

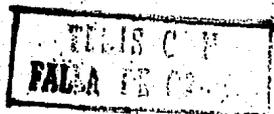
01941
2ej. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

OBSERVACIONES CLINICAS,
EN VEINTE SESIONES,
EN UN GRUPO DE PSICOPATAS.

Q

T E S I S
que para obtener el grado de
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA
CLINICA Y PSICOTERAPIA DE
GRUPO EN INSTITUCIONES
presenta
ISABEL RUZ SOSA





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

OBSERVACIONES CLINICAS, EN 20 SESIONES,
EN UN GRUPO DE PSICOPATAS

I. INTRODUCCION

II. ANTECEDENTES

1. Psicopatía: aspectos clínicos
 - a) Definición
 - b) Hipótesis etiológicas
 - c) Cuadro Clínico y formas de clasificación:
el tipo psicótico
el tipo neurótico
 - d) Diagnóstico diferencial
 - e) Evolución y pronóstico
tratamientos clásicos
2. Psicopatía: aspectos sociales
 - a) Concepción social de la psicopatía
 - b) Conductas delictivas y manifestaciones anti-sociales
 - c) Consideraciones legales: antecedentes históricos y legislación actual
3. Psicopatía: aspectos psicoterapéuticos
 - a) Estudios previos y conclusiones

III. HIPOTESIS DE TRABAJO

IV. MATERIAL Y METODOS

- a) Universo, muestra y criterios de selección
- b) Marco teórico
- c) Metodología

V. RESULTADOS

VI. ANALISIS

VII. CONSIDERACIONES FINALES

VIII. BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I. INTRODUCCION

La pertenencia a un grupo social está dada por la participación de sus valores culturales, la adopción de sus costumbres, reglas y leyes, y el sentimiento de identidad para con el resto de los miembros que la conforman, por medio de tal identificación el individuo ha de sentirse capacitado para establecer contactos satisfactorios que le permitan finalmente obtener su propia realización en el seno del grupo.

Condición básica para un comportamiento socialmente adecuado es la posibilidad de desarrollarse en un medio que, alentando la asimilación de los patrones culturales, permita a la persona el interaccionar con otros miembros del grupo sin que por ello se pierda privacidad. Las instancias que hacen viable tal posibilidad dependen tanto de la propia personalidad individual como de la formación y apoyo que en la consecución de ésta recibe el individuo.

Existen sin embargo casos en que ambos sustratos, el personal y el social, se estructuran en medida de tal modo deficiente que de su unión emerge un producto individualmente enfermo y socialmente anormal: el psicópata.

El presente trabajo está enfocado al estudio de un grupo de individuos considerados como psicópatas; es decir, como sujetos afectados de un peculiar trastorno de la personalidad cuyas raíces subyacen en el trasfondo social y vienen a repercutir en la dinámica propia del universo que les rodea.

Instituir las vías terapéuticas ante una entidad patológica bien definida es tarea relativamente sencilla; hacerlo cuando nos enfrentamos a un cuadro clínico de límites ambiguos y cambiantes por imprecisos se antoja tarea difícil, si a esto aunamos una conducta de estigmatización por parte del medio social que rodea al enfermo, incapaz de comprender su proceso por desconocerlo, la empresa se torna casi titánica.

Esta doble actitud de rechazo e ignorancia ha incidido durante largo tiempo en el soslayamiento del estudio del problema; por ello hasta últimas fechas diversos investigadores encaminaron sus esfuerzos a clarificar el cuadro clínico que caracteriza a esta entidad patológica, posibilitando así tanto el afinar el diagnóstico como valorar las consecuencias sociales de la enfermedad.

Con objeto de dar cuenta de tales dificultades, la primera parte de nuestro trabajo estuvo enfocada a recopilar los testimonios que nos parecieron más significativos al respecto; así, se describen las principales aportaciones -casi todas ellas recientes- en la delimitación clínica del síndrome y la conducta que los diversos grupos sociales han adoptado ante su visualización, especialmente en el marco jurídico.

Dicha primera parte ha sido pues subdividida, con afanes exclusivamente metodológicos, en tres apartados, que se inician con los aspectos clínicos de la psicopatía, abarcando tanto la definición del síndrome como las hipótesis etiológicas; las diversas clasificaciones; el diagnóstico diferencial, y la evolución, pronóstico y tratamientos clásicos. A continuación se abordan los aspectos sociales de la psicopatía, subdivididos en la concepción sobre la misma, las conductas delictivas y otras manifestaciones antisociales, y una breve reflexión sobre las consideraciones legales en torno al problema. Para finalizar, se incide sobre los aspectos psicoterapéuticos de la entidad.

La segunda parte del trabajo hace ya referencia al estudio de casos realizados, desglosándolo como es costumbre, en las hipótesis preliminares, el material y métodos empleados, los resultados obtenidos y su análisis.

Finalmente se plantean algunos señalamientos iniciales sobre la investigación desarrollada y se bosquejan algunas consideraciones en torno a futuras investigaciones que tengan como tema la misma problemática tratada.

Una última advertencia nos parece necesaria: este trabajo contempla principalmente los aspectos clínicos de la psicopatía y las posibilidades psicoterapéuticas en su tratamiento; es por tanto parcial en sus apreciaciones. La necesidad de realizar estudios multidisciplinarios fue una de las que con mayor agudeza se antojaron imprescindibles a lo largo de la investigación. Si la psicopatía emerge como resultado de la interacción de factores diversos, obviamente a su tratamiento deberán avocarse otros tantos estudiosos de ello. Solo así, realizando investigaciones integrales, podremos aspirar a devolver al hombre enfermo lo que de más preciado tiene su existencia: la integridad, y por ella entendemos no solo la que hace referencia a sus estructuras mentales, sino la que posibilita sentirse y ser sentido como un hombre íntegro por el resto de su grupo social.

CAPITULO II. ANTECEDENTES

1. PSICOPATIA: ASPECTOS CLINICOS

a) definición

La mayor parte de los científicos sociales avocados al tema postulan un principio de psicopatía generalmente aceptado que considera que el "psicópata es una personal asocial, altamente agresiva e impulsiva, que carece (a veces no enteramente) de sentimientos de culpa, y que es incapaz de crear lazos duraderos de afecto con otros seres humanos" (Mc Cord, 1966:54).

En 1809, ante un paciente que presentaba síntomas que no encajaban dentro de alguna de las clasificaciones psiquiátricas conocidas, Pinel arribó a la conclusión de que estaba ante una nueva entidad patológica a la que designó "manía sin delirio"; nació con ello el diagnóstico de psicopatía.

La "manía sin delirio" de Pinel era una clasificación aún más amplia que el moderno concepto de psicopatía, ya que mezclaba con algunos casos de ésta otros varios trastornos, tales como paranoia, epilepsia, histeria y neurosis.

En Inglaterra, J.C. Pritchard (1835), concibió el término "insania moral" para describir a aquellos sujetos en los cuáles "los principios morales activos de la mente estan fuertemente pervertidos o desviados; el poder de autodomnio está perdido o disminuido y el individuo es incapaz, no de hablar y razonar sobre cualquier tema que se le proponga, si no de conducirse con propiedad y decencia en la vida". Esta definición de Pritchard para definir el trastorno psicopático incluía otras alteraciones como la psicosis maniaco depresiva (Mc Cord ob. cit.:46). Entre los criminales Pritchard observó a aquellos que mostraban una carencia de sentimientos de culpa, una falta de dominio y una ausencia de sen

tido ético, y pensó que la anormalidad presentada por éstos - tenía tanta importancia como una enfermedad mental y podía - compararse a ella, aunque se manifestase en un nivel diferente (Mayer Gross, 1974:92).

Cesare Lombroso (1865), describió al "criminal nato" - como a un imbecil moral; carente de culpa, altamente agresivo, lleno de ostentación, impulsivo, peculiarmente insensible a la crítica social y al dolor físico. Aunque mucho de su obra (particularmente sus teorías de causa) ha sido reprobado, su estudio ha tenido una profunda influencia (Mc Cord, Ibid).

En 1870 el concepto de "insania moral" había ganado amplia aceptación y popularidad en el mundo médico. Afirmando que una facultad específica, el sentido moral, estaba enferma, parecía explicarse el comportamiento de algunos pacientes muy agresivos.

Mientras que la medicina aceptaba este nuevo concepto, la religión y la ley lo rechazaban escandalizadas; los abogados sentían que dicho concepto destruiría las bases de la responsabilidad criminal y los sacerdotes lo denunciaban como un plan para subvertir el libre albedrío y retrotraer al - "paganismo y libertinaje" (Mc Cord ob. cit:47).

El comienzo del siglo XX es testigo de un resurgimiento en la investigación del tema y un importante cambio en el interés: los científicos abandonan los problemas teóricos y vuelven su observación hacia el psicópata mismo. Debido a su connotación desagradable, la expresión "insania moral" es reemplazada por "inferioridad psicopática", creada por Koch en 1891 (Mayer Gross, 1974: 91; Schneider 1922 :5).

Koch consideraba que el trastorno era causado por una predisposición constitucional. La expresión "psicopatía -

constitucional" se difundió ampliamente (Mc Cord, ob. cit.: 49).

Observadores cuidadosos trataron de delimitar la nueva entidad patológica y darle un significado más específico al concepto utilizado para designarla. Meyer, en 1912, excluyó a los neuróticos de esta categoría; Mercier, en 1913, logró el reconocimiento oficial (a través del British Mental Deficiency act) de que los trastornos de conducta eran sólo una variedad particular de la insania. Por su parte, Birnbaum, en 1914, puntualizó que la conducta criminal no era, per se, psicopática, y que los psicópatas no tenían necesariamente deficiencias intelectuales (Ibid). Para Kraepelin (1856-1926) las personalidades psicopáticas eran formas frustradas de psicosis o correspondían a sujetos que tenían una desviación en la dirección normal del desarrollo, como resultado de factores hereditarios o ambientales orgánicos. Fué este mismo autor quien creó el término "personalidad psicopática", mismo que en 1923 fué desarrollado ampliamente por Kurt Schneider (ob. cit.: 323).

Hacia el fin de la primer guerra mundial los psiquiatras habían llegado al consenso de que la psicopatía era un desorden especial que se manifestaba en "una fuerte tendencia viciosa o criminal, en la cual el castigo no tenía ningún poder de contención o casi ninguno". Sin embargo, no se estableció un consenso sobre las causas del trastorno (Mc. Cord, Ibid).

En América, la primera persona en comenzar un estudio empírico de la psicopatía fue B. Glueck, un psiquiatra de la prisión de Sing-Sing, quien afirmaba que el acto criminal es siempre el resultado de una interacción entre una personalidad particularmente constituida y un medio también particu -

lar. En 1918 investigó a 608 convictos de Sing-Sing, el 18.9% de los cuales eran psicópatas. Glueck halló que estos tenían la más alta reincidencia; la mayor proporción de ebriedad; aficción a drogas y la forma más precoz de conducta antisocial. Estimulados por este estudio, otros psiquiatras como C. Burt en Inglaterra, A. Scott y A. Johnson en Estados Unidos, examinaron a otros psicópatas. De estos primeros estudios destaca el trabajo de John Visher (1922) como el que mejor ha resistido el paso del tiempo.

Visher seleccionó 50 casos de personalidad psicopática de su hospital de veteranos y los sometió a un extenso examen psicológico encontrando en ellos "extrema impulsividad, falta de concentración, egoísmo marcado e incapacidad para proyectarse; carencia de culpa y un nihilismo social sin inhibiciones" (Mc Cord, ob. cit.:50).

En 1930 dos nuevas corrientes intelectuales intervinieron en el estudio de la psicopatía. Una de ellas comenzó con la aseveración de Bolsi, en 1924, de que de una encefalitis podían resultar síntomas psicopáticos. Aceptando esta premisa, muchos médicos transformaron el estudio del comportamiento del psicópata en el estudio de su cerebro, aportando así las primeras informaciones sobre la neurología del psicópata.

El año de 1930 contempla también la divulgación de la escuela psicoanalítica. Los médicos orientados en Freud, Adler y Jung pensaron que la escuela neurológica había ignorado múltiples facetas del carácter psicopático. Destacan entre ellos Coriat, Wittels, Partridge, Alexander y Kahn.

Actualmente la mayor parte de sus resultados manifiesta una mezcla de síntomas y síndromes. En 1944, se asentaba que el término personalidad psicopática, "no se refiere a

una específica entidad conductual. Sirve como tarro de des- perdicios al cual son relegados un grupo de trastornos y pro- blemas de la personalidad que permanecen sin clasificar aún" (Mc Cord, ob. cit.:53).

Otros científicos -Herderson (1939), Cleckly (1941), - Karpman y Linder (1942)- argumentaban que la psicopatía es- un trastorno preciso. Para ellos, el problema era rehacer- el trabajo comenzado a principios de 1900; investigar, clari- ficar y definir específicamente el problema.

Henderson en su libro Estados Psicopáticos, escrito en 1939, clarificó la distinción entre la "personalidad epilep- toide" y el psicópata. Analizó la conexión entre las moti- vaciones y las manifestaciones del trastorno: crimen, alco- holismo, y farmacodependencia. También puntualizó la cone- xión entre la asocialidad del psicópata y su carencia de sen- timientos de culpa.

H. Cleckly (1941), en su libro La máscara de la cordu- ra, enfatiza los rasgos de carencia de culpa, incapacidad de amor objetivo, superficialidad emocional, egocentricidad, ca- rencia de fines e impulsividad. Percibe el encanto con el cual algunos psicópatas ocultan su asocialidad; reconoce su inhabilidad para aprender de la experiencia y puntualiza la tendencia de éstos para buscar control externo, a veces como castigo por su conducta (Mc Cord, ob. cit.:55).

Afirma además que los psicópatas pueden ser hallados - no sólo en las prisiones sino en las más respetadas posicio- nes sociales.

Cleckly propone reemplazar el término "psicópata" por- el de "demencia semántica". Debido tanto a que la mayoría- de los científicos no estaban de acuerdo en que dicha expre- sión constituyese el síntoma fundamental como al arraigo del

término "psicópata", el nuevo concepto de Cleckly no ganó popularidad.

Benjamín Karpman señaló una distinción entre dos variedades de psicopatía: "idiopática y sintomática. En la primera el rasgo sobresaliente es el comportamiento psicopático - siendo imposible hallar algo que sugiera psicogénesis". En el "sintomático" las causas psicogénicas son rápidamente descubiertas. Posteriormente llegó a afirmar que estos eran neuróticos que "actuaban" como psicópatas ya que el verdadero psicópata nunca resulta de causas emocionales sino que proviene de una ilimitada "carencia de capacidad para aprender y de una agresividad constitucional" (Mc Cord, ob. cit.: 57).

Con la Segunda Guerra Mundial y la consecuente corriente militarista el control del psicópata adquirió nuevas dimensiones e interés. Aparecieron numerosos artículos tratando los problemas de segregación, diagnóstico y tratamiento.

A mitad de siglo el problema de la definición parecía próximo a solucionarse y los principios de casualidad habían sido clarificados por las investigaciones; sin embargo el tratamiento del psicópata se mantenía en una zona oscura (Mc Cord, ob. cit.: 59).

En 1944, Curran y Mallison hacen un llamado para delimitar clínicamente el concepto, pues consideran que hacerlo coextensivo con el de personalidad anormal solo redundaría en mayor confusión. No obstante, su clasificación se confundió gradualmente no sólo en sí misma, sino incluso, con la neurosis y psicosis. Fueron ellos los introductores del término personalidad "sociopática", en la que postulaban como característica principal la conducta asocial o antisocial (Gross, ob. cit.: 92; Lucue, 1972: 8).

La dificultad para determinar los criterios de definición viene reflejada por la incertidumbre de la terminología: desequilibrio es el término clásico en Francia; en Alemania se habla de personalidad psicopática o de psicópatas; en Inglaterra se describe como neurosis impulsivas a un grupo de dichos trastornos, mientras que en Estados Unidos se ha intentado la aceptación del término "sujetos disociales" propuesto para reemplazar al de antisociales, criticado -con razón- como simplemente exterior a los casos.

La Asociación Psiquiátrica Americana define la personalidad psicopática de la siguiente manera: "sujetos básicamente insociables, cuyo comportamiento les lleva repetidamente a tener conflictos con la sociedad. Carecen de lealtad ante el grupo, el individuo y los valores sociales. Son insensibles. irresponsables, impulsivos e incapaces de sentir culpa; de aprender de la experiencia y del castigo. La tolerancia ante la frustración es baja. Tienden a culpar a los demás para justificar su propia conducta. Los problemas legales repetitivos y ofensas sociales, no son suficientes para justificar el diagnóstico" (Freedman, 1972:951).

b) hipótesis etiológicas

A comienzos del siglo XX los psiquiatras aun no coincidían en la etiología del trastorno. Algunos como Mercier - (1913) enfatizaban la deficiencia intelectual; otros como - Birnbaum (1914) "la emocionalidad patológica", mientras que - algunos como Meyer (1914) continuaban postulando una inferioridad constitucional (Mc Cord, ob. cit.:49).

Los que han visto como causas de la psicopatía los factores hereditarios han tratado de probar que el trastorno - proviene de una disposición innata; sin embargo, los estudios realizados hasta mediados de siglo no proveen de normas comparativas. De hecho una alta proporción de personas normales (50-68%) parece tener "defectos hereditarios" similares a los de los psicópatas (Berlit, 1938, citado en Mc Cord, ob. cit.: 88).

En cualquier caso, las correlaciones genéticas no poseen un carácter fatalista, sino más bien el de una predisposición que parece innegable para los genetistas.

Desde 1961 se ha intensificado la exploración citogénica de los sujetos psicopáticos o supuestos como tales; un estudio estadístico recientemente realizado en Francia en - 600 sujetos ingresados en servicios para "enfermos difíciles" o reconocidos como irresponsables desde el punto de vista médico legal, ha dado como resultado un número de 38 sujetos - portadores de anomalías careotípicas evidentes, entre las - que destacaban 15 con genotipo XYY y otros con XXY, la frecuencia de otras aberraciones fue menor (Benezech y Noel, - 1972, citados en Ey, 1975:327).

Desde el enfoque neurológico B. Alpers, en 1944, señaló que sus pacientes con daño en área hipotalámica mostraban tendencias antisociales y una total o parcial pérdida del -

discernimiento. En 1945, Freeman y Watts demostraron que la lobotomía prefrontal hacía perder a algunos de sus pacientes sus controles sociales, sus inhibiciones y principios. Más adelante afirmaron que la conducta agresiva aparece en casi todos los casos en que un área específica del cerebro, el hipotálamo, es lesionada (Mc Cord, ob. cit. : 93-94).

En 1956, Essen Muller, en un grupo de sesenta y cuatro adultos que habían sufrido de meningitis o encefalitis infantil no encontró ninguno que pudiese ser clasificado como psicópata. D. Hill y D. Watterson fueron los primeros en medir el patrón eléctrico del cerebro psicopático; en 1942 estudiaron a 104 pacientes en un hospital para enfermos mentales, dividiéndolos en "psicópatas agresivos" (anti sociales, carentes de sentimientos de culpa e impulsivos) y "psicópatas inadecuados" (egocéntricos e inmorales pero no agresivos). El 65% del primer grupo evidenció un EEG anormal en contraste con un 32% entre los "psicópatas inadecuados" (Mc Cord, ob. cit.:95).

G. Bradly (1942), Silverman (1944) y Rocwell y Simmons (1947), corroboraron lo anterior en individuos diagnosticados como psicópatas. Después de ese último año, las investigaciones electroencefográficas de otros investigadores no evidenciaron diferencias apreciables entre individuos normales y psicópatas (Simon B, citados en Mc Cord, ob. cit.: 97). En 1950 Green Blatt revisó los casos de 380 "psicópatas" en el Boston Psychopathic Hospital, notando una incidencia de aberración del 30% (Ibid).

En cierto tipo de psicópata impulsivo el EEG proporciona registros de paroxismos relacionados con epilepsia

clínica o infraclínica; pero con mayor frecuencia, las anomalías descubiertas consisten en ondas lentas diseminadas de tipo theta, con una defectuosa organización del trazado que responde a la noción de "inmaduración". En 1952 Hill demostró que las anomalías de este tipo se encuentran aproximadamente en un 50% de los criminales de todo género, y que incluso en aquellos que presentan un trazado de reposo normal cuando se les sitúa en condiciones que reproducen las del delito, aparecen anomalías, aunque no especificó su tipo (Ey, ob. cit. :326).

Años después Hill, Cohn y Nardini (1958) corroboraron lo anterior, agregando que tales alteraciones ocurrían en un 22% de los sujetos; que se presentaban con mayor amplitud en las regiones centrales y temporales, y que no respondieron a la estimulación visual y se acentuaban con la hiperventilación. En un 3.2% de los sujetos se presentaron variantes del ritmo alpha. La actividad focal lenta a menudo era mayor en amplitud que la del ritmo alpha y en determinado número de casos - unilateral, siendo más comunes los focos de la derecha que los de la izquierda (Mayer Gross, ob. cit.:19).

Arieti, en 1959, reportó que algunos estudios electroencefalográficos sugieren que una proporción significativa de psicópatas muestran trazos anormales: implicando así una base de tipo orgánico. No obstante, señala que es difícil sostener que las investigaciones de este tipo hayan aportado suficientes evidencias como para hablar de un trastorno neurológico en el trastorno psicopático.

Por su parte Mc Cord considera que la variedad de resultados refleja los indefinidos estándares empleados por los investigadores en la selección de sus casos, mezclando diversos tipos de personalidad (ob. cit.:98).

H. Luque (1972) puntualiza la extraordinaria incidencia

de trastornos psicopáticos y demás anomalías psicopatológicas que se observan en los epilépticos, que alcanzan un alto porcentaje (79%) en cuanto a rasgos sociopáticos comparado con la población normal. Lo anterior le hace pensar en un trasfondo constitucional, orgánico, de la psicopatía. Si del 50% al 80% de los psicópatas presentan disritmias y un 77% de las epilepsias son de origen hereditario, es obvio que existe una estrecha correlación entre las psicopatías y la herencia - - (1972:22).

Freedman, 1972, por su parte, considera que los estudios electroencefalográficos indican alteraciones diversas en adultos criminales pero anota que un reporte de daño electroencefalográfico no es condición para que se desarrolle una reacción antisocial. Agrega además que el factor genético no puede ser excluido como posible causa del trastorno. Es necesario que las futuras experimentaciones sean controladas - más rígidamente y con mediciones más exactas.

En la búsqueda continua de las causas de la psicopatía la ciencia social ha encontrado dos grandes fuentes de información: el estudio de las experiencias tempranas del psicópata y el exámen de los niños rechazados o aislados.

El niño que desarrolla patrones psicopáticos de conducta los ha aprendido a menudo de un ejemplo parental, o ha adquirido al menos sus actitudes sociales y su estructura del superego mediante la identificación con sus padres. La familia no solo tiene relación con los orígenes de la psicopatía, sino también con sus manifestaciones (Mac Kinnon y Michels, - 1973:197).

El control ético no es un instinto en su origen (tesis-constitucionalista); deriva de la elaboración y de los compor

tamientos primitivos por la influencia de las presiones del medio, esencialmente de los padres como transmisores de la cultura, pero también por sus propias normas individuales a través de los deseos expresados o inconscientes. A un nivel inferior de integración, las prohibiciones de origen externo se hacen internas por la aparición de la culpabilidad primitiva frente a las imágenes todopoderosas de los padres. Se trata de la pre-moral (Hesnard, 1949, citado por Ey, 1975: 333) que evolucionará, en un nivel superior de integración, como una adaptación de la conducta a la vida social por la formación progresiva de ética y autonomía personal. Para ello es indispensable un ambiente afectivo que tolere las frustraciones inevitables, la aceptación de límites en la búsqueda del placer y la elaboración de conductas racionales (Hesnard, 1949. Citado por Ey, 1975:334).

La desconfianza del individuo psicopático hacia los demás empieza muy tempranamente en la vida; el sentimiento del niño normal de que sus necesidades serán satisfechas se basa en la relación temprana con su madre, y su experiencia repetida de que frustración y aplazamiento, por dolorosa que sea, va seguido inevitablemente de satisfacción y seguridad (Mac Kinnon, ob. cit.:291).

Las experiencias tempranas podrán conducir acaso al sentimiento de que no se puede confiar en nadie y de que la seguridad ha de obtenerse de alguna otra fuente distinta de aquella de la relación humana íntima. Podrá haber condiciones constitucionales que contribuyan a una presión aumentada de los impulsos básicos o a una tolerancia disminuida frente a la frustración (Mac Kinnon, ob. cit.:293).

Ey (ob.cit.:332) considera que aún cuando la familia-

no se haya disociado, ni se haya carecido de su presencia, ha sido incapaz de ayudar al niño en el aprendizaje de las primeras frustraciones: destete y educación esfinteriana. Las actitudes ambivalentes de la madre no le permiten al niño valorar sus primeros actos como un intercambio; en ello se adviene un origen posible del paso a la acción, percibiéndose asimismo la importancia del momento en la carencia de las primeras relaciones. La fijación oral, la posición particular de la angustia y la elección preferente de la acción tienen quizá su origen en ese estilo de la relación y en tal momento privilegiado.

El padre descrito como lejano, ausente y débil, o como autoritario y aplastante, tampoco llega a constituir una imagen de identificación para el hijo. Esta otra carencia se avoca al fracaso de la etapa edípica, determinando la imposibilidad de una relación estable con los demás; la carencia de un super Yo personalizado, ya que el individuo ha quedado fijado a la etapa pregenital (ob. cit. p: 333).

