



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPORTANCIA DE PARÁMETROS CRIMINOLÓGICOS
DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN
PACIENTES EN CONFLICTO.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

CLAUDIA JANNETE SÀNCHEZ CAMPOS

TUTOR: C.D. JUAN MEDRANO MORALES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecerle a Dios por darme este talento y dejar que lo desempeñe con orgullo a lo largo de este camino, por hacerme una mujer sabia y abrirme todas las puertas que fueron necesarias para poder llegar hasta el día de hoy, por ser un respaldo firme y constante en cada paso que di para llegar hasta esta meta, sé que sin su ayuda nada me hubiera sido posible.

A mi madre por ser mi ejemplo de fortaleza y constancia mi mentora por educarme y creer en mí, sobre todo por darme la vida por hacer de mí una verdadera mujer, profesionalista y madre con valores y grandes expectativas, porque siempre ha estado conmigo apoyándome a construir un mejor futuro, por ser más que una madre Alejandra Campos Suzawa te doy las gracias por esforzarte conmigo este logro es solo para ti especialmente.

Mi hermana Alexia Sánchez Campos quiero agradecerte todo lo que juntas hemos aprendido con tu entereza y honestidad me haz cobijado todos estos años compartidos, gracias por ser un apoyo en mi vida por ayudarme y crecer conmigo, gracias ser quien me cuide mis espaldas.

A mi hermano Miguel Alejandro Sánchez Campos por ser un apoyo incondicional por que me enseñaste a nunca te dejarme vencer y ser no solo mi hermano sino también un gran amigo, gracias por siempre escucharme y comprenderme tu apoyo en este tiempo fue importante para mí.

Y también le dedico este logro a ti que llenas mi vida de ilusiones que me diste valor y fuerza en los momentos que ya no quise seguir. A ti mi mejor proyecto mi mejor inversión, gracias a ti que con tu sonrisa me regalas paz a ti que me acompañaste en mi vientre el último año de mi carrera a ti que con tu poca edad eres valiente a ti que eres lo que más amo, te dedico a ti mi

hijo, Cesar Alexander Vilchis este trabajo gracias porque en ti se encuentran cimentadas todas mis metas y todo lo que soy. Te amo.

Sin dejar por agradecer a la universidad y a todos los Cirujanos Dentistas que fueron mis profesores a lo largo de este tiempo gracias por su paciencia y compartir su conocimiento y habilidades que me han servido para desarrollarme en el campo laboral y profesional.

Al jefe de enseñanza de la clínica periférica oriente el cirujano dentista Alfonso Bacame Bustamante por ser un gran amigo y un ser humano excelente que compartió conmigo su talento, conocimiento y experiencia para perfeccionar en mí lo ya aprendido durante mis días como estudiante.

Y con la misma importancia gracias a mi tutor el cirujano dentista Juan Medrano Morales que hizo posible concluir esta etapa de mi carrera con profesionalismo, compañerismo y comprensión.

INDICE	PAG.
INTRODUCCION	8
CAPITULO 1 GENERALIDADES DE CRIMINOLOGÍA	11
CAPITULO 2 DEFINICIONES DE CRIMINOLOGÍA	13
CAPITULO 3 OBJETO DE ESTUDIO DE LA CRIMINOLOGÍA	14
CAPITULO 4 DEFINICIÓN DE PERFIL CRIMINAL	17
4.1 APLICACIÓN DEL PERFIL CRIMINOLÓGICO	18
4.2 TIPOS DE PERFIL CRIMINAL	18
CAPITULO 5 FUNCIÓN Y ROL DE LA CRIMINOLOGÍA	19
CAPITULO 6 CLASES DE CRIMINOLOGÍA	22
6.1 CLASIFICACIÓN ACTUAL	24
CAPITULO 7 POSTULADOS DE LA CRIMINOLOGÍA	25
CAPITULO 8 PARÁMETROS CRIMINOLÓGICOS	27
8.1 PREGUNTAS CLAVE	28
8.2 COMO APLICAR LOS PARÁMETROS CRIMINOLÓGICOS	29
CAPITULO 9 RESEÑA DE LA RELACIÓN ENTRE FACTORES ORGÁNICOS Y LA CONDUCTA CONFLICTIVA	30
9.1 CAUSAS BIOLÓGICAS	30
9.2 TRASTORNOS BIOQUÍMICOS	31
9.3 CONDICIONES CONGÉNITAS SINDROME FETAL	

ALCOHOLICO	31
9.4 EFECTOS DE GOLPES TRAUMAS Y ALTERACIONES DEL LÓBULO FRONTAL	32
9.5 EFECTO DE MEDICAMENTOS-DROGA	34
9.6 EFECTOS NUTRICIONALES	34
9.7 TRASTORNOS HORMONALES	34
9.8 ALTERACIONES EN LA CONDUCTA POR HIPERACTIVIDAD ORGÁNICA	35
9.9 DAÑO CEREBRAL	35
9.10 INTOXICACIONES Y CONTAMINACIÓN AMBIENTAL.	36
9.11 CONDICIONES Y TRASTORNOS MENTALES	37
CAPITULO 10 PERSPECTIVA PSICOLÓGICA DE LA CONDUCTA CONFLICTIVA	38
CAPITULO 11 COMPONENTES DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL	44
11.1 TIPOS DE CONDUCTA	44
11.2 TIPOS DE SUJETO	46
CAPITULO 12 NIVELES DE INTERPRETACIÓN DE LA PERSONALIDAD EN CONFLICTO	48
CAPITULO 13 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD CONFLICTIVA	50
13.1 EGOCENTRISMO	53
13.2 AGRESIVIDAD	55

13.3 LABILIDAD	55
13.4 INDIFERENCIA AFECTIVA	57
CAPITULO 14 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL PACIENTE EN CONFLICTO A TRAVÉS DE LOS PARÁMETROS CRIMINOLÓGICOS	
	59
CAPITULO 15 ACTITUD ANTE EL PACIENTE EN CONFLICTO SEGÚN LA CRIMINOLOGÍA	
	103
15.1 MODIFICACIONES PARA EL PROFESIONAL DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA PACIENTES EN CONFLICTO	
	106
15.2 ACCIONES ORIENTADAS PARA EL PACIENTE EN CONFLICTO. CLAVES ESENCIALES PARA SU MANEJO DURANTE LA CONSULTA DENTAL	
	107
CAPITULO 16 APLICACIÓN DE LA CRIMINOLOGÍA EN LA CONSULTA DENTAL	
	112
16.1 TIPOLOGÍA DEL PACIENTE EN CONFLICTO DURANTE LA CONSULTA DENTAL	
	112
16.2 GRUPOS Y CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS PACIENTES EN CONFLICTO MÁS HABITUALES EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	
	113
CAPITULO 17 PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA CONFLICTIVA EN LA CONSULTA DENTAL UTILIZANDO LOS PARÁMETROS CRIMINOLÓGICOS	
	115
CAPITULO 18 RASGOS Y CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE EN CONFLICTO. IDENTIFICACIÓN RÁPIDA DURANTE	

LA CONSULTA DENTAL	118
CAPITULO 19 ESTRATÉGIAS PARA EL CIRUJANO DENTISTA DURANTE LA CONSULTA PARA ACTUAR ANTE UN	
PACIENTE EN CONFLICTO	120
CONCLUSIONES	124
ANEXO	136
BIBLIOGRAFÍA	139



INTRODUCCIÓN.

Para la diversidad de la conducta humana existen muchas causas, encajando este concepto de forma proporcional a la conducta conflictiva.

Es conveniente que todo profesional se actualice en aspectos que determinan la conducta conflictiva.

La psicología criminal mantiene un cuerpo de técnicas y modelos que nos permiten entender y visualizar la conducta conflictiva desde varias perspectivas que integran la biológica, la social y la psicológica.

En cada una de estas perspectivas demuestran que el grado de responsabilidad sobre los actos humanos varía pero nunca sin dejar a un lado la responsabilidad consecuente de cada conducta y acciones de la misma.

Una investigación completa de las causas y circunstancias de la conducta conflictiva, demanda un análisis en donde las condiciones de vida en un individuo, como su poder adquisitivo, el individualismo, la competitividad, la agresividad, la codicia de bienes materiales, entre otros, como las anomalías sexuales, no siendo estos un factor único para la causa de una conducta conflictiva.

Nuestro rol respecto al aporte del conocimiento puede ser una herramienta eficaz para facilitar el control y la prevención de esta, ya sea dentro o fuera de la consulta dental.

La intervención meditada y selectiva capaz de anticipar al mismo, prevenirlo y neutralizando esta identificación con estrategias adecuadas, abordadas desde sus raíces, con una intervención mínima, que no se limite a incrementar el rigor legal de las prohibiciones sino incentivar el rendimiento y efectividad del centro social para dar respuesta participando



profesionalmente en un proceso sin limitantes que podría responder al problema humano y social de los pacientes conflictivos.

PROPÓSITO.

Presentar un conjunto de métodos particulares de la criminología apropiadas para la identificación de pacientes durante la atención odontológica en situación de conflicto y la posibilidad de selección de acuerdo con los requerimientos de la información disponible durante el llenado de la historia clínica Odontológica.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la importancia de los parámetros de la criminología durante la atención odontológica en pacientes en conflicto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las opiniones respecto a la causa de la conducta conflictiva van desde el concepto criminal nato Lombroso hasta el análisis que parte de las causas ambientales.

