los conceptos con los que trabaja. Sin embargo, aun siendo experto en el manejo conceptual siempre habrá limitantes para transformar las abstracciones en datos empíricos, de aquí resulta la flexibilidad del clínico en cuanto a metodología y en muchos casos éste se apoya de herramientas como entrevistas, pruebas psicométricas, observación, historias clínicas y análisis de contenido.

En ambos casos es necesaria la organización pertinente para poder analizar la información en cuya labor todo lo antes estructurado en el proceso le ayudara en la interpretación de datos, misma que conlleva a la parte final las **conclusiones y recomendaciones** que como ya se mencionó todo proceso de investigación lleva implícito la obtención de respuestas y es aquí donde se exponen además de brindar apertura para nuevos conocimientos.

Como se comentó el proceso de investigar es una labor ardua en la cual el clínico no solo debe emplear tiempo sino habilidades primordiales como: organización, análisis, síntesis y planeación, requiriendo además redacción y ortografía etc. Esto puede ser una razón para que el clínico y los profesionales en general no se dediquen a dicho campo.

Según estadísticas de Sistema Nacional de Investigadores el total de miembros al 2007 es de 13,458 de los cuales solo 2,169 pertenecen al área de humanidades y ciencias del comportamiento, cifra que al ser comparada con la

población total de profesionistas en México 4,352,885 INEGI resulta precaria, si además analizamos la producción de artículos científicos puede parecer una broma. Las publicaciones por científicos Mexicanos cada quinquenio son de 30,334 de los cuales solo 543 pertenecen al área de humanidades y ciencias del comportamiento. (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 2007), además el total no pertenece a psicología lo cual resulta aun más desalentador y cabe entonces reflexionar sobre la necesidad de investigación dentro de nuestro campo de estudio.

Al respecto Humberto Eco (2000) en su libro *Cómo se hace una tesis* menciona que éstas (las tesis) son el inicio en la producción de ciencia y por lo tanto hacer una tesis monográfica o una empírica resulta igualmente importante pues, mientras las primeras abren cuestionamientos las segundas los complementan con datos observables, así la presente investigación, siendo del primer tipo mencionado, tiene como uno de sus objetivos el cuestionar la labor de la Psicología Clínica respecto al campo criminológico mismo que se abordara a continuación

#### **1.4 Ámbitos de Trabajo**

Una de las autoras que más ha abordado las áreas laborales del psicólogo es Catalina Harrsch quien dice que, los sectores de actuación son diversos tales como: la familia, los grupos laborales y educativos, la rehabilitación de delincuentes y sujetos con problemas emocionales así también lo son la elaboración de programas de salud mental preventivos. En centros hospitalarios, psiquiátricos, escuelas, guarderías, practica privada y penales.

Si bien el psicólogo tiene una amplia gama de lugares y ámbitos para su ejercicio profesional, como se menciona. Para los fines de la presente investigación es necesario abordar exclusivamente el área jurídica dentro de la cual se insertan los sectores forenses y penitenciarios, que sin duda son de suma importancia para éste trabajo, pues no existe suficiente investigación y desarrollo, así éstos ámbitos son los más cercanos al ejercicio del psicólogo dentro de la **criminalidad**.

Primeramente se debe aclarar que la psicología jurídica es una área de recién aparición y desarrollo pues data del siglo XX, por lo que su definición ha atravesado por diversas problemáticas sin embargo no es objetivo del presente trabajo hacer un análisis al respecto, solamente atendemos a una definición de las más aceptadas. Mira y López (1980) la han definido como *“la psicología aplicada al mejor ejercicio del derecho”*, es decir, si se me permite la síntesis, investigar el comportamiento individual y grupal del hombre para entenderlo, predecirlo, y así encausarlo hacia el cumplimiento de las normas establecidas por el estado, con el fin último de posibilitar una vida gregaria de seguridad social. De acuerdo con Soria (2005) las principales áreas de aplicación son: la psicología forense, judicial, de la victimización, criminal, policial, de la investigación criminal, militar, juvenil, resolución alternativa de conflictos, asesoramiento jurídico y psicología de la norma jurídica.

Ahora bien, según al mismo autor la psicología forense se define como *“rama de la psicología jurídica que aplica sus conocimientos y aplicaciones con vistas a concluir sus hallazgos en el seno de una sala de justicia con la finalidad de auxiliar al órgano juzgador en su toma de decisiones”* principalmente tiene acción en el orden penal y civil, en el primero, haciendo estudios del estado mental del acusado, de las consecuencias psicológicas de la victimización así como el estudio de la veracidad del testimonio, es decir su rol principal es el de perito profesional quien emite dictámenes para los fines antes mencionados (la toma de decisiones), en el segundo se encarga de la guardia y custodia de menores así como de las incapacidades.

Continuando con Soria la psicología penitenciaria es *“la rama de la psicología jurídica que analiza y aplica aquellos procesos de evaluación y tratamiento de las personas que se hallan bajo custodia penitenciaria: programas de reinserción y sistema de clasificación de presos”* también menciona que dicha área se encarga del desarrollo de programas en los centros penitenciarios por personal externo, eventos comunitarios a presos de 3<sup>er</sup> grado o etapa de libertad condicional, para facilitar la reinmersión socio-laboral.

En síntesis, la psicología forense se encarga de procesos *a priori* al contacto con el individuo o situación a estudiar como lo es el dictamen e informe pericial y la perfilación del criminal que tiene como fin ayudar en la resolución dictada por el juez y la psicología penitenciaria tiene fines *a posteriori* como lo es el tratamiento en custodia y programas de apoyo a pre-liberados. *A priori* o *a posteriori*, es innegable la presencia de sujetos que transgreden las normas sociales y de personas que tratan por diversos medios prevenir, rehabilitar, investigar y tratar a aquellos, ya que aun en su condición de criminales o delincuentes siguen teniendo una personalidad que los conforma, por lo cual resuelto necesario abordar el estudio de la misma para entonces entender al individuo que comete conductas delictivas.

## LA PERSONALIDAD

### 2.1 Introducción

Quizás todos hemos escuchado la expresión “*X (persona) tiene mucha personalidad*” y sabemos que hace referencia a ciertas características de alguien por ejemplo; seguridad, valentía, extroversión, etc. Dicha afirmación dentro del ámbito psicológico resulta ambigua pues es excluyente ya que es calificadora; *¿Si X tiene mucha entonces Y tiene poco, y Z no tiene?* El termino se ha usado de manera vaga pues en si todos los seres humanos tenemos personalidad, la razón de esto puede ser la complejidad del termino pues en éste convergen una serie de elementos que nos conforman tales como; rasgos, aspectos biológicos, cognitivos y de experiencia así como psíquicos, sociales y culturales. De la Fuente (2002).

Dicha complejidad también se ve reflejada al momento de definir el término, teóricos de diversas corrientes han discutido el concepto por lo cual, si ahondamos en la literatura al respecto, encontraremos una extensa gama de axiomas, sin embargo para los fines de la presente investigación se hará, en el siguiente apartado, un análisis breve de las dos principales posturas; las ideográficas y las nomotéticas.

### 2.2 Definición

Las posturas ideográficas buscan consistencias intraindividuales, es decir, características comunes dentro del comportamiento de un individuo, parten del reporte subjetivo de aquel y realizan afirmaciones a través de casos únicos. Cueli (2001) hace una sub-división de éstas en personales y conductuales, la diferencia básica es que las primeras se centran en la explicación de los contenidos de la personalidad y las segundas ponen atención en las causas de la conducta, asimismo hace esta diferencia en las nomotéticas de las que se hablara líneas adelante dentro de éste apartado, por el momento nos ocupamos de las ideográficas.

Uno de los autores más representativos de las teorías ideográficas personales es Sigmund Freud con su teoría el **psicoanálisis** donde uno de los principales postulados es el **determinismo psíquico**, el cual es motivado por el **inconsciente** y refiere que todo lo que hacemos tiene un significado, propósito y meta, es decir toda nuestra conducta cotidiana e inusual así como los sueños los lapsus y nuestro propio discurso son importantes, en la búsqueda de las raíces de nuestra conducta, las cuales se hayan en el inicios de nuestra vida, la infancia. Dentro de esta postura también se encuentra Carl Rogers con su teoría del **potencial humano** donde básicamente explica que el individuo tiene la capacidad necesaria para manejar los diversos aspectos de su vida, vive en un mundo de experiencias donde él mismo es el centro y por lo tanto la fuente más importante de información. Presta suma atención al incremento del **si mismo** mediante el proceso de **autorrealización** el cual consiste en intentos por llegar a metas que tienen origen en la satisfacción de necesidades experimentadas por la persona y esto es lo que determina su conducta y por ende su personalidad.

Dentro de las teorías ideográficas conductuales encontramos a Kurt Lewin con su **teoría del campo** donde básicamente postula; la conducta es una función del campo existente en el momento en que sucede y el escrutinio se hace a través de ver la situación en su totalidad para después diferenciar las partes que la componen, expresa también que la persona específica en una situación concreta puede ser representada matemáticamente, claro las matemáticas usadas por éste no son las mismas que aprendemos en aritmética con los

postulados de Pitágoras, son constructos mediante los cuales Lewin expresa de manera abstracta los contenidos de su teoría. Para el autor la persona forma parte diferenciada pero incluida en una totalidad mayor donde están los múltiples hechos que determinan la conducta de un individuo.

Ahora bien, las definiciones nomotéticas según Cueli (2001) se ocupan de encontrar o buscar uniformidades interindividuales (entre diferentes sujetos), estudian grandes grupos de individuos en un mismo tiempo, buscan características presentes y estables en todos para después realizar leyes generales que expliquen su comportamiento y personalidad.

Dentro de las posturas nomotéticas conductuales encontramos a B.F. Skinner quien con su teoría del **análisis funcional de la conducta** expresa que las causas de la conducta pueden entenderse en relaciones de causa –efecto y se controla mediante privaciones o estímulos. Ve a la conducta como producto del mundo objetivo y la comprensión de ésta puede darse solo en los mismos términos. El supuesto básico es que la conducta esta regida por leyes, lo cual la hace controlable mediante la manipulación de las condiciones influyentes, no pone atención en aspectos mentales pues su interés radica en la conducta observable y cuantificable, así la personalidad queda reducida a reacciones maleables mediante programas de reforzamiento.

Como ya se había mencionado también existe la postura nomotética personal la cual más que ser un estudio dentro del consultorio o en un laboratorio usa la técnica de análisis factorial, el cual revela la organización mental dentro del individuo, intenta explicar estadísticamente las diferencias de rasgos entre individuos, para lo que posee un conjunto de variables específicas que dejan ver la conducta humana, sus escalas de estudio han necesitado grandes grupos de sujetos para poder llegar a conclusiones rápidas y sencillas. En dicho rubro encontramos a autores como Eysenck y Raymond B. Cattell.

Para Eysenck la personalidad esta constituida por disposiciones y actos organizados jerárquicamente de acuerdo a su importancia y generalidad, el nivel más alto lo ocupan los **tipos** a los cuales define como “*una constelación*

de rasgos cuya existencia hemos observado”, el siguiente, son los **rasgos** los cuales son consistencias en los hábitos o actos del sujeto, después tenemos las **respuestas habituales** y se refiere a las conductas periódicas en situaciones parecidas, en el último nivel están las **respuestas específicas** que como su nombre lo dice son actos sucedidos en un solo momento. Explica de estas últimas, cuando aparecen en continuas ocasiones, se convierten en respuestas habituales ésta, al momento de relacionarse y existir juntas en una persona, forman los rasgos que al organizarse de manera general entonces crean los tipos, estos, son el eje de la teoría a partir esta elaboro diversos estudios utilizando el análisis factorial y técnicas de medida como cuestionarios, clasificaciones, medidas fisiológicas, pruebas objetivas etc., y realizo las primeras dimensiones de personalidad clasificándola de la siguiente manera; introversión- extroversión, normalidad- neuroticismo, normalidad- psicoticismo.

La teoría de Cattell regularmente es llamada teoría de rasgos o factorialista en la cual define a la personalidad como “*aquello que permite la predicción de lo que una persona va hacer en una situación dada y se deduce de las relaciones entre el organismo y su medio*” Cattell citado en Cueli (2001), un elemento central es el **rasgo** al cual define como “estructuras mentales” que son inferencias de la conducta observable para explicar su consistencia, distingue dos tipos principales los **comunes**; son aquellos presentes en las personas que han tenido un medio ambiente semejante y los **únicos**; son los particulares de una persona.

Según Cueli (2001), Cattell también distingue entre rasgos –fuente y rasgos – superficiales los primeros se refieren a la expresión de una relación de conductas covariantes conjuntamente, que forman una dimensión de personalidad unitaria e independiente, para descubrir estos rasgos se recurre procedimientos estadísticos del análisis factorial y hay tres fuentes de datos: los datos procedentes de la vida, los datos del cuestionario y los datos de los tests objetivos. Los segundos expresan conductas superficiales que pueden aparecer unidas, pero no covarían conjuntamente, ni tienen una raíz causal

común, estos rasgos pueden ser descubiertos a través de métodos subjetivos. Así la conducta de un individuo dependerá de los rasgos y otras variables.

Como se puede constatar la diversidad es amplia y en ocasiones contrapuesta, ambos extremos tienen limitaciones y atendiendo a una definición que conjunte el aspecto individual e irrepetible de la persona y la interacción social de ésta, Larsen y Buss (1999) refieren a la personalidad como *“Conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos organizados, relativamente estables, dentro del individuo que influyen en sus interacciones y adaptación al ambiente intrapsíquico, físico y social”* es decir aquellas características físicas, sociales y mentales que dada su organización y permanencia a lo largo del tiempo dan carácter único a la persona, determinan la forma en que ésta se relaciona y adapta consigo mismo y el entorno.

Puesto que la personalidad, dada su complejidad, esta conformada por diversos elementos para entender mejor su composición es necesario hacer un repaso de estos, en el siguiente apartado se abordan de manera más cercana sus características, con apoyo en la definición antes sugerida, por considerarla compendiadora de los aspectos antes mencionados.

### **2.3 Características**

Primeramente tenemos que la definición habla de rasgos psicológico, estos son características diferenciales entre los individuos por ejemplo una persona agresiva se diferencia de una persona asertiva, mientras la primera puede responder con un golpe ante un reclamo, la segunda tal vez daría una explicación. También sirven para establecer semejanzas y tipificaciones de personas así quienes regularmente parecen enojados o contestan de manera tajante y ofensiva, caerían dentro del tipo de gente agresiva. Del mismo modo las similitudes nos ayudan a establecer tendencias promedio del sujeto, arguyendo a la locuacidad, un rasgo característico del asesino serial Ted

Bundy, Hare (2003), podemos decir que éste con frecuencia se comportaba como una persona locuaz, sin embargo esto no significa que siempre era así, dicho rasgo quizá solo lo usaba para entablar relación con sus víctimas pero es muy posible que después de cada ataque tuviera momentos o temporadas de tranquilidad para planear la próxima ofensa.

Nos ayudan a describir a los individuos para explicar el comportamiento; en el caso de los asesinos seriales, que sus primeros actos homicidas los realizan por un impulso, el rasgo opera como desencadenante de una serie de actos similares, dada la permanencia de la impulsividad ahora forma parte de los rasgos comunes que comprenden este tipo de comportamiento. Ayudan en la predicción de la conducta así sabemos que un asesino serial con rasgos como la impulsividad y agresividad probablemente no demorara largo tiempo entre uno y otro homicidio.

Los mecanismos psicológicos se refieren a características de la personalidad que implican alguna actividad del procesamiento de información<sup>1</sup>; una persona tímida evitara lugares concurridos y se inclinara por lugares como bibliotecas, donde el acceso a la socialización sea mínimo. Regularmente éstos mecanismos constan de tres elementos; El primero son **las entradas** en las que se resalta la sensibilidad de un individuo ante ciertas circunstancias ambientales así un sujeto extrovertido es sensible a las interacciones humanas; el segundo, **las reglas de decisión** hablan de las opciones que dicha sensibilidad desata, así la misma persona extrovertida buscare oportunidades en donde haya interacción con otras tal como: fiesta, exposiciones, excursiones, conciertos o cualquier tipo de evento social; el tercero, **los efectos** resaltan la realización de acciones derivadas de las entradas y reglas, esto se vería en el momento en que el individuo (del ejemplo anterior) ya está en una fiesta y actúa de determinada forma para procurar la interacción con otros.

---

<sup>1</sup> El procesamiento de la información afirma que los sujetos construyen su propio conocimiento a partir de sus estructuras y procesos cognitivos; básicos, complejos y superiores como: la sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia.

Tanto, mecanismos como rasgos psicológicos están presentes de manera intermitente, es decir tienen una estabilidad relativa, así por ejemplo, la amabilidad evidentemente de algunos asesinos seriales, no es un rasgo presente en todo momento, necesita de ciertas circunstancias para activarse, como lo es el momento de cortejo de una víctima. Así mismo tienen organización la cual refiere interacción entre ambos ya que las reglas de decisión determinan las necesidades activas y se valoran dependiendo de las circunstancias. Un homicida en serie y su rasgo de impulsividad por matar, lo llevarán a la necesidad de buscar presas, esto le implicará hacer un análisis de ciertas características para elegir y entonces consumar su acto.

Con dichas características (los rasgos y mecanismos psicológicos) de la personalidad nos enfrentamos al mundo pues influyen en la forma en que pensamos, actuamos y sentimos, es decir en nuestras interacciones, que en términos generales tienen lugar mediante las percepciones, elecciones, evocaciones y manipulaciones. Las percepciones hablan de la forma particular en la que interpretamos o asimilamos el ambiente, Robert Hare en su libro *Sin conciencia* (2003) refiere un ejemplo claro de esto en los psicópatas al decir *“tienen una visión narcisista de la vida. Se creen el centro del universo, seres superiores a los que se les debería permitir vivir bajo sus propias normas”* este modo de pensar los hace actuar transgrediendo normas; ahora bien las elecciones hablan de la manera en que seleccionamos situaciones (se considera esto un reflejo de nuestra personalidad) alguien dominante preferirá amistades sumisas o bien situaciones de trabajo donde pueda dirigir.

Las evocaciones son las reacciones que provocamos en los demás regularmente sin intención, la persona agresiva evocará intimidación en otros aunque esa no sea su pretensión. La manipulación habla de la forma intencional en la que intentamos influir en los otros tal como alguien paranoico que tratara de persuadir a sus pares de tener cuidado con ciertas personas pues le parecen sospechosas.

Los rasgos y mecanismos influyen también en nuestras adaptaciones, entonces una característica de la personalidad es el funcionamiento adaptativo, es decir la manera peculiar en que nos comportamos, enfrentamos desafíos, resolvemos situaciones, nos proponemos metas y afrontamos problemas; habla de nuestra capacidad de adaptación, en donde están implícitos los procesos de personalidad que en ocasiones presentan deficiencias y por ende tienen consecuencias. Al conocer éstas podemos entender mejor la personalidad.

Esta adaptación tiene lugar, primordialmente, en tres ambientes; el físico, social e intrapsíquico. El primero se refiere a amenazas naturales que vienen del exterior, hablando en términos psicológicos, el miedo a ciertos animales depredadores nos permite evitar el contacto o interactuar de manera confiable con estos para asegurar nuestra supervivencia otros eventos serían las acciones que realizamos ante el frío o el hambre, cubrirnos y comer respectivamente forma parte de nuestra adaptación al ambiente. El segundo se refiere a la forma en que enfrentamos los desafíos o retos marcados por los valores sociales, actualmente con el movimiento de globalización, en muchas empresas, es necesario tener el idioma inglés así la competencia y como la afrontemos es parte de nuestro ajuste. Otro ejemplo sería que en sociedad se le da gran importancia al estatus económico para obtener reconocimiento, esto implica la realización de ciertas conductas para obtener dinero y reconocimientos, de igual modo pasa con sentimientos como el amor, la pertenencia a grupos o la confianza.

El nivel intrapsíquico representa aquellos eventos que tienen lugar dentro de nuestra mente como los sentimientos, recuerdos, experiencias, sueños etc., no son tan objetivos como los anteriores sin embargo forman parte importante de nuestra realidad psicológica, así la forma en como nos sentimos amados por los demás dependerá del concepto que uno tenga de amor y las experiencias acumuladas a lo largo de nuestras vidas; los recuerdos, emociones y vivencias también forman parte de la constitución de nuestra personalidad.

Así la personalidad y por ende su estudio requiere de un proceso cuidadoso en donde se pueda observar, de la manera más amplia posible, los diversos

aspectos que la componen, por ello a continuación se habla de proceso de evaluación en psicología clínica. Sin pretender dar una verdad absoluta, en el siguiente apartado se revisa lo esencial para la valoración de la personalidad.

## EL PROCESO DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

### 3.1 Introducción

La evaluación psicológica se realiza a través de un proceso en el cual se recoge información sobre el sujeto evaluado y esto facilita la toma de decisiones, al concebirse la evaluación como un procedimiento sistemático, se ha proporcionado su diferenciación de lo que es la simple aplicación de test psicológicos pues además de éstas, el psicólogo clínico utiliza otras técnicas variadas para recoger información. Desde el punto de vista tradicional hay dos tipos de evaluación uno *a posteriori* donde el mismo tratamiento es el momento donde se contrastan hipótesis, la otra perspectiva es *a priori* en donde el proceso esta estructurado de tal forma que las hipótesis se contrastan antes del tratamiento. El primero es reconocido y utilizado sin embargo presenta un problema ya que refiere un condicional “si el tratamiento tiene éxito entonces se confirma el diagnostico” mientras que a la inversa se consideraría el diagnóstico como inadecuado por consecuencia impide la valoración de la efectividad del tratamiento. Por esto parece conveniente, tal como refiere Buela- Casal y Sierra (1997), utilizar un modelo *a priori* en donde la evaluación sea pre- tratamiento. Coincidiendo con estos autores, a continuación se ejemplifica dicho procedimiento.

### **3.2 Recopilación de Datos**

El proceso de evaluación en psicología como se dijo en el apartado de las funciones del psicólogo, se refiere al estudio sistemático de las actividades y características psicológicas de una persona, ambiente específico o intervenciones con el fin de lograr objetivos propuestos con anterioridad, como el diagnóstico. Mediante procedimientos o técnicas para recoger información, Buela-Casal y Sierra (1997). Las formas de obtener información son variadas incluso cambian dependiendo de la corriente psicológica que maneja cada clínico.

Una forma de obtener información, es mediante la observación sistemática la cual se lleva a cabo por observadores externos y es más usada para estudios de investigación inductiva, ofrece datos de la conducta espontánea, sin embargo uno de sus fines es establecer las variables externas que están implicadas en la producción de la conducta. El procedimiento empleado empieza por elegir la conducta a observar, definirla operacionalmente para obtener una línea base, después se crean unidades conductuales en las que la conducta se subdivide en categorías útiles con el fin de hacer práctica y exacta la observación. Después se recoge la información mediante procesos estadísticos para obtener las medidas de la conducta que en todo caso es el objetivo de ésta técnica misma que es más usada por clínicos orientados al conductismo.

Otras técnicas como la auto-observación y los auto-registros son usadas primordialmente en evaluaciones cognitivo –conductuales, en donde la persona observa y registra la continuidad de sus acciones, sirve tanto para evaluación como para tratamiento y han sido reconocidas primordialmente porque son una alternativa para dar cuenta de conductas que no podría hacer un observador externo, como las purgas de una persona con bulimia o bien los procesos cognitivos. Buela-Casal y Sierra (1997).

Roca (2000), menciona que el análisis de documentos o técnicas subjetivas como las llaman Peñate y Matud (1997) citados en Buela –Casal y Sierra (1997) es otra forma de obtener información valiosa para la evaluación y básicamente se refieren a escritos, grabaciones, fotos, diarios, poemas etc., que haya elaborado la persona o bien que forman parte de su historia personal. Son de suma importancia pues en éstos existe información que posiblemente el entrevistado no refiere, ya sea por fallas de memoria o falta de solicitud de parte del entrevistador (no por eso menos importantes), al momento de las entrevistas. Estas prácticas han sido criticadas por su amplia carga de subjetividad y su escasa posibilidad de corroborar validez ya que no son estandarizadas, sin embargo su importancia radica en la cantidad de datos que dan. Por tal razón su uso es limitado en ámbitos donde se requiere de gran objetividad como la investigación conductual o el criminológico.

Como se puede constatar existen diferentes técnicas para la obtención de información y abordarlas de manera profusa rebasaría los objetivos de la presente investigación; primero porque algunas son exclusivas de ciertas corrientes, y segundo porque en el momento de evaluar se tiene que ser mucho práctico pero eficiente y objetivo, hasta el punto donde más se pueda, es por esto que para la presente investigación se abordarán las más usadas de manera común por los psicólogos clínicos en general. Así a continuación nos enfocamos a las técnicas de entrevista, observación, historia clínica y pruebas psicológicas.

### **3.2.1 La Entrevista**

Sin duda una de las técnicas más usadas por cualquier clínico, a pesar de los matices teóricos que cada uno le dé es la entrevista, pues resulta ser eficaz para la obtención de información cuando se está frente a la persona. Así por ejemplo podemos observar que no solo en psicología se usa sino también en medicina, psiquiatría etc., citando a Shea en 1990 *“La entrevista es la espina dorsal de todas las profesiones de la salud mental”*. Suele confundirse con una conversación sin

embargo tiene partes que la componen a la vez que le dan calidad sistemática y profesional asimismo tiene una descripción y definición que la diferencia de una conversación normal entre dos personas.

Primeramente es necesario decir que, definiciones de entrevista las hay de una diversidad enorme como para abordarlas todas en un mismo apartado y más aun cuando el objetivo del presente trabajo no es el análisis de cada una. Sin embargo existen características invariablemente presentes en cualquier definición por ejemplo:

- a) Las definiciones concuerdan en que la entrevista se trata de un encuentro cara a cara entre dos o más personas
- b) Tiene un objetivo consciente, que la diferencia de un conversación común
- c) Existe una organización, donde una parte pretende obtener información y otra la aporta
- d) Hay intercambio verbal e interés por la observación de parte del entrevistador respecto a conductas no verbales.

Así entonces estos autores concluyen que la entrevista es *“la técnica que permite a través del contacto cara a cara con una o más personas obtener (intercambiar) información con una finalidad preestablecida, basándose tanto en la conducta verbal como la no verbal”* Buela –Casal y Sierra (1997). Roca (2000) la describe de manera muy similar y añade que es una herramienta flexible de gran utilidad pues esta presente en todo el proceso tanto de evaluación como de tratamiento psicológico, dice que los propósitos principales de ésta son: buscar y brindar información así como motivar al cambio. Debido al fenómeno de globalización que actualmente vive el mundo en general, la entrevista se ésta transformando así podemos ver que ya hay entrevistas por teléfono o interne. Sin embargo en este trabajo nos limitamos a estudiarla como un encuentro cara a cara.

La forma en que la entrevista se puede clasificar también varía. Sin embargo las dos maneras más comunes son: de acuerdo a la estructuración y dependiendo de la finalidad. Las primeras hablan de la prelaboración o la existencia de un formato lo cual influye en la libertad tanto del entrevistado como del entrevistador al momento del encuentro, las segundas se encargan de diferenciar el objetivo específico hacia el cual esta dirigida.

De acuerdo a la clasificación por estructura encontramos tres tipos:

- a) Estructurada. Este tipo de entrevista se refiere al grado de estructuración previa al encuentro en donde ya hay un formato de la información que se debe obtener y de los aspectos a evaluar así como la secuencia y los momentos en que se plantean las preguntas. En ésta no existe libertad para que el entrevistado exprese algo más allá de lo que le están requiriendo pues las preguntas son cerradas y con frecuencia requieren respuestas concreta o de si y no. Shea (1990) citado en Buena-Casal y Sierra (1997) menciona al respecto, que aquí el entrevistador puede sustituirse fácilmente, por ejemplo, por un ordenador y teóricamente no implica variaciones importantes.
- b) Semi –estructurada. También usa una guía secuencial de áreas a abordar, éste es más flexible permitiendo tanto al entrevistador como al entrevistado tener cierta libertad para complementar las preguntas que en muchos casos son estructuradas pero no cerradas. En este tipo de entrevista el clínico ya tiene un lugar más importante pues es quien dirige a ampliar las preguntas en la sección que crea importante, cosa que no puede hacer un ordenador, como en el ejemplo anterior.
- c) Entrevista no estructurada. En ésta, a diferencia de las dos anteriores, el psicólogo ya tiene libertad y manejo total de la entrevista, puede realizar preguntas de cualquier tipo, regularmente son abiertas, es decir, cuestionamientos que permiten al entrevistado dar su amplia opinión al respecto. En este caso es necesaria la experiencia del clínico pues aunque

se trate de una entrevista abierta siempre debe haber una secuencia que el entrevistador necesita tener en cuenta y saber manejar muy bien. Uno de los mayores beneficios de la técnica es que puede adaptarse a cada caso de manera particular, otro es que da mucha información, por ello se enfatiza de nueva cuenta en la habilidad del profesionista, ya que necesita clasificar y ordenar ésta una vez concluida la entrevista.

La forma de clasificar la entrevista respecto a la finalidad se divide en cuatro tipos principales:

- a) La entrevista inicial, es la que el clínico lleva a cabo como primer contacto con el paciente, con regularidad ya tiene información previa del caso puede ser mediante entrevistas anteriores con familiares o informes de algún colega. El objetivo principal es conocer a la persona y saber sobre la problemática que lo llevo a consultar.
- b) Entrevista anamnésica, en esta se recrea la historia del problema, que llevo a buscar ayuda profesional, influye la evolución del problema y los trastornos presentes al momento.
- c) Entrevista de planificación o encuadre, es aquella en la que se establecen los criterios de las sesiones es decir, reglas, pagos, consecución del tratamiento, lineamiento de evaluación (según sea el caso). En esta se preestablece el proceso, en algunas corrientes como la cognitivo – conductual o conductual, le llaman contrato.
- d) Entrevista terapéutica, en el caso del ámbito clínico, además de obtener información también tiene la finalidad de ir ayudando al paciente a resolver las problemáticas que lo llevaron a consultar, muchas corrientes o casi todas llevan a cabo entrevista a lo largo del proceso, esto la hace difícil de diferenciar de una entrevista de evaluación.

Independientemente al tipo de clasificación la entrevista tiene calidad sistemática porque es un proceso que transcurre de manera organizada, tiene objetivos y

etapas las cuales la hacen tener ésta característica a la vez que la centran en un procedimiento profesional y ético pues no es como conversar con un amigo.

Según Roca (2000), existen tres etapas principales en el transcurso de cualquier entrevista<sup>1</sup> que permiten al clínico llevar una secuencia del proceso hasta llegar al objetivo de ésta. Estas son: inicial o introducción, desarrollo y cierre o conclusión que se estudiarán a continuación haciendo énfasis en las acciones del psicólogo clínico, al respecto.

En la etapa inicial hay un elemento importante del que ya se hablo en el apartado de la función de intervención del psicólogo. Aquel ambiente de confort entre entrevistador y entrevistado que permite la expresión del primero, es decir, dar información amplia y de calidad, por tal razón resulta imprescindible ésta aceptación y respeto profesional al individuo. En esta parte también es preciso tomar suma atención a lo que la persona esta diciendo para poder obtener la información más relevante respecto al motivo de consulta<sup>2</sup> así como de datos útiles en sesiones futuras, tomando en consideración los contenidos no verbales (mismos que serán revisados en un apartado especial dentro de ésta capítulo) ya que revelan la coherencia del sujeto entre su discurso y su actitud, así también es importante nuestra comunicación no verbal ya que influye en la percepción del entrevistado y por tanto en su motivación para hablar. En términos generales aquí es importante lograr la apertura del entrevistado a modo que no se sienta amenazado, las maneras varían dependiendo de cada psicólogo una buena forma es hacer preguntas neutrales respecto al clima o al camino para llegar y posteriormente ir incrementando la intencionalidad de las mismas.

La etapa de desarrollo, quizá es el momento más productivo, ya que después de haber establecido aquel clima calido y de confianza, en esta parte se puede obtener información detallada sin que parezca un interrogatorio o escrutinio en

---

<sup>1</sup> Puede exceptuarse la entrevista estructurada ya que de ésta se dijo que el clínico puede cambiar sin ningún problema y ser sustituido por un ordenador.

<sup>2</sup> Este termino se revisara de manera más amplia en el apartado de historia clínica dentro del capítulo.

donde a la vez el entrevistado puede expresar mejor sus malestares o problemáticas, aquí se resaltan las habilidades del clínico para, además de adquirir datos, crear una comunicación, eficaz y eficiente, donde se esclarezcan el significado de los mensajes para entonces conocer mejor al tributario del servicio.

Esto también resalta la importancia que tiene esta etapa para el entrevistado, ya que no solo da información sino que habla de su vida pasada, problemas, dificultades y experiencias que lo han conformado, por lo tanto el clínico debe dirigir con cautela cada una de sus preguntas para no afectar la sensibilidad de quien esta aportando la información, debido a que el contacto cara a cara es tan directo e intenso, si no hay medida incluso puede percibirse como agresivo.

Volviendo la atención al entrevistador éste necesita objetividad y claridad para poder entender de manera eficiente al entrevistado, poniéndose en el marco de referencia del individuo, ya que la falta de esto puede causar conflictos en la comunicación y con ello poner en riesgo la eficacia de la información o el proceso terapéutico y por ende la calidad tanto profesional como ética, imaginemos por un momento la siguiente situación:

*“En una primera entrevista, después de establecer rapport, el Psicólogo pregunta: P – Y... ¿Qué razones son las que lo llevaron a tomar la decisión de venir? El entrevistado contesta: –Pues es que me he sentido triste, continuamente lloro y no se la razón – a lo cual el clínico dice –Ah entiendo esta deprimido -”*

Evidentemente ésta participación es poco ética pues si bien los síntomas coinciden con los de un trastorno depresivo, no es algo que se pueda asegurar con tal firmeza y además de esto, decirle a la persona que se le esta entendiendo, tampoco esta poniéndose en el marco de referencia como para conocerlo, entenderlo, apoyarlo y ahondar en información pertinente. Ante una etiqueta como esa difícilmente alguien continuaría desahogándose o regresaría a la siguiente sesión, además y peor aun, un trabajo así no se recomienda. Por el contrario si el entrevistador pregunta- *¿En qué momento empezó a notar esto? o ¿hubo algún*

*suceso que pudiera estar relacionado con estas emociones?*- promueve desahogo, entendimiento y una comunicación que permita, confiablemente al otro, dar información detallada de lo que le está pasando, para poder contextualizar el asunto referido. Asimismo resalta su habilidad para empatizar, claridad para entender el mensaje y por ende un trato tanto ético como profesional.

En términos generales el psicólogo durante la entrevista debe estar pendiente de: información relevante; motivarlo a que hable sin influir; profundizar en temas importantes; precisar preguntas claras; no temer a abordar temas delicados y por ultimo debe ser capaz de realizar esto éticamente respetando la integridad y dignidad del individuo. Roca (2000).

En la etapa de conclusión o cierre, después de obtener información relevante es preciso que el entrevistador apoye en la disminución de tensión acumulada anteriormente, necesita sintetizar los datos más importantes para dar retroalimentación, algunas corrientes, como la cognitivo –conductual, dejan tareas en casa, si es el caso, este momento es el indicado. Otras corrientes como el humanismo manejan la técnica de atar islas, es decir hacer un breve recorrido de lo dicho por el sujeto enfocándose en áreas sobresalientes y encontrar relación entre éstas, posiblemente desde el psicoanálisis, se realice una interpretación general del discurso del individuo. Desde cualquier postura lo evidente es que el clínico debe hacer una síntesis reveladora de la atención prestada, el interés, la meta perseguida y muestre alternativas para enfrentar de forma diferente la problemática ya sea re-significando, encontrando ideaciones irracionales, dejando ejercicio o bien resaltando las habilidades y fortalezas.

El momento de cierre, dentro de la primera entrevista, es el indicado para llegar a acuerdos en cuanto a frecuencia de citas, establecer los horarios convenientes tanto para el entrevistador como para el entrevistado así también se establecen los costos y las políticas al respecto. Es habitual que los profesionistas acuerden el pago de la sesión aun sin la asistencia de la personas, o bien refieren el tipo de

cancelación, algunos entrevistadores no cobran las citas canceladas con veinticuatro horas de anticipación, otros lo hacen aun con aviso o bien solo re – agendan. Del mismo modo se da a conocer sobre el tipo de tolerancia, si el individuo llega a destiempo cual es el paso a seguir, algunos psicólogos atienden el tiempo restante, otros esperan cierto tiempo para dar por anulada la entrevista etc. Los pactos dependerán de las características de trabajo de cada profesionalista, el tipo de corriente que maneje y del transcurso en ésta reunión inicial.

Lo antes mencionado es específico de la entrevista inicial lo cual no requiere decirse en cada una de las sesiones por lo tanto la conclusión cambia respecto al momento de la evaluación en la que se encuentre. Si ya han transcurrido otras citas y estamos en el punto medio se hace lo referido líneas atrás, si por el contrario estamos en el momento final donde la relación contiene característica de comprensión, ayuda, entendimiento y aceptación, a las cuales no es fácil renunciar y por lo tanto el individuo no está del todo preparado, lo vivirá como una pérdida que, el clínico está obligado, ética y profesionalmente, a abordar como parte del proceso. Cuando ya es una sesión final después de una evaluación es necesario también abordar los resultados de la misma, dar apertura para posibles dudas o aclaraciones, si la persona encuentra necesario entrar en un proceso terapéutico, entonces se hace el encuadre correspondiente, en tal caso, algunos aspectos de las etapas de entrevista variaran.

Siendo la entrevista un proceso de comunicación no convencional, es decir profesional, requiere además de las etapas antes mencionadas, de preguntas estratégicas que lo lleven al logro de obtener información importante y conveniente para el proceso. Al respecto Maloney y Ward (1976) citados en Phares (1999), dicen que los cuestionamientos del clínico necesitan volverse más estructurados conforme transcurre el encuentro. Así distinguen cinco estilos principales que tienen un objetivo particular pero también uno general, que es la promoción de la comunicación. El cuadro 1 -1 muestra los estilos y su importancia.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> FUENTE: Basado en datos de Maloney y Ward (1976) referidos en Phares (1999).

**Cuadro 1.1**

<b>Tipos de preguntas de entrevista</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Importancia</b>	<b>Ejemplo</b>
Abierto	Da responsabilidad y facilidad de respuesta al sujeto.	“¿Puede hablarme sobre su experiencias estudiantil?”
Facilitadora	Promueve el flujo de la conversación.	“¿Podría hablarme más al respecto?”
Aclaratoria	Motiva la explicación y ampliación de información.	“¿Imagino que usted se sintió como si...?”
Confrontadora	Muestra las inconsistencias o contradicciones.	“Usted dijo antes que...y ahora dice... ¿como es eso?”
Directa	Se realizan sabiendo que ya se ha establecido el <i>rapport</i> y el individuo es capaz de responsabilizarse.	“¿Que le respondió a su madre ante esa solicitud?”.

### 3.2.2 La Observación

Una herramienta a la cual ya nos referimos de manera breve y general en la introducción del presente apartado, de la cual dijimos es un proceso sistematizado, mayormente utilizado en el ámbito de investigación o bien desde la postura conductista, es la observación sistemática que dadas sus cualidades requiere de registros, observador y traducción a números mediante procesos estadísticos. Sin embargo hay dentro del ámbito psicológico otro tipo igualmente importante pero diferente al cual nos referiremos en la presente unidad y es la observación como recurso en el proceso de entrevista de esta ultima comentamos está presenta tanto en el proceso de diagnóstico como de evaluación e intervención así también sucede con la observación.

Este tipo de observación tiene lugar con las conductas emitidas por el sujeto de manera no verbal como puede ser la expresión corporal, el tono de voz, la claridad de las ideas, aspecto físico, el contacto visual, la expresión facial y los cambios de postura, Roca (2000), las cuales dan información relevante de la congruencia entre el decir y el hacer del entrevistado y da opciones en la forma de guiar la

entrevista psicológica. De igual forma la observación o auto –observación son importantes para el clínico pues siendo él parte del encuentro profesional, no queda fuera del círculo de la comunicación y por lo tanto también sus gestos, posturas, etc., envían un mensaje así debe tomar suma atención al tipo de información que envía.

Dada la marcada subjetividad y la necesidad de interpretación, la observación ha sido criticada pues algunas posturas como; el conductismo; en donde se dice que carece de confianza como para hacer una ciencia objetiva, esto es derivado del conflicto bien sabido entre el enfoque positivista las ciencias “duras” y el fenomenológico de las “blandas”. El cual consiste, de manera general, en la consideración de la importancia de las personas, por una parte el primer enfoque presta atención solo a los datos observables, cuantificables y medibles, despreciando modelos que resaltan la subjetividad y el mundo interno del individuo, propios del segundo.

De cualquier modo y sin menospreciar ninguno de los enfoques, los datos de la observación como parte de la entrevista deben ser cuidados y tomados en cuenta ya que una característica importante de la labor del psicólogo clínico (que abordamos en el apartado de *las funciones del psicólogo*) es el conocimiento del individuo para ayudarle a cambiar así también hemos hablado de la capacidad de empatizar, comprender el marco de referencias y aceptar al tributario de nuestros servicios. Si nosotros no tomamos en cuenta éste mundo interno del sujeto es difícil llevar a cabo las funciones antes mencionadas y para ello la información obtenida mediante la observación durante la entrevista es sumamente importante.

Mehabian (1981) citado en Roca (2000) menciona, que las emociones y sentimiento se expresan de manera verbal en un 7%, de manera no verbal mediante vocalizaciones como tono, inflexión y cambio de voz en un 38%, y por expresiones faciales como movimientos de ojos, boca, frente y manos, entre otras, en un 55%. Con estas cifras podría pensarse que tiene más importancia la

comunicación no verbal y devaluar la verbal. Sin embargo es realmente precipitado ya que la palabra tanto escrita como oral forma parte imprescindible de la evolución del ser humano por la cual ha llegado a hacer cosas que sin ésta no habría podido. Ambos tipos de comunicación están inevitablemente relacionadas al punto de estar unidas, así entonces como dice Roca (2000) *“las palabras son el contenido del mensaje, las posturas, gestos, expresión y tono de voz son el contexto en el que el mensaje está enmarcado, juntos dan sentido a la comunicación”*. El clínico está obligado a ver al individuo de manera integral sin separar el comportamiento no verbal pues además de poder observar las contradicciones también puede ser para ver las acentuaciones y complementaciones que hace el entrevistado.

Un tipo importante de la comunicación no verbal es el paralenguaje el cual consiste en las formas vocales al hablar, es decir, centra atención en el cómo se dice algo de esta manera queda de manifiesto la congruencia entre el mensaje verbal y el no verbal, lo cual puede descalificar el contenido del discurso. Las señales orales más sobresalientes son: el ritmo, el volumen, tono y el tiempo “decir estoy cansado” con un tono eufórico en volumen alto y de manera rápida posiblemente descalificaría el mensaje. Es importante también poner atención a las pausas y los momentos de éstas, así como en los silencios, pues también dicen algo.

Evidentemente éste tipo de comunicación requiere de la presencia de un sujeto por lo que para fines de perfilación criminal no nos sirve pues ésta se realiza *a priori* al encuentro cara a cara. Sin embargo una vez capturado el criminal nos puede ser de gran ayuda para investigar el tipo de mensajes no verbales que emite un asesino en serie.

Otra forma de comunicación no verbal es el contacto visual, que brinda información, según Roca, sobre atributos o conductas como la honestidad, la disposición o el antagonismo. Cuando éste es restringido forma parte de una

limitante en el proceso de comunicación pero de igual manera nos habla de ciertas características así, una persona que habla de algo vergonzoso a la vez que baja la mirada se puede decir que está siendo honesta cosa que no pasa con un asesino en serie psicópata quien puede estar hablando del lo mal que estuvo matar a ciertas personas, como si estuvieran hablando de “*hacer emparedados*” sin desviar un milímetro la mirada. Dados estos ejemplos queda evidente la importancia del contacto visual en el encuentro cara a cara lo qué nos puede decir y de la habilidad del clínico para observar este tipo de comportamiento durante el proceso.

No solo los ojos y la voz nos dan datos pues finalmente ambos se encuadran en un contexto más grande como lo es el rostro, mediante el cual realizamos gesticulaciones como el arquear las cejas las muecas de los labios, los movimientos de los parpados incluso el movimiento de las fosas nasales transmiten mensajes sobre las emociones y más allá de lo circunstancial de esto, también están las líneas de expresión y arrugas que informan de los gestos emitidos a lo largo de la historia del individuo y por ende también de las emociones o sentimientos más experimentados. Si bien cada sujeto tiene sus propias expresiones faciales, existen estudios que resaltan la universalidad de gesticulaciones ante algunas emociones como la felicidad, tristeza, sorpresa, miedo, ira y disgusto, Brodsky (1988) citado en Roca (2000). El psicólogo entonces necesita la habilidad para detectar las expresiones faciales que nos dan datos del estado emocional ya que éste forma parte del mundo intrapsíquico del individuo.

Mediante la expresión facial se puede observar tanto las emociones manifiestas como las ocultas M. Roca menciona que las personas aprenden a manipular su discurso y su gesticulación con el fin de hacer coherentes sus mensajes así pueden enmascarar, neutralizar e intensificar. El enmascaramiento se refiere a la expresión de una emoción no sentida para esconder la verdadera que por razones de aceptación individual o social deben restringirse; la neutralización

habla de de la anulación de gestos mostrando un rostro inexpresivo y por ultimo; la intensificación en la cual se excede la manifestación de emoción. Ante estas formas de manipulación el psicólogo debe poner atención pues de cualquier forma le están dando información importante sobre el entrevistado.

Otras formas de comunicación no verbal es la apariencia física, tanto corporal como de aliño, la cual nos habla del cuidado personal, el autoestima, estado emocional e incluso hábitos, una persona de apariencia atlética puede ser alguien disciplinado, preocupado por su aspecto etc., otro ejemplo y si se me permite la anécdota personal, me sucedió cuando un entrevistado llega al consultorio – *perfumado al grado de impregnar el ambiente, con zapatos lustrados (muy brillantes), en apariencia recién bañado, vistiendo colores claro y vivos como el anaranjado, uñas recortadas y peinado esforzado; diciendo sentirse muy deprimido, tanto que no tenía ganas de despertarse para la cita* – dicha información resulta incongruente y puede interpretarse como un control exagerado de la emoción referida o bien como la ausencia del estado en el que dice estar. Datos como éstos sirven para la complementación de información sobre la forma de comportarse, sentirse o enfrentarse al mundo.

Como se analizo, la observación es una herramienta importante en la recolección de información y para ello el psicólogo necesita de gran atención para detectar los detalles de la comunicación no verbal, de capacidad de análisis para relacionarla con los datos ya obtenidos en el discurso así como de síntesis para crear hipótesis y preguntas que permitan conocer de manera amplia al entrevistado para evitar hacer prejuicios lacerantes de su integridad. Por lo tanto es elemental ahondar lo más posible en la historia de la persona, para esto la historia clínica es otra técnica útil que además ayuda en la organización de la información y de la cual nos ocupamos en el siguiente apartado.

### **3.2.3 La Historia Clínica**

A lo largo de las entrevistas ya se ha obtenido información suficiente que requiere de organización para su mejor entendimiento. Pero también se necesita ampliar ciertas áreas para crear los antecedentes con el fin de contextualizar tanto al entrevistado como al problema; éste último, necesita enmarcarse desde un contexto tanto histórico como de desarrollo que permitan dar un significado confiable en el diagnóstico y al proceso terapéutico, ya que ningún individuo es igual, resulta indispensable conocer la historia del conflicto para dar conclusiones más exactas y pronosticar la intervención adecuada. De igual modo pasa con el evaluado para entender en que momento y por cuales circunstancias se desarrollo la problemática motivadora de buscar apoyo profesional. Para tal fin la historia clínica es la herramienta más adecuada.

La historia clínica entonces abarca aspectos desde la infancia hasta la edad adulta en las cuales se revisa información de áreas como la sexual, educativa, laboral, de salud, relaciones paterno –filiales, interpersonales etc., Phares (1999) menciona que es importante indicar la manera en que se dá la información a si como las actitudes ante la misma, de esta forma proporciona también un formato general de la organización de datos requeridos, el cual se explora a continuación.

Lo primero en recopilar forma parte de la **ficha de identificación** en donde debe haber datos personales como; nombre, dirección, teléfonos, fecha de nacimiento, edad, género, religión lugar de nacimiento, estado civil, ocupación, escolaridad, y nivel socioeconómico. Mismos que son importantes en la en primera instancia para la localización y contextualización general del sujeto, se puede incluir la fecha de asistencia y la referencia por las cual se entero de los servicios.

Continuamos con los contenidos del **motivo de consulta** en donde se especifica la situación o problemática que llevo a la persona a consultar, lo cual es indispensable ya que es una referencia que nos da pautas para establecer y dirigir

los objetivos de la evaluación, en última instancia esto es una pregunta que ha de ser contestada al final de la evaluación. Se incluyen las expectativas del servicio, las atenciones previas y los resultados encontrados en estas, algunos clínicos incluyen la descripción física del individuo, otros hacen de esta un apartado independiente, de cualquier forma aquí deben recopilarse datos de la vestimenta como; el tipo, las tonalidades y aliño, información de las características corporales y la fisonómica como; color de ojos, cabello, altura, tez, complexión etc., también es necesario reportar sobre la actitud aparente y disposición.

Una vez obtenida dicha información podemos encarar de manera más directa la parte del **padecimiento actual** e indagar de manera detallada el inicio de la problemática, dando datos de la sintomatología en orden cronológico, la forma de inicio y el curso donde se describe si apareció y transcurrió de forma ya sea repentina, paulatina, progresiva o intermitente. Debe considerarse con atención el grado de afección que le proporciona al individuo, puntualizando la existencia de incapacidad en las áreas tanto social como laboral, interpersonal o familiar. Información necesaria para perfilar la **situación actual** donde se reporta sobre la vivienda, y las personas con las que la comparte, las generalidades de sus comportamiento para lo cual indagamos sobre el horario, las actividades comunes, el empleo de tiempo libre, la gente con quien se relaciona y muy importante es saber como se siente con este entorno.

