



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**“TALLER PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD ORIGINADA
POR LA REINSERCIÓN SOCIAL EN RECLUSOS DEL C. P. R.
S. NEZA BORDO”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
PATRICIA LAURA ACEVEDO SALAZAR
MONSERRAT YBARRA**

JURADO DE EXAMEN:

TUTOR: MTRO. PEREZ ORTEGA EDGAR.

COMITÉ:

LIC. MEZA TREJO RICARDO.

LIC. DOMINGUEZ ABOYTE MARIA FELICITAS.

LIC. LUNA GARCIA ALEJANDRA.

LIC. MARIO MANUEL AYALA GOMEZ.



MEX. D.F.

MARZO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

Agradezco a mi madre por darme la oportunidad de existir por su infinito amor comprensión y porque nunca perdió la confianza en mí para terminar este proyecto , a mi padre por su apoyo y paciencia demostrándome que a todo sacrificio siempre habrá una recompensa, a mis hermanas por su inmensa fortaleza para enfrentar la vida, a mi hermano por sus consejos e infundirme la entrega a lo que realice, a mi cuñada por los momentos en los cuales necesite que alguien me escuchara y por ultimo pero no menos importantes a mis sobrinos y sobrinas que siempre tienen un gesto de amor una sonrisa o un abrazo para aliviar un pesado día y recordarme la grandeza de Dios, el cual, me ha dado el tesoro más preciado, ustedes mi familia, mil gracias, los amo...

Te agradezco también a ti maestro Edgar que sin tu insistencia, paciencia y apoyo esto no se hubiese cristalizado, dejándome un legado incalculable, el aprendizaje, así como, no desistir de mis metas.

A todos mis amigos pasados y presentes por ayudarme a crecer y madurar como persona por estar conmigo apoyándome en todas las circunstancias posibles también son parte de esta alegría.

Patricia L. Acevedo. S.

Agradecimientos:

En testimonio de gratitud ilimitada para su apoyo, aliento y estímulo mismos que posibilitaron la conquista de esta meta: Mi formación profesional con admiración y respeto, a todos los que contribuyeron con entusiasmo particularmente a mi familia, significativo distanciamiento físico pero aportaron la motivación para conseguir este resultado, a los profesores que nutrieron con su sabiduría y paciencia nuestro aprendizaje, especialmente a Edgar, a Paty, que fue una excelente compañera y amiga en este proceso, sin su conocimiento y perseverancia no habría sido posible y para quienes creyeron en el proyecto, un especial agradecimiento a quienes con su ausencia impulsaron la conclusión del trabajo, Al sistema penitenciario que me brindo la oportunidad laboral que signifíco amplio aprendizaje y a todos aquellos que facilitaron la implementación del taller. A los preliberados que abrieron un espacio para la aplicación del taller y demostraron que vale la pena orientar los esfuerzos al medio carcelario para lograr cambios en su estilo de vida .

Moserrat Ybarra. C.

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO.	
CAPITULO I. EL SISTEMA PENITENCIARIO DE MÉXICO	
1.1 Antecedentes del Sistema Penal.	7
1.2 Sistema Penal de México.	8
1.3 Legislación.	11
1.3.1 Las funciones del Psicólogo.	14
1.3.2 Diagnostico y tratamiento.	15
CAPITULO II. CONDUCTA ANTISOCIAL	
2.1 Fundamentación Sociológica.	26
2.2 Conducta criminal.	28
2.3 Personalidad.	38
2.4 Teorías de la personalidad.	41
CAPITULO III. ANSIEDAD	
3.1 La ansiedad como problema de salud pública.	45
3.2 Diferencia de ansiedad con miedo, fobia, angustia y estrés.	45
3.3 Definición de ansiedad.	51
3.3.1 Trastorno de ansiedad.	52
3.4 Sintomatología de ansiedad.	53
3.5 Investigaciones sobre el fenómeno de ansiedad en el medio penitenciario.	55
CAPITULO IV. PSICOLOGIA COGNITIVO – CONDUCTUAL	
4.1 Teoría del Aprendizaje Social.	59
4.2 Antecedentes de la Terapia conductual.	63
4.3 Características principales de la modificación de la conducta.	65
4.4 Antecedentes de la Terapia Cognitiva.	66
4.4.1 El modelo Cognitivo.	67
4.5 Técnicas cognitivo – conductuales.	72
4.6 Diferencia entre taller y terapia de grupo.	73
4.7 Habilidades Sociales.	76
4.7.1 Entrenamiento Asertivo.	77
4.7.2 Relajación.	80
4.7.3 Respiración diafragmática.	81
4.7.4 Entrenamiento de Relajación Progresiva.	82

CAPITULO V. METODOLOGIA.

Planteamiento del problema.	84
Objetivos.	
Objetivo general.	
Objetivo particular.	
Hipótesis.	84
Hipótesis conceptual.	
Hipótesis de trabajo.	
Variables.	84
Variable independiente.	
Definición conceptual.	
Definición operacional.	
Variable dependiente.	85
Definición conceptual.	
Definición operacional.	
Población.	85
Muestra.	85
Muestreo.	85
Diseño de investigación.	85
Instrumento.	86
Material.	86
Procedimiento.	86
Presentación de resultados.	88
Análisis y Conclusiones.	93
Bibliográficas.	98
Anexos.	

RESUMEN

El propósito de este trabajo es la reducción de ansiedad en presos pre liberados del Centro Penitenciario de Readaptación Social Neza – Bordo por medio de un taller con enfoque cognitivo-conductual, el cual, promoverá el aprendizaje (o reaprendizaje) en la adquisición de habilidades sociales por medio de técnicas como son la asertividad, la respiración diafragmática y la respiración progresiva, conociendo la personalidad del delincuente, así como, los factores que pueden determinar una conducta antisocial. El fin de la investigación sería el decremento de conductas antisociales. Para validar el taller, se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (I-DARE), teniendo como variable dependiente a las habilidades sociales y como variable independiente la ansiedad. Se utilizó un diseño pre-experimental, de correlación ya que a una misma muestra se la aplican dos pruebas en diferentes ocasiones (Pre-post), con una prueba no paramétrica de Wilcoxon, la cual, arrojó que si existe una diferencia significativa de $p < a .05$, esto es, que después de la aplicación del taller existe un decremento de la ansiedad proporcionando a los sujetos conductas prosociales que servirán para cuando los sujetos se incorporen a su medio social.

Palabras clave: Cognitivo-conductual, Ansiedad, Habilidades Sociales, Conducta antisocial, Personalidad.

INTRODUCCION

Se toma como objeto de estudio de la presente investigación a los altos índices de ansiedad que se genera en el interno derivado del medio carcelario, particularmente de aquellos que tienen orden de pre liberación, al respecto Silva (2003), señala que la forma en que el interno percibe, experimenta y evalúa para adoptar un modelo de integración, no está cubierto por el trabajo interdisciplinario por lo tanto el pronóstico resulta desalentador.

Existen deficiencias dentro de la estructura del sistema penitenciario, afectado por la burocratización, corrupción y un limitado respeto al recluso, también esta la falta de alternativas, para aprovechar el tiempo dentro de la institución, Cooke, Balwin y Howinson (1990), mencionan que el delincuente minusvalora sus posibilidades, teniendo un auto concepto negativo, un locus de control externo y alta impulsividad y como reacción presenta enojo, frustración, irritación, agitación, sentimientos de desesperanza y depresión, y con ello afecta su capacidad para la resolución de problemas, en consecuencia los cambios psicológicos son un empobrecimiento de los repertorios conductuales necesarios para el desenvolvimiento en libertad y aumento de ansiedad. (Silva, 2003a)

De acuerdo al DSM IV (1995), un trastorno ansioso es un estado de confusión cognitiva que corresponde con un nivel de bajo control comportamental, que considera básicamente una proliferación sintomática de mayor o menor grado generada a partir de interpretaciones completamente desajustadas de estímulos reales, provenientes de los planos del pensamiento lógico y emocional, de la fisiología del propio entorno del individuo. Una pérdida de control emocional cognitivo y conductual, de gradación diversa, proveniente o acompañada de juicios o razonamientos que manifiestan la existencia de un mundo mal interpretado y negativo. Entonces este trastorno puede o no tener una base causal o un hecho desencadenante mucho, poco o nada conocido.

En confinamiento existen limitadas alternativas para modular la ansiedad que produce el mismo medio en el sujeto, no comprende en qué consiste, no cuenta con defensas a ello, hay acciones disruptivas al no encontrar otro escape para su tensión. (Kaplan y Sadock, 1998).

Por ello un elemento es el aprendizaje cognitivo conductual que favorece una concepción de la interacción basada en la reciprocidad triádica; la conducta, los factores cognitivos al igual que otros personales y las influencias ambientales operan todos como determinantes unidos que se afectan entre sí bidireccionalmente. La forma en que la conducta se ve influida por sus efectos, dependen también de los juicios que se forman las personas sobre las reglas que gobiernan los resultados, de esta manera, el significado que atribuyen a los resultados y las creencias sobre cómo sus acciones, cambiarán probablemente los resultados futuros a lo largo del tiempo, esto basado de algunas técnicas como son la relajación progresiva, la respiración diafragmática y la asertividad que permiten generar habilidades sociales donde una de las condiciones importantes del trabajo psicológico es la posibilidad de alcanzar niveles mínimos de ansiedad indispensables para que la experiencia penitenciaria adquiera matices positivos o favorables a la reinserción del interno.

Ya que como Silva (2003) señala, si no se da prioridad a modelos de conductas prosociales alternativas, las delictivas solo se suprimirán temporalmente y resurgirán o serán parte de un estilo de vida donde la agresividad es el único mecanismo de enfrentar el medio.

Ante esto, se propone la creación de un taller para el manejo de ansiedad por medio de técnicas cognitivo conductuales que permitirán al sujeto contar con habilidades sociales y en relajación. De esta forma, se busca que en este periodo la ansiedad no origine la reaparición de las conductas antisociales y al mismo tiempo dotar al preso de herramientas que faciliten su reinserción social.

Al inicio el encarcelamiento buscaba castigar al sujeto y no existía trato humanitario.

Actualmente, la pretensión del medio penitenciario es buscar dotar al sujeto por medio de la educación, el trabajo y la capacitación de lo necesario para evitar la reincidencia. Por lo que, el primer capítulo describe las características principales de este sistema, las funciones del psicólogo así como los beneficios preliberacionales de los reclusos en base a legislación y su evolución dentro del tratamiento.

El segundo capítulo describe la fundamentación sociológica del estudio de la criminalidad en su estructura social, sus factores, así como su relación psicológica con otras ciencias. Comprendido a la conducta criminal como un producto de influencias personales y situacionales. Para entender estas conductas se retoma el estudio de las teorías de personalidad.

En el tercer capítulo se realiza una descripción amplia sobre las manifestaciones de la ansiedad, la sintomatología, y el progreso en la definición del concepto. Además, se incluyen investigaciones llevadas a cabo con sujetos privados de su libertad.

Dentro del cuarto capítulo se enfatiza en la teoría del aprendizaje social la cual describe un modelo de naturaleza humana y de causalidad buscando explicar la conducta humana, se presentan los antecedentes de la terapia cognitivo conductual de manera cronológica, los exponentes principales y las características de las técnicas de tratamiento e intervenciones, para disminuir las conductas y emociones disfuncionales, modificando el comportamiento y el pensamiento. Siendo un modelo de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico. De igual manera se describe la utilidad del taller.

CAPITULO I. EL SISTEMA PENITENCIARIO DE MEXICO

1.1. Antecedentes del sistema penal.

El sistema penal se basa en las cárceles que de acuerdo con Del Pont (1991), su función era aislar a los delincuentes de la sociedad y posteriormente se inicia el cambio a las reformas carcelarias, surgiendo principalmente contra el hacinamiento, promiscuidad, falta de higiene, alimentación, educación, trabajo y rehabilitación de los internos siendo en Norte América donde inicia los primeros cambios al sistema penal, pero Europa los perfecciona.

Algunos de los Sistemas Penitenciarios conocidos fueron:

Celular, pensilvanico o filadelfico. Como su nombre lo indica surge en Filadelfia Estados Unidos de Norte América, y se debe a William Penn, construido entre 1790 y 1792. En este se implanto el aislamiento permanente en la celda donde obligaban a leer la Sagrada Escritura y libros religiosos. De esta forma entendían que había una reconciliación con Dios y la Sociedad.

El Sistema Auburniano. Se impuso en Auburn Estado de Nueva York, en 1820. Es llamado régimen del silencio donde el mutismo y el aislamiento, así como, la rígida disciplina fueron sus principales características; las infracciones a los reglamentos eran sancionadas con castigos corporales. La enseñanza era elemental y consistía en aprender escritura, lectura, nociones de aritmética, privándolos de conocer oficios nuevos.

Sistema de reformatorio. Surgió en Estados Unidos de Norte América para jóvenes delincuentes. Su creador fue Zebulon R. Rockway en 1876. Teniendo como características: la edad de los penados, sentencias indeterminadas y de acuerdo a la readaptación podía recuperar su libertad antes, así como la clasificación de los penados conforme a un periodo de observación, de un fichero con sus datos y a un examen médico y psíquico.

Otro sistema fue el **Régimen Borstal**, similar al progresivo del cual se hablara posteriormente, este fue creado por Evelyn Ruggles Brise, en 1901, lo fundamental era el estudio físico y psíquico de los individuos, para saber a qué tipo de establecimiento en Borstal debían ser remitidos. También la enseñanza de oficios en talleres y granjas permitió una mejor disciplina basada en educación y confianza.

Y por último el **Sistema Progresivo** consiste en obtener la rehabilitación social mediante etapas. Se basa principalmente en el estudio del sujeto y en su progresivo tratamiento con una base técnica. (Del Pont, 1991) Este fue adoptado por diversos países del mundo, comenzando en Europa a fines del siglo pasado y extendiéndose a América a mediados del siglo XX.

El Sistema Reformatorio, Régimen Borstal y el Progresivo, tomaron en cuenta el estudio físico y psíquico de los individuos, utilizándolo para saber a qué tipo de establecimiento serían remitidos, ya que los había de menor o mayor seguridad, urbanos, rurales, para enfermos mentales. Siendo exitosos en su momento, ello debido a la capacitación y especialización del personal, a la enseñanza de oficios y talleres, disciplina basada en educación y confianza. Actualmente el Sistema Penitenciario retoma el tratamiento individual del interno, tomando como base su personalidad biopsicosocial. (Bringas y Roldan, 1970)

1.2. Sistema Penal en México.

En México esto dio paso al proyecto al construir una prisión ubicada en la inmediaciones de la ciudad, llamada cárcel de Lecumberri, al comienzo del siglo XX, en el gobierno del Porfiriato, la cual, fue destinada a la reclusión de sentenciados.

Lecumberri, fue inaugurada el 1 de septiembre de 1900 por el Gobernador del Distrito Federal, Rafael Rebollar. Este solo fue el inicio de nuevas construcciones en el país, bajo la consigna de modernizar el régimen penitenciario. (García, 1995)

En este período aparecen dos cárceles importantes en nuestro país: el Fuerte de San Juan de Ulúa y la Cárcel de Perote ambas de máxima seguridad. En 1905, se crea, el Penal de Islas Marías iniciando su función como reclusorio, con el propósito de convertirse en una colonia penal. Otra Cárcel importante fue la Cárcel General de México (o Cárcel de Belén). (Castellanos, 2000, citado en Navarro, 2000)

Para 1917, la Revolución Mexicana introdujo avances en el sistema penitenciario, dando pie a una nueva Constitución Federal donde el artículo 18 estipulaba las causas de la reclusión y los fines de la misma, tal es la reeducación. Posteriormente surgieron inquietudes respecto al propósito de la pena, donde no bastaba que se le tratara bien al preso, siendo necesario un tratamiento hacia el delincuente, partiendo del supuesto de orientación donde la prisión podría ser un centro de readaptación social. Con ello se compromete al Estado a proteger al recluso. (García, 1995)

El Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas en su sesión plenaria 994 del 31 de julio de 1957, encabezó una serie de documentos y propuestas que surgen de los Congresos sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. En estas reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos se fundamenta el establecimiento legal de diversas formas de abreviar porcentajes de la duración de las sentencias a pena de prisión.

García (1995) señala que en 1964 se inicio la nueva reforma del artículo 18, donde se expidió una nueva legislación penal y se construyo buen número de reclusorios, los cuales no hacen notar los cambios esperados. Y se sustituye el concepto de regeneración por el de readaptación social, el cual transita de una noción moralista a una jurídica. Entre los factores de la readaptación social mantiene el trabajo y agrega la capacitación para el mismo y la educación. Con la dirección de proporcionar habilidad para la vida en libertad.

Para 1966 en México es establecido el Centro Penitenciario de Morelia, el “Centro Penitenciario del Estado de México” y el de “Almoloya de Juárez”, en este último se separaron a los reclusos en procesados y sentenciados, también se comenzó la reforma penitenciaria, estableciéndose la prelibertad, la remisión de la pena y el tratamiento progresivo técnico. (Castellanos, 2000, citado en Navarro, 2000)

En 1968, México adopta el sistema progresivo técnico, constituido por el artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En la década de los 70's, en el año de 1976, el Presidente Luís Echeverría, inicia la segunda reforma al artículo 18 constitucional. El cual permitiría el traslado de sentenciados entre el país que pronuncio la condena y el país del que era oriundo el reo. (Alquieira y Orozco, 1985, citados en García, 1980)

En 1971, México confirmo formalmente su ingreso al mundo de los países avanzados en cuanto a criterios penitenciarios, mediante la entrada en vigor de la Ley de Normas Mínimas sobre Readaptación Social sobre Sentenciados y el desarrollo de un importante programa de construcción de instituciones penitenciarias en todo el país. Estableciendo en el artículo 7º, que el régimen penitenciario tendrá carácter progresivo y técnico, de tal manera el tratamiento será individualizado, con aportación de las diversas ciencias y disciplinas para la reincorporación social del sujeto, considerando sus circunstancias personales.

Entre 1971 y 1976 se construyeron los reclusorios de Sonora, el "Reclusorio tipo", que sirvió de modelo a las prisiones de Saltillo. La Paz, Campeche, Colima, León, Querétaro y Villa Hermosa; los reclusorios preventivos norte, oriente y sur en la Ciudad de México, que alojaron a los procesados del Distrito Federal permitiendo la clausura de Lecumberri, en cuyo local, se estableció el Archivo General de la Nación; el Centro Médico de los Reclusorios del Distrito Federal; el Centro de Observación del entonces Consejo Tutelar para Menores Infractores; las jornadas Regionales de Estudios Penitenciarios y la Escuela para Personal Penitenciario de la Ciudad de México. (García, 1980)

Otras de las posteriores e importantes Instituciones creadas son la Cárcel de Almoloya (existiendo dos, una inaugurada en 1966 y otra en 1991) la primera, tenía nuevas ideas humanitarias, donde no había rejas y estaba basada en la rehabilitación del delincuente y el trabajo como purificación, sin embargo fracaso y con ello siguió su cierre definitivo. Con el retorno de la severidad de la vigilancia hacia los presos permiten que el nuevo centro de Almoloya, así como los Centros 1 y 2 (ubicados en Almoloya de Juárez) y el de Puente Grande, Jalisco, se basen en el Reglamento de los CEFERESOS (Centros Federales de Readaptación Social) publicado en agosto de 1991, siendo una de las principales fortalezas federales disciplinarias. (Madrid, 1996, citados en Navarro, 2000)

1.3. Legislación.

Actualmente se ha formado la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal, se expidió el primer reglamento moderno para esas instituciones y entró en servicio la nueva Penitenciaría de Guadalajara, así como el progreso de las instituciones penales penitenciarias en el Estado de México, donde el Gobierno Federal ha impulsado la construcción de reclusorios, bajo el programa de Infraestructura Penitenciaria figurando los de Nogales, Chihuahua, Ciudad Nezahualcoyotl, Puerto Vallarta, Ciudad Guzmán, Morelia, Aguascalientes, Manzanillo, Tepic, San Luis Potosí, Monclova y Cuernavaca, y el establecimiento para enfermos mentales delincuentes en la circunscripción de Cuautla, Morelos. Hay que mencionar los Reclusorios de Estado de México: uno en Ecatepec y otro en Chalco.

Es importante también, diferenciar entre el sistema preventivo y el penitenciario, donde, en la primera solo están los internos sujetos a un proceso jurídico (penalmente no se la demostrado que sean responsables del delito) y en la segunda, se ubican los internos que están purgando un delito del cual son responsables. (Alquieira y Orozco, 1985, citados en Navarro, 2000)

En 1997 también se funda en la Ciudad de México el CEVAREPSI (Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial), encargado a nivel distrital de atender y rehabilitar psicosocialmente a aquellos individuos que además de cumplir una sentencia jurídica presentan algún desorden de tipo mental y requieren de ser incorporados socialmente. (Navarro, 2000)

De acuerdo a Rodríguez en 1995, se elaboran Reformas a la Ley de Ejecución de Sanciones Penales, también se introducen los técnicos penitenciarios cuya función es la de trabajar en medidas para mejorar la calidad de vida de los internos dentro de la institución; y los supervisores de aduana quienes se encargan de supervisar y normar lo que ingresa a la institución (tanto personas como alimentos, objetos, etc.).

En el Estado de México, la Ley de Ejecución de Penas Privativas y Restrictivas de la Libertad, rige los procedimientos para obtener la rehabilitación del delincuente ya que el Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011 determina las políticas públicas que se deben aplicar en la Entidad Federativa con la finalidad de proporcionar Seguridad Integral, el cual se compone de tres pilares fundamentales que son: la Seguridad Social, la Seguridad Económica y la Seguridad Pública. INACIPE. (1992)

En fecha 1 de febrero de 2006 se publicó en la "Gaceta del Gobierno" la creación del órgano desconcentrado en el Gobierno del Estado de México, denominado Agencia de Seguridad Estatal, con autonomía técnica y operativa para el ejercicio de sus atribuciones, cuyo objeto es planear programas, dirigir controlar y evaluar las funciones en materia de seguridad pública, tránsito, protección civil, en cuanto a la administración de la seguridad penitenciaria, prevención y readaptación social, se designa responsabilidad a un directivo (a), y a una organización de funcionamiento, que se distribuye a través de cinco subdirecciones: 1. Subdirección Jurídica, 2. Técnica, 3. Administrativa, 4. de Seguridad y Custodia, 5. Seguridad y Guarda. (Asunción, 2004)

En la parte técnica se conforma por cuatro departamentos: Centro de Observación y Clasificación (C.O.C.) encontrándose el departamento de psicología, criminología y trabajo social; de Actividades Educativas; Actividades Laborales y el departamento de Servicios Médicos.

Se habla de técnica haciendo referencia a la especialidad de cada uno de los miembros integrantes del equipo, a la destreza en el manejo de su área en función de los aportes, cuyo valor se ve reflejado en la aplicación práctica de sus conocimientos en el ámbito penitenciario. (INACIPE, 1992). La tecnicidad de este sistema radica en que toda etapa del tratamiento se funda en los estudios de personalidad que sobre los detenidos se practican por medio de un equipo técnico interdisciplinario, compuesto por profesionistas de diferentes ramas como sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, criminólogos y pedagogos, quienes desde su muy particular campo de acción, estudian al delincuente y proponen, a través de un diagnóstico el tratamiento adecuado para readaptarlo.