“El hombre nace bueno y la sociedad lo corrompe (Freud)”. También se analiza en relación a la herencia, con los trastornos mentales, con la educación, con la incapacidad mental, existen afirmaciones que si hay relación entre estos, además de los disturbios psicológicos que son causa y razón de múltiples actitudes antisociales.

El estudio criminológico parte de la base del análisis en función de la personalidad y de su contexto social debido a que el individuo se adapta al



medio social manifestándolo en su conducta y la intencionalidad de la misma que constituye un todo organizado que se dirige a un fin. De lo anterior surge el siguientes cuestionamiento ¿Cuál es la importancia de los parámetros criminológicos en la atención odontológica para pacientes en conflicto?

JUSTIFICACIÓN.

En la actualidad, se tiene la necesidad de observar el comportamiento humano como consecuencia de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Sin estar preparados para ello nos rehusamos y tratamos de forma constante sin darles una canalización adecuada durante la consulta dental. He de aquí por qué relacionar la criminología y la Odontología para la búsqueda de patrones conductuales con un método planteado con preguntas efectivas para favorecer la prevención y el manejo del paciente en situación de conflicto durante la atención odontológica.



CAPITULO 1

GENERALIDADES DE LA CRIMINOLOGÍA.

Una conducta conflictiva en una persona es la propia expresión de la psicopatología particular del delincuente, de su alteración física, emocional y social, en donde el delincuente proyecta sus conflictos.

La conducta conflictiva posee una finalidad, liberar tensiones así mismo, esta es la respuesta al sentido configurado como defensa, sentido que protege al organismo de la desorganización.

Un conflicto es una forma concreta, en donde se muestra como; un síntoma, como una manera de exponerse al exterior, como una defensa emocional, como un medio para no caer en disgregación de la sociedad.

Un buen análisis de comportamiento nos puede revelar una conducta conflictiva porque proporciona aspectos de la personalidad delictiva y de la personalidad del sujeto y no la razón contundente que lo lleva a tener una conducta antisocial.

Por eso es necesaria la historia de vida del individuo, sus rasgos de personalidad. Individuales y familiares, su ámbito social, geográfico, cultural, en concreto todas las circunstancias de vida del sujeto de una forma técnica, práctica y por supuesto efectiva.

Un análisis criminológico pretende determinar el comportamiento y causas probables de la conducta conflictiva por parte de un individuo desconocido, relacionados en aspectos sociales, psicológicos y psicopatológicos (si los hubiera) que se ajusten a un determinado tipo de personas.



Las personas son seres que se diferencia de los animales por no ser naturalmente social, para estar en sociedad tiene que estar comprometido por una serie de condiciones que no son dadas por la naturaleza, como el lenguaje, que no se hereda, es necesario aprenderlo, no son instintivas como las normas de parentesco, como el noviazgo, que son normas que estamos obligados a ingresar, que no son naturales de él, razón por la cual el ser humano tiene que aprender diferencia de los animales que sabiendo casi todo lo que van a necesitar.

En el ser humano aunque existen contradicciones en lo natural, lo orgánico, lo biológico y lo social, marcan lo que somos y lo que hacemos, así las experiencias vividas marcan las posteriores por vivir.

Por extraordinaria, fuertes y graves, que estas sean no dejan de ser incompatibles con la idea que tenemos sí mismos, en ocasiones se reprime y por lo tanto pasan al olvido, no por su debilidad sino que se niegan con la vida consciente y por lo tanto no dejan de operar en nosotros aunque no nos percatemos de estas experiencias constituyen al inconsciente y sin embargo se conocen por sus resultados pero no muestran sus rostros, ejemplo:

En la conducta humana, los actos son explicables por sus causas y hechos, los hechos que las explican son en gran medida inconscientes y solo se pueden reconocer cuando se abren nuevos ojos para mirar y nuevos oídos para escuchar (Freud), siempre es posible hallar una explicación a lo que parecía arbitrario.

El hombre expresa todo lo que ve y lo que hace por ser indescifrable.

Así pues, el proceso por el cual se descubre el inconsciente es el análisis de la conducta, el sentimiento inconsciente, es un sentimiento que no se conoce por su debilidad, sino por estar reprimido, que por ser desconocido no deja de ser importante.



CAPITULO 2

DEFINICIONES DE CRIMINOLOGÍA.

"Ciencia empírica e interdisciplinaria que se ocupa del crimen, del delincuente, de la víctima y del control social del comportamiento desviado."

Antonio García-Pablos de Molina.

"La Criminología ha de entenderse como la disciplina sociopolítica cuya finalidad esencial es la formulación de una política criminal que permita lo más efectivamente posible la prevención y control de la criminalidad conforme a las exigencias de libertad, dignidad, igualdad, seguridad individual y colectiva, entendida como esenciales del desarrollo nacional e internacional."

López Rey.

"La Criminología es la ciencia que estudia los "elementos reales del delito". Entiende por elementos reales el comportamiento psicofísico de un hombre y sus efectos en el mundo exterior."

E. Seeling.

"La Criminología es la ciencia que estudia la delincuencia, para investigar sus causas, su génesis, su proceso y sus consecuencias."

G. Stefani y G. Levasseur.

"La Criminología es el conjunto ordenado de la ciencia experimental acerca del crimen, del infractor de las normas jurídicas, del comportamiento socialmente negativo y del control de dicho comportamiento." G. Kaiser.



CAPITULO 3

OBJETO DE ESTUDIO DE LA CRIMINOLOGÍA.

El objeto de estudio de la criminología va a girar en torno a cuatro componentes

1. El delito
2. El delincuente
3. La víctima
4. El control social

EL DELITO.

Delito aquella conducta o conductas que, siendo lesivas de valores, intereses o bienes importantes para la comunidad (y por lo mismo, para sus miembros) están castigadas por una ley en sentido estricto. Por tanto teóricamente, no se puede confundir sin más, el concepto jurídico del delito y el concepto criminológico del mismo.

En general, y en la práctica, estos conceptos coinciden, cuando el ordenamiento se elabora democráticamente dentro de un Estado Pluralista.

El delito desde una perspectiva criminológica, haya de ser considerado como un fenómeno tanto individual como social. (Herrero, 1997, p. 140-141).

A la moderna criminología le interesan diversas facetas más llamativas del "crimen" que su delimitación formal, conceptual; preocupa, por ejemplo, su problematización, las funciones positivas que pueda cumplir como instrumento e indicador del control social, el volumen, la estructura y movimiento de la criminalidad, las estrategias criminalizadoras, el



efectivo reparto de la criminalidad entre los diversos estratos sociales.
(García-Pablos de Molina, 1999, p.74).

EL DELINCUENTE.

El delincuente es aquel que ejecuta un determinado comportamiento encaminado a atacar los valores esenciales de la sociedad y el bien produciendo con ello la vulneración de las normas que rigen la convivencia entre los miembros de la comunidad.

El delincuente se contempla "en sus interdependencias sociales", como unidad "biopsicosocial" y no desde una perspectiva "biopsicopatológica".
(García-Pablos de Molina, 1999, p.73).

LA VÍCTIMA.

Es aquella persona física o moral que sufre un daño producido por una conducta antisocial (y por lo tanto injusta) propia o ajena (esté tipificada o no), aunque no sea el detentador del derecho vulnerado. (Rodríguez Manzanera, 1990, p.66).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se trata de una definición amplia que afecta tanto a sujetos individuales como a personas morales, a derechos de personalidad (vida, integridad física, honor, libertad...) como reales (propiedad...) tanto a los titulares de los derechos como a los allegados, deudos.(Herrero, 1997, p. 158).

EL CONTROL SOCIAL.

Por control social debe entenderse a ciertos procesos sociales que recaban la conformidad del individuo, sometiéndolo a pautas, modelos y requerimientos del grupo; cohesión, disciplina, integración son, pues,



términos que describen el objetivo final que persigue el grupo, la sociedad, para asegurar su continuidad frente al comportamiento individual irregular o desviado. (García-Pablos de Molina, 1999, p.77).

El control social significa fiscalización, dominio, inspección, intervención, preponderancia, mando sobre alguien o algo. Control social equivaldría, por tanto desde este punto de vista a fiscalización, intervención, dominio, mando...sobre un grupo o grupo de personas, sobre sus ideas y creencias, sobre su actividad e interactividad. (Herrero, 1997, p. 182).

El control social se divide en dos grandes grupos a saber:

- Control social formal.

- Control social informal.

- El control social formal es el que ejercen aquellas personas que tienen encomendada la vigilancia, la seguridad o el control como actividades profesionales. Por tanto en esta categoría se incluyen vigilantes, policías, jueces, fiscales, funcionarios de prisiones, etc. El control social informal es el realizado por cualquier persona que actúa en un momento dado contra la delincuencia sin que el control del delito sea su actividad profesional.

Ejemplo de ello pueden ser los vecinos de un barrio, los trabajadores de una empresa, los profesores de un colegio, los transeúntes momentáneos de una calle o los viajeros de un autobús. Ellos pueden inhibir o disuadir de que se realicen actos delictivos, ya sea por su propio interés personal, por el interés de la colectividad o por motivos altruistas. (Garrido et al, 1999, p.54).