Lo anterior forma parte de lo personal y contextualización presente, sin embargo en labor de conocer al sujeto es necesario explorar la vida pasada pues las razones de su problemática actual pueden deberse a eventos anteriores que no ha logrado superar o puede ser parte de una historia familiar y personal por lo que el primer apartado para indagar éste pasado lo forman los **antecedentes familiares**, en donde establece el familiograma de la familia de origen donde se detalla el número de miembros, el estado civil de los padres, el lugar que ocupa entre las gestas, así como las edades y el estado (finado o no). Posteriormente se hace una descripción amplia de cada uno de los miembros, el tipo de relación, las

ocupaciones y de la interacción del entrevistado con cada uno de ellos, también es importante explorar los antecedentes psicopatológicos como; trastornos mentales, tratamientos psiquiátricos, alcoholismo, drogadicción etc., y la forma en que la persona vivió esto. De igual manea resulta necesario aportar elemento del ambiente familiar donde existan acontecimientos sobresalientes, relaciones familiares y condiciones de esta que hayan influido en el evaluado, problemas económicos, cambios significativos de residencia; grado de armonía familiar, autoridad reconocida. Actitud de la familia ante el padecimiento del sujeto, forma en que lo ayudan, posición sociocultural y condiciones de la vivienda, normas sociales, religiosas y culturales, cambios, abandonos, divorcios, separaciones; y la forma de responder del sujeto identificado.

El pasado de la persona también incluye el área personal o **historia de desarrollo**, en donde primeramente debe llevar un orden cronológico, empieza por el **nacimiento y la primera infancia**, aquí se especifica condición socioeconómica de la familia, peso y talla al nacer, problemas durante el alumbramiento, si fue o no alimentado al seno materno, hábitos de sueño y alimentación, estado general de salud, enfermedades que padeció; edad de ablactación, sedestación y bipedestación, marcha, control de esfínteres, actitud de la madre en esta época; tics, enuresis, encopresis, rebeldía, hipo o hiperactividad, actitudes y relaciones sociales. De igual manera se reúne información de la **niñez**, quizá se amplíe con datos de la forma de participación en el juego, habilidad para hacer o conversar con amigos, actitud ante estos, ante la familia, extraños; separación y generalidades de esa época.

En la etapa de **adolescencia** los datos dan un ligero giro ya que debe ponerse especial atención en los cambios fisiológicos y psicológicos experimentados durante su desarrollo ya que estos, según afirma Aberastury (2004), establecerán la identidad que en todo caso en el objetivo del éste momento vital, por lo tanto la actitud frente a esta fase de desarrollo proporciona información sumamente relevante sobre el sujeto. Mediante ésta podemos observar, por ejemplo, el tipo de

autoridad que tuvo y cómo le influyo, si la asumió con rebeldía u obediencia excesivas; el uso y abuso de drogas, alcohol y/o tabaco; depresión, abandono de actividad, crisis de identidad y formas en que las resolvió está resolviendo. Dada la importancia de esta época los datos influyen fuertemente en la posterior etapa de desarrollo la **edad adulta**, donde es posible encontremos secuelas o eventos que expliquen cierta forma de comportamiento del individuo o los malestares presentes. Siendo éste periodo donde empieza la productividad de cada ser humano se indaga sobre los logros, metas y grado de satisfacción con éstos, además de incluir informes de las relaciones interpersonales, de pareja, laborales y familiares.

Ya en el momento de la edad **adulta avanzada** resulta necesario recabar información respecto a la evaluación que hace el individuo de su propia vida el grado de placer por la forma como la dirigió, si existen sentimientos de temor a la muerte, y la razón de éstos. De igual modo se abordan las diversiones, el empleo de su tiempo, las amistades cercanas, sus ideologías políticas, valores e intereses, su pertenencia a grupos sociales o de ayuda, su situación económica y las personas significativas a quienes admire o de las que reciba apoyo. Así como de la relación con hijos, nietos y familia política; las reuniones, diversiones o paseos que acostumbran ya que todo lo anterior forma parte del grado en que la persona está enfrentando la inevitable decadencia y por ende de sentimientos involucrados en el momento de acudir a consulta.

Una vez obtenida la información anterior podemos deducir y ampliar los datos de la **historia de salud** en cada una de las etapas de desarrollo para complementar la presente pues nos da datos que pueden estar relacionados con las condiciones actuales así indagamos información sobre hábitos alimenticios, enfermedades crónicas, trastornos hormonales, lesiones, accidentes, cirugías, fracturas, así como de las circunstancias en que tuvieron lugar, los tratamientos recibidos y la situación actual del suceso. En esta parte se ahonda en el uso de drogas,

tabaquismo, alcoholismo ya que son adicciones que influyen en el comportamiento de los individuos consumidores.

Hay dos áreas íntimamente relacionadas que forman parte de una de las esferas importantes en la vida del sujeto son: **la sexual y marital**. En la primera se exploran las primeras experiencias y reacciones en cuanto al sexo y las prácticas sexuales, onanismo, frustraciones, ansiedades, fantasías y la preferencia hacia uno u otro género. Desordenes sexuales como; eyaculación precoz, anorgasmia, u otros provocados por los embarazos o abortos como la depresión post –parto así también se aborda información de métodos anticonceptivo, los tipos relaciones, si son prematrimoniales, extramatrimoniales, frecuencia y la satisfacción obtenida. En la segunda se desglosan aspectos de las relaciones de pareja como lo son; los noviazgos o matrimonios y divorcios, duración, forma de inicio y conclusión. Número de hijos así como las relaciones con estos, elaboración del familiograma (si corresponde) y la dinámica familiar general. Debe incluirse una breve descripción de la pareja y datos generales de acuerdo a la ocupación actividades y estado de salud.

Otra esfera a revisar es el áreas de **trabajo y educación** donde por consecuencia se analizan las experiencias laborales donde se incluye el tipo y cambios tanto de puesto como de trabajo, las dificultades que tuvo, sueldos, rendimiento, éxitos, fracasos, puntualidad, ausentismo, rutinas, responsabilidades; en qué utilizaba al dinero que ganaba; relaciones con jefes y subordinados. Cómo se siente respecto a su trabajo, grado de satisfacción y ambiciones. En cuanto a lo académico es importante resaltar el tipo de escuelas (mixta, oficial, particular, con tendencias religiosas o internados) grado máximo que ha obtenido, las materias difíciles, reprobaciones y cu conducta. Así también el trato con maestros, y compañeros.

Al ser humano no solo lo constituye sus actividades, desarrollo y relaciones, también las decisiones y los **eventos significativos**. Por lo que en este proceso de conocer mejor al individuo hay un apartado dedicado a esas situaciones en

donde se redactan por ejemplo, muertes de seres queridos, obtención de logros, cumplimiento y cambios de metas, recuerdos, eventos sociales importantes igualmente decisiones cruciales en su vida como cambios de trabajo, de residencia o vivienda, asunción de puestos y momentos de crisis.

En la(s) entrevista (s) la persona va expresando aspectos importantes de su vida y su historia, dichos datos lo van conformando influyen en la forma de comportarse y percibirse a si mismo, por lo que también la historia clínica incluye la auto – descripción donde debe indagarse principalmente de las fortalezas, debilidades e ideales. Asimismo es importante saber cómo se describe en cuando a aspectos físicos, intelectuales, conductuales y morales, el grado de complacencia o disgusto que esto le provoca y qué le gustaría cambiar o mejorar.

Un apartado necesario e importante es el del **examen mental** pues con este quizá nos aproximamos a encontrar aspectos patológicos o alteraciones a nivel cognitivo, motor y estado emocional general, provocados por el conflicto presente del paciente. Así en éste obtenemos información del estado de consciencia si es claro, con estupor, alerta o confusión; de la orientación en persona, tiempo y espacio; atención y concentración revisando aspectos de la memoria retrograda, anterógrada e inmediata así como la distractibilidad; sobre el discurso se observa el tiempo, curso si es preciso o vago en sus respuestas, verborrea, tono de voz; congruente y coherente con el pensamiento del cual también se revisa el contenido si hay bradipsiquia, taquipsiquia, fuga de ideas o bloqueos; en cuanto a percepción se requiere determinar si hay ilusiones, alucinaciones tanto auditivas, como visuales, gustativas, y corporales, extrañeza corporal o despersonalización así como las condiciones en que estas suceden; la determinación del estado de animo; si es eufórico, exaltado, depresivo, aplanado etc.; sobre la motricidad se abordan aspectos de los movimientos en general si es aumentada, disminuida, con estereotipos, tics o compulsiones; y finalmente el juicio en el que se observa la capacidad del individuo para la auto y heterocrítica.

En términos generales estas son las áreas y datos a obtener en una historia clínica, la aplicación y especificación de otras áreas depende de cada clínico, su orientación teórica y de características de cada individuo, algunos profesionistas incluyen un apartado del área libre de conflicto o ajuste social, entre otras varían ligeramente los conceptos por ejemplo los eventos significativos son llamados momentos de decisión, la ficha de identificación es nombrada ficha de identidad o la historia de desarrollo también se le llama historia personal. Del mismo modo la extensión en cada sección cambia, si estamos frente a un paciente de 14 años nos enfocaremos más en la etapa de adolescencia o si nos encontramos con un niño de 5 años profundizaremos en datos pre –natales o la niñez y primera infancia. Con esto quiero dejar en claro que a pesar de la existencia de un formato general, éste es flexible, tomando en consideración que cada sujeto es diferente y por consecuencia habrá especificidades en cada caso, que habrán de corroborarse con otras técnicas como las pruebas psicológicas de las que nos ocupamos en el siguiente apartado.

### **3.2.4 Pruebas Psicológicas**

En términos generales las pruebas psicológicas actualmente son consideradas herramientas de apoyo para la objetividad en la obtención de muestras de comportamiento (pues ninguna evalúa la totalidad) sino una parte de ésta o ciertos rasgos de la personalidad. Se dividen principalmente, de acuerdo a su construcción y especialización, una de las divisiones más aceptadas refiere a las objetivas o psicométricas y a las proyectivas. Phares (1999)

Las pruebas objetivas son aquellas elaboradas mediante procedimientos estadísticos de estandarización, confiabilidad, y validez. Fernández –Ballesteros (1980) comenta que tienen tres fases: la aplicación, corrección e interpretación de un valor en rangos o tipos, regularmente las encontramos en forma de cuestionarios o inventarios de auto –informe en donde se presenta una serie de preguntas con opciones de las cuales la persona tiene que elegir una,

dependiendo del grado en que se parezca o describa mejor su forma de ser, actuar o pensar, algunas otras como las de inteligencia, necesitan de una ejecución por parte del evaluado.

Respecto al rubro de especialización encontramos las que miden la capacidad intelectual en áreas como comprensión verbal, organización perceptual, razonamiento y otros componentes de la inteligencia humana; las de capacidades o habilidades en tareas específicas para determinar la aptitud; aquellas de creatividad que evalúan el pensamiento novedoso para encontrar soluciones poco comunes; los inventarios de intereses centran su atención en las preferencias de la persona por ciertas actividades y ayudan a la elección de carrera; las de personalidad que calculan rasgos característicos del comportamiento en las que se incluyen las proyectivas, así también encontramos las neurológicas dedicadas a la comprobación, de la existencia o no, de daño orgánico. Gregory (2000).

Las proyectivas las define, el diccionario de psicología English y English (1958) citado en Phares (1999), como *“procedimientos para describir los modos característicos de comportamiento de una persona a través de la observación de su conducta en respuesta a una situación que no produce o impone una respuesta particular”*, es decir a diferencia de las objetivas, proporcionan una interpretación más subjetiva de la persona. Anastasi (1998) las describe como procedimientos no estructurados en los cuales se dan estímulos ambiguos para permitir la fácil expresión de fantasías y regularmente parten de una hipótesis de fondo que es: *“la forma en que el individuo percibe e interpreta el material o estructura una situación, reflejará aspectos fundamentales del funcionamiento psicológico de la persona, revelan datos encubiertos, latentes o inconscientes de la personalidad”*. Así éstas utilizan estímulos ambiguos para permitir que la hipótesis se cumpla.

Siendo la Psicología Clínica la disciplina encargada de la evaluación, intervención e investigación de la personalidad y considerando esta última como el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos organizados, parcialmente estables en el

individuo, que influyen en sus interacciones y adaptación al ambiente intrapsíquico, físico y social. Es preciso aclarar que para los fines de la presente investigación se abordaran las pruebas psicológicas como: 1) herramientas para obtener información; 2) de las características sobresalientes; 3) respecto a los rasgos y mecanismos psicológicos del individuo en el proceso de valoración; 4) para alcanzar los objetivos que ésta persigue, los cuales versan sobre **diagnosticar**, planear un **tratamiento** o realizar **investigación**. Por lo cual la revisión de pruebas en el presente apartado se limita a aquellas representativas que nos den los datos antes mencionados.

El tipo de pruebas que brindan datos sobre los procesos de información son los denominados “test de inteligencia” los cuales además de medir el Coeficiente Intelectual (CI) dan datos para la comprensión de la inteligencia humana, la cual *“...no es una capacidad unitaria, sino un compuesto de varias funciones...”* Anastasi (1998), como: atención, concentración, lenguaje, memoria, etc. Y quizás el conjunto de pruebas que puede visualizar mejor esto, son las escalas de David Wechsler quien publicó en 1932 su primer test de inteligencia para adultos Wechsler –Bellevue la cual surge de la crítica que hace este investigador a las pruebas ya existentes como la Stanford –Binet por considerarla inadecuada para la evaluación de la inteligencia en adultos ya que hasta aquel momento las escalas de niños se habían adaptado con reactivos más complicados a sujetos adultos lo cual no resultaba atractivo, fijaban su atención en la velocidad, los reactivos se inclinaban por la manipulación de palabras y consideraba que emplear la edad mental en adultos era innecesario. Con el objetivo de corregir estos errores diseñó la prueba añadiendo una escala de ejecución, redujo los reactivos con límite de tiempo y propuso un nuevo método para obtener el CI ( $CI = \text{puntuación obtenida real} / \text{puntuación media esperada para esa edad}$ ) partiendo del supuesto en donde afirma que el CI es constante a pesar del envejecimiento natural de la persona aunque la capacidad intelectual cambie o disminuya.

Esta prueba fue la base para las escalas siguientes, en 1949 se publicó la adaptación para inteligencia en niños desde 6 años hasta jóvenes de 16 años 11 meses (WISC) incluso la Wechsler –Bellevue se cambió por la escala de inteligencia para adultos desde 16 hasta 64 años (WAIS) en 1955 y en 1967 aparece la escala para edad preescolar y primaria que abarca un intervalo de edades de 4 a 6, ½ años (WPPSI) las adaptaciones se realizaron modificando reactivos o ejercicios en cuanto a la población a la que se dirigen, así los ítems de la prueba original se transformaron en sencillos para el caso de WISC o WPPSI y se reestructuraron de algunos otros para el WAIS.

La prueba a pasado por diversas revisiones del mismo tipo en donde cada una a adquirido un nombre diferente, actualmente la prueba la podemos encontrar en su última revisión como: WAIS –III, WISC –III, WIPPSI – III en las que la primera ya tiene un intervalo de edades más amplio que va de los 16 a los 89 años, la segunda conserva la edades iniciales y para ambas ya existe una revisión específica para población mexicana, la última ahora abarca de los 3 a los 7 años de la que ya hay una escala en español. Sin embargo en esencia comparten muchas características todas tienen dos escalas principales la de ejecución y la verbal, con las cuales se consigue primero; una puntuación parcial por escala; después una puntuación total que es la suma de ambas escalas; éstas se transforman en puntuaciones estandarizadas y con ello se obtiene la inteligencia global del individuo de acuerdo a la siguiente clasificación:

<b>C.I.</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
130 ó más	Muy brillante
120 – 129	Superior
110 – 119	Normal brillante
90 – 109	Normal
80 – 89	Subnormal
70 – 79	Limítrofe
50 – 59	Deficiente mental superficial

49 – 30	Deficiente mental medio
29 ó menos	Deficiente mental profundo

Una vez obtenida la calificación total del individuo ésta debe interpretarse más ampliamente de acuerdo a las dificultades y áreas de oportunidad que muestra cada una de las sub –escalas podemos decir por ejemplo que *“La persona obtuvo un C.I. global de 100 lo cual indica que tiene una inteligencia normal de acuerdo a las normas estandarizadas para la población a la que pertenece”* y si por ejemplo a pesar de ello tiene puntuaciones ligeramente más bajas, dentro de su desempeño, podemos reportar lo siguiente – continuando con el mismo caso - *“dadas las puntuaciones de la escala de ejecución y dentro del área de composición de objetos, el individuo puede tener dificultades ligeras para poner atención en los detalles”*. Y así sucesivamente dependiendo de los resultados obtenidos, para dar un informe de prueba profundo que más adelante nos servirá al redactar el informe general de la evaluación (mismo que se abordara después dentro de este capítulo en el apartado de Pronóstico y lineamientos para tratamiento). Por ahora nos encargamos de la descripción de las sub –escalas en común.

### **Dentro de las Escalas Verbales**

**Información:** Es de conocimientos generales relacionados con la cultura y sistemas educativos para los cuales se requiere de habilidades de aprendizaje y memoria.

**Vocabulario:** Se pide la definición al individuo que defina una serie de palabras en ella se mide la sensibilidad a información nueva y la capacidad de descifrar significados a partir del contexto en el que se encuentra la palabra.

**Aritmética:** Requiere de la solución a problemas relacionados con operaciones como sumas, restas, divisiones y en algunos casos porcentaje. Aparte de medir habilidades aritméticas se necesita de concentración y capacidad para retener cálculos en la memoria a corto plazo.

**Comprensión:** Son reactivos que requieren de explicación a situaciones reales algunos se relacionan con el sentido común otras más difíciles lo hace con convencionalismos sociales y culturales por lo cual esta sub –escala aparte de medir la comprensión propiamente también podría destacar la inteligencia social tal como lo dicen las correlaciones altas encontradas con el inventario de personalidad California.

**Semejanzas:** aquí se pide al individuo que refiera la similitud entre dos conceptos, evalúa la capacidad para diferencias semejanzas relevantes de las no relevantes y bien podría considerarse una prueba de formulación de conceptos. Anastasi (1998).

#### **Dentro de las Escalas de ejecución.**

**Figuras incompletas:** Se pide a la persona que localice la parte esencial faltante del dibujo presentado en la cual las habilidades para acceder a la memoria a largo plazo y adecuada atención a los detalles visuales.

**Diseño con cubos:** se pide la reproducción de diseños geométricos presentados en tarjetas pero la ejecución es con cubos reales. En ella se requiere de análisis de relaciones espaciales, coordinación viso –motora y aplicación de la lógica, capacidad en solución de problemas, razonamiento y experiencia previa.

**Composición de objetos:** requiere de armar rompecabezas se destaca la habilidad para la organización perceptual en donde la persona tiene que encontrar la gestalt (forma total) fijando su atención en los detalles.

Las escalas WISC –III y WAIS –III comparten las siguientes sub –escalas:

**Retención de dígitos:** Se dice a la persona una serie de números y se le pide los repita primero en el mismo orden, después en al inverso. Entre las habilidades que evalúa se encuentran los recuerdos auditivos inmediatos, facilidad para el manejo de números, así como atención y facilidad para de distractibilidad.

**Ordenación de dibujos:** Se presenta a la persona tarjetas con dibujos en desorden que necesitará ordenar correctamente los recuadros con el fin de dar sentido a la historia. Mide la capacidad para descifrar la gestalt, pensamiento secuencias y relaciones de acontecimientos sociales.

**Claves, símbolos y dígitos:** La tarea consiste en relacionar un símbolo con un dígito con la mayor rapidez posible, el desempeño requiere de capacidad para producir claves verbales para representar cada uno de los símbolos dentro de la memoria así como del aprendizaje inmediato. Varía un poco dependiendo de la prueba, para WISC –III se denomina claves y se dividen en A y B para niños menores de ocho años y niños de ocho en adelante, respectivamente, y usa formas sencillas como líneas verticales u horizontales, círculos, estrellas, cuadros, triángulos etc., en el caso de WAIS –III se aplican figuras más complicadas y números.

**Búsqueda de símbolos:** En esta se presentan a la persona un grupo de símbolos (grupo blanco) luego otros denominado grupo de búsqueda y adelante dos recuadros con las palabras “sí” y “no” los que tendrá que marcar si uno o más de los símbolos del grupo blanco se repiten en el grupo de búsqueda. Esta ejecución mide la velocidad de procesamiento de información.

Con estas sub –escalas se termina la composición de la escala WISC –III pero WAIS aun tiene dos escalas exclusivas aparte de las ya mencionadas:

**Sucesión de letras y números:** Aquí se presenta de forma verbal una serie de números y letras en orden aleatorio que la persona deberá ordenar los números en orden ascendente y las letras alfabéticamente respectivamente. Esta prueba mide la atención, concentración y libertad de distractibilidad.

**Matrices:** Se anexa para mejorar la evaluación del razonamiento no verbal contiene problemas de razonamiento figurativo presentados en orden secuencial donde la dificultad se incrementa, se presenta una serie de figuras ordenadas a la cual le hace falta una y la persona tiene que encontrar la correcta de entre cinco opciones. Evalúa la inteligencia fluida, capacidad para realizar operaciones mentales con símbolos abstractos y razonamiento inductivo.

WPPSI-R y WISC –III comparten la sub –escala **de laberintos**: en la cual el niño debe marcar con un lápiz como es que se puede llegar más rápido a la meta, las instrucciones varían dependiendo del laberinto ha ejecutar. Para resolverla el individuo requiere adecuada coordinación viso –motriz, previsión, planeación y organización perceptual.

La prueba WPSSI también tiene algunas sub –escalas particulares que no comparte con ninguna otra, estas son:

**Diseños Geométricos**: se muestra al niño una tarjeta con un diseño, el cual deberá copiar pero con objetos reales. Se encargad de la evaluación de la organización perceptual y habilidades visomotoras.

**Casa de animales**: Se le dice al niño que relacione a cada animal con su casa dependiendo del color de cada uno. Se relaciona con capacidades para aprender tareas desconocidas, velocidad en el procesamiento de información, coordinación viso –motriz y memoria a corto plazo.

Contiene dos escalas complementarias las cuales se usan cuando una de las sub –escalas no se completo por falta de tiempo o porque se haya invalidado, una de estas es la de **Frases** en la cual se le dice al niño un enunciado que debe repetir tal como la haya escuchado, la sub –prueba se encarga de la evaluar la memoria a corto plazo y capacidad de atención. La otra es la llamada diseños con prismas y básicamente es igual a diseños con cubos, evalúa lo mismo pero el grado de dificultad es menor ya que esta se aplica a niños. Gregory (2001).

Se puede fácilmente notar de las escalas Wechsler comprenden las diferentes edades del ser humano por lo cual no es difícil resaltar que para fines de perfilación, la cual se lleva acabo normalmente en adolescentes o adultos; se usaran WISC –III ó WAIS –III dependiendo de la edad del sujeto.

El test de Matrices Progresivas de Raven también ha sido de gran uso (MPR), fue elaborado por el psicólogo inglés J.C. Raven en 1938, es un instrumento que se creó para medir el factor "g" de Spearman en el cual se postula que la inteligencia es una capacidad general que implica principalmente la deducción de relaciones y correlatos es una prueba para evaluar la capacidad intelectual de manera no verbal, en este se analizan matrices de complejidad creciente en las cuales hay que considerar la relación horizontal y vertical para encontrar la figura faltante, se requiere de habilidad para el razonamiento analógico, percepción y observación. Consiste en 60 problemas divididos en 5 series (A, B, C, D y E) de 12 reactivos cada una. Existen varias escalas la primera versión es la general; la segunda se publicó en 1947 es para niños de 3 a 10 años y adultos con deficiencias, es a color, la intención de hacerla de este modo fue para mantener la atención de los sujetos: la última versión está dirigida a sujetos con nivel intelectual superior por lo cual los problemas son más complicados de los de otras escalas.

Con esto se concluye la ejemplificación de algunos de los test que miden la capacidad intelectual y como se puede constatar básicamente nos dan datos de ciertos mecanismos psicológicos implícitos en la constitución de la personalidad de los individuos. En el caso de asesinos seriales, según la tipología del FBI, se ha encontrado que la escena del crimen organizada se relaciona a homicidas con CI superior, lo cual es de gran ayuda en la perfilación para saber en donde comenzar la búsqueda de pistas y sospechosos de manera más confiable.

Como ya se ha mencionado la personalidad también está conformada por rasgos para los cuales también existen pruebas que miden y nos dan información sobre características; emocionales, motivacionales, interpersonales, de actitudes y rasgos psicológicos, a este tipo de pruebas se les han denominado test de personalidad en los cuales podemos encontrar numerosos instrumentos pues la bibliografía es basta tanto en inventarios psicométricos como técnicas proyectivas (Anastasi 1998).

Quizá una de las pruebas representativas y más usadas según autores como (Anastasi 1998, Gregory 2001, Marchiori 2004, Soria 2005) en evaluación psicológica, es el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI), el cual fue creado por el psicólogo Starke Rosecrans Hathaway y el neurólogo Charnley McKinley en 1930 y publicado en 1942 con el propósito de auxiliar en el diagnóstico psiquiátrico evaluando características de personalidad que indicaban patología, para su aplicación se tomaron grupos de paciente psiquiátricos del hospital de la Universidad de Minnesota así como familiares de éstos para contrastar los resultados. Consta de 567 reactivos con afirmaciones sobre experiencias, actitudes, emociones, creencias, síntomas etc., a las que la persona debe contestar con “verdadero” o “falso” según se relacione con su manera de ser, los enunciados tienen un formato de respuesta estructurado, no son ambiguos y esto la hace una prueba objetiva de la personalidad. Gregory (2001).

El MMPI tuvo gran éxito entre los test de personalidad existentes en la época en los años sesentas ya era de gran uso en ámbitos laborales, militares, médicos e incluso forenses, en los años ochentas había bastante bibliografía sobre el uso de sus 13 escalas básicas y se desarrollaron varias escalas especiales en base a sus reactivos. Sin embargo en esa misma década la prueba presentó dificultades documentadas en cuanto a problemas conceptuales y normas insuficientes pues ya no eran tan confiables. Dadas las problemáticas, el MMPI original se vio en la necesidad de una re –estandarización la cual consistió en; la modificación de algunos reactivos que se tornaron obsoletos, inconvenientes o presentaban sexismos; una re –normalización; la inclusión de calificaciones “T”<sup>4</sup> para las ocho escalas clínicas originales y para todas las escalas de contenido; la creación de nuevas escalas de validez; así como la separación del inventario en dos partes específicas para diferentes edades. Así aparece el MMPI-2 desarrollado por James Butche, Grant Dahlstrom, John Grant y Auke Tellegan de la Universidad de

---

<sup>4</sup> Las puntuaciones estandarizadas son aquellas que eliminan las fracciones y los signos negativos al momento de producir valores diferentes a cero para la media y 1.00 para la desviación estándar. La puntuación “T” es un tipo de puntuación estándar que utiliza una media de 50 y una desviación estándar de 10.

Minnesota la cual se publicó en 1989 y el MMPI –A para adolescentes, la gran diferencia entre estos dos últimos es que en el MMPI –A se disminuyó en número de reactivos a 478 se incluyeron reactivos especiales para el grupo según ciertas áreas como la escuela y la familia, del mismo modo se incluyeron normas apropiadas para la edad y tiene sus propias escalas de validez (F1 y F2), cuenta con escalas y sub-escalas complementarias, exclusivas. Anastasi (1998).

A pesar de los cambios antes mencionados, los tres inventarios comparten aspectos en cuanto a aplicación y estructura se trata. Las tres tienen escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias así como un objetivo común que es la evaluación de características de personalidad resaltando ciertos rasgos de la misma, el material necesario es: cuadernillo, hojas de respuestas, lápiz, goma, plantillas, color rojo y manual de interpretación, así como un nivel de lectura de 2° de secundaria, en algunos casos de lectura fluida se puede aplicar a personas con nivel inferior, en general los autores de la revisión para México recomiendan que se aplique antes una escala de evaluación de la lectura para ser más objetivos al momento de determinar, qué sujetos si cumplen con éste requisito dicen *“tener una habilidad de lectura de 2° grado de secundaria, no es lo mismo que tener una escolaridad de 2° de secundaria, pues hay personas que aunque hayan terminado la secundaria, han perdido su habilidades en lectura”* Hathaway y Mekinley (1995).

Los mismos autores mencionan que, la aplicación debe hacerla un psicólogo porque siendo el MMPI -2 un instrumento que explora aspectos de la personalidad del individuo se pueden provocar reacciones que para ser enfrentadas se necesita de un profesional en la materia, es decir un psicólogo, quien ha de tener la labor de aclarar al sujeto o sujetos, las razones de la administración de la prueba ya que es ha visto que las puntuaciones de personas a las que solo se les da el inventario y se les pide que contesten pueden interpretar mal los fines y con ello comprometer el grado de validez de la escala.

El psicólogo necesita verificar que las instrucciones se hayan entendido adecuadamente pues siendo el MMPI -2 una prueba de auto-reporte los sujetos tienden a no leer las instrucciones antes de contestar por lo que para evitar este tipo de acciones que pueden terminar en sesgos importantes se recomienda que el clínico lea claramente las disposiciones diciendo; *“El siguiente inventario de personalidad se compone de frases; usted debe decidir si esas frases, aplicadas a usted, son mayormente verdaderas o mayormente falsas, y luego marcar en el espacio correspondiente en su hoja de respuestas”* Hathaway y Mekinley (1995). También se debe aclarar que es un instrumento largo y requiere poner atención a cada frase; solo puede dejar de contestar cuando, el contenido de estas no se aplique en su caso y decir que esto es algo raro porque la estructura de las oraciones es en base a cuestiones cotidianas, además el profesionalista también debe tener en cuenta que esta el MMPI y todas las revisiones se aplican en una sesión, solo en aquellos casos de pacientes deprimidos o excesivamente cansados se puede hacer en dos sesiones con un intervalo menor a una semana entre sesión y sesión, en cuyo caso, el paciente no se puede llevar el material.

En cuanto a estructura y debido a que en las revisiones para el MMPI -A solo se quitaron algunos reactivos y se anexaron algunas escalas a continuación se describen, de manera general, las escalas comunes y en particular las que conforman el MMPI -2 ya que para los fines de la presente investigación es necesario centrar nuestra atención en la evaluación de adolescentes y adultos porque la bibliografía al respecto marca que, la edad de inicio para cometer actos relacionados con asesinatos seriales es la adolescencia empezando, regularmente, con la realización de conductas antisociales o la posesión de rasgos relacionados con psicopatía como; la impulsividad.

Para la calificación de la prueba primeramente se requiere atención en el género ya que el material cambia dependiendo si es para mujer u hombre, luego marcar con color rojo las respuestas no contestadas y las que se contestaron dos veces, ambas serán consideradas respuestas “no puedo decir” (?). Para las otras escalas

básicas se utilizan las plantillas correspondientes, de las cuales hay una por cada sub – escala y entonces se obtienen las puntuaciones naturales. Después hay que tener en cuenta que la versión revisada cuenta con tres tipos de perfil: el básico, de contenido y de escalas suplementarias. Para realizar el perfil básico es indispensable obtener el valor, corrección “K”, para las escalas 1, 4, 7, 8 y 9 para las cuales se agrega una fracción o todo el puntaje “K” dependiendo del valor crudo de “K”, las fracciones son: .5 para Hs (1); .4 para Dp (4); 1 para Pt (7); 1 para Es (8) y .2 para Ma (9). Una vez obtenidos estos valores se traza la gráfica transformando las puntuaciones al “T” que se encuentran a la derecha e izquierda de la hoja de perfil, en la cual se pueden observar las elevaciones que correspondan para pasar a la interpretación dependiendo del puntaje “T”.

En el caso de las escalas suplementarias y complementarias solo es necesario obtener la puntuación “T” dependiendo de la calificación en crudo, se realiza la gráfica y después al igual que las escalas básicas se pasa a la interpretación respecto a lo que marca el valor “T”. Cabe mencionar que existe un método para codificar y resumir los patrones de la prueba que tiene por objetivo obtener los números posibles de perfiles y con ello hacer la interpretación más práctica. Para hacer este procedimiento primero se escriben los dígitos que representan a cada escala y se acomodan en orden descendiente de puntuación “T”, si hay dos escalas de igual valor se ponen de acuerdo al orden numérico. Después se agregan los símbolos de elevación designados para los puntajes “T”, que responden a la siguiente forma:

#### **SIMBOLO PUNTUACIÓN “T”**

**	100 – 109
*	90 – 99
‘	80 – 89
‘	70 – 79
-	60 – 69
/	50 – 59

: 40 – 49  
# 30 – 39  
29 y menos a la derecha #

Después de obtener las calificaciones correspondientes, se hace una interpretación de la cual obtenemos los rasgos sobresalientes de la personalidad del individuo (perfil). En seguida damos las pautas de interpretación de puntuaciones así como una descripción de las escalas.

Primeramente, tenemos las escalas de validez, tienen como objetivo determinar el grado de confianza que el clínico puede obtener para hacer inferencias sobre la personalidad de un individuo, normalmente se refieren a la actitud del sujeto al contestar. El MMPI -2 cuenta con cuatro escalas tradicionales “no puedo decir” (?), mentira (L), infrecuencia (F) y corrección (K); así como con tres adicionales, infrecuencia posterior (Fp), inconsistencia en las respuestas variables (INVAR) e inconsistencia en las respuestas verdaderas (INVER).

La puntuación de la escala “no puedo decir” (?) se obtiene sumando el número de respuestas no contestadas o las que se hayan calificado como falsas y verdaderas al mismo tiempo, una calificación alta indica que no se pueden hacer inferencias o conclusiones estables sobre el sujeto, aunque también se puede relacionar con problemas de lectura, oposición a la autoridad, defensividad o indecisión producida por depresión. La escala L está conformada por 15 reactivos en dirección de falso en las que al contestar en dicha forma se afirma la posesión en algún grado las características o conductas poco aceptadas en la cultura (p. ej., en ocasiones tengo deseos de maldecir), evalúa la actitud general evasiva del individuo al realizar la prueba, las calificaciones altas para esta escala evidencian la actitud de describirse como una persona “perfecta” y con una adaptabilidad ideal.

La escala de infrecuencia (F) consiste de 60 reactivos los cuales reflejan las motivaciones especiales del sujeto para ser percibido como trastornado o incompetente, reflejan desadaptación grave, en la que se incluyen pensamientos

peculiares, apatía, y enajenación social. Esta es de gran ayuda en cuestiones forenses ya que en muchos casos donde se arguye inimputabilidad por deficiencia mental, cuando no la hay, para ser exonerados; nos sirve para evidenciar la falsedad de tal afirmación.

La escala de corrección K esta compuesta por 30 reactivos, 22 tienen la función de diferenciar perfiles normales producidos por pacientes psiquiátricos que muestran defensividad y los producidos por el grupo control, los 8 faltantes discriminan entre síntomas depresivos y esquizofrénicos, las puntuaciones altas indican la actitud defensiva y las que están dentro de la norma se relacionan con fortaleza del yo. No tiene una interpretación especial pues se utiliza en complemento con cinco escalas clínicas (Hs, Dp, Es, y Ma), se creo por la necesidad de distinguir distorsiones extremas que las escalas F y L no podían detectar pues se encontraron datos en los que pacientes con trastornos mentales respondían a la prueba y no mostraban respuestas de tal naturaleza, lo mismo pasaba con individuos sin padecimientos psiquiátricos parecían tenerlos.

Las escalas de validez adicionales INVAR e INVER proporcionan la tendencia del sujeto para responder de manera contrapuesta o inconsistente pues algunos contestan verdadero o falso a todo, INVER consta de reactivo en parejas que son contrapuesto y evalúa la propensión a dar un solo tipo de respuestas, INVAR refleja la posibilidad de no tomar en cuenta el contenido de los ítems consta de reactivos, en pareja, similares u opuestos en donde la puntuación se toma contando el numero de parejas inconsistentes. Otra escala de validez adicional es la de infrecuencia posterior (Fp) en la que los 40 reactivos que la componen aparecen en el cuadernillo de prueba después de los reactivos de la escala F así la puntuación de Fp identifica sí el individuo ha dejado de poner atención a la prueba y por lo tanto ha caído en un patrón de respuestas al azar por lo tanto esta sirve para verificar adicionalmente la aceptación de una dirección particular de respuesta antes dado.

El MMPI o cualquiera de sus revisiones (MMPI –2, MMPI –A) también tienen diez escalas o sub-pruebas clínicas en las cuales, una vez verificada la validez, podemos encontrar características de personalidad o rasgos así como emociones, conductas, sentimientos, pensamientos síntomas psicósomáticos y problemas psiquiátricos. Todas se interpretan de acuerdo a la puntuación T obtenida la cual se divide en rangos para tener niveles de interpretación los cuales son: muy alto, alto, medio, moderado y bajo. A continuación se hace una descripción general de cada escala y su interpretación de acuerdo a las jerarquías antes mencionadas.

La primera escala clínica 1 es la de Hipocondriasis (Hs) consta de 32 reactivos dirigidos a medir el grado en que una persona se preocupa extremadamente por su bienestar físico y expresa una variedad de quejas sin base orgánica.

**Muy alto, T = 76 ó más:** Refiere a personas esquizoide, con fantasías y delirios corporales extraños, regularmente son sujetos inmovilizados debido a las variadas y excesivas quejas y síntomas.

**Alto, T = 66 a 75:** La persona exagera algunos problemas físicos reales, centrada en si misma y egoísta, puede llegar a ser muy demandante y tomar actitudes derrotistas o pesimismo, tiene gran inestabilidad.

**Moderado, T = 56 a 65:** Puede presentar desordenes orgánicos específicos, irritable, llora con facilidad, tiende a ser inmaduro, y tiene gran interés por cuestiones físicas como la dieta, el peso y el funcionamiento corporal.

**Medio, T = entre 41 y 55:** La persona no manifiesta interés especial por el cuerpo y la salud, regularmente son personas emocionalmente abiertas, equilibradas, realistas y con capacidad de insight.

**Bajo, T = de 40 ó menos:** Niegan síntomas y signos de enfermedad son personas optimistas, enérgicas y pueden llegar a ser capaces y eficientes.

La escala 2 es de Depresión (D), esta conformada por 57 reactivos que reflejan sentimientos de desesperanza, pesimismo, desesperación así como

características generales de responsabilidad excesiva, estricta con tendencias a presentar culpa con frecuencia, la interpretación según niveles es la siguiente.

**Muy alto, T= 76 o más:** personas retraídas, abrumadas o desesperanzados presentan sentimientos de culpa, devaluación e inadecuación. Suelen preocuparse por la muerte y en ocasiones tienen pensamientos suicidas así como lentitud y abatimiento en pensamiento y acción.

**Alto, T= 66 a 75:** persona cautelosa u distantes con los demás presenta tristeza, falta de energía, incapacidad para concentrarse, poca confianza en si mismos, tendencia al auto- reproche constante con sentimientos de angustia, miserabilidad y desdicha.

**Moderado, T= 56 a 65:** Sujeto inhibido, irritable y tímido presenta sentimientos de desaliento, melancolía, insatisfacción consigo mismo y el mundo, preocupado en exceso regularmente se asocia con personas introvertidas, moralistas, responsables y modestas.

**Medio, T= 41 a 55:** Persona conforma consigo misma, estable, equilibrado y realista.

**Bajo, T= 40 o menos:** Persona alegre, activa, entusiasta, desinhibida y socialmente abierta, libre de problemas emocionales y muestra confianza en si misma.

La escala 3 (Hi) Histeria, se utiliza para diagnósticas este padecimiento se construyo con pacientes que mostraban algún padecimiento o desorden sensorial y motor sin base orgánica.

**Muy alto, T= 76 o más:** Persona influenciable presenta ansiedad repentina y pánico, desinhibido o caprichoso, con conductas infantiles ante la frustración, su reacción a los problemas emocionales es el desarrollo de síntomas físicos.

**Alto, T= 66 a 75:** La negación y disociación como defensas son comunes, desarrolla síntomas y quejas específicas ante problemas, con poca capacidad de insight, inquieto y demandante.

**Moderado, T= 56 a 65:** Individuo centrado en si mismo y superficial, con cierta madurez y tendencia a manipular. Muestra necesidad de ser querido e inseguridad persona extrovertida y expresiva.

**Medio, T= 41 a 55:** Realista y sensible.

**Bajo, T= 40 o menos:** Persona cínica o agresiva, suele estar aislado y con poco interés en los demás.

La Desviación psicopática (Dp), escala 4, estudia a los sujetos conocidos como psicópatas en donde se incluye a aquellos con conductas antisociales. Cabe mencionar que algunos asesinos seriales muestran varios rasgos aquí indicados y aclarar que a pesar de ello no todos son psicópatas.

**Muy alto, T= 76 o más:** Escasa capacidad de juicio, presenta inestabilidad e irresponsabilidad, sujetos centrados en si mismos, agresivos y explotadores.

**Alto, T= 66 a 75:** Presentan poca tolerancia a la frustración, aburrimiento tedio, problemas con la autoridad, sujetos rebeldes, hostiles con relaciones interpersonales y emociones superficiales, no carecen de culpa o remordimientos. Se ha observado que usualmente consumen drogas y tienen pocos logros.

**Moderado, T= 56 a 65:** Son personas aventuras, impulsivas, con resentimientos poco confiables e impacientes. Aunque puede ser sociable, seguras de si mismas y con gran capacidad de expresar sus opiniones, sentimientos, suelen ser creativos e imaginativos.

**Medio, T= 41 a 55:** Sincero confiable tenaz y responsable.

**Bajo, T= 40 o menos:** Personas convencionales, rígidas, pasivas, capacidad de autocrítica o con exagerado control de impulsos.

Escala 5 Mf Masculino –Femenino, se realizo con pacientes que solicitaban atención psiquiátrica debido a confusiones en cuanto a su rol sexual, los reactivos comprenden reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, las relaciones sociales y pasatiempo en los que comúnmente hay diferencia entre hombres y mujeres. Las escalas son opuestas dependiendo de cada genero asimismo cambia la interpretación.

**Muy Alto –Mujeres, T= 70 o más:** Muestra pocos intereses femeninos normales, persona agresiva y dominante.

**Muy Alto –Hombres, T=76 ó más:** Muestra intereses normalmente femeninos, altas posibilidades de conflictos sexuales, pasividad, conductas afeminadas, inseguro a la expresión emocional probables tendencias homosexuales.

**Alto –Mujeres T= 60 a 69:** Confía en si misma, competitiva, enérgica, presenta frialdad emocional y usa la lógica.

**Alto –Hombres T= 66 a 75:** creativo con intereses en investigación, individualista y con capacidad de empatía pues tolera los puntos de vista diferentes.

**Moderado –Hombres T= 60 a 69:** Auto-controlado expresivo, demostrativo, con intereses estéticos y sensibilidad a las relaciones interpersonales.

**Moderado –Mujeres T= 56 a 65:** Activa, arriesgada, espontánea con capacidad de expresar clara y firmemente sus emociones, sentimientos y puntos de vista.

**Medio –Mujer T= 41 a 50:** Capaz, eficiente los demás pueden considerarla empática y de trato fácil. Suele ser idealista.

**Medio –Hombre T= 41 a 55:** Practico, despreocupado, convencional y realista.

**Bajo –Mujer T= 40 o menos:** Tiene intereses femeninos tradicionales, tendencia a la inseguridad y auto-devaluación, pasiva, dependiente, sumisa, autocompasiva y quejumbrosa.

**Bajo –Hombre T= 40 o menos:** actitudes machistas, imprudente agresivo, orientado a la acción, confiado en si mismo. Muestra intereses tradicionalmente masculinos.

La escala 6 (Pa) Paranoia, se deriva del uso del MMPI con pacientes paranoides, los reactivos reflejan la susceptibilidad interpersonal fuerte y gran tendencia a mal interpretar las intenciones de otros.

**Muy alto, T= 76 o más:** Presenta alteración del pensamiento, creencias equivocadas, ideas de referencia, vengativo y preocupado, regularmente actúa en base a delirios y fantasías.

**Alto, T= 66 a 75:** Persona violenta y resentida, tiende a proyectar culpa y críticas, regularmente es hostil y suspicaz. Muestra rigidez y obstinación, tendencia a interpretar mal las situaciones sociales.

**Moderado, T= 56 a 65:** Sensible en exceso a desaires y rechazo, es cauteloso en los contactos sociales, es moralista, suele victimizarse, confía hasta que lo traicionan y es muy trabajador.

**Medio, T= 41 a 55:** Pensamiento claro actúa racionalmente, es precavido y flexible.

**Bajo, T= 40 o menos:** Equilibrado y jovial, cauteloso y evasivo.

La escala 7 Psicastenia (Pt), se realizó mediante pacientes con preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos o temores exagerados del grupo neurótico. Cabe notar que lo que aquí antes se llama psicastenia y se entiende como: debilitamiento del control mental sobre los pensamientos y acciones, ahora se le conoce como Trastorno obsesivo –compulsivo.

**Muy alto, T= 76 o más:** Persona meditativa temeroso o presencia de sentimientos de culpa, angustiado y depresivo. Tiende a realizar rituales rígidos así como perturbación o presencia de fobias basadas en ideas supersticiosas.

**Alto, T= 66 a 75:** Inseguro, preocupado, ansioso, aprensivo, con miedo al fracaso, meticuloso en exceso e inseguro. También presentan tensión e infelicidad.

**Moderado, T= 56 a 65:** Persona responsable, autocrítico e introspectivo. Tiende a intelectualizar es ordenado, perfeccionista y diligente.

**Medio, T= 41 a 55:** Puntual, confiable, adaptable y confiado además de ser bien organizado.

**Bajo, T= 40 o menos:** Presenta confianza en si mismo, tranquilo, eficiente y tenaz.

La escala 8 Esquizofrenia (Es), fue construida con paciente psiquiátricos que presentaban formas variadas de trastornos esquizofrénicos. Los reactivos comprenden diversos comportamientos excéntricos, susceptibilidad pronunciada y experiencias extrañas.

**Muy alto, T= 76 o más:** Aislado socialmente, con pobre contacto con la realidad, alteraciones del pensamiento, conductas extrañas, inclinación al delirio llagan a presentar alucinaciones incluso autismo.

**Alto, T= 66 a 75:** Retraído, poco convencional y alienado. Inseguro y presenta confusión de identidad así como problemas de concentración y pensamiento.

**Moderado, T= 56 a 65:** Presenta poco interés en relaciones sociales, irritable, creativo e imaginativo y con preocupaciones religiosas.

**Medio, T= 41 a 55:** Adaptable confiable y equilibrado.

**Bajo, T= 40 o menos:** Persona sumisa, convencional, y conservadora.

Escala 9 Hipomanía (Ma), se construyo con base en estudios con pacientes que presentaban episodios maniacos o trastorno maniaco depresivo.

**Muy alto, T= 70 o más:** Hiperactivo, disperso, irritable y extravagante. Presenta confusión y toma decisiones impulsivamente, con poco control sobre sus emociones.

**Alto, T= 66 a 75:** Sujeto eufórico, abierto en exceso, actividad excesiva, impaciencia y labilidad emocional. Con relaciones interpersonales superficiales.

**Moderado, T= 56 a 65:** Amplia variedad de interese, eficiente y trabajador orientado al logro, dócil y tolerantes.

**Medio, T= 41 a 55:** Persona responsable, realista, sociable, amigable, entusiasta y equilibrado.

**Bajo, T= 40 o menos:** Sujeto pesimista con falta de energía, apatía deprimido y falta de confianza en si mismo.

La escala 0 introversión social (Is), va dirigida a medir los niveles de sociabilidad, la muestra se tomo de estudiantes universitarios que calificaban en los extremos de la *Thinking-Social-emotional-Introversion nventory*.

**Muy alto, T= 70 o más:** Se ve en sujetos aislados, inseguros, meditativos, distantes e indecisos.

**Alto, T= 66 a 75:** Suelen ser personas retraídas, irritables, con poca confianza, tímidos o cautelosos.

**Moderado, T= 56 a 65:** Reservado, serio, cauteloso, con excesivo control de impulsos, socialmente pobre, que tiende a la auto-devaluación y suele ser cauteloso.

**Medio, T= 41 a 55:** Persona enérgica, y activa, con entereza. Amigable, platicador y equilibrado.

**Bajo, T= 40 o menos:** Persona cálida y dócil en lo social. Se ha visto que pueden llegar a ser exhibicionistas o manipuladores, auto-afirmativo, con confianza y tolerancia en sí mismos.

Las escalas de contenido son complementarias con las escalas clínicas ya que ayudan a afinar, reafirmar o explicar rasgos encontrados en las escalas clínicas por ejemplo un nivel alto en la escala 4 Desviación psicopática (Dp) puede deberse a varias razones como: manifestaciones de conducta antisocial; a que el individuo sea inmaduro e impulsivo sin tener rasgos antisociales; puede tratarse de una persona resistente a los roles tradicionales pero sin mostrar conductas delictivas o bien puede ser una persona con conflictos familiares mismos que con regularidad son pasajeros. Entonces al verificar la elevación en (Dp) con las escalas de contenido podemos encontrar también elevaciones en Prácticas antisociales (PAS) lo cual mostraría que la persona efectivamente comete o está inclinado a realizar conductas antisociales y si por el contrario encontramos que existe alto nivel en Problemas familiares (FAM) podemos inferir se trata de una persona con situaciones conflictivas relacionadas con su familia más que con prácticas propiamente delictivas o antisociales

Aunque son complementarias con las escalas clínicas, las de contenido, también cuentan con interpretación independiente ya que tienen sustento teórico así como poder predictivo y coeficientes de validez igual que los de las escalas clínicas, con éstas se pueden observar comportamientos y rasgos no contemplados en las escalas clínicas tal es el caso de la escala de baja autoestima (BAE) aquí una puntuación alta denotaría un patrón de comportamiento negativo hacia sí mismo como falta de confianza y etiquetas de tipo peyorativo (soy torpe, tonto o inútil). Se

ha visto que tienen mayor uso clínico ya que en situaciones bajo presión como la contratación para un puesto, las personas tienden a aparentar normalidad, con ello las sub- pruebas aparecen sin problemas. A pesar de esto pueden usarse en selección de personal si se interpretan los picos y las bajas de la grafica donde los primeros refieren características de personalidad sobresalientes y las bajas representan aspectos de la personalidad que el individuo tiende a negar. Hathaway y Mekinley (1995).