La situación familiar del psicópata conduce a menudo a un rechazo inconsciente por parte de los progenitores, que en sus propios conflictos se lanzan entre sí al hijo "como un proyectil". Se comprende así que tal posición no permita ninguna identificación estable al niño; ninguna interiorización de conflictos estructurantes. Por el contrario, éste es incitado a concebir como única defensa contra la angustia el paso a la acción, como lo hacen sus propios padres sirviéndose de él.

Así, la economía interna del Yo resulta profundamente alterada. Las referencias sólo pueden tomarse del mundo exterior con el que, por así decirlo, se hace necesario el chocar para verificar su resistencia y estabilidad (ob. cit.: 334).

'Arieti (1959) consideró que el psicópata no surge solamente de familias con conflictos irresueltos o de bajo nivel-intelectual, ya que hay psicópatas con antecedentes familiares exitosos y sin problemas específicos en la relación parental.

Lo anterior fue ratificado por Freedman en 1972, agregando que los mejores predictores en el desarrollo de una reacción antisocial son la frecuencia, severidad y variedad de síntomas antisociales del sujeto cuando niño; padres antisociales; dificultades en la disciplina familiar; nivel socioeconómico y vecindario inadecuado. Esto en lo que respecta al enfoque ambientalista. Finalmente, considera que la etiología de la reacción antisocial no es conocida en la actualidad debido en parte a las técnicas de estudio empleadas y a que la definición del síndrome en forma más precisa es aún reciente, por lo que el estudio de grupos homogéneos ha sido limitado.

c) cuadro clínico y formas de clasificación

El psicópata es como un niño absorbido en sus propios intereses, demandando vehementemente ser saciado. Nunca aprende a posponer sus deseos; nunca los modifica, ni toma en cuenta las necesidades de los otros. En muchos aspectos el psicópata es narciso; completamente absorbido por él mismo y anhelando solamente su propio placer.

Gran parte de la asocialidad del psicópata se rastrea en ese deseo de placer inmediato. Como Freyhan ha observado, "el psicópata es asocial más que antisocial". El no ataca de liberadamente a la sociedad, pero ésta se interpone demasiado a menudo en la concreción de sus deseos (citado en Mc Cord, - 1966:27).

El trastorno psicopático se encuentra catalogado dentro de los trastornos de la personalidad. Su planteamiento trata de concebir lo congénito y lo adquirido como factores predisponentes, al igual que las condiciones sociales perjudiciales. Por otro lado, intenta averiguar la causa por la cuál las reacciones psicológicas del sujeto le hacen incapaz de equilibrar por sí mismo su persona y su destino (Ey, ob.cit.:323).

La conducta es psicopática cuando la satisfacción de motivos básicos adquiere importancia dominante (Ego deficiente)- para evitar la tensión que resulta cuando los impulsos no se satisfacen; evitar la ansiedad ante la frustración inminente, y proteger, además, al ego de sentimientos de inadecuación (Mac Kinnon, Ob. cit: 274).

El comportamiento psicopático puede resumirse en una frase "el paso a la acción". Se desencadena en el sujeto como una respuesta siempre a punto para ciertos estímulos; se trata de una conducta con respecto o hacia los demás, como si el acto dirigido hacia el exterior constituyera, por así decirlo, la única vía de descarga de la tensión interna (Ey, ob. cit.:325). Es decir, se asegura la satisfacción de impulsos-

proporcionando la seguridad y el alivio de tensión resultan -
tes. El hecho de que el carácter psicopático no desarrolle
defensas "neuróticas" adecuadas hace que resulte necesario pa
ra él el escapar de la frustración y la ansiedad. Elude -
pues la responsabilidad, y evita situaciones que exponen su
déficit afectivo (Mc Kinnon, ob. cit.: 276).

El sujeto con un predominio de mecanismos psicopáticos
suele mostrar deficiencia en sus impulsos básicos y manera de
tratarlos; su afectividad, incluidas la ansiedad, culpa y ca-
pacidad para el placer; sus relaciones de objeto, y los pa -
trones resultantes de la conducta manifiesta.

Impulsos; son las representaciones mentales de necesida
des y motivos que forman la fuerza impelente detras de toda
conducta. Algunos sujetos psicopáticos experimentan sus im-
pulsos como egosintónicos. Esto es, sienten que quieren ac-
tuar de acuerdo con ellos, en tanto que otros tienen un senti
miento subjetivo de una fuerza externa urgente y compelente -
que les lleva a la acción.

El adicto por ejemplo, explica su deseo hacia las dro -
gas por el placer que éstas ofrecen, pero no posee ni el inte
rés ni la capacidad de diferir el placer cuando se entera de
los peligros que a largo plazo le acompañan. Hay una falta
de preocupación por la consecuencias de la conducta. Suele ex
perimentar el acontecimiento más bien como alivio que como ne
cesidad física. La incapacidad del sujeto de controlar o mo-
dular sus impulsos conduce a explosiones agresivas como reac -
ción ante una frustración. Estas explosiones pueden desaparecer
tan repentinamente como se iniciaron; el sujeto podrá estar tran
quilo casi hasta el punto de desinterés, a continuación del -
episodio. No acierta a comprender porque los demás atribuyen
tamaño significado a su violencia (ob.cit.: 278-279).

El psicópata ignora responsabilidades, deberes y res -

tricciones. Su vida parece una serie anormal de actividades - sin conexión entre sí, dirigidos hacia un lado y después hacia otro.

Sus aventuras parecen carecer de un fin determinado o de un propósito. Aún sus crímenes rara vez son premeditados. - Roba un negocio llevado por un momento de capricho, no por una cuidadosa consideración del asunto. El psicópata carece de - principios; su vida está dominada por deseos efímeros que no - dan cabida a planificaciones previsorias.

Robert Linder observó que "adolecen de la capacidad de - marchar hacia una meta, salvo que ésta sea algún fin egoista - capaz de ser logrado inmediatamente en una explosión aguda de - actividades" (Mc Cord, ob. cit.:28-29).

El término de paso a la acción deriva de la clínico psicoanalítica, en la que la noción de acting-out designa una acción simbólica. Se trata, por tanto, de un antiguo comportamiento que vuelve a surgir de repente, en forma inapropiada para el presente aunque fuese apropiado en una situación anterior o arcaica, en la base del desarrollo de la persona en cuestión. En el psicópata no se trata de un acto simbólico aislado sino de una realización completada y repetitiva, como si la energía bloqueada pasara a la acción en su totalidad y de forma habitual; como si viviera en el acting-out (Ey, ob. cit.:325).

Afecto. Al psicópata se le describe a menudo como al - quien que siente poca o ninguna ansiedad; al parecer hay poca tolerancia para ésta. Los mecanismos utilizados buscan su alivio, prevención y defensa. La angustia no puede aparecer por ser aterradora y será evitada a toda costa, sin embargo, las - frustraciones frecuentes son inevitables, de lo que resulta - una gran tensión difusa y constante. La negación y una apa -

riencia de compostura externa conducen a la pretensión errónea de que dichos sujetos no experimentan ansiedad. Si la seguridad y satisfacción constantes fallan, la ansiedad, depresión, ira y conducta impulsiva son corrientes (Mac Kinnon, ob.cit.: 280).

La culpabilidad también está ausente. El psicópata -y- este es un rasgo decisivo- tiene internalizados muy pocos sentimientos de culpa. Carece de conciencia en el sentido acostumbrado; puede perpetrar cualquier actividad, pero difícilmente llega a tener asomo de remordimientos.

Así, hablan de moralidad pero no sienten ninguna en su interior y sus palabras no obstaculizan sus acciones. No importa cual sea el crimen cometido, el psicópata no siente ninguna culpa o muy poca (Mc Cord, ob. cit.:35).

La posibilidad de elaboración ante la emergencia de la pulsión es relativa o no la hay (tolerancia disminuida ante la culpa). No ha desarrollado un sistema internalizado autónomo de controles de la conducta, que funcione sin la amenaza de descubrimiento y proporcione medios de regulación de los impulsos, antes de que conduzcan a una conducta manifiesta.

La relación con el objeto es la de la incorporación o la de la destrucción: "si no puedo conseguirlo, es debido a que es malo y, por lo tanto, lo destruyo". Su defensa es la identificación proyectiva, el super Yo es arcaico y aterrador. Frente a él, el acto psicopático le permite mantener su unidad y el contacto con el exterior, que a su vez responde con sanción y represión, demostrando así su existencia y nocividad. El paso a la acción sustituye la elaboración delirante (Ey ob.cit: 325).

Un exámen demostrará que de ningún modo se siente culpa-

ble de lo acontecido y que sólo espera que lo rescaten de sus dificultades para seguir actuando de idéntica manera y en la misma dirección (Gross, ob. cit.:225).

Las respuestas afectivas del individuo psicopático poseen una cualidad superficial. Cuando el afecto simulado o de fachada es penetrado, suelen encontrarse sentimientos que el paciente describirá como depresión, pero que más bien parecen una ansiedad libremente flotante, mezclada con vacuidad y falta de relación con la demás gente.

Su avidez afectiva no constituye una auténtica demanda; la ausencia de identificación y de culpa hacen pensar que lo que busca es seducir, reafirmarse por la progresión que consigue y por la manipulación que espera obtener (Mac Kinnon, ob. cit.: 281; Ey, ob.cit.:326).

Relaciones de objeto. El psicópata ha sido muchas veces caracterizado como el "lobo solitario". Parece frío y carente de compasión. Trata a la gente y a los objetos como medios para su propio placer. A pesar de que puede llegar a tener fugaces ligaduras, éstas carecen de profundidad emocional y de ternura, y terminan, frecuentemente, en explosiones agresivas (Mc Cord, ob. cit.:34).

El interés emocional del sujeto está narcisísticamente centrado en sí mismo. Las demás personas son figuras transitorias en su vida; hay pocos sentimientos de pérdida; lo que busca es congraciarse, aprovecharse y explotar. La necesidad del individuo psicopático de castigar a los que quiere es universal, y a menudo se da poca cuenta de la cantidad de ira descargada en este patrón. Evita un sentimiento de sumisión y el hacerle sentir pasivo, directa o simbólicamente, puede desencadenar la violencia.

El psicópata ve a los demás más bien como vehículos para su satisfacción, y se preocupa menos por la ruptura de relaciones concretas.

Patrones de conducta. El comportamiento antisocial del psicópata comprende una diversidad de trastronos tales como el mentir, robar, hacer trampa, y hacer uso de drogas.

El individuo psicopático busca por regla general evitar el castigo y la amenaza de éste no sirve como disuasivo eficaz de su conducta.

El sujeto tiene a menudo la impresión de que tiene derecho a hacer lo que hace, aunque puede admitir que otros no estarán de acuerdo. Cree que ha sido tratado injustamente en el pasado y que su conducta actual nivelará la balanza. La falta de paciencia y la susceptibilidad a las distracciones compulsivas crean dificultad en objetivos a largo plazo (McKinnon, ob. cit.:284).

El psicópata trata de transferir a los demás su propia ansiedad para disminuir con ello su propio temor; escogiendo a aquellos que reaccionan más intensamente ya que parece obtener cierta seguridad del trastorno de la persona. Los individuos psicopáticos son relativamente hábiles en cuanto a disimular su expresión manifiesta de emociones (utilizando entre otros los desplazamientos, proyecciones, racionalizaciones, aislamiento) reduciendo a su vez la culpa y el malestar social que podría acaso experimentar.

"El malestar" que resulta de su conducta impulsiva es enfrentada con una serie de maniobras defensivas, tales como, "yo no lo hice", "creí que estaba bien", "todos los demás lo hacen", etc. No ve la repercusión social; proyecta sus impulsos sobre otros; frecuentemente tiene la impresión de que-

los demás tienen alguna artimaña, que son aprovechados y explotadores y buscan únicamente su propia ventaja. El paso siguiente en esta sucesión puede caracterizarse por un sentimiento de: "de todos modos, nadie se preocupa".

El individuo psicopático presenta una autoestimación deficiente, por lo que recurre a tratar sus propios vicios como virtudes. Así vemos como su sensibilidad, su indiferencia o su falta de escrúpulos son rasgos admirables para él. Busca el respeto y la admiración de los demás en forma de una manifestación externa de aprobación social. Le gusta hablar de su habilidad en conseguir lo que quiere (Mc Kinnon, ob. cit.: -284).

Cuadro No. 1

Signos y síntomas predecibles de personalidad antisocial*

- a) porcentaje en adultos antisociales
- b) porcentaje en niños que llegaron a mostrar personalidad antisocial

	a)	b)
1. Hurtos	83%	31%
2. Incorregibilidad	80	30
3. Holgazanería, ausentismo escolar	66	34
4. Fugas del hogar	65	33
5. Malas compañías	56	30
6. Permanencia fuera del hogar hasta altas horas	54	30
7. Agresión física	45	32
8. Trabajos varios	44	32
9. Impulsividad	38	35

10.	Irresponsabilidad	35%	29%
11.	Desaliño y poca higiene	32	34
12.	Enuresis	32	29
13.	Ausencia de culpa	32	38
14.	Vida sexual premarital	28	31
15.	Mentira patológica	26	39
16.	Perversión Sexual	18	37

*(Robins 1966, citado por Freedman 1972:952)

Cuadro No. 2

Síntomas en adultos con Personalidad antisocial**

1.	Problemas en área laboral	85%
2.	Problemas maritales	81
3.	Dependencia financiera	79
4.	Arrestos	75
5.	Abuso de alcohol	72
6.	Problemas escolares	71
7.	Impulsividad	67
8.	Comportamiento sexual problemático	64
9.	Adolescencia turbulenta	62
10.	Vagancia	60
11.	Beligerancia	58
12.	Aislamiento social	56
13.	Inscripción en milicia	53
14.	Ausencia de culpa	40
15.	Quejas somáticas	31
16.	Uso de alias	29

17.	Mentira patológica	16%
18.	Abuso de drogas	15
19.	Intentos de suicidio	11

** (Robins 1966, citado por Freedman 1972:953)

En los párrafos precedentes se intentó describir la forma clínica fundamental de la personalidad psicopática, pero son posibles numerosas variantes. Los autores clásicos multiplicaron las agrupaciones sintomáticas que permitían incluir ciertas conductas psicopáticas alrededor de uno o varios ejes-prevalentes; así, los autores franceses fijaron cuatro tipos: -ciclotímicos, paranoicos, mitómanos y perversos (A. Delmas, 1922). Kurt Schneider (1923) describió diez: los hipertímicos, los inquietos, los depresivos, los inestables, los ápaticos, los asténicos, los que tienen necesidad de hacerse valer, los fanáticos y el desalmado. Los autores americanos distinguen tan sólo tres: psicópatas de sexualidad patológica, los de emotividad patológica y los de tendencias amorales y asociales (Ey, ob. cit.:325; Schneider, ob. cit.:323).

Con el fin de reducir los diversos tipos psicopáticos-propuestos con nombres y acepciones diferentes, H. Lague (1972) adopta la siguiente clasificación de las personalidades psicopáticas.

a) psicópatas temperamentales. Como lo indica su nombre, son sujetos afectados de una desviación patológica del temperamento: depresivos, asténicos, hipertímicos, irritables, explosivos, etc. Aun la terminología propuesta por Krestchmer: cicloides, epileptoides y esquizoides.

b) psicópatas caracteriales. Presentan las anomalías patológicas del carácter, sin que ellas se traduzcan significativamente en alteraciones graves y permanentes de la conducta social o de las pautas morales. (hablaremos en este último caso de sociópatas). Distingue -siguiendo a Reich y demás autores psicoanalíticos- tres tipos polares: los histéricos, los obsesivos y los paranoides.

c) los sociopátas. Se caracterizan por anomalías graves de la conducta social y moral. Abarca los criminales patológicos, los asociales patológicos y los perversos sexuales - (Luque, ob. cit.: 15-20) la Asociación Psiquiátrica Americana, en 1952 incluye el trastorno psicopático en los desordenes de la personalidad y ofrece la siguiente clasificación:

Trastornos de origen psicógeno, sin causa tangible claramente definida o sin cambio estructural.

Alteraciones sociopáticas de la personalidad

Reacción antisocial

Reacción disocial

Desviación sexual

El problema de la clasificación estriba en la diferente percepción de los síntomas y en las disimilitudes en las inferencias e interpretación del significado de los mismo en términos diagnósticos (Freedman, ob. cit.:586).

Dada la extensión y objetivos de este trabajo nos limitaremos a describir algunos aspectos de estas conductas en dos cuadros clínicos: neurosis y psicosis.

El tipo psicótico. El psicópata difiere, ciertamente, del psicótico. Pese a ello estos dos trastornos han sido confundidos.

Como ilustró en 1948 el estudio de Glueck, los psicóticos tienen una seria falta de contacto con la realidad. El psicópata se aparta de la frustración y crea un personal mundo de ilusión.

Los psicóticos en la infancia son escapistas, introvertidos y llenos de miedos irreales y sentimientos de inferioridad, características que los diferencian notablemente de las típicas historias de psicópatas, de comportamiento antisocial

impulsivo. Así, mientras que el individuo psicótico crea un mundo de alucinaciones y escapa de la realidad, el psicópata la ataca (Mc Cord, ob. cit.:73).

El psicótico presenta un trastorno en el control de los impulsos; el esquizofrénico, por ejemplo, suele describir más bien respuestas emocionales disminuidas o apáticas. Mientras que en el psicópata la fachada afectiva a menudo es más convincente, aunque los sentimientos que hay detrás sean superficiales y produzcan poca empatía. El individuo psicopático pretende que su conducta impulsiva es agradable (Mac Kinnon, ob. cit.:283).

Para el psicoanalista el trastorno básico en la personalidad psicopática, tanto en la psicosis como en la neurosis, es una desviación de la línea normal del desarrollo psicológico; desviación que ha tenido lugar en la más temprana infancia. Concebida en términos de fijación de la libido en la fase anal o en la fase oral, precóz o tardía. Lo que se postula, realmente, es una anomalía de constitución, pero debida a causas ambientales. En el caso de la "personalidad psicopática" esta anomalía es visible en la superficie, y en el "psicótico" y en el "neurótico" no se manifiesta claramente hasta la eclosión de los síntomas. Además de esto, el psicótico muestra, en el curso de su enfermedad, el fenómeno de la regresión a un nivel infantil de la fijación de la libido. La concepción de Freud permite trazar una distinción bastante clara entre la enfermedad psicótica y la neurótica, basada en el punto del desarrollo infantil en el cual ha sido fijada la libido y la existencia o la inexistencia de la regresión (Mayer Gross, ob. cit.:93).

El tipo neurótico. La distinción entre el común de los neuróticos y los psicópatas parece razonablemente clara.

El neurótico, como el psicótico, siente intensa ansiedad y conflicto interno; está continuamente bajo tensión, crónicamente insatisfecho y a menudo, sino siempre, inhibido y rígido.

Ha adquirido patrones de conducta que sirven para satisfacer parcialmente sus impulsos; frenan su ansiedad y calman o satisfacen las demandas del superego, sin perjuicio in debido del funcionamiento de su ego autónomo o de sus relaciones con otros (Mac Kinnon, ob. cit.:275).

Así, el neurótico trata de solucionar su conflicto de varias maneras: por la represión, la regresión u otros mecanismos de protección. Puede desarrollar una fobia, una obsesión, un síntoma histérico, o puede caer en ataques de ansiedad extrema si fallan todas las defensas.

El neurótico trata de mitigar su perturbación interna por medios irreales, sin romper con la realidad como el psicótico. Puede aún funcionar en la sociedad y cuidar de sí mismo. El grado de adaptación social es lo que mejor determina la confusa línea divisoria entre psicopatía y neurosis (Mac Cord, ob. cit.:75).

La personalidad del psicópata difiere grandemente de la del neurótico, éste siente una aguda ansiedad interior, el psicópata muy poca. El neurótico está, a menudo, oprimido por los sentimientos de culpa; el psicópata aparentemente no siente ninguna. El neurótico puede, generalmente, mantener lazos de afecto; el psicópata difícilmente lo logra. El neurótico reprime su hostilidad; el psicópata muy rara vez lo

hace (ob. cit.:77).

Los rasgos del carácter psicopático, por otra parte, - tienen por objeto asegurar la satisfacción de impulsos y proporcionar la seguridad y el alivio de la tensión resultante- (Mac Kinnon, ob. cit.:276).

Aunque el psicópata es fácilmente diferenciable del - neurótico común, no es fácilmente diferenciable del neuróti - co actuador (Bonacy y Davidoff, 1942, citado en Mc Cord, 1966: 76). Este, como los otros neuróticos, siente un conflicto interno crónico, pero en lugar de reprimir sus sentimientos, trata de resolverlos con un comportamiento que se traduce en explosiones periódicas. Por un tiempo mantiene un comporta - miento hosco y depresivo, pero cuando la tensión y la ansie - dad son incontrolables, explota en ataques agresivos.

El psicópata es a menudo un desviado sexual, pero rara vez se fija a un objeto particular. A veces es homosexual, otras heterosexual; está deseando probar todo, pero ninguna - compulsión lo empuja a hacerlo. A diferencia del típico - inadaptado sexual, él no se concentra en una sola forma ex - traña de gratificación (ob. cit.: 77).

Como ya se asentaba, el individuo psicopático es rela - tivamente indiferente a sus objetos, aparte de sus relaciones peculiares con ellos. Sólo ve a las demás personas como fuen - tes potenciales de peligro o satisfacción, preocupándose po - co, en cambio, por su seguridad, comodidad o placer. El - sentimiento que le resulta de satisfacer sus impulsos posee - una calidad de tensión, alivio o saciedad, más bien que de - la felicidad más compleja, con sentimientos de ternura hacia

objetos y con la autoestimación aumentada, que caracterizan -
al neurótico.

El sujeto neurótico que contrae una relación sexual -
agradable desarrolla una nueva actitud hacia su pareja, re -
fuerza su autoestima y enriquece su vida personal (Mac Kinnon,
ob. cit.:276).

d) diagnóstico diferencial

El mayor problema del diagnóstico surge por el hecho de considerar todos los comportamientos desviados como psicopáticos.

Comportamiento inadecuado solamente es, por supuesto, - un standar inadecuado; oscurece la decisiva distinción entre el psicópata y los otros inadaptados, complica el estudio de las causas y obstruye la experimentación en terapia.

Ambos, el estudio y el tratamiento de la psicopatía, requieren una clara clasificación.

Algunos psiquiatras han propuesto que el diagnóstico debe estar enteramente basado en los factores causativos. Desafortunadamente, aquellos que propugnan este criterio no coinciden en cuanto a las causas. Karpman (1944), por ejemplo, sostiene que la designación "psicópata solo debe emplearse cuando el trastorno del individuo tiene causas idiopáticas" (presumiblemente constitucionales).

R. Ravinovitch (1950) concuerda con Karpman en que el diagnóstico debe estar basado en sus causas, limitándolas al psicogénico: "la carencia emocional infantil" (Mc Cord, - ob. cit.:66).

Robert Linder, en 1943 aplicó el test de Rorschach a cuarenta criminales "normales" (quien posee un internalizado-aunque distorsionado sistema de valores. Si él los viola se siente culpable), y a cuarenta criminales psicopáticos, ambos grupos se establecieron en base a las entrevistas clínicas. En los protocolos del Rorschach los psicópatas mostraron intensa, explosividad, egocentrismo, superficialidad y una invalidación del material amenazante. Heuser, en 1946, y Bowles y Shotwell en 1947, encontraron las mismas características - (Ibid).

El mismo año que Linder, Kutasch administró el T.A.T. a sesenta psicópatas deficientes mentales. Las respuestas más frecuentes mostraban agresión, erotismo, temor a la muerte, -deseo inconsciente de castigo, "ansiedad ante la separación"- (temor al rechazo por la sociedad, la familia) y "conflictos de ambición" (Mc Cord, ob. cit.:69).

Los síntomas cruciales para el diagnóstico según Luque (1972) Arieti (1959) y Freedman (1972), son:

1. La personalidad antisocial como todos los caracterópatas, lucirá como parcial o totalmente desadaptado a su realidad ambiental, promoviendo por esta causa sufrimiento para consigo mismo o para los demás.

2. Dicho trastorno se pone en evidencia desde los primeros años de la vida, de ahí que su historia esté plagada de conflictos significativos.

3. Estos trastornos -como todos los hereditarios- no son evitables, así como tampoco son comprensibles, en la mayoría de los casos, a partir de una experiencia determinada.

4. La sintomatología no desaparece en sus planos (temperamental, caracterial y social), ante las experiencias correctivas, sean estas espontáneas o psicoterapéuticas. Salvo excepciones escasas, los rasgos psicopáticos se agravan al paso de los años.

5. El psicópata, por su acentuada fijación pregenital, es narcisista y no transferencial (Luque, ob. cit.:45-48).

Arieti (1959) señala como rasgos particulares y característicos del psicópata los siguientes:

1. Fracaso inexplicable. No presenta deficiencias cognoscitivas en un sentido ordinario, es frecuente una intelligen

cia superior. No obstante, abandona inevitablemente toda em presa que inicia.

2. Ausencia de ansiedad de tipo neurótico. No presenta fobias, obsesiones, preocupaciones hipocondríacas u otras manifestaciones neuróticas. A menudo se muestra sereno y tranquilo en situaciones en las que la mayoría de la gente se pondría tensa y aprehensiva.

3. No hay motivos adecuados ante su comportamiento. Con frecuencia el estímulo inicial es incomprensible.

4. Irresponsabilidad. Eventualmente no acepta las consecuencias de sus actos, dando para ello razones triviales.

5. Inhabilidad peculiar para distinguir entre la verdad y la mentira. Su menosprecio por la verdad es notable. Parece confiable y hace promesas que nunca cumplirá. Al enfrentarsele no muestra signos de perturbación, y sostiene firmemente su posición.