CAPITULO 4

DEFINICIÓN DE PERFIL CRIMINOLÓGICO.

Garrido (2006), el perfil criminológico puede definirse como una estimación acerca de las características biográficas y del estilo de vida del responsable de una serie de crímenes graves y que aún no se ha identificado.

El objetivo de este perfil es delimitar las características del presunto culpable para disminuir el rango de posibles culpables y ayudar a la policía focalizando y restringiendo las posibilidades de investigación, posibilitándoles el centrarse en los blancos realistas.

El perfil tiene sus limitaciones, no es una ciencia exacta, está basada en el análisis de la huella psicológica que el asesino deja en sus crímenes y en datos estadísticos recolectado de otros casos y de los datos teóricos aportados por la psicología y la criminología. Estamos por tanto hablando de probabilidades

Un perfil buscan patrones e intentan encontrar las características del probable autor, se usa el razonamiento analítico y lógico, “qué” más “por qué” igual a “quién”.

Esta metodología ha estado basada principalmente en la creación, desarrollo y uso de técnicas clasificatorias y de etiquetajes del delincuente criminal, teniendo inicialmente como principal objetivo la captura del criminal.

El acopio de datos ha posibilitado un estudio con profundidad, que ha dado lugar a diversas teorías psicológicas del crimen, que tratan de explicar el hecho criminal



4.1 APLICACIÓN DEL PERFIL CRIMINOLÓGICO.

Generalmente, el uso del perfil criminológico se restringe generalmente a crímenes importantes tales como homicidios y violaciones. El perfil ayuda a dar luz sobre el crimen y encaminar investigaciones.

Otro ámbito de aplicación del perfil es su función teórica, en cuanto a que el análisis y evaluación de casos sirven para aumentar el conocimiento que se tiene sobre la propia técnica y sobre el hecho criminal.

4.2 TIPOS DE PERFIL CRIMINAL

Perfil de agresores conocidos (método inductivo).

Se desarrolla básicamente en el ámbito carcelario, mediante entrevistas estructuradas o semi estructuradas, también se suele usar como fuente de información las investigaciones policiales y judiciales.

Perfil de agresores desconocidos (método deductivo).

Este método se basa en el análisis de la escena del crimen en cuanto a sus evidencias psicológicas para que pueda inferirse el perfil del autor de ese crimen.

En este método se intenta pasar de los datos generales a los particulares de un individuo.

Para la realización de este perfil se tiene en cuenta los datos aportados por el método inductivo.



CAPITULO 5

FUNCIÓN Y ROL DE LA CRIMINOLOGÍA.

1) Aporta conocimientos verdaderos sobre el crimen, la víctima, el delincuente y el control social.

La Criminología trata de incrementar sistemáticamente los conocimientos en el ámbito de los problemas que estudia. Su tarea principal consiste, en adquirir un conjunto estable de conocimientos fiables.

La Criminología ante todo suministra conocimientos, no simplemente datos, más aún, aporta un núcleo de saberes, sistematizado, orgánico, no aislado. Todo conocimiento implica datos obtenidos, esto es, una teoría que los interprete, e hipótesis de trabajo que sirva en la verificación y contrastación empírica de aquellos.

(García-Pablos de Molina, 1999, p.212).

2) Constituye una fuente o banco de información o datos al servicio del legislador, la práctica y las ciencias penales.

El poder informático de los actuales sistemas de obtención, almacenamiento, procesamiento y transmisión de informaciones, parece ampliar las funciones tradicionales de la criminología, abriendo horizontes desconocidos. Una amplia información obtenida en un tiempo real permite racionalizar las decisiones y suministra un bagaje empírico e instrumental muy valioso.



La Criminología como ciencia, ha de ser más que un gigantesco banco de datos. La obtención de datos no es un fin en sí mismo, sino un medio y los datos son material bruto, neutro, ambivalente, que tiene que ser procesado con arreglo a una teoría. No basta su obtención o almacenamiento.

(García-Pablos de Molina, 1999, p.214).

3) Debe ofrecer criterios o pautas para la solución de problemas sociales o conflictos concretos.

El saber criminológico se origina tanto de la observación como del análisis de la realidad de manera que pueda explicarla, comprenderla y transformarla en beneficio del hombre. (García-Pablos de Molina, 1999, p.214)

4) Luchar contra la criminalidad y su prevención en forma eficaz.

El rol de aporte de conocimientos debe facilitar el control y la prevención del delito.

La represión llega siempre demasiado tarde y no incide directamente en las últimas claves del hecho criminal.

La Criminología, por ello, no pretende suministrar información a los poderes públicos sobre aquél, para castigar el delito. Antes bien, el conocimiento científico (etiológico) del crimen, de su génesis, dinámica y variables más significativas, debe conducir a una intervención meditada y selectiva capaz de anticiparse al mismo, de prevenirlo, neutralizando con programas y estrategias adecuadas sus raíces.



Naturalmente se trata de una eficaz, no de una intervención "penal", ya que ésta última por su elevado "coste social" y nocivos efectos, debe ser siempre subsidiaria, de acuerdo con el principio de intervención mínima. Intervención pues, que no se limite a incrementar el rigor legal de las prohibiciones, ni a incentivar el rendimiento y efectividad del control social formal, sino a dar respuesta al problema humano y social del delito como la racionalidad y eficacia propia de la denominada "prevención primaria". (García-Pablos de Molina, 1999, p.223).

5) Aportar materia prima para la estructuración de una Política Criminal

El aporte de datos e información puede ser muy útil para guiar, inspirar y auxiliar al legislador a estructurar una política criminal por medio de oportunas reformas legales.



CAPITULO 6

CLASES DE CRIMINOLOGÍA.

I.- ATENDIENDO AL DELITO:

-Criminología Clásica. Becharia.

II.- ATENDIENDO AL CRIMINAL:

-Criminología Positiva. Escuela Positiva Italiana: Lombroso, Garofalo, Ferri.

III.- ATENDIENDO A LOS ESTUDIOS DE LA CRIMINOLOGÍA Y A LA PROCEDENCIA:

-Criminología local o nacional.

-Criminología comparada (entre países).

IV.- ATENDIENDO A LA VARIEDAD DE LOS ESTUDIOS:

-Criminología victimo lógica.

-Criminología individual y colectiva.

-Criminología de las toxicomanías.



V.- ATENDIENDO A LA PREVALENCIA OTORGADA A LAS DISTINTAS CIENCIAS QUE CONFORMAN EL ESTUDIO CRIMINOLÓGICO:

-Criminología biológica.

-Criminología psicológica.

-Criminología sociológica.

Criminología General / Criminología Clínica.

1. **Criminología clásica:** parte del estudio del delito como ente jurídico o como acontecimiento factual y el delincuente como agente de peligrosidad o sujeto responsable.
2. **Criminología tradicional:** tiene como punto de partida el enfoque criminológico individualizado.
3. **Criminología crítica:** tiene como punto medular el enfoque sociológico radical.
4. **Criminología ecléctica:** es partidaria de un enfoque mixto: individual y social.
5. **Criminología especializada:** están integradas por la denominadas criminología biológica, psicológica o sociológica y explican el fenómeno criminal.
6. **Criminología general:** es el conjunto sistematizado de conocimientos relacionados con la fenomenología, la etiología y las derivaciones o consecuencias de la realidad delincencial o criminal. (Pinatel, 1974, p. 331 y ss.).
7. **Criminología clínica:** ha de entenderse como la aplicación integrada y conjunta del saber criminológico y de las técnicas del



diagnóstico a casos particulares y con fines diagnósticos y terapéuticos. Wolfgang et al, 1982, p.54).

6.1 CLASIFICACION ACTUAL.

-General o Sintética: unifica el saber de las Criminologías especializadas.

Es un conjunto ordenado o sistematizado de conocimientos relacionados con los acontecimientos anteriores al delito y con sus consecuencias sobre el propio delincuente, sobre la víctima y sobre la realidad.

-Clínica: aplicación integrada de todo el saber criminológico y de las técnicas médicas de diagnóstico (diagnóstico delincencial) a casos concretos con fines terapéuticos.

La Criminología clínica y la clínica médica coinciden en:

- *Emitir una opinión fundada.
- *Elaborar un diagnóstico y un pronóstico.
- *Considerar la necesidad de un tratamiento.



CAPITULO 7

POSTULADOS DE LA CRIMINOLOGÍA.

La Criminología crítica surge como un movimiento que parte de un enfoque materialista y que están animadas por la convicción que sólo un análisis radical de los mecanismos y de las funciones reales del sistema penal en una sociedad capitalista tardía puede permitir una estrategia autónoma y alternativa en el sector del control social de la desviación, esto es una política criminal de las clases actualmente subalternas.

Mientras la clase dominante está interesada en contener la desviación de manera que ésta no perjudique la funcionalidad del sistema económico-social y sus propios intereses y, en consecuencia, en el mantenimiento de la propia hegemonía en el proceso selectivo de definición y persecución de la criminalidad, las clases subalternas, en cambio, están interesadas en una lucha radical contra los comportamiento socialmente negativos, es decir en una superación de las condiciones propias del sistema socioeconómico capitalista, a las que la propia sociología liberal ha referido los fenómenos de la criminalidad. (Baratta, 2004, págs. 209-210).