De esta manera en el capítulo sexto de la Ley de Ejecución de Penas Privativas y Restrictivas de la libertad, se refiere a las funciones dentro del tratamiento. Descritas en los siguientes artículos:

Art. 90. Los centros contarán permanentemente con los elementos necesarios para prestar a los internos, asistencia médica, psicológica y psiquiátrica. En los casos en que se requiera una atención especializada, serán canalizados a los hospitales.

Art. 91. Los servicios médicos de los centros, velarán por la salud física y mental de la población interno. Sin perjuicio de lo anterior y a solicitud escrita del interno y de sus familiares, de la persona previamente designada por aquel, podrá permitirse a médicos ajenos al establecimiento, que examinen y traten al interno en este caso el tratamiento respectivo cuyo costo será a cargo del solicitante. Deberá ser autorizado previamente por el jefe los servicios médicos del centro, pero la responsabilidad profesional en su aplicación en consecuencia de ellos.

Art. 93. Quedan estrictamente prohibidas las prácticas médicas experimentales en internos.

El manual de procedimientos en su artículo 31 establece las funciones generales de área de psicología (INACIPE, 1992):

- I. Realizar estudios psicológicos de personalidad y peligrosidad a procesados, entregándolos de inmediato al Director del Centro para ser remitidos al juez de la causa, para los efectos legales conducentes.
- II. Efectuar estudio de ingreso a todo indiciado para determinar su estado emocional, dentro de los tres días siguientes contados a partir de la fecha de la formal prisión.
- III. Llevar un estricto control del número de casos de internos cuyo diagnóstico indique que necesitan tratamiento psicológico o psiquiátrico.
- IV. Conceder sin excepción ni excusa alguna, en un horario determinado, consulta a los internos que lo soliciten o lo necesiten.
- V. Preparar los estudios de los casos programados para tratarse en el Consejo Técnico interdisciplinario.

- VI. Mantener en lo posible, la tranquilidad psicológica de los enfermos psiquiátricos de la comunidad de internos.
- VII. Reportar de inmediato al Director del Centro cuando se detecte cualquier indicio de disturbio, motín o trastorno individual o colectivo que ponga en peligro la seguridad y tranquilidad del Centro y
- VIII. Las demás que le asigne la Dirección del Centro.

1.3.1. *Funciones del psicólogo.*

Específicamente corresponde al psicólogo:

- *Entrevista psicológica de ingreso:* se realiza a todo indiciado o procesado dentro de las 48 horas de su ingreso.
- *Estudios psicológicos de personalidad de internos:* aquí cada vez que ingresa un interno a la institución se le debe de practicar los estudios psicológicos con el objeto de obtener un estudio de personalidad, mismo que se analizara en Consejo Técnico interdisciplinario a fin de determinar su clasificación dentro de la institución.
- *Estudio psicológico de evolución al tratamiento:* este tipo de estudio se lleva a cabo cada 6 meses con el objetivo de evaluar su avance o retroceso en el tratamiento readaptatorio.
- *Estudio psicológico para juez:* este estudio se realiza cuando es solicitado por dicha autoridad con el objetivo de apreciar las características de personalidad así como su evolución y pronóstico comportamental del interno, lo cual puede permitirle elaborar una opinión legal acerca del mismo.
- *Estudio psicológico para traslado:* se lleva a cabo cuando es solicitado por las autoridades de quienes depende jurídicamente el interno con el fin de que determinen la procedencia de su traslado a otra institución penitenciaria. Para ello este estudio hace hincapié en las características, su evolución ante el tratamiento instaurado y su pronóstico comportamental. Con base en estos indicadores, dichas autoridades determinaran su procedencia o no para traslado.

- *Estudio psicológico para beneficios (o de prelibertad)*: en este, el psicólogo plasma la evolución comportamental del interno desde su ingreso hasta el momento actual. Valorando su evolución psicológica en su momento, estos estudios serán enviados a las autoridades de quienes depende jurídicamente el interno, quienes finalmente determinaran si procede o no el beneficio.

Otras funciones del psicólogo, consisten en brindar apoyo psicológico, informes sobre la adaptación del interno y recomendar cambios necesarios, establecer las relaciones y las características de personalidad del interno con el acto delictivo, para ello toma en cuenta las conductas relevantes, considera además, la personalidad en su forma dinámica sin descuidar los aspectos biológicos y sociológicos. Detecta los agentes causales de importancia criminológica que le permitan establecer un diagnóstico psicológico en el cual la relación delito-personalidad sean determinantes y contribuye en el programa de clasificación. (INACIPE, 1992)

1.3.2. *Diagnóstico y tratamiento.*

Marchiori (2000), también hace referencia detallada a la tarea del psicólogo abordando dos aspectos: el diagnóstico y tratamiento.

El diagnóstico tiene como objetivo conocer quién es el individuo que llega a una Institución penitenciaria, cuales son las características de su personalidad.

El diagnóstico puede ser individual, grupal, institucional.

El diagnóstico individual: Tiene la finalidad del conocimiento de los múltiples y complejos aspectos de la personalidad del delincuente, utilizando las siguientes técnicas:

Historia clínica. Refiriéndose a la historia personal del sujeto. Comprendiendo la evolución, su historia, contexto familiar, haciendo referencia a la conducta delictiva. Se comienza por la situación actual delictiva en la institución, las visitas, la escolaridad, estudiando aspectos de agresividad y peligrosidad.

Test de inteligencia. Los test mentales permiten conocer la capacidad intelectual. Utilizando frecuentemente: Test Wechsler, Test de Matrices Progresivas de Raven, Test de Pierre Gilles.

Test proyectivos. Los cuales permiten la proyección de los conflictos y tiende a explorar los aspectos no cognitivos de la personalidad. Y Para ello se puede utilizar el Test de Apercepcion Tematica (T. A. T.) la figura humana (Machover) test de completamiento de frases, el test de frustración de Rosenzweig, y especialmente el test de Rorschach.

Inventario de personalidad. Permiten conocer a los rasgos de personalidad, y comprenden áreas como: manifestaciones neuróticas, psicóticas, ideas obsesivas, tendencias sádicas y masoquistas, psicopatías. Uno de los que más aplica la institución penitenciaria es el inventario multifasico de personalidad de Minnesota. Inventario Psicológico de California. Test de ascendencia – sumisión de Allport. Inventario de preferencias personales de Edwards.

Test de intereses y actividades. En especial para señalar las tareas que puede desarrollar el interno dentro del centro penal uno de los test puede ser el Kuder, y el inventario ilustrado de intereses Geist.

Entrevista focalizadas y abiertas. Son técnicas que permiten aprehender la situación global en la que el sujeto está envuelto.

Las técnicas deben seleccionarse teniendo en consideración la persona, edad, nivel educacional, nivel sociocultural, comprensión de la vida de los problemas o conflictiva que presenta. Cada persona es única y por lo mismo es necesario que las técnicas lo sean.

Diagnóstico grupal: Su finalidad es estudiar las características de un grupo dentro del penal. En este diagnostico se puede aplicar:

Test colectivos de inteligencia.

Test de personalidad.

Test proyectivos, principalmente la figura humana (Machover).

Diagnóstico institucional: Se refiere a conocer las características psicológicas que presentan la institución o la organización. Comprende una tarea con todos los niveles de la cárcel. Las técnicas que se utilizan: Entrevista individual, Test colectivos, Análisis de la comunicación.

Marchiori (2001), menciona que el tratamiento penitenciario intenta modificar, atenuando la agresividad del individuo antisocial, haciendo consciente aspectos inconscientes en cuanto a sus conductas patológicas, sensibilizándolo en relación a su afectividad, favorecer relaciones interpersonales estables, lograr que pueda canalizar sus impulsos y verbalizar su problemática. Por lo que define el concepto de tratamiento penitenciario como: la aplicación de todas las medidas que permitirán modificar las tendencias antisociales del individuo.

La terapia al igual que el diagnóstico puede ser individual, grupal e institucional.

La terapia individual significa la relación interpersonal con el interno. Implica por lo menos dos sesiones semanales de una hora de duración.

Terapia de grupo. A través de ella se intenta explicar la diversidad, complejidad, fluidez de la situación grupal, que proyecta los comportamientos manifiestos, así como las motivaciones subyacentes. A través del grupo los internos pueden verbalizar sus conflictos y mejorar las relaciones interpersonales que están deterioradas en estos individuos.

Terapia Institucional. Se refiere al trabajo psicológico para que los objetivos educativos y resocialización del centro como institución se cumplan, a los cambios que deben operarse para que una institución se convierta de institución represiva en institución resocializadora.

Así pues la tarea del psicólogo con los detenidos o indiciados, consiste en un estudio de personalidad utilizando una técnica de entrevista focalizada para atenuar situaciones de estrés y angustia que son tan frecuentes cuando un individuo vivencia la situación de encierro. Con los procesados, se realiza un estudio de personalidad en forma integral aplicando múltiples técnicas, aquí se señala el tratamiento así como el pronóstico.

Finalmente, con los sentenciados se realiza un retest y se intensifica el tratamiento psicológico. Se informa al consejo interdisciplinario sobre las características de personalidad del interno así como su estado actual. Los sentenciados pueden estar en diferentes fases del tratamiento. El psicólogo puede colaborar aquí con el trabajador social y así apreciar el ambiente de la familia y poder detectar el grado de adaptación del sujeto a su medio, es decir las dificultades de su reintegración.

Es factible identificar el carácter progresivo del tratamiento que se basa en tres etapas:

1. Etapa de estudio y diagnóstico: este es el análisis de personalidad del interno con el propósito de clasificarlo no solo desde el enfoque criminológico, sino además, en términos médicos, académicos, psicológicos, sociales y económicos
2. Etapa de tratamiento: es un periodo donde se aplican diversas técnicas readaptativas como son el trabajo, la educación, deportes, psicológico, etc.
3. Etapa de reintegración: es un periodo de prueba (salidas transitorias y egresos anticipados) antes de reintegrarse a la sociedad.

Con la finalidad de que el Sistema Penitenciario Estatal se mantenga a la vanguardia, y con el propósito de establecer las bases para la ejecución de las penas privativas y restrictivas de la libertad, previstas en el Código Penal del Estado de México y otras leyes como lo señala la fracción II del artículo 2 de la ley de Ejecución de Penas Privativas y Restrictivas de la Libertad. El gobierno acentúa la importancia de la función penitenciaria en el Estado, concibiéndola como tarea de tratamiento resocializador encaminado hacia la consecución de una libertad en sociedad, ante ello busca alternativas para poner en libertad a aquellos que demuestren indicadores de readaptación.

Así el Capítulo segundo describe la libertad condicional en los siguientes artículos:

Artículo 111. La libertad Condicional se otorgara a los internos sancionados con Penas de Privación de Libertad por dos años o más cuando se satisfagan los siguientes requisitos:

- I. Haber cumplido las tres quintas partes de la pena corporal impuesta, cuando se trate de delitos dolosos, y haber cumplido las dos cuartas partes cuando se trate de delitos culposos
- II. Haber observado durante su internamiento, buena conducta, sin limitarse al simple cumplimiento de los Reglamentos sino a su mejoramiento cultural, perfeccionamiento del servicio y superación en el trabajo, que revele un afán constante de readaptación social.
- III. Ofrecer dedicarse en el plazo que la resolución determine a un oficio, arte, industria, profesión o cualquier otro medio honesto de vivir y acatar los condicionantes que determine el Consejo Técnico Interdisciplinario
- IV. Que alguna persona con reconocida solvencia moral, honrada y de arraigo, se obligue a supervisar y cuidar que el liberado cumpla con sus obligaciones contraídas al momento de su liberación.
- V. Que el beneficiado con libertad condicional resida en el lugar que se determine y del cual no podrá ausentarse, sin el permiso de la Dirección de Prevención y Readaptación Social.

La designación se hará, conciliando las circunstancias de que al interno no pueda proporcionársele trabajo en el lugar que se le fije, con el hecho de que su permanencia en el, no sea un obstáculo para su enmienda.

Art.112. La libertad condicional no se concederá a los reincidentes ni a los habituales, debiéndose observar lo que dispone al respecto el Código Penal.

Art. 113. El interno que intente fugarse o bien al que habiéndose fugado sea reaprehendido, perderá el derecho a la libertad condicional y quedara sujeto a la determinación de la Dirección de Prevención y Readaptación Social en el caso de que sea reveladora su peligrosidad.

Estas medidas se harán saber a los internos a su ingreso al centro que corresponda;

Art. 114. La Dirección de Prevención y Readaptación Social, programara de oficio los casos de los internos que se encuentren en el término legal para la obtención de su libertad condicional.

Art. 115. Los individuos que se disfruten de la libertad, quedaran sujetos a la vigilancia discreta de la Dirección de Prevención y Readaptación Social, por el tiempo que les falte para cumplir con su pena.

Art. 116. La libertad condicional, será revocada por la dirección de Prevención y Readaptación social en los siguientes casos:

I. Por haber dejado de cumplir con alguna de las condiciones establecidas en el Artículo 108 de esta ley.

II. Por cometer un nuevo delito, y que dentro del término constitucional resulte presunto responsable.

Cuando se verifique la condición de alguna de estas circunstancias, la Dirección de Prevención y Readaptación Social, revocará el beneficio concedido y el infractor extinguirá toda la parte de la pena que le falte por compurgar.

La última reforma fue aprobada el 27 de julio de 2007 y publicada en el periódico oficial "Gaceta de Gobierno" el 29 de agosto de 2007. Esta consiste en un Sistema de Localización y Rastreo en el Estado de México.

Art. 201 Bis. El beneficio de libertad condicionada al Sistema de Localización y Rastreo, es un medio de ejecutar la sanción penal hasta en tanto se alcance algún beneficio de prelibertad, remisión parcial de la pena o libertad condicional.

Este beneficio no se concederá en los casos de internos a disposición del ejecutivo del estado que hayan sido sentenciados por los delitos de secuestro, homicidio doloso con modificativas que lo califiquen o lo agraven, violación, robo que se califique como grave.

Para la concesión de este beneficio el Juez se apoyara en el dictamen que emitan los Consejos Técnicos e Interno Interdisciplinarios correspondientes.

Art. 201 ter. El beneficio de libertad condicionada al Sistema de Localización y Rastreo a que se refiere el artículo anterior, se concederá al sentenciado que cumpla con los siguientes requisitos:

- I. Sea primodelincuente.
- II. Que la pena privativa de libertad no sea menor a siete años ni mayor de quince años. En ningún caso, se concederá a los sentenciados por los delitos de secuestro, homicidio doloso con modificativas que lo califiquen o lo agraven, violación y robo que se califique como grave.
- III. Que le falte por lo menos un año para alcanzar el beneficio de la libertad.
- IV. Cubra o garantice en su totalidad la reparación del daño o de manera proporcional, cuando haya sido condenado en forma solidaria y mancomunada y sea determinada dicha reparación.
- V. Cuenten con una persona conocida, que se comprometa y garantice a la Autoridad Ejecutora, el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el beneficiado.
- VI. Compruebe fehacientemente contar en el exterior con un oficio, arte o profesión o exhiba las constancias que acrediten que continúa estudiando.
- VII. Cuenten con aval afianzador.
- VIII. Acredite apoyo familiar.
- IX. Cubra el costo del dispositivo electrónico de monitoreo individual, en las condiciones que para ello establezca el reglamento y
- X. Las demás que establezca el Reglamento que regule este beneficio.

Paralelamente se mantiene vigente la obtención de libertad por medio de tratamiento de prelibertad, libertad condicional y el beneficio de la remisión y compurga, siempre y cuando el sujeto refleje una readaptación y sea evaluado así por el Consejo Técnico Interdisciplinario.

Dentro de la ley de ejecución de penas privativas y restrictivas de la libertad, en su título IV explica en qué consiste la remisión parcial de la pena:

Art. 100. Por cada dos días de trabajo del interno se hará remisión de uno de prisión, siempre que se observe buena conducta, practique regularmente en las

actividades educativas, recreativas y deportivas que se organicen en el establecimiento, y que a juicio del Consejo Técnico interdisciplinario, revele por otros datos, efectiva resocialización. Este último criterio será en todo caso factor determinante para la concesión o negación de la remisión parcial de la pena. A los internos que por falta de ocupación laboral asistan regularmente a la escuela, les serán tomadas en cuenta dichas actividades para el efecto de la remisión parcial de la pena y cualquier otra medida alternativa útil tendiente a su reincorporación social.

Art. 101. Los casos de los internos que conforme a esta Ley deban ser estudiados para la remisión parcial de la pena se programara por la Dirección de Prevención y Readaptación social.

Art. 102. Además, tendrán derecho a la remisión, los internos a que se refiere el Art. 57 de esta Ley en los términos de este título.

Art. 103. La remisión de la pena se concederá sin perjuicio de cualquier otro beneficio concedido por esta Ley a los internos.

Tratamiento preliberacional:

Art. 104 El tratamiento Preliberacional tiene por objetivo la reincorporación social del interno.

Art. 105. El tratamiento preliberacional comprenderá:

I Información y orientación especial al interno sobre los aspectos personales y prácticos de su vida en libertad;

II Concesión de mayor libertad dentro del establecimiento;

III Aplicación de técnicas socioterapéuticas y psicoterapias colectivas y de todas aquellas que coadyuven a lograr una mejor integración social;

IV Traslado a la Institución Abierta;

V Régimen de prelibertad.

Art. 106. La prelibertad se podrá otorgar desde un año antes a la fecha en que el interno este en tiempo de obtener su libertad condicional o absoluta, en correlación con el beneficio de la remisión parcial de la pena.

Art. 107. La prelibertad deberá ser concedida en forma gradual y sistemática por la Dirección de Prevención y Readaptación Social, atendiendo al Dictamen Técnico, que al respecto emita el Consejo Técnico Interdisciplinario.

Art. 108. Las modalidades de prelibertad son las siguientes:

I Salida de dos días a la semana.

II Salida diurna, reclusión nocturna y de sábados y domingos.

III Salida diurna y reclusión nocturna.

IV salida diurna y reclusión nocturna con salida sábados y domingos.

V Reclusión de dos días a la semana.

VI presentación semanal al centro.

VII Presentación quincenal al centro.

En caso de internos con sentencia menor a dos años o en caso de delitos culposos, serán alojados en las Instituciones Abiertas, previo acuerdo del Consejo Técnico Interdisciplinario.

Art. 109. Al ser concedida la Prelibertad, en cualesquiera de sus modalidades, el Director del centro correspondiente, deberá advertir al preliberado que tendrá que ocurrir a la institución que le haya sido señalado para hacer sus presentaciones; de informar de sus cambios de domicilio; de la obligación de desempeñar actividades lícitas; de la prohibición que tenga que ir a los lugares que haya determinado el Consejo Técnico interdisciplinario, así como observar una conducta intachable para con los demás y consigo mismo y cumplir con las demás medidas terapéuticas que este le haya señalado.

Art. 110. La prelibertad, será revocada por la Dirección de Prevención y Readaptación Social en los siguientes casos:

I Por cometer un nuevo delito, y que dentro del término constitucional resulte presunto responsable.

II Cuando incumpla a las condiciones con que le fue otorgada, sin causa justificada.

III Cuando el interno presente conductas no acordes al tratamiento preliberacional instaurado.

El Régimen de Prelibertad, es un tratamiento especial para los internos próximos a recuperar la libertad, en la cual se pretende acercar al interno a la sociedad en forma progresiva. Paraqué esto se logre en forma científica se debe, junto con la acción del Consejo Técnico Interdisciplinario, determinar la selección de las personas que pueden obtener estos beneficios. (Del Pont, 1991)

En México se ha consumado la construcción del Derecho Penitenciario sustentado por la Constitución Política, y por la Ley de Normas Mínimas (art. 18), en él se estableció el régimen de preliberación donde se abarcarán:

1. La información y orientación especial y discusión con el interno y sus familiares de los aspectos personales y prácticos de su vida en libertad.
2. Los métodos individuales y colectivos de terapia, tendientes a reafirmar la solidaridad del hombre con sus semejantes y a fortalecer su conciencia de permanencia al propio núcleo social.
3. Concesiones de mayores libertades dentro del propio establecimiento.
4. Permiso de salida de fin de semana o diaria con reclusión nocturna, o bien, salidas los días hábiles con reclusión de fin de semana.
5. El traslado a instituciones de tipo abierta.
6. La reducción parcial de la pena y la libertad preparatoria.

De acuerdo al Manual de Procedimientos editado por la Secretaría de Gobernación sobre Selección y Capacitación de Personal Penitenciario define Readaptación Social como:

“El proceso curativo y pedagógico susceptible de modificar, en sentido socialmente adecuado, el comportamiento del sujeto, con el objeto de rendir favorablemente el pronóstico de su readaptación a la vida, es decir, como persona capaz de incorporarse al mínimo ético- social que forma el fundamento de la legislación penal”. (INACIPE, 1992. P. 7)

Bergalli (1970), define a la readaptación social del sentenciado como la reincorporación a la sociedad, junto a la ausencia de delitos ulteriores lo que depende de un distanciamiento de anteriores modelos de comportamiento específico, que se alcanza por medio del tratamiento que de acuerdo con la ley de

Normas Mínimas para Sentenciados en su artículo 6 señala que el método será individualizado con la aportación de las diferentes áreas multidisciplinarias, bajo un régimen progresivo y técnico que constará de periodos y tratamiento, teniendo en cuenta la personalidad del reo (artículo 7). Entendiendo como el objeto general de la corrección o readaptación, el crear un sistema de influencias sobre la personalidad el condenado en orden a modificar ésta y en un modo particular sus manifestaciones externas de conducta. (Bringas y Roldan, 1970)

Hoy, el sistema mexicano se pronuncia en el sentido de rehabilitar no simplemente de castigar. El Derecho Mexicano ha optado por carga el acento sobre la misión terapéutica. (García, 1994)

Básicamente, en el periodo de reclusión uno de los objetivos de mayor importancia para el interno es la recuperación de la libertad. Silva (2003a) Sin embargo, se ha observado que el sujeto al dictarle e informarle de su posible preliberación, se da un periodo de aproximadamente dos meses donde el psicólogo pierde continuidad psicológica, siendo en esta etapa, donde el sujeto detona estados de ansiedad los cuales originan la reaparición de conductas antisociales.

La investigación acerca de los efectos del encarcelamiento se dificulta toda vez que existe nula heterogeneidad de las instituciones penales y de sus internos, por lo que cualquier generalización debe ser modulada por las interacciones particulares entre los tipos de presos y sobre todo del régimen predominante (Silva, 2003a).

Por ello, es importante hacer un abordaje con una visión biopsicosocial, para abarcar los aspectos que originan las conductas antisociales, que faciliten la identificación de los elementos que son necesarios fortalecer en el proceso de resocialización, de esta manera se describirá a continuación.