En total las escalas complementarias son quince y debido a que tienen una elevada consistencia interna, son relativamente independientes y representan dimensiones de contenido importantes (desde el punto de vista clínico) pueden interpretarse aplicando los significados específicos de cada una. Básicamente evalúan cuatro áreas clínicas: 1) síntomas o tensiones internas, 2) tendencias agresivas externas, 3) autoconcepciones negativas y 4) área de problemas generales. Las cuales se abordan a continuación.

La primera área se refiere a síntomas o desadaptaciones que el individuo percibe y experimenta de forma interna, puede incluir alteraciones cognitivas y del pensamiento. Esta compuesta por seis escalas ANS, MIE, OBS, SAU, Y DEL.

Ansiedad (ANS). Tiene 23 reactivos directamente a tensión y ansiedad, las personas con puntuaciones altas presentan síntomas como tensión palpitaciones cardiacas, falta de aire, dificultades para dormir y tomar decisiones y falta de concentración. Los individuos se muestran pesimistas ante la vida y la solución de problemas.

Miedos (MIE). Esta conformada también por 23 reactivos que van dirigidos a detectar la presencia de miedos específicos como: ver sangre, estar en lugares altos, manejo del dinero, a ciertos animales (rata, serpientes o arañas), desastres naturales, al agua, fuego, oscuridad, al encierro y a la suciedad.

Obsesividad (OBS). Las puntuaciones altas reflejan que la persona tiene problemas para tomar decisiones, meditan exageradamente sobre problemas. Enfrentan los cambios con tensión excesiva y pueden presentar conductas compulsivas (contar o acumular objetos superfluos), estas personas tienden a preocuparse en exceso y llegan a sentirse abrumados por sus propios pensamientos.

Depresión (DEP). Consta de 33 reactivos del tipo “Creo que mis pecados son imperdonables”. Los puntajes altos indican pensamientos depresivos donde se pueden involucrar sentimientos de tristeza desesperanza, incertidumbre, desinterés por la propia vida, manifiestan infelicidad, vacío interior, y lloran con facilidad.

Preocupación por la salud (SAU). Tiene 33 ítems las puntuaciones altas tienden a presentarse en personas con síntomas físicos en órganos corporales como: gastrointestinales, problemas neurológicos, en la piel, y respiratorios. Los individuos se preocupan en exceso por la salud y se sienten más enfermos que el resto de las personas.

Pensamiento delirante (DEL). Tiene 24 reactivos como “oigo cosas extrañas al estar solo” este tipo de pensamiento es característico de procesos psicóticos. Los individuos también pueden experimentar alucinaciones auditivas, olfativas y visuales, además de percibir los propios pensamientos como extraños puede implicar ideas paranoides, tienden a creer que tienen una misión o poderes especiales. Es necesario aclarar que en México las personas puntuaron alto en general y esto no se debe a una cuestión propiamente delirante sino a las costumbres místicas y religiosas de la población.

Dentro de las escalas de tendencias agresivas externas se encuentran (ENJ), (CIN), (PAS), (PTA).

Enojo (ENJ) .Consta de 16 reactivos del tipo “me han dicho con frecuencia que tengo mal genio”, las personas que obtienen puntuaciones altas presentan problemas de control de enojo se consideran gruñonas e irritables, impacientes, tercas y temperamentales, pueden tener deseos de maldecir, destrozar cosas, llegan a perder el autocontrol al grado de dañar a gente u objetos y mostrarse abiertamente agresivo.

Cinismo (CIN). Contiene 23 reactivos como “es más seguro no confiar en nadie” Las personas que puntúan alto en está escala suelen tener ideas misantrópicas, son desconfiados, suponen motivaciones ocultas y negativas en los demás, pueden ser amigables solo por razones egoístas (obtener algo de la persona). Suelen mantener relaciones y actitudes negativas hacia la gente cercana lo cual incluye familiares, amigos, y relaciones laborales.

Prácticas antisociales (PAS). “No culpo a la persona que se aprovecha de otra, si ésta última se expone a que tal cosa ocurra” éste es un ejemplo de los 22 reactivos que conforman la escala en donde los puntajes altos indican la presencia de problemas de conducta en años escolares, conductas antisociales como robar o hurtar, lo que conlleva a tener problemas con la ley. Las personas con puntuaciones altas tienden a disfrutar con artimañas criminales, son poco confiables y deshonestas.

Personalidad tipo A (PTA). Consta de 19 reactivos como “con frecuencia me esfuerzo por superar a alguien que me ha llevado la contraria” las elevaciones suelen presentarse en personas trabajadoras, activas que se muestran impacientes, irritables y tensas. Son directas y llegan a ser desagradables para otros, les molesta ser interrumpidos pues tienen la percepción de no tener suficiente tiempo, llegan a ser hostiles y se enojan con facilidad.

La escala de autoconcepto negativo solo incluye a la sub – escala de BAJA AUTOESTIMA (BAE) la cual está compuesta por 24 reactivos un ejemplo de estos

es “soy torpe y poco hábil” Las puntuaciones altas en esta escala son propias de personas con una pobre opinión propia, consideran que no les agradan y no son importantes a los demás. Tienen actitudes negativas hacia si mismos así como pensamientos de no ser atractivos, ser torpes, incapaces e inútiles, con poca confianza, les resulta difícil aceptar cumplidos, y llegan a sentirse abrumados por los defectos que ven en su persona, se comportan en forma desfavorables y en sus relaciones interpersonales son pasivas.

Dentro del área de problemas generales se encuentran las escalas (ISO), (FAM), (DTR) y (RTR), mismas que tienen relación con problemas en los cuales se puede inferir que tan incomodo se siente el sujeto en situaciones sociales, dificultades con la familia o en el trabajo y se incluye una escala en donde se valora cuan dispuesto esta a recibir ayuda.

Incomodidad social (ISO), contiene 24 reactivos como: “No me gusta tener gente a mi alrededor”. Los sujetos con puntuaciones altas en esta escala les es difícil entablar relaciones con los demás por lo cual prefieren permanecer solos, en situaciones sociales se sienten aislados y poco integrados al grupo, regularmente son tímidos y les desagradan las fiestas. Se ha observado que estas personas pueden tener ciclos de sueño alterados y preocupaciones por la salud y con frecuencia se les llega a diagnosticar con desorden depresivo.

Problemas familiares (FAM), “me enojo con mi familia o amigos cuando me aconsejan como vivir” es uno de los 25 ítems que conforman la escalas. Los sujetos que puntúan alto para ésta, presentan dificultades y pleitos importantes, a su familia suelen describirla como desagradable y poco afectuosa, incluso pueden llegar a asentir odio. Llegan a tener recuerdos de abuso físico en la infancia, pueden percibir sus matrimonios como infelices y faltos de afecto.

Dificultad en el trabajo (DTR) contiene 33 reactivos como “me rindo fácilmente cuando las cosas van mal” Las puntuaciones altas indican falta de confianza y

concentración, presentan pensamientos obsesivos, tensión, dificultad para tomar decisiones y actitudes negativas hacia los compañeros de trabajo lo cual desencadena un pobre desempeño laboral. Algunas personas manifiestan falta de apoyo familiar para elegir su carrera, otras presentan ansiedad y preocupación excesiva o síntomas depresivos.

Rechazo al tratamiento (RTR), contiene 26 reactivos del tipo “me siento incapaz de contare a alguien todo sobre mi” u “odio ir al doctor aunque me sienta enfermo” en donde las personas con elevaciones manifiestan actitud negativa hacia tratamientos médicos o mentales, les es difícil creer que alguien pueda ayudarlos así como tratar sus asuntos personales con alguien más, llegan a considerar los cambios como amenazantes o imposibles por lo que pueden preferir que las cosas en su vida sigan igual, con ello tienden a dejar pasar las crisis o presentan problemas para enfrentarlas. Se ha visto de llagan a tener sintomatología somática.

Dentro del MMPI -2 las escalas suplementarias se elaboraron con propósitos específicos como; evaluar la existencia de un desorden de estrés postraumático, su aplicación es menos frecuente que las escalas básicas (escalas de validez y clínicas). Al igual que las de contenido, éstas ayudan a perfeccionar las interpretaciones de las escalas básicas, no cuentan con un límite absoluto de puntuación alta o baja, sin embargo, como regla general las puntuaciones T mayores a 65 deben considerarse altas y las que sean T = 40 o menos como puntuaciones bajas, algunas escala como la de Mac Andrew revisada tiene algunas especificaciones para su interpretación. Esta parte de la prueba se compone por doce sub –escalas 4 pertenecen a las tradicionales, es decir, aquellas que ya estaban antes de la re –estandarización del MMPI original y ocho que se anexaron después de la creación del MMPI –2 mismas que se abordan de manera general a continuación, respectivamente.

Ansiedad (A), las puntuaciones altas son propias de sujetos inhibidos y con excesivo control de impulsos presentan angustia, inconformidad y amplios problemas emocionales. Las puntuaciones bajas son normales en sujetos enérgicos, competitivos, extrovertidos, con poca capacidad de tolerar la frustración y tendencia a actuar antes de reflexionar.

Represión (R), las personas que puntúan altas pueden ser convencionales, sumisas, se esfuerzan por evitar situaciones de conflicto o desagradables. Las puntuaciones bajas refieren a personas desinhibidas, enérgicas y expresivas.

Fortaleza del Yo (Fyo), fue creada para evaluar la capacidad de las personas para acceder y beneficiarse de un de psicoterapia, mide la adaptación y entereza del sujeto así como los recuerdos personales para un funcionamiento eficiente, en general es un indicador de salud psicológica. Las elevaciones muestran que la persona es espontánea, con buen contacto con la realidad, sentimientos de suficiencia y adecuado funcionamiento físico. Por el contrario las bajas indican malestar físico, sentimientos de incapacidad para manejar presiones ambientales y por lo tanto presentan desadaptación así como un pobre concepto de si mismos.

La escala de alcoholismo de Mac Andrew- revisada (A-MAC) cuanta con tres posibles interpretaciones dependiendo de la puntuación "T" donde T= 28 o más se refiere a la propensión en general a adicciones aparte del alcohol así también existe tendencia al abuso de las mismas. Cuando T esta en un intervalo de 24 a 27 sugiere abuso de las sustancias pero no caen en ser adictos. Finalmente las puntuaciones por debajo de T= 24 resaltan la ausencia de abuso de sustancias.

La primera de las escalas adicionales es la de Hostilidad reprimida (HR) en la que las elevaciones reflejan tendencia a responder controladamente a las provocaciones aunque ocasionalmente tienden a respuestas agresivas sin razón aparente esto sucede cuando la provocación es extrema y llegan a tener conductas de *acting out*. Se han encontrado elevaciones significativas en sujetos

aparentemente pasivos pero que han cometido actos impulsivos, agresivos o crímenes violentos quizá un Asesino Serial puntuaría alto en esta escala pues se ha encontrado que los asesinatos de este se categorizar como desorganizados donde el crimen se comete inicialmente por un impulso incontrolable, además de otros elementos como la fantasía casi real en la mente del sujeto. En cuanto a las puntuaciones bajas los datos son pocos y se requiere de más investigación, sin embargo en términos generales podría tratarse de personas crónicamente agresivas o individuos con manifestaciones agresivas socialmente aceptadas. Megargee y cols. (1967) citados en Lucio y León (2003)

Dominancia (Do) mide aspectos de la personalidad relacionados con el bienestar en relaciones sociales perseverancia en tareas, y la tendencia a tener el control en situaciones sociales. Las puntuaciones altas se relacionan con equilibrio, confianza, seguridad en si mismos, iniciativa, perseverancia, con capacidad de resolución y liderazgo en grupo. Las calificaciones bajas se muestran en personas sumisas, influenciables, falta de confianza, con poca energía y llegan a sentir que manejan inadecuadamente los problemas.

Responsabilidad social (Rs), mide el sentido de responsabilidad del individuo con relación a los demás , las calificaciones altas refieren a individuos que se ven a sí mismos o por otras personas como dispuestos a aceptar las consecuencias de su conducta, se les considera confiables, e íntegros por lo cual pueden encontrar se en situaciones de liderazgo grupal y toma de decisiones, en calificaciones muy por arriba de  $T= 60$  puede tratarse de personas con gran sentido de justicia y compromiso social, se interesan por los compromisos éticos y morales así también rechazan los privilegios y favores. Las calificaciones bajas refieren a sujetos sin disposición a asumir las consecuencias de sus actos, con falta de integridad, poco confiables y con un sentido pobre de responsabilidad ante el grupo. Gough y cols., (1952) citados en Lucio y León (2003).

Desajuste profesional (Dpr), se elaboro con el fin de diferencias entre estudiantes adaptados y desadaptados es de ayuda en la identificación de problemas

emocionales en profesionistas, en las investigaciones se ha observado que no es útil en la predicción de problemas futuros las puntuaciones pueden variar de acuerdo al grado de estudios, la universidad incluso dentro del área en la que se enguanta la persona, por tanto para su interpretación se requiere de normas específicas. Sin embargo en términos generales se ha observado que las elevaciones están relacionadas con sujetos generalmente ineficientes, pesimistas, angustiados, con síntomas físicos ante el estrés. Las calificaciones bajas se corresponden a personas adaptadas, optimistas y conscientes. Kleinmuntz (1961) citado en Lucio y León (2003).

Genero masculino (GM) genero femenino (GF) se componen de reactivos con descripciones de sí mismo y características de ambos géneros, existen pocos datos sobre la validez de las escalas pero los creadores Peterson y Dahlstrom mencionan que las puntuaciones elevadas en GM tanto en hombres como en mujeres implican descripciones positivas como confianza, libres de temores y preocupaciones, en el caso particular de hombre también se relaciona con perseverancia y multiplicidad de intereses; en mujeres específicamente, se relaciona con honestidad, y la disposición para experimentar cosas nuevas. En GF para ambos sexos se relaciona con religiosidad, tendencia a no hacer juramentos o maldecir, tienden a ser francos al ver los errores de los demás, ser impositivos, bajo control de su temperamento y propensión al abuso de sustancias. Lucio y León (2003).

Las escalas suplementarias de estrés postraumático de Keane (EPK) y la de Schlenger (EPS) están dirigidas a diagnosticar la presencia de dicho trastorno la diferencia entre ambas es que la primera se elaboro con diferentes grupos de sujetos como; pacientes psiquiátricos, normales y veteranos de guerra y la segunda solo se realizo en contraste con veteranos de guerra sanos y los que presentaban problemas emocionales. Ambas están dirigidas a detectar síntomas como confusión emocional, ansiedad, culpa, depresión, pensamientos no deseados y perturbadores así como sentimientos de confusión y maltrato.

Se puede notar fácilmente que el MMPI -2 es una prueba larga y delicada ya que cualquier alteración en su aplicación pondría en juicio su validez por lo tanto es necesario resaltar, que la persona indicada (tal como refieren los autores de la revisión en México) para aplicarla, calificarla y evaluarla es el psicólogo quien tiene conocimientos de psicometría, teoría de la medida, evaluación de la personalidad y psicodiagnóstico, necesarios para comprensión y uso de la misma. Al respecto también comentan *“es esencial haber tomado al menos un curso especializado de psicopatología pues se requiere estar familiarizado con la estructura, la dinámica y las alteraciones de la personalidad”* Lucio y León (2003). Dichos conocimientos los tiene el estudiante de la licenciatura en psicología y por consecuencia el psicólogo clínico, pues forman parte del programa académico de la UNAM para el área clínica.

Continuando con la exposición de las pruebas objetivas representativas para la evaluación de la personalidad también se encuentra el Cuestionario de 16 factores de personalidad de Raymond B. Cattell, el cual según Gregory (2001) es el segundo más utilizado después del MMPI/MMPI- 2. Es una prueba que identifica los rasgos o factores profundos de la personalidad, es decir el estilo peculiar de pensamiento, percepción, tendencias o lo esencial del carácter de la persona durante un periodo relativamente largo, consta de 187 reactivos mediante los cuales evalúa 16 factores de personalidad, 8 dimensiones secundarias y tres escalas de validez. Su elaboración está basada en estudios de análisis factorial el cual parte de la premisa de que cuando existen diversas variables interrelacionadas (covariantes) es decir, que cuando sus magnitudes, crecen, disminuyen o desaparecen juntas, hay alguna razón implícita asociada, Cattell (2001). En el procedimiento se agrupan los reactivos, que tienen relación, en unidades más generales un ejemplo de esto puede ser que una persona emocionalmente expresiva también tiende a ser efusiva y participativa, en el caso de psicópatas, un rasgo común es la impulsividad, Hare (2003) en el cual, según Cattell (2001), están implícitos rasgos como la locuacidad y la despreocupación general mismos que son característicos de los asesinos seriales.

Siguiendo éste procedimiento, Cattell elaboro el cuestionario de 16 factores de la personalidad en donde enlistó definiciones del diccionario sobre la conducta humana, suprimió los sinónimos para entonces someter a prueba la correspondencia de los adjetivos con la conducta real, después aplico el análisis factorial a los resultados de los cuales obtuvo 12 factores a los cuales les asigno una letra desde la "A" hasta la "O". Sin embargo cuando se crearon las preguntas para dichos factores y se aplicaron los cuestionarios correspondientes, el autor encontró 4 factores adicionales a los que nombro Q<sub>1</sub>, Q<sub>2</sub>, Q<sub>3</sub>, Q<sub>4</sub> debido a que estos se encontraron a partir de datos subjetivos éstos factores median respuestas internas y encubiertas que no tienen una expresión obvia. Con estos resultados y algunas modificaciones mínimas se publicó la prueba en 1949.

A partir de entonces las investigaciones sobre esta prueba han continuado, en algunas el mismo autor encontró que por lo menos existen 23 factores de personalidad y por lo tanto los 16 que incluye la prueba forman solo un perfil básico. Actualmente existen cuatro formas (A, B, C y D) sin embargo, nos centraremos en la descripción de la forma "A" ya que es la única estandarizada para México. Dicha forma esta dirigida a sujetos de 16 años y mayores que sepan leer, escribir y cuyo nivel educativo sea equivalente por lo menos a secundaria, no hay limite de tiempo sin embargo se calculó que lo normal es de 45 a 60 min., es una prueba que requiere de una sola sesión y la aplicación puede ser colectiva o individual. Los materiales para la aplicación y calificación son: cuestionario, hoja de respuestas, lápiz, goma, hoja de perfil, plantillas para hoja de respuestas, manual y color rojo.

Al igual que el MMPI- 2 para la aplicación del 16 FP se requiere establecer un clima de confianza con, el o los sujetos para disminuir el nivel de ansiedad y éste no afecte los resultados, aunque es una prueba auto-administrable es necesario que el examinador reitere las instrucciones que vienen impresas en el protocolo y decir a los examinados que; es necesario responder con sinceridad ya que de lo contrario los resultados se verán alterados y eso no les es benéfico, también es

importante comentar que cuando haya indecisión se inclinen por la opción que más vaya acorde con su forma de sentir, pensar o actuar normalmente, lo mas conveniente es leer las instrucciones junto con el examinado y entonces dirigir los reactivos de ejercicio, si hubiera alguna duda se aclara en el momento. Para contestar existe una hoja especial y es conveniente que el aplicador este durante todo el proceso de respuesta por si hubiera dudas, en el caso de haberlas, el clínico tiene que resolverlas de manera neutral, es decir sin la tendencia a dar una respuesta “correcta”, al terminar de contestar se recogen las hojas y se verifica que todos los reactivos estén contestados así como completados los datos requeridos.

Después de verificar lo antes mencionada se pasa a la calificación de la prueba, la cual es muy sencilla, primero se marcan las respuestas del sujeto con el color rojo, poniendo atención en que no se haya contestado de sobra o queden reactivos sin contestar, si faltan y hay tiempo suficiente se pide la respuesta a los ítems faltantes. En seguida se hace uso de las dos plantillas de calificación haciendo que las estrellas de la hoja de respuestas coincidan en los orificios de las plantillas, se cuentan las marcas correspondientes por factor asignando la puntuación (0,1 ó 2) dependiendo del número impreso en el orificio, para el factor “B” la puntuación es de 1 ó 0. Se van sumando las puntuaciones y se anotan en el extremo derecho de cada factor, de esta manera se obtiene la puntuación bruta ésta transcribe en la hoja de perfil para entonces convertirla en puntuación estandarizada de diez unidades (estenes), dependiendo del género de cada persona y de acuerdo a las normas establecidas para la población Mexicana.

Una vez obtenidos los estenes se puede trazar el perfil, en la hoja para ello es muy fácil encontrar la puntuación promedio a partir de la cual se identifican las desviaciones. Los estenes 5 ó 6 son el promedio, los 4 ó 7 se consideran desviaciones ligeras; los 2, 3, 8 y 9 tienen una desviación significativa mientras los 1 y 10 son los extremos. Para fines de interpretación del 16 FP se toman en cuenta solo los factores con puntuaciones 1, 2, 3, (bajas) 8, 9 y 10 (altas). A

continuación se exponen los 16 factores primarios (rasgos), lo que evalúan, así como los significados de las calificaciones altas y bajas de cada factor.

**FACTOR “A” EXPRESIVIDAD EMOCIONAL:** Evalúa la orientación emocional hacia los demás, es decir, el grado en que se busca el contacto con otros el cual es el fin principal y no un medio para conseguir alguna otra cosa. Para Cattell este factor aporta muchos a la valoración ya que tiene gran influencia en la personalidad.

**Puntuación baja** –Soliloquia (sizothymia) A-. Reservado, lejano, lejano, crítico, rígido. Se mantiene en sus propias ideas, personas frías, retraídas, precisas, objetivas, desconfiados, escépticos y propensos al mal humor.

**Puntuación alta** –Sociabilidad (affectothymia) A+. Afectuoso, comunicativo, despreocupados, participativos. De buen carácter, cooperativos, atentos con las personas, bondadosos, confiados, adaptables y sonrientes.

**FACTOR “B” INTELIGENCIA:** Se dirige a medir la capacidad de discernir relaciones en términos de como se clasifican las cosas en relación a otras, y se agrupan por similitudes. Para Cattell este factor representa mucha influencia sobre la personalidad global.

**Puntuación baja** –Inteligencia baja, B-. Pensamiento concreto, incapaz de manejar, problemas abstractos, poco organizados, juicio deficiente, ánimo bajo, con tendencia a la deserción.

**Puntuación alta** –Inteligencia alta, B+. Posee elevada capacidad mental general, perspicaz, de rápido aprendizaje, pensamiento abstracto, muestra mejor capacidad de juicio y perseverante.

**FACTOR “C” FUERZA DEL YO:** El YO es una estructura de solución de problemas que media entre las necesidades y el ambiente, lo cual implica: a) reconocimiento de la tensión, b) generación de opciones, c) selección de la mejor opción, mientras se protege la seguridad y el bienestar a largo plazo, y d)

ejecución de opciones seleccionadas. Este factor evalúa la manera en que las personas se adaptan al ambiente y participan de manera activa en la solución de problemas o manejo de sus frustraciones.

**Puntuación baja** –Inestabilidad emocional o debilidad yóica C-. Afectado por sentimientos, es menos estable en cuanto a sus emociones, se molesta con facilidad y es inconstante, evade responsabilidades, tiende a darse por vencido, preocupado, entra fácilmente en pleitos y situaciones problemáticas.

**Puntuación alta** –Mayor fortaleza yóica C+. Emocionalmente estable, maduro, enfrenta la realidad, tranquilo, no permite que las necesidades emocionales oscurezcan las realidades de una situación, se adapta a los hechos, muestra compostura para evitar dificultades.

**FACTOR “E” DOMINANCIA:** Evalúa la capacidad de control que la persona ejerce sobre otros, o el que tienen éstos en ella.

**Puntuación baja** –Sumisión, E-. Obediente, plácido, influenciado, dócil, complaciente, sumiso, diplomático, conformista, expresivo, la autoridad lo domina con facilidad y es humilde.

**Puntuación alta** –Dominio o ascendencia, E+. Asertivo, un tanto agresivo, competitivo testarudo, severo, hostil, estricto, solemne, poco convencional, obstinado y demandante de admiración.

**FACTOR “F” IMPULSIVIDAD:** Mide la impetuosidad natural, detalla la seriedad con que la persona ve la vida.

**Puntuación baja** –Retraimiento o Desurgencia, F-. Mesurado, taciturno, serio, introspectivo, lleno de desasosiego, preocupado, reflexivo, poco comunicativo, se atiene a sus valores internos es lento y cauto.

**Puntuación alta** –Impetuosidad o surgencia, F+. Entusiasta, irresponsable, despreocupado, locuaz, feliz, franco, expresivo, activo y alerta.

**FACTOR “G” LEALTAD GRUPAL O FORTALEZA SUPERYÓICA:** Se refiere al acatamiento de las normas morales convencionales. Las acciones del superyó se

experimentan como conciencia y rectitud. Evalúa los ideales y principios morales a los que se adhieren la mayor parte de las personas.

**Puntuación baja** –Superyó débil, G-. Desdeña las reglas, oportunista, inconstante, inestable, frívolo, complaciente consigo mismo, haragán indolente, poco fiable, desdeña las obligaciones hacia las personas.

**Puntuación alta** –Fortaleza superyóica o carácter, G+. Escrupuloso, persistente, moralista, formal, perseverante, responsable, ordenado, y preocupado por las normas y reglas sociales.

**FACTOR “H” APTITUD SITUACIONAL:** Evalúa la reacción de la persona ante las tensiones externas, y cómo asume los riesgos. En este factor esta implícita la reactividad del sistema nervioso con base en la propensión del sujeto a un predominio simpático (threctia, hiperreacción a la amenazador lo cual se prefiere permanecer en lo seguro) o parasimpático (parmia, toman riesgos aventureros).

**Puntuación baja** –Timidez, threctia H-. Tímido, refrenado, sensible ante la amenaza, emocionalmente cuto, propenso a la amargura, limitado a las reglas, intereses restringidos, cuidadoso, considerado, rápido para percatarse de los peligros.

**Puntuación alta** –Audacia, parmia H+. Osado, audaz, gusta de conocer personas, activo, receptivo cordial, amistoso, impulsivo, intereses emocionales artísticos, despreocupado y no detecta muestras de peligro.

**FACTOR “I” EMOTIVIDAD:** Se refiere a las formas de valorar una experiencia, predominando sentimiento contra pensamiento, o viceversa. Evalúa la tendencia del sujeto a responder a los hechos, ideas y evidencias a través de sentimientos (hemisferio derecho del cerebro) o pensamiento (hemisferio izquierdo).

**Puntuación baja** –Severidad, harría I-. Realista, rechaza ilusiones, poco sentimental, confiado en si mismo, asume responsabilidades, duro al grado de llagar al cinismo, no lo impresionan las extravagancias, actúa basado en evidencias prácticas y lógicas, no medita sobre sus problemas físicos.

**Puntuación alta** –Sensibilidad emocional, premisa I+. Idealista, sensible, dependiente, sobreprotegido, busca compasión, indulgente consigo mismo, amistoso, gentil, imaginativo, actúa según sus intuiciones, busca atención, es frívolo, hipocondríaco y ansioso sobre sí mismo.

**FACTOR “L” CREDIBILIDAD:** Se relaciona con el grado en que la persona se identificaron los demás, qué tanto cree y confía en general en la gente.

**Puntuación baja** –Confianza, Alaxia L-. Confiado, acepta condiciones, maleable a los cambios, dispuesto a olvidar las dificultades, no sospecha de hostilidad, comprensivo, permisivo, tolerante, laxo al corregir a los demás.

**Puntuación alta** –Desconfianza, protensión L+. Suspica, celoso, dogmático, tiránico, demanda que las personas acepten la responsabilidad por los errores, irritable y medita demasiado sobre sus frustraciones.

**FACTOR “M” ACTITUD COGNITIVA:** Evalúa la tendencia a dar mayor intencionalidad a los datos sensoriales o a los contenidos ideales.

**Puntuación baja** –Objetividad, praxenia, M-. Práctico, tiene preocupaciones objetivas, prosaico, evita cualquier cosa improbable, confiable en juicios prácticos y se preocupa por intereses inmediatos.

**Puntuación alta** –Subjetivo, autía M+. Imaginativo, distraído, interesado en arte teoría y creencias básicas, caprichoso, se aleja con facilidad del juicio práctico, entusiasta pero con oscilaciones histéricas ocasionales de “darse por vencido”.

**FACTOR “N” SUTILEZA:** Representa la máscara social que la persona porta para cubrir lo que desea esconder, y para presentar una imagen diseñada para provocar el tipo de respuestas que desea de los demás.

**Puntuación baja** –Candidez, N-. Franco, sin pretensiones, genuino pero socialmente torpe, tiene una mente imprecisa o irreflexiva, es cálido en su participación emocional, espontáneo y natural, tiene gustos sencillos, carece de insight sobre sí mismo, poco hábil para analizar los motivos de los demás, contento con lo que venga y tiene una confianza ciega en la naturaleza humana.

**Puntuación alta** –Astucia, N+. Astuto, mundano, refinado, socialmente consciente, tiene una mente exacta y calculadora, emocionalmente desapegado y disciplinado, melindroso en estilo estético, tiene insight en sí mismo y sobre los demás, ambicioso, posiblemente inseguro, listo y le gusta “saltarse pasos”.

**FACTOR “O” CONCIENCIA:** Se refiere a los sentimientos que la persona tiene sobre sí misma en relación con su propio valor, es decir, autoestima.

**Puntuación baja** –Adecuación serena, O-. Tranquilo placido, seguro, complaciente, confiado en si mismo, alegre, flexible, oportunista, insensible a la aprobación o desaprobación de los demás, brusco en su vigorosidad, no muestra temor y tendiente a la acción simple.

**Puntuación alta** –Propensión a la culpa, O+. Aprensivo, se reprocha a sí mismo, inseguro, preocupado, perturbado, ansioso, deprimido, llora con facilidad, se conmueve con facilidad, lo abrumba su humor temperamental, fuerte sentido de obligación, sensible a la aprobación y desaprobación de las personas, escrupuloso, meticoloso, hipocondríaco e inadecuado, presenta síntomas fóbicos, solitario meditabundo.

**FACTOR “Q<sub>1</sub>” POSICIÓN SOCIAL:** Representa la orientación psicológica hacia el cambio, incluyendo actitudes familiares, sociales, políticas y religiosas.

**Puntuación baja** –Temperamento conservador, Q<sub>1</sub>-. Respetuoso de las ideas establecidas, tolerante de las dificultades tradicionales.

**Puntuación alta** –Radicalismo, Q<sub>1</sub>+. Experimentador, liberal, analítico, libre pensador.

**FACTOR “Q<sub>2</sub>” CERTEZA INDIVIDUAL:** Se refiere a la autosuficiencia y dependencia, que el sujeto tiene respecto a los demás.

**Puntuación baja** –Dependencia al grupo, Q<sub>2</sub>-. Socialmente dependiente, un adepto y segador ejemplar.

**Puntuación alta** –Autosuficiencia, Q<sub>2</sub>+. Ingenioso, prefiere sus propias decisiones y es autosuficiente.

**FACTOR “Q<sub>3</sub>” AUTOESTIMA:** Evalúa el auto-sentimiento, es decir, la capacidad de la persona para observarse a sí mismos como objeto en cuya imagen social e interna se concreta emocionalmente, llevándolo a evaluar la conducta premeditada y después de pensarla, conducirse de acuerdo a ello.

**Puntuación baja** –Baja integración del autoconcepto, Q<sub>3</sub>-. Incontrolable, laxo, sigue sus propios impulsos e indiferente a la normas sociales.

**Puntuación alta** –Alta fortaleza del autoconcepto, Q<sub>3</sub>+. Controlado, ejerce su fuerza de voluntad; socialmente preciso, compulsivo y seguidor de su auto-imagen.

**FACTOR “Q<sub>4</sub>” ESTADO DE ANSIEDAD:** Se refiere a las sensaciones desagradables que se presentan con la excitación autónoma (tensión nerviosa).

**Puntuación baja** –Baja tensión érgica, Q<sub>4</sub>-. Relajado, tranquilo indolente, sin frustraciones y sereno.

**Puntuación alta** –Alta tensión érgica, Q<sub>4</sub>+. Tenso, frustrado, con impulso excesivo, agitado e impaciente.

En toda prueba también resulta imprescindible hacer uso interpretación y calificación de las escalas de validez, en el caso del 16 FP, como ya se menciona, existen 3 para evaluar las respuestas falsa o aleatorias y solo se utilizan en la Forma A del cuestionario, es decir en la que estamos revisando en el presenta trabajo.

La primera escala de validez es la de Distorsión Motivacional (DM) o “fingimiento de la bondad” y esta dirigida a medir el grado en que la persona trata de dar una imagen buena pero falsa de si mismo, Cattell mostró que una puntuación natural de 6 o más correspondía a que, las actitudes de contestación de la prueba contenían una desviación considerable con lo cual la prueba se puede ver invalidada. Sin embargo, en un estudio realizado por Krug (1978) citado en Cattell (2001) y partiendo del supuesto en que la puntuación de corte realizada por Cattell era bastante liberal, convirtió las puntuaciones naturales a estenes, en donde el

estén 7 o más corresponde a actitudes desviadas de la norma. Las conclusiones son muy parecidas pero Krug al transformar las puntuaciones da la posibilidad de hacer correcciones porque la escala DM esta basada en los factores primarios del 16 FP.

Así entonces, para obtener la puntuación de DM y hacer la corrección correspondiente se realiza el siguiente procedimiento. Primeramente, es necesario hacer uso de los reactivos correspondientes a DM y la dirección en que se califican, estos son:

<b>REACTIVO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>REACTIVO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>
7	c	114	c
24	c	123	c
61	c	130	a
62	a	133	c
81	a	149	c
97	a	173	a
111	a	174	c
		184	a

Después, se cuenta con un punto cada alternativa respondida en la dirección descrita en el cuadro anterior y entonces se convierten las puntuaciones a estenes, usando la siguiente tabla:

NATURAL	0	1	2-3	4	5	6-7	8-9	10	11	12-15
ESTENES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Para fines de corrección, se necesita que la calificación en estén sea de 7 o mayor y entonces se agregan o quitan puntos a los factores, de la siguiente manera; 1) Si la puntuación es de 7, sume 1 punto en estén a Q<sub>4</sub> y reste 1 a C; 2) Si es de 8, sume 1 punto en estén a L, O y Q<sub>4</sub>, luego reste 1 de A, C, G, y Q<sub>3</sub>; 3) en el caso de una puntuación de 9, sume 1 punto a F, L, O y Q<sub>4</sub>; reste 1 a A, C, G, Q<sub>3</sub>; 4) cuando la puntuación es de 10, sume 2 puntos a Q<sub>4</sub>; reste 2 puntos a C. Sume 1 punto a

F, L, y O; reste un punto a A, G, H y Q<sub>3</sub>. Una vez obtenidos los nuevos valores la interpretación se realiza normalmente con las descripciones antes expuestas.

Otra escala de validez es la de Falseamiento de la Maldad (FM) y se refiere a actitudes don de la persona fije una apariencia de maldad falsa en la prueba. Al igual que la escala anterior Krug también incluyo esta escala en su estudio y transformo las puntuaciones naturales en estenes y dio opciones para la corrección del cuestionario, el procedimiento es el mismo que en la escala de (DM) solo cambian los reactivos, y las tablas de estenes, mismos que se describen a continuación.

<b>REACTIVO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>REACTIVO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>
14	a	80	a
38	a	89	c
42	c	117	a
51	b	119	a
52	c	123	a
55	c	143	a
68	c	176	c
		182	c

Se cuenta con un punto cada alternativa respondida en la dirección descrita en el cuadro anterior y entonces se convierten las puntuaciones a estenes, usando la siguiente tabla:

NATURAL	0	-	-	-	1	2-3	4	5-6	7	8-15
ESTENES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aquí también se requiere que la puntuación estén sea mayor a 7 para agregar o quitar puntos a las escalas correspondientes, de la siguiente forma: 1) Si la puntuación estén de FM es de 1, sume 1 punto en estenes a C; 2) cuando la FM corresponde a 8, sume 1 punto estén a C; reste 1 punto a O y Q<sub>4</sub>; 3) si la puntuación de FM es de 9, sume 1 a C, H, I y Q<sub>3</sub>; reste 1 punto a L, O y Q<sub>4</sub>; 4) Si la calificación en FM es de 10, sume 2 a C, sume 1 punto a A, H, I y Q<sub>3</sub>; reste 1

punto a L, O y Q<sub>4</sub>. De la misma forma que en DM, ya obtenidos los valores corregidos se para a la interpretación correspondientes.

La escala aleatoria se construyo en búsqueda de respuestas poco frecuentes (O'Dell, 1971 citado de R.B. Cattell 2001) así la idea era que la persona que contestará de manera aleatoria tendría mayor probabilidad de tener calificaciones en cada una de estas respuestas que una persona que respondiera de manera sincera, la puntuación de corte es de 5 o más. En este caso Krug no utilizo la escala en su estudio, otros estudios, aun no publicados, muestran que la calificación de corte se sostiene bien, sin embargo no han llegado a crear correcciones por lo que la interpretación se limita a invalidar la prueba. Esta escala es más complicada para su calificación ya que, con el fin de hacerla más fiel se necesito contar las alternativas contestadas y las que no se contestaron en las direcciones indicadas en la siguiente tabla.

#### **Reactivos que cuentan si se contestan en la dirección indicada**

<b>Reactivo</b>	<b>Dirección</b>	<b>Reactivo</b>	<b>Dirección</b>
4	c	78	a
12	b	80	a
20	b	87	b
23	b	91	b
38	a	93	a
51	b	102	a
52	b	109	b
54	a	118	a
66	b	119	a
73	c	121	a
77	a	127	b
		143	a

**Reactivos que cuentan si no se responden en la dirección indicada**

<b>Reactivo</b>	<b>Dirección</b>
1	a
2	a
28	b
29	a
53	b
112	a
116	c
128	b

En cuanto a la puntuación estén, la correspondencia es la siguiente

NATURAL	0	-	1	2	3	4	5	6-7	8-9	10-13
ESTENES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A pesar de no haber correcciones para esta escala, su utilidad es importante sobretodo con individuos que de motivaciones limitadas al contestar, pues de lo contrario se llegaría a interpretaciones incorrectas.

Como se mencionó existen 8 dimensiones de segundo orden mediante las que también podemos hacer interpretaciones, se tratan de correlaciones entre los 16 factores primarios para formar otros más generales por ejemplo, debilidad yóica C, tensión érgica, Q<sub>4</sub>, propensión a la culpa, O, etc., son expresiones de ansiedad, factor Q<sub>II</sub> (**ajuste versus ansiedad**), en este caso también es importante conocer el nivel de ansiedad manifiesta además de la fortaleza yóica, el nivel de frustración y otros. Para obtener estas dimensiones primero se deben obtener las calificaciones de los factores primarios y entonces obtener los de segundo estrato, existen dos formas de obtener las correlaciones de los 16 factores de primer orden, a partir de enfoques experimentales; 1) método de correlación de escalas en el que se correlacionan las puntuaciones escalares en sí como se obtienen del 16FP y se factoriza la matriz; 2) mediante en método de correlación de factor puro, en donde se hacen intercorrelaciones de muchos reactivos pero en conjuntos pequeños homogéneos y después se factorizan normalmente.

Tomando en consideración, que estos 8 factores secundarios son generalidades obtenidas a partir de los primarios, para fines de la presente

investigación solo se nombraran los factores sin hacer un análisis exhaustivo ya que pretendemos detallar los rasgos de personalidad y no sintetizarlos.

Factor Q<sub>I</sub>, extroversión: Se le denomina técnicamente como invidia versus envidia y en jerga común se identifican como introversión –extroversión.

Factor Q<sub>II</sub>, ansiedad: ajuste versus ansiedad

Factor Q<sub>III</sub>, actitud firme: Técnicamente pathemia versus corticia y el lenguaje común emocionalidad –actitud firme.

Factor Q<sub>IV</sub>, independencia: sometimiento versus independencia.

Factor Q<sub>V</sub>, control del superyó: bajo control versus alto control.

Factor Q<sub>VI</sub>, adaptación: Neuroticismo versus adaptación.

Factor Q<sub>VII</sub>, liderazgo: para éste no hay un nombre específico según su puntuación, se califica como Alto versus bajo, al igual que el siguiente.

Factor Q<sub>VIII</sub>, creatividad: baja versus alta.

Así tanto el 16 FP como el MMPI -2 forman parte de las pruebas denominadas objetivas por su forma de construcción y aplicación, son más rígidas, constan de presuntas cerradas con cierto número de opciones para contestar, en ambas se necesita de tablas para normalización, lo cual nos permite hacer una comparación del individuo con respecto a la población. Sin embargo no son las únicas, como ya se había comentado, para la valoración de la personalidad también se encuentran las proyectivas que son menos rígidas y permiten la libre expresión del individuo a la hora de contestar, una de más usadas y reconocidas en el gremio psicológico es el Psicodiagnóstico de Rorschach su creador Herman Rorschach quien elaboró la prueba a inicios del siglo XX; formando manchas al derramar tinta sobre hojas de papel y doblándolas por la mitad así el resultado era un diseño bilateral y parcialmente simétrico, con este procedimiento realizo 10 manchas de tinta cinco de ellas son a blanco y negro con sombreados en gris y las otras cinco a color. Originalmente la prueba puede aplicarse a personas de cinco años en adelante sin embargo se usa mas para la valoración de adultos.

La aplicación consta de dos fases la primera es de asociación libre en la cual el psicólogo presenta la mancha y dice al examinado (aclarando que no existen respuestas correctas) *“dígame lo que ve o lo que podría ser para usted”*, se anotan las respuestas del sujeto tal como las vaya diciendo y así

sucesivamente con cada una de las láminas, algunos clínicos registran el tiempo de reacción al dar la respuesta así como el tiempo total de la misma con el fin de valorar las resistencias del individuo o incluso su ansiedad. La posición en la que la persona toma la lámina es importante y se debe anotar así como las afirmaciones o comentarios espontáneos. En la segunda fase viene el interrogatorio, en donde se recuerda al sujeto cada una de sus respuestas, se le pregunta por el o lo que le motivo a dar la respuesta así como la localización exacta de las respuestas, esta fase es muy importante porque nos ayuda en la calificación y al examinado le ayuda para aclarar sus respuestas. Rorschach (2000)

Después de obtener los datos en la encuesta, el examinador se da a la tarea de codificar las respuestas para la posterior calificación del psicodiagnóstico. Gregory (2001) resume los principales criterios de calificación del Rorschach se la siguiente manera:

**Localización:** Se refiere a la parte de la mancha en donde se localizo el percepto puede ser de cuatro diferentes formas dependiendo de la parte de la mancha que se utilizo para ver el precepto; 1) **W** completa, toda la mancha; 2) **D** detalle común, una parte bien definida; 3) **Dd** detalle inusual, una parte poco común; 4) **S** espacio, el percepto se definió por un espacio en blanco.

**Determinante:** representa las características de la mancha que determinaron la respuesta, de las cuales hay seis vertientes; 1) **F** forma, aspecto o perfil utilizado; 2) **F+** forma+, excelente equiparación entre percepto y mancha; 3) **F-** forma -, muy deficiente entre cotejo entre percepto y mancha; 4) **M** movimiento, se refiere a que la persona refiere movimiento en el estímulo y de ahí parte a dar su respuesta; 5) **C** color, se califica cuando el color de la mancha o en alguna parte de ésta, ayudo a concluir la contestación; 6) **T** textura, cuando se incluye el sombreado para dar respuesta.

**Contenido:** Se refiere a qué tipo de figura es el estímulo percibido por el sujeto, las cuales son de diferentes clases; 1) **H** humano, percepto de forma humana completa; 2) **Hd** detalle humano, forma humana incompleta; 3) **Ex**

explosión, cuando la persona lo refiere como tal; 4) Xy rayos x, la persona refiere una radiografía de cualquier parte humana; 5) An anatomía, se percibe alguna parte del cuerpo humano; 6) Cg vestimenta, cuando se percibe como ropa.

**Popular contra original:** existen dos clasificaciones 1) **P** populares, cuando son respuestas dadas por muchas personas y 2) **O** originales, se refiere a contestaciones raras o creativas que pocas personas dan.

Una vez obtenida esta información se calculan las calificaciones de resumen se forman las hipótesis de personalidad, esto se obtiene sacando los porcentajes de respuestas e interpretando el significado por ejemplo, el porcentaje de F+ es la proporción del total de respuestas que utilizan la forma pura como determinante, existe bibliografía basta respecto al significado de tal índice pero parece se hipotetiza normalmente cuando el porcentaje de F+ cae por debajo del 70 %, entonces el examinado debería considerar la existencia de una patología, organicidad o déficit intelectual fuertes en la persona Exner (1993) citado en Gregory (2001).

Cabe mencionar que esta prueba requiere de gran entrenamiento así como supervisión experta para su adecuada interpretación, debido a la muerte de Rorschach el estudio quedo inconcluso y los seguidores se encargaron de terminar el sistema de calificación, cada uno con sus propios métodos, realizaron enfoques diferentes e incluso superpuestos pero independientes por lo tanto la calificación varia de uno a otro. Sin embargo Exner y colaboradores sintetizaron dichos enfoques dentro de un sistema que esta fundamentado en la investigación empírica y ha reemplazado a las otras perspectivas, es por ello que en la presenta investigación solo se hace una descripción básica del Rorschach centrada en los ejemplos de investigación de Exner. Pero podemos ultimar que el Rorschach se ha utilizado con frecuencia para diagnósticos psiquiátricos, estimación de pronósticos de psicoterapia, obtención del índice de procesos primarios de pensamiento así como para predecir el suicidio y formular estructuras complejas de personalidad.

Otra prueba que también se encuentra catalogada dentro de las técnicas proyectivas es el Test de Apercepción Temática (TAT) el cual fue publicado por Morgan y Murray en 1935 con el fin de evidenciar características básicas de la personalidad a través de la interpretación que hace la persona de imágenes de personas en situaciones ambiguas, a pesar de ser una prueba elaborada para revelar conflictos centrales, actitudes y asuntos reprimidos, también muestra las influencias situacionales, estereotipos culturales e información superflua. Inicialmente el autor Murray la construyó para evaluar necesidades y presiones así como elementos propios de su teoría, en la cual plantea que las necesidades se organizan en la percepción, pensamiento y acción y dan energía en dirección de su satisfacción Gregory (2001).

Dentro de las necesidades encontramos las de logro, afiliación y dominio y dentro de las presiones se pueden encontrar lo referente al poder que ejercen los acontecimientos ambientales en los seres humanos, es decir la forma en que la persona interactúa con su medio ambiente, a estas se les denomina presiones alfa u objetivas, las beta o subjetivas se refieren a las percepciones de las primeras. Se utiliza para inferir el contenido de la personalidad y el modo de interacción social así como para revelar el núcleo de los problemas, la naturaleza de las necesidades o la calidad de las relaciones interpersonales.

La prueba consiste en 31 laminas que representan situaciones variadas, cuestiones y temas a través de fotografías en blanco y negro algunas contienen objetos, la mayoría tiene personas en situaciones ambiguas donde a pesar de ser claras no siempre es claro su género, quienes son y que están haciendo o que piensan, lo cual ayuda a que la persona pueda crear una historia y así dejar fluir su imaginación con ello contribuir a la asociación libre. Algunas ilustraciones se usan específicamente para hombres adultos (H), mujeres adultas (M), niños (V) y niñas (N) o bien con combinaciones p.ej., (VH). Murray indicó que para la aplicación se necesitan seleccionar 20 laminas para cada persona en particular y entonces se le indica que invente una historia de cada imagen, incluyendo quiénes son las personas, que están haciendo, pensando o sintiendo, así como las razones que condijeron a la escena y cómo terminara

ésta, dicha información el clínico la anotara “al pie de la letra” para la posterior calificación. Phares (1999) y Gregory (2001).

Desde la aparición de la prueba, clínicos como (Tomkins 1947; Eron 1950; Shneidma 1951 y Dana 1959;. citados en Gregory 2001) empezaron a desarrollar sistemas para la calificación del TAT, sin embargo no existe un método preferido tanto para aplicación como para interpretación, la variación en cuanto a dichos métodos es extensa y continuamente cada clínico tiene un forma peculiar para hacerlo, por lo tanto el TAT carece de procedimientos estandarizados y en realidad algunos la consideran como un método para recabar información más que como una prueba. En síntesis se puede decir que su calificación se basa en un análisis clínico – cualitativo de las producciones, en donde el paciente proyecta sus necesidades, esfuerzos y sentimientos en el personaje central lo cual según Murray (1938) citado en Gregory (2001) representa conflictos en la persona.

La interpretación del TAT se basa en estrategias carentes de confiabilidad y validez, sin embargo es una técnica usada para la recolección de información del examinado, misma que puede corroborarse con datos de pruebas y técnicas más confiables para hacer el diagnóstico o informe correspondiente. De dicho tema nos encargamos a continuación.

### **3.3 Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento e Informe.**

Lo que se había dicho en el apartado de Funciones del Psicólogo respecto al diagnóstico es, que éste forma parte del proceso de evaluación, en algunos casos es el objetivo. Sin embargo no se ha ahondado en sus características y siendo un elemento central para pronosticar, tratar e informar, se empezara el presente apartado con la descripción del mismo.

Primeramente como revisamos en la historia clínica, hay un apartado de Motivo de Consulta el cual puede venir de diferentes fuentes como; el propio paciente, la escuela, el medico, los padres, el departamento de recursos humanos de una empresa, el juez, alguna institución o persona con autoridad legal, etc. El

cual nos indica la razón principal por la que se está solicitando la intervención del psicólogo clínico desde cualquiera de sus funciones, en este caso específico de la evaluación, que como dijimos es la principal tanto para investigar como para intervenir terapéuticamente. Así el motivo de consulta es nuestra referencia para partir a una evaluación, es la pregunta que habremos de contestar a través de la evaluación, en el diagnóstico.