6. Incapacidad para aceptar culpa. Nunca asume responsabilidad ante sus acciones, tanto como sea posible negará lo ocurrido. Cuando los hechos son irrefutables, su expresión de remordimiento quizá sea elocuente y convincente. Sus acciones sin embargo, indican que no experimenta culpa alguna. Se desconoce si enseguida del acto cometido pueda sentir alguna culpa o vergüenza.

7. No aprende de la experiencia. No importa cuantas veces atraviere por situaciones que generen frustración, él no aprende de ese momento como para corregirse.

8. Incapacidad para amar. No obstante su apariencia afectuosa y cordial, el psicópata es incapaz de experimentar amor genuino y de establecer relaciones a largo plazo. Tanto el hombre como la mujer con personalidad psicopática son -

violentos en sus relaciones afectivas. Es egocéntrico e insensible.

Freedman (1972) señala en forma aproximada que cada diez a cinco hombres por una mujer psicopáticos muestran problemas en área sexual.

9. Reacciones inapropiadas ante el alcohol. Se ha señalado que no es identificable con el alcoholico ordinario. Aunque algunos psicópatas no beben en forma consuetudinaria, cuando lo hacen se muestran burlescos y destructivos.

10. Ausencia de insight. Es notable su incapacidad tanto para observarse en la forma que aparece ante los demás; como su propia conducta, siendo además inhabil para evaluar las molestias y daños inflingidos. Su aparente insight es más bien un remedo.

11. Superficial e impersonal ante la sexualidad. En ambos sexos se manifiesta comportamiento promiscuo, trivial, desleal y pobremente integrado a sus supuestas metas.

12. Raramente cometen suicidio.

13. Patrones persistentes de anulación. Un rasgo notable del patrón de vida del psicópata es su habilidad para obtener éxito. No obstante, deshecha lo logrado, y aparentemente lo que desea, por razones incomprensibles para otros.

Por su parte, Freedman (1972) aborda el problema del diagnóstico tomando en cuenta las manifestaciones antisociales y el registro de datos obtenidos a través de los parientes del sujeto, considerando los siguientes puntos:

1. Los primeros síntomas serán visibles a los quince años y muchas veces (cuando la historia se detalla) antes de los 12.

2. La frecuencia, variedad y severidad de las manifestaciones antisociales.

3. El número de áreas de la vida trastornados por los síntomas: dificultades legales, maritales, sexuales, laborales, dependencia económica, irresponsabilidad e impulsividad.

4. Repetitividad y cronicidad de las manifestaciones.

5. Atributos psicológicos característicos del cuadro: - insensibilidad, egocentrismo, ausencia de vínculos profundos, - ausencia de lealtad.

6. La ausencia de otro padecimiento psiquiátrico que pudiese explicar lo anterior.

Con objeto de diferenciar y aclarar el diagnóstico del trastorno psicopático, se mencionan a continuación algunas distinciones entre la sociopatía y otras condiciones psiquiátricas presumibles de confusión.

1. Con la personalidad neurótica. Según la experiencia de Luque (1972), el 25% de los casos de caracteropatía ofrecen dificultades insalvables de filiación hacia el lado constitucional o adquirido. En los casos polares (75% de los casos estudiados) no hay mayores dificultades. Se observaron las siguientes diferencias fundamentalmente:

a) El neurótico no presenta la reacción afectiva extraordinaria del psicópata. A diferencia de ésta, la resonancia-afectiva que despierta en el común de la gente es siempre proporcionada o adecuada a la situación vivida entre el paciente y sus interlocutores. No hay nada añadido que no se entienda en esta relación.

b) El neurótico, como el carácter normal, es transferencial y capaz de amar a alguien fuera de sí mismo, aunque esta -

capacidad de amor esté embotada y luzca como inexistente.

c) Los trastornos son reversibles a la experiencia correctora de la psicoterapia o de la vida misma; de la misma forma que suele ser comprensible de primera intención en su dependencia causal a sucesos infantiles (Luque, ob. cit.:45-48).

Arieti (1959) agrega que el neurótico a menudo alcanza el éxito en sus labores. Freedman (1972) considera la ausencia de síntomas antisociales en la reacción de ansiedad del neurótico. La única excepción sería el caso de histeria en algunas mujeres en cuya edad adulta tales síntomas disminuyen.

2. Con los deficientes intelectuales. Las actitudes que tenga un individuo frente a los diversos problemas de la existencia pueden resultar inadecuados como consecuencia de un déficit intelectual. Hay casos en donde coexisten con la psicopatía (trastorno temperamental) trastornos de tipo intelectual, así como hay otros donde no hay evidencia de la anomalía temperamental que singulariza a los pacientes que estudiamos. Un deficiente mental puede dar lugar a una superestructura de tipo paranoide o histérico, sin que ellas procedan de una pobre adaptación afectiva. El diagnóstico diferencial, sin tener en cuenta el déficit intelectual puede establecerse sobre las siguientes bases:

a) El débil mental, a semejanza del neurótico y del sujeto normal, cuando está libre de radicales psicopáticos significativos, es capaz de amar a alguien fuera de sí mismo; es permeable a la influencia psíquica y capaz de transferir.

b) Se muestra, por consiguiente, reversible a la acción correctora. Si a esto añadimos el síndrome de déficit intelectual en sí mismo, el diagnóstico se simplifica.

Arieti (1959) asienta además que el deficiente mental -

muestra pobre juicio y razonamiento, sin planeación a futuro. El psicópata por su parte no evidencia problemas en área cognoscitiva que interfieran con su carrera delictiva.

3. Aunque no puede haber lugar a confusión entre la psicosis franca y la psicopatía, ciertas psicosis en su iniciación (esquizofrenias, reacciones orgánicas cerebrales) o en período de estado (fases hipomaniácas y melancolias medias y leves) pueden inducir fácilmente a error. Hay psicópatas temperamentales graves, en especial los de la vertiente esquizoide, donde la afectividad luce tan extraña como la de un esquizofrénico, especialmente si a ese trasfondo temperamental se sobreañade una reacción ansiosa. Hay casos incluso que dentro de esas circunstancias presentan cuadros de seudodemencia o psicosis psicógenas, aunque fugaces y paroxísticas.

No es fácil establecer tales diferencias, especialmente si la edad que ostenta el paciente coincide con la edad de aparición común de la esquizofrenia. La existencia de pensamiento o absurdo, o de trastornos de la sensopercepción en estos casos no son ninguna garantía para descartar definitivamente a la psicosis, ya que son muchas las esquizofrenias que son precedidas en sus manifestaciones clínicas por una sintomatología como la descrita. En estos casos no queda más camino que la exploración detenida del paciente.

Si el individuo está entre la tercera y la cuarta década y los familiares confirman el modo anómalo del sujeto —problema a todo lo largo de la vida, no encontrando nada nuevo — (alteración del síntoma), es más razonable pensar en una psicopatía, y en especial si no hay síntomas atribuibles a una psicosis. Cursan aquellas, por lo general, con una alteración de la claridad de conciencia o con un descenso de las facultades

des intelectuales primarias, y hacen su aparición como algo nuevo, extraño a la continuidad del individuo. Con las reacciones orgánicas cerebrales, el problema se simplifica (Luque, ob. cit.:47).

Con la psicosis maniaco-depresiva raramente se presentan problemas de diferenciación diagnóstica. No obstante, es necesario hacer dos diferencias.

a) La historia del síndrome es totalmente diferente.

b) El estado mental en la manía difiere, con mucho, de la reacción antisocial (Freedman, ob. cit.:957).

4. La dificultad para diferenciar al alcohólico y al fármacodependiente de la personalidad antisocial estriba, principalmente, en que este último recurre a su consumo y, segundo, en que su uso habla en sí de rasgos antisociales. Por otra parte, hay dificultades para obtener una buena historia clínica (en el adulto), como para asentar que se presentó primero. Así, el mejor recurso serán los informes familiares.

5. Las reacciones orgánicas cerebrales que se acompañan de lesiones (meningitis, traumatismos) pueden ofrecer la misma fachada sintomatológica de una psicopatía. Otro tanto sucede con las esquizofrenias cuando dejan defectos leves. La anamnesis y la exploración detenida del enfermo facilitarán el diagnóstico (Luque, ob. cit.:48).

6. En cuanto a los rasgos y la pauta de la personalidad, el ejercicio diagnóstico resulta fútil, pues no existen estudios sistemáticos de los síndromes. Arguyendo que la conducta antisocial no es el asiento principal de dichos cuadros.

7. En lo referente a la reacción disocial, Freedman, (1972:951) reporta que no se trata de una enfermedad mental sino que es una condición de la vida. La persona disocial es -

un individuo socializado dentro de los estándares de su grupo.

e) evolución y pronóstico
tratamientos clásicos

La evolución del trastorno psicopático es sumamente variable, raramente supera los primeros años de la madurez. Suele terminar bruscamente, o bien se petrifica en un figura-estable patológica o criminal. En casos más raros evoluciona favorablemente.

1. La muerte precoz. Es frecuente: por accidente, - por enfermedad, y a menudo por suicidio. Un tercio de los - suicidios consumados se registra en psicópatas. Puede verse disfrazado, conscientemente o no, de enfermedad o accidente, - por ejemplo, alcohólicos o adictos a tóxicos.

2. Algunos se convierten en psicóticos crónicos o - más frecuentemente en perversos organizados, por apoyo de un grupo que funciona como un "yo auxiliar" externo.

3. La evolución favorable suele ser relativa e inestable. Tal es el caso de los que hallan el equilibrio en la incorporación a cuerpos de la milicia, que aportan fuentes narcisistas de su prestigio y homosexualidad en la camaradería viril. Esta "solución" llega a su fin cuando el sujeto cambia de ambiente (Ey, ob. cit.:332).

Los estudios de L.N. Robins y O'Neal (citados por Freedman, 1972:958) reportan remisión y mejoría en pacientes con reacción antisocial a los 35 años de edad cuando un 39% - de los casos estudiados evolucionó favorablemente. Una quinta parte del grupo lo hizo antes de los 30 años; tres quintas entre los 30-45 años y otra quinta parte después de los 45.

No obstante, estos resultados no se asocian a un mejor ajuste al medio. Muchos reportaban, aun, dificultades interpersonales, irritabilidad y hostilidad hacia su pareja o ve -

cinos.

Las razones ofrecidas por los sujetos ante el cambio comprendían madurez, matrimonio, temor al encarcelamiento y aumento de responsabilidades. Sólo una quinta parte de los estudiados mencionó la ayuda de un tercero, en la figura de la esposa.

Los resultados de este estudio hablan de la posibilidad de mejoría y de un pronóstico más favorable para el psicópata. Planteando, además, interrogantes tales como: ¿la personalidad psicopática puede aprender del castigo, la experiencia y mostrar lealtad ante el grupo o código?

A mediados de siglo, el tratamiento del psicópata se mantenía como una zona oscura. Algunos médicos habían experimentado con barbitúricos, sodio dilatin, terapia de shock y lobotomía. Trabajadores sociales emplearon técnicas de psicoterapia de grupo y psicodrama. Un puñado de psicoanalistas aplicó sus técnicas con vacilación, y los psicólogos probaron desde terapia de apoyo hasta hipnoanálisis (Mc Cord, - 1966:59).

Linder, utilizando el hipnoanálisis, reportó resultados considerables en periodos relativamente breves de terapia. Karpman, se mostró optimista en el tratamiento de "psicópatas" empleando psicoterapia prolongada. Unos cuantos reportan resultados positivos con el uso de electroshocks y operaciones de lobotomía. Son menos frecuentes los reportes halagadores con el uso de drogas, de counseling, y otros métodos psicoterapéuticos. En general se considera que el uso de castigo no produce cambios favorables en el psicópata (Arieti, - ob. cit.:585).

Cabe recordar, por otra parte, que antes de mediados -

de siglo el síndrome era poco claro, lo que daba lugar a que -
los tratamientos no solo fuésem prescritos en personalidades -
psicopáticas, sino sobre una gran variedad de trastornos.

2. PSICOPATIA: ASPECTOS SOCIALES

a) Concepción social de la psicopatía

La importancia de las imágenes o de las ideas del grupo y el papel que para el enfermo tiene el medio vienen siendo un reflejo de la situación social en la enfermedad. Si no es cierto que la enfermedad mental sea únicamente una reacción a las condiciones socioculturales, es sin embargo sensible a ellas; el rechazo, el aislamiento y el miedo que durante largo tiempo han afectado a determinados enfermos, como en el caso de la epilepsia, son factores agravantes para las debilidades congénitas o adquiridas del campo mental (Ey, ob. cit.:859).

Las discusiones sobre las relaciones entre el enfermo mental y el medio en que se encuentra desembocan siempre en la hipótesis de una sociogénesis de la enfermedad mental.

Para los antropólogos, la sociogénesis da idea de que la cultura forma y deforma la personalidad de una manera muy elaborada, puesto que actúa no sólo a nivel de las conciencias individuales, sino a nivel del inconsciente individual y colectivo (Ey, ob. cit.:870).

Lo que caracteriza a la escuela culturalista es en primer lugar la preocupación por una aprehensión directa de la situación social y psiquiátrica del enfermo. En segundo lugar se puede observar el rechazo del pensamiento fantasmagórico. El inconsciente es admitido más que como una explicación de lo que se ve: los parámetros económicos y las observaciones directas de las costumbres adquieren un valor de explicación. El registro de lo simbólico se silencia o pasa a un segundo plano. La consecuencia de estos hechos es una objetivación de la cultura; poco a poco se pasa de la idea de la cultura como forma de vida de una población, a conceptuarla como dato primordial y preponderante de la hominización. Este abandono de la dia-

lética entre el hombre y su cultura termina por hacer imposible una teoría de la personalidad y de su formación; porque si todo es dado por la cultura, la persona no aparece ya más que como una especie de receptáculo pasivo que recibe la educación.

La enfermedad mental, al convertirse en un "error" o una "reacción", desaparece en tanto que proceso biológico y en tanto que desestructuración de la persona histórica.

Así se hace imprescindible que el médico no puede olvidar ante cada uno de sus enfermos el puesto que tienen en las conductas patológicas (tan sensibles en su mayoría a las variaciones culturales) las presiones del grupo, no solamente externas y conscientes, sino aún incluso internas e inconscientes, al nivel de las imaginaciones que inspiran nuestros sueños y nuestros fantasmas. En la elaboración del "núcleo lírico" de cada hombre, la cultura desempeña un papel mayor, y por consiguiente se revela también en la desestructuración patológica que libera ante nuestros ojos de clínicos el mundo de lo imaginario (Ey, ob. cit.:870-871).

Es importante tomar en cuenta obviamente los aspectos culturales, pero no descuidar los otros factores, porque esto puede llevar a extremos aberrantes al considerar la conducta patológica como una simple transgresión a las normas culturalmente establecidas, dejando de lado los factores biológicos y psíquicos inherentes al individuo.

Las reacciones de la sociedad hacia quienes cometen delitos constituyen una mezcla de temores y de sentimientos conflictivos; y de deseos de justicia y compasión. Las reacciones pueden variar también de acuerdo con el tipo de delito co

metido. Las principales categorías de delito son los crímenes en contra de las personas (el asesinato, la agresión), el crimen organizado (sindicatos del juego, tráfico de narcóticos) y los delitos en contra de la propiedad (asalto) (Sara - son, ob. cit.: 455).

Simmons (1965, citado en Sarason, 1975:115) reporta que socialmente se consideran como conductas desviadas, la homosexualidad en un 49%, la adicción a fármacos (47%) y el alcoholismo (46%). En otro nivel se incluyen los criminales y los enfermos mentales.

La sociedad castiga y estigmatiza a los individuos cuya apariencia o capacidades sean diferentes desde un punto de vista indeseable. Los bajos de estatura, los enanos, los desfigurados y los impedidos, si bien no son rechazados conscientemente, tienden a sufrir aislamiento social y, por consiguiente, a ser excluidos de muchas actividades y oportunidades sociales (Sarason, ob. cit.: 115).

Determinar con exactitud las causas de las desviaciones sociales particulares no es de ningún modo evidente, pero en general hay dos amplias bases para explicarlas. La primera es que un miembro particular de un grupo social tal vez no haya "captado el mensaje"; que su comprensión de las reglas, normas y valores sociales sea imperfecto. La segunda consiste en que estando el individuo consciente de las normas comunes del grupo, las rechaza por normas y valores más personales o idiosincráticos (Sarason, ob. cit.: 108-116).

Suele creerse que el comportamiento desviado es totalmente disfuncional para la sociedad. Impide la cooperación y la coordinación al romper la trama de las expectativas mutuas

en la que descansa el orden social, mismo que idealmente se -
basa en la confianza.

En ciertos momentos y circunstancias el comportamiento -
desviado puede incluso contribuir positivamente al éxito y la
vitalidad del sistema social. Algunos actos desviados indi-
can la necesidad de aclarar las reglas. Siendo así como una-
señal de advertencia que llame la atención sobre los defectos
en la organización de papeles y posiciones, de objetivos y me-
dios, llevando, de este modo, a mejoras del orden social -
(Biesanze, 1971).

Gran parte del comportamiento desviado se lleva a cabo -
con el apoyo de otras personas. Así vemos por ejemplo, que -
el homosexual necesita una pareja, el adicto su proveedor y-
ambos protegerse de las sanciones. Se reúnen con gente simi-
lar a ellos, compartiendo "un modo de vida", que ha sido cate-
gorizado incluso como "subcultura".

En estos casos el papel que desempeña tal subcultura al-
fomentar y perpetuar la desviación es bastante claro, pero lo
es menos en lo que respecta al crimen y la delincuencia (Sara-
son, ob. cit.:71).

Las influencias subculturales, tanto si aparecen como si
están ya establecidas, no explican per-se la desviación. Al
parecer, en casi todos los casos hay una combinación de in -
fluencias: un estado de anomia, una tendencia a comportarse-
de un modo desviado a causa de factores que predisponen a -
ello tales como la socialización defectuosa, el concepto nega-
tivo de sí mismo y la falta de modelos de comportamiento esta-
blecidos por el grupo primario; las diferentes oportunidades-
en la vida, incluyendo las legítimas para alcanzar metas en -

ciertos niveles de la estructura social junto con el acceso a las oportunidades ilícitas y, en muchos casos, una subcultura que fomenta, enseña o incluso exige el comportamiento desviado (Sarason, ob. cit.:353).

Una fase crucial en el proceso de convertirse en un desviado es el estigma que los agentes de control social de la sociedad dominante impone al individuo y por el cual advierte a los demás cuando éste es moralmente repugnante, peligroso o indigno de confianza. Al aplicarle la etiqueta de ladrón, estafador, pervertido o loco, degrada su posición. Es posible, incluso, que le imponga una marca distintiva como el traje a rayas, el número de convicto o la bata de enfermo mental. Pueden difundir su desviación mediante hablaturías o por los medios públicos de comunicación. Los actos por los que se estigmatiza a un individuo pueden ser informales como el rechazo doloroso, la humillación familiar o formales como las que restringen la libertad.

El estigma que se impone al individuo favorece el proceso de enajenamiento. Es posible que el sujeto crea haber sido tratado injustamente y que la sociedad ha sido tiránica y brutal con él. Tal vez llegue a considerar a otros desviados como las únicas personas que lo comprenden (Sarason, ob. cit.:358).

Un estigma es algo difícil de borrar. La gente considera con aprensión al desviado que vuelve al seno de la sociedad y de este modo le dificulta aun más su reincorporación y su realización como miembro de un grupo social.

b) Conductas delictivas y manifestaciones antisociales

El comportamiento desviado es aquel que excede los límites de la tolerancia impuestos por un grupo social determinado y que al descubrirse es objeto de sanción. En nuestra cultura se consideran inmorales, por ejemplo, la prostitución y la homosexualidad; peligrosos para las personas y la propiedad, el asalto, el robo y el fraude; destructivo en lo que respecta a la interacción social, las enfermedades mentales; nocivos para el propio individuo desviado y para sus relaciones interpersonales, la habituación a las drogas, el alcoholismo, el suicidio o dañinos para la sociedad la traición, la incitación a amotinarse y la conspiración.

El comportamiento desviado se clasifica de múltiples maneras. Refiriéndonos de nuevo a la intención o deseo del individuo, podemos, siguiendo las categorías de Blake y Davis, dividir a estos sujetos en: los que se desvían sin deseo o intención y los que actúan deliberadamente. Es posible que la persona que padece alguna enfermedad mental no desee desviarse y sin embargo lo haga. El individuo ajeno a una sociedad o grupo subcultural puede desviarse porque desconoce las normas. Una persona enferma o con pocas energías tal vez no logre vivir de acuerdo con las expectativas que corresponden a su papel y desviarse a causa de ello, por otra parte puede haber una persona totalmente consciente de las normas que las viole deliberadamente (citados en Biesanz, 1971).

Pero la motivación del comportamiento desviado es una cuestión demasiado compleja para ajustarse a una simple dicotomía entre lo deliberado y lo involuntario. Por lo general, el individuo desea hacer lo que es correcto y siente satisfacción al hacerlo; pero, algunas veces el comportamiento desviado es compulsivo, inevitable o incluso surge como resultado del

deseo de cumplir las obligaciones de determinado papel (Biesanz, ob. cit.:341).

Además de clasificar el comportamiento desviado según intención, podemos clasificarlo según el grado de reprobación social que despierta y según la severidad de las sanciones a que se hace acreedor. Así, es posible que la definición del acto y las sanciones que le siguen no estén en proporción del daño que el comportamiento desviado causa a la sociedad.

La conducta inadecuada puede ser un acto ocasional o incluso único, como el asesinato; o puede, por el contrario, ser crónico y formar parte del modo de vida del individuo, como la prostitución, la adicción a las drogas, el alcoholismo y los hurtos repetitivos de poca monta. Puede ser secreto o público; así, el adicto a narcóticos puede ser un delincuente que obtiene la heroína que precisa por medios criminosos y procura no ser sorprendido o ser un médico respetable a quien le es fácil obtener drogas por medios legales, y por tal razón no es identificado como delincuente.

El comportamiento desviado puede llevarse a cabo en forma individual o en grupo. Las personas que obran solas suelen ser responsables de crímenes de violencia, alcoholismo y delitos sexuales. El solitario que mata a una figura pública con un rifle de mira telescópica, el psicótico que se retrae del mundo y el que comete estupro no están apoyados por el grupo. La desviación de grupo puede ser de carácter sub-cultural: el individuo puede haber crecido en el seno de una banda de gitanos que se gana la vida embaucando a la gente, o entre homosexuales o pandillas de delincuentes que se reúnen para cometer robos y otros delitos. El comportamiento desviado en grupo puede ser también de carácter asociativo y lle

vase a cabo como parte del modo cotidiano de vida en corporaciones, sindicatos, ejércitos e incluso organismos gubernamentales. El comportamiento desviado puede ser colectivo y partir del desorden del populacho y de la falta de control social, como ocurre en los motines y pillajes. Por último, el comportamiento desviado puede estar organizado como ocurre en las pandillas de extorsionadores (Biesanz, ob. cit.:342).

Así, una vez conceptualizados determinados tipos como correspondientes a conducta delictiva, los diversos grupos sociales establecen códigos y reglamentos tendientes a sancionar su manifestación. En nuestra sociedad el Código Penal cataloga como delitos que ameritan medidas de seguridad los siguientes*:

- Delitos contra la seguridad externa de la nación
- Delitos contra la seguridad interna de la nación
- Delitos contra el derecho internacional
- Delitos en materia de vías de Comunicación y Correspondencia
- Delitos contra la autoridad
- Delitos contra la salud
- Delitos contra la moral pública y las buenas costumbres
- Revelación de secretos
- Delitos cometidos por funcionarios públicos
- Delitos cometidos en la administración de justicia
- Responsabilidad profesional
- Falsedad
- Delitos contra la economía pública
- Delitos sexuales
- Delitos contra el Estado civil y Bigamia
- Delitos en materia de inhumaciones y exhumaciones

- Delitos contra la paz y seguridad de las personas
- Delitos contra la vida y la integridad corporal
- Delitos contra el honor
- Privación ilegal de libertad y otras garantías
- Delitos en contra de las personas en su patrimonio
- Encubrimiento

*(Tomado de Carranza y Trujillo, 1966:919-927).

c) Consideraciones legales: antecedentes históricos y legislación actual.

La psiquiatría y la ley se vinculan en los problemas derivados de desviaciones sociales; ya porque éstos den lugar a que el individuo no actúe de manera socialmente adecuada, ya porque su comportamiento afecte en forma adversa el funcionamiento de la comunidad.

Sin embargo, la falta de precisión en la etiología de algunas manifestaciones mentales que pueden en algunos casos dar como resultado conductas psicopáticas; ha motivado la existencia de desacuerdos entre el grupo de terapeutas y el de los legisladores; desacuerdos que en ocasiones se ven exacerbados por la ausencia de que pueden enmascarar la importancia del trastorno clínico para el legislador no avezado en tales cuestiones médicas.

Un primer intento para ejercer influencia en el trato para con el acusado en los procesos legales fue hecho por Johannes Weyer, en el siglo XVI, al hacer expreso que el comportamiento de los hechiceros obedecía a un proceso morbido más que al influjo de "fuerzas diabólicas". No obstante, una centuria después sus aportaciones se invalidaron legalmente objetando que Weyer era médico y no abogado.

En Italia los estudios de Lombroso (1865) sobre conductas criminosas reportan que el criminal comparte rasgos específicos como: impulsividad, insensibilidad al daño inflingido a otros y distorsión de los valores morales. Además, efectuó estudios con métodos antropométricos, dando con ello una base para distinguir al criminal del no criminal (citado en Freedman, 1972:1588).

Es también en Italia donde se originan los primeros esfuerzos por reformar los procedimientos de la corte judicial.

Previamente el juez intentaba aclarar las diferencias entre la veracidad y falsedad de la evidencia para establecer la responsabilidad del sujeto. Basándose, para ello, en su intuición.