CAPITULO II. CONDUCTA ANTISOCIAL

2.1. Fundamentación sociológica.

Para explicar el fenómeno de la antisocialidad es necesaria una aproximación a la fundamentación sociológica, es decir, a la ciencia que busca identificar las causas en estructuras sociales y en los factores culturales, sin embargo, al ser estas únicamente expresables en comportamientos relacionados con procesos psicológicos individuales, no existe una línea divisoria firme entre las explicaciones psicológicas y sociológicas. Las teorías socialmente orientadas son con frecuencia un intento de explicar cómo es que los procesos sociales producen diferencias individuales en la tendencia a violar la ley, mientras las teorías individualmente orientadas se enfocan en los resultados de dichos procesos.

No existe un consenso entre los autores sobre la existencia de una sociología criminal sin embargo algunos la reconocen no como ciencia pero si como rama de la criminología. Cajigas y Soler, (citados en Solís, 1985) indican que los campos de la criminología y de la sociología criminal no son exactamente coincidentes, la criminología es solo una hipótesis de trabajo y no una entidad científica autónoma por lo que, se llama sociología al estudio de los hechos sociales, las interacciones humanas, el real acontecer colectivo, buscando su comprensión y entendimiento mediante el descubrimiento de su sentido y sus conexiones, y calificándose de criminal porque concreta su estudio a los hechos delictuosos, solo que considerados en su masa o totalidad.

Se identifica a Enrico Ferri, como el fundador de la sociología criminal, para quien ésta forma parte de la sociología general y no de la criminología. En el mismo sentido, se pronuncia el Diccionario de Sociología Criminal describiéndola como una aplicación a los fenómenos específicos de la delincuencia. Y así, a la criminología le toca examinar la totalidad de causas y efectos individuales o sociales de tal conducta, registrándolo y describiéndoles en su realidad pero su orientación puede ir, bien hacia el estudio del fenómeno individual, concretamente considerado o hacia el examen del conjunto llamado delincuencia como fenómeno social.

La Sociología Criminal estudia, pues la realidad del acontecer criminal colectivo, masivo, estática y dinámicamente considerando sus causas exógenas y endógenas, así como sus efectos de esta manera es la rama que estudia el acontecer criminal como fenómeno colectivo, de conjunto, tanto en sus causas como en sus formas, desarrollo, efecto y relaciones con otros hechos sociales.

Luis Garrido (2005), considera que a la sociología criminal le corresponde investigar la gestación y desarrollo del delito, relacionándolo con los factores y productos colectivos en cuanto lo condicionan, y también le toca precisar los efectos que a su vez produzca el delito, tanto en la estructura como en la dinámica social. (Citado en Solís, 1985)

Solís (1985), indica que la Sociología Criminal contiene el estudio estático y dinámico de conjunto, de los hechos delictuosos o criminales de la sociedad humana, incluyendo diferentes edades sexos condiciones políticas, sociales, económicas, familiares y de salud, relaciones ecológicas, interacciones delictuosas de individuo o grupos, así como las conexiones con hechos no criminales, el estudio de las regularidades observadas en acción de causas endógenas y exógenas de la criminalidad, la evolución, variaciones y desarrollo de la delincuencia, sus causas y sus efectos.

De igual forma, explica que existe una interrelación entre las ciencias y la sociología criminal, por ejemplo indica que en el Derecho Penal, es relevante su importancia como auxiliar toda vez que en su teoría general y en la aplicación práctica y real de la ley, define qué es el delito y quiénes son los delincuentes. Dentro de la estadística, sus métodos y técnicas, permite descubrir las regularidades de interés sociológico, en la causación, producción o efectos de la delincuencia; en la Penología, organiza y ejecuta las sanciones así como a ciertas manifestaciones sociológicas, como son en las interacciones humanas, los agrupamientos de delincuentes, especiales forma de comunicación, el establecimiento de símbolos y propagación de creencias, permitiendo una aportación más a la sociología criminal.

Otra ciencia es la antropología, la cual, puede ser física, social o cultural, comprende al hombre criminal como el objeto total de su estudio y la sociopatología se ocupa de los desajustes sociales, de la desorganización social, en sus más diversos aspectos, uno de los cuales es la delincuencia.

Por su parte la ciencia de la psicopatología estudia sistemáticamente los factores, funciones y procesos psíquicos anormales o enfermizos por consecuencia los trastornos mentales. Asimismo la Psicología también está estrechamente unida al estudio de la sociología, y a su vez a la Sociología Criminal y siendo el delincuente ante todo un ser humano, permite relacionar su conducta con su psicotipo, con el ambiente y con los diversos integrantes de su personalidad. Esto resulta útil ya que sirve para conocer los caracteres psicológicos comunes en los delincuentes y para facilitar la detección predelictiva, las conductas que acompañan a la ejecución de delitos y a la vida psíquica post delictiva, sea con sujeción a las autoridades, pena o libertad. En este sentido, merece el adjetivo criminal cuando estudia la mentalidad y la conducta social de los criminales convictos.

Después de conocer la fundamentación social, se abarcará la explicación del fenómeno de la antisocialidad, resultando importante abordar en forma amplia las explicaciones que se dan como origen de la conducta antisocial puesto que el índice de eficiencia predictiva de un factor de riesgo restringe el rango de factores que se deben tener en cuenta y ayuda a delimitar con mayor exactitud las poblaciones o sujetos riesgo, y precisamente esa predicción posibilita la prevención. A su vez, con la meta de la predicción, se establece el tipo de relación causal, así pues, el efecto acumulativo e interactivo de los factores de riesgo, es reconocido y evaluado para diseñar programas que intenten prevenir la delincuencia (Silva, 2003a),

2.2. Conducta Criminal.

Como ya se menciona la Sociología Criminal estudia el fenómeno colectivo, masivo, estática y dinámicamente considerando sus causas exógenas y endógenas además del desarrollo, efecto y las relaciones con otros hechos sociales que conlleva al acto delictivo.

Comprendiendo al delito como sinónimo de trasgresión, siendo un acto que le siguen diligencias legales (Feldman y Orford, 1985). Explicado de otra forma, un trasgresor es alguien que se sabe ha cometido un delito. Los factores que originan tales comportamientos han sido estudiados múltiples ocasiones y no se cuenta con una conclusión al respecto, sin embargo, derivado del análisis se extraen causas predisponentes al involucramiento en conductas delictivas. (Silva, 2003a).

Por ejemplo Durkheim (1917), un pionero del estudio sistemático de la antisocialidad, alude que los delitos son hechos sociales normales, esto no implica que el criminal como individuo sea siempre normal, más bien que el crimen, en particular, es normal porque una sociedad que estuviera exenta de tal hecho social sería a todas luces un acontecimiento imposible. Dicho autor señala que en todas partes existe criminalidad, cambiara la forma o la intensidad, pero siempre ha habido hombres que se conducen de manera tal que atraen sobre ellos la represión penal. (Citado en Rodríguez, 1995)

Este autor, denoto entonces, que el crimen tiene una utilidad, ya que las condiciones de las cuales forma parte son indispensables para la evolución normal de la moral y del derecho; esto tiene sus bases en postulados de las reglas del método sociológico que el instauro, en las cuales queda establecido que todo hecho social es exterior en relación con las conciencias individuales, pues posee un estado de independencia respecto a sus manifestaciones individuales; además, se generaliza por ser social, pero lejos de ello, porque es general.

Algunos estudios basados en la teoría de la complacencia sugieren que el fracaso académico en la escuela tiene una incidencia directa sobre el involucramiento en la conducta delictiva. De acuerdo a la perspectiva estructuralista (esto es que la conducta específica en cada situación viene dada, producto de una serie de variables y estructuras), Binner y Romney (s/f) destacaron que el comportamiento delictivo es consecuencia de las prácticas sociales institucionales, más que de las características de cada individuo.

En relación a los factores económicos, se demuestra que existe una correlación positiva entre el desempleo y las aprehensiones, aunque esto no significa que el desempleo ocasione delincuencia. Aunque si bien es posible que por término medio quienes pierden el trabajo sean los menos aptos, y tal vez son más torpes en los delitos menos seguros y por lo mismo tienen más probabilidad de ser atrapados.

Con respecto al fracaso social Feldman y Orford (1985) afirman que los niños de clase baja en principio aceptan los valores y después les rechazan cuando no logran el abrirse paso en la escuela, y a su vez adquieren y practican conductas delictivas para conseguir la meta de una mejora social. Por otro lado, los estudios de Lytton (1990), han desmitificado la asociación clase social – delincuencia, en la que es manifiesto el fracaso de apreciar al conjunto de desventajas sociales como condiciones crimigénicas. (Citado en Silva, 2003b)

La pobreza y el hacinamiento, son señaladas en estudios descriptivos sociológicos, mostrando una notable influencia en la conducta agresiva de padres y niños. Se presenta como una condición que favorece comportamientos desajustados en varios niveles educativos, pocos conocimientos sobre desarrollo infantil, insuficiencia de ingresos que obliga a ausencias del cuidador principal, por tanto, carencia de monitoreo de comportamientos inadecuados en el niño. De igual forma, se ha considerado la posibilidad de que más que el nivel social al que se pertenece es la apariencia externa del sospechoso y su actitud general lo que contribuye, junto con la gravedad del delito y la probabilidad de que exista un control efectivo de los tutores a que la decisión sea de detención o sanción

También está reconocida la posibilidad de que recursos económicos en los jóvenes, independientemente de la posición social de los padres, influye en el involucramiento delictivo. Apoyado en la teoría del aprendizaje social, Tolan (1987), ha estudiado la distribución de la edad de los delincuentes y encontró que la edad del delincuente es un discriminador de riesgo para la delincuencia crónica en oposición a la delincuencia transitoria (Citado, en Silva, 2003). Por otro lado, el comportamiento delictivo temprano es visto como un patrón de conducta agresivo que inicia en la infancia y, a menos que se intervenga, continuara hasta la edad

adulta, de ahí la importancia de intervenir para desarrollar más conductas productivas y disminuir el comportamiento delictivo.

Tarde, (1904) rige su pensamiento criminológico estableciendo que los factores causales de la criminalidad no son la pobreza o la riqueza, sino el sentimiento de felicidad o infelicidad, de satisfacción o insatisfacción en la difusión de necesidades artificiales y en la hiperestimulación de las aspiraciones. Por tal motivo, la tasa de criminalidad puede deberse básicamente a cinco factores:

Primer factor: involucra todos los procesos sociales que están inmersos en la quiebra de la tradición moral basada en el sistema ético del cristianismo.

Segundo factor: desarrollo de las clases medias y bajas de un deseo por avanzar, por superarse socialmente y por una gran demanda de lujos y comodidades

Tercer factor: incluye los cambios que ocurren en una sociedad por el éxodo del campo a la ciudad, por ejemplo, el aumento de la demanda de empleos ante una oferta insuficiente

Cuarto factor: comprende la formación de subculturas desviadas, con debilitamiento de la moral

Quinto factor: al debilitarse las clases sociales superiores, esta se van convirtiendo cada vez menos en un modelo a seguir para las clases inferiores.

Con base en lo anterior, este autor propone como medida preventiva en la reducción de la antisocialidad el fortalecimiento de los lazos familiares y con ello la reunificación de la familia. (Silva 2003b)

Sutherland y Cressey (citados en Silva, 2003), afirman que el proceso que sigue una persona para realizar una conducta criminal consiste en lo siguiente:

1. El comportamiento criminal es aprendido y este aprendizaje ocurre en contacto con otros hombres, en grupos restringidos de relaciones personales, mediante un proceso de comunicación
2. Cuando la conducta criminal se aprende, el aprendizaje incluye las técnicas de la combinación del crimen y la orientación de móviles, tendencias impulsivas, razonamientos y actitudes.

3. La orientación de los móviles y de las tendencias impulsivas está en función de la interpretación favorable o desfavorable de las disposiciones legales
4. Un individuo se hace criminal cuando las interpretaciones desfavorables respecto de la ley superan a las interpretaciones favorables. Esto representa el principio de asociación diferencial, que puede variar en la frecuencia, la duración, la prioridad y la intensidad.
5. El proceso de aprendizaje de la conducta criminal por asociación con modelos criminales o anticriminales abarca todos los mecanismos incluidos en los otros aprendizajes.
6. Mientras el comportamiento criminal es la expresión de un conjunto de necesidades y de valores, no tiene explicación por esas necesidades y esos valores, ya que el comportamiento no criminal es la expresión de las mismas necesidades y de los mismos valores.

Con ello Sutherland (1970), concluye que la conducta criminal es una violación de los impulsos naturales prosociales del hombre, por lo que es una cuestión de aprendizaje.

No existe una explicación precisa sobre los ambientes sociales donde se aprenda a delinquir sin embargo, la presencia de un trasgresor en la familia implica una mayor probabilidad de que se dé otro trasgresor dentro del mismo núcleo, en relación con el contacto con modelos sociales de la delincuencia para el desarrollo de una persistente criminalidad, es decir que es reforzado siempre que se dé una combinación de modelos transgresores, recompensas asequibles, o poca probabilidad de detección y castigo mínimo. (Citado en Feldman y Orford, 1985)

La inteligencia está relacionada con la criminalidad. Aunque existen influencias sociales en la criminalidad y la inteligencia general, ésta última parece ejercer un efecto en el comportamiento criminal, independientemente de las influencias sociales (Brody y Erlichman, 2000). La inteligencia es una diferencia individual relevante que está relacionada con varios objetivos importantes en la vida, se puede considerar parte de la personalidad. Es posible que la forma de pensar de las personas tenga una influencia directa en su comportamiento social.

Ya que nuestro comportamiento social engloba la atención, la memoria y la resolución de problemas. Puede que las diferencias individuales en estos procesos cognitivos estén conectadas al modo en el que una persona interactúa con el mundo social.

Este aprendizaje sobre la delincuencia también se ve reforzado mediante los medios de comunicación masiva donde resalta la impunidad a conductas criminales y agresivas y es de donde se toman modelos que son reproducidos en variedad de conductas orientadas a la trasgresión.

Por último Solís (1985), reafirma lo anterior, señalando que las causas ambientales como son: la miseria notable de numerosos sectores de la población, en contraste con el lujo ostentoso de otros, el alcoholismo, el desamor de los padres entre sí y para los hijos, la desorganización familiar, el analfabetismo y la ignorancia, la falta de capacitación para el trabajo, la delincuencia de los funcionarios y empleados del gobierno usado como ejemplo; la tolerancia pública y privada de vicios incumplimientos y perversiones; la propaganda gratuita y excesiva de la delincuencia por la prensa y la televisión; la desorganización escolar creciente y muchos hechos mas que son a la vez causas y productos sociales. Influye desde la infancia en el individuo que crece connaturalizado con tal ambiente y llega a convertirse en un nuevo ejemplar vivo de impulsos de esta situación social. En resumen, como fenómeno de masas, la criminalidad se forma con la suma de las acciones individuales o de grupos pequeños, que atentan contra la estructura o la dinámica social cuando estos no están suficientemente integrados a ella.

A diferencia de la Sociología Criminal, la Psicología Criminal, estudia los fenómenos psíquicos del criminal y sus manifestaciones concretas. Para lograr la identificación de patrones que faciliten los tratamientos adecuados y medidas preventivas, donde se debe utilizar una manera razonada de conducir el pensamiento para descubrir la verdad.

Para Castro (1994), la conducta antisocial es cualquier tipo de conducta que refleje una violación de una norma o regla social y/o constituya un acto contra otros, independientemente de su severidad (citado en Silva, 2003). Algunas características

de esta son la estabilidad, especialización inicio temprano, progresión y pocas probabilidades de remisión una vez establecida como patrón de conducta, la estabilidad se refiere a la persistencia de la conducta antisocial infantil severa que tiende a cronificarse y a menudo evoluciona en delincuencia juvenil y adulta.

La especialización significa que la conducta antisocial es diversificada generalmente en dos grandes categorías. La primera incluye agresión, robo destrucción, cambios temperamentales súbitos, peleas y la segunda abarca relaciones con pares desajustados pertenecer a bandas o pandillas, el inicio temprano se relaciona con el acenso existente de que los infractores juveniles crónicos presentan un inicio temprano de conductas antisociales.

Actualmente, desde el punto de vista psicológico a habido una gran variedad de teorías explicativas de la antisocialidad. Por ejemplo, Silva (2003b), realiza una investigación documental donde están por un lado las teorías basadas en constructos fisiológicos, en la cuales pone énfasis en las relaciones entre las anormalidades en el electroencefalograma y una disposición a la violencia. Los estudios en este campo se han centrado en analizar los correlatos del sistema nervioso autónomo y la antisocialidad en relación con el aprendizaje de evitación y castigo. Por su parte Ellis (1987), ha propuesto la teoría del comportamiento criminal y delincuencia, basado en distintos factores comunes, como demográficos, de personalidad y su vínculo neurohormonal.

Desde el punto de vista psicológico la conducta antisocial toma en cuenta lo que afirma la teoría del interaccionismo simbólico, en el sentido de que lo que rige el comportamiento en sociedad no es la norma social, sino la interpretación que el individuo realiza de determinadas situaciones y actuaciones del otro. De acuerdo con esto, el sujeto percibe el comportamiento del otro como una acción plena de significado expresando algún objetivo o sentimiento integrado en un rol, y como resultado de esa percepción de lo que el otro pretende, el individuo planifica su curso de acción, para lo cual hace un consenso cognoscitivo que funge como motor para comprender la interacción social del propio individuo con su entorno.

Matsueda (1992), parte de la anterior teoría para derivar en un modelo causal que permite determinar las causas y las consecuencias originadas por la imagen que la persona tiene de sí misma en el desarrollo de conductas antisociales. Afirma que tomando como objeto la manera como el sujeto interpreta su modo de ser, esto es, su yo, surge o se manifiesta solo en situaciones problemáticas y no como un mecanismo de control social; por ello, indica que es un proceso en el cual confluyen tres componentes: el primero está relacionado con la imagen que la gente se forma acerca de lo que una persona realmente es (interpretación real de la gente), el segundo comprende la imagen que la persona tiene acerca de lo que cree que la gente piensa de él (significado que el sujeto atribuye a la imagen que supone tiene la gente de él) y el tercero incluye la imagen que el sujeto tiene de sí mismo (autointerpretación), propone concebir la forma como una persona se percibe como un evento consistente de su modo de ser, relativamente estable.

También, este autor, retoma la importancia de las experiencias durante el desarrollo, específicamente en la niñez dado que es cuando necesita una relación cariñosa y continua con la madre o algún sustituto materno y la ausencia o interrupción de esa relación conduce a ciertos malos efectos, uno de los cuales es la conducta delictiva, resalta la importancia de la orientación y el simple afán por imponer un castigo. La influencia social refleja la importancia ejercida por las autoridades en los antecedentes de la relación familiar ubicando como mayor la probabilidad de delinquir en quienes provienen de hogares inadecuados. Además de considerar las conductas trasgresoras como adquiridas y desempeñadas, así como mantenidas, en respuesta a sucesos positivos no necesariamente como negativos. La gente aprende a delinquir y todo tiene lugar en el transcurso de la vida y en diversos factores sociales.

Tarde en 1904, expuso su estudio de la antisocialidad, cuya teoría sociológica se basa en tres conceptos principales: la invención, la imitación y la oposición. En tal sentido, los inventos, creaciones de los talentos individuales, son diseminados mediante el sistema social por los procesos de imitación y avanzan hasta encontrar un obstáculo, el cual tendrá oposición y que podrá ser anulado, superado o triunfara iniciando un nuevo proceso. (Citado en Silva, 2000b)

Caso en 1982, considera que el surgimiento de las nuevas formas de antisocialidad está ligado por un lado, a los grandes cambios ocurridos en las sociedades en transición, en los que se vive una evolución acelerada de tipo económico e industrial. Por otro lado, en los países altamente desarrollados con un nivel de vida muy elevado, el aumento de la antisocialidad es consecuencia directa de la pérdida de valores, estilos tradicionales, la inseguridad social, la inestabilidad familiar, etcétera.

Entre los factores predisponentes se ha relacionado a la conducta antisocial con factores individuales a nivel biológico y de temperamento, donde sugieren la predisposición genética, desarrollando características personales como son problemas de inatención, impulsividad y sobre actividad, la relación inadecuada con pares, surgida en términos de aislamiento, conflictos frecuentes o asociación con grupos de pares desajustados, de igual forma está asociada con la conducta antisocial. (Silva, 2003a)

Al evaluar la influencia de los padres y compañeros sobre conducta desadaptada de los niños, Lytton (1990), demostró los efectos en el comportamiento mal adaptativo infantil como resultado de estilos paternos adversos. (Citado en Silva, 2003b)

Con ello una secuencia y progresión evolutiva de la conducta delictiva se relaciona con algunos factores de desarrollo, en los que es reconocida la aparición temprana de ciertos comportamientos que aunque propios del periodo evolutivo son desviados del curso usual por su frecuencia, intensidad o duración y son señal de alerta para el desarrollo de un patrón delictivo posterior. Tales conductas presentan progresión desde dificultades leves hasta alcanzar mayores niveles de severidad, a partir de las exhibiciones del temperamento difícil, problemas de conducta oposicional y disruptiva, hiperactividad, hasta concluir en el patrón de conducta delictiva. (Silva, 2003a)

De esta manera Blackburn (Silva, 2003b), considera que la conducta antisocial es un factor desencadenante de conductas psicópatas, por lo que ha diseñado una tipología donde considera 4 subtipos:

1.- los psicópatas primarios (P: impulsivos, agresivos, hostiles, extrovertidos, confiados en sí mismo y con bajo promedio de ansiedad), en este grupo se encuentran predominantemente los narcisistas, los histriónicos y los antisociales.

2.- los psicópatas secundarios (S: hostiles, impulsivos, agresivos, socialmente aislados, así como malhumorados, con baja autoestima), aquí se encuentran antisociales, evitativos, esquizoides, dependientes y paranoides.

3.- los psicópatas controlados (C: defensivos, controlados, sociables y no ansiosos) este grupo muestra menor puntuación en trastornos de personalidad.

4.- los psicópatas inhibidos, moderadamente ansiosos y baja autoestima, aquí hay esquizoides, esquizoide típico, y pasivo-agresivos y con baja puntuación en antisocialidad.

En estos postulados destacan rasgos de personalidad comunes como lo es el bajo manejo de la ansiedad, autoestima inadecuada, impulsividad, y dificultades en las relaciones interpersonales.

En relación al bajo manejo de ansiedad, se da como punto de partida, que existen implicaciones cognitivas, emocionales y comportamentales, que dificultan la funcionalidad del interno. No existe consenso en la definición de ansiedad, sin embargo algunos postulados refieren la influencia del medio externo, en las reacciones de huida, inhibición y enfrentamiento.