Entonces el diagnóstico es la respuesta a aquella pregunta y es la fase final del proceso de evaluación ya que una vez recopilada la información a través de las múltiples técnicas, que revisamos, ésta necesita sintetizarse de manera que nos de datos específicos de la persona para poder pronosticar, tratar e informar. Las formas de hacerlo pueden variar dependiendo de cada clínico, sin embargo la forma más común trata de reunir los aspectos sobresalientes de la personalidad del individuo que se ha evaluado, organizándola de forma clara donde se resalten las características estables dentro de la personalidad.

Así entonces necesitamos, primeramente, organizar la información obtenida, Phares (1999) propone que se sintetice en áreas o niveles, el primer nivel es el cognitivo en donde se incluyen los datos relacionados con el nivel y funcionamiento, tanto intelectual como cognitivo p. j. memoria, tipo de pensamiento, coeficiente intelectual, percepción, atención, concentración etc. Se pone especial atención en el grado de alteración en comparación con el nivel premórbido así como en las probables causas de la alteración, también se refiere la existencia de trastorno del pensamiento, deficiencia mental u organicidad.

El área de estado de afectivo y ánimo, contiene los aspectos relacionados con las emociones, sensaciones, sentimientos e impulsos, la demanda y expresión de estos, para llegar al tono emocional, el cual se refiere a la congruencia entre el afecto y la expresión del mismo p. j. el que una persona llore cuando esta hablando de la muerte de un ser querido, datos como estos nos llevan a informar sobre el estado afectivo p. j. afecto aplanado, frío, pueril, labil o incongruente. Se pone atención tanto en los afectos hacia si mismo (autoestima) como hacia los demás (interacción social). El grado en que estos

afectos se encuentren alterados en base a niveles; leve, moderado o grave comparados con los premórbidos, nos llevan a ver la presencia o ausencia de trastorno, su naturaleza así como la forma en que la persona puede modularlos o controlarlos con sus propios recursos.

El área interpersonal – intrapersonal se trata de conocer los principales conflictos que tiene la persona consigo mismo y con la gente que lo rodea, como pueden ser; la falta de aceptación de su persona o de algún aspecto de su vida, la forma en la que se desenvuelve, la importancia que da a estos asuntos y sus estrategias tanto internas como externas para enfrentar dichas problemáticas.

Otra forma de organizar la información obtenida, es la propuesta por la American Psychiatric Association en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales que se refiere al diagnóstico multiaxial el cual implica la distribución de datos en cinco ejes cada uno concerniente a un área distinta lo que facilita una evaluación sistemática y amplia ya que proporciona una visión biopsicosocial del individuo pues se incluyen trastornos mentales, enfermedades medicas, problemas psicosociales, ambientales y del nivel de actividad.

El eje I de dicha estructuración, corresponde a los trastornos clínico y los problemas que pueden ser motivo de atención clínica en donde se incluyen los trastornos del inicio de la infancia, la niñez, o la adolescencia a excepción del retraso mental que se incluye en el eje II. Otros trastornos incluidos en este apartado son: delirium, demencia, trastornos amnésicos, cognitivos, los debidos a enfermedades médicas, los relacionados con sustancias, los del estado de ánimo, de ansiedad, somatomorfos, facticios, disociativos, sexuales y de la identidad sexual, de la conducta alimentaria, del sueño, del control de impulsos, adaptativos y la esquizofrenia entre otros trastornos psicóticos.

El eje II se encarga de enumerar los trastornos de la personalidad y el retraso mental, se utiliza también para dar cuenta de los mecanismos de defensa así como de las características des-adaptativas de la personalidad, al contemplar los trastornos de la personalidad y el retraso mental en un eje separado se

asegura que sean tomados en cuenta con mayor atención ya que pueden pasar desapercibidos cuando se presta atención a los contenidos en el eje I los cuales son más comunes. Así en el eje II podemos encontrar trastornos como: paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, de evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo.

En el eje III se encuentran las enfermedades medicas, se incluyen las enfermedades actuales del individuo ya que pueden estar directamente relacionadas con los padecimientos mentales actuales del sujeto y no porque no tengan relación mas bien atiende a que la evaluación sea más específica siguiendo su modelo biopsicosocial y para mejorar la comunicación entre profesionales. Aquí podemos encontrar enfermedades tales como: infecciosas, parasitarias, neoplasias, endocrinas, nutricionales, metabólicas; del sistema nerviosos, circulatorio, respiratorio, digestivo, músculo-esquelético; de iodo, ojo, piel y tejido subcutáneo así como, malformaciones, deformaciones, y anomalías congénitas, etc. Si bien el psicólogo no puede diagnosticar enfermedades lo cierto es que la información de este eje es importante para mejorar la calidad de la evaluación en cuanto a la correlación entre estas y la situación psicológica actual de la personas o bien para tener mayores bases y alternativas al momento de dar un tratamiento.

En el eje IV registra aquellas problemáticas tanto psicosociales como ambientales entendiendo estas como acontecimientos vitales negativos por ejemplo, una dificultad o deficiencia ambiental, estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales y otros problemas relacionados con el contexto. En cuanto a los estresantes positivos debe tomarse en cuenta la forma en que apesar de ser "benéfico" puede representar una desadaptación en la persona como lo es el cambio de residencia o la promoción a un puesto nuevo además de atender a que en muchas ocasiones estos forman parte de inicio o exacerbación de una patología, lo cual al igual que en eje III nos ayuda en la elección del tratamiento. Aquí se incluyen problemas como; relativos al grupo de apoyo, al ambiente social, a la enseñanza, los laborales, de vivienda, económicos,

relacionados a servicios de asistencia sanitaria, o la interacción con el sistema legal o con el crimen.

Ahora bien el eje V se encarga de evaluar el nivel general de actividad, información de gran ayuda para el tratamiento y su impacto, así como para predecir la evaluación. Se realiza a través de un registro de la actividad general por medio de la escala de evaluación de la actividad global (EEGA), se efectúa en relación a la actividad psicosocial, social y laboral ya que las instrucciones especifican, que no debe incluirse alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales así también deben describirse en cuanto a la actividad actual del individuo, al hacerlo de este modo se refleja necesidad de tratamiento o intervención.

Una vez teniendo la información necesaria, el clínico valora el grado de actividad de acuerdo a la escala EEAG que va del 1 a l 100, dependiendo del grado las actividades de la persona, dicha escala se divide en los siguientes intervalos:

**1-10:** Peligro persistente de lesionar a otros o a si mismo, o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativas manifiestas de muerte.

**11- 20:** algún peligro de causar lesiones a otros o a si mismos, ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima o alteraciones de la comunicación

**21- 30:** La conducta esta considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones; o existe aliteración grave de la comunicación y el juicio; incapacidad para funcionar en casi todas las áreas.

**31- 40:** Alteración de la verificación de la realidad o la comunicación; alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento, o el estado de animo.

**41- 50:** Síntomas graves o cualquier alteración fuerte de la actividad social, laboral o escolar.

**51-60:** Síntomas moderados o dificultades moderadas de la actividad social, laborar o escolar.

**61- 70:** Algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad escolar, laboral o social.

**71-80:** si existen síntomas, son transitorios, y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales.

**81- 90:** Síntomas ausentes o mínimos buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho con su vida, sin más preocupaciones o problemas de los cotidianos.

**91- 100:** Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

Así entonces, esta es otra forma de organizar la información obtenida, a través de las técnicas revisadas, y también de llegar a un diagnóstico mediante los cinco ejes. Sin embargo no es la única función del DSM- IV ya que otro de sus fines es la clasificación, misma que resulta práctica ya que al momento de referir un trastorno queda implícita la sintomatología del cuadro clínico y basta con mencionar el trastorno, claro no en todos los casos, pues a pesar de la existencia y practicidad del DSM- IV algunos casos no cumplen con los criterios y es en esos en los que se pone en uso el juicio del clínico para diagnosticar.

Entonces tenemos que otra forma de llegar a un diagnóstico es a través del juicio clínico el cual por definición se refiere a:

*“el procedimiento mediante el cual se llega, a partir de los datos recopilados, a una formulación sintética que permite deducir conclusiones dirigidas hacia la planificación de medidas de acción (orientar, seleccionar o poner un tratamiento). Es de suma importancia esta etapa para tomar decisiones con respecto al motivo de consulta”. Silva (1988) citado en Buela –Casal y Sierra (1997).*

Al hablar del juicio clínico inevitablemente se necesita hablar de interpretación pues una vez almacenada y organizada la información debemos tener en cuenta ¿qué significa? ¿Qué decisiones se pueden tomar con esta? ¿A donde nos lleva? Ya que no es simplemente un cúmulo de datos sin sentido, es información recopilada sobre una persona que esta buscando algo. El proceso,

entonces es inferencial donde se revisa la historia evolutiva de los síntomas para ver los rasgos de personalidad constantes que estén influyendo en la manera de pensar, sentir o actuar de la persona, se resaltan los más sobresalientes e interpretan para poder hacer una formulación de la personalidad o generación de hipótesis a contrastar con el tratamiento y con esto llegamos a un diagnóstico clínico evolutivo.

Esto nos lleva a predecir el comportamiento de determinada persona p.j. *si a lo largo de la investigación observamos que la persona presenta síntomas depresivos constantes como; tristeza, sensaciones de vacío, sentimientos de culpa o desesperanza, falta de energía, disminución de sus actividades o del placer al realizarlas así como bajas en la atención y concentración etc., podemos concluir que la persona tendrá dificultades en el trabajo, podrá generar pensamientos suicidas y ponerse en riesgo.(cursivas mías)* También podemos inferir las posibles causas de la sintomatología y con ello pronosticar su desempeño tanto físico como psíquico y social, con base en esto delimitar la mejores alternativas de tratamiento mismo que dependerá de cada psicólogo y su orientación teórica en la cual no ahondaremos ya que rebasa los límites de la presente investigación puesto que no pretende hacer una diferenciación de las diferentes posturas teóricas sino describir el proceso de evaluación clínica general.

Con esto se concluye el proceso de dar respuesta a la pregunta de referencia o motivo de consulta sin embargo esta dirigida a alguien, es decir a quien la solicita, que dependiendo del caso puede ser; una empresa, una institución educativa, padres o familiares, el propio paciente, un juez o alguien con autoridad legal etc., y es por esto que requerimos entonces de un formato para comunicar de manera clara la información que esta dando contestación a la interrogante, lo que necesitamos es un informe psicológico en donde se redacta la síntesis de datos. Los formatos pueden variar, no hay una forma estandarizada de entregarlo sin embargo según Phares (1999) los requisitos mínimos que debe de cumplir son:

1. Datos de identificación

- a. Nombre
  - b. Género
  - c. Edad
  - d. Origen étnico
  - e. Fecha de inicio de la valoración
  - f. Persona quien refiere
2. Pregunta de referencia
  3. Procedimiento de evaluación
  4. Antecedentes
    - a. Información aclaratoria del motivo de consulta
  5. Resumen de Impresiones
    - a. Nivel cognitivo
    - b. Nivel afectivo y del estado de ánimo
    - c. Nivel interpersonal e intrapersonal
  6. Impresiones diagnósticas
    - a. Serie de hipótesis con respecto al funcionamiento de la persona
    - b. Diagnóstico más probable
  7. Recomendaciones
    - a. Evaluación del riesgo, pronóstico
    - b. Duración, modalidad frecuencia y tipo de tratamiento

Así dicho esquema es de gran utilidad para comunicar los resultados de la evaluación, debido a que es un documento comunicativo que no siempre va dirigido a un profesional de la salud mental, es necesario que la información en el contenida sea entendible por cualquier otro especialista o persona, por esto, el psicólogo debe tener cuidado en el usos de lenguaje técnico. Dado que es un texto individualizado, se requiere de detallar ya que no basta con decir que una persona es ansiosa sino que seria más valioso decir el porqué de esa ansiedad y en que situaciones puede empeorar.

A lo largo del presente capítulo se ha descrito el proceso de evaluación en psicología clínica las diferentes técnicas para recoger información así como el procedimiento para llegar a un diagnóstico, a continuación se hace la presentación del caso clínico del alcalde de Wino Park.

### **3.4 Caso Clínico: El "Alcalde" De Wino Park <sup>5</sup>**

#### **Datos De Identificación**

John F. ("Rojo") Kimball es un sujeto de 54 años de edad, divorciado, desempleado, que subsiste en la actualidad con los beneficios del seguro de incapacidad de la seguridad social (SSDI, del inglés Social Security Disability Insurance), y que vive en las calles o en Wino Park, terreno urbano de albergue protegido en San Francisco. El gerente nocturno del hotel Billings de la calle Pino recibe y retiene el cheque mensual del paciente. Este prefiere que se le conozca como "alcalde" y que se haga referencia a el con este nombre.

#### **Informante**

El paciente es un mal narrador. Durante toda su estancia en el hospital sus respuestas a las preguntas se han caracterizado por inconsistencias, vacíos y confabulación. Su capacidad para brindar antecedentes de utilidad ha mejorado conforme aumenta su nivel de atención gracias al tratamiento, pero su historia del padecimiento actual sigue alterada por déficit de la memoria a corto plazo. Para complementar la historia se obtuvieron los expedientes médicos de las hospitalizaciones previas, los expedientes clínicos del individuo como paciente externo y los expedientes escolares y militares. No pudieron obtenerse antecedentes del trabajo, ni fue posible localizar a ningún miembro de su familia para verificar todos los demás antecedentes. Durante un ingreso previo, la revisión de toda su vida corroboró muchos de los antecedentes de la vida del paciente como se presenta en este caso de estudio.

#### **Motivo De Consulta O Molestia Principal**

"Cerraron Wino Park y estoy amarillo, tengo temblores y alguien está tratando de envenenarme"

#### **Antecedentes Del Padecimiento Actual**

Mientras vivía por temporadas en Wino Park durante los últimos 5 años, el "alcalde" había disfrutado de buena salud salvo por las pocas crisis de depresión que experimentó y se trataron con antidepresivos tricíclicos y

---

<sup>5</sup> Tomado textualmente de; Howard H. Goldman, MD, MPH, PhD Y David Anderson, MD. (2001)

terapia de apoyo. Durante el siguiente año se nombro así mismo “alcalde” de todos los alcohólicos, los desempleados y enfermos mentales que dormían en el parque. Se consideraba como su portavoz y durante los últimos tres meses, después de anunciarse el cierre del parque, se sintió bajo presión constante para “salvar” su refugio. Empezó a ofrecer “nuevas conferencias” improvisadas a quien quisiera escucharlas en los cruces del centro de la ciudad durante las horas de congestión o delante de grupos de turistas que esperaban el tranvía.

Empezó también a beber profusamente, varios litros de vino al día. Aproximadamente 10 semanas antes del ingreso actual el “alcalde” fue arrestado por amenazar a un oficial que intento llevarlo en custodia cuando lo encontró borracho, vagando por las calles. Se le dejo libre a la mañana siguiente, pero el sargento de guardia pensó que parecía deprimido y quizá requería valoración medica, por lo que lo envió al hospital en una ambulancia de la policía. Acepto que había estado de un humor negro durante las dos últimas semanas, que no tenía apetito, y que había estado perdiendo peso y despertando por la noche sin poder volver a dormir.

Se hallaba manifiestamente agitado y decía que no podía concentrarse y que pensaba mucho en la muerte cuando no estaba buscando una solución mágica para la “crisis” de vino park, como la veía él. Su preocupación por la muerte y las amenazas veladas de suicidio (“quizá terminare así”) hicieron que se le trasladara a una clínica de pacientes psiquiátricos internados para observación y detención protectora. Firmo su alta voluntaria después de 72 horas proclamando: “No tengo ningún problema”. Su diagnostico de alta fue depresión unipolar recurrente. Rechazo quedarse en el hospital para una prueba terapéutica con medicación antidepresora. No podía comprometersele porque negaba las intenciones suicidas y no había desarrollado delirium tremens. También rechazo su transferencia a una clínica para pacientes externos.

El “alcalde” siguió deprimido y bebiendo “para matar el dolor de volverme loco!” y de tener los temblores” No ocurrió ningún cambio manifiesto en su estado hasta dos semanas antes de su ingreso actual momento en el que se

volvió icterico y más agitado, confuso y paranoide .Temía que alguien lo hubiera contaminado el vino con alguna clase de veneno o “colorante amarillo numero 9”, y estaba organizando a la gente para que fuera a la vinatería a derribar las botellas de los anaqueles. En ese momento dormía solo unas cuantas horas por la noche. Se volvió extremadamente irritable (eufórico por un momento e irritado al siguiente) y se incremento su ideación maquinadora, grandiosa y paranoide. Su lenguaje era presionado, tangencial y a veces casi incomprensible .Sus “conferencias para agitar a la gente” en los cruceros del centro de la ciudad se volvieron violentas y se llamo a la policía en varias ocasiones, pero no se efectuaron las detenciones ni se le puso en contacto con el sistema de asistencia de la salud hasta el día del ingreso.

Ese día se cerró wino park y todos los varones y mujeres sin hogar fueron expulsados o reubicados “el alcalde se rehusó a retirarse”. La policía le dijo que tendría que detenerlo si no salía, y el paciente se agito y corrió por todos sitios furioso y gritando. Se intensificaron todos lo pensamientos, el afecto y la conducta patológicos de las dos semanas previas. Amenazo a gritos que mataría a cualquiera que lo tocara y que a continuación se mataría el. Cuando parecía cercano al colapso por agotamiento, la policía lo sujeto, le ato las manos llamo a una ambulancia y lo condujo al hospital nuevamente.

### **Antecedentes Médicos Y Psiquiátricos**

Los expedientes del paciente señalaban que era producto del parto difícil, de un embarazo de 35 semanas complicado por hemorragia materna anormal secundaria a pequeños tumores uterinos múltiples fibroides. La madre del individuo se sometió a histerectomía después del parto y se separo de su hijo durante cuatro semanas: fue incapaz de amamantarlo, y a continuación estuvo deprimida durante cuatro meses.

Durante la infancia, el paciente padeció sarampión, parotiditis y varicela, pero ninguna otra enfermedad contagiosa salvo algún resfriado ocasional. Su padre alcohólico le fracturo una clavícula a los ocho años de edad. Se sometió a apendicetomía a los 13 años de edad, poco después de la muerte de su madre (el apéndice era normal según el informe de anatomía patológica).

A la edad de 20 años, el enfermo recibió baja medica de las fuerzas armadas por un “trastorno del carácter”, y se señaló que era alcohólico y bebedor profuso ocasional. Entre los 20 y los 35 años de edad trabajó, estuvo casado y disfruto de salud excelente. Se divorció a los 35 años y su alcoholismo incrementó (véanse antecedentes sociales para los detalles) Durante los siguientes 5 a 10 años su historia de trabajo se vio interrumpida por diversos ingresos en centros de tratamiento de alcoholismo, grupos de orientación para pacientes alcohólicos externos y periodos de tratamiento psiquiátrico ambulatorio para la depresión. En una ocasión, mientras se encontraba deprimido, fue tratado con hormona tiroidea y se volvió agudamente psicótico y agitado, por lo que se pensó que experimentaba un trastorno afectivo bipolar.

A los 45 años, el sujeto se deprimió en gran medida que se volvió suicida. Se le envió a un hospital mental estatal porque se habría rehusado al tratamiento en la unidad psiquiátrica de voluntarios de un hospital general. A su ingreso estaba intensamente sedado con antipsicóticos a causa de la agitación y las alucinaciones auditivas que sufría, que consistían en voces que le ordenaban matarse. Por el peligro inminente de suicidio se sometió a un ciclo de 12 sesiones electroconvulsivas que mejoraron de manera impresionante su estado mental, en especial su agitación e ideación suicida. Se mantuvo deprimido en cierto grado y permaneció en el hospital durante tres meses. La prueba con antidepresivos tricíclicos y psicoterapia de apoyo tuvo éxito para reducir más aun sus síntomas, y se le dio de alta con prescripción de 200 mg diarios de amitriptilina a la hora de dormir. Se fue a vivir a una habitación sencilla de hotel en “el distrito Tenderloin”, en San Francisco. Se le trato como paciente externo durante varios años en una clínica administrada por el condado, pero no se controló su ingestión alcohólica y el sujeto interrumpió la medicación. Reingreso varias veces a otros hospitales. Como se señaló, su única fuente de ingresos era el SSDI. El gerente nocturno del hotel funciona como su representante legal.

El paciente se desorganizó tanto desde el punto de vista mental y se volvió tan paranoide e incontrolable, que no podía seguir ya en el hotel. Se le aceptó

en una casa de asistencia para varones alcohólicos, pero no quería sujetarse a las restricciones. No podía internarse en un hospital porque no era peligroso para sí mismo o para otros, de modo que se inició así su vida por las calles y en Wino Park durante los cinco años anteriores al ingreso. El "alcalde" no tiene antecedentes comprobados de trastornos endocrinos, como enfermedad tiroidea o síndrome de Cushing. No presenta antecedentes de hepatopatías agudas, gastritis u otros trastornos gastrointestinales, aunque sus concentraciones de enzimas hepáticas han estado elevadas. No existe algún antecedente de ictericia antes de esta enfermedad. Nunca experimentó delirium tremens o trastornos convulsivos y no tiene alergias conocidas.

### **Antecedentes**

**Familiares;** El paciente es el único hijo de Francis Kimball y Jean Marie Thibodeau Kimball. Francis Kimball murió a los 55 años de edad, cuando el "Alcalde" tenía 35; a causa de las lesiones que sufrió en un accidente en el hospital mental estatal del que fue paciente durante cinco años. El señor Kimball se había apartado sin dejar el hospital, se había emborrachado y empezó a pelear con otros enfermos; se le empujó sobre una pared cayó tres metros y se golpeó la cabeza. Había estado hospitalizado por trastorno afectivo bipolar (enfermedad maniaco-depresiva) y alcoholismo. No tenía otros trastornos. Jean Marie Kimball murió a los 32 años de edad por cáncer mamario. No tuvo otras enfermedades salvo depresión posparto y fibromiomas uterinos. Todos los abuelos murieron antes de cumplir los 50 años de edad; uno a causa de suicidio, otro por cardiopatía uno más por influenza y otro por tuberculosis.

**Sociales;** Cuando niño, John F. Kimball vivió con sus padres, aunque sus extendidas ausencias ocasionales del hogar (a causa de las enfermedades de los progenitores y del alcoholismo del padre) requirieron cuidado informal de albergue por parte de los vecinos, tías y tíos hasta por tres meses. Asistió a la escuela parroquial durante seis años y a continuación, terminó la educación secundaria y efectuó su educación preparatoria en la escuela pública de San Francisco. Su rendimiento no presentó ningún problema; se desempeñó bien con algunos temas y algunos profesores, y mal con otros. Era bueno en arte

dramático, deportes y oratoria tenía muchos amigos, cuando era estudiante de segundo año, se eligió tesorero de la clase. Cuando cursaba el último año se deprimió, mostró un rendimiento bajo y abandonó la escuela antes de la graduación.

Ingreso a las Fuerzas Armadas y permaneció en ella durante tres años. Paso mucho tiempo en el calabozo por insubordinación, alcoholismo y ausencia sin permiso oficial. Nunca se le promovió más allá del puesto de marinero de primera, y se le dio de baja por motivos médicos con el diagnóstico de “trastorno del carácter y alcoholismo”. Gracias a ciertas habilidades que había aprendido en las Fuerzas Armadas y a sus maneras persuasivas, obtuvo una tarjeta sindical de trabajo como maquinista. Trabajo en un dique seco reparando barcos. Era del agrado de sus compañeros de trabajo; bebían y parrandeaban juntos, y Kimball se convirtió en director de compras del sindicato. Durante cierto periodo participo en política sindical y asistió a las campañas electorales locales.

“Rojo” Kimball, se casó con una chica de su antiguo vecindario poco después de salir de las Fuerzas Armadas. Vivieron en un bote plano y la “pasaron bien” pero él insistía en que no tuvieran hijos. Ella aceptó de mala gana hasta que cumplió 30 años de edad, en esa época empezó a quejarse de que se “sentía vacía” y quería familia. Él comenzó a pasar menos tiempo en el hogar y más tiempo con los “amigos” y su alcoholismo se incrementó. Se volvió impotente y dejó de mantener relaciones sexuales por completo. Su matrimonio se deterioró con lentitud al deprimirse cada vez más a medida que empeoraba su alcoholismo. Empezó a pelear con su esposa y la agredió físicamente en dos ocasiones. Ella solicitó la disolución de su matrimonio y el paciente no ha vuelto a verla desde que se decretó la separación total.

El resto de los antecedentes sociales se encuentran en los antecedentes generales descritos con anterioridad. Como se ha observado el individuo carece de hogar, es desempleado y depende del SSDI.

### **Antecedentes Del Desarrollo**

La vida del “alcalde” se inicio con una separación de 5 meses de su madre, quien se hospitalizo con complicaciones posparto, incluso histerectomía y depresión. Durante la época neonatal lo crió una vecina y recibió apoyo de su padre, cuyo alcoholismo lo convirtió en una persona poco confiable. La señora Kimball volvió al hogar y se hizo cargo de la crianza de su hijo con energía renovada y nunca pareció capaz de establecer lazos emocionales con él. Ocurrió lo mismo con el señor Kimball, aunque cuando estaba sobrio era un gran “amigo” para su hijo y le enseñaba boxeo y diversos juegos. Poco se sabe de la infancia del “Alcalde” de los 2 a los 6 años de edad. A pesar de que nunca se sintió emocionalmente cerca de su hijo, su madre tendió a “mimarlo” un poco y llevarlo consigo a todas partes.

Al volverse mas frecuentes las ausencias de su padre “Rojo” Kimball se convirtió en el protector de su madre. Los primeros recuerdos traumáticos del “alcalde” son los de las agresiones físicas de su padre a su madre. Se aterrorizaba y se sentía culpable porque no podía ayudarla. Una vez se interpuso entre ambos para protegerla de los golpes, y sufrió fractura de la clavícula, empezó a “odiar” a su “viejo” y se confundió cuando su padre se dirigió a el en un mar de lagrimas, ebrio, pidiéndole que lo perdonara. La imagen del “amigo” era incompatible con la del odiado “viejo”. Cuando niño “Rojo” pensaba que casi todo era culpa de él porque había sido “malo”.

La época de los 7 a los 12 años de edad se caracterizó por dificultades escolares de índole menor y por otros problemas, en el hogar “Rojo” tomo su primer trago a los 12 años de edad y se emborrachaba con facilidad, pero pronto desarrolló tolerancia a grandes cantidades de alcohol. Su madre murió cuando el tenia 13 años y se volvió extremadamente tranquilo, aislado y victima de los remordimientos. No tenía con quien hablar y su tristeza se convirtió en ira y resentimiento hacia sus padres, que lo habían descuidado.

La ira se tornó con rapidez en remordimientos por haber tenido sentimientos de odio hacia sus padres. Unos cuantos meses después se quejó de dolores intensos de estomago y fue operado por sospecha de apendicitis, pero el espécimen quirúrgico era normal. El paciente lleo a la pubertad cerca de los

14 años, participo en juegos “homosexuales” (masturbación de grupo) con algunos amigos de 15 años, y tuvo su primera experiencia heterosexual a los 16. No informó antecedentes de disfunción sexual salvo las crisis de impotencia en su matrimonio (ya descritas) mientras estaba ebrio. En los antecedentes sociales se mencionan otros detalles de las relaciones sociales y sexuales.

### **Exploración Del Estado Mental**

**1. Revisión general:** Estado de alerta exagerada y distracción fácil, individuo desaliñado con mala higiene personal, pero con cierto estilo en su porte y desaliño, a veces no colaborador, pero capaz de perseverar para terminar el examen, hiperactivo, incapaz de estar sentado durante mas de 3 o 4 minutos consecutivos.

**2. Emociones;** Labilidad, expansividad, irritabilidad con cambios rápidos desde la tristeza llorosa hasta la ira con enrojecimiento facial. Su afecto era apropiado (Sus pensamientos eran congruentes con su afecto).

**3. Atención;** No aprobó el examen de investigación de siete dígitos, y solo fue capaz de recordar tres dígitos en una segunda prueba Incapaz de efectuar las series de 7 0 3.

**4. Orientación;** Adecuada en cuanto a persona, lugar (solo sabia que se encontraba en el hospital) y tiempo (únicamente el año, no el mes o el día).

**5. Memoria;** Su déficit de atención hizo difícil, la valoración de su memoria. Con esfuerzos y repeticiones fue capaz de recordar de inmediato tres aspectos, pero no pudo recordar ninguno de ellos a los cinco minutos, incluso mediante recordatorios y reforzamiento. Su memoria visual estaba alterada de manera semejante. El paciente confabulaba para llenar los huecos de la memoria reciente. Su memoria a largo plazo era suficiente para un periodo previo a los 4 o 5 años anteriores. Reconoció a los presidentes de EUA y recordaba los acontecimientos actuales de la época.

**6. Habla y lenguaje;** Presionados e incesantes, pero fluidos y con comprensión normal. Repetición y designación intactas. No pudieron valorarse los órdenes de 2 y 3 etapas a causa de su déficit de memoria.

**7. Capacidad estructural;** Incapaz de efectuar las pruebas que requerían de memoria. El sujeto era capaz de copiar los dibujos de prueba cuándo se encontraban frente a el.

**8. Cálculos;** Capaz de pasar la prueba de investigación (5x13).

**9. Pensamiento**

**a. Proceso del pensamiento;** Proceso notablemente alterado, incoherente en ocasiones. Cuando era coherente, el paciente experimentaba fuga de ideas y era tangencial, pero demostraba imprecisión de las asociaciones.

**b. Contenido del pensamiento;** Caracterizado por alucinaciones auditivas compatibles con el humor, en las cuales escuchaba decir “usted tiene la culpa” u oía risas irónicas. El paciente estaba preocupado por sus remordimientos y sus imágenes de la muerte que alternaban con “grandezas”. Tenía delirios paranoides de que alguien estaba tratando de envenenar el vino o las vinaterías” “El colorante amarillo número 9 esta poniéndome totalmente amarillo”. Negaba las ideas de referencia, la transmisión de pensamiento u otros delirios de control. También negaba las alucinaciones complejas de varias voces que conversaban y no tenía alucinaciones visuales, táctiles, o gustativas, ilusiones u otras preocupaciones.

**c. Funciones cognitivas;** Rehusó interpretar los proverbios o responder a las preguntas de investigación; “No me moleste con estas cosas sin sentido mi tiempo es demasiado valioso”. Su juicio estaba muy alterado, manifestaba cierta capacidad de abstracción cuando trataba de hacerse cargo de las responsabilidades de la enfermera e indicaba a un paciente porque debía tomar su medicación. Imploraba al enfermo: “Tómese esto su humor se volverá como el mío. Además le ayudará a salir de aquí con mayor rapidez si lo hace como dicen ellos”.

**d. Banco de conocimientos;** Sabía los nombres de los presidentes y los acontecimientos hasta de 4 o 5 años atrás.

**e. Insight;** Estaba consciente de los motivos de la hospitalización, pero dedicaba demasiada energía a negar problemas y a desplazarlos a las medidas políticas para la clausura de Wino Park.

**Pruebas Diagnósticas**

**Pruebas neuropsicológicas;** El WAIS (escala de inteligencia Wechsler para adultos) completo había tenido una puntuación de 110 durante la valoración previa. Al ingreso estaban alteradas la capacidad de concentración y la memoria del paciente, por lo que fue imposible repetir el examen. Reprobó

todas las pruebas que requirieron memoria a corto plazo. Sin embargo, los resultados de la prueba gestalt de Bender fueron normales. El examinador observó que cuando el individuo se sometía a la prueba cerca del final de sus crisis maníacas, copiaba las figuras de prueba de manera extravagante y les daba un tamaño mayor.

**Valoración de la personalidad;** No se efectuó ninguna prueba durante este ingreso. Entre las pruebas previas estaba en el MMPI, cuyos resultados habían mostrado puntuaciones elevadas sobre psicastenia, masculinidad, paranoia e histeria. Durante una de las aplicaciones, el sujeto manifestó además elevación de la escala de depresión; en otro momento se elevó la escala de hipomanía.

### **Diagnóstico Diferencial**

El diagnóstico diferencial al ingreso no fue completado debido a los diagnósticos previos bien establecidos de trastorno afectivo y dependencia de alcohol, la recurrencia de los síntomas y signos típicos durante esta crisis de la enfermedad y los antecedentes familiares evidentes de enfermedad afectiva.

Para que el caso fuera completo se consideraron otros diagnósticos: síndrome afectivo orgánico, *delirium tremens*, y especialmente trastornos psicóticos no afectivos (p.ej, esquizofrenia, trastorno paranoide agudo). No pudo identificarse una causa orgánica, aunque es posible que la encefalopatía relacionada con la hepatitis alcohólica del sujeto haya exacerbado o precipitado su psicosis.

Puede decirse lo mismo de la intoxicación alcohólica. Durante la abstinencia de alcohol, no hubo empeoramiento de su estado mental, ni aumento en temblor, como tampoco crisis convulsivas, lo que eliminó de manera efectiva el diagnóstico de *delirium tremens*. El patrón de la enfermedad del "alcalde" sin psicosis persistente e intervalos prolongados libres del padecimiento descarta también el diagnóstico de esquizofrenia; se deshecho la posibilidad de trastorno delirante y otras enfermedades psicóticas solo por la presencia de crisis maníacas completas y crisis depresivas en los antecedentes del enfermo, y las observaciones actuales durante la exploración del estado mental.

A su ingreso mostró la mayor parte de los síntomas y signos de **crisis maniaca** poco después del ingreso desarrollo una **crisis depresiva mayor**. Este patrón se duplico por lo menos durante un ciclo anterior de trastorno afectivo bipolar.

Pudo efectuarse también de manera inequívoca el diagnóstico de dependencia del alcohol. El diagnóstico de síndrome de alcoholismo amnésico fue directo y se realizó por la presencia de parálisis visual característica de la **encefalopatía de Wernicke**, acompañada a menudo de **psicosis de Korsakoff (síndrome amnésico)**. El diagnóstico de hepatitis alcohólica se basó en el inicio agudo de la ictericia en un alcoholico y en las anomalías notables de la función hepática. La presencia de **ascitis** sugirió el diagnóstico de cirrosis alcohólica; sin embargo, el diagnóstico definitivo (de la cirrosis) se puede basar solamente en la biopsia hepática, que no se efectuó en este caso puesto que se consideró demasiado peligrosa porque el "alcalde" no colaboraba. La valoración hematológica reveló **anemia macrocítica** ocasionada también quizá por alcoholismo crónico y deficiencia de folato.

### **Diagnostico Multiaxial Al Alta**

#### **1. Eje I:** Trastorno afectivo bipolar

\*Crisis maniaca

\*Crisis depresiva al alta.

Dependencia de alcohol

Síndrome amnésico alcohólico (psicosis de Korsakoff)

**2. Eje II;** Rasgos histriónicos y pasivos agresivos, probablemente secundarios el trastorno afectivo.

**3. Eje III;** Hepatitis alcohólica con ictericia.

Síndrome de Wernicke.

Insuficiencia cardiaca congestiva y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Cirrosis alcohólica (sospecha clínicamente).

Neuropatía periférica.

Anemia macrocítica.

**4. Eje IV;** Problema ambientales y psicosociales. Pérdida del "hogar" y del estado social del "alcalde" enfermedad física aguda percibida como amenaza.

**5. Eje V;** Valoración de la función, Actual; 20 (en peligro de daño) Año pasado; 35 (incapacidad de funcionar).

### **Perfil Psicosocial**

El “alcalde” es un individuo áspero y cargado de remordimientos, con un trastorno afectivo bipolar complicado por el alcoholismo y por sus consecuencias psicológicas y fisiológicas. La historia de su vida representa una lucha cíclica para lograr un sentido de autoestima y de piedad por si mismo ante penurias, pérdidas, separaciones y fracasos. Solo se puede especular sobre la interacción de la herencia y el ambiente en la evolución de la sicopatología de este sujeto; tiene antecedentes familiares evidentes de trastorno afectivo y alcoholismo. De muchas maneras, ha repetido la historia de su padre en cuanto a enfermedad y vida personal.

La depresión del “alcalde” puede considerarse como reacción sus pedidas y separaciones, que se iniciaron al nacer; la hospitalización y depresión de su madre; las ausencias repetidas, así como el internamiento en una institución y la muerte finales, de su padre y la muerte de su madre, le provocaron tristeza, ira y sentimientos de que quizá no lo quisieron, no merecía ser querido o incluso era tan “malo” que hizo que ocurrieran estos acontecimientos y problemas terribles. Su ira se alimentaba, sus remordimientos y cuando estos se volvían muy intensos caía de manera mórbida en la depresión y el abuso del alcohol o presentaba ataques iracundos de manía. Euforia maniaca, grandiosidad y proyección de su ira contra otros en fantasías paranoides, lo protegieron con brevedad el dolor y los remordimientos (p.ej., cuando decía que otros estaban tratando de envenenarlo con colorante amarillo numero 9, y no él, que se estaba intoxicando si mismo y a su hígado con vino).

Los remordimientos y la insuficiencia del “alcalde” parecía originarse en la confusión, el terror y el desamparo que sentía mientras presenciaba los maltratos de que era víctima su madre a manos de su padre, También cayó víctima de la ira de este ultimo, quien lo dañó y lo confundió mas aun. La alianza con su madre puede considerarse como sobredeterminada (es decir por muchas causas) Su fracaso para desarrollar un lazo afectivo con su madre durante la lactancia y el resentimiento de ella por la pérdida de su capacidad para tener mas niños después de su nacimiento estableció un ciclo de formaciones de reacción, que culminó en una intimidad estudiada entre ellos.

Trataron de superar sus propios resentimientos inconscientes hacia el otro y de compensar los lazos que no se habían desarrollado durante la lactancia.

El padre se esforzaba por ser un “amigo” cuando no estaba ebrio, deprimido o alejado. Durante su infancia, el paciente se sintió doblemente culpable por su madre (pues originó su infelicidad y no la protegió contra los ataques, dolor que, según decía, sentía en las “tripas”). De manera retrospectiva sus síntomas de apendicitis, que aparecieron poco después de la muerte de su madre, se pueden identificar como una manifestación de este dolor. A pesar de la ira que sentía hacia su padre, lo emuló durante toda la trayectoria hacia el hospital.

El matrimonio del enfermo se caracterizó también en muchos aspectos por el patrón de la relación de sus padres. Fue una relación hostil dependiente que duró los últimos 15 años. En contraste, el matrimonio del “alcalde” no terminó por la muerte de su esposa, sino por el divorcio después de lesiones y maltrato. En este caso, ello se originó por el deseo de su esposa de tener hijos y la oposición violenta se derivó de un temor de convertirse en padre pues podría maltratar a su “hijo” (solo, podía imaginarse un hijo varón) y decepcionarlo (“como mi padre me decepcionó a mí”)

El “alcalde” desea que todos lo quieran, pero es incapaz de establecer intimidad con nadie carece de capacidad para ello. Su estilo encantador y dramático, y su personalidad simpática, no le han proporcionado intimidad ni aumento de la autoestima. Lo que ha hecho es elaborar crisis maníacas para escapar de su depresión grave. Proyecta sus disgustos, sus fracasos y su ira hacia los demás en vez de hacia sí mismo, en especial hacia figuras autoritarias. Profesores, superiores de las fuerzas armadas, compañeros de trabajo, policía, fabricantes de bebidas alcohólicas, esposa y médicos.

El trastorno afectivo bipolar y el alcoholismo han aislado al “alcalde” de aquello que quería más pero que le fue negado por el destino, las circunstancias y la herencia. Se han combinado su predisposición biológica al trastorno afectivo, acompañadas de circunstancias ambientales y la privación y el trauma emocionales para explicar la situación de este individuo y su enfermedad.

La sensibilidad del paciente a las pérdidas y al estrés, y la pérdida de su hogar en el parque así como de su estatus de “alcalde” precipitaron este episodio de la enfermedad. Este hombre dice “Yo era el alcalde de Wino Park”. El parque había sido un asilo para un sujeto sin hogar que necesitaba sus fantasías crecientes para satisfacer su orgullo. El alcalde cumplirá pronto 55 años, edad a la cual murió su padre en un hospital mental. Que el alcalde sobreviva dependerá en parte de la capacidad de los profesionales de la asistencia para la salud para controlar su trastorno desde el punto de vista biomédico, comprender su enfermedad y sus defensas desde el punto de vista psicológico, ayudarlo a encontrar un nuevo hogar y apoyo social, y aprovechar la fortaleza que tiene en cuanto a ingenio, encanto y capacidad de dirigente.

### **Continuación Del Plan De Tratamiento Y Alta**

#### **Plan de tratamiento psicológico**

Proseguir con el tratamiento individual de apoyo orientado a las capacidades interpersonales; sesiones limitadas a 30 minutos, según se toleren.

Remisión a Alcohólicos Anónimos.

Visita de la enfermera si el paciente no cumple con sus citas.

#### **Plan de tratamiento social**

El paciente será transferido a un consejo y hogar de asistencia para alcohólicos cuando salga de su residencia en el hotel de San Francisco. Alcohólicos Anónimos le ayudara a establecer nuevos lazos sociales, lo mismo que a reforzar su abstinencia. Los cheques de SSDI se transferirán del hotel al consejo y hogar de asistencia después de una prueba de un mes. La función de representante legal podría transferirse también al director del consejo y hogar de asistencia.

Como se puede constatar el anterior caso clínico ejemplifica todo el proceso de evaluación en el cual la información obtenida, mediante múltiples técnicas, ya se ha organizado, sintetizado e interpretado para poder llegar a un diagnóstico, por consecuencia, según sea el caso, a un pronóstico y tratamiento, mismo

esquema que al ser redactado forma el informe a entregar a la persona interesada en la evaluación.

Quedan implícitas y delimitadas dichas habilidades para el profesional en psicología clínica mismas que forman la metodología por la cual la Psicología Clínica llega al conocimiento de su objeto de estudio. Ahora bien para visualizar como es que ésta disciplina contribuye a la técnica de perfilación criminal es ahondar en las características de ésta. El siguiente apartado se exploran los antecedentes, el proceso y herramientas de la perfilación.

## PERFILACIÓN CRIMINAL

### 4.1 Delito Y Crimen

Para hablar de lo que es la perfilación criminal se necesita saber quién es el criminal, cómo se está entendiendo el concepto y de qué manera se diferencia de conceptos como delincuente, desviado y antisocial, mismos que son con los que regularmente se le confunde o se tratan como sinónimos sin serlo.

La diferenciación estará basada en los postulados sobre criminología, de Luís Rodríguez Manzanera (1996) ya que en estos se describe extensamente los objetivos de la criminología, mismos que son objeto de análisis en la presente investigación para los fines perseguidos así el objetivo es:

Reflexionar acerca de las aportaciones de la psicología clínica al ámbito criminológico, en cuanto a perfilación se trata. Resaltando la importancia de delimitación de campos de estudio; el reconocimiento de las habilidades del psicólogo clínico inmersas en dicha área y los beneficios implícitos tanto social como profesionalmente.

Dicho autor a través de un análisis histórico de los diferentes postulados criminológicos como los de (Ferri 1893, Garófalo 1896, Saldaña 1929, Durkheim 1956, Bernaldo de Quirós 1957, y Seeling, 1957) por mencionar algunos autores en los que se apoyó, hace la distinción entre lo que es un delito, enmarcando así

que desde los primeros axiomas éste se encuentra íntimamente relacionado con aquello que el estado sanciona. Comenta que desde el derecho romano ya había diferencia entre delito y crimen; el primero era aquello que perseguían los particulares; y de los crímenes se ocupada el estado, los cuales eran pocos como: estupro, incesto, sacrilegio parricidio, y traición a la patria, entonces se identificaba como crímenes los delitos graves entre estos se incluía al homicidio.

Así concluye que: *“no es la criminología el estudio de los criminales tomando como tales al asesino, sino que es el estudio de los criminales tomando como tales a todos aquellos que cometen alguna conducta antisocial”* Rodríguez Manzanera (1996). Y entonces define a ésta como *“una ciencia sintética, causal, explicativa, natural y cultural de las conductas antisociales”*, es decir que busca las causas de la conducta antisocial, las explica y las sintetiza tanto a nivel natural como cultural.

Ahora bien los términos *crimen, criminalidad y criminal* no son solo para etiquetar sino para diferenciarlos de conceptos como: *delito, delincuencia y delincuente*; los cuales tienen implicación jurídica ya que están delimitados por el estado, la ley , los legisladores y se incluyen el código penal, como podemos corroborar si consultamos el nuestro, en donde se estipula *“artículo 7º establece en su primer párrafo: Delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales”* Código Penal Federal para la republica Mexicana (2003) citado en Castellanos (2005) del mismo modo el diccionario de la Real Academia Española refiere que; delito es el quebrantamiento de la ley o la acción u omisión voluntaria castigada por la ley con alguna pena. En la presente investigación se considera delito tal como lo refieren las definiciones antes mencionadas y atendiendo a la lógica gramatical adoptamos al delincuente como la persona que comete dicho acto y por consecuencia delincuencia como el conjunto de actos delictivos que son penados por el estado.

El concepto de nuestro interés, crimen, tal como lo refiere Rodríguez Manzanera, esta relacionado con conductas antisociales, mismas que define como aquellas

que atentan contra el bien común y la estructura básica de la sociedad, las que lesionan las normas y valores fundamentales de convivencia. En psicología este tipo de conductas están descritas por López y Aliño (2001) en el apartado de trastornos de personalidad y dentro del trastorno antisocial de la personalidad, de manera muy similar en el cual se expresa que;

*...las características esenciales es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o principio de la adolescencia y continua en la edad adulta...para diagnosticarse el sujeto debe tener al menos 18 años y tener historia de algunos síntomas de trastorno disocial como violación de los derechos básicos de los demás o las principales reglas y normas sociales...*

Así en este concepto ya no es obligatoria la referencia del código penal vaya ya no lo delimita el estado o los legisladores, así el criminal sería aquel sujeto que comete conductas antisociales y aunque no estén tipificadas en el código penal laceran la armonía en sociedad pero no necesariamente se castigan de manera jurídica.

Otro concepto importante ha distinguir es el de *desviado* con el que regularmente se etiqueta a los delincuentes o criminales sin embargo no es correcto desde el punto de vista que lo estamos analizando ya que éste atiende a hacer una descripción y no una valoración, aquí lo utilizaremos de manera general. Continuando con el mismo autor comenta, que una conducta desviada es aquella diferente a la generalidad, en algunos casos una conducta de este tipo puede ser tanto parasocial<sup>1</sup> como antisocial o simplemente asocial<sup>2</sup>, la enciclopedia de Psicología Océano (2006) menciona que ésta (la conducta desviada) se refiere a lo que la sociedad percibe como anormal sin que implique necesariamente algún trastorno o psicopatología, es decir se habla de una conducta que sale de lo

---

<sup>1</sup> Este tipo de conducta se da en el contexto social y se refiere a la no aceptación de los valores adoptados por la colectividad, pero sin destruirlos no realiza el bien común pero tampoco lo arremete Manzanera (1996)

<sup>2</sup> Es la que carece de sentido social no tiene relación con las normas de convivencia ni con el bien común, se realiza en sociedad con el aislamiento entonces queda desprovista de contenido social y antisocial Manzanera (1996)

común pero no tiene que ser por ello mala así entonces el desviado sería el sujeto que realiza este tipo de conductas. Por ejemplo el tipo de gente que se viste de forma estrafalaria.

A manera de conclusión Rodríguez Manzanera (1996) dice *“no todo sujeto antisocial o desviado es un delincuente, así como no todo delincuente es, por fuerza, un antisocial. De la misma manera no toda desviación comporta delito, ni todas las conductas previstas por las leyes penales deben considerarse a priori como antisociales. Entendemos también, que no todo desviado es un antisocial aunque todo antisocial, es por lógica, un desviado”*. De igual forma podemos concluir entonces, que no todo criminal es un delincuente aunque si puede ser un desviado, y no todos los crímenes son delitos pero si lesionan el orden social.

También cabe aclarar que algunos delitos son crímenes porque lastiman el orden social y están estipulados en el código penal por ejemplo; el robo es el *“apoderamiento de una cosa ajena mueble, sin consentimiento de la persona que puede disponer de ella con arreglo a la ley”* (art. 367, CP); el secuestro es *“apoderamiento y retención que se hace de una persona con el fin de pedir rescate en dinero o especie, causa daño o perjuicio a la persona privada de la libertad o a cualquiera otra y se le utiliza como sinónimo de plagio”* (art. 163, CP); y el homicidio entre otros, éste último desde cualquiera de sus clasificaciones, es un acto delictuoso porque está tipificado como; *“comete delito de homicidio: el que priva de la vida a otro”* (art. 302, CP) y es un crimen porque va en contra del bien común, es un acto que daña a la víctima a la familia y a la sociedad porque *“destruye el valor supremo; la vida, sin el cual no pueden darse los otros bienes”* Rodríguez Manzanera (1996).

Los elementos integrantes del homicidio según el código penal constan de un presupuesto lógico y dos elementos constitutivos.