POSTULADOS

Los representantes de la criminología crítica, parten de los siguientes postulados o tareas:

- 1) Que en una sociedad capitalista, las relaciones sociales se desenvuelven en un plano de desigualdad.
- 2) Que extienden de un modo riguroso la crítica del derecho desigual al campo del Derecho Penal.



- 3) Elabora una teoría materialista (económico-política) de la desviación, de los comportamientos negativos y de la criminalización.

- 4) Traza las líneas de una política criminal alternativa.



CAPITULO 8

PARÁMETROS CRIMINOLÓGICOS.

1. **Observación** es el análisis, exploración y estudio del objeto con el que estamos en contacto.

La observación es la base de los sistemas metodológicos de investigación científica. Señala “el Padre de la Filosofía Moderna”, René Descartes que:

La exacta observación permite el conocimiento del fenómeno, y que para llevar a cabo esa observación se debe respetar cuatro condiciones:

- a) El primero consiste en no admitir jamás nada por verdadero que no conociera que evidentemente es tal;
- b) El segundo, en dividir cada una de las dificultades que se examinara en tantas partes como fuera posible y necesario para mejor resolverlas;
- c) El tercero, conducir por orden los pensamientos, comenzando por los objetos más simples y más fáciles de conocer para subir poco a poco, como por grados, hasta el conocimiento de los más compuestos y aun suponiendo orden entre aquéllos que no preceden naturalmente unos a otros; y
- d) El último, en hacer en todo enumeraciones tan completas y revisiones tan generales que tuviese la seguridad de no omitir nada.

2. **La descripción** es representar el aspecto de las cosas, es definir algo, dando ideas y definiciones de sus partes o propiedades;



En la hipótesis se busca un acercamiento tentativo a la solución del problema. Para dar posibles respuestas a las preguntas de oro de la investigación,

¿Qué?, ¿Quién o Quiénes?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Dónde?, ¿Por qué? y ¿Con qué?”, y en base a dichos cuestionamientos que propone la Criminología, el planteamiento de problemas queda de la siguiente manera:

8.1 PREGUNTAS CLAVE.

¿Qué... factores llevaron a una persona a realizar una conducta antisocial/criminal?

¿Cómo... sucedió la conducta antisocial/criminal?

¿Dónde... sucedió la conducta antisocial/criminal?

¿Cuándo... sucedió la conducta antisocial/criminal?

¿Con qué... se realizó la conducta antisocial/criminal?

¿Por qué... una persona comete una conducta antisocial/criminal?

5. **La experimentación** viene a ser un fenómeno reproducido intencionalmente y manipulado (controlado), a fin de tener sus efectos registrados además de sus variantes, y formulación de explicaciones se refiere a las causas que llevaron al sujeto a cometer un delito, los factores que influyeron en su niñez y que en su adultez o en cualquier momento que la conducta antisocial se presente, afectaron al sujeto y lo convirtieron en un antisocial.



8.2 CÓMO APLICAR LOS PARÁMETROS CRIMINOLÓGICOS.

- **Observación:** se usa para concentrarnos en el sujeto de estudio.
- **Diagnóstico** criminológico: se utiliza para establecer el grado de peligrosidad de un Individuo y si se encuentra o no en conflicto.
- **Pronóstico criminológico:** se trata de predecir la peligrosidad y futura conducta del sujeto.

La peligrosidad es un concepto clave de la Escuela Clínica, que se basa en el supuesto de qué causa lleva a la persona al conflicto, y se puede determinar algo muy interesante si va a continuar con esta conducta y en qué medida. Este concepto tiene dos aspectos:

- 1) La capacidad: se refiere a la cantidad de conflictos que puede cometer el antisocial
- 2) La adaptabilidad: es la capacidad de adaptación al medio en que vive.

Para determinarlo, se toman en cuenta los componentes de la personalidad antisocial y los factores criminógenos, **a mayor cantidad de éstos será mayor su peligrosidad y viceversa.**

Por ello, la Criminología busca en cualquier momento eliminar las condiciones que favorezcan a la comisión de una conducta antisocial o situación de conflicto de cualquier individuo.



CAPITULO 9

RESEÑA DE LA RELACIÓN ENTRE FACTORES ORGÁNICOS Y LA CONDUCTA CONFLICTIVA.

Existen causas para la conducta humana en toda su diversidad, y lo mismo aplica específicamente a la conducta conflictiva.

9.1 CAUSAS BIOLÓGICAS.

Estamos en un momento histórico crucial donde la tecnología investigativa habrá de ayudar a entender mejor – con evidencia clara y contundente- el verdadero espectro de posibilidades en variables de índole biológica, orgánica, congénitas o heredadas. (Por ejemplo el Proyecto del Genoma Humano).

Aquellas condiciones fisiológicas, neurológicas, cromosómicas y anatómicas que puedan determinar algunos de los muchos casos de conducta conflictiva.

La gran cantidad de estudios para explicar la conducta conflictiva en la perspectiva biológica no es un evento, moda o patrón nuevo. No obstante, las investigaciones giran explorando nuevas, y específicas, variables que incluyen una variedad enorme de factores físicos tales como los niveles alterados de serotonina (perspectiva bioquímica; desbalances químicos), alteraciones en el lóbulo frontal, ADD (desorden de déficit de atención), niveles altos de testosterona combinados con niveles bajos de serotonina, niveles bajos de colesterol, el efecto en general de los andrógenos, el efecto de diversas drogas auto-inducidas (ingeridas), los efectos de las dietas (enfoque nutricional), alteraciones



por cobre y zinc, el efecto de traumas y accidentes, el efecto de traumas en guerras o eventos de estrés en desastres naturales (síndrome post-traumático), el efecto de la contaminación ambiental y las toxinas, hiperactividad, problemas cognitivos, el efecto del tabaquismo en la madre sobre los hijos, efecto del ácido úrico, la predisposición genética, y la relación entre estados emocionales alterados (depresión y ansiedad) y la conducta conflictiva, entre otros.

9.2 TRASTORNOS BIOQUÍMICOS.

Serotonina.

Richard Wurtman (, ha encontrado que dietas de alto carbohidratos y bajas proteínas afectan los niveles normales de la serotonina, neurotransmisor natural que cuando está en niveles alterados o anormales tiene efectos cerebrales asociados con tendencias suicidas, agresión y violencia, alcoholismo y conducta impulsiva. Las funciones normales de la serotonina son la regulación de la excitación, los estados de ánimo, la actividad sexual, la agresión y el control de los impulsos. Algunos estudios asocian niveles bajos de serotonina con la conducta violenta-aberrante.

9.3 CONDICIONES CONGÉNITAS: SÍNDROME FETAL ALCOHÓLICO.

Estudios realizados por Ann Streissguth encuentran que el 6.2% de los adolescentes y adultos que muestran niveles significativos de conducta mal adaptativa nacieron bajo condiciones de Síndrome Fetal Alcohólico. Esta conducta evidenciada incluye impulsividad, falta de consideración con los demás, mentir, engañar, robar, y adicción al alcohol o drogas.



También mostraron dificultad de vivir independientes a los padres, pobre juicio social y dificultades en conducta sexual, soledad y depresión.

No obstante, aunque siempre se ha pensado que el alcoholismo de la madre es lo que más afecta, también se han realizado estudios sobre el papel del alcoholismo en el padre. Estudios realizados por Theodore Cicero encuentran que los hijos de hombres alcohólicos tienden a mostrar problemas de conducta y problemas en las destrezas intelectuales.

Cicero sugiere que esto está directamente relacionado con el efecto del alcohol sobre los espermatozoides o las gónadas.

Dice que los hijos varones de padres alcohólicos tienden a dar pobres ejecuciones en los "tests" de aprendizaje y destrezas espaciales. También demuestran tener niveles más bajos de testosterona y beta-endorfinas.

Las hijas muestran niveles hormonales alterados en hormonas relacionadas a tensión reaccionando de forma distinta a situaciones de estrés a las féminas que no tienen el factor de padres alcohólicos.

9.4 EFECTO DE GOLPES-TRAUMAS Y ALTERACIONES DEL LÓBULO FRONTAL.

Alan Rosebaum

Realizó un estudio en los que descubre que los traumas cerebrales anteceden cambios de conducta predisponiendo hacia un incremento en violencia.

Muchas de estas lesiones fueron adquiridas en la infancia bajo juegos como en accidentes o producto de maltrato infantil. Su estudio fue realizado con 53



hombres que golpeaban a sus esposas, 45 hombres no-violentos y felizmente casados, y 32 hombres no-violentos pero infelizmente casados. 50% de los agresores habían sufrido algún tipo de lesión en la cabeza previo a sus patrones de violencia doméstica.

De otra parte, Antonio Damasio

Sugiere que daños al lóbulo frontal a nivel de la corteza cerebral puede evitar que la persona pueda formarse evaluaciones de valor positivo o negativo al crear imágenes y representaciones sobre los resultados, repercusiones y consecuencias futuras de acciones al presente creando las bases de ciertas conductas sociopáticas.