En el mundo social, las otras personas son los objetos más importantes en el campo estimular, un individuo con un estilo cognitivo de dependencia de los marcos externos de referencia tendrá más a prestar atención y estar más influido por los demás, en comparación un individuo cuyo estilo fuera la reestructuración interna de información. Cuando una persona se encuentra en un estado desindividualizado tiende a dejarse llevar por la multitud, aceptando las normas de comportamiento que utiliza el resto de la gente. Cuando es consciente de su propia individualidad, tiende a confiar más en sus propias normas de comportamiento. (Brody y Ehrlichman, 2000)

2.3. Personalidad.

Anastasi y Urbina (1998), mencionan que la prueba más difícil de una teoría de la personalidad, es su capacidad para interpretar la conducta del individuo en toda gama, por ello es necesario el estudio de la personalidad que puede ofrecer la resolución de problemas nuevos o especiales a la psicología. La personalidad antisocial suele estar referida principalmente al comportamiento y también por sus rasgos afectivos y sus patrones de relaciones interpersonales.

El estudio de la personalidad se sustenta en función de varias razones:

- Comprende en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, etc., de determinada manera.
- Integrar en un solo cuerpo conocimientos que se adquieren por separado de aquellas facetas, como son, la percepción, la motivación, el aprendizaje y otras.
- Aumentar la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta del individuo.
- Conocer como se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad. (Anastasi, 1998)

De acuerdo a Davidoff (1979), se puede decir que la personalidad refiere a un fenómeno que integra al individuo en su totalidad, siendo estos los rasgos generales humanos.

Jung menciona que etimológicamente, la palabra personalidad proviene del vocablo latino "persona" y del griego *per* –*anteponer* y *sonar-emitir* sonidos a través de una máscara que encierra las tendencias anímicas del ser. Su raíz histórica se ubica en la antigua Grecia, cuando tuvo su aparición el uso de mascarar en el arte teatral, usada por un actor bizco tratando de ocultar su fealdad. De ahí el origen de *mascara* donde este término se utilizó para todos los individuos dado que todos eran diferentes entre sí. Así persona con mascara se refiere a la apariencia exterior y no al verdadero yo. Citado en Allport, 1985)

Allport, 1985, por su parte, clasifica a las definiciones que se le han dado a la personalidad en cinco clases básicas:

1. Definiciones auditivas. Aluden a la suma, compuesto, agregado, conjunto, cumulo o constelación de todas las disposiciones, impulsos, tendencias que caracterizan al individuo.
2. Definiciones integrativas configuracionales. Acentúa la organización de los atributos personales.
3. Definiciones jerárquicas. Se caracterizan por la demarcación de varios niveles de integración u organización y habitualmente se sirven de la imagen de un coronamiento o yo intimo centro que domina la pirámide de la vida personal.
4. Definiciones de términos de ajuste. Aquí los biólogos y los conductistas se inclinan a ver a la personalidad como un fenómeno de evolución, como un modo de supervivencia.
5. Definiciones basadas en la distintividad. Privilegian las particularidades de cada individuo.

Para este autor la personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente. De manera más específica menciona:

Organización dinámica: implica la interrelación de los rasgos personales en una continua desorganización-organización, especialmente en las personalidades anormales en las que se produce una progresiva desintegración.

Individuo: apunta a la singularidad de la persona, indivisible en sus procesos respondiendo de manera característica.

Psicofísico: donde la personalidad no es exclusivamente mental ni exclusivamente neural (física).

En cuanto a *sistemas* se refiere a que: este es un complejo de elementos en mutua interacción.

Determinan: todos los sistemas comprendidos en la personalidad son considerados como tendencias determinantes. Ejercen una influencia directriz sobre todos los actos adaptativos y expresivos.

Ajustes: la conducta dirigida a la supervivencia y a la adaptación. De tal manera que la conducta y el pensamiento, son modos de adaptación al medio y de acción sobre el mismo, originados por la situación ambiental en el que se encuentra el individuo; modos elegidos y dirigidos por los sistemas psicofísicos comprendidos en nuestra personalidad.

Por otra parte Davidoff (1979) menciona que a menudo el término de carácter y personalidad se utilizan como sinónimos. A este respecto los psicólogos europeos emplean carácter y los americanos usan personalidad, sin embargo ambos términos no significan lo mismo ya que como se refería, persona significa originalmente máscara o careta y *kharakter* significa máscara grabada, el primero de los términos tiene un origen latino y alude a apariencia, comportamiento perceptible desde afuera, cualidad superficial. El segundo sugiere una cosa profunda y fija, tal vez innata, una estructura básica.

En ocasiones también se emplea el término temperamento como sinónimo o equivalente a personalidad, sin embargo este hace referencia a los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, incluyendo la susceptibilidad a la estimulación emocional, la fuerza y la velocidad con que acostumbran a producirse las respuestas, su estado de humor preponderante y todas las peculiaridades de cambios o intensidad en el estado de humor, pudiendo variar de acuerdo a alguna causa, así como también por acción del aprendizaje y de las experiencias que tienen lugar en el curso de la vida. (Hall y Lindsey, 1970)

Cattell (1957), ubica el estudio de la personalidad en tres etapas:

- Etapa literaria y filosófica. Considera a la personalidad como un juego personal de inteligencia súbita y de creencias convencionales.

- La protoclinica. Surge con los intentos de la medicina para tratar la conducta anormal, se baso en las generalizaciones psiquiátricas de Freud, Jung y Adler.
- La etapa cuantitativa y experimental. Donde empieza la actividad científica, así toma a la observación y descripción de los fenómenos observados y culmina con la experimentación.

Cada teoría de la personalidad propone su campo de estudio, sus propias listas e interacciones supuestas entre las dimensiones y factores de personalidad que pueden usarse para clasificar las conductas interpersonales más estables del individuo. (Allport, 1974) De esta manera algunas teorías de la personalidad a continuación serán abarcadas.

2.4. Teorías de la personalidad.

Allport (1974) propone que las teorías de personalidad se pueden conjuntar dentro de los siguientes grupos teóricos:

Teorías tipológicas: parten del supuesto medico griego Hipócrates. El cual propuso que hay cuatro fluidos corporales o humores; sanguíneo, bilioso negro, bilioso amarillo y flemático que se relaciona con cuatro posibles temperamentos, alegría, depresión, enojo y apatía. Spranger (s/f) dividió a las personas en seis tipos con base a sus intereses y valores. Jung (1981) propone a partir de la manera en como las personas se relacionan con el mundo externo, la personalidad extrovertida y la personalidad introvertida.

Teorías de los tipos constitucionales: Krestschmer y Sheldo (1947) creían que existe una relación entre los temperamentos de tipo corporal, relacionado así a emociones, rasgos y comportamientos en estructuras corporales.

Teoría organísmica: parte de una perspectiva sistemática próxima a los gestaltistas, determina que la personalidad constituye un fenómeno biológico y social que se encuentra integrado (comprende en su totalidad).

Teoría psicodinámica: establece que la base de la personalidad se encuentra no en una conducta observable sino en pulsiones de tipo inconsciente, producto de las interacciones pasadas del sujeto en las figuras significativas.

Teoría del sí mismo o teoría humanística: destaca la tendencia humana a la superación, autorrealización y desarrollo de las capacidades en términos de relaciones interpersonales lo cual supone un crecimiento psicológico.

Teoría de los rasgos: considera que la personalidad está influenciada por rasgos definidos y que tales rasgos es posible inferirlos por medio de una medición de sus indicadores usando como método el análisis factorial. De acuerdo con esta teoría se puede describir la personalidad por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo.

Un rasgo es una fuerza real, una motivación o disposición dentro del individuo que inicia y guía una forma particular de conducta. Los rasgos comunes son compartidos por mucha gente un rasgo individual es peculiar a la persona y los rasgos centrales son típicos y característicos de un individuo. Los rasgos secundarios explican que en algunas situaciones y bajo ciertas condiciones una persona puede comportarse de forma diferente a la habitual.

Teoría factorialista de la personalidad: atiende a un conjunto de variables o factores específicos que se toman como subyacentes y explicativos de la conducta humana. Derivan en una estadística particular: Este estudia la conducta de cada uno de los sujetos dentro de un grupo numeroso con una gran cantidad de puntajes derivados de cuestionarios, estimaciones, pruebas situacionales o cualquier otra fuente que provea de una medida significativa de la conducta. Una vez obtenidos los índices externos, el investigador aplica la técnica del análisis factorial a fin de descubrir los factores subyacentes que determinan o controlan el cambio de las variables externas. (Eysenk, 1992)

La teoría de los rasgos y la teoría factorialista son las que mayor desarrollo han alcanzado, permitiendo el avance de la investigación empírica de la personalidad, enriqueciendo primordialmente los modelos y métodos de medición y evaluación.

Para Cattell (1957), el análisis factorial ha sido un instrumento subsidiario del que se sirve para esclarecer una gran variedad de problemas, ordenados todos ellos dentro de una estructura sistemática. Su posición puede llamarse con bastante exactitud teoría de rasgo, porque traslada las ideas psicológicas a las forma matemáticas. El rasgo según este autor, es una estructura mental que se infiere a partir de la conducta observada y destinada a explicar la regularidad o coherencia de esta. Los rasgos pueden dividirse en dos clases: los concernientes a la efectividad de logro de un objetivo, que son conocidos como rasgo de aptitud y los que atañen los aspectos constitucionales de la respuesta como velocidad, energía, reactividad emocional que son designados rasgos de temperamento. Así para él la personalidad es aquello que permite predecir lo que una persona hará en determinada situación.

Eysenck (1992), piensa que al trabajar con la personalidad es necesario no limitarse a un pequeño sector, considera que deben abarcarse todos sus aspectos; para investigar los factores de la personalidad utiliza test de clasificación, cuestionarios y otras medidas psicológicas, su definición gira alrededor de cuatro patrones de conducta el cognoscitivo (inteligencia), el connativo (carácter), el afectivo (temperamento) y el somático (constitución).

Define personalidad como la suma total de todos los patrones conductuales presentes o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente; por ello la personalidad se origina y desarrolla mediante la interacción funcional de los sectores formativos en que se organizan estos patrones conductuales.

Teoría estímulo – respuesta, conductual o de aprendizaje: su característica es el estudio de estímulos ambientales donde la conducta a través de fenómenos observables surge de acuerdo al funcionamiento interno de cada individuo. Basándose en la suposición de que la personalidad es aprendida, y que los principios del aprendizaje explican la personalidad.

De igual forma consideró que la estructura de la personalidad es de naturaleza jerárquica, postula cuatro niveles de organización.

- Nivel inferior, en este se encuentran las respuestas que ocurren en una única ocasión, no llegan a ser sistemáticas y esencialmente son producidas por factores azarosos que solo están presentes en esa oportunidad.
- En el siguiente nivel están las respuestas habituales se caracterizan por una significativa confiabilidad (es decir, si se presentan circunstancias semejantes, muy probablemente se repiten).
- Un tercer nivel, se refiere a los rasgos, que están compuestos por respuestas habituales que se correlacionan entre si hasta formar un grupo que define el rasgo (por ejemplo la persistencia).
- Nivel más alto, en el se perfila el tipo, que está compuesto por un grupo de rasgos que se interrelacionan específicamente. Eysenck (1992), establece una división de la personalidad humana en introvertida y extrovertida, y en neurótica y psicótica.

Conociendo la fundamentación sociológica de criminalidad, la cual, deriva en un acto delictivo o criminal por parte de un sujeto, donde este viola las reglas institucionales, que determina en una conducta antisocial con base en la interacción en su ambiente y la acción misma del sujeto, y que de acuerdo a Eysenck (1992), la personalidad se define como la suma total de todos los patrones conductuales presentes o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente. De esta manera es importante conocer de qué manera afecta o como determina la ansiedad la percepción cognitiva del sujeto que comete un delito y posteriormente como esta puede ser manejada por el sujeto. Por lo tanto el siguiente capítulo habrá un desarrollo del término ansiedad en diversas esferas, así como su fundamentación teórica.

CAPITULO III. ANSIEDAD

3.1 La ansiedad como problema de salud pública.

La ansiedad es un problema de salud pública dentro de la sociedad, donde se establece que el 15% de la población general ha pasado alguna vez por situaciones ansiosas en las cuales los síntomas se han disparado de manera significativa, es decir, rebasando el control habitual que da lugar a la atenuación. De entre estos, al menos entre un 5 y un 10% ha padecido algún tipo de ansiedad clínica. En cuanto a las crisis de pánico se ha podido fijar que su incidencia se sitúa entre un 1.5 y un 3.5% de la población general. Si se compara estos datos con la frecuencia de aparición de determinadas enfermedades, convendríamos en que la ansiedad es desde luego algo muy extendido y digno de poder atenderse debidamente, aspecto este que en la actualidad aun no se logra. Tan solo cerca del 22% de los casos de ansiedad haya recibido un correcto diagnóstico y un tratamiento pertinente dentro de la red sanitaria el 78% restante ha sido tratado como paciente con un diagnóstico indefinido y un itinerario poco orientado y eficaz.

Si bien el problema ansioso puede afectar a cualquier edad, es mayoritariamente entre los 20 y los 45 años el periodo estadísticamente más usual. Más allá de los 60 años la presencia ansiosa es mucho menor. Entre los 20 y los 45 años cuando la personalidad alcanza su momento más activo, ya que en este marco temporal la persona culmina sus proyectos en relación a estudios, conformación de familia, estabilidad laboral o académica y cuenta con responsabilidades, está presente la necesidad de tomar decisiones trascendentes y se encuentra presente el miedo al fracaso, a perder o a sufrir. Este es pues, un sustrato ansiógeno de primer orden.

3.2 Diferencia de ansiedad con miedo, fobia, angustia y estrés.

Cabe destacar que la palabra ansiedad se asocia a términos como son: el miedo, la fobia, angustia y el estrés, de esta manera es importante partir primero de la diferenciación de cada una de ellas para así poder comprender el concepto.

Tanto ansiedad como la angustia tiene su raíz indogermánica (angh), que significa estrechez y constricción, y también malestar o apuro, estableciéndose de acuerdo a la psiquiatría española la separación entre ansiedad y angustia la primera tendría un predominio de componentes psiquiátricos y la segunda un predominio de componentes físicos. También los términos de miedo y ansiedad se diferencian porque el miedo se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, mientras que la ansiedad trata de un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible. Epstein (1972), ha diferenciado ambos conceptos en términos de acción, así, el miedo puede ser entendido como un drive que motiva la conducta de evitación (o escape) ante la percepción de un estímulo de amenaza, mientras que la ansiedad sería un estado emocional de miedo no resuelto o estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de amenaza. (Citado en Belloch, Sandín y Ramos, 1995)

Barlow (1988), estableció la necesidad de diferenciar el miedo de la ansiedad por lo que señala que el miedo consiste en una alarma primitiva en respuesta al peligro presente, en cambio la ansiedad es una combinación difusa de emociones (estructura cognitivo-afectiva) orientada hacia el futuro. Con todo lo mencionado, sin embargo, el término miedo y ansiedad suelen emplearse de manera equivalente ya que poseen un significado semejante. (Citado en Sandín, 1990).

En cuanto a la diferenciación entre miedo y fobia, Marks (1969), menciona qué las fobias deben cumplir ciertos requisitos como:

1. Existencia de miedo desproporcionado en relación con el carácter amenazante de la situación.
2. El miedo conduce necesariamente a la evitación (o escape) de la situación temida.
3. No existe una posible explicación lógica del fenómeno.
4. Sobrepasan el posible control voluntario y por último
5. Producen cierto grado de malestar o sufrimiento.

De esta manera la fobia tiene una conducta de evitación (o de escape), sin embargo si no existieran contingencias de aproximación no existiría miedo fóbico y por consiguiente, la evitación sería adaptativa. Por tanto para que las fobias posean relevancia clínica deben implicar el componente subjetivo del miedo (miedo fóbico).

Pollans y Worden (1984), definen el estado de ansiedad en términos fenomenológicos (subjetivos), así, es una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, y como activación o descarga del sistema nervioso autónomo. Sin embargo, en una definición operativa o experimental, Wolpe menciona que la ansiedad puede ser definida como la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo (Citado en Anrol, W., Eysenk, H., Meili. 1979). Sandín (1990), por su parte menciona que una propiedad de la ansiedad sería su naturaleza anticipatoria, esto es que se posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo, y con ello confiere una utilidad biológico-adaptativa. Y se convierte en desadaptativa (ansiedad patológica) cuando se anticipa a un peligro irreal.

Para poder definir a la ansiedad como patológica (o ansiedad clínica), algunos autores como Spielberger, Pollans y Worden (1984), la caracterizan como una manifestación más frecuente, más intensa y más persistente a la ansiedad normal.

Actualmente, se conoce el término trastorno de ansiedad, sin embargo, ha pasado por diferentes cambios históricos dados en la psicopatología donde el término ansiedad era un elemento incluido en el concepto de neurosis que fue utilizado por primera vez por Edimburgo William Cullen (1710-1790), él consideró que la irritabilidad del sistema nervioso se asociaba al tono general del organismo, estando ambos factores determinados por un fluido que llena el sistema nervioso. (Pinillos, López y García, 1966)

En el siglo XIX Sigmund Freud, desarrolló significativamente el concepto de neurosis y la patología de ansiedad. Conceptuó la ansiedad en términos de una teoría de señal de peligro, la cual consistía en una reacción emocional que servía para referir la presencia de una situación peligrosa, estableció que la ansiedad era un componente central de la neurosis. Así mismo, distinguió entre dos tipos de

neurosis según la ansiedad fuera experimentada o inferida. En el primer tipo (ansiedad sentida) incluyó las neurosis fóbicas y las neurosis de ansiedad y en el segundo (ansiedad inferida) las neurosis obsesivo-compulsiva y la histeria.

De esta manera, la teoría de Freud sirvió para conceptualizar las neurosis como trastornos de origen no orgánico. Actualmente las neurosis han sido aceptadas dentro del campo de la psicopatología, donde el sujeto mantiene intacto el contacto con la realidad, no existe violación de las normas sociales, los síntomas son reconocidos por el paciente como inaceptables y el principal foco de alteración lo constituyen los síntomas de malestar/ sufrimiento emocional (ansiedad). Eysenk (1976), con su trabajo realizado en Maudsley Hospital de Londres consolidó en el concepto de neuroticismo, planteando la conducta anormal en términos dimensionales.

Sandín (1990), refiere, que en épocas recientes los trastornos de ansiedad han estado dominados por el concepto de neurosis, tal y como ha sido entendido en el modelo psicoanalítico, en el Diagnostic and Statistical Manual (DSM) de la American Psychiatric Association (APA), se constata que la primera edición (DSM-I), publicada en 1952 y en la segunda (DSM-II), publicada en 1968, entiende los trastornos psiconeuroticos utilizando el concepto de Freud para denotar el origen psicológico de estos trastornos. Pero en ambas publicaciones también identifican que la ansiedad desempeña un papel esencial. En estas dos ediciones del DSM, las neurosis (o psiconeurosis) se definen por la presencia de síntomas de malestar emocional, como ansiedad, fobias, obsesiones, compulsiones o depresión, asumiendo la noción psicoanalítica.

La publicación del DSM- III (1987), significó un cambio radical sobre sus antecesores, significando el comienzo de una nueva era en la conceptualización y diagnóstico de los trastornos basados en la ansiedad, siendo más descriptivo, detallado, específico, fiable y válido, aludiendo los supuestos etiológicos psicodinámicos y centrándose en conductas observables que en conductas inferidas (suprime las premisas psicoanalíticas imperantes), e incluye por primera vez el grupo de trastornos de ansiedad, así como de grupos específicos (infancia y adolescencia).

Como ya se mencionó, el DSM-III presenta cambios importantes respecto de sus antecesores, debido a que:

- Desaparece el grupo general de neurosis sustituyéndolo por tres grupos a) trastornos de ansiedad, b) trastornos somatoformes, y c) trastornos disociativos.
- Desaparece como cuadro clínico la neurosis neurasténica.
- Define y caracteriza por primera vez el trastorno de estrés postraumático (TEP).
- Mantiene dos subgrupos de trastornos de ansiedad, los trastornos fóbicos y los estados de ansiedad, ambos se basan en la idea tradicional de separar los trastornos de ansiedad en función de que ésta se asocie o no a objetos o situaciones específicas.
- Se define por primera vez de forma operativa los cuadros clínicos de la ansiedad.
- Y por último los trastornos de ansiedad se separan de otras alteraciones más o menos asociadas a la ansiedad, como los trastornos somatoformes (histeria de conversión y neurosis hipocondriaca) y disociativos (histeria disociativa y neurosis de despersonalización).

El DSM-III (1987) define el grupo de los trastornos de ansiedad como síndromes en los que la ansiedad es la perturbación predominante del cuadro.

Como se puede observar los avances importantes en el DSM-III, son la supresión del término neurosis como elemento central y otro en cuanto a lo operacional o experimental existiendo una descripción y especificación de las características clínicas de los trastornos y de los criterios de diagnóstico. Y esto permitió una fiabilidad y validez científica.

El DSM-III-R surge como aclaratorio, suprime los subgrupos de trastornos fóbicos y estados de ansiedad, pero directamente afecta al trastorno de ansiedad generalizada (TAG), al trastorno de pánico y de forma general, a los criterios de exclusión jerárquica, esto complico la validez del diagnostico.

Otro cambio pero no tan significativo fue el DSM-IV, donde las principales modificaciones se refieren a especificación de criterios y tipos (dentro de categorías), así como a la inclusión de nuevas categorías. La categorización de los trastornos de la infancia y adolescencia también sufre algunas alteraciones.

El DSM-IV introduce los tipos de fobia especifica, sustituye fobia simple por fobia especifica, hace la diferenciación de los tipos agudo y crónico del trastorno de estrés postraumático, separa en tres tipos diferentes de ataques de pánico (inesperado, limitado situacionalmente y predispuesto situacionalmente) aportando un análisis más descriptivo de los ataques de pánico. También introduce nuevas categorías de trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés, el trastorno de ansiedad por condición médica general, y el trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

Anteriormente se hablo de cómo se han ido categorizando los antecedentes del trastorno de ansiedad, basado en el DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV, esto debido a que cuenta con una fiabilidad y validez en el ámbito científico lo cual permite a los psicólogos hablar un mismo lenguaje, de tal forma, se tomará como base, para este trabajo la definición de ansiedad del DSM-IV describiéndola posteriormente.

También se abarco la distinción entre ansiedad clínica (o patológica) y no clínica las cuales, se establece en razón de la demanda del tratamiento por la propia persona, que puede estar determinada por múltiples factores (características de personalidad, creencias personales de enfermedad, presiones familiares, etc.).

Es importante mencionar a Sandín (1995) el cual, refiere que las personas anticipan un peligro o amenaza, siendo esta de utilidad biológica-adaptativa.

3.3. Definición de Ansiedad.

Conociendo ya los antecedentes se puede definir ansiedad como un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo, algunos autores proponen separar la ansiedad (miedo inespecífico) del miedo propiamente dicho en el que la amenaza se asocia a objetos o situaciones específicas.

El DSM-IV (1995), define ansiedad como una anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

Para Beck (1999), una situación tiende a desencadenar la ansiedad si el individuo se considera a sí mismo como vulnerable ante un acontecimiento o situación amenazante (es decir, desagradable, peligroso o dañino). De acuerdo a ello, ante los síntomas de ansiedad, la persona hace una serie de valoraciones acerca de lo amenazante que puede ser un acontecimiento o situación, de esta manera, la primera valoración comprende, la evaluación inicial de riesgo, y la segunda comprende evaluar los recursos que tiene una persona para enfrentarse con una situación o acontecimiento potencialmente arriesgado. (Beck, Wright y Newman, 1999)

Para Epstein (1972), la ansiedad también es un estado desagradable de excitación difusa que sigue a la percepción de amenaza, para él, donde el nivel alto se mantiene porque el sujeto es incapaz de conseguir una conducta resolutiva.