*“Presupuesto lógico: la condición previa e ineludible para su consumación es la existencia de una persona con vida sin importar la viabilidad de la misma, es decir no importa que tan sano o enfermo este el sujeto.*

*Primer elemento: el hecho de muerte, autentica sustantiva del delito. La privación de la vida debe ser producto de una actividad idónea para causarla por lo que debe ser debida a medios físicos, omisiones, o de violencia meramente morales, necesaria relación o nexo de causalidad entre actividad y resultado letal.*

*Segundo elemento: deberá ser producida intencional o imprudentemente, por otra persona Debe ser realizada dolosa o culposamente el homicidio causal no constituye delito”. Enciclopedia Jurídica Mexicana (2002)*

### **Tipos de delito de homicidio**

- 1) Homicidios simples intencionados su caracterización viene determinada por la ausencia de circunstancias calificativas el hecho delictivo. Su integración se realiza en base a los artículos 302 y 307, CP.
- 2) Homicidios atenuados en donde la punición es disminuida debido a la consideración de circunstancias concretas, concurrentes en la dinámica fáctica, es decir son aquellos en donde se consideran los eventos en torno al delito para verificar la responsabilidad de la persona acusada. Para la integración se toma en cuenta varias hipótesis: cuando es en riña o duelo (art. 308, CP); con incertidumbre en cuanto al autor (art. 309, CP); en caso de sorprender al cónyuge y a su coactuante en el acto carnal o próximo a su consumación (art. 310, CP); homicidio- suicidio perpetrado con el consentimiento de la víctima (art.312, CP).
- 3) Homicidio calificado o agravado de la responsabilidad penal, en estos existe la concurrencia de las calificativas de; premeditación (art.315, CP); ventaja (art. 316 y 317, CP); alevosía (art. 318, CP); y traición (art.319, CP). Se completan con la punibilidad establecida en el art. 320 del CP. Enciclopedia jurídica Mexicana (2002).

Estos son algunos tipos de delitos de homicidios tipificados en nuestro código penal sin embargo existe un tipo que no está contemplado, el homicidio serial, ambos hasta lo aquí dicho se consideran crímenes ya que es una conducta antisocial, por consecuencia el criminal (homicida) es aquel que realiza dicha conducta, el estudio de esto le corresponde, por definición, a saber, a la criminología. Así también le correspondería la perfilación criminal, técnica que mediante el análisis de la escena del crimen determina la conducta del criminal y tiene como fin ultimo la captura, en este caso, del homicida serial del cual se habla a continuación.

#### **4.2 El Asesino Serial**

Puede sorprender el concepto ya que es un tema y un sujeto de los cuales regularmente no se habla, aunque está presente en el mundo, en general, desde años atrás en la historia, no es algo nuevo, pues como podemos documentar desde mucho antes que se acuñará el termino Asesino Serial en los años setentas por Robert K. Ressler, ya existía la historia de Jack “El Destripador” en Whitechapel Londres 1888, quien estrangulaba, degollaba, y abría los vientres de prostitutas alcohólicas, se le adjudicaron cinco víctimas y nunca fue detenido. Como éste caso se puede mencionar otros en todo el continente incluso en el mundo, tal es el caso de Rusia en 1982 donde, durante ocho años aparecieron cadáveres de niños y niñas acuchillados, tras una larga investigación y lucha política en 1994 fue aprehendido Andreí Romanovich alias “Chikatilo”, quien en su declaración confeso 52 homicidios. O bien, Indonesia 1997, Ahmad Surayi al cual lo detuvieron después de encontrar tres cadáveres en un plantío de azúcar, cerca de su casa, lo condenaron en 1998 por la muerte de 42 mujeres. Otro caso interesantes fue en Pakistán en 1999 Javed Iqbal se entregó a las autoridades después de confesar por escrito ser autor de la muerte de 100 niños de edades entre 6 y 16 años a quienes violaba, mataba y disolvía los cuerpos en ácido.

En Pretoria, Johannesburgo y East Rand (Sudáfrica) 1994, Moses Sithole inmovilizaba, violaba y mataba por estrangulación a mujeres en busca de trabajo, le comprobaron 38 asesinatos y 40 violaciones. Montmartre Francia, Thierry Paulin 1989 “el asesino de Monthmartre” acompañado de Thierry Mathurin fue prisionero por asesinar a 21 ancianas entre 1984 y 1987. En el mismo año fue capturado, en Santander España, José Antonio Rodríguez quien también asesinaba ancianas, pero en forma menos sangrienta, pues los casos pasaron durante mucho tiempo como muertes naturales, fue acusado por lo menos de 16 muertes entre los años 1987 y 1988. En nuestro continente, específicamente Colombia 1999, Luis Alfredo Garavito confeso haber violado, torturado y matado a 140 niños en los cinco años anteriores. En Washington, Estados Unidos en 1974, Theodore Robert Bundy asesinó brutalmente a 23 chicas, según la confesión de éste. La policía le adjudico 36 casos, en 1978 fue detenido tras un largo juicio, en donde él ejerció su defensa, se le comprobaron tres muertes y fue condenado a la pena capital, después de 10 años confeso y fue ejecutado a silla eléctrica en 1989. Berbell y Ortega (2003), Cebrian (2005).

México no es la excepción en septiembre de 1942 la policía halló los restos de cuatro mujeres en el jardín de una casa ubicada en la colonia Tacuba, el responsable, Gregorio “Goyo” Cárdenas un estudiante de ciencias químicas que frecuentaba prostitutas, las llevaba a su domicilio y después de tener relaciones sexuales las ultrajaba y estrangulaba hasta verlas sin vida.

Actualmente hay tres casos de posibles asesinos seriales “Las muertas de Juárez” en Ciudad Juárez Chihuahua y las mujeres de la tercera edad muertas en la Ciudad de México a manos de “mata viejitas”, y más recientemente está el caso del “poeta caníbal” de la colonia Guerrero, José Luís Calva Zepeda, quien fue capturado mientras la Policía Judicial investigaba la desaparición de Alejandra Galeana Garavito (ex pareja del presunto homicida), desde el pasado 5 de octubre de 2007. Al mismo tiempo, la Policía Preventiva se presentó al lugar y a la misma hora para atender una denuncia de los vecinos que reportaron un hedor que salía

del departamento de José Luís, al llegar las autoridades encontraron restos humanos cocinándose.

De los últimos tres, el primero; no se ha podido corroborar que sea la obra de un Asesino Serial, pues hay diversas hipótesis, los números no son exactos y confiables ya que el rango de edad de las víctimas es amplio, no hay un patrón con el que cumplan todas las víctimas, algunas han muerto por impacto de arma de fuego, apuñaladas, no todas ha sido violadas y no existe un periodo exacto de enfriamiento (concepto que explica líneas adelante), así como ésta hipótesis no se ha comprobado ninguna otra, dada la falta de sistematización al respecto.

El segundo caso resulta más confiable todas las víctimas son de la tercera edad entre 60 y 70 años, viven solas, tiene poco contacto con los vecinos, en la escena del crimen no hay rastro de acceso forzado, saqueo solo de la habitación principal y todas han sido privadas de la respiración mediante estrangulación y asfixia según estos datos si podría ser el resultado de una conducta serial, el responsables, según la Procuraduría General de Justicia Del Distrito Federal, ya fue capturado, la responsable Juana Barraza, fue capturada por casualidad cuando salía de casa de una de sus víctimas. El tercero presuntamente se trata de un asesino serial pues se le relaciona con al menos tres homicidios de mujeres, encontradas descuartizadas en diferentes puntos: la primera en Chimalhuacán, Verónica Consuelo Martínez Casarrubia; la segunda en Tlatelolco, una presunta sexo servidora conocida como La Costeña, y la tercera, Alejandra Galeana Garavito. El “poeta caníbal” fue consignado por el homicidio de ésta última los otros dos aunque tienen un patrón similar antes de comprobárselos su cadáver fue encontrado el 11 de diciembre de 2007 en la celda que ocupada en el Reclusorio Oriente, al parecer se suicido por ahorcamiento.

Estos son algunos ejemplos de asesinos en serie y como se puede constatar al hablar de estos se hace cierto énfasis en: el número de víctimas, rangos de edades, patrón de conducta, periodo de enfriamiento, escena del crimen, etc.,

para corroborar que sean actos propios de este tipo de sujetos. Lo cual nos lleva a pensar que dicho concepto engloba un conjunto de características específicas, y es cierto, el término “asesino serial”, como ya mencionamos líneas atrás, fue acuñado por el ex -agente del Buró Federal de Investigación (FBI) Robert K. Ressler a mediados de los años setentas para referirse a aquellos asesinos que mataran por lo menos en tres ocasiones, con un espacio de tiempo entre cada homicidio (periodo de enfriamiento) donde las víctimas y escenas del crimen presentan características similares (*modus operandi*). (Pesce 2003, Ressler 2004, Soria 2005). Holmes y DeBurger (1999) citados en Soria y Saíz (2005) describen de manera similar al asesino serial diciendo; que se trata de una persona que mata reiteradamente y logra más de tres muertes, donde generalmente opera de manera individual, y cada vez que lo hace mata a una sola persona. Suele no tener vínculo con la víctima, tiene móviles difusos, realiza sus crímenes en diversos momentos pasando por intervalos de enfriamiento.

Algunas características centrales de este tipo de sujetos son; el asesinato reiterado; mata a una sola persona cada vez ; regularmente actúa solo; no tiene relación con la víctima, normalmente mata a desconocidos, lo cual hace más difícil su captura ya que suele confundir a la policía, por lo tanto, su centro de atención es el crimen mismo; no la persona o algún beneficio en específico, vaya este tipo de individuos no tienen un móvil claro como en el ladrón donde su objetivo se centra en la obtención de algún objeto o el homicida pasional en donde el fin es la venganza. Soria y Saíz (2005).

Otros autores coinciden, de alguna forma, en las descripciones que hacen de este tipo de sujetos, Egger (1990) citado en INACIPE (2004) caracteriza que el asesino serial carece de motivos materiales para realizar los crímenes ya que su inspiración está relacionada con el poder que ejercen sobre la víctima; porque esta es seleccionada de acuerdo a un valor simbólico y a la vulnerabilidad percibida. En la misma referencia tenemos a Giannangeld (1996) quien dice que el individuo actúa para saciar un acto; solo por el hecho de matar a otros seres humanos; por

el control que ejerce sobre la persona, por la catarsis y la gozo que alcanza en el asesinato por tal razón surge la idea de que todo asesinato serial tiene que ver con un tipo de satisfacción sexual y por lo tanto en algunas clasificaciones se le refiere como crímenes sexuales. Al respecto Skrapec (1997) citado en Soria y Saíz (2005) distingue entre homicidio en serie sexual, en donde la motivación del crimen es principalmente de tipo sexual o el acto sexual propiamente dicho y el; homicidio en serie sexualizado, ahí la motivación básica es el asesinato, que el *modus operandi* incluya agresiones sexuales es circunstancial.

Hare (2003) hace una diferencia entre el asesino serial y el psicópata diciendo que este últimos pueden no cometer asesinatos sin embargo ciertas características los hacen candidatos idóneos ya que ha observado, a través de sus investigaciones, similitudes como la impulsividad, locuacidad, ausencia de remordimientos y culpabilidad, estilo de vida parasitaria, poco control de su comportamiento, insensibilidad y falta de empatía, mentiras patológicas, engaño y manipulación, entre otras, que también se ven en el comportamiento de algunos asesinos seriales organizados (dicho concepto se abordara en el apartado de tipos de asesinos seriales). Así mismo refiere que la línea determinante para que un psicópata se convierta en asesino serial es delgada y no esta clara, comenta que pude deberse a ciertas influencias del ambiente y concluye; no hay tratamiento posible para este tipo de sujetos entonces lo que nos queda por hacer, por el momento, es aprender a identificarlos para protegernos de sus diversos ataques.

Como observamos existen diferentes definiciones y caracterizaciones para los asesinos seriales vistas desde diferentes ópticas como la psicológica, la policial o la psiquiátrica, en donde todas nos dan pautas de comportamiento. De esto se deriva la existencia de distintos tipos de clasificaciones para estos sujetos, de las más sobresalientes hablamos a continuación.

Quizá la organización que a contribuido en la principal clasificación de este tipo de sujetos, es el (FBI); a través de diversas investigación realizadas por sus agentes

y tomando en consideración la necesidad de prestar atención a las evidencias *no-físicas o psicológicas* como elementos básicos en el acto violento para hacer las descripciones del responsable. Así los agentes Ressler y Douglas (1992) realizaron entrevistas profundas a asesinos en serie convictos y llegaron a la creación de la dicotomía; crímenes organizados y crímenes desorganizados. Touin 2000 citado en Soria y Saíz (2005) dice que a partir de ésta diferenciación también se puede determinar si el criminal es psicópata o psicótico respectivamente ya que los conceptos organizados y desorganizados surgen para facilitar el trabajo de de los agente del FBI quienes no tenían conocimiento sobre trastornos de la personalidad. Berbell y Ortega (2003).

Respecto a los **asesinos desorganizados** a los que también llaman ocasionales, los describen como; sujetos con bajo coeficiente intelectual y desordenes mentales fuertes como esquizofrenia o psicosis; actúan regularmente por impulso; eligen a la víctima al azar; llega y se va de la escena del crimen, caminando o en transporte colectivo, suele no llevar armas, utiliza lo que tiene a la mano para su ataque; infringe heridas rápidas lo cual produce muertes instantáneas; realiza practicas necrofilicas y canibalismo con el cuerpo; regularmente se marcha del lugar sin importarle las evidencias; en la escena del crimen se nota que las agresiones son espontáneas y un contexto caótico, la víctima es despersonalizada; falta de autodominio y suele dejar el cadáver en el lugar de los hechos. Refieren que el 25% de los asesinatos en serie corresponden a esta tipología.

Estudios sobre la juventud de los asesinos desorganizados refieren que, provienen de familias desintegradas con padres periféricos y regularmente con problemas de alcohol, drogas o enfermedades mentales crónicas. Se muestran introvertidos, con fracasos escolares, debido a los cuales no culminan sus estudios, con problemas para mantener relaciones sexuales, regularmente poco atractivos, despreocupados por su aspecto físico personal y ambiental, se sienten excluidos de la sociedad.

En cuanto a **los asesinos organizados** primeramente, comentan los especialistas, que el 75% de los asesinatos pertenecen a este tipo de clasificación y puede deberse a su inteligencia la cual es superior al promedio; es un asesino que se mueve en automóvil para perpetrar sus crímenes; planea detalladamente los pasos a realizar; acecha a la víctima; lleva su material necesario para matar (cuerdas, cuchillos, armas de fuego, cloroformo, pala o pico etc.). Se ocupa de cumplir sus fantasías antes de aniquilar a su presa (víctima) para gratificarse lo más posible; destruye pistas entierra el cuerpo en un lugar lejano, cuando lo mutila esparce las partes para no dejar huellas; suele llevarse partes del cuerpo o algún objeto perteneciente al occiso como recuerdo (trofeos o souvenirs), le interesa estar al tanto de su crimen razón por la que ve noticias y puede llamar a la policía para dar información de manera anónima. Así su agresión es planeada, puede llegar a conversar con la víctima, la personaliza respecto a sus fantasías, maneja la sumisión y suplica; tiene autodominio; y aunque no suele haber canibalismo si existen actos violentos y agresión explícita o violación previa a la muerte.

Este tipo de asesinos provienen de familias más estables aunque rígidas, se caracterizaban por ser jóvenes disciplinados con sentimientos desconcertantes como; enojo, ira y miedo suelen ser “chicos problema”, a pesar de su inteligencia superior manifiesta no terminan sus estudios así también muestran inestabilidad laboral y legal, llegan a tener antecedentes delictivos. Muestran supuesta normalidad sin embargo tienen sentimientos de odio a la sociedad o a las mujeres llegan a ser misóginos, carecen de sentimientos de culpa, sus relaciones interpersonales son superfluas, con facilidad para comunicarse, se sienten superiores a los demás, son ególatras y con gran autoestima, incluso son agradables en apariencia física y pulcros. Se les relaciona con el tipo de personalidad psicópata. (Ressler y Douglas 1992; Berbell y Ortega 2003; y Pesce 2003).

La mezcla de características tanto organizadas como desorganizadas da lugar a la clasificación mixta que propuso Robert Ressler al analizar a Jeffrey Dahmer “el carnicero de Milwaukee” Soria y Saíz (2005).

Perteneciendo, el asesino organizado, al 75% de los casos registrados, según cifras de especialistas como el FBI, se infiere que las investigaciones han tenido base en los estudios realizados por dicho tipo de criminales por ejemplo, las fases por las que pasa el homicida en serie se han podido observar en crímenes organizados pues los desorganizados regularmente tienen datos de impulsividad que no les permita una adecuada planificación como lo refieren dichas etapas. Así que por tal razón en la presente tesis el estudio se efectúa específicamente sobre dicha clasificación y sujeto correspondiente. El asesino serial organizado.

Holmes y DeBurger (1998) citados en Berbell y Ortega (2003) Soria (2005) también realizaron entrevistas y estructuraron la nosología respecto a la movilidad y motivaciones:

#### **En cuanto a la movilidad espacial**

**Los asesinos sedentarios:** aquellos que actúan en lugares específicos, residen en el área en donde matan, y disponen los cuerpos de sus víctimas en lugares colindantes. Se presume en las investigaciones realizadas en el caso Jack el destripador que, vivía en la misma ciudad donde acometía sus crímenes.

**Los asesinos trashumantes o viajeros:** son los que se mueven para perpetrar su crimen, viajan de un lugar a otro acechando víctimas y se deshacen de los cuerpos en lugares muy lejanos entre sí. Aileen Wuornos pertenecía a este tipo ya que asesinaba a la víctima tomaba sus autos y viajaba a otro sitio para repetir el patrón.

#### **En cuanto a las motivaciones**

**El asesino visionario:** al cual lo motiva un desorden o trastorno mental claro, puede ser psicótico o esquizofrénico, actúa según su sintomatología la cual le

causa un rompimiento del contacto con la realidad y produce delirios o alucinaciones que le ordenan matar a un tipo de gente o él es el intermediario entre un “ser supremos que le ordena” y el mandato del mismo. Regularmente el acto presenta gran evidencia forense, la escena es caótica y se encuentran tanto las armas como el cadáver; hay indicios de necrofilia y mutilaciones.

**El asesino misionario:** se mueve por la necesidad consiente de matar a determinado tipo de personas (homosexuales, prostitutas, judíos, negros, etc.), este no oye ni ve cosas que le ordenen matar, sino que el mismo se asume la tarea de hacerlo. Aquí la escena aunque es controlada el cadáver no se desplaza en su mente no hay delirios ni alucinaciones, un ejemplo de este tipo es el homofóbico. Jack el destripador también entraría en esta categoría pues solo asesinaba prostitutas.

**El asesino hedonista:** es aquel que busca la satisfacción sexual, emocional o física a costa de lo que sea, regularmente la escena es controlada o con pocas pistas; hay indicios de tortura y violación: aquí encontramos tres subtipos:

- Asesino lujurioso: es un buscador de emociones fuertes ligadas a actividades sexuales, su móvil es el acto sexual mismo en donde convergen características como el dolor, sufrimiento y humillación de la víctima. Un ejemplo es Fredich Haarman “el carnicero de Hannover” quien en una de sus declaraciones dijo: *“mis crímenes no eran para sacar beneficio... sino que estaba motivado en un momento de frenesí erótico...para satisfacer mis deseos”*
- Asesino buscador de emociones: este tiene una conexión entre satisfacción física y violencia, no para satisfacer un acto sexual sino para sentirse vivo.
- Asesino orientado al confort: el sexo no es una motivación primaria, mata para obtener una ganancia específica como dinero o propiedades un ejemplo sería Marie Bresnad alias la “viuda negra”. (Pesce 2005).

**El asesino poder-control:** le satisface dominar a la víctima la cual procede de la creencia de que puede hacer lo que quiera y desee sobre la presa, suele matar con sus propias manos o armas que le provean contacto directo con la persona. Le gusta el poder de decidir sobre la vida o muerte, la escena del crimen es controlada y con pocas evidencias forenses.

Otra clasificación respecto a las motivaciones la hace Skrapec (1997) citado en Soria y Saiz (2005) menciona que hay tres motivaciones básicas que impulsan al criminal:

- a) **Venganza y justificación:** El aspecto predominante, que se ha visto a través de entrevistas, es que al hacer daño a los demás es consecuencia del maltrato injustificado que creen haber sufrido en su vida, es una forma de castigar a las víctimas por algo que han hecho ellas o alguien que se les parece.
- b) **Control y poder:** la sensación de poder aunque transitoria, crea un estado de dicha fuerte en el individuo y esa satisfacción se convierte en adictiva pues refuerza conductas agresivas para repetir la experiencia.
- c) **Éxtasis- alivio:** teniendo sentimientos de euforia e ira agudos en su interior dichos sujetos necesitan de un momento para desahogarlos, es decir de una catarsis y después de ésta sobreviene un estado de calma placentero, debido a que estas sensaciones son efímeras, se vuelve a generar ansiedad y terminan realizando las mismas conductas.

Otra clasificación la hace el ex policía canadiense Kim Rossmo (referido en Berbell y Ortega 2003) basándose en la perfilación geográfica:

**Asesinos cazadores:** operan desde una base y se desplazan con el propósito de encontrar un lugar y una víctima idóneas.

**Asesinos tramperos:** atraen con señuelos a sus víctimas y les hacen creer en una trampa confeccionada para ellos un ejemplo es Ted Bundy quien se enyesaba el

brazo y pedía ayuda a sus víctimas una vez cerca las envolvía en mentiras para llevarlas a un lugar más vulnerable.

**Asesinos merodeadores:** acechan y siguen a la persona hasta encontrar el lugar y momento adecuados para actuar contra ellas.

**Asesinos pescadores:** actúan contra su víctima aprovechando una oportunidad inesperada mientras realizan otras actividades.

Estas son las clasificaciones más sobresalientes que se han hecho de este tipo de sujetos otros autores se han enfocado a estudiar el proceso que siguen los asesinos para perpetrar sus crímenes entre ellos encontramos a Holmes y Joel Norris citados en Berbell y Ortega (2003), Pesce (2003), Soria y Saíz (2005) quienes presentan una cadena de fases por las cuales pasa el asesino en serie en todo el transcurso de su acto criminal, ambos autores coinciden en lo siguiente:

### **Fase de áurea o fantasía**

Esta fase se inicia por la separación de la realidad en donde el sujeto de retrae hacia su mundo de fantasía, puede parecer normal, sin embargo su comportamiento empieza a cambiar, el tiempo parece ir despacio, los colores, sonidos y olores los percibe más intensos; la piel se torna sensible por lo tanto el umbral táctil se disminuye al mínimo y con ello principian los sueños diurnos, los pensamientos de muerte y destrucción así como la necesidad de liberar sus fantasías que, cada vez son más continuas y potentes, hasta llegar a la compulsión la cual da paso a la idea del crimen. La duración de dicha fase no es exacta puede variar dependiendo del sujeto y el tipo de imaginaciones, cuando esta fase termina, se inicia la búsqueda de otra víctima.

### **La fase de pesca.**

El asesino ahora entra en una activa búsqueda de su víctima, sus observaciones, fantasías, necesidades y perversiones, lo llevan a un probable lugar donde el extraño se cruzara en su camino.

Cada asesino serial tiene territorios diferentes y favoritos, al igual que un pecador, busca la mejor presa como si se tratara de peces y no de personas. Acecha a sus

victimias en lugares como; estacionamientos y calles oscuras, en los centros de estudiantes y dormitorios, en escuelas, caminos rurales, etc. Cabe mencionar que nos referimos al *modus operandi* de los asesinos seriales de los Estados Unidos de América por ser de los que hay mayor de información.

La pesca no consiste en patrones casuales o accidentales sino en una compulsión que se convierte en una de forma de navegación hacia la posibilidad de obtener una presa. Esta fase encierra una serie de patrones compulsivos, frenéticos y paranoicos, comportamientos en los que el asesino serial llega a estar alerta y enfocado solo hacia el objetivo: la víctima.

### **La fase del cortejo o seducción**

Se trata del momento en que el asesino se acerca a la víctima dando la impresión de seguridad, con engaños y mentiras atrae a la persona, llegan a ser tan seductores que burlan las defensas del otro como para hacer que, por ejemplo, una mujer suba a su auto, un niño acceda a entrar a su casa o una viejita le permita entrar a su domicilio (como en el caso de Juana Barraza). Les causa satisfacción saber que están tendiendo una trampa a la persona, algunos seducen con promesas de dinero, trabajo o un lugar para pasar la noche, esto depende del tipo de víctima y del plan de ataque que ya fraguó el homicida.

Cabe mencionar que algunos no tienen un lugar en específico sino que atacan de improviso. A esta etapa se le conoce también como “el cortejo” por la relación que tiene lugar entre la víctima y el asesino serial, es más común en los asesinos organizados ya que para estos es necesario personalizar a la presa, idealizar con que no se trata de un extraño sino de alguien a quien conoce o en quien deposita ciertas características para familiarizarse.

### **La fase de la captura.**

Es un evento súbito como atrancar la puerta, bloquear los seguros de un auto, el momento en que la trayectoria hacia un lugar cambia, cuando se sorprende con un golpe o movimiento que pone a la víctima en una condición vulnerable para ser

sometida en donde se cierra toda posibilidad de que la víctima pueda escapar, aquí empieza el ritual que llevara a la consecuencia ultima, la muerte; así como el disfrute del homicida, goza viendo como la persona atacada se aterroriza y sufre, entonces da inicio el sadismo, acompañado de diálogos internos o monólogos donde descarga sus fantasía narrando lo que piensa hacer.

Hasta aquí un ejemplo un ejemplo de las etapas puede ser claramente apreciado en el caso de Ted Bundy, quien solía encantar a sus victimas mediante la seducción gracias a sus atributos físicos las mantenía en ese estado, las llevaba a lugares solos para después matarlas y ultrajarlas cruelmente.

### **La fase del asesinato**

Es el momento en donde el asesino consume su objetivo, ya sea un homicidio sexual o uno sexualizado, como diferencia Skrapek, estos sujetos pasan por un momento de suma euforia y furor equiparado al clímax u orgasmo sexual, algunos homicidas han reportado tener incluso eyaculaciones justo en el momento cuando la víctima esta muriendo, acompañadas de visiones intensas como un “quasar<sup>3</sup> emocional”, sentimientos de poder y éxito. Las formas matar a la presa para llegar a su momento cúspide pueden variar dependiendo del atacante y sus fantasías lo cual constituye en parte el *modus operandi* peculiar del sujeto y es de gran ayuda en la perfilación.

### **La fase fetichista**

El asesino después de un momento de tanto furor como lo es la fase del asesinato, al igual que una curva normal, la emoción va descendiendo pues la euforia experimentada es transitoria esto los hace empezar a sentir cierta tristeza o angustia por lo cual muchos asesinos tratan de preservar el placer del momento anterior una forma de aplazar la sensación es desmembrar el cadáver sin embargo a veces no es suficiente entonces, necesitan de un “recuerdo” o “trofeo”,

---

<sup>3</sup> La real academia española lo define como (una contracción de quasi star, casi estrella). Es un astro de aspecto estelar que constituye una radio fuente de energía de gran potencia.

los recuerdos se refieren a objetos pertenecientes al occiso como; ropa, fotos, videos, libros etc., los trofeos son partes mutiladas del cuerpo, con eso ellos obtienen reviven el placer encontrado al momento del crimen por tales razones es que a esta fase se le llama fetichista.

### **La fase de depresión**

A pesar de tener un fetiche para recordar su sensación de placer este no es suficiente para que el criminal sacie su fantasía lo cual le produce una crisis depresiva profunda, tanto que puede llegar a pensar en el suicidio, sin embargo no lo llevan acabo y normalmente la respuesta ante esta sensación es la renovación de su deseo de matar. Este tipo de depresiones es característico de los asesinos seriales, algunos especialistas como Joel Norris dicen que esta fase puede deberse al inevitable golpe de la realidad, pues el crimen es producto de la fantasía del sujeto es un contexto que solo existe en su mente y difícilmente lo podrán realizar de manera exacta. Ted Bundy declaro en una ocasión que nunca había obtenido lo esperado al cometer los asesinatos, reportaba que le había quedado un sentimiento de vacío y desesperanza, como si nunca hubiese podido superar la descarga emocional que pensaba alcanzar.

Al pasar esta etapa pueden ensimismarse en un conjunto de sentimientos y emociones como el dolor, la tristeza, la pena y la soledad. Sin embargo en su vida cotidiana pueden aparentar normalidad como si nada estuviera pasando esto es una característica común en este tipo de individuos pues incluso en etapas anteriores a la depresiva, ante la sociedad, parecen sujetos amables, honestos y serios, tal es el caso de Peter Kürten “el vampiro de Dusseldorf” en la década de los 20’s o el caso de Andrei Romanovich Chikatilo alias “el carnicero de Rostov” en los 70’s quien tenía el título de ingeniero y una licenciatura en marxismo-leninismo, era distinguido por ser un esposo de carácter estable, trabajador, bondadoso y discreto.

Como podemos concluir, los asesinos en serie en general y en particular los organizados o psicópatas, son más comunes de lo que nos gustaría pueden estar presente en lugares inimaginables y con vidas tan, aparentemente, normales que sería difícil la detección a simple vista o trato. Su forma de actuar es tan precisa y específica, dada su compulsión (producto de la obsesión), así como lo complejo de su personalidad, que resultan ser un peligro constante y casi incontrolable para la sociedad. Entonces se abren algunos cuestionamientos ¿cómo capturarlos? ¿Cómo hacer para prevenir un ataque? Incluso ¿cómo prevenir que las personas desarrollen este tipo de personalidad? Quizá solo la primera de las preguntas tenga respuesta concreta y qué mejor si es ésta a partir de la cual podemos aspirar a contestar las demás pues en la medida que se capturen podemos investigarlos psicológicamente para entonces tratarlos y prevenir en la medida de lo posible, según, las investigaciones.

Siendo la captura nuestro punto de partida para la investigación se necesita conocer el proceso, hasta ahora practicado, por el cual se ha aprendido a la mayoría de asesinos seriales, la técnica de perfilación criminal antes llamada “perfil del ofensor”, es una herramienta de investigación que ayuda a perfilar a un sujeto desconocido dicho tipo de investigación tuvo dos etapas de desarrollo para constituirse en lo que ahora conocemos como perfilación psicológica; la primera centraba su atención en el estudio de pistas, iniciado por la policía Londinense Scotland Yard en el siglo XIX, la segunda estudiaba el crimen en si mismo con conteos para determinar la frecuencia, actualmente la perfilación se encarga del estudio de la *psique* anormal del criminal. Es un método basado en el análisis de la naturaleza del crimen, la manera en que fue realizado antes durante y después del crimen, la información obtenida se conjunta con detalles de la evidencia física y es comparada con los tipos de personalidad conocida para revelar una descripción del criminal. Sus antecedentes tienen lugar en la período de 1800 con teóricos como Jacob Fries, Cesar Lombroso y Alphonse Bertillon quienes con estudios de antropología, medicina y frenología realizaron los inicios para la perfilación.

### **4.3 Antecedentes de la Perfilación**

Durante el año 1880 George Philips medico londinense fue el encargado de realizar la autopsia a las victimas de “Jack el destripador” de las que dedujo se trataba de asesinatos con características sexuales con carga de misoginia y realizados por la misma persona pues eran parecidos, intento reconstruir la escena del crimen e interpretar el patrón de comportamiento dio datos de la personalidad del criminal, lo describió como reservado de mediana edad, posiblemente cuidadoso y usaría algo para cubrirse, solitario, sin una ocupación fija excéntrico, mentalmente inestable y podría padecer alguna desviación sexual como promiscuidad. Excluyó de la gama de sospechosos a médicos y carniceros por la falta de conocimiento respecto a anatomía ya que los cortes en las victimas no eran precisos.

En el año de 1943 la Oficina de Servicios Estratégicos Unidos encargo al psiquiatra Walter C. Langer realizara el perfil de Adolfo Hitler. El psiquiatra uso diálogos del libro de Hitler “Mein Kampf” y entrevistas con personas que conocieron a éste, mediante lo cual dedujo se trataba de una persona meticulosa, convencional, prudente y cuidadoso de su apariencia, solía ejercitarse, y cuidar su salud por lo que era improbable muriera de causas naturales. Tenía fases maniacas, practicas de coprofagia, marcados deseos de incrementar su virilidad frente a la figura materna, eventos de sadismo y agrado por prácticas riesgosas lo cual lo determinaba como una persona mentalmente inestable.

James A. Brussell en al año 1957, asistente comisionado del estado de New York, realizó el perfil del llamado “Bombardero de New York”, quien colocaba bombas en lugares públicos. El estudio advirtió se trataba de un hombre corpulento, de mediana edad, soltero, con habilidades en mecánica, obsesionado con la figura materna y resentimiento hacia la paterna, católico practicante, descendiente de europeos orientales, residente en Connecticut que vive con un hermano o hermana. A quien detuvieron fue a George Metensky un solterón de 45 años, hijo

de inmigrantes polacos que vivía en Connecticut y asistía a la iglesia. En lo único en que Brussel se había equivocado es que no vivía con un hermano o hermana sino con dos hermanas solteras.

En los años 60's los crímenes en serie incrementaron y con ello la necesidad de proyectos para la solución de los mismos y reduciendo en número de sospechosos y abriendo líneas de investigación. Así la técnica se usó de manera ocasional a pesar del éxito con casos como de "el estrangulador de Boston". Fue en 1972 cuando Howard Teten, policía veterano de FBI, se interesa por los estudios de Brussel en una entrevista intercambia ideas y estrategias psicológicas para la perfilación criminal. En el mismo año hace equipo con Patrick J. Mullany y forma la *Behavioral Science Unit* (BSU) del FBI, juntos en 1978 diseñaron, un método para analizar a criminales desconocidos en casos sin resolver actualmente conocido como *Psychological Profiling Program* (programa de perfiles psicológicos) el cual consistía en la realización de entrevistas a criminales específicos de Estados Unidos, donde se recogía información sobre sus características, actitudes, motivaciones y comportamiento para analizarlos y sistematizarlos posteriormente, algunos años después ésta fue perfeccionada, sistematizada y renombrada como Programa de Análisis para la Investigación Criminal "*Criminal Investigative Analysis Program*" (CIAP), (Ressler y Schachtman, 2004).

Para 1981, Pierce Brooks realizó el sistema de identificación de asesinos seriales llamado Violent Criminal Apprehension Program (VICAP) en donde se recogen y analizan los diversos aspectos de la investigación mediante tecnología avanzada, para 1984 el éxito de *Psychological Profiling Program* y del VICAP permite el establecimiento del Centro Nacional para el Análisis de Crímenes Violentos el cual es una subdivisión de la Unidad de Ciencia del Comportamiento (BSU) del FBI y estaba a cargo de Robert K. Ressler y John Douglas, bajo su dirección, mediante entrevistas con asesinos sexuales y condenados proporcionaron amplia

información sobre patrones de conducta, rasgos de personalidad y fue cuando crearon la dicotomía asesinos organizados y desorganizados.

En el Reino Unido, la técnica se usó por primera vez para la captura del “violador del ferrocarril” John Duffy, quien realizó tres asesinatos y varias violaciones entre los años 1983 y 1986, David Canter, psicólogo y criminalista de Inglaterra fue invitado a resolver el caso y realizó un perfil bastante preciso del criminal, basándose en la deducción de detalles y suposiciones sobre los patrones de la conducta del criminal aplicando teorías psicológicas.

Actualmente el término perfil criminal es conocido con diferentes nombres como: perfil psicológico, perfil de personalidad criminal, perfil del agresor, investigación analítica criminal, entre otros. Sin embargo diversos autores, recopilados por Soria y Saíz (2005), definen la técnica de manera similar, Douglas, Burgess, y Ressler, (1992) se *“trata de un proceso de identificación de características psicológicas de una persona basándose en el análisis de los crímenes que ha cometido y proporcionando una descripción general del individuo”*. Para Geberth (1996) *“es un intento de proporcionar información concreta acerca de un tipo de persona que ha cometido un crimen determinado, con base en información de la escena del crimen y la víctima, que se integran a teoría psicológicas conocidas”*. Garrido, Stangeland y Redondo (2001) dice que es *“una técnica que proporciona datos derivados del escenario del crimen para apoyo a la investigación policial en la captura de un agresor desconocido”*. Tapias-Saldaña y Cols. (2002) comenta que es *“una técnica de investigación judicial que consiste en la inferencia de aspectos psicosociales del agresor haciendo un análisis psicológico, criminológico y forense de los crímenes, cuyo fin es la identificación de un tipo de sujeto para orientar la investigación y captura”*.

Para Soria y Saíz (2005) se *trata de una “técnica psicológica que, basada en los aspectos psicosociales del comportamiento humano que establece a partir de la escena del crimen, las características sociales y psicológicas de la víctima y los*

*hallazgos forenses y criminalísticos la motivación del autor, a partir de la cual se elaboran los fundamentos estadísticos que permitirán estructurar grupos relativamente homogéneos de sujetos que cometen determinadas actividades criminales, con la finalidad última de ayudar a la investigación o bien facilitar pruebas inculpatorias en el proceso judicial".* Pesce (2005) dice que es *"una técnica de investigación que trata de determinar la personalidad del criminal y su conducta, partiendo del análisis criminalístico, psicológico y forense de los crímenes cometidos, para descartar sospechosos, identificar tipos de homicidas y elaborar interrogatorios"*. Para lo cual es fundamental la observación de la escena del crimen y la víctima ya que a partir de éstas se desprenden evidencias psicológicas (elementos clave para la perfilación criminal).

Como se puede observar las definiciones anteriores son parecidas resaltan ciertos aspectos centrales que se toman en cuenta en la presente investigación para considerar la perfilación criminal como; *1) una técnica de investigación 2) que con base en la observación de la escena del crimen y la víctima 3) se realiza un análisis criminalístico, psicológico y forense 4) para determinar tanto los rasgos de personalidad como la conducta del criminal 5) y con ello reducir la gama de sospechosos para apoyar en la captura de un criminal determinado.*

Autores como Turvey (1998), Soria y Saíz (2005) mencionan que existen dos tipos de metodologías como fuentes de perfiles, se refieren a la inductiva y la deductiva. El método inductivo procede del análisis realizado a casos crímenes resueltos mediante los cuales se generaron principios psicológicos generales del comportamiento criminal a partir de datos empíricos y estadísticos. Se trata de un perfil que es generalizado a un caso individual, es decir, de los casos estudiados individualmente se han creado características generales que posteriormente se usan para la resolución de un crimen en particular, por ejemplo, Robert Ressler mediante las entrevistas realizadas a asesinos seriales condenados analizó la información de cada uno y observo que dadas las características había una dicotomía de homicidas en serie (organizados y desorganizados) por lo que

actualmente podemos decir que determinado criminal pertenece a una u otra categoría. Los orígenes de datos para este tipo de perfil proviene principalmente de estudios formales e informes y oficiales como los que realiza el FBI.

En cuanto al método deductivo se refiere al proceso de interpretación de evidencias forenses cuyo fin es la reconstrucción de patrones de comportamiento del criminal en la escena del crimen a partir de los cuales se deducen características psicológicas y demográficas del sujeto. En este tipo de perfil no se utiliza información de otros crímenes parecidos sino que se realiza un análisis profundo de la reconstrucción forense las fuentes de datos son tres; la victimología, la evidencia forense, y la escena del crimen. Por ejemplo, si en una escena del crimen encontramos sangre en una zona amplia podemos inferir se trata de un sujeto agresivo y por lo tanto con bajo control de impulsos sí además vemos que el cuerpo no se encuentra en la escena se concluye que el cadáver fue trasladado y por lo tanto el criminal tendrá algún medio de transporte, y a si sucesivamente con cada con cada evidencia.

Tomando una posición no ortodoxa para la presente investigación ya que cada perspectiva tiene sus ventajas y desventajas diremos que el complemento de ambos métodos puede ser mayormente productivo, incluso llagan a ser complementarios ya que a partir de los casos estudiados se han creado tipologías y caracterizaciones que ayudan en la interpretación de un caso en particular. Fue mediante entrevistas a criminales condenados que se llago a la división de homicidas organizados y desorganizados y con base en ésta es que al ver el escenario de un crimen podemos inferir el tipo de criminal en buscado.

Algo similar sucede con los modelos teóricos para la generación de un perfil, existen dos y más allá de ser contrapuestos se consideran complementarios. El primero es el del FBI en el cual se resalta la inferencia de motivaciones y la creación de tipología, surge de las limitaciones enfrentadas por los agentes al utilizar solo evidencias físicas como; pelos, huellas, sangre etc., por lo que

consideraban de suma importancia atender también las evidencias no-físicas o psicológicas como; rasgos de personalidad, tipo de agresión, la existencia o no de un ritual etc., se apoya fuertemente de la experiencia del equipo de trabajo y de las investigaciones realizadas. El segundo es el modelo de David Canter que comparte con el anterior, la posibilidad de predecir ciertas características del criminal, sin embargo Canter no usa tipologías ni se centra en las motivaciones sino que para él lo más importantes es poner atención en la conducta observable del criminal. Sin embargo ambos utilizan las mismas fuentes de información como; exámenes, victimología, entrevistas y escena del crimen.

Cabe mencionar que a pesar de que la técnica es mayormente usada para los casos de homicidios seriales, no es exclusiva de tales crímenes pues la perfilación también ha sido usada para agresiones sexuales tanto a infantes como a adultos y con incendios o bombas por ejemplo el caso de Metesky alias “loco de las bombas” en Nueva York.

Según Canter (2000) citado en Soria y Saíz (2005) los principios psicológicos para la investigación criminal son tres:

- 1) Selección de conductas o recopilación de información; se refiere a la determinación de conductas sobresalientes que permiten la identificación del autor.
- 2) Inferencia de características o conclusiones a partir de los datos; Son las posibles deducciones sobre el criminal a partir de las acciones en el acto violento.
- 3) Enlace de crímenes o identificación de consistencias; se establecen las posibles conexiones entre crímenes para determinar la autoría en unidad.

El mismo autor pone de manifiesto cinco características del criminal inferibles mediante su conducta estas son:

- 1) Localización de la residencia: mediante el conocimiento del lugar de los crímenes se puede inferir la zona de residencia del criminal (perfil geográfico)
- 2) Biografía criminal; el estudio cuidadoso del *modus operandi* da datos del historial criminal del sujeto como; uso de drogas, tipo de armas usadas o la inclusión de actividad sexual con la víctima.
- 3) Características sociales; el mismo crimen cuando se realiza de forma diferente puede dar información sobre su actividad social.
- 4) Características de personalidad; en el acto criminal se pueden ver rasgos de personalidad que el individuo también utiliza en su vida cotidiana.
- 5) Historia educacional y profesional; las conductas en el acto criminal dan pistas del status educativo del sujeto, si por ejemplo, si el cuerpo presenta heridas punzo cortantes finas y exactas, probablemente se trate de alguien con conocimiento de anatomía y por lo tanto con estudios al respecto.

Para el FBI el procedimiento consta de 6 pasos, en los cuales se pueden incluir los postulados por Canter, estos son:

- 1) Asimilación de datos: Se refiere a la recopilación de datos útiles para la resolución del caso en donde se incluye información sobre la escena del crimen (posición del cuerpo, armas y evidencias físicas), victimología (tipo de persona, actividades, empleo, familia, grupo social, hábitos o relaciones interpersonales), información forense (causa de muerte, arma homicida, actos sexuales, reporte de necropsia etc.), informes policiales (hora del hallazgo, tipo de domicilio, fotos de la escena etc.).
- 2) Clasificación del crimen: Después de obtenida la información se hace un análisis preliminar de esta. Aquí se determina el tipo de homicidio o crimen perpetrado así también la intención y motivación del sujeto, los riesgos implicados tanto para la víctima como para el criminal y la secuencia de los actos cometidos a lo largo del crimen. Los factores temporales como;

tiempo para asesinar a la víctima, para los actos adicionales con el cuerpo (necrofilia, canibalismo, descuartizamiento, etc.) y hora del crimen. Los aspectos de ubicación como; lugar de rapto, lugar de hallazgo y escena del crimen.

- 3) Reconstrucción de la escena del crimen: con los datos del paso anterior se empieza el establecimiento de los posibles sucesos en el crimen, las acciones de la víctima durante el mismo y *modus operandi*. Aquí ya es posible clasificar el acto como organizado o desorganizado y en resultado deducir la selección de la presa, estrategias de control sobre esta última, secuencia del crimen, organización y planificación (si es el caso), localización de la escena, método de muerte, postura del cuerpo, traumas y ubicación del arma.
  
- 4) Generación del perfil: con la información recopilada hasta el momento se construye el perfil del criminal donde primeramente se incluye tipo de persona y organización del comportamiento para entonces poner en práctica estrategias de investigación como; interrogatorios, disminución o énfasis en posibles sospechosos, lugares de búsqueda ya sea de los posibles perpetradores o víctimas; se involucran las posibilidades de reacción del criminal antes de estas. También consta de los siguientes elementos, en la medida de lo posible, según los datos recopilados: raza, edad, apariencia física, relaciones interpersonales, ocupación, educación, estatus conyugal, objetos personales que podemos encontrar al cuestionarlo (pornografía, fotos o armas, etc.) Con lo anterior se resaltan también los principales rasgos de personalidad.
  
- 5) Remisión del informe: Más que una etapa de lo que es la perfilación se trata del uso que se da al perfil elaborado pues una vez realizado se redacta y lleva a manos de las autoridades que están siguiendo la investigación para

entonces emprender la reducción de la gama de sospechosos, cuando los crímenes continúan la nueva evidencia encontrada tiene que ser incluida para hacer la descripción más específica y entonces se realice un perfil más exacto.

- 6) La aprehensión: Después de capturados los sospechosos se inician otras técnicas de investigación para llegar a una confesión, si es el caso entonces la declaración del criminal valida el perfil realizado.

Como se puede resaltar los elementos fundamentales en la generación del perfil, ya sea desde el punto de vista de Canter o del FBI, son tres: la escena del crimen, la víctima y los hallazgos forenses. Soria y Saíz (2005). Los cuales se describen en el siguiente apartado.

#### **4.4 Elementos De La Perfilación**

Para llevar acabo este proceso, la técnica de perfilación, se apoya en la criminalística la cual se considera:

*“una ciencia auxiliar del derecho penal que mediante la aplicación de sus conocimientos, metodología y tecnología al estudio de las evidencias materiales, descubre y verifica científicamente la existencia de un hecho presuntamente delictuoso y al o los presuntos responsables aportando las pruebas a los órganos que procuran y administran justicia”* Montiel (1990).

Como se puede ver esta definición enfoca a la criminalística hacia el derecho penal, el delincuente y el delito lo cual puede pensarse contradictorio según el enfoque que se esta manejando en la presente investigación, por lo tanto, cabe aclarar que la perfilación criminal esta dirigida hacia el homicida serial que finalmente también es un delincuente aunque el delito por asesinato múltiple no se

encuentra tipificado en nuestro código penal si lo está el homicidio en sus diferentes atenuantes y agravantes.

Para el estudio de las evidencias materiales, es decir cualquier material potencialmente útil para relacionar a un sospechoso, arma, o un lugar con el crimen, la criminalística hace un análisis de los indicios los cuales por definición son *“todo objeto, instrumento, huella, marca rastro, señal, o vestigio que se usa y se produce en la comisión del de un hecho”* Montiel (1990) en este caso el homicidio. Estos pueden dividirse, según Di Mayo (2003) citado en Soria y Saiz (2005), en muestras orgánicas e inorgánicas; las primeras se refieren a sangre, semen, pelos, tejidos orgánicos, uñas, mordeduras, huellas dactilares y saliva, entre otras; las segundas a ropa, balas, armas, fibras, pintura, cristal, tierra así como huellas de pies calzados y descalzados etc.

Los indicios dejados en la escena del crimen comparten ciertas características o elementos por los que deben pasar:

- 1) Búsqueda en el lugar: debido a que son frágiles pueden no verse a simple vista, olvidarse o ser alterados con facilidad por los investigadores por lo que se requiere de una investigación minuciosa.
- 2) Recolección y envío al laboratorio: resulta importante esta etapa ya que una inadecuada compilación puede llevar a una investigación con elementos perdidos o contaminados que probablemente sean potenciales para inculpar a sospechosos y con ello llegar a la detección del autor. Las normas básicas para la recaudación son:
  - a. Incluir los soportes de la muestra encontrada
  - b. Evitar roces o enmohecimientos de la muestra
  - c. Asegurar la limpieza de los recipientes donde se transportan
  - d. En frascos de sangre, asegurarse de que están secos para evitar la hemólisis

- e. Utilización de guantes y material desechable
  - f. Etiquetado e individualización de las diferentes muestras
- 3) Examen analítico e interpretativo de estos

#### **4.4.1 Pruebas Orgánicas**

##### **Sangre**

En la sangre es el indicio más común en crímenes violentos como el homicidio serial, se estudia principalmente; el aspecto en donde se analiza el color (cuando es rojo claro proviene de las arterias y la oscura es de venas) éste también depende de la antigüedad (la sangre con el transcurso del tiempo se va oscureciendo); la forma depende del volumen, el ángulo de incidencia, la fuerza de proyección, la naturaleza del soporte de depósito y los mecanismos de proyección. Estos últimos se dividen en cuatro grupos:

- a) Proyección. Se produce por el bombeo del corazón lo cual determina si la persona tenía vida cuando le infringieron las heridas.
- b) Escurrimiento. Siendo un líquido se desliza y esto da datos del movimiento del cuerpo.
- c) Contacto o impregnación. Se refiere a la absorción de la sangre en un soporte por el contacto con otro cuerpo ya sea poroso o no que a su vez dejara una marca al ponerse en contacto con otro.
- d) Limpiadura. Se produce por impregnación y contacto.

En cuanto a las pruebas analíticas encontramos tres relevantes: las de probabilidad, son para determinar si la sustancia es sangre o no; las de certeza, son para determinar si la sangre es humana o no y de las cuales hay cuatro tipos, histológicas, microquímicas, espectroscópicas, y cromatográficas; y por último las de tipo sanguíneo y reactivo, su fin es detectar las características identificadoras del sujeto al que pertenece la sangre.

## **Semen**

Esta compuesto por plasma y espermatozoides, su color tiende a cambiar con el tiempo, se busca en objetos de posible contacto de forma directa sobre; la víctima por ejemplo vagina, boca, ano etc.; sobre soportes físicos como sabanas, alfombras, vestiduras etc., o de manera indirecta como papel, pañuelo que generalmente indican limpieza. La morfología varia dependiendo de la superficie en la que se encuentre, en la piel tiene apariencia de escamas; en pelos aparece como magma de color gris; en superficie no absorbente es una película brillante. Hay tres tipos de análisis:

Pruebas de orientación. Se usan para grandes dimensiones regularmente con fluorescencia o con prueba de alizamina.

Pruebas complementarias. Se usan cuando lo que encontramos son espermios y no espermatozoides normalmente se utilizan las enzimáticas, cristalografías o electroforéticas.