En Francia, Pinel y Esquirol, su sucesor, fueron los primeros en iniciar una reforma en el tratamiento de los enfermos mentales. El primero describió además como hemos visto la entidad clínica "manía sin delirio", actualmente personalidad psicopática.

En Inglaterra no se tienen antecedentes del papel jugado por las enfermedades psiquiátricas como un factor precipitante en la conducta criminal sino hasta 1835 cuando Prichard, influenciado por el trabajo de Esquirol, describe la personalidad psicopática.

En Alemania, Alexander y Staub, destacan como pioneros en el campo al escribir un texto en donde tanto las cuestiones legales como las psíquicas eran sopesadas en el criminal. Las personas cuyos actos ilegales estaban en armonía con los valores distorsionados de su medio ambiente y la estructura de su ego fueron descritos como "criminales normales". Aquellos cuyos crímenes iban acordes a conflictos reprimidos de los cuales ellos mismo no tenían conciencia fueron denominados como caracteres aloplásticos (Freedman, ob. cit.:1590).

Los precedentes para determinar la responsabilidad legal fueron establecidos en la corte Británica en 1834 con base en el famoso caso Mc Naughten, donde se cometió homicidio sobre la secretaria de un primer ministro Inglés, Sir Robert Peel. El individuo fue absuelto por "insania". Después del juicio, quince jueces ingleses fueron para responder a -

cinco preguntas formuladas por la Lord's English house, con la esperanza de que sus respuestas sirviesen como guía futura para delinear la responsabilidad legal de casos similares. Las opiniones a cuatro de las cinco peticiones comprenden la llamada regla de Mc Naughten, misma que aún determina la responsabilidad en Inglaterra y varias de sus antiguas posesiones (Freedman, ob. cit.:1596).

En 1869 la corte de New Hampshire adoptó reglas específicas de responsabilidad legal abordando temas relativos a los problemas psicopatológicos, científicos y técnicos que requerían de asesoría y diagnóstico profesional. Influidos por Isaac Ray (1838) quien sostenía que "el acto criminoso, sí es debido al desarrollo de enfermedad mental, es una interrogante para el jurado, no para la ley" (Arieti, 1968. II:1838).

Hasta 1954 la corte de Hampshire se sostenía en su actitud. Pocas eran las modificaciones tales como la anotación de que en casos de "debilidad" mental se podría reducir al grado de sanción correspondiente (Arieti, II:1895).

En ese mismo año, en la corte Federal de Apelación de Washington, D.C., se sostiene en el caso de Monte Durham - que un hombre no será responsable de un acto criminal cuando su conducta sea el resultado de deficiencia o enfermedad mental.

Recientemente, el Instituto Americano de Leyes incluyó en su Código Penal un artículo alusivo a la responsabilidad legal liberando de ella a todo aquel que, debido a defecto o deficiencia mental, sea incapaz de apreciar la naturaleza de su acto criminal o que aún dándose cuenta se sienta imposibilitado de controlar su conducta. No obstante, el comportamiento antisocial, en dicho código, no libera de responsa-

bilidad al sujeto (Freedman, ob. cit.:1604).

El primer Código Penal Mexicano redactado para el Distrito y territorios Federales fue obra de Martínez de Castro y se promulgó en 1871. Este era un trabajo Legislativo de tipo clásico con marcado rasgos correccionalistas. En 1929 se promulgó y entró en vigor un nuevo código, obra de José Almaraz, que aspiraba a romper con los viejos moldes de la escuela clásica y a orientar la represión, conforme a los postulados positivistas, sobre las bases de la defensa social, la responsabilidad legal y el criterio de la peligrosidad (Porte Petit, 1949:149).

Sin embargo, la nueva legislación no difirió radicalmente de la anterior ya que mantenía la conceptualización de los grados del delito y de la responsabilidad, las atenuantes y las agravantes legales, con valor progresivo matemático. Aunque reconocía a los jueces la facultad de señalar y valorar otras sanciones distintas a las fijadas, el arbitrio judicial era muy restringido (arts. 161, 171 y 195). Entre las novedades de esta legislación se cuentan la responsabilidad social sustituyendo a la moral cuando se trata de enajenados mentales (arts. 32, 125-128). La supresión de la pena de muerte (art. 84). La condena condicional, la reparación del daño exigible de oficio por el Ministerio Público. Mil doscientos veintiocho artículos, más cinco transitorios compusieron el Código Penal de 1929 (Carranca y Trujillo, 1966).

El código vigente presenta respecto de los anteriores los siguientes cambios importantes: la extensión uniforme*
*salvo algunas excepciones como en robos, fraudes y abusos de confianza de cuantía varia y en lesiones de resultado progresivamente agravado.

del arbitrio judicial, por medio de amplios mínimos y máximos para todas las sanciones y la consiguiente regulación legal de dicho arbitrio, para fijarlas individualmente (arts. 51 y 52); el perfeccionamiento de la condena condicional (art. 90); de la fórmula de la tentativa (art. 12); del encubrimiento - (art. 400); de la participación (art. 13) y de algunas excluyentes (art. 15); el carácter uniforme de pena pública de la reparación del daño (art. 29). El Código se compone de 400 artículos más tres transitorios (Carranca, ob. cit.:15).

Dada su peculiar importancia en la problemática en estudio, he considerado de interés el detallar algunos de los artículos que forman parte del código vigente en la República Mexicana.

Artículo 7.- (Definición legal del delito). Delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales.

La conducta -acto u omisión- para que constituya delito ha de estar reprobada o rechazada -sancionada- mediante la amenaza de pena, por las leyes penales.

El delito consiste en un acto antisocial y antijurídico, que es una negación del derecho y está sancionado con una pena y causa una perturbación social.

Artículo 8.- (Grados de culpabilidad, dolo e imprudencia). Los delitos pueden ser:

1. Intencionales, y
2. No intencionales o de imprudencia

Se entiende por imprudencia toda imprevisión, negligencia, impericia, falta de reflexión o de cuidado que cause igual daño que un delito intencional.

Artículo 13.- (Personas responsables de los delitos). Son responsables de los delitos:

1. Los que intervienen en la concepción, preparación, o ejecución de ellos.
2. Los que inducen o compelen a otro a cometerlos.
3. Los que presten auxilio o cooperación de cualquier especie para su ejecución; y
4. Los que en casos previstos por la ley, auxilian a los delincuentes, una vez que estos efectuaron su acción delictuosa.

Artículo 15.- Son circunstancias excluyentes de responsabilidad penal:

1. (fuerza física) obrar el acusado impulsado por una fuerza física exterior irresistible.

2. (estados específicos de inconsciencia) hallarse el acusado bajo el efecto de sustancias tóxicas, estado tóxico - infeccioso agudo o trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio.

3. Legítima defensa

4. (fuerza moral. Estado de necesidad) El miedo grave o el temor fundado e irresistible de un mal inminente y grave en la persona del contraventor.

5. (Deber o derecho legales)

6. (Inculpable ignorancia)

7. (Obediencia jerárquico-legítima)

8. (Impedimento legítimo)

9. (Encubrimiento)

10. (Caso Fortuito)

Artículo 24.- Las penas y medida de seguridad son:

1. Prisión

2. Relegación (derogado en 1947, actualmente es prisión).

3. Reclusión de locos, sordomudos, degenerados, o tóxicómanos
4. Confinamiento
5. Prohibición de ir a lugar determinado
6. Sanción pecunaria
7. Pérdida de los instrumentos del delito
8. Confiscación o destrucción de cosas peligrosas o nocivas.
9. Amonestación
10. Apercibimiento
11. Caución de no ofender
12. Suspensión o privación de derechos
13. Inhabilitación, destitución o suspensión de funciones o empleos.
14. Publicación especial de sentencia
15. Vigilancia de la policía
16. Suspensión o disolución de sociedades
17. Medidas tutelares para menores

Y las demás que fijen las leyes (el propio código penal fija nueva pena en los artículos 195, 198 y el artículo 22 - constitucional).

Las penas se fundan en la culpabilidad; las medidas de seguridad en la peligrosidad. Por ello las penas sólo corresponde aplicarlas post delictum y por determinación de los tribunales penales; y las medidas de seguridad son aplicables ex delictum, correspondiendo su ejercicio a la autoridad administrativa. El código penal confundiendo penas y medidas de seguridad, autoriza también la aplicación de estas últimas por los tribunales penales.

Artículo 51.- (Arbitrio judicial para fijar las penas). Dentro de los límites fijados por la ley, los jueces y tribunales aplicarán las sanciones establecidas para cada delito, (1)-teniendo en cuenta las circunstancias exteriores de ejecución y las peculiares del delinciente (2).

Artículo 68.- (Reclusión hospitalaria para anormales). Los locos, idiotas, imbeciles o los que sufran cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mental (3), y que hayan ejecutado hechos o incurrido en omisiones definidos como delitos, - serán reclusos en manicomios o en departamentos especiales, - por todo el tiempo necesario para su curación y sometidos, con autorización del facultativo, a un régimen de trabajo.

En igual forma procederá el juez con los procesados o condenados que enloquezcan (4), en los términos que determine el Código de Procedimientos Penales (5).

1) el artículo 14, párrafo 3 de la Constitución prohíbe imponer "pena alguna que no esté señalada en ley exactamente aplicable al delito de que trata".

2) artículo 54 código penal, México.

3) derogado en la revisión de 1949 (Porte Petit, Garrido, 1951). Los que sufran de cualquier proceso psicopatológico permanente o crónico.

4) ver artículo 15, fracción 2, artículo 24, número 3-c.p. y 495 a 499 del c.f.p. (Código Federal de Procedimientos Penales).

5) Ningún precepto del c.c.p. fija tales términos, por lamentable omisión del legislador.

Artículo 69.- (Levantamiento de la reclusión, con fianza). En los casos previstos en artículos 67 (Reclusión educativa para sordomudos), 68 y 69, las personas o enfermos a quienes se aplica reclusión, podrán ser entregados a quienes corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se otorgue fianza, depósito o hipoteca hasta por la cantidad de diez mil pesos, a juicio del juez, para garantizar el daño que pudieran causar por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia.

Cuando el juez estime que ni aún con la garantía queda asegurado el interés de la sociedad, seguirán en el establecimiento especial en que estuvieron reclusos.

Artículo 79.- (Organización carcelaria a base de trabajo). El gobierno organizará las cárceles, colonias penales, penitenciarias, presidios y establecimientos especiales donde deban cumplirse las detenciones preventivas, las sanciones y medidas de seguridad privativas de la libertad, sobre la base del trabajo, como medio de regeneración, procurando la industrialización de aquellos y el desarrollo del espíritu de cooperación entre los detenidos.

El problema de la imputabilidad de las consecuencias penales de los actos de un delincuente o de un criminal se basan en la noción de responsabilidad, o sea la capacidad que posee cada hombre, en la medida misma en que está organizado para garantizar por sí mismo su autonomía y elegir sus actos (Ey, ob. cit.:1052).

Responsabilidad legal denota culpabilidad y por tanto es punible. De acuerdo a la criminología, un acto socialmente peligroso no es un criterio absoluto de delito. Para-

ello, es necesario que el suceso sea perpetrado deliberadamente (Freedman, ob. cit.:1596).

La imputabilidad se conceptúa como el conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquica y éticamente por aquellas.

Desde el punto de vista psicológico estas condiciones son:

- a) que en el momento de la ejecución del hecho el sujeto posea la inteligencia y el discernimiento de sus actos,
- b) goce de la libertad de su voluntad, de su libre albedrío.

Por otra parte, la enfermedad mental como causa de incapacidad toma en cuenta los siguientes elementos:

- a) criterio psiquiátrico. Existencia de trastorno mental cuya naturaleza y profundidad sean suficientes para justificar repercusiones.
- b) criterio cronológico. La permanencia o habitualidad del problema.

- c) criterio jurídico. Que como consecuencia de dicho trastorno, resulte el enfermo incapaz de proveer sus propios intereses y gobernarse por sí mismo (Ey, ob. cit.:1058).

La cuestión de juzgar si un individuo es o no responsable de un acto queda por entero en manos de la ley. La función del médico psiquiatra se reduce a proporcionar una opinión respecto a las fuerzas que motivaron el acto criminal, y el origen de dichas fuerzas, según el estudio de la personalidad del sujeto (Noyes, ob. cit.:558). Misma que dependerá primariamente de la naturaleza del delito.

El problema de la agresividad e impulsividad del psicópata da lugar a que la peritación psiquiátrica se enfoque primordialmente al matiz y grado de enfermedad del sujeto.

3. PSICOPATIA: ASPECTOS PSICOTERAPEUTICOS

a) Estudios previos y conclusiones

La conducta desadaptada que viola las leyes ha sido considerada desde varios puntos de vista teóricos. Desde el enfoque psicodinámico, los actos criminales se interpretan como la exteriorización de conflictos e impulsos inconscientes. Desde los puntos de vista del aprendizaje y la sociología, la conducta criminal representa una falla en el proceso de socialización, también se ha tomado en cuenta la posibilidad de un factor biofísico (Noyes y Kolb, 1969).

El intento de dar un tratamiento a los delincuentes que han sido detenidos se basa en la suposición de que alguno marcha bien con ellos, a menos naturalmente que la palabra tratamiento se use como eufemismo para designar el encarcelamiento.

Los controles sociales formales. Las sanciones penales aplicadas en el pasado por el Estado parecen innecesariamente crueles vistas en función de las normas presentes. La tendencia central ha sido la de abandonar los sufrimientos físicos como arma principal en manos del Estado para combatir el crimen.

Actualmente en los Estados Unidos las multas, la prisión, y la supervisión en los casos de libertad condicional o libertad bajo palabra, constituyen las principales medidas que usa la sociedad para tratar al delincuente. Sin embargo, se señala que el carácter arbitrario de los procesos de enjuiciamiento y condena, el volumen de los crímenes no descubiertos o no castigados, el menosprecio y la sospecha pública con respecto a las organizaciones encargadas de la ejecución de la ley, la discrepancia entre la moralidad legal y las normas que actúan en la interacción de los grupos

pequeños, la pretendida compulsividad o la motivación inconsciente de la conducta criminosa, son fuerzas que perjudican la efectividad del castigo como medio de control social. Frecuentemente se señala que más del 50% de los delincuentes encarcelados cometen nuevos crímenes después de obtener su libertad (Sykes, 1961).

Algunos admiten la idea de adaptar al castigo fundamentos utilitarios, así algunas personas saldrán con un castigo demasiado benigno, mientras que otras recibirán demasiado, no por lo que hicieron en realidad, sino por lo que quizá un psiquiatra piensa que podrían hacer en el futuro, a menos que se les diera el "tratamiento" apropiado. (West, 1970).

Un método opuesto a la disciplina rígida, reformatoria es aportado por la teoría psicoanalítica.

El psicoanálisis tradicional invita al paciente a considerar en voz alta sus sentimientos y motivos más profundos, mientras que el terapeuta le orienta. El típico carácter delictivo raras veces se somete a este procedimiento. Por temperamento y fondo social propende a traducir sus sentimientos en acción más que en palabras, y a tener escasa capacidad para la abstracción o para la introspección. Basándonos en este criterio, habríanse de dejar como intratables a los muchos delincuentes que dicen: "A mí no me pasa nada, no sé porque me han enviado aquí". De esto se desprende una de las dificultades por hacer cambiar a estos sujetos por medio del método tradicional de la psicoterapia individual (West, ob. cit.: 253-255).

En Inglaterra, Maxwell Jones fue uno de los principales precursores del plan de trabajo conocido como Comunidad -

Terapéutica. Se especializó en el tratamiento de delincuentes, psicóticos y neuróticos. Se trata de una comunidad de pacientes que en gran parte se gobierna a sí misma, con psicoterapia de grupo y actividades de labor comunal como principal medio de tratamiento.

Por muchas razones el ideal de la comunidad terapéutica es difícil de llevar a la práctica. Una fuente de dificultades consiste en la perturbación que se produce en algunos administradores cuando la apariencia clara y ordenada de una institución respetable es sacrificada a las necesidades psicológicas de una juventud turbulenta. Siendo más fácil realizar los ideales dentro de grupos reducidos en donde se puede ejercer una influencia personal más amplia, que en las grandes instituciones que dan paso a la burocracia y al distanciamiento social. Como ejemplo de ello tenemos la experiencia de Aichhorn y Makarenko, quienes consideran que la comunidad terapéutica ideal varía con las necesidades del grupo particular que es objeto de los cuidados (West, ob. cit.: 258-262).

Resulta importante recordar en este momento el estudio de Robins y O'Neal (citado en el apartado e del primer capítulo), donde refiere un pronóstico favorable para la personalidad con trastorno psicopático después de los 35 años de edad. Gracias al parecer a: matrimonio, madurez, temor al encarcelamiento y aumento de responsabilidades.

La terapéutica del comportamiento es una técnica basada en las teorías del aprendizaje y del condicionamiento, es una técnica basada en las teorías del aprendizaje y del condicionamiento. Fundamentalmente consiste en la instrucción mediante el manejo de estímulos de recompensa y de castigo -

.(West, ob. cit.:130).

Pavlov demostró que en las situaciones de condicionamiento había un equilibrio variable de reactividad (excitación) y resistencia (inhibición) en el sistema nervioso de los perros. Se impide la formación de la fuerza de una respuesta condicionada a medida que se repiten los estímulos por el desarrollo de un factor inhibitorio de fatiga. Después de una pausa, sin embargo, el factor inhibitorio disminuye, de suerte que cuando el estímulo reaparece la respuesta surge con mayor fuerza que nunca, aun cuando entre tanto no haya habido ninguna práctica de aprendizaje.

Eysenck sostiene que los experimentos con psicópatas, que representan los ejemplos más extremos de carácter de mal-comportamiento y socialmente inconformes, muestran a la vez, que son lentos en el condicionamiento y altos en los tests de inhibición pavloviana.

Los trastornos de la educación, la ausencia de ansiedad y culpa, y las resistencias constitutivas de los psicópatas hacen pensar que el condicionamiento social se ha establecido de modo inadecuado. Puesto que la situación condicionada depende de las situaciones que provocan cierto nivel de tensión o ansiedad, cabe esperar que cualquier experiencia amortiguadora de la ansiedad reducirá la evitación. Otra posible fuente de problemas en el uso de esta técnica nace del hecho de que el individuo puede haber sido, o puede ser, intencionalmente reforzado por realizar conducta perjudicial o peligrosa. Una técnica curativa sería brindar nuevas contingencias en las que la conducta sea extinguida. Lo que no deja de ser limitante debido a la dificultad de que las respuestas de

comportamiento no son tan fáciles de provocar en el ambiente del laboratorio (West, ob. cit.:132, 134, 135).

Una técnica aparentemente exitosa en la terapia del comportamiento es la citada por Buchard y Tyler, 1965. Consistente en la economía de fichas, sea que se aplique a individuos o a grandes grupos, puede contribuir a ordenar y regular las vidas caóticas de muchos delincuentes y también a moldear sus conductas conforme a lineamientos deseables socialmente (citado por Sarason, 1975:453).

(Freedman, ob. cit.: 958), asienta que el tratamiento óptimo para la reacción antisocial es desconocido. El autor considera que no existen estudios controlados y documentados de manera adecuada como para indicar una forma de tratamiento efectiva -ya sea psicoterapia, terapia conductual, psicoanálisis, terapia con drogas, electroconvulsiva, lobotomía frontal- o cualquier otra.

CAPITULO III. HIPOTESIS DE TRABAJO

Tomando en cuenta que las dificultades derivadas de entidades psicopáticas tienen tantas facetas, son tan variables y complejas en todas sus ramificaciones sociales y psicológicas (West, ob. cit.:281), y considerando unicamente que a través de una valoración previa del estudio de casos, podremos llegar a mejores expectativas terapéuticas, dentro del campo de la psicoterapia grupal, se formulan las siguientes hipótesis:

Considerando que la psicoterapia es un método correctivo, su aplicación debe modificar, en alguna medida, los trastornos derivados de entidades psicopáticas.

Tomando en cuenta la dificultad del psicópata para lograr insight, la psicoterapia grupal, al permitir la "vivencia" en espejo con el grupo, incrementará las posibilidades de lograr el autoconocimiento y con ello las de cambio conductual.

Así pues, en este trabajo, se intentará comprobar si las modificaciones obtenidas a nivel grupal, con los casos tratados, hacen susceptible al método de generalización, al ofrecer un punto de apoyo para el uso extensivo de la psicoterapia grupal.

Finalmente, la aplicación del método referido permitirá al reafirmar o deshechar su efectividad, el planteamiento de técnicas nuevas o colaterales de tratamiento.

CAPITULO IV. MATERIAL Y METODOS

a) universo, muestra y criterios de selección

El estudio se efectuó en el Centro Médico de los Reclusorios del Departamento del Distrito Federal, ubicado en la delegación de Xochimilco.

Dicha Institución alberga 255 reclusos internados - por diversas causas, entre las que se cuentan psicosis (en un alto porcentaje) y en menor cantidad, neurosis y psicopatías. Otras más son descompensación intracarcelaria y situación jurídica peculiar.

Se utilizó un aula de aproximadamente 4x4 mts. privada en cuanto al acceso de observadores y ruidos ajenos al plantel. dotada del número necesario de sillas, que fueron colocadas en forma circular.

Se eligió una muestra de siete sujetos, por razones ya citadas. Dichos sujetos cubrieron los siguientes requisitos:

- a) sexo masculino, dado que en éste el grado de incidencia es mayor (Sarason, 1975:434).
- b) cuyas edades fluctuaran entre los 22 y 40 años, - por ser los detectados con el síndrome dentro del reclusorio.
- c) diagnosticados con el síndrome de psicopatía.
- d) cuya prescripción medicamentosa, en caso de existir, no impidiese o limitase la participación activa de los miembros dentro de las sesiones.

Enseguida presentamos las historias clínicas de los sujetos, mismas que fueron recopiladas de los expedientes existentes en el plantel.

Nombre: "AN"
Edad: 27 años
Sexo: masculino
Escolaridad: 5o. primaria
Ocupación: sin ocupación básica
Estado civil: soltero
Motivo de
reclusión: 7 homicidios, 2 lesionados

"AN", es el primero de siete hermanos, todos sanos aparentemente.

Proviene de un hogar de escasos recursos. El padre, - albañil, falleció a los 66 años de edad. Fue descrito por - "AN" como de carácter "no pesado", poco sociable. Refiere - que solía ingerir alcohol en forma ocasional.

La madre muere a los 56 años al ser arrollada por un - vehículo, junto con el menor de los hijos. Para entonces "AN" ya estaba en prisión, tenía 24 años.

Desconoce el paradero de familiares actualmente.

Los antecedentes tempranos no se conocen, excepto que el parto fue atendido por empírica. Desde corta edad "AN" - abandonaba el hogar paterno hasta por cinco días, viajando a - lugares relativamente próximos.

Cuando tenía 12 años de edad se percató de que su madre - sostenía relaciones amorosas con otros sujetos, por lo que la - amenaza con abandonar el hogar si persistía en tal actitud; lo que lleva a efecto a los 13 años aproximadamente. El padre - se mostró indiferente ante la actitud del hijo.

"AN" empezó a robar desde los 12 años de edad. Con el producto del robo se compraba, licor, jugaba billar, acudía a - diversiones públicas, etcétera.

A los 14 años conoce a un homosexual con quien cohabita por tres días. A ésta edad inicia consumo de marihuana, - la que abandona hace cuatro años.

Cuando contaba con 16 años llega a la ciudad, donde se sostiene vendiendo dulces y boletos de cine por algún tiempo, trabaja también como ayudante de carpintero durante un año, hasta ser detenido. Vivía además del robo y la prostitución. Solía dormir en hoteles, terrenos baldíos, etc.

Sus primeros conocimientos sexuales los obtiene a través de un amigo, quien le propuso relaciones homosexuales, lo que comentó a su padre, este le dijo: "esas cosas no se hacen con hombres, sino con una mujer, porque hay más limpieza".

Sostuvo relaciones heterosexuales en la cárcel preventiva, las que reporta como satisfactorias. No se explica porqué no le atrajeron antes. Al parecer como producto de una de ellas engendró un hijo.

Actualmente ha cumplido 10 años en prisión, por homicidio, robo y lesiones. En un lapso de siete meses aproximadamente, cometió siete asesinatos y lesionó a dos personas más a quienes creyó había matado.

Las versiones son similares, les conocía en la calle, cantinas, tomaban alcohol, y sostenían relación homosexual. Cuando no le pagaban; querían que tomase el rol pasivo o le amenazaban, los estrangulaba con un cinturón. Esperaba unos minutos para cerciorarse de su muerte, y después les robaba lo que podía, abandonando tranquilamente el lugar.

Fue reconocido por un sujeto al cuál lesionó con una navaja en el vientre e intentó estrangular. Este lo denunció, deteniéndosele 3 meses después.

Previamente había estado interno trece meses, en la escuela de orientación para varones, por robo perpetrado con otros dos sujetos mayores que él.

En la institución en la que se encuentra actualmente ha cumplido cuatro años de reclusión.

Se anota que su conducta se caracteriza por: manipulación, amenazas, demandas, peleas, bromas, altanería, pequeños hurtos, inconsistencia, simulaciones somáticas y relaciones homosexuales.

Sus relatos son fríos, cínicos, sin sentimientos culpígenos, los justifica, utiliza con frecuencia el sarcasmo.

Obtuvo un C.I. de 68 en la escala Weschler.

Se le consideró un sujeto con ausencia de culpa, baja tolerancia a la frustración, agresión hacia el exterior, superficial, con afecto romo.

Hay una importante indefinición de rol sexual.

Egocéntrico, suspicaz, negativista y evasivo.