Zukerman (1991), por su parte, observó que la ansiedad se asociaba con muchos sistemas cerebrales distintos (por ejemplo el hipotálamo o del cortex cerebral), la mayoría de los cuales están conectados a la amígdala, siendo este centro del significado emocional a los estímulos. La estimulación eléctrica de la amígdala puede producir reacciones de miedo en los humanos. Por lo tanto son un conjunto de sistemas interconectados que están implicados en gran número de procesos, desde la percepción al pensamiento, desde las expectativas de la excitabilidad fisiológica. Y las diferencias individuales en ansiedad tienen que ver con como el

cerebro interpreta los estímulos en relación con las fuertes reacciones de actividad autonómica. (Citado en Mercado, 1992)

3.3.1 Trastorno de ansiedad.

Para Sandín (1990), el trastorno de ansiedad es un síndrome clínico en el que esta es la perturbación predominante (central). Puede caracterizarse, bien por ansiedad manifiesta, como por conductas de evitación para reducir la ansiedad, como en las fobias.

Siguiendo la clasificación que propone el DSM-IV (1995), se entiende por trastorno ansioso un estado de confusión cognitiva que se corresponde con un nivel de bajo control comportamental, que considera básicamente una proliferación sintomática de mayor o menor grado generada a partir de interpretaciones completamente desajustadas de estímulos reales, provenientes de los planos del pensamiento lógico y emocional, de la fisiología del propio entorno del individuo. Una pérdida de control emocional cognitivo y conductual, de gradación diversa, proveniente o acompañada de juicios o razonamientos que manifiestan la existencia de un mundo mal interpretado y negativo.

Este trastorno puede o no conducir a grandes estados de descontrol, conocidos como ataques de pánico o crisis de angustia, a la vez que puede o no suponer una base fóbica, puede tener o no una base causal o un hecho desencadenante mucho, poco o nada conocido.

La forma de aparición del trastorno y su propio curso son diversos, pudiendo ir desde un estado en el que se perciben simples intranquilidades o incomodidades a otro de verdaderas reacciones de huida, agitación o de inmovilidad congestiva y descontrol comporta mental o cognitivo, en la mayoría de estos casos con tendencia anticipatoria, que sume a la persona en un estado de sufrimiento, intranquilidad y perplejidad característico.

El desarrollo ansioso tiene lugar porque la persona no dispone de manera inmediata o contundente, de elementos neutralizantes correctos para lo que son de hecho razonamientos emocionales.

3.4. Sintomatología de la ansiedad.

Como se ha abordado la ansiedad, es un fenómeno complejo que implica respuestas cognitivas, de comportamiento, experienciales, expresivas y psicológicas. En estados de ansiedad agudos, el componente fisiológico es evidente. (Brody, et al, 2000)

Sandín (1990), también reconoce tres componentes, modos o sistemas de respuesta los cuales explica de la siguiente manera:

- Subjetivo (o cognitivo) también denominado verbal-cognitivo, es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna esto sería la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad, experimentando un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza.
- Fisiológico-somático. La ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Como pueden ser un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que pueden reflejarse tanto en cambios externos, como internos, pudiendo ser funciones corporales controladas voluntariamente y otras involuntarias, la cual suele ser percibida como desagradable.
- Motor –conductual. El cual corresponde a componentes observables de conducta, haciendo referencia fundamentalmente a respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación.

Para William, Phillips y Murray (1996), algunos síntomas patológicos o clínicos de la ansiedad serían:

- a) Cardiorespiratorios como: palpitaciones o taquicardia, dolor, opresión o malestar precordial, sensación de paro cardíaco hipertensión episódica.
- b) Respiratorios como son: disnea, respiración entrecortada, dificultades para hacer una inspiración profunda, sensación de ahogo o de paro respiratorio.
- c) Parasimpáticos como son: la debilidad física o desfallecimiento, diaforesis, sialorrea, diarrea, náuseas, urgencias defecatoria, micción imperiosa, rinorrea, hipo y visión borrosa.
- d) Neurológicos focales el temblor y estreñimiento, xerostomía, rampas, parestesia, torpeza, pesadez física, vértigos, cefalea, nudo u opresión en la garganta.
- e) Centrales comprenden la sensación de sofoco o de agobio el mareo y la inestabilidad, así como los escalofríos.

En el plano cognitivo se experimentan vivencias de extrañeza, despersonalización y desrealización, de pánico, perder el autocontrol, alteración de la intensidad de los estímulos sensoriales y fenómenos mnésicos.

Subjetivamente, la ansiedad es vivenciada como una emoción de tonalidad displacentera, sin causa y dirigida al porvenir, se trata de un sentimiento de aprensión y una expectativa permanente frente a la posibilidad de lo que aún no ocurre por ello la importancia de incluir apoyo psicológico.

De esta manera el núcleo que se maneja respecto a la ansiedad es la sensación crónica del individuo de vulnerabilidad (es decir, incertidumbre e inseguridad) así, el individuo infraestima su habilidad para afrontar dicha amenaza.

Debido al incremento de la ansiedad se favorece la asimilación de un aprendizaje pues los diversos modelos conductuales que presenta el medio penitenciario parecen de momento susceptibles a ser adoptados para hallar un estilo de adaptación inmediata a evadir la situación y centrarse en elementos subjetivos. (Silva, 2003) De esta forma, estaría sublimando la existencia de su temor por mostrarse a la sociedad con el estigma del exconvicto, mantienen el aislamiento social como un mecanismo de autoprotección y se presentan estados ansiosos y reacciones inesperadas. Siendo este un punto importante dado que existe consenso en aceptar que la ansiedad surge como una vivencia de amenaza a la integridad psicofísica del individuo, la cual puede emerger en situaciones normales o patológicas.

Con base en lo anterior se puede advertir que no existe una génesis definida de la ansiedad, dado que los principales postulados señalan algún aspecto parcial, contemplando contextos biológicos, cognitivos, sociales, psicológicos o genéticos.

3.5 Investigaciones sobre el fenómeno de ansiedad en el medio penitenciario.

Es un hecho percibido por la sociedad, no solo en México, sino a nivel mundial que existen deficiencias dentro de la estructura del sistema penitenciario, afectado por la burocratización, corrupción y un limitado respeto al trato digno y humano hacia el recluso, sobresale también, la falta de alternativas, ya en práctica, para aprovechar el tiempo dentro de la institución (siendo incluso el aprendizaje de las habilidades laborales mínimas y con una baja remuneración). Por lo que el recluso pierde como primer elemento su capacidad de elegir, al momento de ser recluso, se inicia un proceso de baja en el nivel de autoestima dado que se percibe la degradación personal.

Además, Silva (2003), destaca que la autoestima adopta un patrón U en el que esta será más baja a media condena y mayor, respecto a cómo estaba al entrar y una vez que visualice la salida. Lo cual permite sugerir un estado de vulnerabilidad que le facilita modificar sus patrones conductuales como consecuencia del cambio en la autoestima siendo un evento poco aprovechado por la institución carcelaria;

estudios avalan la falta de efectividad de la reclusión como pauta de cambio en el estilo de vida delictivo.

Cooke, Baldwin y Howison, 1990, refieren que en general el delincuente minusvalora sus posibilidades de éxito social, tiene un auto concepto negativo, un locus de control externo y alta impulsividad, como reacción se presenta el enojo, la frustración, la irritación, la agitación, los sentimientos de desesperanza, la depresión y hasta la concepción del medio penitenciario como humillante, con facilidad entra en conflicto con el personal de la institución dado que se vuelve más duro, cuidadoso, determinante, ante la monotonía y la falta de estimulación y afectando también su capacidad para la solución de problemas. (Citados en Silva, 2003a)

Existen informes de que muchos presos revelan que gran número de ellos salen de prisión con mayor amargura, odio, cinismo, y técnicas más brutales y elaboradas para cometer delitos, entre otros cambios psicológicos concurrentes como: empobrecimiento de los repertorios conductuales necesarios para el desenvolvimiento en libertad; desarrollo de la capacidad de simulación y de mentira; aumento de ansiedad; hipocondría; tendencia a la depresión e incluso al suicidio (Silva 2003a).

Al respecto Silva (2003), señala que la forma en que el interno percibe, experimenta y evalúa, para adoptar un modelo de integración (privacidad, seguridad, estructura, apoyo, retroalimentación emocional, estimulación social, actividad y libertad), no está cubierto por el trabajo interdisciplinario y que son escasas o nulas las probabilidades de alcanzar niveles mínimos indispensables para que la experiencia penitenciaria adquiera matices positivos o favorables a la reinserción del interno que aunado al incremento de ansiedad con las manifestaciones que implica el pronóstico resulta desalentador.

Por todo ello, se considera importante dar seguimiento en ese periodo en el que la ansiedad se presenta por el anhelado cambio de medio. De otra forma, señala Silva (2003b), que si no se da prioridad a modelos de conductas prosociales (esto es, todas las conductas que ayudan a favorecer la convivencia y la coexistencia y se fortalece en el grupo social) alternativas, las delictivas solo se suprimirán

temporalmente y resurgirán o serán parte de un estilo de vida donde la agresividad es el único mecanismo de enfrentar el medio.

En confinamiento existen limitadas alternativas para modular la ansiedad que produce el mismo medio en el sujeto, no comprende en qué consiste, no cuenta con defensas a ello, hay acciones disruptivas al no encontrar otro escape para su tensión. D'Zurilla (1986), indica que cuando las personas presentan estrés emocional suelen fracasar a la hora de la resolución de problemas, tienden a buscar soluciones impulsivas, generadoras de tensión y agresivas para las situaciones conflictivas y su capacidad de pensamiento instrumental disminuye. (Citado en Kaplan y Sadock, 1998)

Se han realizado investigaciones respecto a la ansiedad en el sistema penitenciario, sin embargo no se cuenta con antecedentes de la enseñanza de habilidades sociales para el manejo de ansiedad y de lo que significa para los presos el reintegrarse a su medio. Existen estudios que abordan el análisis de la ansiedad dentro del sistema penitenciario y como reflejan en diversos momentos de su reclusión, Mackenzie y Goodstein (1985) en su estudio "El impacto del encarcelamiento de sentencias largas y las características de los reclusos", utilizaron el IDARE para evaluar las diferencias de la ansiedad, concluyen que aquellos reclusos que se encontraban recién ingresados, con sentencias largas presentaron mayores niveles de estrés.

En 1986 Slater, en su estudio "Intervención Psiquiátrica en una atmosfera de terror", en una prisión de máxima seguridad, alterno un tratamiento con benzodizepan con psicotrópicos y psicoterapia encontrando que la ansiedad carcelaria, se caracteriza por tensión, irritabilidad, adormecimiento, pesadillas, falta de habilidad para pensar claramente y poder concentrarse, así como el miedo a perder el control son factores significativos de la vida en prisión.

El trabajo de tesis de Morales en 1988 "Ansiedad y depresión como consecuencia del encarcelamiento", utilizó el IDARE para medir la depresión, así como la escala de auto medición de la depresión de Zung en pretest y postest, concluye que el tipo de ansiedad encontrada se relaciono con una reacción de ajuste, y en la variable

depresión no se encontraron diferencias. El mismo año, Vega y Silverman (1990) en su investigación "Estrés y los reclusos de mayor edad" querían determinar el grado de percepción de la vida en reclusión como estresante en reclusos de 63 a 80 años en comparación con jóvenes reclusos de entre 20 y 54 años, sus resultados indican que los reclusos mayores tienden a crear un ambiente de adaptación, lo cual sugiere que esta apariencia normal, resulta de una supresión de sentimientos, que enmascara el estrés y el enojo. (Alanis, 1996)

Todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: piensan, sienten y se comportan. De manera que el principal objetivo de este trabajo es que el individuo aprenda a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, estimulando el ejercicio de un esfuerzo sistemático y una práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada teniendo como base a la Psicología Cognitivo-Conductual ya que esta se interesa específicamente en los procesos del pensamiento y por ello, un método cognoscitivo tiende a modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento del sujeto.

CAPITULO IV. PSICOLOGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Dentro de la teoría del aprendizaje social se describe un modelo de naturaleza humana y de causalidad buscando explicar la conducta humana. Se comprende como un producto de influencias personales y situacionales, centrándose el interés, en el tipo de interacción entre estas. Los factores personales y ambientales no funcionan como determinantes independientes, si no que, más bien se determinan entre ellos.

4.1. Teoría del aprendizaje social.

Ahora bien, la teoría del aprendizaje social favorece una concepción de la interacción basada en una reciprocidad trídica. De esta manera la teoría donde la conducta, los factores cognitivos al igual que otros personales y las influencias ambientales operan como determinantes unidos que se afectan entre sí bidireccionalmente. La reciprocidad no significa que los dos lados de la influencia posean la misma fuerza. La influencia relativa ejercida por las tres fuentes de determinantes unidos varía para diferentes actividades, diferentes individuos y diferentes circunstancias. Las personas no están impulsadas por fuerzas internas, ni están moldeadas automáticamente, ni controladas por estímulos externos. Funcionan como una influencia que contribuye recíprocamente a su propia motivación y conducta, dentro de un sistema de influencias interactuantes. Las personas se caracterizan dentro de esta perspectiva, en términos de un número de capacidades básicas como es la de simbolización, donde la gente procesa y transforma las experiencias pasajeras en modelos internos a través de los símbolos, que sirven como guías para la acción futura, es decir, a través de los símbolos dan significado, forma y continuación a las experiencias que viven.

Con ello la capacidad de anticipación facilita el establecer metas y planificar cursos de acción que conducen a futuros valores. La forma en que la conducta se ve influida por sus efectos, dependen también de los juicios que se forman las personas sobre las reglas que gobiernan los resultados y el significado que atribuyen a los resultados, así como las creencias sobre cómo sus acciones cambiaran probablemente los resultados futuros a lo largo del curso del tiempo.

Por lo tanto, Bandura (1969) uno de los principales exponentes de la teoría de aprendizaje social propone que la *capacidad vicaria*, puede producirse tanto por experiencia directa o al observar las conductas de otras personas y las consecuencias que tienen para ellas. Esta capacidad para aprender por observación permite a las personas adquirir reglas e integrar patrones de conducta. El aprendizaje observacional está gobernado por cuatro procesos:

1. Atencionales, en donde solo se absorbe la información sensorial que afecta el organismo, incluye una exploración autodirigida del ambiente y la construcción de percepciones significativas. Sus expectativas no solo canalizan lo que buscan, sino que afectan parcialmente las características que extraen de las observaciones y como interpretan lo que ven y oyen.
2. De retención, incluye un proceso activo de transformación y reestructuración de la información sobre los hechos.
3. Procesos de producción, las concepciones simbólicas se transforman en acciones apropiadas.
4. Y la cuarta subfunción en el modelado se refiere a los procesos motivacionales.

Se distingue entre adquisición y ejecución ya que se exhibe con más probabilidad la conducta modelada si tiene como consecuencia resultados valorados que si no es reforzada o tiene efectos de castigo.

La *capacidad autorreguladora* describe que la gente no se comporta solo para ajustarse a las preferencias de otros, sino su conducta está motivada y regulada a través de patrones internos y de sus reacciones autoevaluadoras ante sus propias acciones, la teoría del aprendizaje social, distingue entre metas distantes y submetas próximas. Las metas finales influyen en la elección de los cursos de la acción pero están demasiado alejadas en el tiempo para funcionar como incentivos y guías efectivas para la acción presente.

Centrarse en el futuro distante facilita temporizar y reducir esfuerzos en el presente. Las submetas próximas movilizan efectivamente el esfuerzo y dirigen lo que uno hace aquí y ahora. Las submetas asequibles conducen a aspirar las metas últimas creando de esta forma las condiciones más favorables para continuar con la automotivación. De esta manera cultivan la competencia, aumentan sus autopercepciones de eficacia y fomentan el interés intrínseco en las actividades. (Bandura, 1977)

La *capacidad autorreflexiva*, permite al individuo analizar sus experiencias y pensar sobre sus propios procesos de pensamiento. Es decir, al verificar el pensamiento a través de los medios de autorreflexión, los individuos controlan sus ideas, actúan sobre ellas y predicen la aparición de las mismas, juzgan a partir de los resultados la educación de sus pensamientos y los cambian de acuerdo a ellos, donde las acciones forzadas que provienen de las creencias erróneas crean a menudo efectos sociales que confirman las falsas creencias.

El *juicio de autoeficacia*, ya sea correcto o erróneo, está basado en cuatro fuentes principales de información. Estas incluyen: logros de ejecución, experiencias vicarias al observar las ejecuciones de los otros, persuasión verbal y tipos similares de influencias sociales que indican que se cuenta con ciertas capacidades, y estados fisiológicos a partir de los cuales los individuos juzgan en parte su capacidad, fuerza y vulnerabilidad.

De esta manera y como ya se mencionaba entre los efectos del aprendizaje por observación esta la adquisición de nuevos tipos de conducta, reforzamiento o debilitación de seleccionar ciertas conductas, y que al estar el sujeto en contacto con modelos reales de conductas delictivas queda expuesto a intentos orales de persuasión en el sentido de que se ajusten a la ley o la quebrante.

Cómo lo explica McGuire en 1969 (citado en Feldman y Orford, 1985), son mayormente eficaces las conductas delictivas cuando un delincuente transmite cara a cara y está en permanente contacto con un posible trasgresor, y este a su vez sabe que esas conductas han tenido éxito.

Esas transmisiones sociales de actitudes y conductas delictuosas pueden ocurrir tanto en situaciones bipersonales como en grupos mayores siendo que el poder coercitivo y referente del grupo puede ser de gran importancia para una adquisición rápida de la conducta delictuosa.

Los psicólogos sociales han prestado gran atención a la autopersuasión, aquel proceso por el que la gente ajusta sus actitudes y pensamientos a la conducta externa, y también se ha realizado mucha investigación acerca de conductas análogas a las delictivas, particularmente en estudios de laboratorio sobre la agresividad. En esencia, las personas que delinquen a través de diferentes distorsiones perceptivas y cognoscitivas logran desacreditar a la víctima, denegando la gravedad de su pérdida o daño e incluso atribuirle la culpa de sus propios sinsabores, este proceso de autopersuasión y justificación se refuerza con la falta de contacto con la víctima, así lo explica Milgram (en Feldman y Orford, 1985), una vez adquiridas las conductas, los actos concernientes (robos asaltos, etc.) se realizaran siempre que se den las pistas situacionales, así el patrón de reforzamiento a largo plazo de la conducta delictuosa contribuirá a determinar si se mantiene o se disminuye.

Dentro de las instituciones penales se tienen sistemas sociales que poseen códigos de conducta bien definidos que afectan a los ingresantes, muchas de las conductas aprobadas en el exterior pueden ser castigadas por los internos y a la inversa. Y a su vez la aceptación del código de conducta que priva entre los internos facilita el ajuste a la vida institucional. Un estudio al respecto fue el realizado por Thomas (1973, citado en Feldman, 1985) encontrando, que las puntuaciones en las escalas de prisionización, (entendido esto como la aceptación de código de lealtad a otros internos y manipulación de personal penitenciario) y las expectativas para después de la salida de la cárcel se correlacionaba negativamente con el número de cartas y de visitas, es decir, mientras más motivación externa tenían menor probabilidades existían de no volver a involucrarse en problemas. En sentido opuesto, existe también un anticontrol de parte de los compañeros, donde reforzaban positivamente la conducta antisocial. La subcultura de estos poseía jerarquías sociales basadas en la posición, esto es, la alta estima, donde la mayor estima era para aquellos que eran lo opuesto de los valores y conductas aprobadas por el personal.

4.2. Psicoterapia conductual.

La terapia de la conducta, utiliza diferentes técnicas específicas que emplea principios psicológicos (en especial de aprendizaje), para tratar la conducta humana de desadaptación, así el término conducta se interpreta incluyendo una respuesta manifiesta como una respuesta cubierta, siempre y cuando dichas respuestas se puedan señalar.

En el siglo XIX algunos de los antecesores de la teoría de la conducta, así como de mayor influencia, sin duda son: Sherrington (s/f) que descubrió que las relaciones entre estímulos y respuestas estaban sujetas a una serie de importantes leyes cuantitativas, estableciendo lo que llamó las tres leyes primarias y las dos leyes secundarias del reflejo.

Pavlov (1920) con lo que ahora se denomina condicionamiento clásico (estudió la manera como se efectuaban las conexiones entre diversos estímulos ambientales y reacciones reflejas). Su contribución más importante fue su explicación de la conducta y el aprendizaje fundamentados de manera científica.

Thorndike (1898, 1911, 1913), con sus estudios sobre el aprendizaje de recompensa, así como el condicionamiento instrumental u operante, formuló leyes o principios de comportamiento. La más significativa de estas fue la Ley del efecto, que manifiesta que las consecuencias que proceden a la conducta auxilian al aprendizaje.

Skinner (1904,196) exploró el impacto de varias consecuencias sobre la conducta y ayudó a poner en claro el aprendizaje resultante del tipo de consecuencias y sus diferencias con el condicionamiento respondiente estudiado por Pavlov (p. 849), observó que muchas de las conductas se emiten de manera espontánea y se hallan bajo el control primario de sus consecuencias y le llamó operantes a dichas conductas, debido a que eran respuestas que operaban, es decir que tenían alguna influencia, sobre el ambiente, las conductas operantes se fortalecen o debilitan en función de los eventos que le siguen.

Y por último Watson (1920), quién cristalizó un al conductismo, señalando la aplicación de los principios pavlovianos a los trastornos psicológicos en seres humanos. Según su punto de vista, los conceptos de condicionamiento y método científicos podían aplicarse al estudio de la conducta.

De esta manera el conductismo ha marcado el desarrollo de la psicología experimental y empírica, y que durante el siglo XX reafirmó su importancia, estableciéndose el primer laboratorio de psicología experimental en Alemania por Wundt (1832-1929).

Una prolongación más contemporánea del condicionamiento respondiente al trabajo clínico, la hizo Joseph Wolpe (1958), quien desarrolló un procedimiento para el tratamiento de la ansiedad. Condujo experimentos investigando las reacciones de ansiedad y evitación en animales de laboratorio (gatos). El fenómeno denominado neurosis experimental, un estado inducido de manera experimental, en el cual los animales muestran agitación, desorganización de la conducta y otras señales que se parecen a la ansiedad. La contribución especial fue el desarrollo de un procedimiento para vencer la ansiedad en los gatos y después extender el método al tratamiento en seres humanos con trastornos de ansiedad. Desarrolló la desensibilización sistemática, que es exponer a las personas a una serie graduada de estímulos, para superar la ansiedad, entreno a sus pacientes para que logaran una relajación profunda.