Pruebas de certeza. Se analizan las características específicas de los espermatozoides.

## **Cabello**

Es un indicio de fácil acceso ya que lo podemos encontrar tanto de la víctima como del victimario y en varios lugares como ropa, unas, órganos genitales o arma homicida. Para fines forenses éste se divide en tres partes el bulbo (de gran ayuda para saber si fue arrancado de forma violenta), el tallo y la punta. Principalmente, en laboratorio se estudia el aspecto, parásitos, tintes roturas, olor, dimensión, con ayuda de un microscopio o ultropack, después se desengrasa, se limpia con alcohol y éter para ponerlo en bálsamo de Canadá prueba tras la cual se puede concluir si es de procedencia humana, raza, edad, sexo entre otras características como el ADN.

## **Toxicología**

Se refiere al proceso en el cual se aísla, identifica y determinan los tóxicos lo cual permite un diagnóstico de intoxicación y con ello el esclarecimiento de hecho incluso aunque no haya intoxicación algunas sustancias encontradas en el organismo humano son de gran ayuda para la investigación criminal nos informa sobre las vías de entrada al organismo, el pH urinario y la excreción extrarrenal, las muestras son obtenidas de: contenido gástrico, sangre, orina humor vítreo, hígado, cerebro, riñón, bilis etc. este tipo de evidencias son sensibles ya que tienden a cambiar rápidamente por efectos físicos y químicos como la luz, oxidación, temperatura etc.

## **Huellas dactilares**

Se refiere a las imperdones biológicas que dejan las yemas de los dedos en las superficies que uno toca y más aun cuando estos últimos tienen manchas de tinta, sudor u otro liquido, tiene cuatro características básicas; la inmutabilidad, pertenecen a la persona desde los primeros días de vida hasta la muerte; inalterabilidad no son afectadas por lesiones o enfermedades a menos que de a nivel de la dermis caso en el cual resultas más específicas para estudios forenses; variabilidad son diferentes en cada persona; y se pueden clasificar de manera forense.

Presenta problemáticas ya que es una técnica muy usada y es la primera que previenen los criminales, también porque para obtenerse se necesita de superficies específicas como lisas, planas y limpias además de necesitarse un tamaño óptimo para obtener el lofograma.

### **4.4.2 Pruebas Inorgánicas**

#### **Balística**

Se encarga de analizar el comportamiento de los proyectiles sus causas y efectos sobre superficies con el fin de apoyar en la investigación, sus funciones específicas son; el estudio de los proyectiles y armas para determinar el tipo, la

marca y la nacionalidad; el estudio del funcionamiento del arma, la relación de disparo entre ésta y la bala percutida así como la relación con el hecho, también se determina la distancia de disparo, por último se especifica el número de trayectorias de disparos, mediante el examen del impacto producido.

### **Huellas de pies**

Otro tipo de huellas que se pueden clasificar en orgánicas o inorgánicas dependiendo de la forma, son las de los pies descalzos y calzados, de cualquier manera este tipo de huellas deben ser buscado en lugares lejanos pero circundantes a la escena del crimen es un tipo de indicio difícil de obtener ya que son de fácil alteración y aunque se encuentre conservada se necesita de varias para hacer un cotejo.

En cuanto a las huellas de pies descalzos se les llama positivas debido a que se encuentran en superficies lisas y el pie estar manchado por algún tipo de sustancia como colorante o no como tinta, sudor o grasas naturales del organismo esto hace que se impriman huellas plantares en superficies lisas, enceradas o muy brillantes en cuyo caso será necesario oscurecer el lugar y proyectar una luz intensa al ras de la superficie para poder obtenerlas o utilizando reactivos para las huellas dactilares. La planta consta de cuatro regiones, antepié, bordes interno y externo, y talón, llegan a alterarse cuando tenemos un tipo de pie específico como el arqueado y el plano donde se incluye el amontonamiento de los dedos.

Ahora bien en cuanto a las huellas de pies calzados, también se les llama huellas negativas porque se imprimen por la presión que ejerce el cuerpo en una superficie blanda como lodo arena, nieve, arcilla etc. Aquí se analiza; línea de marcha, línea del pie, ángulo del pie, longitud de los pasos, y la separación. Son de gran importancia para la perfilación ya que mediante estas se determina la postura, rapidez al caminar o correr, tipo de calzado, edad, sexo, costumbres, enfermedades, hábitos profesionales, y defectos físicos los cuales también pueden verse alterados por la edad. Montiel (1990)

**Línea de marcha**, une a los talones y la hay quebrada o lineal en una marcha normal se coloca un pie delante de otro y en la cerrada se llega a confundir con la línea de dirección. Cuando los talones no tocan ésta última y hay una marcha quebrada entonces se determina que se caminó con rapidez.

**Línea del pie**, es la que cruza la plante de manera simétrica.

**Angulo del pie**, es el que se forma con la de dirección y la del pie

**Longitud de los pasos**, es la distancia que hay entre la huella de un pie y el siguiente, se mide desde el centro del talón de un pie al otro, nos ayuda para saber la estructura y rapidez al caminar.

**La separación** se mide del centro del talón del primer pie hacia dentro justo a la altura donde esta el otro dibujado con una línea imaginaria.

Ahora bien los indicios anteriores se localizan el lugar donde se cometió el hecho (escena del crimen) de la cual, al igual que los asesinos seriales, también hay clasificación la cual nos permite organizar mejor la información y hacer inferencias más cercanas a la realidad en cuanto al perpetrador del crimen.

#### **4.4.3 La Escena Del Crimen**

La escena desorganizada habla de acciones espontáneas con carga de impulsividad donde la víctima se eligió al azar y se encuentra en el lugar del hecho por lo que el asesino usa los objetos encontrados ahí como armas, así resulta tener mayor evidencia forense dada la falta de planificación. Esta escena es propia, por ende, de un criminal desorganizado de quien se pueden inferir enfermedades psiquiátricas, relaciones interpersonales escasas, deficiencias sexuales, ataca de manera brutal, tiende a deshumanizar a la víctima por lo cual encontraremos golpes fuertes en el rostro o bien cubierto con ataques sexuales post- mortem. Suelen mutilar los cuerpos y no trasladarlos a menos que lo quieran como recuerdo, se relaciona con desorganización en otras áreas de su vida como trabajo, casa, automóvil, higiene, apariencia, comportamiento y estado mental. Se resaltan rasgos de inseguridad debidos a la poca socialización por lo que los

crímenes estarán cerca de su domicilio o trabajo lo cual reduce el perímetro de búsqueda.

La escena organizada es propia del asesino también organizado, en donde se resalta la planificación, premeditación y esfuerzos para no ser identificado, se selecciona el lugar del hecho en áreas aisladas, la víctima es transportada a otro lugar y difícilmente se encontrara arma homicida, comúnmente, lleva las propias. Socialmente son aptos sin embargo sus relaciones serán superfluas y a menudo presentan rasgos de personalidad antisociales la víctima se elige con cuidado o por oportunismo. Habrá indicios de tortura, muertes lentas y dolorosas, el cuerpo es llevado a otro lugar y evidencia de desmembramiento para evitar la identificación. Su organización se refleja tanto en el estilo de vida como en la vivienda, automóvil, apariencia etc., el criminal de esta escena tiene una imagen masculina, sexualmente competente, locuaz, capacidad para controlar emociones su educación fue rígida, busca el control de la presa y de las noticias en torno al crimen perpetrado.

Como se dijo líneas atrás también hay el asesino mixto y por consecuencia una escena mezclada, regularmente se debe a la existencia de dos criminales, al aborto del hecho o a la manipulación de la situación para desviar la atención, ciertamente los crímenes pueden tener aspectos de ambos pero uno predomina. También hay la posibilidad de encontrar más de una escena (esto se ve más en los crímenes con planeación); la inicial, que corresponde a lugares de vigilancia, captura o contacto primario; la principal es donde se comete el primer crimen (tortura, violación etc.) y la final donde se abandona el cuerpo.

#### **4.4.4 La Víctima**

Mediante el cuerpo de la víctima también se obtienen indicios para la perfilación en primer lugar se crean hipótesis respecto a la forma de contacto del agresor con la presa, después la lógica de la elección, luego se valora el riesgo del occiso para lo

cual se analiza, el sexo, estilo de vida, edad, etc., ya que estos datos también nos hablan de los riesgos que tomo el asesino. Según Holmes citado en Soria (2005) las variables relevantes a contemplar mediante en el análisis de la víctima son:

Rasgos físicos: vestimenta, color de pelo, genero, edad y apariencia en general.

Estilo de vida: tipo de vivienda, nivel socioeconómico, intereses, amistades y actividades rutinarias.

Profesión: relaciones interpersonales derivadas de las actividades profesionales, las características de estas y actividades laborales.

Educación: niveles de estudio y amistades relacionadas con la época estudiantil

Residencia: ubicación del domicilio, tipo de vecindario, raza étnica y relaciones con vecinos pasados y actuales.

Historial medico: es esencial para la identificación de victimas sin documentación (impresiones dentales, enfermedades crónicas o transitorias así como venéreas).

Historial psicosexual: análisis de encuentros de parejas, o amantes y la existencia o no de prostitución.

Antecedentes penales: información sobre roles jurídicos como testigo, acusado o afectado.

Actividades antes del crimen: rutas de desplazamiento, encuentros sociales así como llamadas realizadas o recibidas etc.

La escena del crimen, las evidencias forenses y la víctima forman parte de los indicios a recolectar como datos para la perfilación que como se dijo líneas atrás el ultimo paso a realizar con éstos es la interpretación, es decir, en este caso, convertir la información encontrada en datos psicológicos que ayuden para la conformación de la perfilación. Se muestra un ejemplo de esto a continuación.

Lunes 23 de abril del 2007, se encontró el cuerpo de Sr. Roberto Suárez de 40 años de edad, gerente y administrador de una franquicia de restaurantes de cadena nacional. Casado desde hace 13 años, tiene dos hijos varones de 11 y 9 años, ambos estudian el nivel básico en una escuela particular que se encuentra a 30 minutos de su casa.

## **Indicios**

**Sangre:** Esgurrimiento en la pared posterior del cuarto de baño de la recámara principal, el cual tiene lugar debido al desvanecimiento del cuerpo sobre la misma pared, lo cual indica que el homicida no movió el cuerpo, posiblemente no podía moverlo, puede tratarse de una mujer o de alguien que tenía el tiempo exacto para cometer el homicidio

**Cabello:** Los encontrados en el cuarto de baño son de color castaño oscuro, de una largo aproximado de 15 cm, que va de tallo a punta. Según la prueba de ADN, el cabello corresponde a la esposa del occiso. Esto sugiere que no hubo forcejeo ni resistencia ya que el cabello no fue arrancado sino caído de forma natural, la falta de resistencia presume que era una persona cercana al Licenciado pues no hay indicios de tomar algo para cubrirse.

**Huellas dactilares:** Las obtenidas de los picaportes secundarios pertenecen a: hijos, esposa y sirvienta. Sin embargo en los principales, es decir, entrada de recámara principal y puerta de baño, se encuentran huellas parciales como borradas en dirección de la apertura de la chapa. Lo cual indica: la utilización de algún tipo de tela para abrir ya sea en forma de guante o pañuelo, por lo tanto el ataque fue planeado y cuidadoso.

**Balística:** Se encontraron dos casquillos percutidos a una distancia de 1 m. en un ángulo de 45° respecto a la pared lateral izquierda del cuarto de baño. Las balas refieren un arma de fuego calibre 22. El primer disparo atravesó el hombro y el segundo fue el mortal ya que perforo la aorta. De lo cual se infiere:

La distancia corta; indica que el homicida **quería** asegurarse de dar muerte al occiso sin embargo algo lo detuvo para no lanzar los disparos “*a quemar ropa*” y en una zona específicamente mortal por lo cual necesito de dos proyectiles. Podría calificar para un **homicidio por venganza**.

**Huellas de pies:** se encontraron impresiones parciales negativas en la alfombra de la habitación que conduce al baño, inician con una marca de 8mm.<sup>2</sup> y la indicación del fin no es precisa. Sin embargo estas huellas son continuas y tienen una dirección hacia el cuarto de baño y de regreso, de lo cual se infiere pueden pertenecer un tipo de soporte como bastón o a la presión de tacones de zapato de mujer. Tomando en cuenta esta hipótesis la línea de marcha es quebrada sin llegar a confundirse con la línea de dirección, lo cual indica un desplazamiento rápido y preciso por lo tanto el victimario sabía la ubicación exacta del cuarto de baño y de la víctima, esto descarta el que las huellas encontradas sean de un soporte ya que si una persona necesita un bastón para caminar también requiere de más tiempo para desplazarse, además, en tal caso la trayectoria sería lineal.

**La víctima:** El cuerpo fue encontrado en la regadera del cuarto de baño, en posición sedente (deslizado sobre la pared posterior, piernas flexionadas, tórax inclinado hacia delante, cabeza inclinada en la misma dirección) pegado a la pared posterior, desnudo, con la llave del agua aun abierta. Lo que indica un ataque sorpresivo mientras tomaba un baño, por la forma de exhibir al occiso se infiere la existencia de sentimientos de odio y venganza.

**Rutina:** La víctima volvió la noche anterior de un viaje de negocios que hizo a la ciudad de Cancún Quintana Roo el jueves por la tarde. Llegó a las 4 de la mañana del domingo por lo que se presume llegaría tarde al trabajo. Se presume entonces que el victimario conocía de la alteración en el horario de la víctima y sabía a que hora podría sorprenderlo.

**Tiempo:** En un lapso de las 7:30 am. que su esposa salió a dejar a sus hijos a la escuela y 9:00 am. que fue encontrado el cuerpo por la misma quien dice haber tenido una entrevista con la maestra de su hijo mayor. Por lo tanto no había nadie en casa al momento de los hechos, pues la sirvienta no va los lunes. Así el ataque fue planeado y se realizó de forma rápida.

**Otros datos:**

Cerraduras sin forzar, lo cual indica la utilización de llaves para acceder.

La interpretación de los indicios dan los siguientes datos:

**Escena del crimen:** Organizada con poco contenido de violencia o resistencia, al parecer el móvil es la venganza ya que la casa no fue saqueada.

**Clasificación del crimen:** Homicidio por venganza.

**Perfil posible:** El ataque se dio en su casa, ninguna de la chapas fueron forzadas y se realizó en un horario poco habitual pues con regularidad el Lic. Suárez sale a la misma hora que su esposa para ir a trabajar, en esta ocasión acababa de llegar de un viaje de negocios el domingo por la madrugada, razón por la que tardó en salir de su domicilio. Dichos datos presuponen que el posible responsable es; una mujer con tacones, cercana a la víctima con sentimientos de odio, venganza y decepción, con acceso a las llaves de la casa, conocimiento de la alteración de la rutina de la víctima, algún asunto pendiente con el susodicho. Por el uso de tacones y pañuelo o guantes debe ser una persona cuidadosa de los detalles, con suficiente planeación, paciencia y tendencia a la agresividad encubierta, por el grado sorpresivo del ataque.

Las mujeres más cercanas que pueden cubrir el perfil son: La sirvienta, la secretaria y la esposa.

La sirvienta: puede tener acceso a las llaves. Sin embargo una persona acostumbrada a labores domésticas difícilmente está acostumbrada a usar tacones, aun en su tiempo libre.

La secretaria: su trabajo le exige el uso de tacones, conocimiento de los asuntos de su jefe. Los sentimientos de odio y venganza solo pueden justificarse por negligencia laboral o relación amorosa si fuese el primer caso un trabajador tiene más oportunidades legales para demandar y exigir justicia, en el segundo caso, una amante no tendría acceso a las llaves de la casa.

La esposa: Es una mujer lo suficientemente cercana como para saber: sobre la alteración de la rutina; tener acceso a las llaves y para que el occiso no

pretendiera siquiera taparse o defenderse al momento del ataque. Ese día ella tuvo una reunión con la maestra de su hijo, situación que exige adecuadas condiciones de aliño así el cuidado de los detalles esta implícito. Los sentimientos de venganza, odio y decepción, puede justificarse por: infidelidad. Siendo la víctima un hombre de negocios en el área restaurantera puede tener oportunidades variables con: hostess, edecanes y secretarias.

Como se puede ver los indicios interpretados reducen la gama de sospechosos, esto contribuye a que se inicien investigaciones más precisas, así las habilidades adquiridas por el psicólogo clínico en su formación profesional, son elementales para esta interpretación y son de especial importancia no solo para los casos de homicidio de primero y segundo grados, sino también en el caso de asesinato serial el cual no es ni ha sido la excepción en México y son más importantes para mostrar como el psicólogo clínico tiene pericias para contribuir al ámbito criminológico.

Sin embargo la investigación, documentación y profesionalización de personas en nuestro país es limitada, para empezar los asesinos seriales se están encontrando por casualidades sin haber un proceso de identificación previo como lo es la perfilación, ni una persona capacitada como perfilador lo cual es el inicio para posteriores investigaciones, ya que sin personal capacitado para perfilar, las capturas pueden ser erróneas y entonces eso limita la investigación en consecuencia el tratamiento y la posible prevención o rehabilitación.

Respecto a las limitaciones mencionadas, García (2004) dice que en la Ley sobre las normas mínimas de readaptación social de sentencia se pugnaba por:

*“...el estudio de la personalidad del delincuente...por la individualización de tratamientos de readaptación social de internos mediante la educación, capacitación y el trabajo... insistimos en la necesidad de seleccionar y capacitar al personal penitenciario, que constituye la piedra angular en el objetivo de la pena*

*de prisión ya que ni los espacios físicos dignos ni las mejores leyes son suficientes si no se cuenta con un personal comprometido...”*

Sin embargo la misma autora dice que estas normas mínimas no han tenido éxito debido a múltiples razones entre estas la improvisación de personal, es decir realmente hay fallas en el procedimiento es la capacitación de personal y quizá no sea propiamente el adiestramiento sino la inclusión de profesionistas que ya tienen una formación previa con la cual apoyar, un ejemplo de esto es el psicólogo clínico quien con sus habilidades implícitas al perfilar y en el estudio de la personalidad contribuye al ámbito criminológico pues en la medida que éste tenga un lugar dentro del sistema, las capturas serán más acertadas para entonces partir a investigaciones estructuradas con muestras representativas de las cuales surjan posibles hipótesis explicativas.

A pesar de lo anterior, el sistema no da pauta y reconocimiento de las habilidades del psicólogo clínico al perfilar, pues los postgrados en criminología permiten que diestros de otras disciplinas como (el derecho, el trabajo social, psiquiatras incluso historiadores, entre otros) ingresen y con ello creen tener formación suficiente en evaluación de personalidad como para estudiar al criminal y su conducta dejando de lado la principal función de nosotros los psicólogos clínicos, con esto limitan el nuestro campo de ejercicio profesional. Esto lo podemos constatar a continuación, al revisar las funciones del criminólogo en centros penitenciarios.

*“integrar el expediente con el estudio de personalidad del interno mediante una **descomposición analítica y una recomposición sintética** con fin de emitir un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento, destacando la peligrosidad del individuo y su posible readaptación social; realizar e integrar los estudios de personalidad de procesados internos; canalizar a los internos a las diferentes áreas de tratamiento, de trabajo, escolar, terapia individual o grupal, asistencia a grupos de alcohólicos etc.”* García (2004)

Y las preguntas que surgen son lógicas ¿Estas no son habilidades y funciones propias del psicólogo? ¿Se puede estudiar la personalidad criminal sin estudiar primero la no criminal? ¿Quién es y qué formación tiene el criminólogo? ¿La formación del criminólogo realmente le da la base metodológica para hacer estudios de personalidad, diagnósticos, pronósticos y tratamientos? ¿Qué formación previa necesita tener el criminólogo como para realizar dichas funciones? ¿Qué deberían hacer al respecto las instancias que dan título al criminólogo?

Por lo antes mencionado el propósito de la presente investigación tiene como objetivo principal un análisis crítico del ejercicio del psicólogo para determinar la importancia y necesidad de delimitación y reconocimiento de las habilidades del psicólogo clínico dentro del ámbito criminológico y con ello contribuir a la ampliación de horizontes de acción en psicología. Se analiza el ejercicio del psicólogo clínico en cuanto a evaluación de personalidad, la metodología que usa y sus principales técnicas.

Partiendo de la afirmación en donde nosotros (los psicólogos clínicos), somos los diestros en el estudio de la personalidad y por consecuencia de la conducta, nos corresponde el estudio de la personalidad y conducta criminal, también se examina una de las principales técnicas para la captura de criminales desconocidos, la perfilación criminal, misma que basa su metodología determinando rasgos de personalidad mediante la escena del crimen y otros detalles. Así se conjugan las características de ambas para establecer lo antes mencionado.

Para ejemplificar cómo las habilidades del psicólogo están implicadas en el proceso de perfilación, al cual le estamos dando un valor especial entendiéndolo como, el primer paso esencial que lleva a la captura y da ahí se despliegan varios beneficios como la investigación. A continuación se presenta el análisis de la interpretación de indicios en un caso de homicidio serial, se presta atención a los

rasgos psicológicos sobresaliente con los cuales se hace el proceso de inferencia para la conformación del perfil.

Primero se muestra una breve introducción de las víctimas que conforman el caso después dicha información se organiza dentro de un cuadro (1.2) que da pauta a la presentación del proceso de perfilación indicado por el FBI.

#### **4.5 Caso De Homicidio Serial**

En el año 1974 la ciudad de Washington y sus alrededores se convirtieron en un sitio de atención y horror para la policía ya que, jóvenes en su mayoría estudiantes, empezaron a desaparecer sin razón aparente, tras lo cual se hallaban los cuerpos sin vida con muestras de haber sufrido graves lesiones físicas y sexuales. A continuación un resumen introductorio de cada víctima. (Ver también anexo 1)

**Victima 1. Joni Lenz de 18 años** de edad fue encontrada en la habitación del sótano de la casa donde vivía y que compartía con otras chicas en Seattle el **4 de enero de 1974**. La chica sobrevivió un horrible ataque que incluyó golpes en la cabeza y rostro, infringidas con un palo de la base de la cama y otro fue introducido a la fuerza en la vagina. Lenz sufrió daño cerebral y heridas internas. Aparentemente, el atacante entró y salió de la casa a través de una ventana abierta del sótano.



**Victima 2. Lynda Ann Healy de 21 años** fue secuestrada, la madrugada del **31 de enero de 1974**, de su habitación que se encontraba en el sótano, sin que nadie se percatara. Manchas de sangre fueron encontradas en su cama el juego de sábanas había desaparecido, el camisón que usaba esa noche estaba colgado en su closet con el cuello también ensangrentado. La vistieron antes de llevársela de la casa ya que la ropa que usaba el día anterior no fue encontrada como tampoco su cuerpo o

rastros del atacante. La puerta del sótano que conducía directamente al exterior estaba abierta este pudo ser el lugar de entrada del atacante. Incluso, es probable que la misma Healy le haya permitido la entrada.



**Víctima 3. Donna Mason de 19 años desaparece el 12 de marzo de 1974.** Es vista con vida por última vez alrededor de las 7 de la tarde dirigiéndose a un concierto de jazz en el campus. Jamás fue vista de nuevo, ni muerta ni viva.



**Víctima 4. Susan Rancourt de 18 años, desaparece el 17 de abril de 1974** mientras camina por los jardines del Central Washington State College localizado en Ellensburg. Había quedado de verse con un amigo para ir a ver una película alemana, nunca llegó a la cita. Fue vista por última vez a las 9 de la noche cuando salía de una junta con uno de sus asesores escolares. Un hombre fue visto esa misma noche, intentando obtener ayuda para llevar una gran cantidad de libros a su auto.



**Víctima 5. Roberta Parks de 20 años** fue secuestrada en el campus del colegio de Oregon **el 6 de mayo de 1974** mientras se dirige al dormitorio de unas amigas para tomar un café. No se reportó su desaparición hasta mitades del mes en que fue secuestrada.



**Víctima 6. Brenda Ball de 22 años** desaparece el **primero de junio de 1974**, de la Taberna Flame en Burien. Había comentado a sus amigos que iba a buscar quién la llevara a Sun City, fue vista por última vez en el estacionamiento de la taberna platicando con un hombre con el brazo en cabestrillo. Tomó 19 días a sus amigos darse cuenta que jamás había llegado a su destino, solo entonces dieron aviso a la policía.



**Víctima 7. Georgean Hawkins** estudiante de la Universidad de Washington, **de 18 años de edad**, fue secuestrada de un callejón después de salir de la fraternidad de su novio (Kappa Alpha Theta en

Seattle) para dirigirse a la suya **el 11 de Junio de 1974**. La distancia entre ambas fraternidades era solo de 27 metros y aun fue vista a la mitad del camino bien alumbrado entre ambas fraternidades. Un grito fue escuchado por otra persona a esa misma hora, Hawkins había desaparecido.

Su compañera de cuarto se preocupó al ver que no llegaba y llamó al novio de Georgann, él le dijo que ella había salido de ahí a la 1 de la mañana. La preocupada compañera despertó a la encargada del dormitorio y juntas esperaron su llegada. Por la mañana llamaron a la policía quién, en vista de otras desapariciones en el área, investigó inmediatamente.



**Víctima 8. El 14 de julio de 1974, Janice Ott de 23 años**, estudiante de psicología en Seattle, dejó una nota a su compañera de cuarto diciendo que iba a dar una vuelta en bicicleta al Parque del Lago Sammamish. Más tarde algunos testigos dijeron haber visto a una chica que se ajustaba a la descripción de Janice platicando con un hombre de aspecto amigable que llevaba un brazo en cabestrillo, fueron los últimos en verla viva. Fue secuestrada frente a todo mundo en el parque sin levantar la menor sospecha. Había sido demasiado fácil.



**Víctima 9. Denise Naslund de 18 años** dejó a su novio por un momento para ir al baño, alrededor de las 4:30 de esa misma tarde en que Ott desapareció, Naslund fue vista en el baño pero nunca regresó a la playa donde su novio la esperaba. Desapareció también del Parque del Lago Sammamish en Seattle.



**Víctima 10. Melissa Smith de 17 años** hija del Jefe de Policía de Midvale, desapareció **el 18 de octubre de 1974** cuando iba hacia su hogar a recoger alguna ropa para pasar la noche en casa de una amiga. Nueve días después sus restos son encontrados en Summit

Park. Fue violada y sodomizada antes de ser asesinada. Su cráneo estaba roto al parecer golpeado con algo parecido a una barreta.



**Víctima 11. Laura Aime de 17 años** desaparece en **octubre 31 de 1974**, tras asistir a una fiesta de Halloween. Su cuerpo desnudo sería encontrado el 27 de noviembre en las montañas Wasatch. Había sido golpeada brutalmente y atacada.



**Víctima (ataque) 12. El 8 de noviembre de 1974** un hombre atractivo se acercó a **Carol DaRonch de 18 años de edad** en la librería Waldens Books de Utah. El extraño le dijo que había visto a alguien tratando de robar su coche y le pidió que lo acompañara al estacionamiento para averiguar si habían robaron algo. Carol pensó que el hombre pertenecía a la seguridad del almacén, cuando llegaron al coche le comunico que todo estaba en orden y no faltaba nada.

Repentinamente él detuvo el auto e intentó esposarla, ella luchó y como resultado ambas esposas terminaron colocadas en la misma muñeca. Carol gritó por su vida, el hombre sacó una pequeña pistola y amenazó con matarla sino se callaba, Carol trato de bajarse de coche y lo golpeó en su cara. Cayó por la puerta abierta y pronto lo vio venir con una barreta en mano. A fuerza de terror y adrenalina Carol luchó logrando golpear sus órganos genitales con el pie. Gritando aterrorizada corrió hacia el camino en donde fue recogida providencialmente por una pareja mayor que inmediatamente la llevó a la estación de policía.

En la estación Carol contó lo que uno de sus hombres le había tratado de hacer, pero no había ningún oficial de apellido Roseland y enviaron inmediatamente una patrulla al lugar de los hechos, la policía pudo conseguir la descripción del tipo, del auto y su tipo de sangre; O positivo.



**Víctima 13. Caryl Campbell de 23 años en enero 12 de 1975,** acompañó a su prometido, el Dr. Raymond Gadowski a un seminario en Aspen, Colorado. Mientras descansaban en un salón del hotel ella se dio cuenta que había olvidado una revista y regresó a su habitación por ella. Casi un mes después un trabajador encontró el cuerpo desnudo de Caryl a algunas millas del Hotel, había sido violada y brutalmente golpeada. No se encontró evidencia alguna de su atacante.

**Víctima 14. Melanie Cooley, de 18 años desaparece** en su camino de regreso de la escuela en Nederland Colorado, **el 15 de abril de 1975.** Un trabajador de caminos descubriría su cuerpo el 23 de abril siguiente, había sido golpeada y violada salvajemente con una barreta. Sus manos estaban atadas a la espalda y una funda de almohada estaba fuertemente anudada alrededor de su cuello.

Una vez obtenida la información previa de los sucesos a investigar se puede empezar el proceso de perfilación el cual puede dar inicio desde las primeras tres o cuatro víctimas, en este caso específico y para los fines de la presente investigación se tomaron catorce ya que estos dan más datos para la interpretación. A continuación se inicia el primer paso de la perfilación postulado por el FBI.

**Asimilación De Datos**

**Cuadro 1.2**

VICTIMA	EDAD	DESCRIPCIÓN	ARMAS	EVIDENCIAS FÍSICAS	OTRA INFORMACIÓN	DESAPARICIÓN	LUGAR DE ATAQUE	FECHA	HORA
1. Joni Lenz	18		Palo de la base de la cama	Golpes en cara y cabeza, violación	La violación fue con un objeto	no	En dormitorio de la universidad de Seattle, que se encontraba en el sótano.	04/01/74	Noche mientras dormía
2. Lynda Ann Healy	21	Alta (1.60 aprox.), delgada, tez blanca, ojos azules, cabello lacio, largo, oscuro y peinado con una línea de lado.	***	Manchas de sangre en cama y camión alrededor del cuello. Faltaba la ropa que usaba el día anterior	La vistieron antes de secuestrarla. La puerta principal estaba abierta.	si	Al parecer el ataque principal fue en su domicilio en un dormitorio para estudiantes que se encontraba en el sótano	31/01/74	Madrugada mientras dormía ya que el camión fue encontrado en el closet con manchas de sangre
3. Donna Mason	19	Altura promedio (1.55), delgada, tez blanca, ojos marrón, cabello largo, oscuro lacio y peinado con línea media	***	***	****	Fue vista por última vez cuando se dirigía a un concierto de jazz en el campus de la universidad	Campus universitario en Washington	12/03/74	Fue vista por última vez alrededor de las 7 PM
4. Susan Rancourt	18	Altura (1.58), curvilínea, tez blanca, ojos azules, cabello	***	***	Fue vista con un hombre que estaba pidiendo ayuda para	Desapareció en el trayecto de salir de una junta de asesores escolares	Los jardines del Central Washington State Collage localizad	17/04/74	Alrededor de las 9 PM

*Contribuciones de la psicología clínica a la técnica de perfilación criminal*

		rubio, largo, lacio y peinado en línea media.			cargar algunos libros	y una cita al cine	o en Ellensburg		
5. Roberta Parks	20	Alta (1.60 aprox.), delgada, tez blanca, ojos marrón, cabello lacio, largo, rubio oscuro y peinado con una línea media.	***	***	***	Fue secuestrada mientras se dirigía al dormitorio de unas amigas para tomar café	Campus del colegio de Oregón	06/05/74	Entre las 6 y las 7 de la noche
6. Brenda Ball	22	Alta (1.60 aprox.), delgada, tez blanca, ojos marrón, cabello lacio, largo, oscuro y peinado con una línea media.	***	***	La vieron platicar en el estacionamiento de una taberna con un hombre que usaba cabestrillo.	Desaparece del estacionamiento de la taberna Comento a sus amigos que buscaría quien la llevara a Sun City (California)	Burien Washington.	01/06/74	***
7. Georgean Hawkins	18	Alta (1.58 aprox.), delgada, tez blanca, ojos café oscuro, cabello largo, lacio, castaño oscuro y peinado a línea media.	***	***	***	Desaparece mientras cruza de la fraternidad de su novio a la suya que está a 27 metros de distancia.	Campus universitario en Washington, Seattle.	11/06/74	La una de la madrugada

Contribuciones de la psicología clínica a la técnica de perfilación criminal

8. Janice Ott	23	Alta (1.55 aprox.), delgada, tez blanca, ojos verdes, cabello rubio medio, largo, lacio y peinado a línea media.	***	***	La vieron platican con un hombre que usaba cabestrillo	Desapareció mientras paseaba un domingo en el parque del lago. Sammamish. Eso decía una nota que dejó	Parque del Lago Sammamish Seattle, Washington	14/07/74	Al medio día
9. Denise Naslund	18	Alta (1.65 aprox.), delgada, tez blanca, ojos café oscuro, cabello largo con fleco, lacio, negro y peinado a línea, media.	***	***	***	Desapareció mientras iba al baño, estaba en la playa con su novio	Parque del Lago Sammamish Seattle, Washington	14/07/74	entre 4 y 4:30
10. Melissa Smith	17	Alta (1.58 aprox.), delgada, tez blanca, ojos café oscuro, cabello lacio, largo, oscuro y peinado con una línea media.	Una Barreta	violada, sodomizada y cráneo roto	Era hija del Jefe de Policía de Midvale	Desapareció mientras iba camino a su casa por ropa para pasar la noche en casa de unas amigas	Midvale, Utah	18/10/74	Alrededor de la 6 y 8 PM
11. Laura Aime	17	Alta (1.60 aprox.), delgada, tez blanca, ojos café oscuro, cabello lacio, largo,	***	Cuerpo desnudo y golpeada	***	Desaparece después de asistir a una fiesta de Halloween	Montañas Wasatch, Utah	31/10/74	Por la noche

*Contribuciones de la psicología clínica a la técnica de perfilación criminal*

		oscuro y peinado con una línea media.							
12. Carol DaRonch	18	Alta (1.58 aprox.), delgada, tez blanca, ojos café oscuro, cabello lacio, largo, oscuro y peinado con una línea de lado.	Esposas, pistola y barreta	Golpes por caída de auto en marcha	Logro escapar del atacante y dio parte a las autoridades	Desapareció cuando estaba en el estacionamiento de la librería Waldens Books de Utah.	Utah	08/11/74	en la tarde no se sabe hora exacta
13. Caryn Campbell	23	Alta (1.60 aprox.), delgada, tez blanca, ojos café oscuro, cabello lacio, largo, oscuro y peinado con una línea media.	***	Cuerpo desnudo, violada y golpeada	***	Desaparece mientras regresa a su habitación de hotel	Aspen colorado	12/04/75	****
14. Melanie Cooley	18		Barreta	Violada con una barreta golpeada, manos atadas a la espalda y cara cubierta con una funda de almohada		Desaparece camino a la escuela	Nederland, Colorado	12/04/75	****

## **Escena Del Crimen**

### **Armas**

Primeras: Palo y Barreta: en el primer ataque uso un palo de una cama, es decir uso lo que tenía a su alcance, así se presupone actuó por impulso con poca planificación pero con suficiente organización para golpear sin que alguien se diera cuenta. Posteriormente usa un arma específica (barreta) la cual incorpora a su modus operandi. Quizá pretendía dar muerte, dejar inconsciente o debilitar a las víctimas de manera rápida para evitar ser visto o escuchado y tener mayor sometimiento, **esto habla de un victimario con capacidad de planificar y prever riesgos. Además la fuerza requerida para desprender un palo de la cama o sostener y lanzar un golpe con éste o una barreta tiene que ser lo suficientemente elevada que difícilmente una mujer tendría, por lo tanto quizá se trate de un hombre.**

Posteriores: Esposas y pistola: como se puede ver cada vez va usando armas más prácticas y sofisticadas esto refiere que va **cuidando los detalles y quiere economizar tiempo. Además de ser una forma para facilitar el sometimiento y el sufrimiento de las víctimas ante las amenazas.**

### **Posición del cuerpo**

No se encuentra una posición específica de los cuerpos sin embargo, se hallaron cerca de los lugares de las desapariciones tomo tiempo encontrarlos **lo cual refiere que estaban escondidos.** Regularmente aparecieron sin ropa esto habla de la existencia de actos sexuales con las víctimas **probablemente el atacante tiene complejos o disfunciones sexuales ya que no puede llevar acabo un acto sexual con consentimiento, tiene que tomar por la fuerza.**

### **Evidencias físicas**

Golpes en cara y cabeza: la cabeza y cara son las partes de cuerpo más expuestas, por un lado el rostro es nuestra presentación quizá el atacante quería desfigurar y con ello despersonalizar a las víctimas lo cual habla de un odio desmedido hacia el genero de éstas. Por otro la cabeza contiene uno de los órganos principales (el cerebro) donde se concentran funciones como la

atención, concentración raciocinio y conciencia, al golpear esta parte podría pretender debilitar dichas funciones para someter y hacer vulnerable a la víctima ante el ataque.

Manchas de sangre: La información al momento refiere que solo hubo manchas en la segunda víctima y estas se encontraban en la cama y en el camisón alrededor del cuello esto habla de cierta desorganización quizá por ser el 2º ataque, dejó más evidencia y conforme fue avanzando perfecciono el modus operandi al grado de trasladar los cuerpos y no dejar manchas.

## **Victimología**

### Tipo de personas

Los catorce casos son mujeres en edad de escolarización universitaria es decir entre 17 y 23 años, la mayoría eran estudiantes, posiblemente vivían lejos de sus familias ya que es lo usual en Estados Unidos de Norte America, al momento de empezar la carrera universitaria. Estamos hablando de personas jóvenes y solas por lo tanto vulnerables, a quienes los familiares tardarían en buscar o notar su desaparición.

Desaparecieron en campus universitarios o lugares cercanos a estos como; bibliotecas, estacionamientos, cafeterías, fraternidades, dormitorios y bares; con actividades como; salidas a cines, conciertos, fiestas, paseos a la playa y parques, asistencia a reuniones escolares etc., estamos hablando de lugares concurridos en donde podría ser visto fácilmente, tendiendo cierto grado de planificación y organización, requirió de capacidad para empatizar, seducir o engañar y con ello evitar el riesgo, ahora bien la empatía y seducción están sujetadas al aspecto físico, por mucho que una persona sea empática, si su aspecto no es agradable a simple vista difícilmente alguien se acerca, por esto puede tratarse de alguien atractivo, pulcro y aliñado. Siendo los establecimientos escolares espacios con seguridad para acceder se piensa que el atacante necesita estar en contacto con dichos lugares es decir debe pertenecer a alguna universidad como para tener credencial de acceso tanto a bibliotecas o estacionamientos el sospechoso podría estar en alumnos, exalumnos o profesores.

En cuanto al aspecto físico la mayoría de tez blanca, cabello lacio, largo y oscuro con peinado a media línea, ojos café, de estatura media –alta, complexión delgada. Lo que se puede observar es un patrón estable en la elección de las víctimas, así como un modus operandi específico, quizá el individuo esta desfogando sus fantasías y deseos en mujeres con características semejantes a alguien que realmente existió en su vida y con quien tuvo una relación en donde éste termino frustrado, enojado y decepcionado. Ahora con estos crímenes esta desahogando esos sentimientos y le proveen de satisfacción puesto que lo esta haciendo reiteradamente y conforme avanza está perfeccionando su fantasía.

### **Información Forense**

No existe una causa de muerte determinada sin embargo los golpes en la cabeza pueden serlo tomando en cuenta esto el arma seria la barreta o el palo. Si la intención fuera solo la muerte lo podría hacer con la pistola, de una forma rápida y sencilla, sin embargo no es así, quizá otro objetivo también sea el sufrimiento y maltrato de la victima por lo tanto podemos entender esto como sentimientos de odio y venganza.

En cuanto a actos sexuales se observa la violación, violación con objetos y sodomización por un lado cualquiera de estos actos es una agresión en tanto no son consentidos y por otro lado habla de un hombre con dificultades en el aspecto sexual quizá impotencia o eyaculación precoz. Además la existencia de problemas para sostener relaciones de pareja estables como para esperar que el acto sea permitido; si no hay disfunción sexual quizá sea alguien con inseguridades al relacionarse con mujeres.

### **Informes Policiales**

Los lugares de hallazgo son aledaños al lugar de la desaparición esto habla del **movimiento de los cuerpos**. Y de su lugar de operación son ciudades cercanas a Washington.

La hora no se estableció alguna en particular, sin embargo se puede observar que empezó en horas de poca concurrencia donde podría sorprender solas a

las víctimas conforme va avanzando en los crímenes toma confianza y riesgos medidos ya que lo hace por la tarde sin levantar sospechas lo cual requiere de un modus operandi organizado así también habla de ideas de invulnerabilidad cree que puede burlar a la policía, se siente superior.

En cuanto al domicilio como se dijo son dormitorios escolares o lugares cercanos a universidades volvemos a ver la vulnerabilidad de las víctimas. En cuanto a las ciudades, como se puede observar en la fig. 1.1, empieza atacando en el estado de Washington, avanza hacia Oregón, Idaho, Utah y Colorado, lo cual nos habla otra vez de la existencia de un vehículo para transportarse además del grado de organización y prevención de riesgos ya que en la medida que las investigaciones se hacen evidentes éste trata de desviar la atención y se aleja del lugar de los primeros crímenes entonces estaba al tanto de la averiguación (se preocupa por el seguimiento de sus homicidios lo cual le da satisfacción). Quizá esto también indique la residencia del individuo empieza en Washington, con la mayoría de las víctimas, después se desplaza a ciudades aledañas, este puede ser el estado en donde radica.

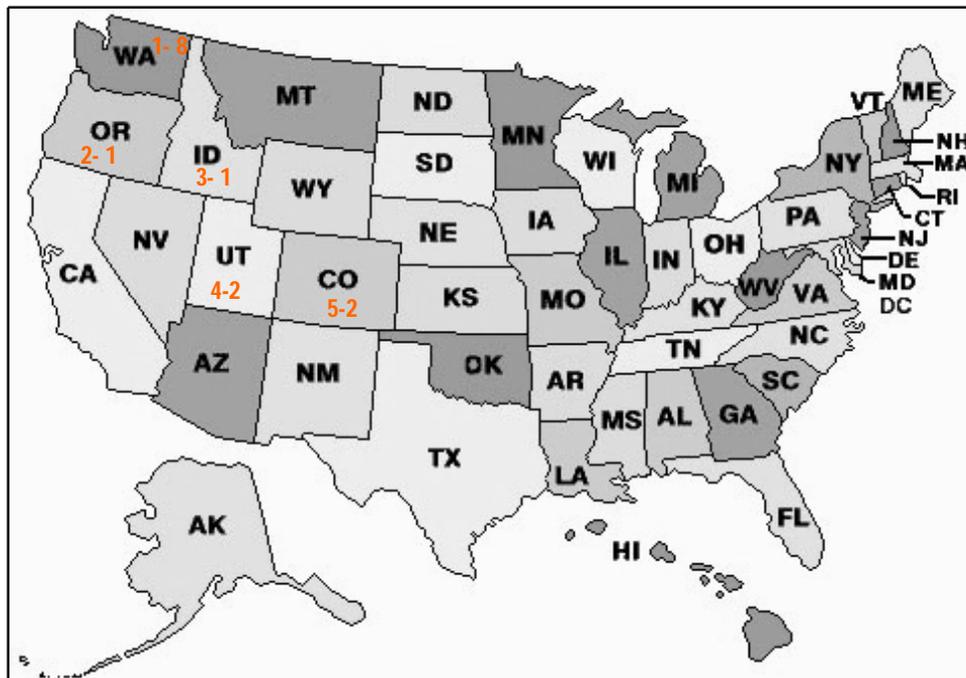


Fig. 1.1. En primer plano se localiza el orden de las ciudades en donde las desapariciones tuvieron lugar; en segundo el numero de víctimas por ciudad.

## **Clasificación Del Crimen**

Como se puede observar hay más de tres víctimas con características físicas, sociales y culturales semejante se puede ver un modus operandi general (secuestro, ataque, violación, muerte y ocultamiento del cuerpo) ataca a una sola persona en cada crimen, no hay datos respecto a algún cómplice, puede estar actuando solo, al parecer no tiene relación con las víctimas; además hay un periodo de enfriamiento entre cada homicidio alrededor de 15 días a un mes y no existen motivos materiales (robo, extorsión, asalto, etc.) entonces puede estar inspirado solo en el acto de matar, el poder y el sufrimiento que puede ejercer en la vulnerabilidad de las occisas así como el desahogo de sus sentimientos de ira, coraje y venganza. Quizá la muerte sea un acto de prevención de riesgo ya que, si quisiera solamente matarlas hay formas practicas para ello por lo tanto en objetivo principal es someter hacer sufrir, vengarse etc., pero no podía dejarlas con vida, lo denunciarían. Debido a la información anterior se infiere que los actos son del tipo de homicidio serial.

Podemos ver que la hora de los ataques empieza en dormitorios durante la madrugada después va haciéndolo más temprano y en lugares abiertos, a pesar de eso toma riesgos medidos ya que no levanta sospechas se puede inferir que hace uso de su apariencia física, empatía y seducción para atraer a las víctimas. El tiempo que le implica cada crimen es alrededor de 4 a 6 horas ya que tiene que trasladarse lo suficiente como para que tanto el lugar del rapto, la escena del crimen y el lugar del hallazgo sean diferentes con ello también reduce peligros y se infiere que posee automóvil además de un trabajo de medio tiempo que le permita realizar sus crímenes.

## **Reconstrucción De La Escena Del Crimen**

En la mayoría de los casos se encontró que el primer suceso concreto es el rapto, para el cual el asesino necesita un acercamiento considerable con las víctimas es decir algo que transmita confianza a éstas y le permitan un contacto cercano, lo suficiente como para hacerlas subir a su auto ya sea por voluntad

propia o a la fuerza para esto último debió alejarlas de la vista pública, golpearlas y entonces forzarlas, así lo primero es la seducción y después el secuestro una vez sometidas y debilitadas, probablemente le es más fácil llevarlas a la escena del crimen, momento en el que las víctimas se percatan del peligro y empiezan a defenderse lo cual desencadena el ataque mayor, con ello sus sentimientos de odio, ira, enojo así como sus deseos de sometimiento y poder.

Una forma violenta de someter y sentir más poder, es la violación y sodomización evento con el cual desfogó estas fantasías las cuales le proveen un momento de placer muy grande el cual tiene como fin llegar al éxtasis con la muerte de las víctimas. Una vez satisfecho y aún con cierta euforia por lo que acaba de hacer se ocupa de ocultar el cuerpo como una medida de prevención de riesgos.

Hasta lo aquí analizado podemos ver que el asesino usa automóvil, avanza en su organización y planificación con lo cual evita riesgos. Acecha a sus víctimas y elige a aquellas que tienen características similares (seguramente importantes para él) las cuales le ayudan a dar forma a sus fantasías mismas que están ligadas a sentimientos de enojo e ira. Se puede observar claramente que pasa por fases como la pesca, seducción, captura y asesinato propias de los asesinos organizados, la etapa de fetichismo quizá se encuentre en la sodomía, las de áurea y depresiva aunque no quedan claras pueden inferirse en el periodo de enfriamiento.

Entonces según la bibliografía consultada y revisada en apartado de “el asesino serial”, se trata de un homicida organizado en un principio empieza como sedentario sin embargo en la medida que aumenta la planificación también se sofisticó el modus operandi y viaja a otras ciudades con ello se convierte en viajero. Por sus motivaciones se clasifica como asesino poder-control, por su movilidad geográfica, se trata de un trampero ya que usa un cabestrillo para engañar a sus víctimas.

### **Generación Del Perfil**

Es un hombre cuidadoso de los detalles, planificado, atractivo, pulcro y aliñado con inteligencia normal o por encima de la media, es probable que tenga estudios universitarios esto le provee familiaridad con los campus y la vida universitaria. Locuaz y seductor; debe tener habilidades verbales y sociales ya que esto le permite acercarse a las víctimas para manipularlas sin levantar sospechas, además de personalizarlas según sus fantasías. La estructura en sus crímenes refleja también la organización de su comportamiento, tiene capacidad de lógica y raciocinio en apariencia será un hombre "normal", con un trabajo relativamente estable y flexible en cuanto al tiempo, bien remunerado, que le permita tener auto y recursos suficientes para desplazarse, quizá un empleo en oficina (acorde con sus hábitos de de aliño), por lo tanto no será un adolescente o anciano sino un adulto temprano entre 25 y 35 años puede ser un docente o un exalumno.

Es un hombre independiente, vivirá solo en una casa propia o rentada ubicada en Washington, específicamente en Seattle ya que en dicha ciudad cometió su primer crimen, usualmente lo que lleva a un asesino organizado a matar son estresantes externos y el primer acto es con poca planificación, por lo tanto lo lleva a cabo en su lugar de residencia y cerca de donde vive. En los alrededores de la universidad de la localidad de antes mencionada.

Siendo un hombre maduro, inteligente, atractivo, independiente, seductor, sociable y con habilidades verbales, también será en apariencia seguro de sí mismo y egocéntrico, por ello tiene relaciones interpersonales pero superfluas, tanto con hombres como con mujeres no logra establecer relaciones duraderas por lo tanto sus amistades serán escasas.

El patrón de víctimas, los sentimientos y las emociones involucradas reflejan su odio a las mujeres con dichas características debido a que no tiene relación personal con éstas podemos hablar de la expresión de fantasías de sometimiento y control hacia una mujer en específico. Es un hombre que tuvo una relación frustrada (divorcio, separación incluso muerte) con alguien similar a las occisas, en donde se sintió rechazado y decepcionado esto hirió profundamente su egocentrismo, de ahí el coraje y la ira así como los deseos de venganza, control, sumisión y humillación sobre las víctimas.

Al sodomizar y violar a las víctimas está expresando una disfunción sexual y más aún porque en ocasiones lo hace de forma indirecta, en el fondo es un hombre inseguro ante la presencia de mujeres a las que cree que están por encima de él, se recomienda que los interrogatorios a sospechosos los realice una mujer con actitud pedante, autoritaria y renuente, esto no lo podrá soportar su egocentrismo y sus complejos así la ira se desatará, con ello la posibilidad de una confesión, por el contrario con un hombre, el asesino se mostrará seguro, distante y negará con más tranquilidad los hechos.