El EEG es asimétrico de voltaje mayor en hemisferio derecho, no mostró descarga paroxística.

Terapéutica: sin medicación regular, en ocasiones tioridazina.

Nombre: "GE"
Edad: 38 años
Sexo: masculino
Escolaridad: 4o. primaria
Ocupación: sin ocupación básica
Estado civil: casado
Motivo de
reclusión: violación

Procede de hogar desintegrado, por fallecimiento del padre, quien se ahogó cuando él contaba con dos años de edad.

La madre sostuvo el hogar vendiendo alimentos en un mercado público. Recibían además, en forma periódica, el apoyo económico y moral de un Tío. Recuerda que siempre se quedaban solos dado el tipo de trabajo materno.

A los 19 años de edad sufrió un golpe en la cabeza, al jinetejar un toro, refiere que "desde entonces no ha quedado bien...." que "se trastorna de pronto y siente feo..."

Desempeñó diferentes trabajos, entre los citados están: mandadero, peón de caña, leñador. En la ciudad trabajó como peón y dando comida a los animales en el zoológico.

Se casa después de tres meses de noviazgo, "la rapta" procreando una hija que fallece a corta edad. Después de dos años de matrimonio abandona a su esposa por "infidel", desconoce su paradero desde hace siete años.

Sentenciado a once años de confinamiento por violación, fue detenido hace 14. Él contaba con 26-28 años de edad al efectuar la primera de que se tiene noticia.

No es claro el número de violaciones que cometió, aunque en el juicio se mencionan diez, él declara siete, en su mayoría a menores entre los 9 y 13 años de edad.

Las abordaba en las calles, les decía que era enviado por su madre para llevarlas a determinado lugar, en donde las

las amenazaba para que no gritasen y las violaba . Después -
les daba unos pesos para que regresasen a su casa.

Niega uso de ~~est~~estimulantes.

En el reclusorio actual lleva cuatro años, su comporta-
miento se caracteriza por: amenazas, fricciones ante órdenes,
peleas, demandas, manipulación en extremo, abusos y pequeños -
hurtos, trabajador pero voluntarioso.

Obtuvo un C.I. de 75 en la escala de Weschler.

EEG, ligeramente anormal, discreta alteración bioeléc-
trica (sin especificar).

Nombre: "EN"
Edad: 27 años
Sexo: masculino
Escolaridad: 2o. de secundaria
Ocupación: sin ocupación
Estado civil: soltero
Motivo de
reclusión: daño en propiedad ajena

En historias clínicas previas se asienta que procede de familia al parecer estable hasta los diez años de matrimonio, cuando los padres se separan, alegándose infidelidad paterna. El padre fue descrito como un "esposo bueno.... no recibimos malos tratos de él".

Procrearon cinco hijos, el mayor con antecedentes de ayuda psiquiátrica (sin especificar motivo).

Comenta la familia que era un niño inquieto, irresponsable, desobediente, peleonero, con fugas constantes del hogar.

A los cinco años de edad sufrió una caída desde cinco metros de altura, cursando con pérdida de conocimiento por tres o cuatro horas.

Ocho años después inicia crisis convulsivas generalizadas de tipo gran mal. Actualmente controladas hasta por espacio de seis meses, con difenilhidantoina. Posterior a sus crisis se muestra agresivo verbal y físicamente.

Se refiere ingesta de alcohol desde los diez y ocho años. Niega uso de fármacos.

En 2 ocasiones anteriores ingresó al Tribunal para menores por robo.

A los 22 años de edad fue detenido por robo y lesiones en la vía pública a una persona en estado de ebriedad. Practicándosele al parecer lobotomía o inyección de aire (sic)

directamente a los ventrículos.

Existe el antecedente de una detención por rapto y estupro (sin especificar).

En el reclusorio actual, "EN", alias el changa, el chino, el jarocho, ha cumplido poco más de veinte días, después de detenersele debido a que dejó de irse a reportar, por cargo de daño en propiedad ajena.

Los informes del reclusorio lo consideran como una persona agresiva verbal y físicamente, irritable, manipulador, abusivo, demandante, impulsivo, inquieto, provocador, con actitudes justificatorias.

EEG: sugiere un deterioro cerebral difuso de mediana-magnitud en presencia de hipoxia cerebral.

Terapéutica: Epamin, sinogan y ocasionalmente haldol.

Nombre: "ED"
Edad: 21 años
Sexo: masculino
Escolaridad: 3o. de preparatoria
Ocupación: sin ocupación
Estado civil: soltero
Motivo de
reclusión: parricidio

"ED" proviene de hogar organizado, de nivel socioeconómico medio acomodado, compuesto por 6 hijos, todos estudiantes y sanos aparentemente.

El padre contaba con 55 años de edad al momento de su muerte. Fue descrito como una persona "cariñosa...que no reprendía", "le compraban a los hijos lo que querían..."

La madre de 43 años, actualmente dedicada al hogar, - descrita como sobreprotectora.

Formaban una pareja de 24 años de matrimonio, en un medio descrito sin problemas. Padres complacientes cuyo única riña fue debida al alcoholismo de "ED".

Es reportado como un niño sumamente inquieto, desobediente, cruel, consentido y retraído.

A los trece años inicia tabaquismo. Desde los catorce se refiere alcoholismo positivo, por lo cual era reprendido, en forma ligera: "era cosa de la edad" decían los padres. Empero, fue internado por ello en ocho ocasiones.

A los catorce refiere masturbación con fantasías homosexuales pasivas. Más tarde es iniciado por un amigo en este tipo de relaciones, comentando que le resultaban "muy gratificantes". A los quince años sostuvo relaciones heterosexuales a nivel prostitucional, mismas que no fueron de su agrado.

En esta época se une a grupos antisociales con los que comete pequeños hurtos, incluso en su medio familiar.

Tuvo diez accidentes automovilísticos, en su mayoría en estado de ebriedad, siempre resueltos por los padres, que generalmente no le reprendían por ello más que en forma superficial.

Su rendimiento escolar fue mediocre, con tendencias al ausentismo, expulsiones y destructividad.

Comenta la familia que "ED" era agresivo verbalmente con la madre, el hermano mayor y la abuela. En alguna ocasión intentó incluso ahorcar a ésta última debido a los comentarios que ésta hizo a su padre sobre su alcoholismo.

Sentenciado a diez y nueve años, es recluido hace veinte meses por haber dado muerte a su padre. "Maté a mi padre porque fue el primero que se me puso enfrente, pero yo le traía ganas a mi hermano 'P' por chiva".

El día del suceso "ED" había ingerido alcohol, al llegar a su hogar fue ligeramente reprendido por su padre debido a su estado. Momentos después, utilizando un rifle perteneciente a la familia, le dispara a corta distancia.

En el reclusorio es un sujeto más bien tranquilo, frío, egoísta, sin sentimientos de culpa, sin conciencia de enfermedad y narcisista. Comenta con satisfacción y agrado sus experiencias.

EEG: dentro de límites normales, deterioro cortical-difuso de escasa magnitud.

Terapéutica: sin medicación actual.

Nombre: "AL"
Edad: 38 años
Sexo: masculino
Escolaridad: 6o. de primaria
Ocupación: sin ocupación básica
Estado civil: casado
Motivo de
reclusión: robo, portación de arma y escándalo en vía
pública

Proviene de hogar desintegrado, ya que sus padres que nunca se casaron, reñían frecuentemente, motivo por el cual la madre terminó por sacar a su esposo del hogar.

Al parecer procrearon dos hijos. El paciente refiere no conocer a su padre, e ignorar su actual paradero.

La madre, de 65 años de edad, es dueña de zapaterías en un mercado público.

Se dice que vivió en amasiato con tres sujetos, al parecer alcohólicos, procreando un total de seis hijos, todos varones.

Todos ellos, a excepción del primero, han trabajado o trabajan en el negocio materno. Dos más han fallecido, uno por alcoholismo (hermano de "AL") y el segundo por tuberculosis.

"AL" era un niño que solía desobedecer, robar, vagabundear por lo que la madre solicitaba ayuda policial para localizarlo.

Cuando contaba con doce años empezó a utilizar marihuana, derivados del Bencero y Alcohol.

A los quince, ingresó al consejo tutelar. Entre los diez y seis y diez y siete años fue remitido a un campo militar donde permanece por tres años.

Alrededor de los 21 años estuvo detenido por dos años

y medio por portación de arma de fuego de un policía, misma - que había obtenido de una riña.

A los 24 años "rapta" a una mujer con la que procrea tres hijos varones. Después de casi tres años de vida conyugal en la casa materna, comete homicidio sobre la persona de su "padraastro". Al salir libre es rechazado por la esposa.

Fue admitido hace doce años en prisión por haber dado muerte al "padraastro", quien además de tener dificultades con uno de los hermanos del paciente, robaba al negocio familiar. Finalmente, y después de haber cumplido nueve años de prisión quedó libre. Tres meses más tarde es detenido por robo, portación de arma y escandalo en vía pública. A la fecha llevados años de reclusión.

En el reclusorio "AL" es un sujeto demandante, explosivo, amenazador, peleonero, abusivo, con conducta homosexual. Pocas veces se le ve trabajar en la hortaliza.

Obtuvo un C.I. de 79 en la escala de Weschler.

EEG: normal

Nombre: "FL"
Edad: 25 años
Sexo: masculino
Escolaridad: 3o. de primaria
Ocupación: sin ocupación básica
Estado civil: soltero
Motivo de
reclusión: a petición de la madre, por agresión física

Ocupa el sexto lugar de siete hermanos, 5 varones, 2 mujeres, todos ellos sanos aparentemente.

Creció en un medio socioeconómico de escasos recursos.

El padre se empleaba sucesivamente como minero, comerciante y/o albañil después de trasladarse a la ciudad de México. Se dice que era irreflexivo e impositivo. Solía ingerir alcohol lo que ocasionaba tensiones y conflictos familiares.

La madre ayudaba en la economía familiar. Era protectora con los hijos.

Existe el antecedente de temor a la oscuridad y terrores nocturnos hasta los 14 .

Desde los ocho-nueve años, hasta su último ingreso ha sido usuario de derivados del Benceno, ansiolíticos e hipnóticos tipo mandrax, seconal, noctalyl, ciclopal y marihuana.

Se escapaba del hogar en forma impulsiva desde los once años de edad, sumando un total de once fugas.

A los diez y siete años se refieren problemas sensoriales, e ideas mesiánicas, tras haber utilizado marihuana y alcohol.

A los 24 se registró un brote psicótico sin determi-

nar su origen (sin especificar).

No recuerda el número de detenciones sufridas, al pa
recer la primera es en la adolescencia temprana.

En el centro actual tiene 4 ingresos, el actual hace
seis meses.

En su mayoría los motivos han sido robos, daño en -
propiedad ajena, allanamiento de morada; existen anteceden -
tes de vagancia, mendicidad y tráfico de drogas, agresión fí
sica a sus familiares, siendo ésta la causa de su última de -
tensión, por petición de la madre.

En el reclusorio su conducta se caracteriza por ri -
ñas frecuentes, pequeños hurtos, abusos, falsas promesas y -
conducta homosexual. Es manipulador, cínico, seductor, ne -
gativista, sin sentimientos de culpa o angustia ante el cues -
tionamiento.

Obtuvo un C.I. de 84 en la escala de Weschler.

EEG, dentro de límites normales

Terapéutica a base de diasepan y sinogan.

Nombre: "FU"
Edad: 40 años
Sexo: masculino
Escolaridad: 3o. de primaria
Ocupación: sin ocupación básica
Estado civil: "casado"
Motivo de
reclusión: lesiones en vía pública

Trascurren los primeros años de su vida en un medio con características peculiares. Su padre falleció a los 75 años de edad, cuando el paciente contaba con nueve. Se dedicaba a labores del campo y a la venta de licor. Se refiere que cohabitaba con tres mujeres. Viviendo todo el grupo en un galerón. Les decía a los hijos que "el que no estuviera de acuerdo que se fuera".

Junto con su madre abandona el hogar paterno, cuando tenía siete años, para retornar un año después.

Inició consumo de marihuana a los diez años de edad, a los quince utiliza alcohol llegando a embriagarse semanalmente a los veinte años. Refiere además uso de mandrax, pa cidrin y seconal.

A los 21 años consumió cocaína, morfina e inhalantes en diversas ocasiones.

Al regresar a la ciudad, años después, "se casa" y lleva a su mujer al hogar materno. Más tarde la esposa abandona la vivienda con otro hombre.

Se une con una segunda mujer con la que tiene dos hijos los cuales "ni me importan... ni me inquietan".

Trabajó como ayudante de mecánico y chofer en forma irregular.

Dice haber alcanzado el grado de teniente del ejército.

La mayoría de los datos que proporciona son contradictorios y confusos.

Fue recluido hace poco mas de diez y seis años, ha -
biendo sido sentenciado a quince por lesiones en vía pública.
Sin motivo aparente abordó a un sujeto en la calle ocasionándole tres heridas con un picahielo. Dos meses después, ya -
en prisión, lesionó a un paciente con una corcholata aplastada. Causándole tres cortadas profundas en el rostro, dos de 10 -
cm. y una de 14, las cuales provocan cicatriz.

Hay antecedentes de un ingreso anterior, sin especificar motivos. Se le detectó entonces un "brote psicótico", -
que remitió con electroshocks.

Diez años más tarde ya en esta institución se refieren ideas de perjuicio.

Su comportamiento en este centro está caracterizado -
por manipulación, oposicionismo, agresiones físicas, protestas. -
Se le conceptua explotador, irritable, amenazante, negativista.

Obtuvo un C.I. de 71 en la escala de Weschler.

EEG: sugiere ligera alteración bioeléctrica inespecífica.

b) Marco teórico

Las sesiones en el grupo de estudio tienen un enfoque analítico, basándose para ello, fundamentalmente, en el marco teórico de la psicoterapia de grupo de: Bión 1972, Grimberg 1975, Kadis 1974 y Stern 1965, quienes en términos generales y en nuestro caso en particular señalan que el marco del grupo es ya en sí terapéutico, pues aumenta la interacción emocional y moviliza mecanismos de autodefensa ocasionados por la presencia de los demás, lo que en gran parte resulta de la transferencia. Siendo este un punto focal hacia el que se dirigen las interpretaciones en busca de insight - (Kadis, 1974:109-111).

La psicoterapia de grupo es un método clínico para el tratamiento de los trastornos intrapsíquicos del ser humano que padece entre otros de una adaptación social deficiente. Se fundamenta en la psicodinámica de la patología y sobre los procesos dinámicos del tratamiento de las anomalías de la personalidad y desajustes sociales, que tienen sus raíces en trastornos de la vida afectiva, en perturbaciones psíquicas y deficiencias orgánicas (Stern, 1965).

Entre un grupo terapéutico y uno social u organizado por "x" causa, no hay otro paralelismo que el hecho de que en uno y otro están presentes más de dos personas. Las relaciones en los segundos no están tan intensamente cargadas de contenido libidinal como en los terapéuticos, ya que no pueden admitir la clase de catarsis, que se opera en el descubrimiento de recuerdos, pensamientos, deseos y comportamiento. Lo que viene siendo un factor esencial en la psicoterapia.

En el presente trabajo el agrupamiento de individuos con un diagnóstico previo de psicopatía, se efectúa por las

características peculiares de dichos sujetos y considerando que los grupos homogéneos refuerzan y permiten la expresión individual y emocional de los miembros (Mac Kinnon, ob. cit: 274), no obstante, ha de tomarse en cuenta el objetivo del grupo, la duración de la terapéutica, el contexto social en que se opera, etc. Otro criterio para el agrupamiento de pacientes en grupos analíticos es la similitud de sus síndromes psicológicos y de sus trastornos.

La identificación alcanza su punto máximo cuando el problema nuclear o central es el mismo en todos los pacientes; acelera la terapéutica y permite, además, atacar más a fondo y eficazmente el problema de cada participante. El grupo puede ser tratado como un solo paciente, pues las comunicaciones de unos representan o reflejan los procesos del total, y las interpretaciones dadas son valederas para el grupo.

Al presentar trastornos dispares, la identificación reduce su frecuencia.

A causa de los intereses comunes, preocupaciones y dificultades, cabe esperar que las manifestaciones de un miembro del grupo provoquen asociaciones en los demás o los estimulen (Stern, ob. cit.:276). Gracias a la inducción recíproca, expresión que se emplea usualmente para designar el contagio afectivo entre personas.

Se considera que lo óptimo es que sean grupos de cinco a ocho miembros, pues un número menor abruma a los participantes dada la responsabilidad, o bien languidece por la falta de estímulos. Por otra parte, un número mayor de ocho presenta dificultades de integración de los miembros, de tiempo, etc. (Grimberg, 1975).

Se estima que el tiempo mínimo para que un grupo se desenvuelva plenamente es de una hora (Kadis, ob. cit.:58).

Las variaciones del grupo, en relación con la edad, se limitan de 18 a 25 años, de 25 a 35 y de 35 a 55 (Foulkes, 1965), (Biñón, 1973), consideran que en los grupos de adultos, la selección por edad será entre los 26 a 50 años.

Las dificultades para establecer relaciones interpersonales maduras y a fondo del psicópata (Mac Kinnon, ob. cit. 285), pueden ser suavizadas en la vivencia grupal. Pues en ella se da la oportunidad de aprender a entenderse con personas semejantes a él, con la posibilidad de analizarlo, interpretarlo y comprenderlo (Stern, ob. cit.:289).

Al paciente con personalidad psicopática es difícil ubicar en un grupo heterogéneo, debido a la angustia y el acting-out provocados en los demás miembros, aunque su exploración y discusión puede proporcionar la oportunidad de elaborar y concientizar los impulsos, o por el contrario, el grupo se considerará como un medio de reunión para dar salida a sus impulsos una y otra vez (Kadis, ob. cit.:163).

Un grupo, dice F.K. Taylor, presenta datos observables en sus diferentes momentos y que emergen -en forma simultánea o consecutiva- de la compleja conducta del diálogo y en la acción de los individuos, que actúan en parejas, trios, u otras configuraciones interpersonales, sobre otros individuos, sobre el grupo o sobre el analista, o reaccionan contra ellos mismos (Riviere, Pichón, 1975).

Un plan general en el tratamiento del psicópata indica la necesidad de establecer una relación personalizada que proporcione seguridad por su firmeza y su constancia, capaz de engendrar un ideal del yo externo y de restaurar la capa

cidad de intercambio con el exterior (Ey, ob. cit.:322), lo que podría ser más factible de alcanzar en la terapia individual. Sin embargo, se ha de tomar en cuenta que el grupo proporciona un sentido de pertenencia, entendiendo con esto el sentimiento de integrar un grupo, el identificarse con los acontecimientos y vicisitudes de ese grupo. Por pertenecer a un grupo los integrantes se visualizan como tales, sienten a los demás miembros incluidos en su mundo interno, es decir, los internalizan. De la misma manera, gracias a dicha pertenencia cuentan con ellos y pueden planificar la tarea grupal incluyéndolos. La pertenencia permite establecer la identidad del grupo y establecer la propia identidad como integrante de ese grupo. el sujeto que se ve así mismo como miembro del grupo, como perteneciente, adquiere identidad, una referencia básica, que le permite ubicarse situacionalmente y elaborar estrategias para el cambio.

Para Pichon Riviere el grupo es un conjunto de personas articuladas por su mutua representación interna (Riviere, ob. cit.:101, 107, 188).

Cuando las resistencias (1) son muy intensas, los grupos resultan muy eficaces. La influencia de otros pacientes elimina las trabas y hace más activo a cada participante, a consecuencia de la ayuda y sentimientos mutuos entre los miembros (Stern, ob. cit.:280), lo que en nuestro caso en particular podría ser una desventaja, pues dicha atmósfera podría condonar las pautas de conducta de cada sujeto a estudiar. De allí la necesidad y responsabilidad del terapeuta de aceptar y utilizar el acting-out con propósitos

(1) El término resistencia, se refiere a las actitudes del paciente que se oponen a los objetivos del tratamiento.

analíticos (Kadis, ob. cit.:163).

Dada la escasez de estudios previos sobre el tema, - mi particular experiencia, y la brevedad de tiempo, se aprovecharía la existencia de una historia clínica previa (existente en el área de estudio), lo que haría posible la utilización de los recursos existentes y evitaría la duplicación de esfuerzos.

Slavson (citado por Grimberg, 1975), opina que el - terapeuta debe tener una información adecuada sobre la psicodinámica y psicopatología de cada miembro del grupo, y debe conocer el problema central de cada uno, para determinar la vía de tratamiento y ayudar a los pacientes a sobreponerse a sus diferencias y temores.

Grimberg 1975, ve al paciente por primera vez en el ambiente grupal (previa canalización) conociendo los datos generales, coeficiente intelectual, diagnóstico y nivel social. Todo ello para evitar el desarrollo de lazos transferenciales fuera del grupo, para no hacer interpretaciones individuales y, asimismo evitar perder la visión general del grupo.

Schilder, Powdermaker, aconsejan citas previas pues permite, preparar al sujeto en su ubicación en el grupo por medio de familiarizarlo y darle información de la técnica; - disminuir ansiedad y tensión; permite un vínculo entre terapeuta y paciente para apoyarlo y para que el terapeuta se interiorice en el problema para una mejor integración en el funcionamiento grupal.

Esriel en 1952, al igual que Grimberg señala, que - la toma de contacto, entre desconocidos refleja tensiones y reacciones de gran valor para la interpretación y conduce -

al surgimiento precoz de las dificultades y diferencias grupales.

Por las características de nuestro estudio se optará por una situación combinada, es decir, tendremos acceso a un material existente, sin establecer contacto con los sujetos a estudio sino hasta nuestra primer sesión.

Optamos por estructurar el grupo en forma cerrada ya que éste no permite a los miembros abandonarlo a voluntad, sino que se supone han de satisfacer sus necesidades durante un tiempo determinado (Kadis, ob. cit.:120).

Se considera que este tipo de grupo es eficaz en el tratamiento de grupos homogéneos, que consisten exclusivamente en un tipo de pacientes. Prestándose también para estudios de investigación dada su composición relativamente estable. Su principal meta terapéutica es generalmente la resolución de un conflicto común específico o la comprensión de un problema o enfermedad igualmente comunes (Ibid: 121).

El psicoanálisis y la psicoterapia dinámica están basados fundamentalmente en el aprendizaje adquirido mediante el insight (así como la comunicación y elaboración), en la relativamente percepción súbita de conexiones, acompañada por cambios efectivos (Noyes, ob. cit.:154). El insight, es la percepción del paciente del patrón o configuración que siguen sus experiencias, su conducta y su pensar. Es la percepción emocional e intelectual de los comunes denominado res en el patrón de la experiencia (Bellak, 1975).

El insight se puede manifestar como risa, señal de que algo se dió en el clavo; se puede manifestar como llanto, ira; puede precederse de manifestaciones de ansiedad, etc.

El máximo grado de insight se logra cuando esa comprensión intelectual y emocional se relaciona con patrones tal y como existen en la vida actual, y anterior, con la relación-entre motivaciones conscientes e inconscientes, y con el análisis de la transferencia entendiendo por ésta la totalidad -de la relación que establece el paciente con el terapeuta; - los impulsos y sentimientos dirigidos a él, esperanzas, simpatías, temores, antipatías, etc. (bellak, ob.cit.:62, 63). Para los grupos cuyo objetivo es lograr un insight profundo - es conveniente reunirse con mayor frecuencia.

La elaboración se obtiene en base a un recién adquirido insight, cuando no se logra lo más probable es que hayan -determinantes aún no conocidas (Bellak, ob. cit.:27-28).

La comprensión del problema por parte del paciente fortalece el Yo, y la ventilación aligera la presión del impulso o produce una modificación en las presiones del super yo (Noyes, ob. cit.:625-626).

Así, dentro del grupo se ofrece la oportunidad para - que se manifiesten mecanismos sociales y dinámicos. Los participantes ven, en los sentimientos que experimentan hacia - los otros miembros y el terapeuta, como actúan sus propios motivos inconscientes.

En la psicoterapia grupal el paciente tiene la oportunidad directa de comparar y contrastar su modo de obrar con - el de otros; puede ver que lo que consideraba particular a él (reacción de espejo) es común a otros, mientras que lo que - consideraba común es particular a él; también se familiariza con nuevas formas de resolución de problemas, representados - por las personas reales que están en la misma habitación que él (Kadis, ob. cit.:15).

c) Metodología

En el aula ya descrita se llevaron a cabo veinte sesiones grupales, con un enfoque analítico, por espacio de diez semanas y con una duración de sesenta minutos cada una.

La coordinación de las sesiones quedó a cargo de un solo terapeuta, dada las características académicas de la investigación (1). El trabajo terapéutico se encaminó a la observación y análisis de la situación grupal como objetivo fundamental. Se ofrecieron señalamientos individuales y en lo posible se intentó enfocar la totalidad de las manifestaciones del grupo.

Las sesiones fueron registradas por medio de grabación. Se contó con la asesoría externa de dos médicos psiquiatras, - ambos laborando en el plantel, la experiencia del primero resultó de valor en la selección de los sujetos a estudiar, - mientras que el segundo, conocedor de las técnicas de terapia grupal, brindó su ayuda, a partir de la décima sesión, en tales aspectos.

Para la evaluación final del trabajo, se consultó la historia clínica de los sujetos y se tomaron en cuenta el diagnóstico previo, el análisis de la transferencia en el transcurso de las sesiones y el análisis longitudinal y transversal de las mismas. Todo ello con el fin de verificar la cualidad de las hipótesis además de justificar la práctica desarrollada.

(1) Uno de los requisitos a nivel de postgrado es realizar la tesis individualmente.

CAPITULO V. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO DE CASOS

1a. Durante esta sesión inicial, ninguno de los pacientes respondió al saludo del terapeuta, expresado con una extensión de mano.