Estudios de Antoine Bechara

Confirman la correlación entre lesiones de la corteza en el lóbulo frontal y conductas peligrosas tales como "hacer daño solo por divertirse"

Estudios con PET (tomografía de emisiones positrónicas; mide el insumo de glucosa al cerebro) realizados por Adrián Raine demuestran que niveles bajos de glucosa en la corteza pre-frontal son frecuentes en los asesinos (estudios preliminares; la muestra fue de 22 asesinos confesos con 22 no-asesinos de control) Bajos niveles de glucosa están asociados con pérdida de auto-control, impulsividad, falta de tacto, incapacidad de modificar o inhibir conducta, pobre juicio social.

Los autores de este estudio plantean que esta condición orgánica debe interactuar con condiciones negativas del ambiente para que la persona entonces cree un estilo de vida y personalidad delincuente y violenta de forma más o menos permanente.



9.5 EFECTOS DE MEDICAMENTOS-DROGAS.

Medicamentos legalmente recetados por médicos como parte de tratamiento a condiciones como epilepsia pueden tener efectos negativos aumentando la irritabilidad, la actividad y el desajuste emocional. Tal es el caso de medicinas como Mysoline que es recetada como anticonvulsivo.

9.6 EFECTOS NUTRICIONALES.

Katherine y Kenneth Rowe

Estudiaron grupos de niños diagnosticados con hiperactividad. Los padres les daban alimentos con colorantes como parte de sus dietas regulares. El estudio consistió en una dieta con el colorante Amarillo #5 y placebos para el grupo control.

El reporte de los padres y observadores fue que se manifestó un incremento en conductas de llanto frecuente, rabieta, irritabilidad, inquietud, dificultad de conciliar el sueño, pérdida de control, y expresiones de infelicidad.

Muchas de estas conductas son precisamente las que les crean desajuste escolar, limitando su aprendizaje e integración a las reglas del salón de clases.

9.7 TRASTORNOS HORMONALES.

Ante el hecho obvio de que el hombre tiende a mostrarse más agresivo que las mujeres, las hormonas masculinas - la testosterona- ha sido objeto de estudio en la conducta violenta.



James Dabbs

Estudió 4,4462 sujetos masculinos encontrando una alta incidencia y correlación entre delincuencia, abuso de drogas tendencias hacia los excesos y riesgos en aquellos que tenían niveles más altos de lo normal y aceptable en la testosterona. En las cárceles encontró que aquellos convictos de crímenes más violentos fueron los que más altos niveles de testosterona reportaron. También encontró en los estudios de saliva de 692 convictos por crímenes sexuales que estos tenían el nivel más alto entre todos.

9.8 ALTERACIONES EN CONDUCTA POR HIPERACTIVIDAD ORGÁNICA.

Rachel Gittelman

Sostiene que varones hiperactivos muestran una tendencia alta de riesgo a entrar en conducta antisocial en la adolescencia. Esta tendencia es cuatro veces mayor a la de jóvenes que no son hiperactivos, y parecen tener historiales de más incidentes de arrestos, robos en la escuela, expulsión, felonías, etc. 25% de los participantes en el estudio habían sido institucionalizados por conducta antisocial.

9.9 DAÑO CEREBRAL.

Estudios demuestran que daños cerebrales son la regla entre asesinos y no la excepción. Pamela Blake estudió 31 asesinos con ayuda de la tecnología médica de los EEG's, MIR's y CT SCANS y con pruebas psiconeurológicas.



Estos habían sido acusados de ser miembros de gangas, o violadores, rateros, asesinos seriales, asesinos en masa, y dos habían asesinado hijos. En 20 de estos casos se pudo establecer diagnósticos neurológicos claros. 5 casos demostraron efectos de síndrome fetal alcohólico, 9 casos mostraron retardo mental, 1 caso tenía perlesía cerebral, 1 caso tenía hipotiroidismo, un caso tenía psicosis leve, un caso tenía microadenoma en la pituitaria con acromegalia y retardo mental fronterizo, otro tenía hidrocefalia, tres mostraron epilepsia, tres lesiones cerebrales y dos demencia inducida por alcohol.

Algunos mostraron combinaciones. 64.5% mostraron anormalidades en el lóbulo frontal y 29% parecían tener defectos en lóbulo temporal. 19 sujetos mostraron atrofia o cambios en la material blanca del cerebro.

El 83.8% de los sujetos mostraron abuso en sus infancias, y 32.3% habían sido abusados sexualmente.

9.10 INTOXICACIONES Y CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

Es de reciente interés el estudio del efecto de diversas fuentes de toxicidad sobre la humanidad. Un estudio formal sobre el efecto del plomo indica que produce alteraciones en la conducta hacia la violencia y la conducta antisocial.

En este estudio, Herbert Needleman

212 varones de escuela pública en pittsburgh, entre las edades de 7-11, fueron evaluados en cuanto a la concentración de plomo en sus huesos mediante pruebas de rayos X's fluorescentes.



El plomo es acumulado a través de los años por diversas fuentes que incluyen la exposición a pinturas, y se observó que con el pasar de los años, según aumentaba la cantidad acumulada de plomo aumentaban los reportes de agresividad, delincuencia, quejas somáticas, depresión, ansiedad, problemas sociales, déficit de atención entre otras.

Aunque los autores creen que hay factores del ambiente social que contribuyen a estas conductas, enfatizan en la importancia de prevenir la toxicidad cerebral por plomo.

9.11 CONDICIONES Y TRASTORNOS MENTALES

Estudios confirman que la presencia de trastornos de salud mental incrementa la conducta violenta y antisocial. Estudios en Dinamarca identificaron en 324,401 personas que aquellos que tenían historial de hospitalizaciones psiquiátricas tenían más probabilidad de ser convictos por ofensas criminales (tanto en hombres como en mujeres) en una proporción de 3-11 veces más que aquellos que no tenían historial psiquiátrico.

La esquizofrenia, específicamente, aumenta la probabilidad en 8% en hombres y en 6.5 en mujeres.

El desorden de personalidad antisocial aumenta la probabilidad en 10% en hombres y 50 en mujeres de conducta homicida.

Estudios en EU demuestran que el 80% de los convictos cumpliendo cárcel tienen historial psiquiátrico, con historial de abuso de sustancias y conducta antisocial dependiente.



CAPITULO 10

PERSPECTIVA PSICOLÓGICA DE LA CONDUCTA CONFLICTIVA.

La Psicología mantiene un cuerpo de teorías y modelos que nos permiten entender y visualizar la conducta criminal desde varias perspectivas o Modelos que integran la biológica, la social y la psicológica:

COMO REACCIÓN ORGÁNICA: DESDE EL MODELO PSICOBIOLOGICO.

Plantea que las causas de la conducta están en la herencia, en la genética, en daños congénitos (ocurridos durante el embarazo o en el parto), en exposición a ambientes de contaminación ambiental, por defectos, mutaciones, anormalidades físicas, accidentes, traumas fisiológicos o daño cerebral.

Para entender la conducta criminal desde una perspectiva orgánica debe hacerse una evaluación clínica médica que pueda confirmar o descartar la presencia de alguna de estas condiciones, antes de partir a diagnosticarla como conducta de causas psicológicas.

Si se confirma la causa orgánica, la persona se considera enferma y no debería ser tratada como un delincuente común ya que la raíz de su conducta está determinada por impulsos y condiciones deterministas que nada tendría que ver con sus capacidades mentales, su raciocinio, o libre voluntad.



Estas condiciones orgánicas le harían no responsable de sus actos, por tanto podría cualificar para defensas tales como GBMI ("guilty, but mentally ill"; culpable pero incompetente mental)

COMO REACCIÓN EMOCIONAL: DESDE EL MODELO INTRAPSÍQUICO (FREUDIANO).

Plantea que las personas son particularmente vulnerables en la primera infancia a traumas, complejos, conflictos no resueltos que quedan archivados en el inconsciente.

Personas que sufren maltrato infantil, crianzas rígidas o extremadamente laxas (sin estructura ni reglas parentales), relaciones inadecuadas con los adultos, dificultades en la identificación sexual correcta, tienden a desarrollar respuestas emocionales disfuncionales mientras crecen.

De no ser atendidas correctamente estas experiencias negativas y ansiógenas permiten el desarrollo de reacciones neuróticas, psicóticas en algunos extremos, que habrán de manifestarse en la vida a partir de la adolescencia.

Para muchos freudianos la conducta antisocial es la base de la conducta criminal, y para que esto ocurra la persona debe haber desarrollado una personalidad antisocial.

Esta a su vez es el resultado de los traumas inconscientes que dominan la conducta adulta aunque la persona desconozca- o no reconozca- las causas en su pasado. La persona que comete delitos es una persona con un problema médico-psicológico. Se considera enferma emocionalmente.



Este modelo es el que sirve de base para las defensas legales por locura, ya que no contempla que la persona sea responsable de sus actos, y de serlo, no concibe que la persona, por su enfermedad, tenga capacidad de reconocer las implicaciones de la misma.

COMO REACCIÓN APRENDIDA: DESDE EL MODELO CONDUCTISTA.

Plantea que en principio todo en el ser humano, menos los reflejos, es producto del aprendizaje, un proceso acumulativo de cambios que ocurren en el organismo de acuerdo a la experiencia, conductas que buscan un objetivo adaptativo dependiente y relativo a los estímulos que se reciben del ambiente social externo en el cual está insertada la persona.