### **Remisión Del Informe**

Más que una etapa, como ya se revisó en el apartado antecedentes de la perfilación (Pág. 127,) trata de el uso que se da el perfil elaborado se canaliza con las autoridades para entonces emprender la búsqueda de sospechosos, si los crímenes continúan la nueva evidencia tiene que ser incluida para un perfil más exacto.

En este caso se pudo empezar un perfil preliminar desde las primeras cuatro o cinco víctimas y a partir de las desapariciones sin embargo las autoridades no lograron darse cuenta de ello. Para la presente investigación se analizaron los primeros 14 casos ya que son los realizados antes de la primera detención del asesino y mediante los cuales se puede ver claramente un modus operandi.

### **La Aprehensión**

En este caso la captura no se llevó por perfilación sino porque la noche del 16 de agosto de 1975, en una carretera de Utah, un patrullero en servicio vio un VW que le pareció sospechoso, puso sus luces altas para mirar mejor el número de su placa y este comenzó a acelerar. El sargento Bob Hayward solicitó la ayuda de otras unidades y el VW fue detenido poco después.

Al revisar el auto encontraron que faltaba el asiento del pasajero y además descubrieron barreta, un pasamontañas, cuerda, alambre, un par de esposas y

unas medias de mujer. Fue colocado en arresto por sospecha de robo y allanamiento de morada.

A quien se aprehendió fue a **Theodore Robert Cowell**, más conocido como



**Ted Bundy**, (n. Burlington, Vermont, 24 de noviembre de 1946 - m. Florida, 24 de enero de 1989). Un hombre brillante y atractivo, como estudiante fue dedicado y genial.

Su madre fue Louise Cowell y su padre un veterano de la fuerza aérea cuya identidad Bundy desconoció toda la vida. Tras su nacimiento, Louise fue a vivir con sus padres. Además, se le hizo creer al niño que sus abuelos eran sus padres y que su madre biológica era su hermana mayor. Esta decisión se tomó con el

objetivo de proteger a la joven mujer de las críticas de la sociedad en contra de las madres solteras. Sin embargo esto resultaría negativo para Bundy, ya que en algún momento debía enterarse del engaño. A la edad de 4 años Bundy y su madre se movieron a Tacoma, Washington, a vivir con otros parientes. En ese lugar la madre se enamoró de un cocinero del ejército llamado Johnnie Culpepper Bundy, con el cual se casó en mayo de 1951. De ese modo Ted asumió el apellido Bundy que conservaría toda la vida. El matrimonio fructificó con 4 hermanos más para Bundy y a pesar de que Johnnie trató de formar un lazo afectivo de padre a hijo con Ted incluyéndolo en todas las actividades familiares, este no pudo solidificarse nunca.

Estudió en la Universidad de Washington y en Puget Sound, además fue aplicado en sus estudios y calificaciones. En el plano laboral, tomó empleos de bajo nivel, pero no perduró mucho en ellos. Sus empleadores lo recuerdan

como alguien poco confiable. Cosa que es usual de los asesinos seriales; el mantener escaso control y disciplina en su trabajo. Luego, en la primavera de 1967, entabló una relación amorosa con Stephanie, una joven hermosa estudiante universitaria, inteligente, un ideal de belleza, cabello largo, cara simétrica, tez blanca, sofisticada y de buena familia, proveniente de San Francisco, que cambió su vida entera. La muchacha fue el sueño hecho realidad que Bundy imaginó toda su vida. Sin embargo, aunque Bundy la amaba, este amor no fue correspondido. En 1969, año en que se graduó de Psicología, la muchacha decidió terminar la relación con Bundy, ya que vio enormes huecos en su personalidad, principalmente la falta de dirección y objetivos claros en su vida. Ted nunca se recuperó de la ruptura, aquella muchacha se convirtió en toda una obsesión. Intentó seguir en contacto con ella escribiéndole cartas, aunque ella no cambió de decisión.

Por la ruptura anterior, Bundy dejó los estudios, pero de alguna manera rehizo sus asuntos y se re inscribió en la universidad de Washington esta vez en la carrera de Derecho. En dicha materia era brillante y querido por sus profesores. En esta época inició un romance con Elizabeth Kendall (seudónimo), que duró aproximadamente 5 años. Ella venía de un reciente divorcio y tenía una pequeña hija, por lo tanto vio a Ted como una excelente oportunidad. A pesar de que sabía que él no la amaba tanto y de que ante la idea del matrimonio él demostró su desaprobación -pues creía que le faltaban muchas cosas por lograr antes de casarse- y, aparte de todo, que sospechaba que mantenía relaciones con otras mujeres, guardaba la esperanza de que cambiara para bien y que finalmente sentara cabeza al lado de ella y su hija. Elizabeth Kendall desconocía de la pasada relación de Bundy con la californiana y que aún mantenían comunicación entre ellos. Desde 1969 hasta 1972 todo fue en la dirección deseada, Bundy envió solicitudes de admisión a varias escuelas de derecho y estuvo involucrado en actividades comunitarias. Incluso obtuvo una condecoración de la policía de Seattle por salvar a un pequeño de 3 años de morir ahogado. Estuvo involucrado con figuras importantes del Partido Republicano, pero fue en un viaje de trabajo a California en 1973, que se reencontró con su antigua novia. Al verlo, quedó impresionada por el enorme cambio que experimentó Bundy, y el tema del matrimonio salió a flote en varios

de los encuentros amorosos que ambos sostuvieron en el verano e invierno. Ante estos cortejos la chica cayó de nuevo enamorada de Ted Bundy, pero repentinamente éste terminó la relación. Para febrero de 1974 se consumó la venganza, no devolviéndole ninguna llamada más a la muchacha. De hecho ella jamás volvió a saber nada de Bundy luego comenzó la serie de asesinatos Pesce (2003). (Ver caso completo en anexo 1).

Después de aquella detención, la policía comenzó a encontrar conexiones entre Ted y el hombre que había atacado a Carol DaRonch. Las esposas eran de la misma marca y modelo y el coche en que fue detenido era similar al descrito. Además, la palanca que se encontró en el coche de era similar al arma con que había amenazado a DaRonch, también sospecharon que Ted era el culpable del secuestro de la hija de Smith, Laura Aime y Debby Kent. Sin embargo la policía necesitaba mas evidencias.

El 2 octubre de 1975, Carol DaRonch, Jean Graham y un amigo de Debby, fueron llamados a la comisaría de policía para identificar, de entre una formación de 7 hombres, al atacante, uno de ellos era Ted Bundy. Carol DaRonch escogió sin dudar a Bundy como el hombre que la había atacado. Jean Graham y el amigo de Debby Kent también identificaron a Ted como el hombre que había merodeado en el lugar donde desapareció Debby Kent.

El primero de marzo de 1976, Bundy es encontrado culpable y sentenciado con de 1 a 15 años de prisión por el secuestro de Carol DaRonch. Esta condena en Utah tenía como propósito retenerlo hasta que pudiera ser juzgado por asesinato. El 20 de octubre siguiente es formalmente acusado del asesinato de Caryn Campbell y llevado a Colorado. Al término del juicio preliminar Bundy despide a su abogado y solicita defenderse a si mismo, lo cuál le es concedido. Durante la espera a que el nuevo juicio comience, el 6 de junio de 1977, Ted escapa de la Biblioteca de la Corte de el Condado de Pitkin, en Aspen, Colorado, saltando desde una ventana en el segundo piso. Diez días después es recapturado. El 31 de diciembre de 1977, Ted Bundy escapa de nuevo, esta vez de la cárcel de Glenwood Springs, Colorado. Para el 7 de enero de 1978 llega a Tallahassee, Florida, en donde toma un cuarto en una casa de

huéspedes bajo el nombre de Chris Hagen. Le dice a su casera que es estudiante, con lo cual nadie sospecha cuando lo ve dirigirse a los campus de Universidad del Estado de Florida. Su ansia de matar es enorme tras los meses en la cárcel, esta vez, decide, lo hará en grande.

La noche del sábado 14 de enero solo unas cuantas de sus ocupantes estaban en la casa de la fraternidad Chi Omega, la mayoría se encontraban fuera en fiestas y reuniones. Como no había una hora límite para su llegada, no era extraño que las chicas permanecieran fuera hasta altas horas de la noche.

Hacia las tres de la mañana, Nita Neary fue llevada a la fraternidad por su novio tras estar en una fiesta. Le llamó la atención encontrar la puerta abierta y tan pronto entró al edificio escucho ruidos, como si alguien corriera por las habitaciones de arriba. Al escuchar pasos en la escalera se ocultó y vio salir corriendo a un hombre con una gorra tejida azul echada sobre los ojos, sostenía en su mano un tronco envuelto en trapo.

Lo primero que pensó Nita es que la fraternidad había sido robada y corrió a su habitación para despertar a su compañera, Nancy. Le contó sobre el extraño hombre que había visto y decidieron despertar a la encargada de la fraternidad. De camino a la habitación de esta encontraron a otra compañera, Karen Chandler, tambaleándose por el pasillo, su cara y cabeza estaban cubiertas de sangre. Mientras Nancy trataba de ayudar a Karen, Nita despertó a la encargada y juntas fueron a revisar otras habitaciones, encontraron a Kathy Kleiner en su cuarto, viva pero terriblemente golpeada. Inmediatamente Nancy llamó a la policía.

El primer cadáver encontrado fue el de Lisa Levy, había sido brutalmente golpeada en la cabeza, violada y mordida, de hecho su pezón derecho había sido casi arrancado. Además, fue atacada sexualmente con una botella de spray para el cabello. Las marcas de dientes encontradas en su nalga izquierda jugarían un papel muy importante en el juicio contra Ted Bundy. El segundo cadáver, Margaret Bowman, también había sido golpeada salvajemente, pero

no había sido violada o mordida. Fue estrangulada con una media que aun estaba fuertemente atada a su cuello.

A menos de una milla de la fraternidad Chi Omega, alrededor de las cuatro de la madrugada, Debbie fue despertada por el sonido de golpes provenientes del departamento de junto en donde vivía su amiga Cheryl Thomas. Asustada, despertó a su compañera de cuarto y cuando escucharon a Cheryl quejarse decidieron llamarla por teléfono, cuando no contestó, llamaron inmediatamente a la policía.

La respuesta fue casi inmediata, al estar investigando los crímenes de Chi Omega, a la policía le tomó menos de cuatro minutos llegar donde Debbie. Encontraron a Cheryl casi inconsciente y terriblemente golpeada. Su cráneo sufrió cinco fracturas lo que le causó sordera total del oído izquierdo, su hombro izquierdo estaba dislocado y su mandíbula también estaba rota. Los daños que sufrió en el octavo par craneal la dejaron para siempre con problemas de equilibrio. Tardó más de un mes en dejar el hospital pero sobrevivió. Una máscara hecha con una media fue encontrada en entre sus sábanas en las que había rastros de semen. La policía trabajó diligentemente, pero ninguna de las pruebas era concluyente. No tenían un sospechoso y en Tallahassee no había antecedentes de Bundy.

Kimberly Ann Leach sería, no solamente la última víctima de Bundy, también sería la más joven con tan solo 12 años. Kimberly desaparece el 9 de febrero de 1978 de su escuela en Lake City, Florida, es vista con vida por última vez siendo conducida por un hombre de aspecto enojado hacia una camioneta blanca. Su cuerpo sería descubierto hasta el 12 de abril en una vieja porqueriza. Estaba semidesnuda, con rastros de haber sido golpeada y violada, de hecho, por su permanencia a la intemperie estaba parcialmente momificada. Tras el asesinato de Leach, por alguna razón Bundy regresa a su departamento en Tallahassee, se deshace de la camioneta abandonándola en un mal vecindario y roba otro auto, casi es arrestado cuando es detenido por un policía, pero mientras este verifica las placas del auto, Ted escapa. Una vez

más regresa al departamento y lo limpia de cualquier huella que hubiera podido dejar, sale y roba un VW con el que finalmente abandona Tallahassee.

Bundy es finalmente arrestado en Pensacola, Florida, en donde el patrullero David Lee reconoce las placas de VW como robado. Tras una breve persecución, Ted finalmente se detiene, pero intenta huir a pie tras agredir al oficial Lee. Este dispara su pistola y Bundy cae al suelo pretendiendo estar herido, pero cuando Lee se acerca nuevamente lo ataca. Finalmente Bundy es sometido por el oficial y esposado. La carrera de Ted Bundy como asesino ha finalizado.

Bundy y sus abogados intentaron muchas diferentes líneas de defensa durante el juicio, pero las marcas de dientes encontrados en la nalga izquierda de Lisa Levy y el testimonio de Nita Neary fueron demasiado. El 13 de julio de 1979 Ted Bundy es sentenciado a muerte más 196 años de prisión por los asesinatos de la fraternidad Chi Omega. Posteriormente, el 9 de febrero de 1980 es condenado a la Silla Eléctrica por el asesinato de Kimberley Leach y enviado a la Prisión Raiford. Bundy agotó todos los recursos legales que conocía para retrasar su ejecución, de hecho incluso logra que se le apruebe casarse con su novia Carol Ann Boone en una breve ceremonia en el juzgado. Interpone todas las apelaciones que puede y por lo menos en dos ocasiones logra retrasar lo inevitable. El 17 de enero de 1989, el Gobernador del Estado de Florida, Bob Martínez firma su última sentencia de muerte. El 24 de enero de 1989, tras llamar a su madre y haber rehusado su última cena, Ted Bundy toma asiento en Old Sparky en la Prisión Starke de Florida. Es declarado muerto a las 7:16 AM. (Ver caso completo en anexo 1)

Como se puede observar en el caso presentado, las inferencias en el perfil elaborado destacan rasgos de personalidad, habilidades y capacidades de las que dispones para relacionarse en sociedad, ambientes ocupacionales en los que se desenvolverá así como la etapa de desarrollo psicosocial en la que se encuentra y su rango de edad. Se presta atención también a los sentimientos, tipo de relaciones interpersonales, frustraciones, sucesos del pasado y posible forma de reacción ante el interrogatorio; características que corresponden al

tipo de persona, actividades del asesino así como los rasgos de personalidad. Si la presente perfilación hubiera sido usada para la captura habría cumplido con su función.

## CONCLUSIONES

Después de haber analizado cada una de las partes que componen la presente investigación, llega el momento de afinar los planteamientos para presentarlos de manera clara, por esto es necesario retomar el objetivo del presente trabajo el cual es:

*Reflexionar acerca de las aportaciones de la psicología clínica al ámbito criminológico, en cuanto a perfilación se trata. Resaltando la importancia de delimitación de campos de estudio; el reconocimiento de las habilidades del psicólogo clínico inmersas en dicha área y los beneficios implícitos tanto social como profesionalmente.*

La psicología en general, la psicología clínica en particular y el psicólogo clínico en específico, desde sus antecedentes se han encargado del estudio de la personalidad y lo relativo a esta como la conducta, para ello necesita de procesos como la evaluación, el diagnóstico, la intervención y por consecuencia la investigación, mismos que son funciones y habilidades con las que puede ejercer dentro del ámbito criminológico por ejemplo realizando estudios de personalidad, estructurando tratamientos para la reinserción social o bien elaborando pruebas diagnósticas para criminales específicos. Sin embargo la personalidad es una instancia compleja así como los procedimientos y técnicas (metodología) mediante las cuales se estudia.

Para adquirir dichas habilidades el psicólogo clínico estudia una carrera universitaria de nueve semestres, dentro de la que se encuentra el curso de materias específicas para la adquisición de aquellas pericias. De tal modo que

si consultamos el plan de estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México para la carrera de Licenciado en Psicología (ver anexo 2) encontramos, en el área de tronco común (seis semestres), asignaturas como:

- Teorías De La Personalidad
- Evaluación De La Personalidad
- Psicología Científica
- Teorías Y Sistemas En Psicología
- Estadística Inferencial
- Psicometría
- Estadística Descriptiva
- Psicopatológica
- Teoría de la medida

Entre otras de igual importancia y que comportan los principios básicos de la formación profesional del psicólogo. Ahora bien dentro del área clínica vemos asignaturas como:

- Desordenes Orgánicos De La Conducta Sociopática Y Personalidad Psicopática
- Diagnóstico Psicométrico En Clínica
- Integración De Estudios Psicológicos
- Psicología Clínica Y Psicoterapia 1, 2
- Teoría Y Técnica De La Entrevista
- Teorías De La Personalidad 2

Incluso hay una materia exclusiva para la comprensión de rasgos psicológicos (Psicología Diferencias) y así podemos enlistar todo el plan de estudios de la UNAM. Y se constatará que la formación del psicólogo clínico es amplia para el estudio de la personalidad, la conducta y la metodología que usa. A pesar de esto, quien tiene el merito y reconocimiento para ejercer dentro del ámbito criminológico es el criminólogo, abogando que se encarga del estudio de las causas de la conducta antisocial, las explica y las sintetiza tanto a nivel natural

como cultural. Afirmación de la cual se despliegan supuestas funciones como la integración del estudio de personalidad de internos procesados en centros preventivos, para dar diagnóstico, pronóstico y tratamiento; evaluación de la peligrosidad (la cual también es anticipación de la conducta de un individuo que comete crímenes y delitos); o la canalización a áreas donde requieran atención p. ej. Escolar, terapia, trabajo, etc.

El criminólogo es la persona que estudia un posgrado en Criminología, una de las instituciones de mayor prestigio en México para el curso de éste, es el Instituto Nacional De Ciencias Penales el cual en su perfil de ingreso (ver anexo 3) solicita título y cedula de Licenciado en Derecho, en áreas de ciencia sociales y de la salud o de servicio y atención a la comunidad etc., esto implica a abogados, trabajadores sociales, médicos, psiquiatras, sociólogos y en el mejor de los casos psicólogos así como una gama amplia de profesionistas con grado de licenciatura.

El plan de estudios de la misma institución refiere que la Maestría en Criminología consta de cinco semestres dentro de los que podemos ver asignaturas como:

- Bases biopsicológicas del crimen
- Derecho penal
- Teorías criminológicas
- Políticas publicas y bases de la administración publica
- Métodos cualitativos de la criminología

A lo largo del plan de estudios entre otros que se contemplan en el anexo 3, si se consultan detenidamente, no hay materias referentes al estudio de la personalidad menos aun de las técnicas y procedimientos, útiles y necesarios para la investigación de la misma. Siendo la conducta criminal o no, una consecuencia de los contenidos de personalidad, parece que dichos planes tampoco dan elementos para la explicación de la misma.

Entonces, la formación del criminólogo no da bases teóricas y metodológicas suficientes en primera instancia, para estudiar la personalidad y la conducta, en consecuencia tampoco las tiene para estudiarla en su acepción “criminal” y antisocial respectivamente, mucho menos en base a eso dar un diagnóstico, pronóstico o tratamiento. Cabe destacar que el término en discusión tiene diferentes subdivisiones o categorías tal como refiere el DSM –IV existe personalidad tipo A o bien personalidad antisocial, personalidad pasivo agresiva etc., y sigue siendo estudio de la personalidad actividad que le corresponden al psicólogo clínico.

Lo anterior nos lleva necesariamente a concluir que el psicólogo clínico es quien tiene las bases teóricas preliminares suficientes para estudiar tanto la personalidad en general como la personalidad criminal en particular y en consecuencia la conducta tanto antisocial como la no antisocial, ya que a través del estudio de las primeras es que se pueden explicar, sintetizar y buscar las causas de las segundas. A pesar de esto los perfiles de ingreso permiten que doctos de disciplinas diferentes a la Psicología Clínica cursen la Maestría sin tener la teoría previa necesaria por lo menos para estudiar lo referente a la personalidad y conducta.

Entonces parase necesario que, las instituciones donde se imparte dicho posgrado, delimiten su perfil de ingreso a psicólogos clínicos o bien propongan un programa propedéutico en; teorías, evaluación, métodos de investigación e integración de estudios de personalidad, etc., ya que sin ello, atender a lo que por definición dice estudiar la criminología *“una ciencia sintética, causal, explicativa, natural y cultural de las conductas antisociales”* Rodríguez Manzanera (1996), resulta ser una tarea teóricamente imposible. No se pueden explicar las causas de la conducta, antisocial o no, sin entender la personalidad.

Ahora bien un criminólogo sin la preparación antes mencionada no puede perfilar ya que la técnica se lleva acabo mediante la observación y análisis de indicios hallados tanto en la escena del crimen como en la víctima, para determinar rasgos de personalidad y conducta a partir de lo cual llega a sus

funciones principales; reducción de gama de sospechosos y captura de un criminal determinado, ya sea un asesino en serie, un homicida simple, secuestrador o narcotraficante ya que dicho procedimiento se ha usado y experimentado con frecuencia en los primeros pero no es exclusiva de estos.

La importancia de perfilar radica en que, perfilando de manera adecuada, es decir con profesionistas competentes, se puede aspirar a una la captura de verdaderos responsables, efectuado esto se puede estudiar, mediante las diferentes técnicas, la personalidad y la conducta del criminal, ya que las muestras serian más representativas. Con ello realizar investigaciones estructuradas que den respuesta al porqué de la conducta criminal o antisocial y entonces si aspirar a tratamientos adecuados que posibiliten una rehabilitación o bien a una prevención.

## GLOSARIO<sup>1</sup>

**ANEMIA MACROCÍTICA:** Los glóbulos rojos transportan la hemoglobina que, a su vez, transporta el oxígeno. La cantidad de oxígeno que reciben los tejidos depende de la cantidad y la función de los glóbulos rojos y la hemoglobina. El VCM refleja el tamaño de los glóbulos rojos, mientras que la HCM y la CHCM reflejan su contenido de hemoglobina. Estos índices de glóbulos rojos se utilizan para diagnosticar tipos de [anemia](#). Las anemias se definen sobre la base del tamaño de las células (VCM) y la cantidad de hemoglobina (HCM). Así tenemos varios tipos de anemia los cuales son:

VCM inferiores al límite normal más bajo: anemia microcítica

VCM dentro de un rango normal: anemia normocítica

VCM superiores al límite normal más alto: anemia macrocítica

HCM inferiores al límite normal más bajo: anemia hipocrómica

HCM dentro de un rango normal: anemia normocrómica

HCM superiores al límite normal más alto: anemia hiperocrómica

Los valores normales son: VCM: de 80 a 100 femtolitros; HCM: de 27 a 31 picogramos/célula; CHCM: de 32 a 36 gramos/decilitro. Algunas de las causas de cada tipo de anemia son:

Anemia normocítica/normocrómica (NC/NC): por pérdida de sangre, [prótesis de válvulas del corazón](#), [sepsis](#), tumor o [anemia aplásica](#).

Anemia microcítica/hipocrómica: por deficiencia de hierro, intoxicación con plomo o [talasemia](#).

Anemia microcítica/normocrómica: una deficiencia de la hormona [eritropoyetina](#) a partir de una [insuficiencia renal](#).

Anemia macrocítica/normocrómica: por [quimioterapia](#), [deficiencia de folato](#) o [deficiencia de vitamina B-12](#).

---

<sup>1</sup> FUENTE: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medlineplus.html>

**AMITRIPTILINA:** La amitriptilina se usa para tratar los síntomas de la depresión. pertenece a una clase de medicamentos llamados antidepresivos tricíclicos (que mejoran el estado de ánimo). Funciona al aumentar la producción de ciertas sustancias naturales en el cerebro también se usa para tratar el dolor crónico, trastornos alimenticios, y ciertos problemas de la piel.

**ASCITIS:** Es el exceso de líquido en el espacio que existe entre los tejidos que recubren el abdomen y los órganos abdominales (la cavidad peritoneal). Generalmente es causada por una [enfermedad hepática](#) y, entre los trastornos que pueden estar asociados con ella, están: [cirrosis](#), [hepatitis](#), trombosis de la vena porta (coágulos en las venas del hígado), [pericarditis constrictiva](#), [insuficiencia cardíaca congestiva](#), [cáncer hepático](#), [cáncer de ovario](#), enteropatía por pérdida de proteína, [síndrome nefrótico](#) y [pancreatitis](#). El tratamiento puede incluir medicamentos llamados diuréticos, que ayudan a eliminar el líquido, y antibióticos en caso de presentarse una infección.

**BIPOLAR:** Es un trastorno o enfermedad mental severa, las personas que la sufren experimentan cambios drásticos en su estado de ánimo, pueden pasar de estar con mucha energía, "eufóricos" y/o irritables, a sentirse tristes, desesperanzados y luego comenzar el ciclo nuevamente. Frecuentemente tienen estados de ánimo normales entre uno y otro ciclo. A las sensaciones que levantan el ánimo se les llaman manías. A las que bajan esas sensaciones se llaman [depresión](#). También se le conoce como enfermedad maniaco-depresiva. El trastorno bipolar puede provenir de una tendencia familiar, suele empezar al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta.

**DELIRIUM TREMENS:** Es una forma grave de la abstinencia alcohólica que involucra cambios neurológicos o mentales repentinos y severos.

Puede ocurrir después de un período de consumo excesivo de alcohol, especialmente si la persona no ingiere suficiente alimento, también se puede desencadenar por un traumatismo craneal, infección o enfermedad en personas con antecedentes de alto consumo de alcohol.

Es más común en las personas que tienen antecedentes de [abstinencia alcohólica](#), en especial en personas cuyo consumo es equivalente a 3 1/2 ó 4 litros de cerveza (o medio litro de licor "fuerte") diarios, durante varios meses. El delirium tremens también afecta comúnmente a aquellas personas con antecedentes de consumo habitual de alcohol o [alcoholismo](#) que se ha presentado por más de 10 años. Los síntomas ocurren debido a los efectos tóxicos del alcohol en el cerebro y el sistema nervioso y pueden ser graves y empeorar muy rápidamente. Ésta es una afección potencialmente mortal que requiere atención médica inmediata. También se le conoce como: Alucinosis alcohólica; Delirium tremens por abstinencia alcohólica

**DEPRESIÓN POSPARTO:** La depresión posparto es una enfermedad como la diabetes o la enfermedad del corazón. Puede tratarse con terapia, redes de apoyo y medicamentos tales como antidepresivos. Aquí hay unos síntomas de la depresión posparto: Pérdida de interés o no disfrutar de la vida, Pérdida del apetito Menos energía y motivación para hacer cosas Dificultad para dormir o mantenerse dormida Dormir más de lo usual Llanto aumentado o lloroseo Sentirse sin valor alguno, sin esperanza o demasiado culpable Sentirse agitada, irritable o ansiosa Pérdida o aumento de peso inexplicable Sentir que no vale la pena vivir Pensar en hacerse daño Preocuparse de hacerle daño a su bebé

A pesar de que muchas mujeres se deprimen inmediatamente después del parto, algunas mujeres no se sienten "por el suelo" sino hasta después de varias semanas o meses. La depresión que ocurre dentro de los seis meses después del parto puede ser depresión posparto.

La causa exacta se desconoce. Los niveles hormonales cambian durante el embarazo e inmediatamente después del parto. Esos cambios hormonales pueden producir cambios químicos en el cerebro que juegan un papel clave para causar la depresión. La duración tampoco se sabe algunas mujeres se sienten mejor en un par de semanas, pero otras, se sienten deprimidas o como que "no son ellas mismas" durante muchos meses. Las mujeres que tienen síntomas más severos, o depresión, o que han tenido depresión en el pasado puede que se demoren más en mejorarse. Se trata de manera muy similar a

cualquier otra depresión. La asesoría psicológica de apoyo ("terapia hablada") y los medicamentos pueden ayudar.

**ICTERICO:** Se dice de la persona que presenta síntomas de ictericia, la cual hace que la piel y las partes blancas de los ojos se pongan amarillas, es causada por el exceso de bilirrubina, es una sustancia química color amarillo que contiene la hemoglobina, la cual transporta el oxígeno en los glóbulos rojos, a medida que éstos se degradan, el cuerpo desarrolla nuevas células para sustituirlos, las células degradadas se procesan en el hígado. Si éste no puede manejar las células sanguíneas degradadas, se acumula bilirrubina en el organismo y la piel puede verse amarilla. La ictericia puede ocurrir a cualquier edad y ser un signo de que existe un problema o motivos, tales como: enfermedades de la sangre, síndromes genéticos, enfermedades hepáticas ([hepatitis](#) o [cirrosis](#)) u obstrucción de los conductos biliares.

**ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE:** También se le conoce con el nombre de: Psicosis de Korsakoff; Encefalopatía Alcohólica; Enfermedad de Wernicke.

Es un trastorno cerebral que involucra la pérdida de funciones específicas del cerebro debido a la [deficiencia de tiamina](#). Implica daño a múltiples nervios tanto en el [sistema nervioso central](#) (cerebro y médula espinal) como en el sistema nervioso [periférico](#) (el resto del cuerpo).

Se pueden también presentar síntomas causados por la [abstinencia alcohólica](#). La causa generalmente se le atribuye a la desnutrición, en especial a la falta de vitamina B-1 ([tiamina](#)), que es común en personas que sufren de [alcoholismo](#). El consumo excesivo de alcohol interfiere con el metabolismo de la tiamina en el cuerpo e incluso en alguien con el problema de alcoholismo que consume una dieta bien balanceada, la mayoría de la tiamina no es absorbida.

El síndrome o psicosis de Korsakoff tiende a desarrollarse a medida que desaparecen los síntomas del síndrome de Wernicke. Esto implica daño a áreas del cerebro involucradas en la memoria. Los pacientes con frecuencia intentan ocultar su memoria deficiente creando historias detalladas y creíbles sobre situaciones o experiencias. Esto no es un intento deliberado por engañar, dado que a menudo el paciente cree que lo que está diciendo es cierto.

Algunos de los síntomas son: cambios en la visión , [anomalías en los movimientos oculares](#), [visión doble](#), [caída de los párpados](#), [pérdida de coordinación muscular](#), movimientos descoordinados al caminar, marcha inestable, pérdida de la memoria que puede ser profunda, confabulación (inventar historias), incapacidad para recordar situaciones nuevas, alucinaciones.

**FIBROMIOMAS O FIBROMAS UTERINOS:** Son tumores en el útero. Están formados de tejido muscular y de otro tipo, es raro que los fibromas se conviertan en cáncer, son muy comunes en las mujeres en edad de procrear. No se sabe cuál es la causa de los fibromas sin embargo afectan a más de 1 de cada 5 mujeres de menos de 50 años. Son la causa de 3 de cada 10 histerectomías, cirugía para extraer el útero. Muchas mujeres no tienen ningún síntoma sin embargo se ha visto que los fibromas pueden causar: sangrado abundante o períodos dolorosos, sangrado entre los períodos, sentirse "pesada" en la parte inferior del vientre, necesidad de usar el baño con frecuencia, dolor durante las relaciones sexuales, dolor en la parte baja de la espalda, no poder tener hijos (infertilidad), pérdida de un bebé (aborto natural), y parto temprano durante el embarazo.

**SÍNDROME DE CUSHING:** Es causado por la exposición prolongada a un exceso de cortisol, hormona producida por las glándulas adrenales. Algunas veces, tomar medicinas con hormonas sintéticas para tratar una enfermedad inflamatoria conduce al síndrome de Cushing. Ciertos tipos de tumores secretan una hormona que puede hacer que el cuerpo produzca demasiado cortisol. Algunos síntomas son: obesidad en la parte superior del cuerpo, brazos y piernas delgados, fatiga severa y debilidad muscular, hipertensión arterial, aumento del azúcar en la sangre, aparición fácil de hematomas.

Este síndrome es raro y también se le conoce como: Hiper cortisolismo. El tratamiento dependerá del motivo del exceso de cortisol.

**CRISIS MANIACA.** Periodo de estado de ánimo anormalmente elevado que persiste por lo menos una semana, en donde la persona presenta: autoestima exagerada, aumento de actividades de manera intencionada, agitación

cognitiva y motora así como realización de actividades extravagantes como compras elevadas e inversiones poco razonadas.

**CRISIS DEPRESIVA MAYOR.** Conjunto de síntomas como: tristeza, llanto, pérdida o aumento de peso (sin régimen alguno), insomnio, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpa hasta pensamientos de muerte; que están presentes en una persona la mayor parte del día y permanecen por lo menos 2 semanas.

**ACTING OUT.** Conducta compulsiva auto o heteroagresiva relacionada con impulsos instintivos y emociones reprimidas y rechazadas de la consciencia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aberasturi, A. & Knobel, M. (2004). La Adolescencia Normal: Un Enfoque Psicoanalítico. México.: Paidós Mexicana.
- Adams, G. (1964). Measurement And Evaluation In Education, Psychology And Guidance. Nueva York.: Holt, Rinehart Winston.
- Álvarez., G.A. & Sánchez, S.A. (2003). Criminología: Antología. México: UNAM, ENEP Acatlan.
- Álvarez, M (1990). Evaluación Externa De La Reforma Experimental De Las Enseñanzas Medias (II). Madrid.: MEC.
- Anastasi, A (1998). Test Psicológicos. México.: Prentice Hall.
- Berbell, C. y Ortega, S. (2003) Psicópatas Criminales: Los Más Importantes Asesinos En Serie Españoles: Madrid España.: La esfera de los libros.
- Brennan, J. (1999). Historia y Sistemas de La Psicología. México.: Prentice Hall.
- Bromberg, W. (1966). Psicología De La Delincuencia: Personalidad Y Criminalidad. Madrid.: Morata.
- Buela -Casal, G. y Sierra, J. (1997). Manual de Evaluación Psicológica: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones. España.: Siglo veintiuno.
- Cattell, B. R. (2001). Cuestionario de 16 Factores de Personalidad: Manual. México.: Manual Moderno.
- Castellanos, F. (2005). Lineamientos Generales del Derecho Penal. México.: Porrúa.
- Cebrian, J. (2005). Psicokillers: Asesinos Sin Alma. Barcelona España.: Puzzle Editorial.
- Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología. CONACYT (2007). Indicadores de Actividades Científicas y Tecnológicas. México: CONACYT
- Coon, D. (1997). Psicología: Exploración y Aplicaciones. México.: Thomson Editores.
- Cueli, J. y cols. (2001). Teorías de La Personalidad. México.: Trillas
- De la Fuente, R. (2002). Psicología Médica. México.: Fondo de Cultura Económica.
- Díaz, P. (2000). Bases De La Terapia De Grupo. México.: Pax.
- Díaz, P. (2000). Técnica De La Entrevista Psicodinámica. México. Pax.

- Douglas, E.J., Burgess, W.A., Burgess, G.A. & Ressler, R.K. (1992). Crime Classification Manual. United States of North America.: Lexington Books
- Eco, U. (2000). Cómo Se Hace Una Tesis. Barcelona España.: Gedisa.
- Feldman, S. (2005) Introducción A La Psicología. México.: McGraw Hill Interamericana.
- Fernández –Ballesteros, R. (1980). Psicodiagnóstico. Concepto Y Metodología. Madrid.: Cincel Kapelusz.
- Fernández –Ballesteros, R. (1985). Evaluación Psicológica Y Evaluación Valorativa, Evaluación Psicológica / Psychological Assessment.1 ,7-13.
- Fernández –Ballesteros, R. (1992). Introducción. En R. Fernández – Ballesteros (dir) Introducción A La Evaluación Psicológica. Madrid.: Pirámide
- García, I. (2004). Sistema Penitenciario Mexicano: Retos Y Perspectivas. México.: SISTA.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2001). Principios de Criminología. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Geberth, V. J. (1996). Practical Homicide Investigation. Boca Raton: CRC Press
- Godwin, M. (2000). Hunting Serial Predators. Estados Unidos de norte América.: CRC Press.
- Goldstein, G y Hersen, M (1990). Handbook Of Psychological Assessment (2ª ed.) Nueva York.: Pergamon Press.
- González, J. (1999) Psicoterapia De Grupos: Teoría Y Técnica A Partir De Diferentes Escuelas Psicológicas. México.: Manual Moderno.
- Gregory, R. (2001). Evaluación Psicológica: Historia, Principios Y Aplicaciones. México.: Manual Moderno.
- Groth-Marnat, G. (1990). Handbook Of Psychological Assessment. Nueva York.: Wiley
- Grupo OCEANO (2006). Enciclopedia De La Psicología. España.: OCEANO.
- Halgin, R. y Krauss, S. (2004). Psicología De La Anormalidad: Perspectivas Clínicas Sobre Desordenes Psicológicos. México.: McGraw Hill interamericana.

- Hare, R. (2003). Sin Consciencia: El Inquietante Mundo De Los Psicópatas Que Nos Rodean. Barcelona- España.: Paidós Ibérica.
- Harrsch, C. (1993). La identidad del psicólogo. México.: Pearson Education
- Hathaway y Mekinley (1995) MMPI -2. Inventario Multifacético De La Personalidad Minnessota -2: Manual Para Aplicación Y Calificación / tr., y adapt. Por Emilia Lucio Gómez –Maqueo. México: Manual Moderno.: UNAM.
- Hernández, S. (2003). Metodología de la investigación. México<sup>2ª</sup>, ed.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hothersall, D. (2003). Historia De La Psicología. México.: McGraw Hill Interamericana.
- Howard, H. (2001). Psiquiatría General. México 5ª, ed.: Manual Moderno.
- INEGI (2000). Estadísticas de población, vivienda y educación. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Enciclopedia Jurídica Mexicana. México. 1ª ed: Ed Porrúa.
- Instituto Nacional de Ciencias Penales. INACIPE. (2004). Homicidios Y Desapariciones De Mujeres En Ciudad Juárez: Análisis, Criticas Y Perspectivas. México.: Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE)
- López, J. y Aliño, I. (2001) Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-IV). México. MASSON.
- Lucio, E. Y León, M. (2003) Uso E Interpretación Del MMPI -2 En Español. México.: Manual Moderno.
- Marchiori, H. (1998). Criminología: Introducción. Buenos Aires.: Marcos Lerner, Editora Cordoba
- Marchiori, H. (2004). Psicología Criminal, décima edición. México.: Porrúa.
- Martin, R. P. (1988). Assessment Of Personality And Behavior Problems.: Nueva York: Guilford Press.
- McReynolds, P. (1990). Advances In Psychological Assessment. Introduction. En P. McReynolds, J. Rosen y G. Chelune (comps.). Nueva York.: Wiley
- Mira y López, E. (1980). Manual De Psicología Jurídica. Buenos Aires, Argentina.: Ateneo.
- Montiel, S. (1990). Criminalística: Tomo1. México.: LIMUSA

- Morrison, H. (2004). Mi Vida Con Los Asesinos En Serie. Barcelona-España.: Océano.
- Kazdin, E. (2001). Métodos De Investigación En Psicología Clínica. México.: Pearson Education.
- Olmo, R. (1999). América Latina Y Su Criminología. México.: Siglo Veintiuno
- Pásaro, E., Fernández, R. y Méndez, J. (1993) Valoración De Diversas Variables Conductuales En Individuos Con Síndrome De Turner. Revista de Psicología General y Aplicada, 46, 449-458.
- Pelachano, V. (1988). Del Psicodiagnóstico Clásico Al Diagnóstico Ecopsicológico (vols. 1 y 2). Valencia.: Alfaplús.
- Pesce, A. (2003). Asesinos Seriales: Las Crónicas Del Horror. Barcelona-España.: Círculo Latino
- Phares, J. (1999). Psicología Clínica: Conceptos Métodos Y Practica. México: Manual Moderno
- Randy, J. y Buss, M. (2005). Psicología De La Personalidad: Dominios Del Conocimiento Sobre La Naturaleza Humana. México.: Mc. Graw Hill Interamericana.
- Ressler, K. y Schactman, T. (2004). Asesinos En Serie. Estados Unidos de Norte America.: Editorial Ariel.
- Roca, M. (2000). Psicología Clínica: Una Visión General. La Habana.: Felix Varela
- Rodríguez, M. (1996). Criminología, décima edición. México.: Porrúa
- Rodríguez, M. (2002). Victimología. México.: Porrúa.
- Rogers, C. (1981) Psicoterapia Centrada En El Cliente, Practica, Implicaciones Y Teoría. Buenos Aires.: Paidós.
- Rorschach, H. (2000). Rorschach Psicodiagnóstico: Una Prueba Diagnóstica Basada En La Percepción. México.: Manual Moderno.
- Sampieri, H. (2003). Metodología de la Investigación. 2ª Ed. México.: McGraw-hill.
- Shertzer, B. Y Linden, J.D. (1979) Fundamentals Of Individual Appraisal. Assessment Techniques For Counselors. Boston.: Houghton Mifflin.
- Silva, F. (1988). La Evaluación Psicológica Como Proceso. Evaluación Psicológica / Psychological Assessment, 4, 31-50.

Soria, M. (2005). Manual De Psicología Jurídica E Investigación Criminal. Madrid.: Ediciones Pirámide.

Soria, M. y Sáiz, D. (2005). Psicología Criminal. Madrid.: Pearson Educación.

Vázquez, B. (2005). Manual De Psicología Forense. España: Editorial Síntesis

Whittaker, O. J y Whittaker, J. S. (1985). Psicología. México.: Interamericana.

### **Fuentes Electrónicas**

Bell, R. (s.f.). *The ted Bundy story attack*. Recuperado 10 de diciembre de 2007. Disponible en:

[http://www.crimelibrary.com/serial\\_killers/notorious/bundy/index\\_1.htm](http://www.crimelibrary.com/serial_killers/notorious/bundy/index_1.htm)

Tapias, A. y cols. (2002). *Elaboración De Perfiles Criminales Desconocidos Con Base En La Escena Del Crimen*. Recuperado 15 septiembre de 2005.

Disponible en: <http://www.psicologiajuridica.org/psj7.html>

Turvey, B. (1998, Ene). Deductive criminal profiling: comparing applied methodologies between inductive and deductive criminal profiling techniques. Knowleged solutions library. Recuperado 5 de agosto de 2007.

Disponible en: [http://www.corpus.delicti.com/profiling\\_law.html](http://www.corpus.delicti.com/profiling_law.html)

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), (s.f.). *Planes de estudio: Licenciado en Psicología*. Recuperado 2 de febrero de 2008.

Disponible en: [https://www.dgae.unam.mx/planes/f\\_psicologia/Psicol.pdf](https://www.dgae.unam.mx/planes/f_psicologia/Psicol.pdf)

Wikipedian, the Free Encyclopedia. (s.f.). *Offender Profile*. Recuperado 1° de junio de 2005. Disponible en:

[http://en.wikipedia.org/wiki/Offender\\_profiling](http://en.wikipedia.org/wiki/Offender_profiling).

Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE), (s.f.). Recuperado 5 de febrero de 2008 Planes de estudio: Maestría en Criminología. Disponible en:

<http://www.inacipe.gob.mx/hm/CursosActividades/Maestrias/Criminologia/PDF/Criminologia.pdf>.



# ANEXOS

# ANEXO I

# CASO TED BUNDY

## **CASO TED BUNDY<sup>1</sup>**

### **The Ted Bundy Story - Attack**

Joni Lenz's roommates had not been particularly worried when they didn't see her in the morning of January 4, 1974. But when she still wasn't up and around that afternoon, they went into her basement bedroom to see if she was sick.

Ann Rule in her now famous classic book on the subject, *The Stranger Beside Me*, wrote that Joni, 18, had been badly beaten. A bed rod had been torn away from the bed and savagely rammed into her vagina. Shortly after the discovery, Joni was transported to the hospital in a comatose state, suffering from damages that would affect her for the rest of her life.

However, she was lucky to be alive. Joni was one of the few victims to survive an attack by Ted Bundy, who reigned terror across the United States between 1974 and 1978. There were an estimated 35 more victims after Joni who were not so fortunate. Stephen Michaud and Hugh Aynesworth in *The Only Living Witness* suggest that perhaps 40 young women may have fallen prey to Bundy, but only Bundy knew for sure. It is a number that Bundy has carried with him to his grave.

### **The Early Years**

Theodore Robert Cowell was born on November 24, 1946 to Louise Cowell following her stay of three months at the Elizabeth Lund Home for Unwed Mothers in Vermont. Ted's biological father, who was an Air Force veteran, was unknown to his son throughout his life. Shortly after his birth, Ted and his mother moved back to the home of his grandparents in Philadelphia. While growing up, Ted was led to believe that his grandparents were his parents and his natural mother was his older sister. The charade was created in order to protect his biological mother from harsh criticism and prejudice of being an unwed mother.

At the age of four, Ted and his mother moved to Tacoma, Washington to live with relatives. A year after the move, Louise fell in love with a military cook named Johnnie Culpepper Bundy. In May 1951, the couple was married and Ted assumed his stepfather's last name, which he would keep for the rest of his life.

Over the years, the Bundy family added four other siblings, whom Ted spent much of his time babysitting after school. Ted's stepfather tried to form a bond between himself and Ted by including him in camping trips and other father-son activities. However, Johnnie's attempts were unsuccessful and Ted remained emotionally detached from his stepfather. According to Stephen Michaud and Hugh Aynesworth's book *Ted Bundy: Conversations with a Killer*, Ted became increasingly uncomfortable around his stepfather and preferred to be alone. This desire to be by himself increased and possibly led to his later inability to socially interact comfortably with others. As a youth, Ted was terribly shy self-doubting and uncomfortable in social situations. He was often teased and made the butt of pranks by bullies in his junior high school. Michaud analyzed Ted's behavior and decided that he was "not like other children, he looked and acted like them, but he was haunted by something else: a fear, a doubt -- sometimes only a vague uneasiness— that inhabited his mind with the subtlety of a cat. He felt it for years, but he didn't recognize it for what it was until much later." Regardless of the humiliating experiences he sometimes suffered from being different, he was able to maintain a high grade-point average that would continue throughout high school and later into college.

During his high school years, Ted appeared to blossom into a more gregarious young man. His popularity increased significantly and he was considered to be "well dressed and exceptionally well mannered." Despite his emerging popularity, Ted seldom dated. His interests lay more in extra-curricular activities such as skiing and politics. In fact, Ted had a particular fascination with politics, an interest that would years later temporarily land him in the political arena.

---

<sup>1</sup> FUENTE: [http://www.crimelibrary.com/serial\\_killers/notorious/bundy/index\\_1.htm](http://www.crimelibrary.com/serial_killers/notorious/bundy/index_1.htm),

Following high school, Ted attended college at the University of Puget Sound and the University of Washington. He worked his way through school by taking on several low-level jobs, such as a bus boy and shoe clerk. However, he seldom stayed with one position for very long. His employers considered him to be unreliable.

Although Ted was inconsistent with his work outside of school, he was very focused on his studies and grades. Yet, his focus changed during the spring of 1967 when he began a relationship that would forever change his life.

Ted met a girl that was everything he had ever dreamed of in a woman. She was a beautiful and highly sophisticated woman from a wealthy Californian family. Ted couldn't believe someone from her "class" would have an interest in someone like him. Although they had many differences, they both loved to ski and it was during their many ski trips together that he fell in love. She was really Ted's first love, and, according to Ann Rule, possibly the first woman with whom he became involved with sexually. However, she was not as infatuated with Ted as he was with her. In fact, she liked Ted a lot but believed he had no real direction or future goals. Ted tried too hard to impress her, even if that meant lying, something that she didn't like at all.

Michaud writes that Ted won a summer scholarship to the prestigious Stanford University in California just to impress her, but at Stanford, his immaturity was exposed. He writes, "Ted did not understand why the mask he had been using had failed him. This first tentative foray into the sophisticated world had ended in disaster."

In 1968, after his girlfriend graduated from the University of Washington, she broke off relations with Ted. She was a practical young woman and seemed to realize that Ted had some serious character flaws that took him out of the running as "husband material."

Ted never recovered from the break-up. Nothing, including school, seemed to hold any interest for him and he eventually dropped out, dumb-founded and depressed over the break-up. He managed to stay in touch with her by writing after she returned to California, yet she seemed uninterested in getting back together. But Ted became obsessed with this young woman and he couldn't get her out of his mind. It was an obsession that would span his lifetime and lead to a series of events that would shock the world.

### **A Time of Change**

To make matters worse, in 1969 Bundy learned his true parentage. His "sister" was actually his mother and his "parents," were actually his grandparents. Not unexpectedly, this late discovery had a rather serious impact on him. Michaud says that his attitude towards his mother did not change much, but he became nasty and surly to Johnnie Bundy.

It's hard to say whether the knowledge that his mother had deceived him all his life had any impact on his other character flaws which were beginning to blossom. Throughout Ted Bundy's high school and college years, there was always a cloud over his reputation for honesty. Many people close to him suspected him of petty thievery.

According to Marilyn Bardsley, Crime Library's serial killer expert, Ted's psychopathic nature was being revealed, but most of the people that witnessed it did not realize what they were experiencing. Stealing without any sense of guilt and, in fact, a sense of entitlement is a common trait in a psychopath. Also, psychopaths get a thrill from the excitement and danger that stealing and shoplifting presents to them. Ted's dishonesty evolved from stealing small things in work and school situations to shoplifting to burglarizing homes for televisions and other items of value.

He changed from a shy and introverted person to a more focused and dominant character. He was driven, as if to prove himself to the world. He re-enrolled at the University of Washington and studied psychology, a subject in which he excelled. Bundy became an honors student and was well liked by his professors at the university.

It is also at this time when Ted met Elizabeth Kendall (a pseudonym under which she wrote *The Phantom Prince: My Life with Ted Bundy*), a woman with whom he would be involved with for almost five years. Elizabeth worked as a secretary and was a somewhat shy and quiet woman. She was a divorcee who seemed to have found in Ted Bundy the perfect father figure for her daughter. Elizabeth was deeply in love with Ted from the start and wanted to one day marry him. However, Ted said he was not yet ready for marriage because he felt there was still too much for him to accomplish. She knew that Ted didn't feel as strongly for her as she did him. She felt that on many occasions Ted was meeting with other women. Yet, Elizabeth hoped that time would bring him around to her and he would eventually change his ways. She was unaware of his past relationship with his girlfriend from California and that they still continued to keep in contact and visit each other.