Al solicitarles su presentación, los resultados fueron pobres, limitándose a mencionar sus datos generales; nombre, edad y causas del internamiento (en algunos casos). Ante la invitación a abundar en los datos, la respuesta fue la mención, por parte de algunos, del uso de estimulantes, años de reclusión, historial de agresiones físicas, incluido homicidio, y reiteradas quejas del personal de la institución, entre las que consta la manipulación inherente a la sesión.

Las actitudes predominantes fueron: cabezas bajas, caras hoscas, y aparente retraimiento-simulaban no escuchar-, desmentido por ocasionales asentimientos a lo expresado por los otros miembros del grupo.

2a. Al iniciarse la sesión la mayor parte del grupo se mantiene cerca de la puerta, expresando, a nivel de discusión, su deseo de abandonar el recinto, aduciendo como justificación entre otras cosas, que el permanecer en el local les impediría participar en la convivencia semanal.

Cuando les invito a sentarse y expresar los motivos de su renuencia consignan opiniones tales como:

- "Ya pagamos.. (el delito).. aquí todos son bien negativos para con uno".
- "No nos dan atención. Prometen que saldremos y no cumplen".
- "Para que hablar, si no nos dan nada, se lo lleva el viento".
- "Los mensajes al exterior (como las) cartas...no -

tienen respuesta...las abren, no salen",

- "Todo va a seguir igual,..sólo el tiempo pasa. "No hay solución".

Al hacer un giro en la temática, intentando motivar - les a hablar sobre sus familias, los resultados son pobres;- la información se reduce a consignar su estado civil, enumerar a los miembros de la familia y hacer breves referencias- sobre las visitas que estos les hacen.

3a. Intentan obligarme a tomar la iniciativa:

- "viene de ay (ahí)".
- "formule usted las preguntas".
- "yo ya dije mucho..."

Interrogan sobre el cumplimiento de las peticiones for- muladas en la sesión anterior:

- "¿Trajó los dulces?". "¿Los refrescos?" "...un pas- tel..."

Posteriormente insisten en el primer punto, agregando- ahora , veladas referencias al malestar que les producen las- sesiones:

- "No hay de que hablar, pregunte usted"
- "Ya le dijimos todo"
- "¿Por qué otros?, no les corresponde... hacen lo que quieren... es nuestra vida privada".

Insisten en sus peticiones:

- "Traiganos dulces"

Interrogan sobre mis actividades y vida personal.

- "¿Trabaja en otro lado?"
- "¿De donde es usted?"

Los invito a que hablen de su vida previa al último ingreso. Resultando respuestas breves y relativas a relaciones familiares y laborales. Se registra una mayor extensión en lo referente al uso de drogas lo que continúa hasta finalizar la sesión.

- "Si no hubiera sido yo vicioso, no hubiera llegado a tanto, mire donde estoy".
- "...es como una persona que anda borracha... no le interesan las consecuencias".
- "...pues se dan sus toques de marihuana, la mayoría se relajan y se quedan tranquilos..."
- "De la marihuana no puede decir, pero del alcohol si puedo decir..."

4a. La sesión se inicia con quejas sobre el mal funcionamiento del plantel de enseñanza secundaria. Mencionandose cosas tales como la falta de preparación del personal, el incumplimiento de promesas como las referentes a la coordinación médico-asesores y entrega de certificados. Inmediatamente expresan su opinión sobre anteriores tratamientos psiquiátricos y sus consecuencias en las relaciones familiares, mismas que inciden en su vida actual:

- "Ya hasta nuestras familias nos ven raro, desconfían, no nos creen. No vienen".
 - "Nos ven con ¡Cuidado! "
- Más aún, "no hay comunicación adecuada entre el personal... ¿qué será de nuestro traslado... libertad... tra

tamiento?

Con base en lo anterior inicio un interrogatorio -- dirigido sobre sus relaciones familiares, produciéndose algunas confesiones, tales como la de "ED", quien menciona - haber matado a su padre, y "GE" el cual refiere estar acusado de violación, insistiendo sin embargo en su inocencia.

Finaliza la sesión con alusiones al encierro y consecuencias:

- "...lo agobia a uno el encierro..."
- "...neurotiza... No sabemos si hablar sea mejor o no".
- "Nos confunde. Queremos saber si nos vamos o no. ...tenemos derecho".

5a. Al principio, se enumera una serie de quejas y demandas, sobre lo que consideran un mal manejo, institucional:

- "...el hospital se mantiene invicto (indiferente) - ante la corrupción".
- "Carecemos de tienda"
- "¿Por qué no dejan que el dinero circule?"
- "¿Por qué no pagan el trabajo?" "la moneda es el cigarrillo".

Cuestionan la posición del analista, exigiéndole tomar partido:

- "¿Usted que cree?" "Promueva nuestras carencias".
- "Si pagaran seríamos mas productivos, satisfaceríamos nuestras necesidades".
- "El Director no nos toma en cuenta, (podría decirnos),

- ¿A ver hijos, que les falta?... si fuese amable".
- "Coordine con ellos". "Hay que hablar con él".

Al preguntarles cuales consideran las razones y objetivos de su presencia en el grupo, contestan:

- "Es para pasar el rato"
- "Para escucharnos"
- "Es una terapia"
- "Hará un libro, una tesis o profundizará mucho en - nuestro caso".

Las referencias a la infancia son, en muchos aspectos comunes: latrocinio, vagabundeo, rechazo familiar y alusiones constantes a la muerte de parientes.

A diferencia de los demás, uno de los pacientes rememora una niñez en la que hubo "premios, navidades, recreaciones" etcétera.

Otros por su parte, aducen que "no (la) recuerdan".

Finalizan retomando algunos de los puntos inicialmente esbozados, ahora mezclados con rechazo manifiesto:

- "...dejennos en paz".
- "...todo está en nuestro expediente".
- "Soy psicópata". "No hay soluciones".

6a. Habiéndose registrado esa mañana (24 de Octubre) un movimiento telúrico, algunos hacian comentarios sobre él, mientras que uno de los pacientes preguntaba sobre el número de las sesiones faltantes.

Otro de los pacientes, quien hablará la mayor parte de la sesión, refiere sus experiencias durante el temblor. El resto del grupo se limitó a escucharlo interrumpiéndolo -

ocasionalmente con preguntas personales.

Algunos anotan sus sensaciones con respecto a dicho temblor y evocan uno anterior, puntualizando en los daños que ocasionó e interrogándome sobre el mismo.

Abandonado el tema anterior, las intervenciones derivan hacia las visitas familiares, algunos insisten en su inocencia; otro menciona su posible alta, insisten en interrogarme sobre mi vida privada.

Uno de los pacientes que alegaba su inocencia abunda en datos sobre su vida personal y familiar, reconociendo, entre otras cosas, el ser epiléptico (caso "EN").

Al solicitar su opinión sobre la posible alta de un miembro del grupo, la mayoría, comenta que "no les interesa", pero uno de ellos asienta que tal hecho dá "esperanzas para los demás".

7a. El mismo paciente que participó activamente en la sesión anterior, inicia ésta solicitándome que le plantee un tema de discusión, o les comente "que hay de nuevo". Al pedirle que sea él quién haga el planteamiento aborda temas tales como el binomio delito, castigo y la fraternidad y dá pie a una discusión sobre la relación del hombre con la divinidad, insistiendo él mismo sobre el papel de la expiación, que concibe relacionado con la justicia social. Comenta incluso las diferencias sociales, que equipara con las económicas.

Como respuesta a sus planteamientos, el grupo aduce que: "no les interesa". "No le entendieron".

Uno de ellos señala:

- "que no juege al martir... y luche por independizar se".

Aprovechando el comentario le invito a hablar sobre su vida personal, a lo que accede, refiriendo incluso intentos de suicidio (caso "ED"), para finalizar agrediendo verbalmente a un compañero que se ha caracterizado, hasta ahora, por no participar en las sesiones (caso "AN"). Dirigiendome a és te le interrogo sobre su actitud:

"¿Usted qué opina de lo que dice "ED"?",

- "Yo nada señorita... nada tengo que decir... es mi problema... es asunto de cada quién..."

Ante lo anterior, traslado la pregunta al grupo obteniendo opiniones diversas tales como:

- "...se siente angustiado de sus problemas; por su libertad, se siente aburrido, así me encuentro yo".

- "...ya ha de estar molesto de venir aquí tanto... (prefiere) ir a jugar volley-ball.

- "ha de estar encorajado... ¿para qué (venir)?de nada nos sirve...a lo mejor nos están sacando más (información) para encerrarnos más".

- "Ha de estar como traumatizado, acomplexado"... por eso no habla".

- "...ha de decir pobres estúpidos..."

Ante el cuestionamiento hecho por un paciente de los beneficios que reportará este estudio, la discusión se enfoca sobre las conductas adoptadas para obtener su libertad.

- "...si salimos cuerdos, nos van a trasladar ..(o nos darán), la libertad".

- "(Como usted), está coordinando con el Dr. G. (jefe de psiquiatría), ora si que te hundes mas, o sales".

- "...las autoridades van a solucionar mi libertad..."

- "(yo para salir) trabajo... por ratos".
- "yo agarraba una ametralladora y me salía así (simula disparar contra todo)".
- "yo resolvería el problema legal...es lo que haría para salir..."

Otros no harían nada por promover su libertad y uno más seguiría los consejos del médico. Se deja entrever que te - men no ser aceptados por sus familias.

8a. Al iniciar la sesión el grupo sugiere que sea el - terapeuta quién de comienzo a la misma y les "cuente algo".

- "¿Ora que platicamos señorita?" "Usted parte el pas - tel".
- "Usted levanta el telón".
- "Así es... usted dirá".

En este momento el paciente "AN" entra al recinto para de - cir que no acudirá más a las sesiones.

- "...ya no voy a venir, hablé con el Dr. G... no voy a venir a la clase".

El terapeuta le dice que espere hasta que él hable con - el Dr. G. para tomar una decisión. Se rehusa y abandona el - área. El grupo permaneció en silencio.

"EN" comienza a hablar sobre su familia. Refiere que - un hermano que le había acusado de robo le trajo ropa. Me - pregunta "¿como la ve?".

Dos pacientes muestran interés.

- "¿Te acusó tu hermano?".
- "... o sea, lo acusó y luego le trajo la ropa... quie-

ren hacer las paces".

Aprovecho la situación para preguntarles sobre sus respectivas familias.

"ED" refiere no tener problemas familiares, pero agrega que se siente mal por no cooperar económicamente con ella, a causa de su situación actual.

Además menciona que todos trabajan, estudian; tienen responsabilidades. Que él alteraba la dinámica familiar debido a la manera en que obtenía el dinero para embriagarse.

Comenta que el padre no intervenía, "(incluso) tomabamos juntos". Abunda sobre esto, relatando que debido al trabajo del progenitor, el cuál se relacionaba con muchas personas, hubiera podido tener acceso a reuniones, celebraciones de negocios, aperturas, aniversarios y otras pero él finalmente prefería ir a beber solo.

Al solicitar la opinión de los demás se obtienen respuestas como las siguientes:

- "así yo también era... se siente bonito recordar como era uno. Ahora por todo lo pasado estoy aquí; por no tomar en cuenta a (lo que) la familia (de cía); por el alcohol".
- "Anoche me estaba muriendo yo con un dolor de estómago".
- "No puedo interrumpir están hablando...hay que dejar que se desahoguen".
- "Todos tienen que hablar, no solo uno".
- "Venimos a la fuerza no por nuestra voluntad".
- "(pero) también a fuerza estamos en la cárcel".

Dado que el paciente "GE" no opina, se inicia una dis-

cusión entre "EN" y éste, quién reitera no le agrada interrumpir cuando otro habla y agrega:

- "...no me meto con nadie...no me interesa". "Ni-te he molestado ni quiero que me molestes". "Tú -traes bronca con todos".

El resto del grupo comenta:

- "No viene al caso (que peleen) aquí".
- "Hubo comunicación, al menos...por lo menos habló - (GE)".
- "Para mí fue algo inesperado...nunca pensé (que en-las sesiones) hubiera un disgusto... me sentí molesto".
- "...yo nomás esperaba que se pararan y se agarraran".

A su vez "GE" y "EN" respectivamente dicen: "Yo (me -siento) bien". "...ya se me olvidó... bien.. (pero) hay que-estar atentos".

Finaliza la sesión al comentar "EN" que él acude a la terapia porque "quiere salir... estamos enfermos de los ner-vios".

9a. Al principiar la sesión se comenta la muerte de -un boxeador quien estaba hospitalizado a causa de los golpes recibidos en una pelea.

Enseguida se pregunta cuantas sesiones faltan y que -utilidad tendrá el asistir a ellas.

Alguién comenta que "está difícil que entiendan. Ya-vamos casi en el primer mes".

Los demás anotan:

- "Es una terapia para sacar los problemas... (y ayu -

darnos) con las conversaciones".

- "Para ver cómo estamos, razonamos...,"
- "(Me sirve) para desahogarme y relacionar mi situación (con los otros casos)".

A continuación mencionan que una trabajadora social se marchó de la institución, misma que les parecía muy eficaz.

- "Se nota su falta".
- "(Era) muy buena persona".
- ".. Estaba muy relacionada, los problemas los hacía llegar al director y se solucionaban".
- "Ayudó para que se fuera 'el diablo' (un paciente)".
- "Era la única que le ayudaba a uno".

Rememoran además que se fue otro médico muy eficiente.

- "... Ponía el orden..."
- "... Se daba sus vueltas (por el hospital)".
- "Daban mejor de comer". "... Controlaba los problemas..."

Hablando sobre el control que dicho personaje ejercía abordan el tema de la corrupción sexual (homosexualidad) en el C.M.R.

- "Es un deprave".
- "Se acostumbra uno (a verlo)".
- "No les importa (a las autoridades)".
- "Mejor lo ignoramos".

Aprovecho los comentarios para solicitar información sobre su vida sexual.

- "(la mía) tranquila... masturbación... no hay para más".

Otro comenta que sostuvo relaciones homosexuales en otro reclusorio, en una ocasión para obtener dinero.

- "Es difícil hablar de eso por la diferencia de edades (entre los presentes)".

En este día se efectuaba una reunión de médicos en el aula contigua, lo que da lugar a que cambien de tema.

- "Son los 'doctores fiesta'".
 - "¿Nos asomamos? Tengo curiosidad".
 - "¿Usted cree que los doctores le ponen a la droga?".
 - "...No todos, pero si hay (quien la emplea)".
- Alguien me pregunta. ¿Usted ha tomado pastillas...?
- "¿Nada, nada (ni)... para el sueño?".
 - "¿No es usted viciosa?".
 - "...Como ustedes son los que conocen... (sobre drogas): que las manejan, se les hace fácil (pensar) a ver voy a probar ésta".

10a. "EN" es el primero en tomar la palabra y lo hace preguntando. "¿Por qué no me mandaron llamar (se refiere a la sesión anterior)?".

No obstante lo anterior, menciona que acudió al juzgado, pero, dado que el demandante no se presentó, no se dictó resolución sobre su caso.

Aprovecha el momento para reiterar su inocencia y agrega que si en la próxima ocasión el sujeto que le demandó no se presenta al juzgado, se fallará a su favor.

El mismo sujeto al referirse al local de psiquiatría, dice "juzgado" por "jefatura", comentó el lapsus e interrogó

sobre él. "EN" insiste en su aseveración, y los demás agragan:

- "...Esto es distinto, aquí no hay tanta gente..."
- "Aquí es terapia, es un grupo de terapia intensiva-verdad doctora?".
- "...como si usted fuera un agente de la secreta...y nos está preguntando para que digamos la verdad y nos ayude a salir..."
- "si habla uno (incluso en estas sesiones) sale contraproducente".
- "...Nos pueden meter más al hoyo".

Insisten en que sea yo quien dirija. Le pregunto a "FL" que ha pasado son su observación médica. Comenta que todo va bien; que espera salir para conseguir trabajo, aunque no tiene certificado de estudios. Espera obtener ayuda de prevención social y de la correccional.

Los demás comentan las dificultades para conseguir empleo, las pérdidas de tiempo que implica, la falta de estudios, etcétera.

Uno de los pacientes (ver caso "AL") relaciona el negocio familiar con su "padrastro", al que mató, a pesar de lo cuál "el negocio floreció". Se autodefine como una amenaza para la policía, aseveración en la que insiste.

Lo anterior me permite cuestionar a "ED", parricida, sobre sus pensamientos y sentimientos, él anota:

- "Está duro, la cosa es que estábamos hablando de... (cambia de tema)... sintió la necesidad (de matar... a su padrastro) era un parásito...hay mucha diferen-

cia entre un homicidio y un parricidio". "Me dijeron que fue premeditado (se refiere a su propio delito)...me hicieron muchas preguntas...hasta salir (diagnosticado) como psicópata ¡bueno! el menos me dejaron tranquilo".

Alguien comenta "ya se le clavó lo de psicópata".

Al preguntarle a "ED" que piensa de lo anterior, responde:

- "...No es que (él) quiere que me vaya del hospital a la penitenciaria".

Posteriormente hablan del sistema penal, de cambios de las leyes, fianzas, etcétera.

- "...El sistema está bueno lo que pasa es que no funciona como debe ser..."

11a. "ED" es el primero en hablar rompiendo un silencio; refiere un "dolor de estómago... por temporadas...será porque tomo mucho café..."

Después de otro silencio retoma la palabra:

- "ya empezó la semana triste doctora, no quieren hablar...esperan a ver quien habla".

- "(quien) salva a alguien... (a ver), un salvavidas".

Empiezan a comentar entre ellos que no hay "nada nuevo", "...no se me ocurre nada". "...habla tú".

Enseguida aluden sobre las características del personal médico.

- "... (el Dr. X), ni me peló". "Uno está de mal hu -

mor... (y además) están enojados con uno".

- "Si, nomás tratan de cotorrear a uno".

Insisten en que ya cubrieron su sentencia y no tienen porque estar allí.

Otros agregan: "a ver si ya me da de alta el Doctor - ya para que me vaya".

Mencionan que se aproximan las fiestas navideñas.

- "Otra (navidad) que nos aventamos... (recluidos)".

- "El año pasado nos fue bien con la comida... conjuntos musicales (pero) todo por un ratito".

- "Por eso no, no me atengo a nada".

Dejan entrever la posibilidad de que las personas que cooperan en los festejos (conjuntos, organizadores, etc.) - funcionen como fuente de información para las autoridades, - lo que incidirá en la situación personal de los reclusos (altas, traslados).

Más adelante critican la actuación de algunos miembros del personal quienes los extorsionan, situación que, comentan, debe ser denunciada.

Así mismo, refieren incidentes de la vida en reclusión destacando las prebendas que obtienen los "lambiscones y chismosos", así como otros sujetos que por diversos impedimentos, v.g.: mudez, aprovechan la situación para molestar a los demás, lo que provoca:

- "...Se altera uno; está uno en constante tensión; que ¡cuidado!, que cuidese de esto de lo otro...".

- "Yo jamás en mi vida había vivido entre tantos locos..."

Insisten en las deficiencias del personal de enfermería, "...como si estuviesen pintados". Denuncian arbitrariedades. Culpando al director del plantel por su falta de comunicación con los reclusos, quienes tratan de suplir las carencias institucionales ayudándose entre si para obtener ropa, zapatos, alimentos, etcétera.

Al finalizar la sesión la discusión deriva sobre la personalidad de un miembro de la institución (un enfermero), al que conceptúan como homosexual: "...su tono de voz". "... Es sindicalista". "...Tiene los ademanes ¿verdad?". "Es honrado".

"ED", quién inició la discusión, menciona que el enfrentarse con este tipo de personas en vez de mejorar la situación institucional, "de facilitar un poco el terreno, hacen las cosas mas difíciles, como de baches".

12a. Hacen comentarios diversos y superfluos intercalados con silencios, al parecer buscando un tema de conversación que finalmente cristaliza entre "EN" y "ED". Cuando el primero refiere que durante su visita al juzgado, jugó y ganó varios partidos de domino obteniendo con ello "muchos cigarros" y hasta una prenda de vestir.

Los demás comentan lo anterior:

- "¿Probaste los refrescos...?"
- "Hubieras traído cigarros."
- "¿Dormiste allá?"

Así mismo "EN" apunta que dado que su acusador no se presentó, le aconsejaron levantar una contrademanda y solicitar el pago del trabajo perdido durante su reclusión.

- "Si aquel me vió la cara ora será al reves..."

Al referirse a su eventualmente próxima liberación, expresa su deseo de que los demás también la obtengan.

Ante lo que consideran una falta de urbanidad por parte de uno de los miembros, quien escupió en el piso, la mayoría le agrade verbalmente.

- "Tú nomás vienes a ensuciar".

- "Por eso te tengo a tí, para que limpies", "Para que hagas méritos y salgas..."

Cuando uno de ellos solicita mi parecer sobre su caso los demás anotan que mi función es observar, ver sus avances, "calificarlos", "...tranquilamente analiza el rollo...- (para que) lo resolvamos entre nosotros..." "... (para) ver - quién está bien o mal".

"ED" menciona que su "carácter" está cambiando por el ambiente del reclusorio. Le es difícil integrarse a las charlas de sus compañeros, como cuando ingería alcohol: "uno termina por tomar solo... porque si trae uno \$500.00... (y) - los repartimos, a duras penas nos va a dar para tres o cuatro copas para cada uno..." Además apunta que la ingesta de alcohol es "un círculo vicioso".

Insiste en las dificultades para comunicarse con los compañeros de su pabellón y el personal de la institución. Agrega que en estas sesiones "gana (algo)", "ya expuse, ya - intercambie ideas y él (otro paciente) también, y ya, fue el análisis... ya gané".

La plática deriva hacia los alimentos cuando alguien sugiere que el desayuno se enfría, y debe estar listo.

- "Hay que asegurar las tres comidas..."

- "En otros reclusorios si falla..."
- "... (Aquí) no nos dejan con la panza vacía..."

Se distraen con un avión que pasa para hacer luego comentarios tales como:

- "...Ya no hay de que hablar..."
- "En boca cerrada no entran moscas". "...No meterse en camisa de once varas".
- "...Si, o sea que si habla puede regarla..."
- "Que cada quién hable lo que sienta".

13a. Antes de comenzar la sesión, mientras utilizaba el teléfono del salón adjunto, noté que me observaban a través del cristal. Las primeras intervenciones consistieron en frases de halago a mi arreglo personal ("se ve muy guapita - ahora"), actitud que se repitió a lo largo de la sesión.

Inquieren sobre mis actividades durante el fin de semana, pasando posteriormente a relatar las propias en tales ocasiones antes de su ingreso.

- "...Y vamos a Cuernavaca, Iba cada 8 días..."
- "... Cuantas veces crees que he ido a Acapulco, hijo.. pero de aventones..."
- "...De a gratis... sin dinero... (para) conseguir dinero y trabajo".

"EN" alude a sus actividades de mendicidad, insistiendo en que a su juicio es mejor mendigar que robar. A lo que algunos miembros del grupo replican que de todos modos tal actividad es motivo de reclusión.

Hablando sobre "el encierro", la plática se dirige a las condiciones propias del plantel ("las celdas frías...") -

mismas que sugieren cambiarían si hubiese un motín penitenciario.

Los comentarios finales revierten nuevamente sobre mi persona, esta vez incidiendo sobre las causas de mi retraso, y los sentimientos que esto generó.

- "...Algo se le atravesó.. algo que hacer".
- "... Creí que ya no iba a haber nada, otro compromiso, mañana, no me esperaba que más tarde..."
- "...Yo si pensaba que iba a venir..."
- "Yo dije, ya nos engañó que iba a venir ora".
- "Tarde pero segura ¿no?".
- "Nada, yo nada (para mi) era igual".

Al despedirse todos excepto "FU" me extienden la mano.

14a. Hoy 20 de noviembre las primeras alusiones son - sobre el suceso histórico que se conmemora.

- "20 de noviembre, día de la revolución".
- "Su aniversario, vienen siendo... 1910".
- "Hace 70 años".

Posteriormente los comentarios se centran sobre el cambio de una psicóloga de éste a otro reclusorio, con anotaciones tales como:

- "... (tal vez) le convenga más allá, gane más allá".
- "...Hace falta clientela...personal".

Aluden a que en las calles hay más clientes para el hospital y por tanto es necesario personal, pues de no ser así "no funcionaría".

De allí pasan a relatar sus experiencias fuera del -

plantel, destacando entre otras cosas el pandillerismo y sus efectos (accidentes, muertes), y la actitud crítica de otras personas hacia ellos.

Cuando uno de ellos relata haber visto a una mujer que cobraba por enseñar el seno, los comentarios se encaminan al consumo de alcohol y drogas.

Enseguida se reiteran las quejas sobre la vida en el plantel, esta vez enfocadas al vestido (se 'roban' la ropa, - no la devuelven).

Retomando el tema del acontecimiento que se celebra, - evocan la falta de personal en días como éste, en que incluso "la visita no asiste".

La plática gira a continuación sobre los defectos de la alimentación en el plantel, argumentan que en otros reclusorios hay tiendas, circula la moneda, etc. Se les plantea cuál sería otro tema a tratar en vez de éste. Comentan sobre las "limitaciones" y la "libertad", pero es difícil pues algunos "no saben ni lo que han hecho o (piensan que) es una injusticia, y piden que se les aclare".

Alguien apunta que un paciente del hospital "se comió a su mamá" después de haberla matado; que otro más "vende documentos que van a valer en un tiempo". que un tercero habla con Dios.

Hablan sobre una radio-comedia de la vida de un presidiario que se fugó en helicóptero,

- "...No era cualquier basura".