La personalidad y la conducta es el conjunto de reacciones aprendidas por premiación de acuerdo a las contingencias externas. Por tanto, en este modelo, la conducta criminal es adquirida mediante aprendizaje si resultara útil, adaptativo e instrumental hacia metas (que también son aprendidas).

Esta concepción es mecánica y plantea que el ser humano, cuando comete delitos, lo hace como reflejo de lo que ha aprendido en su ambiente social. En el sistema penal, la persona es responsable de su conducta aprendida y debe ser sometida a los procesos correspondientes de justicia.



COMO REACCIÓN A LA SOCIALIZACIÓN: APRENDIZAJE SOCIAL: DESDE LA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL.

En este modelo se combinan dos modelos (cognoscitivo y conductual) planteando que el ser humano adquiere la conducta mediante un proceso de exposición, moldeamiento e interiorizar valores, actitudes, conductas y normas (socialización primaria y secundaria).

Se plantea que puede ocurrir por imitación (Bandura) en donde hay presentes tres factores:

- a) un motivo que induzca al cambio, consciente o inconsciente
- b) un modelo que indique la dirección del cambio (quiero comportarme como alguien que he visto)
- c) una recompensa (si me comporto como esa persona, lograré el mismo beneficio que él logró con esa conducta).

Otra forma de aprendizaje social es por aprendizaje vicario, que consisten en aprender por las experiencias ajenas sin tener que pasar directamente por la experiencia (por ejemplo, lo que vemos en la tv o en el cine)

También puede aprenderse mediante la necesidad por el equilibrio cognoscitivo. De estas tenemos tres teorías predominantes:



TEORÍA DEL EQUILIBRIO DE FRTIZ HEIDER.

Teoría del equilibrio cognitivo-afectivo de Rosemberg y Abelson;(teoría de la disonancia cognoscitiva de León Festinger.

En la primera se pierde el equilibrio cuando alguna necesidad no está satisfecha y las relaciones (condiciones) de vida no son positivas y en donde pertenecer a algún grupo es importante por tanto "el enemigo de mi amigo es mi enemigo".

En la segunda, debe haber consistencia entre lo que se piensa y lo que se siente tanto a nivel personal como en la relación del individuo con los grupos. Si se quiere aquello que no te permite satisfacer una necesidad, o si lo que te satisface no se quiere, se crean condiciones de desequilibrio que hacen que la persona caiga frecuentemente en contradicciones e inconsistencias.

En la tercera, la persona advierte que las creencias pueden chocar entre sí, y la tendencia natural es a romper la incongruencia con carácter de urgencia. Por ejemplo: "cualquiera puede llegar a ser gobernador de PR".

En los tres casos la pérdida de equilibrio, o consistencia, puede generar reacciones de frustración e incongruencias que pueden inducir a la persona hacia la violencia.

En cada una de estas perspectivas encontramos que el grado de responsabilidad sobre los actos humanos varía. En las biológicas y freudianas, la persona que comete un delito bajo efectos de una



Condición, o en un estado mental disfuncional, está muy enferma y no puede enfrentar las consecuencias de sus acciones ni un proceso judicial.

En cambio en las perspectivas conductistas y sociales la persona, aunque reconocida como "víctima" de una ambiente en el que puede haber estado expuesto a circunstancias negativas y de formativas, se considera responsable de sus acciones.



CAPITULO 11

COMPONENTES DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL.

11.1 TIPOS DE CONDUCTA.

Para la criminología se distinguen cuatro tipos de conducta: **Social, asocial, parasocial, antisocial.**

- a) **Conducta social.** Es la que cumple con las adecuadas normas de convivencia, la que no agrede en forma alguna a la colectividad, es la que cumple con el bien común.

La mayoría de las conductas en la humana convivencia, son esta clase, nuestras relaciones con los semejantes siguen determinadas normas (jurídicas, morales, sociales) y buscan la realización de ciertos valores (amistad, negocio, oración, aprendizaje).

Así, el asistir a una conferencia, ir a un restaurante a comer con amigos abrir una cuenta bancaria, cortejar a una dama, son (en principio) conductas sociales.

- b) **Conducta asocial.** La conducta asocial es aquella que carece de contenido social, no tiene relación con las normas de convivencia ni con el bien común.

La conducta asocial se realiza por lo general en la soledad, en el aislamiento. Cuando cerramos la puerta de nuestra alcoba los



convencionalismos sociales quedan fuera, al quedarnos solos nuestra conducta queda, por lo general desprovista de contenido social o antisocial.

- c) **Conducta parasocial.** Se da en el contexto social, pero es diferente a las conductas seguidas por la mayoría del conglomerado social.
- d) Es la no aceptación de los valores adoptados por la colectividad, pero sin destruirlos; no realiza el bien común, pero no lo agrade.

Ciertas modas, ciertos usos o costumbres diferentes, son captados por la mayoría como extravagantes o francamente desviados. La diferencia con la conducta asocial es que la parasocial no puede ser aislada, necesita de los demás para poder darse.

- e) **Conducta antisocial.** Va contra el bien común, atenta contra la estructura básica de la sociedad, destruye sus valores fundamentales, lesiona las normas elementales de convivencia.

El ejemplo que puede darse de esta forma de conducta es clásico: el privar de la vida a un semejante lesiona el bien común; es una conducta indeseable, daña no sólo a la víctima, sino a la familia y a la sociedad; destruye el valor supremo: la vida, sin el cual no pueden darse los otros bienes.

A la Criminología interesan sobre todo las conductas antisociales, pero esto no implica que desatienda a las conductas parasociales en cuanto que algunas de éstas pueden convertirse con cierta facilidad en conductas francamente antisociales.



Es de aclararse que el término de conducta desviada, tan utilizado actualmente, es de gran utilidad, principalmente por ser descriptivo y no valorativo, de forma general, pues una conducta desviada es una conducta diferente de la generalidad y de ser parasocial o antisocial, o en algunos casos simplemente asocial.

11.2 TIPOS DE SUJETOS.

Cualquier persona puede cometer actos sociales, asociales, parasociales o antisociales, pero cuando prevalece determinado tipo de conducta, podemos utilizar otro nivel de interpretación, y así distinguir sujetos sociales, asociales, parasociales o antisociales.

a) **Sujeto social.** Por lo común el concepto de sociabilidad se interpreta como facilidad de interrelación, de comunicación humana; los efectos de la materia se deben considerar como cumplimiento de las normas de convivencia y realización del bien común.

c) **Sujeto asocial.** Se aparta de la sociedad, no convive con ella, independientemente, no tiene nada que ver con el bien común, sin agredir a la comunidad.

En la antigüedad tenemos varios ejemplos de estos sujetos en la persona de los anacoretas, que se separaban de la sociedad para vivir pendientes, haciéndose compañía a sí mismos, con el deseo (quizá egoísta) de su personal superación.

En la actualidad aún nos encontramos con el misántropo aislado, o con patéticos casos patológicos como puede serlo el esquizofrénico, que vive su personal mundo interno.



- d) **Sujeto parasocial.** Se da paralelamente, al lado de la sociedad; cree en sus valores, pero no se aparta de ella, sino que comparte beneficios, en mucho depende de ella para sobrevivir.

Sujeto antisocial. Agrede al bien común, destruye los valores los de la sociedad, no respeta las leyes elementales de convivencia no vive en sociedad sino contra ella.

Respecto al sujeto antisocial podemos hacer la misma reflexión que hicimos con las conductas antisociales a la Criminología interesan sobre todo los sujetos antisociales, pero esto no implica que descuidemos a los sujetos parasociales, que en un momento dado pueden convertirse en antisociales.

Así, el homosexual que pervierte niños, o el toxicómano que trafica con droga, no pueden considerarse ya como parasociales, han entrado a la categoría de antisociales.

En cuanto a los sujetos desviados, es preciso hacer la misma aclaración hecha para las conductas desviadas: sujeto desviado es aquel que toma un patrón de comportamiento diferente al del común de la colectividad, y por lo tanto, el desviado puede ser asocial, parasocial o antisocial.

La diferencia será de importancia suprema en el momento de planear, ejecutar y evaluar la Política Criminológica.



CAPITULO 12

NIVELES DE INTERPRETACIÓN DE LA PERSONALIDAD EN CONFLICTO.

Conductual: Basado en la conducta del individuo (analiza)

Individual: Basado en la conducta del individuo que comete ilícitos de manera individual.

Colectivo: Cuando el ilícito se comete en grupos.

DIVISIÓN DE LAS CONDUCTAS SOCIALES DEL INDIVIDUO.

Social: Persona que se desarrolla en la sociedad de manera equilibrada y armónica.

Asocial: Individuo que se aleja de las normas sociales pero no las transgrede (no las acepta pero las respeta)

Parasocial: Ruptura total con el Estado Social. Parásitos sociales que cuya conducta impacta en la sociedad

Antisocial: Individuo que va en contra del bien común, del estado de derecho, aunque no necesariamente es delictiva (la conducta, ejemplo: pasarte el alto).

Conducta delictiva: La conducta transgrede el Estado de Derecho, violenta la tranquilidad social (mutación parcial)

Criminal: mutación total va totalmente en contra de la tranquilidad social.



Social:

Son aquellos que buscan el bien común, tienen facilidad para desarrollarse socialmente (interrelación), en conclusión observan las normas de convivencia.