Outwardly, Ted's life in 1969-1972 seemed to be changing for the better. He was more confident, with high hopes for his future. Ted began sending out applications to various law schools, while at the same time he became active in politics. He worked on a campaign to re-elect a Washington governor, a position that allowed Ted to form bonds with politically powerful people in the Republican Party. Ted also performed volunteer work at a crisis clinic on a work-study program. He was pleased with the path his life was taking at this time; everything seemed to be going in the right direction. He was even commended by the Seattle police for saving the life of a three-year-old boy who was drowning in a lake.

In 1973, during a business trip to California for the Washington Republican Party, Ted met up with his old girlfriend. She was amazed at the transformation in Ted. He was much more confident and mature, not as aimless as he was when they last dated. They met several other times afterwards, unknown to his steady girlfriend, Elizabeth. During Ted's business trips he romantically courted the lovely young woman from California and she once again fell in love with him.

Marriage was a topic brought up more than once by Ted over their many intimate rendezvous during that fall and winter. Yet, just as suddenly as their romance began, it changed radically. Where once Ted lavished affection upon her, he was suddenly cold and despondent. It seemed as if Ted had lost all interest in her in just a few weeks. She was clearly confused about this "new" Ted. In February 1974, with no warning or explanation, Ted ended all contact with her. His plan of revenge worked. He rejected her as she had once rejected him. She was never to see or hear from Ted again.

### **A Time of Terror**

Lynda Ann Healy was a very accomplished young woman. At age 21, morning radio listeners heard her friendly voice announce the ski conditions for the major ski areas in western Washington. She was a beautiful girl, tall and slim with shiny clean long brown hair and a ready smile.

The product of a good family and an upper-middle-class environment, she was an excellent singer and a senior 8miembro) at the University of Washington, majoring in psychology. She loved working with children who were mentally handicapped.

Lynda shared a house near the university with four other young women. On January 31, 1974, she and a few friends went for a few beers after dinner at Dante's, a tavern that was popular with the university students. They didn't stay long and Lynda went home to watch television and talk on the phone to her boyfriend. Then Lynda went to bed. The roommate in the room next to Lynda heard no noises coming from Lynda's room that night.

Lynda had to get up every morning at 5:30 to get to her job at the radio station. The roommate heard Lynda's alarm go off at 5:30 as it did customarily. What was unusual was that the alarm kept buzzing. When the roommate finally went in to shut off the alarm, she heard the phone ring. It was the radio station calling to see where Lynda was. The bed in Lynda's room was made and nothing looked disturbed, so the roommate assumed that Lynda was on her way to work.

When her parents called that afternoon to find out why Lynda had not shown up for dinner as expected, everyone became worried. Nobody had seen her. She seemed to have vanished from the house.

Lynda's parents called the police. In Lynda's room, they found that her bed had been made up in a way that Lynda had never made it up before. In fact, Lynda was not normally one to make up her bed. Oddly a pillowcase and the top sheet were missing on this carefully made-up bed.

A small bloodstain of the same blood type as Lynda's was found on the pillow and the bottom sheet. Blood was also on her nightgown that was carefully hung in the closet. An outfit of hers was missing.

Another alarming clue was that one of the doors to the house was unlocked when the girls were always vigilant about locking it. The police were not initially convinced that Lynda had been a victim of foul play, so no fingerprint, hair or fiber evidence was gathered.

Ultimately, police realized that an intruder had somehow gotten into the house, removed her nightgown and hung it in the closet, dressed her in a change of clothes, made up the bed, wrapped Lynda in the top bed sheet and carried her out of the house -- very quietly.

### **Killing Spree**

During that spring and summer, more women students suddenly and inexplicably vanished. There were striking similarities among many of the cases. For instance, all the girls were white, slender, single, wearing slacks at the time of disappearance, had hair that was long and parted in the middle and they all disappeared in the evening.

Also around the time of the disappearances, police interviewed college students who told them of a strange man who was seen wearing a cast on either his arm or leg. Supposedly, the stranger seemed to be struggling with books and asking young women nearby for assistance. Other eyewitnesses reported a strange man in the campus parking lot who had a cast and asked for assistance with his car, a VW bug that he apparently had difficulty starting. Interestingly, around the same area where two of the girls mysteriously disappeared, there was seen such a man wearing a cast on his arm or leg.

Finally, in August of 1974 in Washington's Lake Sammamish State Park, the remains of some of the missing girls were found and two were later identified. It was remarkable that police were able to identify two of the bodies considering what was left -- strands of various colors of hair, five thigh bones, a couple of skulls and a jaw bone. The girls identified were Janice Ott and Denise Naslund, who disappeared on the same day, July 14th.

The last people to have seen Ott, a couple picnicking near by, remembered a handsome young man approaching the young woman. From what the couple could hear of the conversation between Ott and the young man, his name was Ted and he had difficulty loading his boat onto his car because his arm was in a cast. He asked Ott for assistance and she agreed to help. That was the last time twenty-three-year-old Janice Ott was seen alive.

Denise Naslund was spending the afternoon with her boyfriend and friends when she walked towards the restroom in the park, never to return again. That afternoon, around where she disappeared, a man who wore a cast and asked for help with his boat approached a couple of women. They were unable to assist the attractive young man. However, Denise Naslund was the kind of girl to help someone in need, especially someone with a broken arm--an act of kindness that cost her life. Denise Naslund was not the last woman to disappear and be found dead.

Midvale, Utah's, Police Chief Louis Smith had a seventeen-year-old daughter whom he frequently warned about the dangers of the world. He had seen all too much during his career and worried for his daughter's safety. Yet, his worst fears were to come true on

October 18, 1974 when his daughter Melissa disappeared. She had been found 9 days after her disappearance -- strangled, sodomized and raped.

Thirteen days later on Halloween, seventeen-year-old Laura Aime disappeared. She was found on Thanksgiving Day in the Wasatch Mountains lying dead by a river. Aime had been beaten about the head and face with a crowbar, raped and sodomized. It was suspected that she was killed someplace other than where she was found due to the lack of blood at the crime scene. Other than her body, there was no physical evidence for the police to use.

### **Similarities**

The similarities with the Washington State murders caught the attention of local police in Utah, who were frantically searching for the man responsible for the macabre crimes. With each murder, the evidence was slowly mounting. Utah police consulted with Washington State investigators. Almost all agreed that it was highly likely that the same man who committed the crimes in Washington State had also been responsible for the murders in Utah. Thanks to eyewitness accounts of the man in the cast seen near the areas where many of the women had disappeared, they were able to come up with a composite of the could-be-killer who called himself "Ted."

When a close friend of Elizabeth Kendall saw the account of Melissa Smith's murder in the paper and the composite of the could-be-killer, she knew that Ted Bundy must be the man. It wasn't just her intense dislike and mistrust for Elizabeth's boyfriend that led her to believe that Ted was the "man," but also the fact that he looked so much like the composite picture in the paper.

Deep down, Elizabeth must have known her friend was right. After all, Ted did resemble (look like) the sketch, he drove a VW similar to those seen by witnesses and she had seen crutches in his room even though he never injured his leg. According to the book *The Phantom Prince: My Life with Ted Bundy*, which was later written by Kendall, she anonymously called the Seattle Police Department in August 1974 and stated that her boyfriend "might be involved" in the recent murder cases. She called again later that fall and gave more pertinent information that might assist the investigators in the case. She also agreed to give recent pictures of Ted, to later be shown to witnesses. However, the witnesses did not make a positive I.D. after viewing the pictures and Elizabeth's report was eventually filed away. The investigators working the case decided to turn their attention towards more likely suspects and Ted Bundy was forgotten until a few years later.

The killer continued to elude investigators, assuming that by operating in different states the police would be unable to compare the cases. His behavior became increasingly bold and risky as he approached women. Those who escaped his advances would later recognize him and provide the police with valuable information.

### **Risky Attacks**

It was on November 8th, 1974, when police investigators were to get the break in the case for which they had been waiting. That Friday evening, a strange but handsome man in a book store at a Utah mall approached eighteen-year-old Carol DaRonch. The stranger told her that he had seen someone trying to break into her car and asked her to go along with him to the parking lot to see if anything had been stolen.

Carol thought that the man must have been a mall security guard because he seemed so in control of the situation. When they arrived at the car, she checked it and informed the man everything was there. The man, who identified himself as Officer Roseland, was not satisfied and wanted to escort her to police headquarters. He wanted her to ID the supposed criminal and file a complaint. When he led her to a VW bug, she became suspicious and asked for identification. He quickly showed her a gold badge and then escorted her into the car.

He drove off quickly in the opposite direction of the police station and, after a short while, he suddenly stopped the car. Fear had set into Carol DaRonch. The "police officer" suddenly grabbed her and tried to put handcuffs on her. DaRonch screamed for her life. When she

screamed, the man pulled out a handgun and threatened to kill her if she didn't stop. DaRonch found herself falling out of the car and then suddenly pushed up against the side of it by the madman. He had a crowbar in his hand and was ready to hit her head. Terror-struck, she kicked his genitals and managed to break free. DaRonch ran towards the road and caught the attention of a couple driving by. They stopped and DaRonch frantically jumped into their car. She was crying hysterically and told them a man had tried to kill her. They immediately took her to the police.

Sobbing, with the handcuffs still dangling from her wrists, she told the police what one of their men had done. But there was no man with the name of Roseland that worked there. Immediately police were dispatched to the place where DaRonch had struggled for her life just an hour earlier but the madman was long gone. However, the police were able to get a description of the man and his car and a few days later, from off the girl's coat, a blood type. The blood was type O, the same as Ted Bundy's, as police were later to learn.

That same evening, the director of a play at Viewmont High School was approached by a handsome man who asked for her assistance in identifying a car. Yet, she was far too busy and refused him. Again, he later approached her and asked for her assistance, and again she refused him. Something seemed odd, almost scary about the man, but she ignored it and kept on with the work at hand. It disturbed her to see the man again in the back of the auditorium and she wondered what it was he really wanted.

Debby Kent, who was watching the evening performance along with her parents, left early to pick up her brother at the bowling alley. She told her parents that she'd be back to pick them up shortly, but she never did. In fact, she never made it to the car, which stood empty in the school parking lot. Debby Kent was nowhere to be found. What police did find in the parking lot was a small handcuff key. Later, when police tried to fit the key that they found into the handcuffs worn by DaRonch earlier that night, it was a perfect match. Almost a month later, a man would call police to tell them that he had seen a tan VW bug speed away from the high school parking lot the night of Kent's disappearance.

On January 12, 1975, Caryn Campbell; her fiancé, Dr. Raymond Gadowski; and his two children took a trip to Colorado. Caryn hoped she could enjoy the break away from work and spend more time with the children, while her fiancé attended a seminar. While relaxing in the lounge of her hotel with Gadowski and his son and daughter one night, she realized she had forgotten a magazine and returned to her room to retrieve it. Her fiancé and the children waited for her return in vain. He knew she was a bit ill that night and went back to the room to see if she needed help. Caryn was nowhere in sight. In fact, she had never made it to the room. By mid-morning, confused and worried, Gadowski informed the police of her disappearance. They searched every room in the hotel but they found no trace of Caryn. Almost a month later and a few miles from where she had disappeared, a recreational worker found Caryn's nude body lying a short distance from the road. Animals had ravaged her body, which made it difficult to determine the precise cause of death. However, it was evident that she received crushing fractures that could have been fatal.

Like many of the victims found in Utah and Washington, she had suffered from repeated blows to the head possibly made by a sharp instrument. According to Richard Larsen's book *Bundy: The Deliberate Stranger*, the blows were so violent that one of her teeth was actually separated from the gum line in her mouth. There was also evidence that she had been raped. It was believed that she was murdered just hours after she disappeared. Apart from Caryn's brutalized remains, there was little evidence to be found at the scene.

A few months after Caryn Campbell's body was discovered, the remains of another person were found ten miles from where the bodies of Naslund and Ott were located. It was Brenda Ball, one of the seven women who had disappeared earlier that summer. The cause of her death was blows to the head with a blunt object.

Police searched the Taylor Mountains where the bodies were found. It would be only a couple days later when another body would be discovered. The body was that of Susan Rancourt, who had also disappeared earlier that summer. The Taylor Mountains had become the burial sight for the madman known as "Ted." Two more bodies were found that month; one of them was Lynda Ann Healy. All of the victims suffered from severe head contusions from a blunt instrument, possibly a crowbar.

Police continued unsuccessfully to look for the killer. Five more women were found dead in Colorado under similar circumstances. They were not the last to fall victim to Ted's killing spree.

### **A Suspect**

On August 16, 1975, Sergeant Bob Hayward was patrolling an area just outside of Salt Lake County when he spotted a suspicious tan VW bug driving past him. He knew the neighborhood well and almost all the residents that lived there and he couldn't remember seeing the tan VW there before. When he put on his lights to get a better view of the VW's license plate, the driver of the bug turned off his lights and began speeding away.

Immediately, Sergeant Hayward began to chase the vehicle. The car sped through two stop signs before it eventually pulled over into a nearby gas station. Hayward pulled up behind the reckless driver and watched as the occupant got out of his car and approached the police car. Hayward asked the young man for his registration and license, which was issued to Theodore Robert Bundy. Just then, two other troopers pulled up behind the tan VW. Hayward noticed that the passenger seat in Bundy's car was missing. With mounting suspicion and Bundy's permission, the three officers inspected the VW. The officers found a crowbar, ski mask, rope, handcuffs, wire and an ice pick. Bundy was immediately placed under arrest for suspicion of burglary.

Soon after Bundy's arrest, police began to find connections between him and the man who attacked Carol DaRonch. The handcuffs that were found in Bundy's car were the same make and brand that her attacker had used and the car he drove was similar to the one she had described. Furthermore, the crowbar found in Bundy's car was similar to the weapon that had been used to threaten Carol earlier that November. They also suspected that Bundy was the man responsible for the kidnapping of Melissa Smith, Laura Aime and Debby Kent. There were just too many similarities among the cases for police to ignore. However, they knew they needed much more evidence to support the case against Bundy.

On October 2nd, 1975, Carol DaRonch along with the director of the Viewmont High School play and a friend of Debby Kent were asked to attend a line-up of seven men, one of whom was Bundy, at a Utah police station. Investigators were not surprised when Carol picked Ted from the line-up as the man who had attacked her. The play director and friend of Debby Kent also picked Ted from the line-up as the man they had seen wandering around the auditorium the night Debby Kent had disappeared. Although Ted repeatedly professed his innocence, police were almost positive they had their man. Soon after he was picked out of the line-up, investigators launched a full-blown investigation into the man they knew as Theodore Robert Bundy.

### **Investigation**

During the fall of 1975, police investigators approached Elizabeth Kendall for whatever information she was able to give about Ted. They believed Elizabeth would most likely hold the key to Bundy's whereabouts, habits and personality. What investigators learned would later help link Ted Bundy to the murder victims.

On September 16th, 1975, Elizabeth was called into the King County Police Major Crime Unit building in Washington State and interviewed by Detectives Jerry Thompson, Dennis Couch and Ira Beal. She was visibly stressed and nervous, but willing to offer the police any information necessary to help the case. When asked about Ted, she stated that on the nights

of the murders, she could not account for him. Elizabeth also told police that he would often sleep during the day and go out at night, exactly where she didn't know. She said that his interest in sex had waned during the last year. When he did show interest, he pressured her into bondage. When she told Bundy that she no longer wanted to participate in his bondage fantasies, he was very upset with her.

In a later interview with Elizabeth, investigators learned that Ted had plaster of Paris to make casts in his room, which she had noticed when they first began dating. She also noticed on a later occasion that in his car, Ted had a hatchet. But there was something else important to the case that Elizabeth would remember. She recalled that Ted had visited Lake Sammamish Park in July, where he had supposedly gone water skiing. A week after Ted had gone to Lake Sammamish Park, Janice Ott and Denise Naslund were reported missing.

After long hours of interviews with Elizabeth, investigators decided to shift their focus to Ted's former girlfriend in California. When police contacted her, she told them of how he had abruptly changed his manner towards her from loving and affectionate to cruel and insensitive. Upon further questioning, police learned that Bundy's relationship with his California girlfriend had overlapped with his relationship with Elizabeth and neither of them knew of the other woman. Ted seemed to be living a double life, filled with lies and betrayal. There was more to Ted than what investigators had initially expected.

Further investigation yielded more evidence that would later link him to other victims. Lynda Ann Healy was linked to Bundy through a cousin of his; more eyewitnesses would recognize him from Lake Sammamish Park during the time Ott and Naslund disappeared; an old friend of Bundy's came forward saying he had seen pantyhose in the glove compartment of his car; plus Ted had spent a lot of time in the Taylor Mountains where the bodies of victims had been found. Bundy's credibility was further dented when police discovered he purchased gas on credit cards in the towns where some of the victims had disappeared. Furthermore, a friend had seen him with his arm in a cast when there was no record of him ever having a broken arm. The evidence against Ted Bundy was building up, yet he still continued to profess his innocence.

### **Tribulations**

On February 23, 1976 Ted was put on trial for the kidnapping of Carol DaRonch. Bundy sat in a relaxed manner in the courtroom, confident that he would be found innocent of the charges against him. He believed that there was no hard evidence to convict him, but he couldn't have been more wrong. When Carol DaRonch took the stand, she told of her ordeal that she suffered sixteen months earlier. When asked if she were able to recognize the person who attacked her, she began to cry as she lifted her hand and pointed a finger to the man who had called himself "Officer Roseland." The people in the courtroom turned their attention to Ted Bundy, who stared at DaRonch coldly as she pointed at him. Later in the trial, Ted had said he had never seen the defendant but he had no alibi to confirm his whereabouts the day of the attack.

The judge spent the weekend reviewing the case before he handed down a verdict. Two days later he would find Bundy guilty beyond a reasonable doubt of aggravated kidnapping. Ted Bundy was later sentenced on June 30th to one to fifteen years in prison with the possibility of parole.

While in prison, Bundy was subjected to a psychological evaluation that the court had previously requested. In Anne Rule's book *The Stranger Beside Me*, she stated that psychologists found Bundy to be neither "psychotic, neurotic, the victim of organic brain disease, alcoholic, addicted to drugs, suffering from a character disorder or amnesia, and was not a sexual deviate." The psychologists concluded that he had a "strong dependency on women, and deduced that that dependency was suspect." Upon further evaluation, they concluded that Ted had a "fear of being humiliated in his relationships with women."

While Bundy remained incarcerated in Utah State Prison, investigators began a search for evidence connecting him to the murders of Caryn Campbell and Melissa Smith. What Bundy did not realize was that his legal problems would soon escalate. Detectives discovered in Bundy's VW hairs that were examined by the FBI and found to be characteristically alike to Campbell's and Smith's hair. Further examination of Caryn Campbell's remains showed that her skull bore impressions made by a blunt instrument, and those impressions matched the crowbar that had been discovered in Bundy's car a year earlier. Colorado police filed charges against Bundy on October 22, 1976, for the murder of Caryn Campbell.

In April of 1977, Ted was transferred to Garfield County Jail in Colorado to await trial for the murder of Caryn Campbell. During preparation of his case, Bundy became increasingly unhappy with his representation. He believed his lawyer to be inept and incapable and eventually he fired him. Bundy, experienced in law, believed he could do the job better and he began to take up his own defense in the case. He felt confident that he would succeed at the trial scheduled for November 14, 1977. Bundy had a lot of work ahead of him. He was granted permission to leave the confines of the jail on occasion and utilize the courthouse library in Aspen, to conduct research. What police didn't know was that he was planning an escape.

### **The Great Escape**

On June 7th, during one of his trips to the library at the courthouse, Bundy managed to jump from an open window, injuring his ankle in the process, and escaped to freedom. He was not wearing any leg irons or handcuffs, so he did not stand out among the ordinary citizens in the town of Aspen. It was an escape that had been planned by Ted for a while. Aspen Police were quick to set up roadblocks surrounding the town, yet Ted knew to stay within the city limits for the time being and lay low. Police launched a massive land search, using scent tracking bloodhounds and 150 searchers in the hopes of catching Ted. However, Ted was able to elude them for days.

While on the run, Bundy managed to live off the food he stole from local cabins and nearby campers, occasionally sleeping in ones that were abandoned. Yet, Bundy knew that what he really needed was a car, which would better enable him to pass through police barriers. He couldn't hide in Aspen forever. Ted believed that he was destined to be free. According to an interview with Michaud and Aynesworth, he felt as if he were invincible and claimed that, "nothing went wrong. If something did go wrong, the next thing that happened was so good it compensated. It was even better". Sure enough, Bundy found his ticket out of town when he discovered a car with the keys left in it. But, his luck would not last long. While trying to flee Aspen in the stolen vehicle, he was spotted.

From then on, he was ordered to wear handcuffs and leg irons while conducting his research at the library in Aspen. However, Bundy was not the type of man who liked to be tied down. Almost seven months later, Bundy again attempted an escape, but this time he was more successful. On December 30th, he crawled up into the ceiling of the Garfield County Jail and made his way to another part of the building. He managed to find another opening in the ceiling that led down into the closet of a jailer's apartment. He sat and waited until he knew the apartment was empty, then casually walked out of the front door to his freedom. His escape would go undiscovered until the following afternoon, more than fifteen hours later.

By the time police learned of his escape, Bundy was well on his way to Chicago. Chicago was one of the few stops that Bundy would make along the route to his final destination, sunny Florida. By mid January of 1978 Ted Bundy, using his newly acquired name Chris Hagen, had settled comfortably into a one-room apartment in Tallahassee, Florida.

Ted Bundy enjoyed his new found freedom in a place that knew little if nothing about him or his past. Bundy was stimulated by intelligence and youth and felt comfortable in his new environment nearby Florida State University. He spent much of his free time walking around

F.S.U.'s campus, occasionally ducking into classes unnoticed and listening in on lectures. When he was not wandering around campus, he would spend his time in his apartment watching the television he had stolen. Theft became second nature to Bundy. Almost everything in his apartment was stolen merchandise. Even the food he ate was purchased from stolen credit cards. Under the circumstances, Bundy seemed to have enough material things to make him content. What he didn't have and what he missed the most was companionship.

### **Murder On The Run**

On Saturday night, January 14th, few of the sorority sisters could be found at the Chi Omega House. Most were out dancing or at keg parties on campus. It wasn't unusual for the sisters to stay out late, since there was no curfew. In fact, it was pretty normal for the girls to return in the early morning hours. However, none of the sisters was prepared to confront the horror that awaited them back at their sorority house later that night.

At 3 AM, Nita Neary was dropped off at the sorority house by her boyfriend after attending a keg party on campus. Upon reaching the door to the house, she noticed it standing wide open. Soon after she had entered the building, she heard some movement, as if someone was running in the rooms above her. Suddenly, she heard the footsteps approaching the staircase near her and she hid in a doorway, out of view. She watched as a man with a knit blue cap pulled over his eyes, holding a log with cloth around it, ran down the stairs and out the door.

Nita's first thought was that the sorority house had been burglarized. She immediately ran up the stairs to wake her roommate, Nancy. Nita told her of the strange man she saw leaving the building. Unsure of what to do, the girls made their way to the housemother's room. Yet, before they were able to make it to her room, they saw another roommate, Karen, staggering down the hall. Her entire head was soaked with blood. While Nancy tried to help Karen, Nita woke up the housemother and the two of them went to check on another roommate nearby. They found Kathy in her room alive, but in a horrible state. She was also covered in blood that was seeping from open wounds on her head. Hysterical, Nancy ran to the phone and dialed the police.

Police later found two girls dead in their rooms lying in their beds. Someone had attacked them while they slept. Lisa Levy was the first girl that officers found dead. Pathologists who later performed the autopsy on her found that she had been beaten on the head with a log, raped and strangled. Upon further examination, they discovered bite marks on her buttocks and on one of her nipples. In fact, Lisa's nipple had been so severely bitten that it was almost severed from the rest of her breast. She had also been sexually assaulted with a hair spray bottle.

Post mortem reports on Margaret Bowman, the other girl found dead, showed that she suffered similar fatal injuries, although she had not been sexually assaulted and she showed no signs of bite marks. She had been strangled by a pair of panty hose that were later found at the scene of the crime. She had also been beaten on the head, yet so severely that her skull was splintered and a portion of her brain was exposed. Neither she nor Lisa Levy showed signs of a struggle.

Investigators who interviewed the survivors learned nothing. None of the girls had any memory of the events of that fatal night. Like Levy and Bowman, they too had been asleep when they were attacked. The only witness was Nita Neary, who was able to catch a profile of the killer as he fled. However, the assailant would not travel far before claiming another victim that night.

### **Caught Again**

Less than a mile from the Chi Omega House, a young woman was awakened by loud banging noises coming from the apartment next to hers. She wondered what her friend in the adjoining apartment was doing to make so much noise at four in the morning. As the banging noises persisted, she became suspicious and woke her roommate. As they listened, they heard Cheryl next door moaning. Frightened, they called over to her house to see if she was all right. When no one picked up the phone, they immediately called the police.

The police came quickly. After all, they were just blocks away at the Chi Omega House tending to the crime scene there. They entered Cheryl's apartment and walked to her bedroom, where they found her sitting on the bed. Her face was just beginning to swell from the bludgeoning to her head. She was still somewhat conscious and half nude, but lucky to be alive. Police discovered a mask at the foot of her bed. According to Anne Rule in *The Stranger Beside Me* the mask that was found "resembled almost exactly the mask taken from Ted Bundy's car when he'd been arrested in Utah in August of 1975."

Police investigators worked diligently on the evidence that was left behind. They were able to get a blood type from the assailant, sperm samples and fingerprint smudges. Unfortunately, most of the evidence that was tested proved to be inconclusive. The only firm evidence investigators were able to obtain were the hairs found in the mask, teeth impressions from the bite marks on the victims and an eyewitness account from Nita Neary. Investigators did not have a suspect and Ted Bundy was unknown to them.

On February 9th, 1978, Lake City police received a phone call from the distressed parents of twelve-year-old Kimberly Leach. They were hysterical and said that their daughter had disappeared that day. Police launched a massive search to find the missing girl, who disappeared from her school grounds. The person who last saw her was her friend Priscilla who saw Kimberly get into the car of a stranger the day she disappeared. Unfortunately, she was unable to accurately remember the car or the driver. They found Kimberly's body eight weeks later in a state park in Suwannee County, Florida. The young girl's body yielded little information due to advanced decomposition. However, police were to later find the evidence they needed in a van driven by Ted Bundy.

A few days before Kimberly Leach had disappeared, a strange man in a white van approached a fourteen-year-old girl as she waited for her brother to pick her up. The man had claimed he was from the fire department and asked her if she attended the school nearby. She found it strange that an on-duty fireman was wearing plaid pants and a navy jacket. She began to feel uncomfortable. She had been warned on many occasions by her father, who was the Chief of Detectives for the Jacksonville Police Department, not to talk with strangers. She was relieved when her brother drove up. Suspicious of the man, her brother ordered her into the car, followed the man and wrote down his license plate to give it to his father.

Upon hearing of the stranger in the white van, Detective James Parmenter had the license plate checked out. He learned it belonged to a man named Randall Ragen, and he decided to pay him a visit. Ragen informed the detective that his plates had been stolen and he had already been issued new ones. The detective later found out that the van his children had seen was also stolen and he had an idea who it might have been. He decided to take his children to the police station to show them a stack of mug shots, Bundy's picture being among them. He hadn't realized how close he had been to losing his own daughter. Both of his children recognized the man in the van as Ted Bundy.

The van long since discarded, Bundy set out towards Pensacola, Florida in a new stolen car. This time he managed to find a vehicle he was more comfortable driving, a VW bug. Officer David Lee was patrolling an area in West Pensacola when he saw an orange VW at 10 p.m. on February 15th. He knew the area well and most of the residents, yet he had never before

seen the car. Officer Lee decided to run a check on the license plates and soon found out that they were stolen. Immediately, he turned on his lights and began to follow the VW.

Once again, as had happened in Utah several years earlier, Bundy started to flee. Suddenly, Bundy pulled over and stopped. Officer Lee ordered him out of his car and told Bundy to lay down with his hands in front. To Lee's surprise, as he had begun to handcuff Bundy, he rolled over and began to fight the officer. Bundy managed to fight his way free and run. Just as soon as he did, Lee fired his weapon at him. Bundy dropped to the ground, pretending to have been shot. As the officer approached him lying on the ground, he was again attacked by Bundy. However, the officer was able to overpower him. He was handcuffed and taken to the police station. Bundy had finally been caught.

Over the months following Bundy's arrest, investigators were able to compile critical evidence to be used against Bundy in the Leach case. The white van that had been stolen by Bundy was found and they had three eyewitnesses that had seen him driving it the afternoon Kimberly had disappeared. Forensic tests conducted on the van yielded fibers of material that had come from Bundy's clothes.

Tests also revealed Kimberly Leach's blood type on the van's carpet and semen and Ted's blood type on her underwear. Further evidence was Ted's shoe impressions in the soil located next to the place Kimberly was found. Police felt confident with the information they had tying Bundy to the Leach case and on July 31, 1978, Ted Bundy was charged with the girl's murder. Soon after, he would also be charged with the Chi Omega murders. Facing the death penalty, Ted would later plead in his own defense that he was not guilty of the murders.

### **The Trials**

Theodore Robert Bundy faced two murder trials, both spaced within three years. His first trial date was set for June 25, 1979, in Miami, Florida. The court case centered on the brutal attacks on the Chi Omega sorority sisters. The second trial was to take place in January 1980 in Orlando, Florida, where Ted was to be tried for the murder of Kimberly Leach. Both trials would result in less-than-favorable outcomes for Ted, however it would be the Chi Omega murder case that would seal his fate forever.

### **Florida v. Theodore Robert Bundy**

The opening of the Chi Omega murder trial sparked immense public interest and a media frenzy. After all, Ted had been suspected of at least thirty-six murders in four states and his name elicited nightmarish images to thousands, perhaps even millions around the world. He was considered by many to be evil incarnate, a monster, the devil and his murders initiated the biggest and most publicized trials of the decade.

During the Chi Omega murder trial, Ted acted as his own defense attorney. He was confident in his abilities and believed he would be given a fair trial. The jury, made up mostly of African-Americans, looked on as he defended himself against the murder charges. It became clear early on in the trial that Ted was fighting a losing battle.

There were two events in the trial that would sway the jury against Ted. The first was Nita Neary's testimony of what she had seen the night of the murders. While on the stand, she pointed to Ted as the man she had seen fleeing down the stairs and out the door of the Chi Omega House. The second event that swayed the jury during the trial was the testimony of odontologist Dr. Richard Souviron.

While on the stand, Dr. Souviron described the bite mark injuries found on Lisa Levy's body. As he spoke, the jury was shown full-scale photographs of the bite marks that had been taken the night of the murder. The doctor pointed out the uniqueness of the indentations left behind on the victim and compared them with full-scale pictures of Ted's teeth. There was no question that Ted had made the bite marks on Lisa Levy's body. The photos would be the biggest piece of evidence the prosecution had linking Ted to the crime.

On July 23<sup>rd</sup>, Ted waited in his cell as the jurors deliberated over his guilt or innocence. After almost seven hours, they returned to the courtroom with a verdict. Showing no emotion, Ted listened as one of the jurors read out "GUILTY." On all counts of murder, Ted was found guilty beyond a reasonable doubt.

In the state of Florida, it is customary to have a separate sentencing trial. Ted's sentencing took place one week later on July 30<sup>th</sup> before the same jury that had found him guilty. During the brief hearing, Ted's mother testified and tearfully pleaded for her son's life. Ted was also given a chance to address the court and refute the recommendation from the prosecution for the death penalty.

Ted professed his innocence, claiming that the prejudice of the media was responsible for his alleged misrepresentation. He also suggested that the entire proceedings and verdict was nothing short of a farce, which he was unable to accept. According to Larsen, Ted told the hushed courtroom that it was, "absurd to ask for mercy for something he did not do," yet he would "not share the burden of the guilt." Judge Cowart, who presided over both trials, handed down his final judgment following Ted's statement. He affirmed the recommendation and imposed the death penalty twice for the murders of Margaret Bowman and Lisa Levy. The method of execution Ted faced was the electric chair.

### **The Kimberly Leach Trial**

After many delays, the Leach trial began in Orlando, Florida at the Orange County Courthouse on January 7, 1980. This time Ted decided not to represent himself, instead handing over the responsibility to defense attorneys Julius Africano and Lynn Thompson. Their strategy was to plead not guilty by reason of insanity, a plea that was risky but one of the few available options open to the defense.

The plea of insanity might not have been difficult for the seven women, five-man jury to believe. Unlike the other hearings, Ted became increasingly agitated throughout the trial. At one point he even lost control and stood up yelling at a witness with whom he disagreed. Michaud and Aynesworth stated that Ted was just barely able to control himself, "expending huge amounts of energy just to keep from blowing apart." It appeared that Ted's facade of confidence was beginning to fade, probably because he realized that he had already lost the war and this legal battle wouldn't make much difference in determining his fate.

There was no doubt that the outlook for Ted was bleak. Assistant state attorney Bob Dekle presented sixty-five witnesses that had connected Ted either directly or indirectly with Kimberly Leach on the day of her disappearance. One of the star witnesses had seen a man resembling Ted leading an upset little girl, matching Kimberly's description, into a white van in front of the girl's school. However, the defense team argued the legitimacy of the testimony because the man was unable to recall the precise day he had seen the man and little girl.

Nevertheless, Dekle continued to press on and present even more convincing evidence. The most damaging was the fiber evidence, which linked Ted's clothes and the van he had driven that day with the crime scene. Moreover, fibers matching those from Kimberly Leach's clothes were found in the van and on Ted's clothing that he had allegedly worn on the day of the crime. The prosecution's expert witness, who testified about the fiber analysis, stated that she believed that at some point Ted and Kimberly Leach had been in contact around the time of her death. Michaud and Aynesworth claimed that the testimony had been, "literally fatal" to Ted's case.

Exactly one month following the opening of the trial, Judge Wallace Jopling asked the jury to deliberate. On February 7<sup>th</sup>, after less than seven hours of deliberation the jury returned the verdict, "GUILTY." The verdict was immediately followed by jubilation from the prosecution team and their supporters.

February 9<sup>th</sup> marked the second anniversary of Kimberly Leach's death. It also was the day that the sentencing trial commenced. During the penalty phase of the trial, Ted shocked those in the courtroom while he interviewed defense witness Carole Ann Boone. During his questioning of Carole, the two caught everyone off guard when they exchanged vows. According to Florida law, the verbal promise made under oath was enough to seal the agreement and the two were considered officially married. Shortly thereafter, the groom was sentenced to death in the electric chair for the third time in under a year. He would spend his honeymoon alone on Death Row in Florida State's Raiford Penitentiary.

### **Appeals and Confessions**

Ted refused to give up and believed that he still had a fighting chance to save his own life. In 1982, he enlisted the help of a new lawyer and appealed the Chi Omega murder trial verdict to the Florida Supreme Court. However, his appeal was eventually denied.

Shortly following the court's denial of a new hearing, Ted decided to appeal the Kimberly Leach trial verdict. In May 1985, his request was again turned down. However, he continued to keep up the fight and in 1986 he enlisted a new lawyer to assist him in escaping the death penalty.

Ted's execution date was initially scheduled for March 4, 1986. However, his execution was postponed while his new defense attorney, Polly Nelson, worked on his appeals for his previous murder convictions. Two months later the appeal was denied and another death warrant was issued to Ted by the State of Florida. Still, the appeal process continued. According to Polly Nelson's book *Defending the Devil*, the last appeal was made to the U.S. Supreme Court, who eventually denied Ted's last stay of execution on January 17, 1989.

In Ted's eleventh hour, he decided to confess to more crimes to the Washington State Attorney General's chief investigator for the criminal division, Dr. Bob Keppel. Ted had temporarily assisted Dr. Keppel in his hunt for the "Green River killer" from Death Row in the mid 1980's and he trusted him immensely. Keppel went to meet Ted in an interviewing room at the prison, armed with only a tape recorder. What Keppel learned was shocking.

Dr. Keppel had learned that Ted kept some of his victims' heads at his home as trophies. However, what was even more surprising was that Ted also engaged in necrophilia with some of the remains of his victims. In fact, Keppel later stated in his book *The Riverman: Ted Bundy and I Hunt for the Green River Killer* that Ted's behavior could be best described as "compulsive necrophilia and extreme perversion."

It was a compulsion that led to the deaths of scores of women, many who remained unknown to investigators. Rule and Keppel stated in their books that Ted was likely responsible for the deaths of at least a hundred women, discounting the official count of thirty-six victims. Whatever the figure, the fact is no one will ever know for certain how many victims actually fell victim to Ted.

Finally on January 24, 1989, at approximately 7 a.m. in the morning Ted's memory of his atrocities would be burned away forever by the electric chair's unforgiving currents. Outside the prison walls stood hundreds of on-lookers and scores of news media representatives awaiting the news of Ted's death. Following the prison spokesman's announcement that Ted was officially dead, sounds of cheers came from the jubilant crowd and fireworks lit the sky. Shortly thereafter, a white hearse emerged from the prison gates with the remains of one of the countries most notorious serial killers. As the vehicle moved towards the crematorium, the surrounding crowd cheerfully applauded the end of a living nightmare.

### **The Murder of Kathy Devine**

On December 6, 1973, a young couple stumbled across the remains of a 15-year-old girl in McKenny Park, Washington. Kathy Devine was last seen by friends on November 25th hitchhiking from Seattle to Oregon, trying to run away from home. Shortly after she began her

journey, pathologists said she met her death. Kathy Devine had been strangled, sodomized and her throat cut.

Everybody believed that Kathy Devine was one of the many victims of Ted Bundy. It took 28 years and DNA evidence to find the truth.

Jim Carlile of *The Olympian* reported that Sheriff's Captain Dan Kimball never closed the files on this old case even though Ted Bundy had been executed and would not tell whatever he knew about the young woman that lost her life in Thurston County in 1973.

Kathy's clothing was shown on a television news program in Seattle and one of Kathy's sisters recognized an embroidered patch on the pair of jeans shown as belonging to a murder victim.

At the time of the murder, William E. Cosden Jr. had been living in the area and had been seen at the truck stop where he worked with blood on his clothes. Cosden had been released in 1973 from a mental hospital where he was confined after the 1967 murder of a woman.

Carlile quoted police reports in his article:

"Witnesses saw Cosden come in the night of the murder with stains on his clothing. The witnesses called police.

After leaving the truck stop, Cosden's truck caught fire and was destroyed three miles from the truck stop.

During initial interviews with police, Cosden denied ever seeing Kathy Devine."

In 1986, based on additional investigative information, a search warrant was obtained for Cosden's blood, hair and saliva. At that time, Cosden was in prison for rape.

In 2001, these samples from Cosden were subjected to DNA testing. It was evidence which linked Cosden to Kathy Devine. Cosden, 55, did admit to having sex with Kathy, but denied killing her.

"DNA made the case," said Sheriff Gary Edward. "This came about as a result of technology and a lot of hard work."

Cosden is already serving a 48-year sentence for first-degree rape. He is not likely to go free again.

"She was beautiful inside and out, but she was a normal troubled teenager," Sally Ann Devine said of her daughter. "I don't think she had more troubles than anyone else her age during that time. It is nice to know that this has finally been solved. We've been wondering for 28 years. I still feel like it's a dream and I'm going to wake up and it'll all be over."

## **Bibliography**

Hickey, Eric W., *Serial Murderers and Their Victims*. Wadsworth Publishing Company. 1997.

Kendall, Elizabeth, *The Phantom Prince: My Life with Ted Bundy*. Madrona Publications, 1981 (out of print)

Keppel, Robert D., *Riverman: Ted Bundy & I Hunt for the Green River Killer*. New York: Pocket Books, 1995.

Keppel, Robert D. with William Birmes, *Signature Killers: Interpreting the Calling Cards of the Serial Murderer*. Pocket Books True Crime. 1997.

A&E Biography Video: Ted Bundy: The Mind of a Killer

Larsen, Richard W., *Bundy -- The Deliberate Stranger*. Prentice Hall Trade. 1980. (out of print)

Michaud, Stephen G. and Hugh Aynesworth, *The Only Living Witness*. Authorlink Press, 2000

Michaud, Stephen G. and Hugh Aynesworth, *Ted Bundy: Conversations with a Killer*. Authorlink Press 2000.

Nelson, Polly, *Defending the Devil: My Story as Ted Bundy's Last Lawyer*. New York: William Morrow & Company, 1994. (out of print)

Rule, Ann, *The Stranger Beside Me*. New York: Penguin Group, 1989.

# ANEXO III

# PLAN DE ESTUDIOS UNAM

## LICENCIADO EN PSICOLOGIA<sup>2</sup>

**Unidad Académica:** Facultad de Psicología  
**Plan de Estudio:** Licenciado en Psicología\*  
**Area de Conocimiento:** Ciencias Biológicas y de la Salud

**Fecha de aprobación del plan de estudios por el H. Consejo Universitario:** 27 de julio de 1976.

### **Perfil Profesional:**

Es el profesional dedicado al estudio de los fenómenos del comportamiento humano y los procesos que con éste se relacionan, para determinar sus condiciones y leyes, en campos de acción diversos como el clínico, educativo, social, laboral, experimental y psicofisiológico.

### **Requisitos de ingreso:**

#### **Para alumnos de la UNAM:**

- Haber concluido el bachillerato en el Área de las Ciencias Biológicas y de la Salud.
- Solicitar la inscripción de acuerdo a los instructivos que se establezcan.

#### **Para aspirantes procedentes de otras instituciones:**

- Haber concluido el bachillerato;
- Tener promedio mínimo de siete (7) en el bachillerato o su equivalente;
- Aprobar el concurso de selección;
- Solicitar la inscripción de acuerdo a los instructivos que se establezcan.

**Duración de la carrera:** 9 semestres

**Valor en créditos del plan de estudios:**

**Total:** 310(\*)

**Obligatorios:** 218

**Optativos:** 92

**Seriación:** Ninguna

**Organización del plan de estudios:**

El plan de estudios está organizado por semestres, con un total de 31 asignaturas obligatorias y 11 optativas; éstas pueden cursarse a partir del séptimo semestre,

---

<sup>2</sup>FUENTE: [https://www.dgae.unam.mx/planes/f\\_psicologia/Psicol.pdf](https://www.dgae.unam.mx/planes/f_psicologia/Psicol.pdf).

eligiéndose de entre las asignaturas que integran las áreas de Psicología Social, Psicología del Trabajo, Psicología Educativa, Psicología Clínica, General Experimental, Psicofisiología, o de Materias de Información General. El alumno podrá cursar un total de 6 asignaturas en cada semestre, como lo establece el plan de estudios.

**Requisitos para la titulación:**

- Haber aprobado íntegramente las asignaturas y el 100 de créditos del plan de estudios;
- Realizar el Servicio Social;
- Cubrir el requisito de idioma;
- Elaborar la tesis o tesina;
- Presentar el examen profesional.

**ASIGNATURAS OBLIGATORIAS**

**PRIMER SEMESTRE**

**\*CL. CR. NOMBRE DE LA ASIGNATURA**

0046 08 Bases Biológicas de la Conducta  
0361 06 Introducción a la Psicología Científica  
0452 06 Lógica Simbólica y Semántica  
0496 08 Matemáticas I  
0821 06 Teorías y Sistemas en Psicología

**SEGUNDO SEMESTRE**

0004 06 Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso  
0226 06 Filosofía de la Ciencia  
0497 08 Matemáticas II  
0501 08 Motivación y Emoción  
0766 08 Sensopercepción

**TERCER SEMESTRE**

0006 08 Aprendizaje y Memoria  
0185 08 Estadística Descriptiva  
0541 08 Neurofisiología  
0647 08 Psicopatología  
0815 08 Teorías de la Personalidad

**CUARTO SEMESTRE**

0156 08 Desarrollo Psicológico I  
0186 08 Estadística Inferencial  
0631 08 Pensamiento y Lenguaje

0639 08 Psicología Fisiológica

0814 06 Teoría de la Medida

### **QUINTO SEMESTRE**

0139 08 Desarrollo Psicológico II

0635 06 Psicología Clínica

0636 06 Psicología Diferencial

0638 08 Psicología Experimental

0646 08 Psicometría

### **SEXTO SEMESTRE**

0003 08 Análisis Experimental de la Conducta

0187 08 Evaluación de la Personalidad

0637 06 Psicología Educativa

0640 06 Psicología del Trabajo

0641 06 Psicología Social

### **SEPTIMO SEMESTRE**

Optativas

### **OCTAVO SEMESTRE**

Optativas

### **NOVENO SEMESTRE**

Optativas

Idioma (Requisito)

## **ASIGNATURAS OPTATIVAS**

### **AREA: PSICOLOGIA CLINICA**

0137 06 Desórdenes Orgánicos de la Conducta Sociopática y Personalidad  
Psicopática

0140 08 Diagnóstico Psicométrico en Clínica

0363 08 Integración de Estudios Psicológicos

0365 06 Introducción a la Psicoterapia

0500 08 Modificación de Conducta

0634 08 Pruebas de la Personalidad

0648 08 Psicopatología de la Época del Crecimiento y Desarrollo del Hombre  
(del nacimiento a los 18 años)

0651 04 Psicodinámica de Grupos I

0652 04 Psicodinámica de Grupos II

0657 06 Psicología Clínica y Psicoterapia I

0658 06 Psicología Clínica y Psicoterapia II  
0721 08 Rehabilitación Conductual  
0816 06 Teoría de la Personalidad II  
0818 06 Teoría General y Especial de las Neurosis  
0819 06 Teoría General y Especial de las Psicosis  
0822 08 Teoría y Técnica de la Entrevista

# ANEXO III

# PLAN DE ESTUDIOS INACIPE

## **Maestría en Criminología y Política Criminal <sup>3</sup>**

**(2006)**

### **OBJETIVO GENERAL**

Coadyuvar en la formación académica y profesional de maestrandos en el estudio del fenómeno delictivo con perspectivas criminológicas que le posibiliten proponer alternativas político criminológicas al sistema de justicia penal.

### **PERFIL DE INGRESO**

Los aspirantes deberán poseer:

- Ser profesionistas relacionados con las ciencias sociales y de la salud, o de atención y servicio a la comunidad.
- Capacidad de análisis.
- Aptitud de trabajo en equipo.
- Vocación de servicio.
- Ética profesional.
- Capacidad de resolución.
- Sentido crítico y analítico.
- Capacidad de organización e iniciativa.

### **REQUISITOS DE INGRESO**

- Tener título y cédula profesional de Licenciado en Derecho y de las áreas de ciencias sociales y de la salud, de atención y servicio a la comunidad y carreras afines.
- Contar con promedio mínimo de 8 en la licenciatura.
- Acreditar un examen de conocimientos generales para ingresar al posgrado.
- Cumplir con el procedimiento de ingreso; entregar la documentación completa en los plazos fijados y aprobar las evaluaciones de admisión establecidas. En caso de ser aceptado, cubrir la cuota de inscripción y pago del primer semestre.
- En su caso, acreditar ser funcionario público.

---

<sup>3</sup> FUENTE: <http://www.inacipe.gob.mx/htm/CursosActividades/Maestrias/Criminologia/PDF/Criminologia.pdf>.

## **PERFIL DE EGRESO**

La Maestría en Criminología y Políticas Públicas pretende que sus egresados desarrollen las siguientes características:

- Formación universal y humanista.
- Capacidad para trabajar en equipos multidisciplinarios.
- Capacidad de desarrollar investigaciones en el campo de las ciencias penales.
- Asesorar a individuos o instituciones sobre política criminal.
- Diseño, planeación, instrumentación y ejecución de planes y programas preventivos, de tratamiento y alternativos en el tratamiento para menores, de readaptación social y de seguridad pública.
- Diseño y ejecución de programas de que sirvan de Asesoramiento a instituciones penitenciarias.
- Diseñar, desarrollar e implementar planes y programas que sirvan de base para proponer soluciones a problemas específicos e impulsar innovaciones de las diferentes instancias del sistema de administración y procuración de Justicia.

## **TITULACIÓN**

En términos del Reglamento de Estudios de Posgrado vigente, la forma de obtención del grado correspondiente será a través de la elaboración de una tesis y presentación del examen de grado respectivo, o bien, acogerse a la nueva opción de titulación mediante promedio general de aprovechamiento de 9 o más, de conformidad a lo establecido en el artículo 17 del Reglamento de Estudios de Posgrado del INACIPE.

**MODALIDAD**      Escolarizada

**CICLO**              Semestre (20 semanas)

## **PLAN DE ESTUDIOS**

### **PRIMER SEMESTRE**

- Introducción a la Criminología
- Derecho Penal
- Métodos Cuantitativos I
- Bases Biopsicológicas del Crimen
- Sociología Penal

### **SEGUNDO SEMESTRE**

- Teorías Criminológicas I

- Derecho Procesal Penal
- Métodos Cuantitativos II
- Introducción a la Criminalística
- Sistemas de Control Social del Delito

### **TERCER SEMESTRE**

- Teorías Criminológicas II
- Introducción a la Política Criminal
- Diseños de Investigación Criminológica y Victimológica
- Modalidades Delictivas I
- Políticas Públicas y Bases de la Administración Pública

### **CUARTO SEMESTRE**

- Modalidades Delictivas II
- Política Criminal Legislativa de Procuración y Administración de Justicia
- Políticas de Prevención del Delito y de Seguridad Pública
- Victimología
- Métodos y Técnicas en Planificación y Administración Pública

### **QUINTO SEMESTRE**

- Criminología Clínica
- Políticas Comparadas
- Políticas de Readaptación Social y Justicia de Menores
- Políticas de Justicia Alternativa
- Métodos Cualitativos de la Criminología

**HORAS CON DOCENTE:** 1500

**HORAS INDEPENDIENTES:** 500

**CRÉDITOS:** 125 \*

---

\* Para ver otros perfiles de ingreso y planes de estudio, consultar las siguientes paginas de Internet:

<http://www.univalletlax.edu.mx/criminologia.html>

<http://investigacion.uson.mx/posgrados/penal.htm>

<http://www.ceaam.edu.mx/maestrias.php>

<http://www.facdyc.uanl.mx/index.html>

<http://www.uaq.mx/derecho/criminologia.html>

<http://www.uad.edu.mx/durango/licenciaturas/criminologia.pdf>

<http://www.iup.mx/MAESTRIAS/MPJC/mpjc.html>

<http://prepaunifront.com/pagina11.html>