El aprendizaje continúa ocupando un papel central en la modificación conductual contemporánea. En el tratamiento conductual, el conocimiento de diferentes tipos de aprendizaje es esencial para comprender como se desarrolla la conducta y como puede modificarse. Existiendo tres tipos de aprendizaje ya mencionados: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario (observacional) o modelamiento.

De esta forma la modificación conductual es un enfoque de evaluación, valoración y alteración de la conducta, enfocada en el desarrollo de la conducta adaptativa, prosocial y a la reducción de la conducta desadaptativa en la vida diaria, empleada para aumentar la gama de conductas, la cual se abarcara a continuación.

4.3. Características principales de la modificación de la conducta.

Los problemas clínicos se conciben en términos de referentes conductuales abiertos, los síntomas o grupos de síntomas que se presentan juntos se conceptúan primariamente como problemas de conducta. Se centra en la conducta como un fin en sí misma y como un medio para cambiar el afecto y la cognición.

Así la conducta de interés en el contexto puede cambiarse al proporcionar nuevas experiencias de aprendizaje, es por ello que el enfoque ha recaído fuertemente en teorías de aprendizaje e investigación en psicología, de esta manera se han desarrollado diversas técnicas que a menudo se apoyan en tratamientos activos y directivos, se dan instrucciones específicas para los procedimientos que se van a realizar el paciente juega un papel importante en el desarrollo del plan de acción para cambiar la conducta. Las técnicas conductuales no se apoyan firmemente en la relación terapéutica o en procedimientos que implique el hablar de los problemas personales para aliviar la tensión emocional o para desarrollar insight, en lugar de ello, se prescriben experiencias de entrenamiento explícitas o tareas.

La característica central de la modificación conductual es el compromiso con la evaluación y valoración de tratamientos alternativos. Los efectos del tratamiento se evalúan empíricamente, midiendo el impacto sobre el cliente o paciente visto en tratamiento, sea por la observación directa de cómo se desenvuelve la persona en su medio o evaluaciones hechas por otras personas significativas o por medio de autoevaluaciones.

Una vez que el problema ha sido identificado y evaluado de manera cuidadosa, pueden especificarse los procedimientos y metas hacia las que se dirigirán. Por último, se evalúan los efectos del tratamiento para determinar si se han obtenido los resultados deseados, cuando no funciona el tratamiento, el terapeuta puede emplear esta información para modificar el tratamiento y si es necesario, intentar técnicas diferentes.

4.4. Antecedentes de la psicoterapia cognitiva.

Aquí destacan las contribuciones de Aaron Beck (1999) y Albert Ellis (1987) como fundadores del actual cognitivismo clínico, y se debe a Beck el término de psicoterapia cognitiva.

Se pueden mencionar tres fases importantes en la evolución de la terapia cognitiva:

- La primera se inicia a mediados de los años cincuenta con los primeros trabajos de Ellis (1987), en el inicio de los sesenta con Beck (1999) y termina con las primeras críticas hacia el modelo cognitivo desde dentro del modelo, como por ejemplo Mahoney (1983) igualmente en esta fase se aprecia el desarrollo de los modelos cognitivo conductuales por ejemplo los trabajos de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (1974) y los primeros de Meichenbaum (1997) en el entrenamiento en inoculación de estrés.
- La segunda fase inicia en 1981 y en ella se establece, de forma definitiva la terapia cognitiva puesto que los modelos de reestructuración y los cognitivos conductuales aumentan su relevancia y grado de aplicación es la década de ampliación y popularización ya que ha visto su aplicación a prácticamente cada tipo de psicopatología y la profusión de manuales y de libros de autoayuda. Esta es la fase donde se defiende un cambio de paradigma y la apertura de la terapia cognitiva a otros modelos por parte de autores como Guidano y Liotti (1991), Mahoney (1997), Safran y Segal (1994).
- En la tercera fase que se inicia en 1992 hasta la fecha actual se observa una mayor contribución al campo cognitivo de los modelos constructivistas lingüísticos y narrativos y un aumento de las características de las fases anteriores. Lo más importante es la convivencia de dos paradigmas de trabajo cognitivo el clásico o racionalista y el rupturista o evolutivo que corresponderían al modelo modernista y el modelo posmodernista en terapia cognitiva. Actualmente algunas de las características de la terapia cognitiva son bastante posmodernas, mientras que en otras se aprecia una actitud modernista. (Caro, 2003)

4.4.1. El modelo Cognitivo.

Este propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta. El objetivo es un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente para conseguir a partir de allí una transformación duradera de sus emociones y comportamientos.

El tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca producir un cambio cognitivo. La terapia debe planearse para cada individuo existiendo principios subyacentes en toda aplicación de la terapia cognitiva.

1. La terapia se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos. Esto es identificar el pensamiento presente, los comportamientos problemáticos, discriminar los factores desencadenantes que influyen sobre las percepciones, formular hipótesis acerca de situaciones clave en el desarrollo y modelos persistentes de interpretación de circunstancias, de tal forma que aprende a identificar aquellos pensamientos asociados con los sentimientos que perturban al paciente, evaluar y formular respuestas más adaptadas a su pensamiento.
2. La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica. Se debe hacer presente la calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia.
3. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa con el paciente se deciden los temas a trabajar en cada sesión, la frecuencia de las sesiones y las tareas a realizar.
4. La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrado en problemas determinados. Se pide al paciente que enumere sus problemas y que fije objetivos específicos. Se establece un objetivo en términos de comportamiento y se le ayuda a evaluar los pensamientos que interfieren con sus objetivos y a tomar medidas al respecto.

5. La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente. Se debe poner un mayor énfasis en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente. La resolución o el abordaje más realista de las situaciones perturbadoras muchas veces lleva al alivio de los síntomas. La atención puede centrarse en el pasado en tres circunstancias cuando el paciente exprese una fuerte predilección por hacerlo, cuando el trabajo centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo conductual y emocional o cuando el terapeuta considera que es importante comprender como y cuando se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad.
6. La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas. El terapeuta le ayuda al paciente a establecer objetivos, identificar y evaluar sus pensamientos y creencias y a planificar sus cambios de conducta y a demás le enseña cómo debe hacerlo. A fin de que pueda aprovechar su comprensión de las cosas aun después de haber finalizado la terapia.
7. La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo, regularmente después de aliviar los síntomas, facilitar la remisión del trastorno, ayudar al paciente a resolver los problemas y proporcionarle herramientas para que trate de evitar recaídas. La frecuencia depende del avance del paciente y se establecen sesiones de refuerzo por un periodo determinado. Se va incrementando la distancia ente las sesiones. A algunos requieren de mayor tratamiento dado que sus progresos no son suficientes en caso en que las creencias son importantemente disfuncionales, muy rígidas y que presenten modelos de comportamiento que contribuyen a un malestar crónico.
8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas sin importar cual sea el diagnostico o la etapa de tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión. Al seguir un formato fijo, la terapia resulta mejor comprendida tanto por el paciente como por el terapeuta y se aumenta la posibilidad de que una vez concluido el tratamiento pueda practicar la autoterapia.

9. La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia. El terapeuta ayuda a paciente a centrarse en un problema específico, a identificar su pensamiento disfuncional preguntándole lo que pasa por su mente al evaluar la validez de su pensamiento mediante el examen de evidencia que parece avalarlo y la que parece contradecirlo y a diseñar un plan de acción.

El terapeuta se vale de un amable cuestionamiento socrático y le ayuda a determinar la precisión y la utilidad de sus ideas mediante una revisión cuidadosa de los datos, en otras ocasiones se utiliza el descubrimiento guiado, un proceso en el cual se sigue interrogando al paciente acerca del significado de sus pensamientos para develar las creencias subyacentes que tiene sobre si mismo del mundo y de los demás. También mediante preguntas va guiando en la evaluación de la validez y la funcionalidad de sus creencias.

10. La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. Si bien las estrategias cognitivas, tales como el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado son muy importantes en esta terapia, también se utilizan técnicas que provienen de otras orientaciones terapéuticas. El terapeuta selecciona las técnicas según el planteamiento de cada caso y los objetivos que establece para cada sesión.

Dichos principios se aplican a todos los pacientes, sin embargo, la terapia varía considerablemente según los casos, la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. El énfasis que se da al tratamiento depende del trastorno particular. En el caso de la ansiedad se enfatiza la reevaluación del riesgo en ciertas situaciones y los recursos a los que el paciente puede apelar frente a la amenaza.

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de la persona. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan estas situaciones.

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten. La respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación.

A partir de la infancia las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas creyendo que es así como las cosas son. Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de creencia, son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los pensamientos automáticos que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona son en cambio, específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición.

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas, estas creencias influyen en la forma de ver una situación y esa visión a su vez influye en el modo como se piensa, siente y comporta.

El origen de las creencias centrales y las intermedias se puede explicar desde las primeras etapas de su desarrollo, las persona tratan de comprender su entorno. Necesitan organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan. Su interacción con el mundo y con los demás las lleva a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad. Las creencias disfuncionales pueden ser desaprendidas y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad más funcionales.

Inicialmente el tratamiento implica mayor énfasis en los pensamientos automáticos que son conocimientos más cercanos a la conciencia. Luego el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen a estos en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resulten relevantes son evaluadas de distintas maneras y más tarde, son modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de sus percepciones de los hechos. Esta modificación más profunda de creencias fundamentales disminuye las posibles recaídas. (Beck, 2000)

Beck (2000), menciona que la terapia cognoscitiva comparte características importantes con la terapia de la conducta.

Mahoney y Arknoff en 1978 (citados en Caballo, Ellis y Lega, 1997. Pág. 6 y 7), proponen tres clases principales de terapias cognitivo-conductuales:

1. Los métodos de reestructuración cognitiva, que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos.
2. Las terapias de habilidades de afrontamiento, que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes; y
3. Las terapias de solución de problemas, que constituyen una combinación de los 2 tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar con (solucionar) un amplio rango de problemas personales, insistiendo en la importancia de una activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.

De esta manera la terapia Cognitivo – conductual incorpora dentro de sus técnicas de tratamiento tanto intervenciones de tipo conductual (intentos directos de disminuir las conductas, y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo).

Es un modelo de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia, de cómo los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre interactúan para dar paso a un estilo de vida.

Los psicólogos cognitivos conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; este se origina a través de la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo, fomentando la confianza en uno mismo y la autoestima. (Caballo, Ellis y Lega, 1997) En la terapia cognitiva se educa al paciente con un método alternativo y más objetivo para comprender sus problemas. (Beck, Wright y Newman, 1999)

Como ya se menciona la terapia cognitivo- conductual se basa en que es posible cambiar el comportamiento a través de la aplicación sistemática de principios de aprendizaje científicamente inferidos (Smith, 1990). De esta forma, para corregir las conductas desadaptativas, las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos, se utiliza una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales.

4.5 Técnicas cognitivo - conductuales.

Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora" de los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta. (Heman y Oblitas, 2005)

El mensaje es que los pensamientos están implicados en la ansiedad y en la acción y que por medio del entrenamiento modificaran los pensamientos ansiosos y habrá también una modificación de la acción.

Riggio y Zimmerman, (1991, citados en Jiménez y Vázquez, 1998) afirman que “el incremento de la competencia social facilita un manejo más satisfactorio de las situaciones interpersonales y, presumiblemente, el logro de mayores niveles de apoyo social”. (p. 134)

Como señala Caballo (1993), “un aumento de la habilidad social podría favorecer y aumentar la red social que rodea al individuo” (p. 116)

Por lo tanto, las técnicas conductuales, son muy útiles para tratar diversos trastornos como son depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc. donde algunas técnicas serian: la relajación, el entrenamiento asertivo; las habilidades de relajación sistemática y progresiva de varios músculos así como la respiración controlada; que proporcionando a la persona habilidades conductuales para afrontar situaciones potencialmente estresantes mediante el aprendizaje directo en la expresión y comunicación de una manera más adaptativa. De esta manera el incremento de las habilidades sociales desarrollará en las personas más sensación de competencia. (Beck, et al, 1999)

La aplicación de estas técnicas pueden ser llevadas a cabo de manera individual o grupal, dadas las características del fenómeno de estudio esto se realizará por medio de un taller buscando un mayor alcance al trabajar con su grupo de individuos en donde el objetivo principal es que los participantes adquieran destrezas en el manejo de su ansiedad y puedan cohabitar con sus congéneres, así pues, es necesario establecer en un primer momento la diferencia entre un taller y psicoterapia grupal.

4.6 Diferencia entre taller y terapia de grupo.

Para Alonso (1995), un taller difiere de la terapia de grupo, ya que este último, se enfoca a los patrones personales sanos, enfermos de pensamiento, sentimiento y acción en general, mientras que un taller se relaciona con el trabajo del participante, basándose en su salud y en su deseo de aprender y de aplicar este aprendizaje al ambiente.

Y de esta manera mezcla la teoría, experiencia y aplicación, proporcionando la oportunidad para experimentar uno o más de los conceptos y entonces, ofrece una ocasión de aplicar tanto los conceptos como la experiencia a las situaciones de la vida real.

Para Prado y Santos (2004), un taller es un espacio dinámico y flexible para el trabajo colectivo donde evitando supuestos obstaculizadores y a partir de la reflexión, el intercambio de saberes y experiencias se construyen conocimientos que permiten superar o enfrentar situaciones problemáticas, poniendo en juego habilidades personales como la disposición, creatividad, tolerancia, compromiso y autonomía, que fortalezcan las potencialidades grupales e individuales, generando productos que redimensionen la práctica docente. Intervienen dos partes, el coordinador y los participantes donde cada uno juega roles específicos. (Citados en Ruiz, 2004)

Lespada (1989), menciona que el taller es una técnica operativa del proceso de aprendizaje – enseñanza mediante la acción, a realizarse sobre un proyecto concreto de trabajo.

En el taller es importante tomar en cuenta los conocimientos previos y es necesario que haya un producto tangible como culminación del mismo. Como resultado el taller debe generar productos, es decir acciones tecnicometodológicas innovadoras en las conductas individuales o grupales; estas deben ser útiles, tangibles, aplicables y evaluables.

En base a lo anterior, se plantea la aplicación de un taller con enfoque cognitivo conductual sustentado en el estudio efectuado por Emmelkamp y Kuipers en 1985 (citados en Kaplan y Sadock, 1998), el cual lo consideraron como eficaz en la reducción de ansiedad, en este, la presencia de otros sujetos supone, una oportunidad para el terapeuta de observar y para los sujetos, la posibilidad de poner en práctica nuevas habilidades sociales y de interacción con otros compañeros en un entorno de protección, además de la oportunidad de reaprender y practicar conductas y cogniciones, a medida que responden a las demandas grupales en continua evolución, se aporta feedback y consejos, como resultado, los pacientes desarrollan importantes habilidades de liderazgo.

Con ello y por medio del taller, se plantea el reforzar el tratamiento implementado, centrándose en la empatía, desarrollo de habilidades sociales, la asertividad enfocada a la solución de problemas y toma de decisiones, también como una forma de percibir al psicólogo como una autoridad con la que puede mantener una relación adecuada ya que, como señala Silva (2003b), la imagen de autoridad despierta resentimiento, ira, deseos de venganza y la promesa de no someterse jamás ante una figura de autoridad que solo busca relegarlo, esto se subraya como importante pues el interno asocia con facilidad el desajuste perceptual hacia toda figura de autoridad.

Otro punto a destacar dentro de los objetivos del taller, es mediar el impacto emocional que la experiencia de reclusión marca en los delincuentes ya que se cuenta con registro (Silva, 2003a), de que se presenta introversión, alejamiento y mala comunicación, bajo nivel de estimulación por parte de la institución, el estrés generado por la sobrepoblación, el impacto de los modelos frecuentes de la conducta desviada, enfermedades, infecciones, auto mutilaciones, intentos de suicidio y estar conscientes que la interacción se basa en el medio, frustración, sobrecarga cognitiva y la densidad social, que es en cierto grado más crítica que la densidad espacial.

Ayudando a los pacientes, generalmente, aprenden a ayudarse a sí mismos de forma más eficaz que cuando son receptores únicos de una terapia particular, otra característica exclusiva de este tipo de terapia, es la oportunidad de refuerzo a través de los compañeros. El refuerzo es una habilidad muy útil en sociedad; algunos autores sugieren que, a medida que las personas aprenden a reforzar a los demás, son reforzados recíprocamente, y se incrementa la afinidad mutua. (Goldstein, 1996, citado en Kaplan y Sadock, 1998)

De esta manera las técnicas conductuales son útiles en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La relajación y el entrenamiento en asertividad (Alberti y Emmos, 1974; Coller y Ross, 1978, Citados en Flores, 1989), por ejemplo, proporcionan a la persona habilidades conductuales para afrontar situaciones potencialmente estresantes.

Existe una gama amplia de técnicas a reaprender por el sujeto, de acuerdo a Lazarus quien junto con Folkman en 1986, definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivo y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, se define (el afrontamiento) en función de lo que una persona piensa o hace, y no en términos de adaptación, dominio del entorno o resultados. (Buela-Casal, Caballo, 1991)

Es importante mencionarlo dado que Lazarus (1971) y sus colaboradores han enfocado su trabajo en el estudio del afrontamiento a estrés y ansiedad. (Brody y Ehrlichman, 2000) El distinguió dos tipos de afrontamiento, el centrado en el problema, es decir, que resuelve la causa del problema y es sensible a los factores contextuales. Y el afrontamiento centrado en las emociones, es decir, que resuelve los sentimientos acerca del problema, mas influido por los factores personales. En este sentido, se emplean técnicas en de asertividad las que comprenden aprender directamente a expresarse y comunicarse de manera adaptativa como resultado del incremento de habilidades, las personas desarrollan incremento en la sensación de competencia, en cuanto a las habilidades de relajación comprenden la relajación sistemática y progresiva de varios grupos musculares y respiración controlada, que permiten al individuo estar físicamente más confortable en los momentos de estrés fisiológico.

La combinación del entrenamiento de estas dos técnicas favorece el control fisiológico y las herramientas para mantener una comunicación esencial, ante ello se exploraran la definición de diversos autores sobre el procedimiento.

4.7. Habilidades sociales.

Se parte de la definición de Agyris (1965) (citado en Flores, 1989), el cual, hace referencia a la habilidad social como: “esos comportamientos interpersonales que contribuyen a la efectividad individual como parte de un gran grupo de individuos”.

Blanco (1983), define habilidad social como la capacidad que posee la persona para realizar acciones sociales, que son identificables en la conducta interactiva.

Cuando se habla de habilidad social se refiere a aquellos repertorios conductuales en el individuo que le posibilitan una interacción con una alta probabilidad de reforzamiento en una gran variedad de circunstancias. (Flores, 1989)

Sullivan (1974) enfatizó la relación existente entre la personalidad y las relaciones sociales del individuo, por lo que, los desordenes mentales eran un reflejo de las relaciones interpersonales inapropiadas.

“El entrenamiento en Habilidades Sociales es un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas derivadas de las teorías del aprendizaje social, de la psicología social, de la terapia de la conducta y de la modificación de conducta, y que se aplica para que las personas adquieran habilidades que les permitan mantener interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas sociales de su vida”. (García, Trujillo y Rivera, 1992, p. 70)

Existe un amplio consenso sobre la importancia de las habilidades sociales para el mantenimiento de la salud física y mental y para la prevención de problemas mentales y somáticos (Lazarus, Folkman, 1986). El entrenamiento en habilidades sociales sería conveniente para aquellos individuos que padecen estrés y ansiedad debido a su incapacidad para tratar eficazmente con las demás personas de su ámbito social. (Simón, 1993)

4.7.1. Entrenamiento asertivo.

El entrenamiento asertivo constituye una habilidad social conformada por una mezcla de psicología cognoscitiva y conductista, implicando la personalidad de un individuo con ansiedad e insuficiencias que lo aquejan y que siendo instruido asuma un papel que le proporcionará una mejor interacción en su medio.

La asertividad es la capacidad de los individuos de exigir y hacer valer sus derechos, expresando lo que siente, cree y desea, de forma directa y honesta y de manera apropiada, respetando los derechos de los demás. (Jakobowski y Lange, 1978)

Wolpe (1958), define a la asertividad como la expresión adecuada dirigida hacia otras personas, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad.

Para Dawley y Wenrich (1976), la emisión de una conducta asertiva pretende decrementar la ansiedad y hostilidad e incrementar el entendimiento personal y la habilidad para establecer relaciones cercanas significativas. (citado en Flores, 1989)

Lazarus (1971), sostiene una aproximación semejante a la de Wolpe (1958), y define a la conducta asertiva en términos de que sus componentes que pueden dividirse en cuatro patrones de respuestas específicas:

1. La habilidad de decir "no".
2. La habilidad para pedir favores y hacer demandas.
3. La habilidad para expresar sentimientos positivos y negativos.
4. La habilidad para iniciar, continuar y terminar conversaciones generales.

Finalmente Jakubowski y Lange (1978), postulan que actuar asertivamente significa valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada respetando los derechos de la otra persona. La asertividad involucra la declaración de derechos personales expresando sentimientos y creencias, que no violan los derechos de otras personas. Estos autores subdividen la conducta asertiva en empática, simple y confrontativa.

En la empática, el asertivo desea participar con cierta sensibilidad, lo que transmite la otra persona a través de sus necesidades y sentimientos. Interesándose por lo que la otra persona manifiesta. En la **asertividad simple**, la interacción es gradual y se expresa ante situaciones que requieren un mínimo de respuesta asertiva, llevada a cabo con mínimo esfuerzo. La **asertividad confrontativa** aparece cuando las palabras de otra persona contradicen abiertamente los hechos.

Aquí el asertivo menciona lo que la otra persona dice haber dicho o hecho y lo que quiere en este momento y lo confronta con los hechos, tal como lo percibe el.

Como se observa algunas de las definiciones respecto a la asertividad se centran en la expresión emocional del autodescubrimiento de la autoafirmación y de la autovaloración personal, otros autores se centran en la expresión de sus derechos, su autoafirmación en un medio social. De esta no existe un consenso en una definición operacional.

De acuerdo a Barreto (1985), la conducta general, puede clasificarse en tres tipos: a) conducta asertiva (antes explicada), b) conducta no asertiva, y c) conducta agresiva.

Wolpe (1958), sugiere que la conducta no asertiva, es causada por la ansiedad la cual inhibe la capacidad de respuesta del individuo, existiendo el supuesto implícito de que el sujeto no asertivo es consciente de lo que debe decir y hacer, pero su expresión total está bloqueada. Sin embargo, también se indica en otras investigaciones que para la mayoría de las personas que no evidencian interacción apropiada, las respuestas verbales y no verbales relevantes, nunca han sido aprendidas. También sostiene, que el paciente con falta de asertividad, esta inhibido en la ejecución de una conducta normal debido a un miedo neurótico y que por lo tanto no se atreve a decir o hacer cosas que parecen razonables.

La conducta agresiva comprende la expresión directa y hostil de los derechos personales por medio de pensamientos, sentimientos y creencias, en forma frecuentemente deshonesto, usualmente inapropiada y siempre violentando a los demás (Jakubouskis y Lange, 1978). Así, la meta del agresivo es la del dominio y la ganancia, forzando a la otra persona a que siempre pierda. Esta ventaja es impuesta con humillación, degradación, despreciando o abrumando al otro, que progresivamente se debilita perdiendo posibilidad de expresarse y defenderse.