Parasocial:

Se da paralelamente al concepto de sociedad, es decir, no cree en los valores de la sociedad pero se aparta de ella, comparte sus beneficios sirviéndose de los mismos para su bien común.

Asocial:

Se aparta de la sociedad, no convive con ella, vive de forma independiente, no tiene nada que ver con el bien común pero no agrade a la sociedad. (Sujetos aislados).

Antisocial:

Agrade al bien común, no respeta los valores de la sociedad, no respeta las leyes elementales de convivencia y no vive en sociedad, sino contra ella.

La personalidad antisocial también ha sido denominada: “psicopatía, sociópata o trastorno antisocial de la personalidad”; en general, es todo comportamiento que va contra el orden social, destruye.

Como lo señalaba Rafael Gallófaló, se muestra indiferencia y falta de remordimientos al causar un daño, o no se da alguna explicación ni enmiendan a nadie por su comportamiento, no hay sentimientos de empatía ni de respeto o como él los llamaba sentimientos de probidad y de piedad.



CAPITULO 13

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD CONFLICTIVA.

- Es una persona con una marcada inestabilidad en todas sus conductas que proyecta una personalidad con una grave conflictiva que se traduce especialmente en la relación interpersonal agresiva y autodestructiva;
- El antisocial presenta dificultades en el pensamiento, en especial en relación a un pensamiento lógico debido a que se mueve en un plano bastante inmaduro e infantil
- El juicio está en desconexión con la realidad y esto posibilita las fantasías y ansiedades persecutorias. Las características están dadas por la permanente hostilidad y los juicios que hace están en función de esa hostilidad
- La comunicación es inestable y predomina un contenido verbal sádico e infantil (sarcástico), tiende a una manipulación y burla de las personas. El lenguaje por lo general es autoritario
- En la afectividad, el sentimiento de culpa está muy disminuido, con escasa capacidad para experimentar emociones.

Frente a los demás, el antisocial parece frío, rígido, pero es una protección a sus sentimientos infantiles.

Existen fuertes sentimientos internos de inferioridad, de ahí la necesidad del comportamiento agresivo. Son hiperactivos y se aburren fácilmente con sus actividades, por lo que busca cambiar de una a otra, además marcan su



cuerpo a través de tatuajes y cortes que son conductas de identificación en un grupo y de autodestrucción.

Tienden a sobrevalorarse en su cuerpo y en sus habilidades, pero a la vez tienen una autoimagen pobre de sí mismos.

El antisocial agrede a la sociedad, destruye, no respeta las leyes, no va de acuerdo con la sociedad sino que va en su contra, no se adapta a ella; además, muestra desprecio, es impulsivo, no tiene capacidad para planear el futuro, es agresivo, irresponsable y carece de remordimiento.

El antisocial es egocentrista, ya que piensa que lo que hace está bien, lo justifica, racionaliza y es por ello su falta de remordimiento; es lábil, el castigo no lo intimida, no piensa en el pasado ni el futuro.

Los sujetos antisociales no logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal. Pueden cometer repetidamente actos que son motivo de detención como la destrucción de una propiedad, molestar, robar o dedicarse a actividades ilegales.

Frecuentemente, engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placer personal.

Pueden mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros o simular una enfermedad. Se puede poner de manifiesto un patrón de impulsividad demostrado en varias áreas de la vida, las decisiones se toman sin pensar, sin prevenir y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás.

Los sujetos antisociales tienden a ser irritables y agresivos y pueden tener peleas físicas o cometer actos de agresión. Estos individuos también



muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás, esto puede demostrarse en su forma de conducir (repetidos excesos de velocidad, conducir estando intoxicado, accidentes múltiples).

Pueden involucrarse en comportamientos sexuales o consumo de sustancias que tengan un alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales. Pueden descuidar o abandonar el cuidado de un niño de forma que puede poner a ese niño en peligro. Los sujetos antisociales también tienden a ser continua y extremadamente irresponsables.

Tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos, pueden ser indiferentes o dar justificaciones superficiales por haber ofendido, maltratado o robado.

Estas personas pueden culpar a las víctimas por ser tontos, débiles o por merecer su victimización (“me porté así porque tú me provocas”), pueden minimizar las consecuencias desagradables de sus actos o simplemente mostrar una completa indiferencia.

Las características anteriores, son básicas de la personalidad antisocial y que en la actualidad son las que toman en cuenta Psicólogos, Psiquiatras y Criminólogos para diagnosticar o considerar a alguien como antisocial.

El motivo de explicación de la personalidad antisocial es por importancia para la Criminología, pues abarca un abanico de conductas delictuosas y trastornos de la personalidad, así como delitos.



13.1 EGOCENTRISMO.

Egocentrismo es el sobre valor exagerado de la propia personalidad, considerada como el centro de atención de todo momento y situación. El sujeto está preocupado por él y comúnmente indiferente hacia los demás.

El egocentrismo se presenta de tres maneras:

1. **Egocentrismo intelectual.** En el que se exageran los propios pensamientos e ideas, de forma que no se aceptan las ideas de otras personas. Intenta imponer a los demás

2. **Egocentrismo afectivo.**

Es en el que se intenta depositar la atención, el cariño y el cuidado de los que rodean al sujeto; si no lo logra, se muestra disgustado y celoso

3. **Egocentrismo social.**

En éste se busca ser el centro de atención, tener el papel de estrella y de víctima, el que tiene la autoridad, el líder.

Los sujetos antisociales frecuentemente carecen de empatía y tienden a ser insensibles, desvergonzados y a menospreciar los sentimientos, derechos y penas de los demás. Pueden tener un concepto de sí mismos vanidoso y orgulloso (pensar que ciertas cosas no están a su altura) y pueden ser excesivamente tercos e independientes.

Pueden mostrar labia y seducción y ser muy volubles; por ejemplo, utilizan términos técnicos o un idioma que puede impresionar a alguien que no esté familiarizado con el



Tema personal por lo que siempre justifica y racionaliza las consecuencias o los actos.

Siempre trata de tener la razón, lo único que vale es lo propio y desvaloriza lo ajeno por lo que da marcha a realizar sus actos sin medida de sus consecuencias.

Cuando realiza un acto que daña y produce víctimas, éste justifica sus actos diciendo que el victimizado es el causante de lo que le pasó o se justifica diciendo que sus actos son debidos a lo que él ha sufrido en el pasado.

Las características del egocentrismo se pueden resumir de la siguiente manera, hay que comprender que no todas son patológicas, muchas son necesarias para el crecimiento personal, pero habrá que ubicar las que desvíen al individuo a la antisociedad:

- Habla en primera persona;
- Lenguaje fluido;
- Se siente centro del universo;
- Necesidad de reconocimiento y aceptación;
- Liderazgo;
- Procura ponerse en el papel principal,
- Elaboración de la experiencia a través de su vida;
- Establece sus propios juicios y valores;
- Excesiva reacción ante la frustración; y
- Uso de mecanismos de defensa.



13.2 AGRESIVIDAD.

Se pueden distinguir dos tipos de agresividad:

1. “La positiva. Cuando comprende la autoafirmación y dominación necesaria para realizar un objetivo social aceptable
 2. La negativa. Cuando toma la forma de hostilidad y se expresa de manera incompatible con las pautas de conducta aceptas” Los sujetos antisociales tienden a ser irritables y agresivos, y pueden tener peleas físicas repetidas o cometer actos de agresión a cualquier persona.
- Impulsividad;
 - Baja tolerancia a la frustración;
 - Positiva. Empuje, creatividad;
 - Negativa. Destruye el entorno;
 - Por su modo de manifestación, puede ser: explosiva, intermitente y continuada; y
 - Puede ser verbal o física.

13.3 LABILIDAD.

Lábil es aquello que se resbala o se escurre con facilidad. Una persona lábil es poco estable, poco firme en su carácter. Indica su modo que consiste en ser inestable respecto a las emociones y a su cambio de pareja, de trabajo, de lugar.

En el sujeto antisocial, la falta de temor a la pena se debe a no visualizar el futuro con claridad, ven el castigo como lejano, se les resbala.



Los sujetos antisociales no logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, se les resbalan las normas. Se puede poner de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro.

Las decisiones se toman sin pensar, sin prevenir nada y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás, lo que puede ocasionar cambios repentinos de trabajo, de lugar de residencia o de amistades.

Lo anterior puede demostrarse en su forma de llevar repetidos excesos de velocidad, conducir estando intoxicado, accidentes múltiples.

Pueden involucrarse en comportamientos sexuales o consumo de sustancias que tengan un alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales. Pueden descuidar o abandonar el cuidado de un niño de forma que puede poner a ese niño en peligro.

Los sujetos antisociales también tienden a ser continua y extremadamente irresponsables. El comportamiento irresponsable en el trabajo puede indicarse por períodos significativos de desempleo aun teniendo oportunidades de trabajar.

Los individuos antisociales tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos. Pueden ser indiferentes o dar justificaciones por haber ofendido, maltratado o robado a alguien.

- Caprichoso y voluble;
- Desordenado, impuntual, vive el momento;
- De la falta de voluntad a la impulsividad;



- Ambivalencia ante la figura de autoridad;
- Bajo planteamiento de metas; y
- Miedo al rechazo social.