Los últimos comentarios son sobre las ventajas que obtendría "ED" en caso de ser trasladado a la penitenciaría (ten

dría tienda, correo, teléfono, mejor habitación, escuela, trabajo, y hasta posibilidad de hacer dinero) y el malestar que les provoca el largo tiempo de reclusión externando alguno su deseo de "golpear a los enfermeros".

15a. Los comentarios iniciales de ésta sesión giraron en torno al trabajo desempeñado en el reclusorio y la sensación de "bienestar" que les proporciona.

Aluden a la ausencia de algunos quienes se encuentran trabajando en las hortalizas (lo que es corroborado por los que van llegando), además refieren que estaban esperando a sus compañeros para entrar.

Retoman el tema del trabajo, relatando que los fines de semana, dada la escasez de éste,

- "Me aguito...no hay movimiento".

- "(pienso en)...mi situación, me complico más".

Mencionan que el trabajo, además de entretenerles, revierte en una posible disminución de la pena y les posibilita la adquisición de artículos tales como cigarros.

Sobre la conveniencia de trabajar expresan las siguientes opiniones:

- "...Para comer".

- "Tengo prohibido trabajar...hasta que me curara".

- "Si no trabajas como vas a vivir".

- "(pero)... aquí si no trabajas de todas maneras comes".

Cuando el terapeuta estornuda, alguien apunta: "salud, dinero y amor". Lo que dá pie para que algunos externen sus-

propios deseos.

- "Nunca puedes tener lo que deseas",
- "A ver si me caso".
- "...Lo dejaron vestido y alborotado",
- "yo quisiera una grabadora para andarla cotorreando"
- "Te falta mucho para que pienses en la calle", "Si - no vienes por matar a (cualquiera)*.

Alguien insiste en el tema de la futura libertad, lo - cuál marca un giro en la conversación, ahora centrada en está. Así se expresan el temor al enfrentamiento con la sociedad, - que pudiera conducirles nuevamente a un acto delictivo; al encuentro con el vacío dejado por la pérdida de seres queridos y familiares, y la desesperanza ante el tiempo que transcurre.

La actitud de los médicos de la institución también es analizada; de algunos se hace patente su "rectitud"; de otros, su falta de interacción con los reclusos y/o sus familiares, - proponiendo algunos dar un trato recíproco al recibido.

- "Si tratan bien a mi familia, yo lo trato bien".

Al incidir el terapeuta sobre la figura paterna, uno - de los miembros del grupo menciona que tal papel ha sido desem - peñado, en su caso, por los dirigentes de las diversas institu - ciones donde ha transcurrido parte de su vida (tribunales, co - rrecionales, penitenciarias), para agregar:

- "Yo maté a mi padrastro (y) él a su papá".*

El aludido anota:

- "Pero no tenemos que hablar de eso, ya se lo dijimos al doctor".

* Comentarios dirigidos al parricida.

Les invito a plantear como conceptúan el papel de una figura paterna:

- "Un papá que mantenga".
- "Yo creo que ya nos vamos, estamos trabajando".
- "¿Por qué no nos pasa una audiencia con el director?".

16a. Comenzamos con un breve silencio, interrumpido - cuando un miembro del grupo externa:

- "¡Orale! el tiempo pasa".

Los demás apuntan que esperan a los compañeros ausentes. Posterior a otro silencio comienzan a informarse entre sí sobre la situación geográfica de otros países (de América del Sur y - Asia).

- Silencio

Aluden al tiempo que nos resta para terminar las sesiones, pensando que pudiera ser la última o la penúltima.

- Nuevo silencio.

Comentan que una pareja del personal se marcha de la institución debido, según sus conjeturas, a haberse divorciado.

Además, anotan, daban la impresión de quererse mucho, y-trabajaban juntos.

- Silencio

Insisten sobre el número de sesiones restantes, como durante la cita anterior, calculan que quizá ésta sea la última - o la penúltima.

- Silencio

- "¿Te has fijado que ya no hacen fiesta (los médicos en el área contigua)?".
- "...Están como de luto".

Insisten en la pareja que se marcha: "...Se veían bien unidos..." "(él era) un buen elemento".

Agregan que les "gustaría" trabajar de la manera en que ellos lo hacían (juntos, en el mismo sitio). Lo que también es difícil dada la situación que ellos consideran vive actualmente dicha pareja.

- Silencio

Me cuestionan si continuaré en el hospital y/o trabajaré con otro grupo, dividiéndose las opiniones. Externan que tal vez permanezca o tal vez me marche.

Comentan que el director de una penitenciaría se roba la producción de las panaderías. Que en éste reclusorio no les regalan nada o sólo les dan lo indispensable (lavado, planchado) desapareciendo incluso la ropa.

Comentan brevemente que dieron de alta a un compañero.

"GE" se levanta, se acerca a la puerta, comienza a estrair el cuerpo y a hacer ejercicios, como tratando de llamar la atención del terapeuta.

El fin de año se aproxima y "el que no se marche en quince días será hasta el próximo .

También se va de vacaciones otro médico, al que apodan el "sabio".

Empiezan a mencionar las ventajas y desventajas de ser estudiante universitario (reditua dinero el estudiar),

agregando que en la Universidad "corre el vicio". "...imagina te cuantos (profesionistas)... salen así". "Y luego no encuentran trabajo por la sobrepoblación".

Comentan que el trato en reclusorios del interior del país "es bien gacho". Los jueces de allá con "tranzas" aminoran las sentencias.

- "...Está más corrupto.". "Hay más facilidad...(de obtener la libertad)."

- "(mientras que) aquí la opinión pública, el periódico y todo eso...lo frenan".

Inmediatamente hablan sobre los diversos tipos de reclusos: el criminal, el terrorista, el ratero, el traficante, el violador, el que comete daños en propiedad ajena.

Alguien apunta la opinión de un médico.

- "Como dice X ¿que se ganan con mantener a gente sin ningún provecho?".

A partir de ello mencionan la eutanasia que solicitarían a "enfermería" los que están "de por vida".

Finalmente, y de manera breve, mencionan que se han cambiado de talleres; que están "reducidos" en vestimenta y agua y que si el personal médico no ejerce el control de los reclusos con medicamentos, se podría hacer un motín.

17a. La sesión principia con un saludo dirigido al terapeuta.

"EN" cae estrepitosamente de su silla. Alguién del grupo le pregunta:

- "¿Te pegaste?".

- "No". Responde .
- "Por abusado (se cayó)".
- "Estamos en un penal, nos dá lo mismo..."

Después de un silencio "EN" expresa que fue visitado por su madre, quien le sugirió "...Me olvide de ellos..." - "...que no me va a dejar salir (pues) estoy mejor aquí..."

- Nuevo silencio

"ED" comenta su cambio de taller, lo que le reditúa más tiempo para actividades personales, no obstante, señala las ausencias y futuras vacaciones del maestro.

El mismo menciona su alta de psiquiatría, lo que podría redundar en un traslado. El resto del grupo muestra interés, anotando que consideran le será de provecho pues "ya no va a tratar con locos..." y tendrá mejores condiciones de vida.

Apunta que se siente emocionado y espera "agarrar el paso" ante la idea del cambio, señala que su familia desea le envíen a las Islas Marías, donde agrega, "(no deja de haber) ...tentaciones".

El grupo comenta que para eso es necesario cubrir - "muchos requisitos"; allí se podría volver "una lacrota".

El responde, "Depende de uno... (hay que) hacer lo - que diga el personal, pues es quien maneja la situación".

Dirigiendome a aquellos que han vivido en penitenciarias les sugiero hablen al respecto.

Mencionan los diferentes tipos de reclusos, las perspectivas de trabajo y obtención de dinero; las facilidades-

para trámites legales, y la posibilidad de formar pareja.

- "Todo es bueno ahí... lo que es negativo, ni a pa - los se regenera".

El tema se desvía cuando "EN" anota, "todos somos her^umanos. Hay que llevarnos bien todos... somos hijos de Dios.."

Los demás le cuestionan sobre la ascendencia de Jesús cristo y María y la personalidad del primero. Finalmente expresan que los creyentes oran cuando hay movimientos telúri - cos. No obstante la posibilidad de morir, todo ello por "ig^unorantes" y "faltos de mentalidad."

18a. Los primeros quince minutos, se caracterizan por una serie de silencios seguidos de alusiones referentes a la causa del retraso de algunos compañeros y las interrupciones, tras un breve saludo de los que iban llegando.

- "...Esperaba a los otros".
- "Buenos días señorita, buenos días a todos".
- "Ya estamos aquí, vengo de trabajar en las hortali - zas".
- Silencio
- "¿Qué nos platica señorita" Alguien a su vez le - pregunta al interpelador: "¿Qué dicen los haldoles?".
- "No duermo bien, anoche me paré cuatro veces".
- Nuevo silencio

Alguien comenta que por qué no continuan hablando de - Cristo pues quedó inconcluso el tema en la sesión anterior. Nadie responde.

El mismo paciente expresa en forma breve tener a su -

abuela materna enferma, desde hace algún tiempo, lo que le -
preocupa, pues considera que por no llevarla a tratamiento no
ha mejorado.

- Silencio

Insiste para que retomen el tema de Jesucristo. "..Que
si era mago.. se disfrazaba...iba más para artista que para -
santo" "Nadie quiere hablar".

"AL" le pregunta por la edad de la abuela, derivando
el tema a la época de la Revolución; comentar "la falsifica -
ción de moneda" de aquél entonces y anotan que actualmente to
do a mejorado.

Después de otro silencio aluden al abuso de psicofár-
macos en la calle, lo que les hace pensar que debido a ello -
los que regresan al reclusorio "están peor". Dado que en el
plantel no hay tienen que trabajar para distraerse y "hacerse
a la idea (de la carestía)". Mencionando los daños que con-
lleva su consumo anotan:

- "...Mata neuronas".
- "...Descompone los nervios".
- "...Me pone en tensión, nervioso".
- "Finalmente, drogos o borrachos todos estamos aden-
tro".

Agreden a un miembro que se ha caracterizado por no -
participar, al momento que lo hace le dicen que sus preguntas
son "absurdas" y "necias", "como platicamos poco , no nos po-
nemos de acuerdo en nada con él..."

Para finalizar la sesión, expresan la importancia de
sostener comunicación con el director, y resolver sus proble-

mas.

- "...y vivamos más familiarmente".
- " (pero), si no hay comunicación con nosotros será porque hay mucho tarado".
- "Si nos dejamos tantito, la situación el día de mañana será peor... (vendrá la) familia con ametralladora para sacarnos." "...o de adentro pa' fuera.. será un desastre".
- "En otros reclusorios hay motines... salen cuchillos a relucir".
- "Le damos asco (al Director), quien sabe que".
- "(Nos trata)... como animales".

19a. Por espacio de treinta minutos lo notorio son los silencios, tras intentos fallidos por parte de algunos de los miembros del grupo de abordar un tema cualquiera.

- "¿Qué nos cuenta? ¿Quién falta?"
- Encienden cigarros. "Nomás falta usted señorita de un cigarro, nadie la invitó".
- Mientras no hable la señorita, no habla nadie.
- "Platiquen algo". "Un tema".
- "No hay de que platicar".

En otro intento de entablar diálogo, alguien comenta que vino un equipo a jugar con ellos ganando los contrarios el trofeo.

- "Como que no avanzamos doctora, generalmente no quieren hablar o no vienen a la sesión".
- Nuevo silencio.

- "Al paso que vamos, llevamos media hora callados.
Parecemos tumbas..."

Transcurrido éste tiempo comentan sobre las fiestas - del fin de año pasado, anotando que tuvieron comida en abundancia gracias a sus familiares. Además se cuestionan sobre el número de navidades en reclusión. "Unos salen, otros regresan" "(por eso) es conveniente hacerle caso a los doctores.. (hay que) tomar la medicina para salir".

- Silencio.

Comentan sobre un recluso apodado "la chiquilla", - quien, según ellos, "no hace nada por él mismo". "Yo creo - que si lo vinieran a ver mejoraba".

- "En este hospital (hay)... puro loquito".

Expresan como causa de reclusión el experimentar "emociones fuertes" percatándose de ello "hasta que esta uno adentro".

Alguien verbaliza "vamos a robar". Los demás se unen mencionando:

- "Vamos a matar". "Al fin que ya te aventaste el primero".

- "(Y) tú (a uno de) tu familia".

- "Somos re' asesinos", Rien.

Alguien le dice a "ED" que ya que van a estar largo tiempo en prisión compartá su "herencia pues, en la calle están más locos que uno".

Agregando: "después del encierro, que ganaste... hay que limosnear, los antecedentes".

- "El destino... (así pues), si uno tiene dinero hay -

que compartirlo".

- "Que cada quien gaste su dinero como quiera".

Terminado el tiempo un miembro del grupo pregunta si puede traer su guitarra para cantar los últimos minutos de la próxima sesión.

20a. "¿Qué nos cuenta señorita? Hoy es el último día, dicen".

- Silencio

Comentan sobre el homicidio de un cantante renombrado (J. Lennon), agregando:

- "Es pura propaganda para vender discos..."

- "...lo enterraron".

- "Ni modo que lo dejen afuera".

- "(Verás) como al chico rato resucita".

- Nuevo silencio

Menciona que llegó un nuevo recluso al plantel, proveniente del reclusorio sur, "Anda todo sacado de onda".

Lo anterior da pie a comentarios sobre la construcción de nuevos reclusorios que no dejan de ser diferentes a los que ya existen.

Intercalados con otros silencios, hacen diversos comentarios, tales como ir a buscar la guitarra... "para ver como se oye..." no lo hacen pues exteriorizan que si les escucha el doctor 'G', podría pensar que "están más locos" o talvez "más abiertos".

Tras una pausa le sugieran a "EN" que no se meza en la silla pues podría caerse. Alguien anota: "...es una caída, cuando menos".

Comentan sobre la fiesta religiosa del 12 de Diciembre (día siguiente), rememoran las peregrinaciones y los réditos - obtenidos por la limosna, producto del que se "mantiene" el clero o se emplea para obras de beneficencia.

- Silencio

Expresan que este invierno es menos frío que el anterior. "Vamos progresando".

Se les invita a plantear las diferencias. Sin obtener respuesta a lo solicitado, alguien menciona:

- "Ora si venimos tapados". "Allá afuera si hablamos.. quien sabe que pasa". "No se vayan a acelerar".

- Silencio- El mismo paciente comienza a agredir a un miembro ausente, "es un loco, encajoso, agresivo, aprovechado".

Brevemente hablan sobre un médico del personal quien incluso trabaja hasta en domingos, no obstante tener otras actividades.

Agreden verbalmente a un compañero por su aliño personal, él responde:

- "Estoy como quiero".

Se les pregunta como se sienten de que ésta sea la última sesión.

Transcurrido un breve silencio, el paciente anterior continúa, "¿Por qué no hablan? Me siento un poco aburrido, triste".

Los demás anotan:

- "Tristes".

- "Yo igual, hasta llega el momento que quiere decir -

uno lo que sea".

- "Cada quien que arregle sus problemas como mejor le convenga". "Yo aguanto hasta que el juez diga..'ya sales'".
- "La solución somos todos (sonrie). (Antes de que alguien salga)...hay que detectar que no esté mal... no son leyes, es medicina".
- "Yo no vengo por nada y aquí estoy".
- "...Me siento no sé como, triste porque se va".
- "...hay que hablar con (el licenciado) 'T'... y a ver si 'G' me da de alta (jefe de psiquiatría).

CAPITULO VI. ANALISIS

Una vez planteado lo que se consideró sobresaliente en el transcurso de las sesiones pasaremos al planteamiento analítico de las mismas.

1er Sesión.- Se manifiesta agresividad hacia el terapeuta y la institución, de quienes se demanda una respuesta a los problemas, esencialmente la falta de libertad. Además, sondan el nivel de tolerancia del primero y le presionan para que aclare su posición. Vuelcan fantasías arcaicas sobre el mismo.

Dan lo mínimo pero también lo más grosero.

2a. Sesión.- En ésta ocasión lo predominante son las quejas sobre las condiciones de la prisión, y denuncias del sistema represivo al que están sometidos. Con una actitud abierta; agresiva, dadas sus necesidades inmediatas, vitales. Manifestando su necesidad de recibir ayuda. No obstante se advierte temor a mayor represión conceptualizada como error.

Lo anterior da pie, entre otras cosas, a mostrar resistencia para permanecer en el área de estudio. Considerando que el terapeuta no satisfará sus demandas; percibiéndome como alguien ajeno, incumplido, en lugar de dar que les despoja de algo.

Se hacen evidentes sus necesidades insatisfechas: ser saciados, protegidos y atendidos. A su vez temen no ser cumplimentados.

Nuevamente solicitan defina mi postura: ¿Estoy con ellos o con la Institución? Desconfían.

3er. Sesión.- Las fantasías recaen en la persona del-

analista, intentan aclarar si éste les será de algún provecho. Para ello, recurren a la agresión verbal, resistencias, desconfianza; solicitan su dirección y la resolución de sus insatisfacciones.

Se hace manifiesto que las condiciones socio-económicas y culturales contribuyen a sus dificultades.

El uso de enervantes es la vía de escape ante la realidad.

4a. Sesión.- Insisten con sus denuncias y quejas contra la represión. Adoptan una actitud paranoide hacia el analista, quién les resulta amenazante. Así, buscan que defina su posición, alegando un derecho primigénio: Libertad. Ya no se simboliza si les ayudará a obtenerla, sino simplemente si les voy a servir en algo o, por el contrario, les perjudicaré como los demás.

Reiteran su inocencia como un recurso manipulatorio.

5a. Sesión.- A través de las quejas ubican sus derechos:

- a) derecho al trabajo y al pago del mismo.
- b) derecho a ser autosuficientes para satisfacer libremente sus necesidades.
- c) derecho a realizarse dentro de la sociedad.

Sin embargo carecen de objetividad para ubicar lo que esperan de las sesiones, y la forma en que estas contribuirá en la solución de sus dificultades. Así pues, se desvían, depositando en otro la resolución de las mismas.

Intentan rebelarse, pero finalmente se nulifican.

El terapeuta es el "invicto", el "no corrupto", sienten

por tanto la necesidad de establecer una alianza.

Ante lo que perciben como un rechazo, rememoran actitudes similares sufridas en su infancia u optan por deshacerse del terapeuta.

6a. Sesión.- Siendo la sesión anterior tan cruda, tan escindida, el momento del reencuentro arroja una esperanza, y se establece la intercomunicación -buscando- la aceptación y comprensión del analista, aunque aparece nuevamente el temor al rechazo y la represión, otra vez visualizada como reclusión.

7a. Sesión.- Debido a la falta de reencuentro con el analista, su depresión y agresión las canalizan hacia sus propios compañeros. En realidad lo que hacen es agredir su propia impotencia y desesperanza.

Nuevamente depositan en otros la solución ante la deseada libertad, con una actitud pasivo-agresiva, ilusoria.

Se entrevee que la relación con el analista podría resaltar peligrosa.

8a. Sesión.- Una vez más exigen del terapeuta una gúfa, una aclaración, una retribución.

Ante la imposibilidad de aprovechar las sesiones, el síntoma se hace crítico. Así pues, optan por intimidar al entrevistador, esperando su respuesta de manera pasiva, evadiendo la situación y exigiendo una definición del papel jugado por éste.

Hay una ruptura en el grupo.

9a. Sesión.- La hospitalización -sesiones pueden conducir a "la muerte"; de allí la necesidad de delimitar, una vez

más, los beneficios que reportará el estudio, pues la repre-
sión aumenta; no hay forma de combatirla, continuamente inten-
tan aclararse que tan significativo puede ser el analista para
ellos.

Se le recrimina a las autoridades la falta de control
de la sexualidad, ya que estas, en vez de aportar soluciones-
al problema, se dedican a reuniones "asociales".

Finalmente, transfieren las propias culpas: "todos so-
mos depravados".

10a. Sesión.- Identifican al terapeuta como parte -
del sistema represivo: "¿por qué no se comparten las cosas? -
así, no se resolverá nuestra situación?".

Se sienten desvalidos.

Ante la imagen de juez que perciben en el analista; -
más justo que misericordioso, y por tanto temible, le amenazan
e intentan controlar con sus preguntas, haciendolo así menos-
omnipotente, menos peligroso, lo que evita, en alguna medida,
el riesgo de que les "hunda más".

11a. Sesión.- Se hace un intento por obtener la aten-
ción y cuidados del terapeuta, quien no les brinda "la aten-
ción" suficiente y les utiliza. Hay desesperanza.

Me perciben en una situación "ventajosa" ante ellos:-
"lambiscona", "chismosa", "muda".

Esperaban todo, de parte de cualquiera, y nunca perci-
bieron respuesta.

Presentan crisis continuas; repetitivas.

Consideran necesario que se les aporte algo; que defi-
na mi posición, ya que de lo contrario se quedarán con "baches".

Una solución podría ser ayudarse mutuamente para sobreponerse y cubrir así sus necesidades básicas,

La homosexualidad es latente ante la heterosexualidad del analista.

12a. Sesión.- El "juego" reditúa más que el enfrentar sus dificultades,

La contrademanda provocaría además un enfrentamiento con la institución y por ende con el personal, a menos que se les otorgue la libertad.

Insisten en ver al analista como un juez que les califica y reponsabiliza de sus actos. Ante dicha responsabilidad optan por evadirse con alcohol.

Persiste el temor y las resistencias ante la posibilidad de castigo.

Se manifiesta desaliento.

13a. Sesión.- Ante lo que podrían vivenciar como lejanía de mi parte, intentan establecer una relación de tipo seductor. Con tal motivo sondan mi grado de interés hacia ellos, buscando además aprehender una posible explicación a mi supuesto distanciamiento.

Si el analista se marcha ellos también pueden hacerlo y en forma gratuita, pero esto es relativo: están en prisión; persisten las carencias.

Ante el temor de ser abandonados y compartidos, adoptan nuevamente una actitud seductora.

14a. Sesión.- Surge una rebelión ante lo que vivencian como un abandono de mi parte: el de sus propias madres. Permanecen desvalidos.

Hubo una madre que no amamantó, dando lugar a insatisfacción e insaciabilidad; una madre que no retroalimentó, que no cubrió sus necesidades básicas: calor, devolución de afecto y atención.

Hacen intentos para que el analista les retribuya, como podría suceder en otros ambientes.

Buscan la causa de la carencia; del porqué no fueron saciados, lo que viven como una injusticia.

Es tal su necesidad de retribución que atemorizan al terapeuta: "se comerían a la madre". O bien, le piden ese "documento" de la verdad, que por el momento no podrían comprender. Así pues, optan por una solución—respuesta de tipo mágico.

Se autodenigran: son "basura".

La falta de soluciones conduce a la agresión.

15a. Sesión.- Esta sesión hace expresar, en un inicio, la sensación de un "bienestar" aparente. Más bien acaso de vaguedad y descontrol por falta de tema a tratar lo que subyace son sentimientos depresivos por falta de soluciones, ante lo que prefieren evadirse con drogas, agredirse y agredir al terapeuta quien los "cotorrea".

La sociedad les conduce al delito. Hay temor al control de sus impulsos.

Persiste la depresión ante lo no logrado y la pérdida.

La idea del poder es reflejada en la figura masculina, el padre, cuya notoria falta de comunicación se hace expresa, externándose también la necesidad de que cubra sus requerimientos primarios.

16a. Sesión.- La ansiedad ante el transcurso del tiempo

po y la falta de soluciones se incrementa, esperan el apoyo de sus compañeros como sustituto a mi silencio - distancia.

Vislumbran que la relación finalizará con un "divorcio" ante el peligro de afecto, lo que genera "duelo", depresión, ansiedad y sentimientos de abandono.

Impera el sentimiento de pérdida ante lo que pudo haber sido una relación cercana, aclaratoria, no hay nada que festejar. Pierden todo: el año, las sesiones, el grupo, la esperanza misma.

Todo ello se conceptúa como insuperable dada su sensibilidad ante la pérdida y la crítica.

Hay intentos por controlar, vigilar y retener al analista, solicitan no ser abandonados. Mi partida les despojará de algo propio: la esperanza.

Persiste una necesidad de devolución, de solución y "alta", presionando ahora con temas tales como el tiempo, la muerte y la agresión hacia mis propios compañeros de trabajo, quienes les resultan, posiblemente, competitivos, o bien intentan atemorizarme describiendo los diversos tipos de delincuentes.

17a. Sesión.- Se eluda trabajar la separación recurriendo a mecanismos diversos tales como: agresión, fuga ideatoria, silencios, negación, deseos de abandonar el área de trabajo, etc. Las posibilidades para elaborar el duelo se reducen; los obstáculos (requisitos) para solucionar la situación están fuera de su alcance.

Persiste el temor hacia las influencias del exterior, para "comprenderlo" solicitan la ayuda de una figura representativa intentando, al mismo tiempo reestructurar el grupo a la manera de una familia.

No saben como retener al terapeuta: agreden, amenazan, solicitan o seducen.

Se les está "moviendo el piso", se marchan todos, se quedarán solos.

18a. Sesión.- El ambiente es de ansiedad y descontrol ante la pronta separación y situaciones futuras.

Ultimos reclamos. Intentos de chantaje al insistir en medidas desesperadas como única alternativa.

El descontrol es tal que se torna indispensable aclarar lo mágico; evadirse con psicofármacos, agredirse entre sí, buscando una respuesta del terapeuta a través de la amenaza y la violencia, contra los culpables directos de la pérdida de la libertad.

19a. Sesión.- Persiste la resistencia para elaborar la separación, en ésta ocasión sobresale un requerimiento de donación que, insinúan, será retribuida.

Asocian el juego perdido: ellos han perdido, el analista se lleva "el trofeo". Así, los afectos predominantes son depresión y resentimiento.

Ante lo vivido en sesión se experimentaron emociones incontrolables que no se compartieron, pues hubo una barrera entre ambos y falta de claridad, concluyen con actitudes amenazantes, intimidatorias.