Por lo tanto Wolpe (1958), consideró que el entrenamiento asertivo es aplicable para descondicionar hábitos de respuesta de ansiedad, que se presentan ante personas con las se interactúa.

Este autor consideró que el entrenamiento asertivo es una herramienta apropiada cuando el paciente ha inhibido la ejecución de una conducta “normal” debido a un medio neurótico. Es como en base a este autor se retoma como un método aplicable de entrenamiento a los internos del C.P.R.S. Neza Bordo.

Para Eisler (1976), las metas del modelo asertivo son enseñar al individuo formas más efectivas de interactuar con otras personas, ayudar al individuo a desarrollar repertorios de respuesta más funcionales para enfrentarse con individuos específicos en su ambiente.

Así, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad de la persona para adoptar esa conducta de manera socialmente apropiada. De esta manera al incrementar la asertividad beneficiará:

1. En inspirar en la persona un mayor sentimiento de bienestar.
2. Y que la persona sea más capaz de lograr recompensas sociales (así como materiales) significativas, obteniendo mayor satisfacción en la vida.

De tal manera el entrenamiento asertivo presenta una esperanza para individuos que se involucran en frustrantes episodios de agresión impulsiva y antisocial. Ya que se enseñara un individuo a ser asertivo antes que agresivo.

La tensión muscular forma parte de los componentes de la ansiedad, por tanto al retomar la habilidad de la relajación como parte de otro mecanismo generalmente automático e involuntario, puede ayudar a que el sujeto aprenda a controlar voluntariamente, la respiración o los pensamientos que generan ansiedad.

4.7.2. La relajación.

La tensión y la relajación son estados del organismo que corresponden a dos partes del sistema nervioso autónomo: el simpático y el parasimpático. Cuando se está nervioso, asustado, enfadado, etc., se encuentra bajo el control del sistema nervioso simpático. Es el llamado sistema de alarma, lucha, huida o emergencia.

Su activación implica una serie de cambios fisiológicos entre los que se incluye la tensión muscular. Por el contrario, cuando se está relajado, es el sistema parasimpático el que reduce la respiración, ésta se vuelve más lenta, la tensión muscular disminuye y se nota una sensación de relajación, o incluso de pesadez muscular. Por tanto, si se está relajado no se puede estar tenso a la vez.

Como la tensión muscular forma parte de la reacción de ansiedad, y la relajación muscular forma parte de la reacción de relajación, se puede avanzar desde la ansiedad hacia la relajación, centrándose en cambiar la tensión muscular por la relajación muscular. Y con esto damos paso a la explicación de la respiración diafragmática.

4.7.3. Respiración diafragmática.

De esta manera la técnica de respiración diafragmática enseñara a los internos una manera saludable de respirar mediante una modalidad de respiración lenta y profunda, la cual, al practicar frecuentemente se puede corregir. (Domínguez, 2002) Las investigaciones han demostrado que existe relación entre los sentimientos de ansiedad y la respiración rápida y superficial, y como se mencionó difícilmente se puede físicamente estar ansioso mientras se respira de manera profunda, lenta y regular.

El diafragma es el músculo más eficiente para respirar. Es un músculo grande, en forma de domo localizado en la base de los pulmones. Sus músculos abdominales ayudan a mover el diafragma y darle más poder para vaciar sus pulmones. El entrenamiento en respiración diafragmática proporciona una mejor oxigenación de la sangre, teniendo efectos directos en el mantenimiento y estabilización, también inhibe el habla interna estresante, debido a que el esfuerzo mental por mantener dicho patrón respiratorio aparta la atención de pensamientos estresantes negativos.

Los fenómenos comunes durante el estado de relajación son: disminución del tono muscular, respiración más lenta, profunda y rítmica, enlentecimiento y mayor regularidad del ritmo cardiaco, aumento de la resistencia epitelial galvánica y disminución del número de respuestas espontáneas no específicas. (García, Trujillo y Rivera, 1992)

4.7.4. Entrenamiento de relajación progresiva.

A principios del siglo XX el médico y psicólogo Edmund Jacobson (1938) desarrolló la relajación progresiva, donde supone el entrenamiento de los sujetos para que logren detectar y reconocer niveles de tensión muscular cada vez más sutiles y permanezcan relajados durante el resto del día. Aquí la premisa es que la tensión muscular se relaciona con la ansiedad y que el individuo experimentará una confortante y marcada reducción de la ansiedad sentida si se puede lograr que los músculos tensos se aflojen y se pongan flácidos donde cada sesión el sujeto debe generar la mejor cantidad de tensión posible y después soltarla, aquí se enseñara relejar grupos de músculos, cubriendo al final los músculos de todo el cuerpo. (Smith, 1990)

Siendo este un procedimiento largo, se han ido acortando el número de sesiones así, como el trabajo con el número de músculos. Wolpe, considera importante que se logre un nivel de relajación considerable en la primera sesión, creando la tensión con esfuerzo y luego soltándola, llegando a trabajar con 16 grupos de músculos. En el proceso se van combinando los grupos de músculos hasta que finalmente, el sujeto puede, por si mismo, detectar y relajar (Smith, 1990),

Se pretende enseñar a los internos el entrenamiento básico de relajación muscular progresiva de Jacobson, con el objetivo de que la relajación facilita el drenado emocional, al disminuir los síntomas relacionados con la ansiedad. Esta práctica psicocorporal es muy enriquecedora ya que en ella la persona aprende a conocer y toma conciencia de cada parte de su cuerpo y grupo muscular, es una manera de empoderarse de su “yo físico”. (Ruiz, 2004)

Se enseñará al interno a identificar las situaciones ansiosas, estresoras y como a su vez estas tienen efectos a nivel corporal, manifestándose en tensión muscular, la cual puede ser causante de algunos padecimientos físicos. Inicialmente se entrenará al interno a que hallándose en la situación más cómoda posible, es decir con ropa floja, sin cruzar piernas ni brazos, retirará gafas y con ojos cerrados y sin hablar a menos que haya dudas al respecto, aprenda a identificar y diferenciar entre tensión y distensión muscular.

Estos ejercicios, de tensión y distensión muscular se aplicaran para cada grupo muscular, desde los músculos de la cara, cuello, tórax, brazos, abdomen, bajo vientre, piernas, pies, dedos.

El ser humano no es un ser aislado es producto de sus relaciones con los demás, de esta manera es un ser social, por ello los psicólogos sociales se han encargado de estudiar al ser humano y su relación con su medio. Por lo que las habilidades sociales antes mencionadas contribuirán en un posible proceso de socialización adecuado para el sujeto próximo a incorporarse a una sociedad.

CAPITULO V. METODOLOGIA

Planteamiento del problema

¿Es posible que por medio de un taller cognitivo conductual disminuya la ansiedad en presos preliberados del C. P. R. Neza – Bordo?

Objetivos

Objetivo general: Decremento de la ansiedad en presos preliberados del C.P.R.S Neza – Bordo, por medio de un taller con enfoque cognitivo conductual.

Objetivo particular: Decremento de las conductas no prosociales.

Hipótesis

Hipótesis conceptual: Silva (2003a), expone la aparición y el mantenimiento de conductas antisociales originadas por la ansiedad ante la reinserción del sujeto a su medio social.

Hipótesis de trabajo: Si se aplica un taller para el manejo de ansiedad a los reclusos del C.P.R.S. Neza - Bordo, entonces las conductas antisociales se verán decrementadas.

Variables

Variable Independiente: Habilidades Sociales.

Definición Conceptual: Habilidad Social: Referida a aquellos repertorios conductuales en el individuo que le posibilitan una interacción con una alta probabilidad de reforzamiento en una gran variedad de circunstancias. (Flores, 1989)

Definición operacional: Practica de conductas prosociales, que ayudan a favorecer la convivencia y la coexistencia en un grupo social, por medio de técnicas como: entrenamiento asertivo, respiración diafragmática y relajación progresiva, dirigido a 50 internos preliberados del C.P.R.S. Neza – Bordo.

Variable dependiente: Ansiedad.

Definición conceptual: Para Epstein (1972) la ansiedad es un estado desagradable de excitación difusa que sigue a la percepción de amenaza, para él, donde el nivel alto se mantiene porque el sujeto es incapaz de conseguir una conducta resolutive.

Definición operacional: Puntaje del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Variable externa: El ruido de voces en el exterior de la sala de terapia grupal.

Población

El taller para el manejo de ansiedad se dirige a 50 internos del sexo masculino, del fuero común, sentenciados en C. P. R. S. Neza - Bordo.

Muestra

El taller para el manejo de ansiedad originada por la reinserción social en el reclusorio del C.P.R.S. Neza Bordo. Utilizara una muestra de 50 sujetos de sexo masculino entre 20 y 45 años de edad y que son determinados como preliberados considerando las listas que el Consejo Técnico proporcione. Siendo una muestra intencional. (Kerlinger, 2001)

Muestreo

Se utilizara un muestreo propositivo ya que esta se caracteriza por el uso de juicios e intenciones deliberadas para obtener muestras representativas al incluir áreas o grupos que se presume son típicos en la muestra. (Kerlinger, 2001)

Diseño de investigación

Se utilizara un diseño Pre – Experimental, G O1 X O2. (Kerlinger, 2001). El tipo de estudio será correlacional, el cual, a una misma muestra se le aplican dos pruebas en diferentes ocasiones (antes – después). (Pérez, 1987)

Escenario

Sala de terapia grupal en el área de psicología dentro del C.P.R.S. Neza - Bordo.

Instrumento

Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE).

Descripción del Inventario de Ansiedad: Al evaluar la efectividad de dicho taller se utiliza el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). El cual está constituido por dos escalas de autoevaluación para medir dos dimensiones: ansiedad rasgo, que se refiere a las diferencias individuales, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado, también llamadas motivos y que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activa y la ansiedad estado, en la que explica como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, conscientemente percibidos, y por aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Es un instrumento que puede ser autoadministrable, individual o colectivamente, sin límite de tiempo. Las instrucciones vienen impresas en las hojas de protocolo. La puntuación varía de 20 a 80, de acuerdo a sus respuestas dentro de cuatro categorías para cada escala

Este inventario está constituido por dos escalas de autoevaluación para medir dos dimensiones de la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Cada escala consta de 20 afirmaciones. (Spielberger y Diaz Guerrero, 1979).

La ansiedad rasgo permite que los sujetos describan como se sienten “generalmente”, mientras que la escala ansiedad estado facilita que los sujetos externen como se sienten en un “momento dado”.

Material

Inventario IDARE, lápiz, bancas.

Inventario IDARE

Este inventario está constituido por dos escalas de autoevaluación para medir dos dimensiones de la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Cada escala consta de 20 afirmaciones, que los participantes deberán graduar en una escala tipo liker.

Se utilizarán 2 lápices del número 2 por cada sujeto, bancas de estructura metálica, con asiento y respaldo de madera.

Procedimiento

El área de psicología canaliza a la población propuesta para el tratamiento de prelibertad después de haber sido aprobado favorablemente por el consejo Técnico Interdisciplinario. Posteriormente se dividirá en cuatro etapas las cuales se describirán a continuación:

1. A los sujetos preliberados se les realizará una primera aplicación del Inventario de ansiedad IDARE. Se procederá a la captura de los resultados en un programa estadístico y se realizará el análisis correspondiente.
2. Se aplicara el taller para la adquisición de técnicas cognitivas conductuales. Constara de un total de 12 sesiones. Con duración tentativa de 90min. Pudiendo ajustarse a las necesidades de los participantes y de la institución. Enseñando las técnicas cognitivo conductuales de manejo de ansiedad. La primera será relajación (respiración diafragmática y progresiva). La segunda técnica a emplear será entrenamiento asertivo y habilidades sociales.
3. Segunda aplicación del Inventario de ansiedad IDARE. Se realizara la segunda captura de los resultados a un programa estadístico y se realizara el análisis correspondiente.
4. Finalmente se procederá a la captura de los resultados en un programa estadístico (SPSS, Ver 15) y posteriormente se realizara el análisis correspondiente.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se iniciará este apartado con una breve descripción de las características sociodemográficas.

La muestra del presente estudio constó de 50 internos que oscilan entre los 20 y 40 años de edad, que tuvieron una media (de edad) al ingresar de 23.44 años y al ser externados de 27.08.

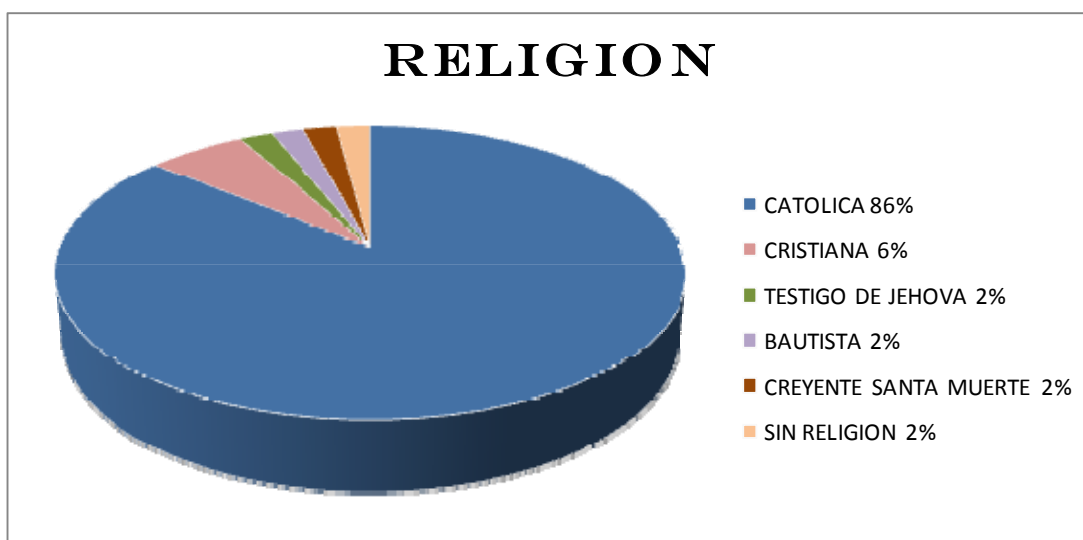


GRAFICO 1. Enseña que 43 (86%) de los integrantes de la muestra son Católicos, 3 (6%) son de religión Cristiana, 1 (2%) Testigo de Jehová, en la misma proporción Bautista, creyente de la Santa Muerte y sin religión.



GRAFICO 2. El estado civil de los integrantes de la muestra se conforma de la siguiente manera: 21 (42%) viven en unión libre, 14 (28%) son solteros, 10 (20%) separados, casados 4 (8%) y 1 (2%) viudo.

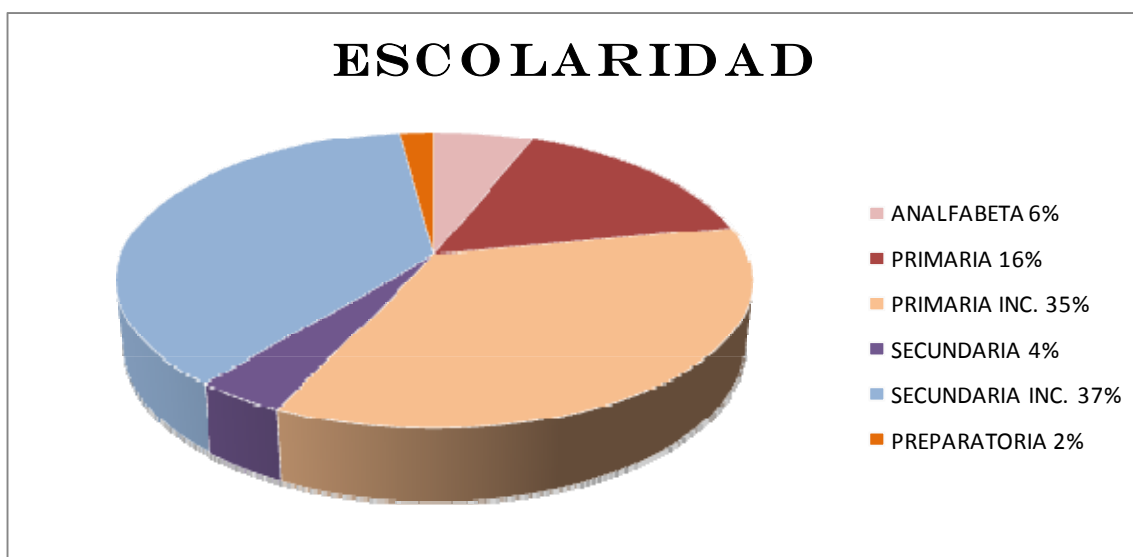


GRAFICO 3. La escolaridad de los integrantes de la muestra se distribuyo de la siguiente manera, 19 (37%) contaba con secundaria incompleta, 17 (35%) primaria incompleta, 8 (16%) con primaria terminada, 3 (6%) analfabetas, 2 (4%) con secundaria terminada y 1 (2%) con preparatoria.

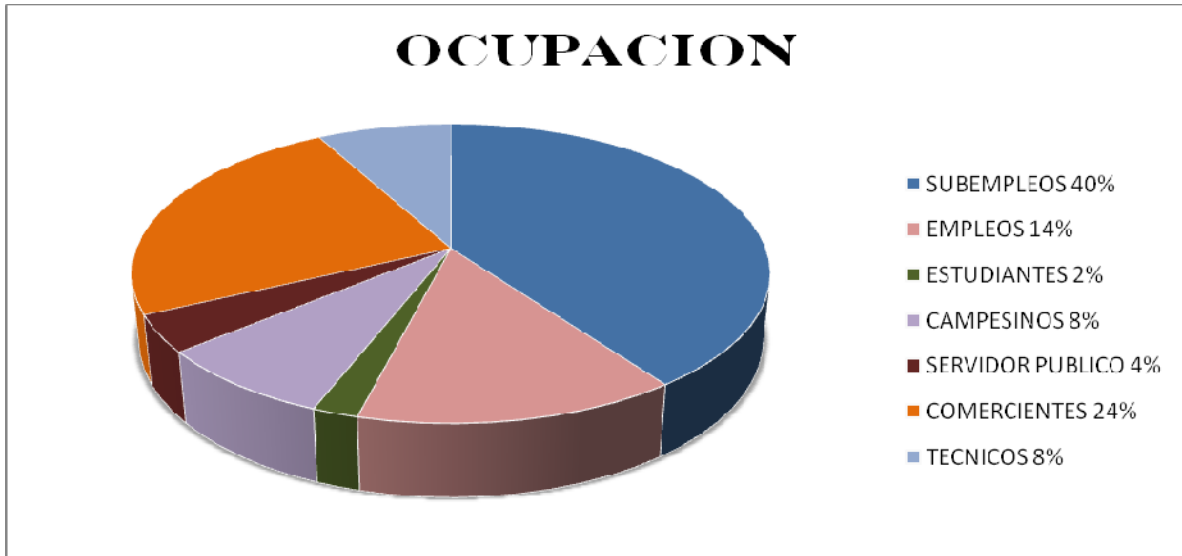


GRAFICO 4. En cuanto a su ocupación 20 (40%) sujetos eran subempleos, 12 (24%) comerciantes, 7 (14%) empleados, 4 (8%) campesinos, 4 (8%) técnicos, 2 (4%) servidores públicos y 1 (2%) estudiante.

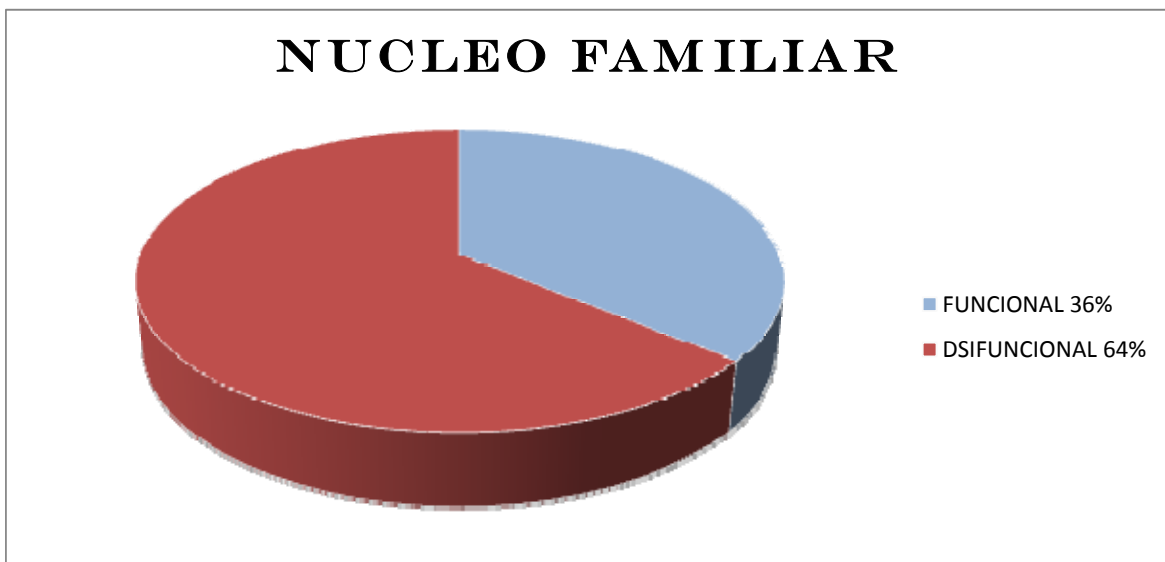


GRAFICO 5. 32 (64%) de los integrantes la muestra provenían de un núcleo familiar disfuncional y 18 (36%) de un núcleo familiar funcional.

ABUSO DE SUSTANCIAS

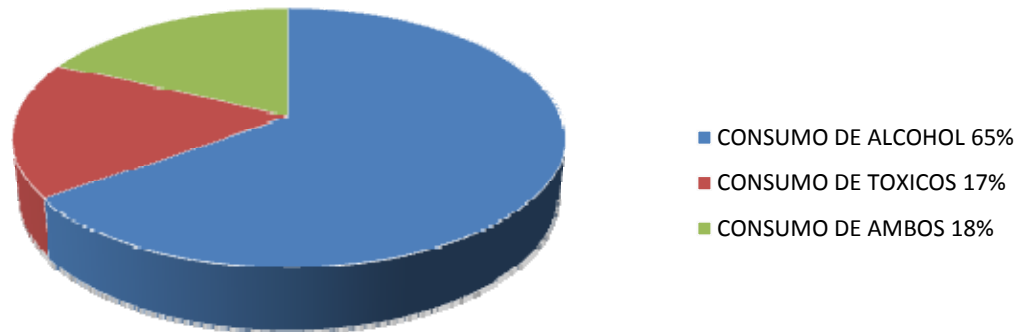


GRAFICO 6. En relación al abuso de sustancias psicoactivas, 33 (65%) reportan consumir alcohol, 8 (17%) consumo de tóxicos y 9 (18%) consumo de ambos.