Retoman la posición acostumbrada: ayudémonos mutuamente, afuera están peor que uno.

Ironizan la situación.

No ganamos.

20a. Sesión.- Negación de una "muerte" psíquica - terminación de las sesiones.

Es una muerte que reditúa a costa del occiso, quién

resucita en el nuevo recluso: "todo sacado de onda",

Nuevos reclusorios, nuevos encierros, más represión .

La relación del analista con el doctor "G" (Jefe de -
psiquiatría) resulta contradictoria; ahora dependen de su opi-
nión para obtener su alta o permanecer en reclusión.

La posición hacia el terapeuta es ambivalente, solici-
tan su permanencia al mismo tiempo que se le agrade.

Ante la separación hay ansiedad, depresión, negación y
pasividad-agresión.

Se esboza, como solución final, el establecimiento de
un "compromiso" para con el terapeuta: se buscará la salud, se
luchará por la libertad, todo ello es aparente.

De alguna manera, se hacen manifiestos la enfermedad y
el deseo de salud, pero sin hacerse conciente; todo se dá, pe-
ro contenido.

Intentando presentar la imagen manifiesta en el grupo,
se anota lo siguiente:

Desde el inicio es clara una actitud de rebeldía, de -
amenaza, de atemorización y también de esperanza. Sin embar -
go, están limitados debido a su falta de objetividad para valo -
rar la situación; a las dificultades de la institución y lo que
ello conlleva, a las características propias del síndrome, y -
al trasfondo social del mismo.

Así se reflejaron en muchos momentos depresión, agre -
sión, intimidación e imposibilidad de aprovechar las sesiones,
haciendo continuamente responsables al analista y a la situa -
ción en general.

Con frecuencia se evadían u optaban por una posición -
pasivo-agresiva.

Conforme avanzan las sesiones, se empiezan a hacer -

evidentes un sentimiento de desvalimiento y actitudes paranoicas. Insistiendo en controlar y amenazar a la figura del terapeuta, exigiendo una respuesta a sus conflictos.

Surge la desesperanza y con ello la necesidad de fortalecerse en sus compañeros, unión que se apoya en chantaje, presión, agresión, atemorización. Se unen en lo negativo.

El temor a mayor represión-encierro se entreevee en la mayoría de las sesiones.

Ya desde una tercer sesión se hace evidente la influencia que han ejercido las condiciones socioeconómicas y culturales en el presente grupo de estudio.

Ante el desaliento, la rebelión y la seducción se conciben como las vías de solución a sus insatisfacciones; a la causa de su infortunio; a la "injusticia" que les priva de su libertad.

Al no entreverse solución, aparecen la agresión, la autodenigración, y con ellas surge un responsable: la sociedad conductora del delito.

Cuando la separación se intuye cercana, emerge un sentimiento de abandono y la necesidad de retribución se hace mayor, arrojando un significativo monto de ansiedad, descontrol y negación. Son los últimos reclamos, cargados de agresión, amenaza, seducción y aislamiento.

Eluden trabajar la separación, no elaboran, hay depresión, resentimiento, pasividad, negación, agresividad y se establece un compromiso aparente en búsqueda de la futura salud.

El terapeuta fue vivenciando por el grupo de diversas maneras durante el transcurso del presente estudio, destacando lo siguiente:

Era una esperanza, por ello, y de manera peculiar, se le asignó el papel de depositario. Sondearon interminablemente su nivel de tolerancia empleando medios tales como: agresiones, demandas, intimidaciones, atemorizaciones, desconfianza y exigencias.

Una y otra vez intentaron aclarar lo significativo que podría resultar para ellos; lo ventajoso; benéfico. Emplearon para ello, además de lo ya citado, la seducción, la recriminación, el ausentismo, los silencios. Solicitaban ser atendidos, protegidos, aceptados y comprendidos, en ocasiones se aliaban a él, intentaban intercomunicarse, ser retribuidos y obtener algún provecho. Pedían su permanencia al mismo tiempo que se le rechazaba.

En otros momentos fue identificado con el sistema carcelario: él era el juez, el represor, el ventajoso, aquel que les utiliza y obtiene algo a su costa.

Fue un depositario de todo lo negativo, del infortunio, de sus culpas y responsabilidades.

El papel del terapeuta estuvo limitado fundamentalmente por transferencias tales como desconfianza básica, actitudes de demanda, agresiones, evasión y superficialidad que predominaron en la mayoría, por no decir todas las sesiones.

Los intentos del analista para obtener información sobre el problema su aclaración y comprensión, obtuvieron respuestas vagas, evasivas, malhumoradas, o breves; en ocasiones se me remitió a otras fuentes de información o llanamente se negó ésta.

La indiferencias, cinismo y frialdad de los sujetos - ante su propio comportamiento llegaron a generar ansiedad y descontrol de mi parte en diversos momentos, actitudes a las que se aunó el sentimiento de insatisfacción, que cristalizaron incluso en olvido y desinterés en alguna ocasión. Las mentiras, la situación de cada sujeto, que al parecer permanecía sin respuesta por parte de la institución, y los avances aparentes me impresionaban, impidiéndome en ocasiones el percatarme de que la mayoría de tales posiciones eran utilizados como recursos manipulatorios.

En ningún momento se externó con amplitud, y espontaneidad información relativa a los problemas más personales. La confrontación era invalidada con una aceptación aparente - para buscar inmediatamente una ventaja o provecho ante la situación. En otros momentos, como mencionábamos, los pacientes respondían con evasivas, irritación y negación.

Los pocos señalamientos que se ofrecieron no generaron una respuesta adecuada; los sujetos en estudio los aceptaban, o aparentaban hacerlo, sólo en caso de verse presionados. Se evadían, aislaban o buscaban complacer al analista;-

en otras ocasiones daban la impresión de un posible insight que no fue suficientemente trabajado por la renuencia de los sujetos.

Los intentos del terapeuta para obtener la confianza del grupo se vieron limitados, tanto por las dificultades inherentes al propio analista, enfrentado a una situación nove_dosa, como a la peculiar percepción que del terapeuta registró el grupo de estudio.

CAPITULO VII. CONSIDERACIONES FINALES

a) notas sobre el material expuesto

Las historias clínicas del grupo en estudio del presente trabajo reflejan, en seis de los siete casos, problemas familiares debido fundamentalmente a alcoholismo, abandono de hogar de uno de los progenitores (un caso debido a defunción), promiscuidad y bajo nivel socioeconómico. Sólo se presentó una excepción a la que correspondió una conducta sobreprotectora de parte de los padres y un nivel socioeconómico identificado como de clase media.

Cinco de los siete casos no completaron la escuela primaria, un sexto cursó hasta el 2o. grado de enseñanza secundaria y uno más terminó el 2o. grado de preparatoria. Todos ellos con resultados pobres y reportes de ausentismo, agresión y conducta destructiva.

Las experiencias infantiles del grupo se caracterizaron por vagabundeo, abandono de hogar, mendicidad, robo, desobediencia y agresividad, a las que más adelante se agregaron promiscuidad sexual, abuso de fármacos, subempleo y conductas delictuosas.

Considerando al medio familiar como el encargado de transmitir al niño afecto, cuidados, educación, valores y costumbres sociales, se antoja difícil pensar que una familia cuyos conflictos paternos estén irresueltos pueda ofrecer a los hijos un medio lo suficientemente armónico que brinde las bases necesarias mínimas para el desarrollo de una personalidad libre de conflicto.

El rechazo de los padres señala Arieti (1965:577), concuerda, en una frecuencia significativa, con los actos de agresión, rebeldía, hostilidad, ausentismo escolar, mentira y robo.

Si bien lo anterior se refleja en las características de nuestro grupo de estudio, también es cierto que la deficiente información con que se cuenta respecto a los antecedentes heredo-familiares, patológicos personales y no patológicos, impide aquilatar la entera influencia del ambiente familiar en la problemática de nuestros sujetos.

Como se mencionaba, el grupo en estudio tiene antecedentes de abandono de hogar por fugas, reunión con compañeros "antisociales" y vagabundeo desde temprana edad, que aumentaron en el periodo de la adolescencia; además todos ellos eran subempleados, lo que nos hace recapacitar en la posible influencia que ejerció el medio circundante sobre sujetos con bases personales limitadas por la ausencia de una figura representativa adecuada. Resulta por otra parte importante agregar que la respuesta de la sociedad ante la conducta inadecuada, la enfermedad mental, y el antecedente de reclusión aumentan tanto la sensación de estigmatización en el sujeto como en la percepción que de él se tiene, incidiendo por tanto significativamente en la ayuda que bajo otras circunstancias podría ofrecerse a individuos similares, en busca de soluciones para su reincorporación a la sociedad y la prevención del trastorno en esta área.

Así el sujeto se ve en la necesidad de identificarse con una subcultura de la delincuencia, en parte orillado por la condena moral consistente en el rechazo o desaprobación de parte de la sociedad.

El análisis de las sesiones nos permitió observar además de lo citado las siguientes manifestaciones en el grupo de trabajo. conducta impulsiva: agresiones verbales, amenazas,

intimidaciones y demandas como un recurso para obtener la libertad.

En el área de afectos se anota empleo de la negación; - ante la falta de logros inmediatos surgió depresión e incremento de posturas agresivas manifestadas con ausentismo, silencios, seducción y atemorización hacia el terapeuta. Delegando - responsabilidad, sentimientos de culpa en éste, la institución- y la sociedad.

La relación con el terapeuta generalmente se caracterizó por un matiz de frialdad y distanciamiento, siempre buscando su propio beneficio, mismo que vivían como un derecho. Buscaban así mismo en forma continua la aprobación del analista. Intentaron ejercer mayor control sobre él conforme el tiempo - transcurría y ante la no satisfacción de sus requerimientos, lo que generó desesperanza, desaliento, y promovió una renovación, de sus manifestaciones seductoras y amenazantes. Al finalizar las sesiones surgen además descontrol personal y se observa una tendencia a negar la culminación de las mismas.

Aunque hubo momentos en que buscaron apoyo entre sí, Generalmente se registró una "unión" inadecuada, agresiva, sarcástica, condonable. Las manifestaciones identificatorias tales como el compartir experiencias y ayudar a otros, fueron las menos.

Los señalamientos de Robins y O'Neill (citados en Freedman, 1972:953), respecto a síntomas identificables en adultos - con personalidad antisocial nos permite constatar un alto porcentaje de los mismo en nuestra muestra de estudio. Así vemos que los siete casos presentaron problemas en área laboral; los tres sujetos casados manifestaron dificultades con su pareja; -

seis dependían económicamente en forma periódica y/o permanente; cinco tienen antecedentes de arrestos previos y abuso de alcohol además todos ellos presentaron dificultades en área escolar, vida sexual, impulsividad y ausencia de culpa; quejas somáticas - cuatro de ellos; abuso de drogas en seis y adolescencia turbulenta (wild adolescence) en cinco de los que se tiene antecedentes.

Todo lo anterior nos permite corroborar el diagnóstico - de personalidad psicopática, basándonos para ello en la definición que ofrece la Asociación Psiquiátrica Americana, las características del cuadro planteadas por Mac Kinnon, los rasgos significativos para hacer el diagnóstico que señala Freedman y los cuadros de Robins.

Los análisis sociológicos plantean que la evolución de - las enfermedades mentales hacia la cronicidad es favorecida por las instituciones tradicionales. El enfermo "asilar" descrito por Goffman, es colocado en una situación en la que la psicopatología propia es reforzada por el juego de conductas inducidas - por la institución: segregación, dependencia, destrucción de - la iniciativa y de los valores personales. La cronificación - puede que no emerja simplemente de un proceso morbido sino que - también sea el resultado de los patrones de vida impuestos a los enfermos (citado en Ey, 197 :957).

No obstante carecer de los antecedentes de un primer ingreso institucional de nuestro grupo de trabajo, lo planteado por Goffman no es deshechado, menos aún si consideramos que cuatro - de nuestros sujetos tienen un promedio de trece años de reclusión permanente (pena legalmente cubierta en dos casos), dos más con reingresos continuos e incluso sus primeros internamientos - acaecidos en la adolescencia temprana, uno más con ocho ingresos

hospitalarios, actualmente con veinte meses de reclusión y sentenciado a diez y nueve años de prisión.

Cabe anotar que la posibilidad que tenían los sujetos en estudio de compartir actividades en áreas tales como juego, cultivo de hortalizas y en algunos casos incluso pabellón, - constituyó una variable de interés en el marco del grupo*. Obviamente tales contactos previos influyeron tanto en la posibilidad del análisis conjunto de problemas institucionales compartidos, permitiendo una mayor comunicación, como en la pre-sencia de actitudes de "desenmascaramiento" realizadas de parte de unos hacia otros; actitudes que fueron posibles gracias al conocimiento previo de los compañeros agrupados.

Sobre las características peculiares del grupo en estudio podemos anotar lo siguiente:

-muestra:

Tomando en cuenta las limitaciones relativas a personal terapéutico y tiempo de desarrollo que caracterizaron a la investigación, así como el peculiar tipo de sujetos en estudio, - consideramos que la muestra elegida, en lo que se refiere a número, fue adecuada. Es de suponer que un número mayor de sujetos hubiese resultado no sólo en una creciente dispersión - respecto a los temas tratados sino incluso en una mayor dificultad de control de parte del analista, actitud que se hizo - notoria en las sesiones en que la participación del grupo, como tal, fue mayor.

Por otra parte, un número más restringido quizá hubiese dado pie a actitudes monopolizadoras e incidiese en una dis-*aunque conviene recordar que un grupo terapéutico difiere en mucho de un grupo de reunión social.

minución de estímulos grupales, ya que en este caso, y en alguna medida, pudieran conceptualizarse como pobres. Aunque, como señalabamos, tal situación fue quizá modificada por el previo conocimiento de los sujetos entre sí.

No obstante, la pobreza documental en tal tipo de estudios en nuestro medio impide por ahora el fijar límites precisos a lo que se pudiese considerar un número óptimo de participantes.

La homogeneidad que presentaba el grupo en cuanto a la problemática vivida jugó dos papeles diversos. Por un lado permitió al analista visualizar los principales problemas del grupo, que en gran medida se compartían, y dar señalamientos válidos para el grupo como entidad única; por otro, permitió a los sujetos el actuar como un bloque homogéneo, unido en lo negativo y disculpador de las faltas de sus miembros, disolviendo en alguna medida las posibilidades de análisis mutuo. Sin lugar a dudas esta situación se vió acrecentada y desaprovechada por la inexperiencia del terapeuta.

Por lo que respecta al sexo de los pacientes, ninguna elección fue posible; todos los diagnosticados como psicópatas, en el plantel pertenecían al sexo masculino, lo que está acorde al reporte de Sarason (1975:434). Lo que si resulta de interés señalar es la peculiar situación que motivó el que el analista fuese de sexo femenino; situación que ha tratado de ser expuesta en el apartado correspondiente al análisis de los resultados (capítulo VI).

Si bien es cierto que las edades que ostentaban los sujetos en estudio nose ajustaron a ninguno de los criterios

mencionados por diversos autores, ello obedece principalmente - a las restricciones impuestas por el peculiar universo, donde el obtener una muestra homogénea en cuanto a edad se hizo prácticamente imposible. Por otra parte, no parece existir un consenso general en cuanto a tal criterio. Así, Foulkes (1965) - menciona como edades de selección las situadas entre los 18-25, 25 a 35 y de 35 a 55 años, mientras que Bión (1973) considera - que las edades de los miembros serán entre los 26 a 50 años.

Debe destacarse, sin embargo, que se registró en nuestro caso una mayor participación de los sujetos más jóvenes, - aunque un paciente de treinta y ocho años de edad presentó una participación que pudiera catalogarse como adecuada, mientras que otro de veintisiete se caracterizó por intervenciones aisladas y pobres. A nuestro parecer reducir el problema a una - cuestión de edad es minimizarlo; el carácter de cada individuo juega un papel sumamente importante en lo que respecta a las características de la participación en actividades grupales.

- Desarrollo y estructuración de las sesiones:

La realización de dos sesiones semanales y su duración (60' cada una) resultaron a nuestro parecer adecuadas dado el - tamaño de la muestra, el reducido personal terapéutico y la experiencia del mismo, que por ser limitada hubiese quizá resultado en un inadecuado manejo de sesiones de mayor duración. Por otra parte, el conocimiento anterior de los historiales clínicos, aunque elaborados de manera incompleta, permitió un mejor manejo de los sujetos y permitió obtener una previa visión grupal, que fue en alguna medida obviada durante el desarrollo de-

las sesiones.

Aunque el conocimiento anterior de las historias clínicas particulares permitió al analista captar actitudes tendientes a engañarle o manipular la situación, debe señalarse que por otro lado limitó en cierta medida los intentos de profundizar en busca de nuevo material o reconfirmar el ya poseído. Es to sin embargo, puede ser considerado como una falla del terapeuta más que como una deficiencia del método empleado.

Si bien la estructuración del grupo tendió a hacerse en forma "cerrada", restringiendo la admisión de nuevos sujetos e impidiendo el abandono a voluntad de las sesiones, hubo un caso de ausencias frecuentes. Aunque desafortunadamente el sujeto implicado no percibió beneficios con ellas, la situación proporcionó material de análisis para el resto del grupo.

El análisis del estudio de casos no arroja, por lo menos en las primeras veinte sesiones, cambios tangibles en salud. Ello puede deberse al terreno terapéutico mismo; a la peculiaridad de los sujetos de transferir y depositar en otros en este caso el terapeuta, la institución y la sociedad su propia ansiedad, agresión, culpas y demandas; a su imposibilidad para resolver y encarar sus conflictos; al trasfondo social del trastorno, y al manejo institucional al que hasta la fecha se habían visto sometidos.

La labor terapéutica se vió limitada además de lo ya citado por la brevedad del tiempo; las dificultades del grupo para responder a la aclaración y confrontación; las características propias del síndrome y la falta de experiencia, habilidad y

Control en el manejo de las resistencias del grupo de parte del terapeuta, en especial el acting-out, presuponiendo con esto - que la "vivencia en espejo" fue limitada, no como tal, sino en cuanto a su aprovechamiento.

Cabe señalar que la supervisión en un inicio fue prácticamente nula, por motivos externos al analista. A partir de la onceava sesión ayudó en lo referente a la recolección y dilucidación de las influencias desorganizadoras.

No obstante lo anterior, el análisis longitudinal permite apreciar algunos cambios. Siendo el más importante tal vez considerar el que los sujetos son agrupables, pues se manifestó un sentimiento de cohesión si bien es cierto que en la mayoría de las ocasiones fue de tipo indeseable -hostil- condonando sus propias pautas de conducta.

Se registraron también actitudes de heterocrítica, - que generalmente fueron asociaciones reactivas para con otros miembros y la situación en sí; es decir, la interacción grupal aportó un material rico en dinámica de la personalidad de los sujetos. Además, en el transcurso de las sesiones las defensas se acrecentaron no sólo ante las intervenciones del analista sino incluso ante las de los demás integrantes, cuando iban dirigidas hacia un miembro en singular o la situación en general, sobre todo en el momento en que se les señalaba un comportamiento y actitud en particular o se les interpretaba y confrontaba. Lo anterior se manifestó por silencios, negativas a hablar, ausencias y explosiones verbales agresivas.

La presencia de tales actitudes ante situaciones amenazantes nos hace patente la posibilidad de insight en el mar-

co del grupo.

- Señalamientos para estudios futuros

Si recordamos que la primera de las hipótesis formuladas planteaba que al ser la psicoterapia un método correctivo su aplicación debía modificar, en alguna medida, los trastornos derivados de entidades psicopáticas; que la segunda hacía referencia a la dificultad del psicópata para lograr insight y la posible modificación de tal característica por medio de la "vivencia en espejo" otorgada durante la psicoterapia grupal, que redundaría en un incremento de las posibilidades de obtener el cambio conductual, podremos situar más claramente el desarrollo y logros del presente estudio.

En realidad ambas hipótesis resultaron válidas en lo que a la primera parte de sus planteamientos se refiere: la posibilidad de los sujetos en estudio de obtener insight, aun cuando se registrara en situaciones altamente amenazantes o de presión, se hizo patente. Indudable es el papel jugado en ello por la vivencia en espejo como ha tratado de señalarse a lo largo del trabajo.

Aunque consideramos, por otra parte, que tal logró de ser eficazmente utilizado por el analista incrementaría con seguridad las posibilidades de obtener el cambio conductual, esto no pudo comprobarse totalmente durante el presente estudio; principalmente a causa del corto tiempo de duración del mismo.

Así pues, tomando en cuenta las limitaciones continuamente señaladas y los pequeños logros obtenidos, no se deshechan por entero las hipótesis inicialmente planteadas, ni el método empleado. Por el contrario consideramos que el mate -

rial que se presentó es viable de ser trabajado en la propia -
situación grupal en una segunda fase del tratamiento; mismo -
que habrá de tomar en cuenta varios factores tales como la in -
fluencia estructural o desestructurante del medio familiar so -
bre el niño y el enfermo; los aspectos heredofamiliares. El -
brindar información del problema y establecer coordinación con -
el grupo familiar.

En lo que respecta al papel del médico, psiquiatra, -
psicólogo y trabajador social.

Se considera que la terapia de grupo puede reeducar al
paciente en la interacción social, es sugerible se trabajen más
las resistencias en busca de insight, empleando las bases teóri -
cas planteadas en forma gradual, a manera de ejercicios prepara -
torio que permitan una disposición para las subsecuentes, pues -
de otra manera sólo se movilizarían las defensas dando pie a un
retraso en el progreso terapéutico.

El manejo del problema no debe quedar, sin embargo, li -
mitado a la esfera del analista; tratándose de una situación -
que trasciende el campo individual y presenta imbricaciones im -
portantes en la sociedad como unidad grupal, la actuación con -
junta de otros científicos sociales se hace indispensable. Así,
consideramos que sólo un estudio holístico y multidisciplinario -
por parte de médicos, psicólogos, antropólogos, legisladores y -
sociólogos aportaría logros realmente significativos.

Papel primordial ha de jugar, en tales investigaciones,
el estudio de la percepción que del psicópata tiene el grupo so -
cial con objeto de modificar, en la medida de lo posible, las -
características de estigma que se asocian al padecimiento, ac -

titud negativa que dificulta no solo la prevención del trastoro no sino, en forma primordial, la readaptación del individuo que a causa de éste ha sufrido reclusión, ya que tal estigma disminuye en gran medida las posibilidades de reincorporación a la unidad social de referencia del individuo al incidir, por ejemplo en el de fuentes de trabajo posteriores al confinamiento, o el rechazo familiar, que le obligan a visualizar nuevamente a grupos o subculturas marginadas como categorías únicas de adscripción.

En el mismo sentido, la ambigüedad de la situación legal de los pacientes, motivada por la falta de estudios específicos y completos provoca actitudes de frustración y desamparo que pueden perpetuar actitudes agresivas contra el grupo social, y buen ejemplo de tal situación lo constituyen las sentencias no proporcionales al delito cometido y la extensión injustificada de las penas legales, factores ambos que patentizan la injusticia social hacia tales enfermos.

Visualizar al psicópata únicamente como un enfermo mental, haciendo a un lado las instancias sociales que se encuentran en el origen mismo de su trastorno, e ignorando las condiciones sociales y legales que en muchas ocasiones lo perpetúan impidiendo su eficaz tratamiento, es una actitud mínimamente reduccionista. Como anota Mario Timio: "un diagnóstico del hombre enfermo que prescindiera de los aspectos sociales y culturales, es un diagnóstico trunco".

BIBLIOGRAFIA

- Arieti, Silvano
1965 American handbook of psychiatry, Edit. Basic books, New York.
- Bellak, Small.
1975 Psicoterapia breve y de emergencia, Edit. Pax, México.
- Biesanz, Mavis.
1971 Introducción a la Sociología, Edit. Letras S.A., México.
- Bión, Williams
1966. Experiencias en grupo, Edit. Paidos, Buenos Aires.
- Carranca y Trujillo, Raúl
1966 Código Penal Anotado, Edit. Robredo, México.
- Ey, Henry
1975 Tratado de Psiquiatría, Ed. Toray-Masson, Barcelona.
- Freedman, Kaplan
1972 Comprehensive textbook of psychiatry, Ed. The Williams and Wilkins, Baltimore.
- Grimberg, León
1975 Psicoanálisis en grupo. Ed. Paidos, Buenos Aires.
- Gross Mayer y E. Slater
1974 Psiquiatría clínica, Ed. Paidos, Buenos Aires.
- Herrera, Luque
1972 Las personalidades psicopáticas, Ed. Científico Médica, Buenos Aires.
- Kadis, Krasner
1974 Manual de psicoterapia de grupo, FCE, México.
- Kenneth, Benne
1975 Psicodinámica del grupo T. Ed. Paidos, Buenos Aires.
- Mac Kinnon, Michels
1973 Psiquiatría clínica aplicada, Ed. Interamericana, México
- Mc Cord, William
1966 El psicópata. Un ensayo sobre la mente criminal, Ed. Horme, Buenos Aires.

- Noyes, Kolb
1969 Psiquiatría clínica moderna, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México D.F.
- Pichón Riviere
1975 El proceso grupal, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Porte petit, Celestino
1951 La reforma penal mexicana, Ed. Ruta, México.
- Sarason, Irwin
1975 Psicología anormal, Ed. Trillas, México.
- Schneider, Kurt
1966 Las personalidades psicopáticas, Ed. Horme, Buenos Aires.
- Stern, Erik
1965 La psicoterapia en la actualidad, Ed. Eudeba, Buenos Aires.
- Sykes, Gresham
1961 El crimen y la sociedad, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- West, Donald
1970 La delincuencia juvenil, Ed. Labor, México.