TIPO DE DELITO

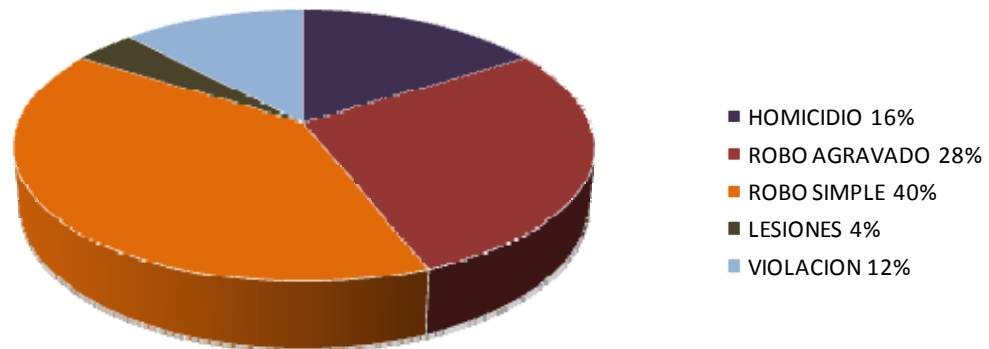


GRAFICO 7. Muestra que 20 (40%) de los sujetos esta detenidos por el delito de robo simple, 14 (28%) acusados por robo agravado, 8 (16%) por homicidio, 6 (12%) por violación y 2 (4%) por lesiones.

A continuación se llevó a cabo un análisis estadístico de los datos a través del paquete para Ciencias Sociales SPSS para PC, versión 15 de la siguiente manera:

Se realizó un análisis inferencial a través de la estadística no paramétrica, utilizando la prueba no paramétrica de Wilcoxon con pretest - posttest, identificándose que existe una diferencia significativa de .05 en la media de los datos obtenidos en la aplicación del IDARE en el pre y posttest.

Tabla1. Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
pretest	50	2.5465	.08497	2.38	2.70
posttest	50	2.2525	.09425	2.00	2.43

Tabla1. Muestra la diferencia entre las medias del pretest y posttest respecto a la escala de ansiedad estado y ansiedad rasgo

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Tabla2. Estadísticos de contraste ^a

	posttest– pretest
Z	-6.930
Sig. asintót. (bilateral)	.000

a Prueba de los signos

La tabla 2, indica la existencia de una diferencia estadísticamente entre el pretest y posttest del inventario IDARE, al existir una $Z = -6.930$ con una $p < .05$.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES.

El análisis de los datos se realizará considerando los elementos de la teoría cognitivo - conductual en conjunto con los datos obtenidos después de la aplicación del taller donde se pretendía la reducción de la ansiedad y las dificultades significativas al realizar este trabajo.

Varios autores (Silva, 2003, Cooke, Balwin y Howinson, 1990, D' Zurilla, 1986, Mackenzie y Goodstein, 1985, Mestre y del Barrio, 1986, Morales, 1988, Vega y Silverman, 1990), han puntualizado la presencia de síntomas de ansiedad en el medio penitenciario. De acuerdo a ellos, la ansiedad carcelaria se caracteriza por tensión, irritabilidad, adormecimiento, pesadillas, falta de habilidad para pensar claramente y poder concentrarse, así como el miedo a perder el control de la situación. Las sensaciones antes referidas fueron corroboradas verbalmente por los sujetos ya que mencionaban que trataban de huir de cualquier motivo que hiciera peligrar su próxima salida.

Los sujetos preliberados entonces denotaban una sensación de vulnerabilidad ante su medio, que de acuerdo a Beck (1999), una situación tiende a desencadenar la ansiedad si el individuo se considera a sí mismo como vulnerable ante un acontecimiento o situación amenazante, acompañada de síntomas somáticos de tensión. Dentro del CPRS Neza – Bordo, meses antes de aplicar el taller se dio la situación de motín lo que pudo detonar la ansiedad, a si mismo, la preocupación por su proceso penal, de esta manera se pudo percibir a los sujetos con mayor disponibilidad de trabajo.

Algunos de los pensamientos recurrentes de los reclusos, fueron el hecho del cómo resolver posibles conflictos con su familia (pareja, hijos, padres y hermanos), por ejemplo en la educación de un hijo, el cómo expresar alguna solicitud o demanda, sin que refleje una agresión, a manera que las soluciones ofrecidas por él no sean cuestionadas o situaciones estresantes dentro de su medio laboral, observando la carencia en sus habilidades sociales, al respecto Silva(2003a), menciona que los reclusos tienen un auto concepto negativo, locus de control externo y alta impulsividad, por lo que, lleva a reaccionar con enojo posiblemente con violencia.

Por lo tanto, es importante que los programas de preliberación consideren la adquisición de conductas prosociales, ya que como Silva (2003), señala si no se da prioridad a modelos de este tipo de conductas alternativas, las delictivas solo se suprimirán temporalmente o resurgirán, ante esto resulta importante implementar en los sujetos habilidades sociales, que permitan una mejor habituación al medio y con ello el decremento de los niveles de ansiedad.

De acuerdo con Cooke, Balwin y Howinson, (1990), la frustración, la irritación, la agitación, sentimientos de desesperanza, la depresión y hasta la concepción del medio penitenciario como humillante, son aspectos que dificultan la capacidad en solución en problemas y si a esto se agrega que se dio el consumo de alcohol en un 65% de la muestra, un 17% consume cigarro u otra droga y el 18% consume ambos, en consecuencia se da un aumento de ansiedad. Pero considerando a la teoría del aprendizaje, las personas funcionan tomando en cuenta la influencia de su propia motivación y conducta dentro de un sistema de relación a interactuantes, siendo importante la capacidad de anticipación, la cual, facilita el establecer más metas y planificar cursos de acción que produce logros a futuros. De tal manera cuando los sujetos, fueron requeridos por primera vez y al explicar el contenido del taller, así como el fin de este, fue decisión de cada uno participar o no en el estudio.

Justamente el aprendizaje tiene un papel central en la modificación de la conducta, Wolpe (1958), propone que los pensamientos también influyen en el sujeto de tal manera que la terapia cognitiva enseña y ayuda al sujeto a establecer objetivos, identificar y evaluar sus pensamientos – creencias y planificar su cambio de conducta, así mismo se enseña o reenseña, al preliberado un método alternativo y más objetivo para comprender sus problemas. (Beck, et al, 1999) Al tomar en cuenta que el 64% de los internos proviene de una familia disfuncional es un indicador de la carencia de su aprendizaje en cuanto a habilidades sociales, por lo que el aprendizaje o reaprendizaje son un pilar importante.

Cabe mencionar que de 55 sujetos de la muestra al inicio, al finalizar el taller solo 50 finalizaron, algunos de los factores posibles de deserción son: la corrupción que se vive dentro del Centro Penitenciario, ya que para pasar al área de psicología los internos tenían que pagar una cuota a los custodios, otros debido a algún conflicto o riña, por lo cual fueron remitidos al área de castigo, las llamadas a juzgado y por último y no menos importante la falta de interés.

El taller se basa principalmente en la capacidad vicaria, la cual, puede producirse tanto por la experiencia directa o por observación de conductas de otras personas. Que a su vez, permite aprender reglas e integra patrones de conducta. Donde los procesos atencionales absorben información sensorial que afecta al organismo, dando percepciones significativas, de esta manera la conducta está motivada y regulada a través de patrones internos así como de las reacciones auto evaluadoras ante sus propias acciones, permitiendo al sujeto la capacidad auto reflexiva al analizar sus experiencias y sus procesos de pensamiento y finalmente emitir el juicio de auto eficiencia. (Bandura, 1977)

En consecuencia el aprendizaje de conductas antisociales derivada no solo de su ambiente sino también de diversos factores de personalidad, permite conocer caracteres psicológicos comunes de los delincuentes. Por lo que la terapia cognitivo conductual basado en algunas técnicas, contribuyen tanto a la efectividad individual como a un gran grupo de individuos. (Agris, 1985) Con ello, la asertividad es la expresión dirigida hacia otras personas de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1958), que junto a la relajación diafragmática permite la respiración lenta y profunda desarrollando una manera saludable de respiración y por último la respiración progresiva que por medio de la tensión de los diferentes grupos de músculos, así como la distensión de los mismos se consigue la relajación, por lo que un adecuado aprendizaje de estas técnicas permitirá que al estar relegado no se puede estar ansioso o viceversa, en conjunto estas técnicas regulan la emoción de ansiedad.

Bajo esta perspectiva. Los resultados de la investigación indican que la aplicación del taller, logro desarrollar habilidades sociales en el preliberado para su reinserción a la sociedad, lo cual confirma los supuestos de Silva (2003).

Y esto reafirma los presupuestos de la teoría del aprendizaje y particularmente los expuestos en el modelo de aprendizaje social que indica que los pensamientos están implicados en la ansiedad y en la acción y que por medio del entrenamiento se modifican cogniciones y por lo tanto la conducta.

Encontrando al inicio del estudio que los sujetos muestran un alto grado de ansiedad y con el transcurso del taller la ansiedad fue reducida, lo cual, se comprobó mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad (IDARE) Estado-Rasgo.

También los algunos rasgos socio demográficos sobresalientes en el análisis de los resultados es que el 64% de los integrantes proviene de un núcleo familiar disfuncional contando con algún otro miembro de la familia delincuente, el 42% de ellos vive en unión libre, el 37% cuenta solo con secundaria incompleta, el 65% refiere el consumo de alcohol y por ultimo un 40 % de los delitos por los cuales se encuentran en el Centro Penitenciario es el robo simple, con todos estos datos se pueden destacar la carencia de habilidades cognitivas y conductuales a su vez interpersonales que marginan una habituación al medio social.

Una de las dificultades al realizar la investigación, está relacionada con la muestra particularmente con el proceso de selección y criterios de inclusión. Ya que se uso un muestreo propositivo. Otros factores fueron las manifestaciones de preocupación ya que había rumores de un posible motín, el cual afectaría su situación jurídica, así como, el lugar donde se aplico el taller ya que no hubo un control de la variable externa (ruido), la falta de un espacio más amplio para el trabajo, y en ocasiones la falta de concentración, en cuanto a la técnica de relajación progresiva ya que al realizar algunos de los gesto marcados (principalmente de la cara) ocasionaba risas entre los internos y con ello la desconcentración de la sesión, ocasionando un alargamiento de tiempo o la prolongación de otro día. Otro fue el hecho de ausencia de los internos debido al llamado del juez o por no tener dinero para pagar al custodio y poder entrar al área de COC. Sin embargo esto no afecto significativamente los resultados del taller para el manejo de ansiedad.

Algunas de las carencias respecto al taller son el poco tiempo para la enseñanza de las técnicas principalmente de la asertividad ya que existían diferentes casos por exponer pero a falta de tiempo no se pudieron abarcar.

Algunas de las recomendaciones para próximos trabajos sería ampliar el horario si la técnica lo requiere hasta que está sea comprendida, así mismo el alargamiento de la sesiones y por ultimo un posible seguimiento de los sujetos cuando estos se encuentren en su medio social para con ello brindar apoyo psicológico. De esta manera el aprendizaje tendrá un reforzamiento y con ello pretender disminuir la posibilidad de reincidencia.

En base a los resultados es posible considerar al taller como un apoyo para el desarrollo del preliberado proporcionando una manera de re aprendizaje, ya que el ser humano no es un ser aislado, es producto de su relación con su medio, por ello la adquisición de estas habilidades contribuyen a un proceso de socialización adecuado para su reincorporación a ella.

BIBLIOGRAFÍA

- Allport, G. (1974). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Allport, G. (1985). *La personalidad*. Barcelona: Heder.
- Alanís, L. (1996). *Ansiedad en internos procesados y sentenciados del fuero común y federal en un centro de readaptación social*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM. México.
- American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM - IV*. (1995). España: Masson.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos*. México: Prentice – Hall.
- Arnold, W., Eysenk, H., Meili, R. (1979). *Diccionario de psicología*. Madrid: Rioduero.
- Asunción, S. (2004). *Propuesta de programa para familias con un integrante que ejerce conductas delictivas y que ha sido privado de su libertad*. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Bandura, A. (1969) *Principios de la modificación de la conducta*. Madrid: Alianza.
- Bandura, A. (1977). *Teoría del Aprendizaje Social*. Nueva York: Prentice – Hall.
- Barreto, R. (1985). *Interrelación de la conducta asertiva y las relaciones objetales*. Tesis de Maestría, Facultad de psicología. UNAM. México.
- Beck, A., Wright, F. & Newman, C. (1999). *Terapia Cognitiva de la drogodependencias*. México: Paidós.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Belloch, A., Sandin, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. España: McGraw Hill. (Vol. II)
- Bergalli, R. (1970). *Readaptación social por medio de la ejecución penal*. Madrid: Publicaciones del Instituto de criminología. Universidad de Madrid.
- Blanco, A. (1983). *Evaluación de las habilidades sociales*. En Fernández, R. y Carrobes, J. (Comp.). *Evaluación conductual, metodológica y aplicaciones* (p. 567-606). Madrid: Pirámide.
- Bringas, H. & Roldan, F. (1970). *Las cárceles mexicanas*. México: Grijalbo S.A de C.V.
- Brody N. & Ehrlichman H. (2000). *Psicología de la personalidad*. México: Prentice Hall.

- Buela-Casal, G. & Caballo, V. (1991). Manual de psicología clínica aplicada. México: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. España: S XXI.
- Caballo, V., Ellis, A., Lega, L. (1997). Teoría y Práctica de la teoría racional emotiva conductual. México: Siglo Veintiuno.
- Caro, I. (2003). Manual de Psicoterapias Cognitivas: Evaluación y comparaciones. Barcelona: Paidós
- Cattell, R. (1957). Personality and motivation: Structure and measurement. New York: World Book Co.
- Cautela, J. & Groden, J. (1985). Técnicas de relajación; Manual practica para adultos, niños y educación especial. Barcelona: Martínez Roca.
- Davidoff. (1979). Introducción a la Psicología. México: McGraw- Hill
- Del Pont, M. (1991). Derecho Penitenciario. México: Cárdenas.
- Domínguez, B. (2002). Manual para el taller teórico practico de manejo de estrés. México: Plaza y Valdes editores.
- Eisler, R. (1976). Behavioral assessment of social skills. New York: Hersen.
- Ellis, L. (1987). Neurohormonal Bases of Varying Tendencies to learn Delinquent and Criminal Behavior, en Morris, E.K. y C. J. Braukman, (comps.), Behavioral Approaches to Crime and Delinquency, pp. 499 – 518, New York. Plenum Press.
- Eysenk, H. (1976). Delincuencia y personalidad. España: Maranova.
- Eysenk, M. W. (1992). Ansiedad: la perspectiva cognitiva. Hove. LEA.
- Feldman, P. y Orford, J. (1985). Prevención y solución de problemas psicológicos aplicando la psicología social. México: LIMUSA, S.A. de C.V.
- Flores, G. (1989). Asertividad, agresividad y solución de situaciones problemáticas en una muestra mexicana. Tesis de Maestría. UNAM. México.
- García, R. S. (1980). Manual de Prisiones. México: Porrúa.
- García, R. S. (1994). Manual de Prisiones. México: Porrúa.
- García, R. S. (1995). *La cárcel*. México: Porrúa
- García, Trujillo, M. & Rivera, J. (1992). Cambios fisiológicos durante los ejercicios de meditación y relajación profunda. Revista de Psiquis. 13 (6-7). 57-63
- Garrido, V. (2005). Que es la Psicología Criminológica. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Hall, & Lyndsey (1970). *Theories of personality*. New York: Wiley.
- Heman, A. & Oblitas, L. (2005). *Terapia cognitivo-conductual*. México: PSICOM.
- INACIPE. (1992). *Textos de capacitación; Técnico Penitenciario*". Modulo Criminológico II México: INACIPE.
- Jakubowski, P. & Lange, S. (1978). *The assertive option: your rights and responsibilities*. USA. Research Press Company.
- Jiménez, R., Vázquez A. J. (1998). *Entrenamiento en Habilidades Sociales a esquizofrénicos en un centro de salud de distrito*. En Gil, F., León, J., (Eds.). *Habilidades Sociales Teoría, Investigación e Intervención*. Madrid: Síntesis.
- Jung, C. (1981). *Psicología de la personalidad*. Salamanca: Sígueme.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1998). *Terapia de grupo*. España: Panamericana S.A.
- Kerlinger, F. (2001). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill.
- Lazarus, R. (1971). *Behavior Therapy and Beyond*. Nueva York: Mc Graw Hill.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lespada, J. (1989). *Aprender Haciendo Talleres*. México: Humanitas.
- Mackenzie, Doris, Goodstein, & Lynne. (1985). *Long- term Incarceration Impacts and Charestistics of Long- Term offenders: An Empirical Analysis*, *Criminal Justice and Behavior*, (4), 395-414.
- Marchiori, H. (2000). *Psicología Criminal*. México: Porrúa.
- Marchiori, H. (2001). *El estudio del delincuente. Tratamiento penitenciario*. México: Porrúa.
- Marks, I (1991). *Miedos, fobias y rituales: Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Matsueda, R. (1992). *Reflected Appraisals: Parental Labeling, and Delinquency Specifying a Symbolic Interactionist Theory*. *American Journal of Sociology*. 97 (6), 1577-1611.
- Mercado, G. (1992). *Estrés, ansiedad y afrontamiento en el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Mestre, M. & del Barrio, M. (1986). *Factores emocionales y sociales en jóvenes delincuentes: análisis de conducta*. Falta edt ciudad

- Morales, C. (1988) Ansiedad y depresión como consecuencia del encarcelamiento. Tesis de Maestría. México: UNAM.
- Navarro, R. (2000). Intervención en crisis a través de la terapia breve y de emergencia a internos, que ingresan al centro Federal de Readaptación Social No. 1; Almoloya de Juárez. Tesis de Licenciatura Psicología. UNAM. México.
- Pérez, H. (1987). Estadística para ciencias del comportamiento. México: Harla S.A de C.V.
- Pinillos, J., López, P. & García, L. (1966). Constitución y Personalidad. Madrid: CSIC.
- Rodríguez, M. (1995). Clásicos de la criminología. México: Cárdena Editor y distribuidor.
- Ruiz, A. (2004) Propuesta de un Taller para el reforzamiento de la autoestima como alternativa del tratamiento para las relaciones destructivas de pareja. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Sadín, B. (1990). Aportaciones recientes en psicopatología. Madrid: Dykinson.
- Santaella, G. (2006). Análisis de la conducta delincuente: un enfoque sistémico. Tesis en la licenciatura, Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Silva, A. (2003a). Criminología y *Conducta antisocial*. México: Pax.
- Silva, A. (2003b). *Conducta antisocial*. Un enfoque psicológico. México: Pax.
- Smith, J. (1990). Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación. Bilbao: Desclee de Brouwer, S.A.
- Simón, M. (1993). Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid: Pirámide.
- Solís, Q. (1985). Sociología Criminal. México: Porrúa.
- Spielberger, C. & Díaz-Guerrero, R. (1979). IDARE: Inventario de Ansiedad, Rasgo-Estado. México: Manual Moderno.
- Spielberger, C. D., Pollans, C. H. y Worden, T. J. (1984). Desordenes de ansiedad. Diagnostico y psicopatología en adultos. New York: Wiley.
- Sullivan, (1974). *Between psychology and education*. Barcelona.
- William, E., Phillips, P. & Murray, T. (1996). Neurología Clínica. México: Manual Moderno.
- Wolpe, J. (1958). Psicoterapia por inhibición recíproca. Stanford: Stanford University Press.

ANEXOS

CARTA DESCRIPTIVA: TALLER PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD ORIGINADA POR LA REINSERCIÓN SOCIAL EN EL C.P.R.S. NEZA BORDO

SESION	OBJETIVO GENERAL	TEMA	TECNICA	MATERIAL	OBSERVACIONES
1	Integración, dar a conocer los contenidos del taller y evaluar el nivel de ansiedad	Integra al grupo. Exposición del contenido. Evaluar la ansiedad.	Dinámica "El mundo". Retroalimentación.	-Inventario. -hojas. -lápices. -pelota.	
2	Explicar ansiedad, tipos, síntomas y consecuencias	Abordar teorías sobre ansiedad. Síntomas psicológicos y psicológicos. Consecuencias de la ansiedad. Identificación de la problemática	Exposición. Retroalimentación.	-Cartel. -hojas. -lápices.	
3	Entrenamiento en respiración diafragmática	Aprendizaje del control voluntario de la respiración por vía de la nariz y desarrollar capacidad diafragmática	Retroalimentación.	-hojas. -lápices.	
4	Entrenamiento en relación progresiva	Inducción a la ansiedad Frente, ojos, nariz, sonrisa, lengua, mandíbula, labios y cuello	Relajación distensión. Retroalimentación.	-sillas. -hojas. -lápices.	

CARTA DESCRIPTIVA: TALLER PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD ORIGINADA POR LA REINSERCIÓN SOCIAL EN EL C.P.R.S. NEZA BORDO

SESION	OBJETIVO GENERAL	TEMA	TECNICA	MATERIAL	OBSERVACIONES
5	Entrenamiento de relajacion progresiva.	Brazos, piernas y espalda.	Relajacion - distension. Retroalimen_ tacion.	Sillas. Hojas. Lapices.	
6	Entrenamiento de relajacion progresiva.	Tórax, estomago y debajo de la cintura.	Relajación - distención. Retroalimentación.	Sillas. Hojas. Lápices.	
7	Entrenamiento de relajacion progresiva.	Todos los musculos.	Relajacion - distension. Retroalimentacion.	Sillas. Hojas. Lapices	
8	Entrenamiento asertivo.	Exposicion teórica y ejercicios vivenciales sobre asertividad.	Socio drama. Retroalimentación.	Cartel. Hojas. Lápices. Pizarrón. Marcadores.	

CARTA DESCRIPTIVA: TALLER PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD ORIGINADA POR LA REINSERCIÓN SOCIAL EN EL C.P.R.S. NEZA BORDO

SESION	OBJETIVO GENERAL	TEMA	TECNICA	MATERIAL	OBSERVACIONES
9	Entrenamiento asertivo.	Diferenciación entre conducta pasiva, asertiva y agresiva. Evaluar si los participantes han aprendido las diferencias entre las conductas.	Exposición. Preguntas y respuestas. Retroalimentación	Pizarrón. Marcadores.	
10	Entrenamiento asertivo.	Derechos asertivos. Identificación en el ámbito laboral, familiar y social.	Lectura, exposición. Lluvia de ideas. Retroalimentación.	Hojas. Lápices.	
11	Entrenamiento asertivo.	Identificación de las ventajas y desventajas de la expresión de sentimientos. Inducción a optar por conducta asertiva por medio de la reflexión.	Sentimientos de agrado y desagrado. Retroalimentación.	Cartel. Hojas. Lápices.	
12	Entrenamiento asertivo.	Aceptación de la crítica. Exponer las 8 técnicas asertivas. Aplicación de técnicas asertivas. Retroalimentación.	Exposición. Socio drama. Discusión.	Lápices. Hojas.	
13	Evaluar ansiedad. Cierre de taller.			Inventario IDARE. Lápices. Hojas.	