13.4 INDIFERENCIA AFECTIVA.

La indiferencia afectiva es la ausencia de sentimiento, consiste en la distorsión de expresión de las emociones. También es llamada como aplanamiento afectivo, falta de emotividad o inhibición de los afectos.

Nuevamente, los sujetos antisociales, habitualmente carecen de empatía y tienden a ser insensibles e indiferentes y pueden ser excesivamente autosuficientes.

Estos sujetos también pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales. Pueden tener una historia de muchos acompañantes sexuales y no haber tenido nunca una relación monógama duradera.

Las características presentadas anteriormente suelen juntarse o traslaparse, frecuentemente una da como consecuencia otra.

La mayoría de los trastornos afectan en las mismas esferas de actividades o sentimientos del individuo, no hay que apegarse a un patrón fijo, porque la Criminología no es exacta al igual que no lo es la Psicología ni la Psiquiatría.

En general, los trastornos de la personalidad afectan la cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos), la afectividad (la intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional), la actividad interpersonal y control de los impulsos.



Siendo el patrón de comportamiento antisocial uno de los más problemáticos de todos (dentro de los trastornos de la personalidad), podrá tener características de otros trastornos; por ejemplo, la desconfianza y suspicacia del paranoide; el aislamiento e indiferencia del esquizoide; el cambio de parejas frecuentemente así como el dependiente o el límite, el egocentrismo y la falta de empatía del narcisista o del histriónico, entre otros.

- Carencia de contactos afectivos con el entorno;
- Falta de emotividad;
- Embotamiento afectivo;
- Falta de amor al prójimo;
- Pobreza afectiva;
- Insensible al sufrimiento de la víctima;
- El sufrimiento ajeno lo estimula (sadismo);
- Deficiencia para establecer relaciones;
- Introversión; y
- Inmadurez emocional.

El trastorno antisocial está rodeado de una amplia variedad de características patológicas lo que hacen de su ser alguien peligroso para sí y para la humanidad. Dichas características deben ser observadas y profundizar no solo en su detección sino en encontrar las causas de las mismas



CAPITULO 14

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DEL PACIENTE EN CONFLICTO A TRAVÉS DE LOS PARÁMETROS CRIMINOLÓGICOS.

Se debe observar la apariencia general del paciente, que incluye su vestimenta, conducta motora, postura, caminar y porte, así como las expresiones faciales.

1. ATENCIÓN.

La atención es la actividad mental a través de la cual se dirige la actividad psíquica a un objeto, mismo que pasa a ocupar en la conciencia el mayor punto de concentración.

Para que exista atención el individuo debe permanecer en estado de alerta, y los diferentes estímulos externos le van a permitir dirigir o cambiar de dirección la atención; es decir, cuando nos concentramos intensificamos nuestra claridad sobre el objeto, aunque reducimos el campo de conciencia para el resto de circunstancias, este mecanismo nos va a permitir que la memoria se fije de manera adecuada.

La intensidad de la atención está supeditada a muchos factores como una buena nutrición, cantidad de sueño reparador suficiente, estabilidad emocional, se verá afectada por la fatiga, la mala nutrición, el uso de estimulantes del tipo de la cafeína, la nicotina o bien, cuando aparece un estímulo que rompe la concentración por ser de mayor intensidad.

Las condiciones que estimulan la atención son las siguientes: que el estímulo sea de intensidad suficiente, que el estímulo tenga una gran magnitud, que se repita, que sea novedoso o raro, y que cambie o desaparezca un estímulo habitual.



En el caso de los pacientes en conflicto, no podemos medir la atención de igual manera en todos los sujetos, ya que en cada uno habrá variaciones conforme a sus propios estados nutricionales, de descanso, de salud emocional.

La atención puede ser espontánea y voluntaria, suele ser una verdad relativa, ya que la intensidad de un estímulo y la magnitud del mismo, así como el efecto en cada personalidad, permite en ocasiones recordar con mayor detalle lo sucedido, por tanto, no debemos confundir al sujeto que “planea” un evento conflictivo, con aquel que “recuerda” más número de detalles por contar con una atención mayor ante el estímulo.

La atención se verá disminuida en muchas enfermedades tanto físicas como mentales. Por eso debe hacerse un análisis adecuado para no equivocarse con cambios en la atención o disminución en la misma.

Las alteraciones de la atención son:

- a) **Aprosexia.** Es la falta absoluta de atención, Es la absoluta falta de atención, como ejemplo de ésta podemos incluir a aquellas personas con demencia de Alzheimer, donde su atención será nula en el estado final de la enfermedad.
- b) **Hipoprosexia.** Es la disminución en la atención, existen muchos factores y enfermedades en las que disminuye la atención pero la más significativa para nuestro objetivo es la que se observa en pacientes con retraso mental.
- c) **Hiperprosexia.** Es el aumento en la atención, lo observamos con frecuencia en los trastornos delirantes, los sujetos relatan



un gran número de detalles por la anormalidad en su pensamiento.

- d) **Paraprosexia.** Es el aumento de la atención espontánea, con una disminución de la atención voluntaria, ésta puede observarse con frecuencia en pacientes que sufren estados de excitación psicomotriz como la manía y la hipomanía.

2. ORIENTACIÓN.

Para explorar la orientación es necesario saber que existe en dos modalidades:

- a) **LA ORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA.** Nos permite reconocernos a nosotros mismos; para explorarla debemos preguntar al sujeto acerca de su nombre y apellidos, y comprobarlo con alguna identificación personal, así como con datos generales de él mismo.
- b) **LA ORIENTACIÓN ALOPSÍQUICA.** Nos va a permitir reconocer el entorno temporoespacial.
- **Orientación en tiempo.** Debemos preguntar acerca de la fecha completa del día. Es importante mencionar que no hay orientación en tiempo cuando se es analfabeta y no por ello existe anormalidad alguna.
 - **Orientación en lugar.** Se refiere a si conoce el lugar en donde se encuentra físicamente.



- **Orientación en circunstancia.** Es lo relativo a si sabe el motivo por el que se encuentra en el lugar específico y las condiciones por las que fue llevado ahí.
- **Orientación espacial.** Es lo relativo a si sabe y reconoce lo que se encuentra arriba, abajo, izquierda o derecha, y la posición del cuerpo respecto de los objetos.

3. ACTIVIDAD.

Es todo aquello que realiza un ser humano en su expresión motora, incluye el lenguaje, la escritura, y las manifestaciones de la voluntad. Hay tres tipos de actos:

- a) Acto instintivo. Es un movimiento que se realiza sin aprendizaje previo.
- b) Acto habitual. ES EL RESULTADO DE UN LARGO APRENDIZAJE.
- c) Acto voluntario.

Es el que se realiza por voluntad se dirige por la conciencia, es complejo y requiere la inteligencia para su realización.

Para realizar un acto se requiere de voluntad, y para el estudio de la voluntad debemos distinguir entre: el **deseo o elaboración**, y la **ejecución**.

- a) Entre las anomalías de la actividad voluntaria, en la esfera del deseo, vamos a encontrar:

- CUANTITATIVAS:

-**Abulia.** Falta absoluta de voluntad.

-**Hipobulia.** Es la disminución de la actividad voluntaria.

Hiperbulia. Es el aumento de la actividad voluntaria.



- CUALITATIVAS:

-Impulso. Es la reacción violenta y rápida que escapa del control intelectual, anula la posibilidad de llegar a una decisión correcta.

-Compulsiones. Son los actos que resultan de dos fuerzas contrarias en donde se desea no hacer algo, pero se hace lo contrario.

b) Dentro de las alteraciones de la fase de ejecución de la voluntad encontramos:

- **Apraxia.** Consiste en la imposibilidad para realizar un acto determinado.

-Apraxia ideatoria. Es la incapacidad para realizar movimientos que se requieren para lograr un algo, por la carencia de la representación mental de los movimientos que se van a seguir.

-Apraxia motriz. Sí existe representación mental de los movimientos, pero no los puede realizar, el sujeto puede verbalizar los movimientos pero no puede ejecutarlos.

- **Ecopraxia.** Es la imitación de movimientos realizados por otras personas.
- **Amaneramiento.** Son los actos innecesarios, exagerados y ridículos que se usan para llamar la atención.
- **Extravagancias.** Es una exageración del amaneramiento.
- **Estereotipa.** Cuando el amaneramiento o la extravagancia se repite constantemente, a este movimiento se le llama estereotipia, hay de actitud y de movimiento o cinética. En la estereotipia de actitud el



sujeto permanece por largo tiempo en posiciones determinadas; en la de movimiento o cinética hace repeticiones de movimientos de manera automática.

- **Intercepción cinética.** La intercepción cinética o de movimiento es la interrupción de un acto que se está ejecutando.
 - **Negativismo.** Es el mecanismo complejo mediante el cual la persona se niega a realizar las indicaciones proporcionadas.
 - **Obediencia automática.** El sujeto obedece, sin conciencia del que realiza, es sumamente sugestionable.
 - **Flexibilidad cérea.** Es un estado donde la persona adopta posturas exageradas, mantiene una posición por tiempo prolongado, se llama catalepsia.
 - **Cataplexia.** Es una completa relajación muscular de muy corta duración.
4. Lenguaje y pensamiento. Un instrumento indispensable para la comunicación es el lenguaje, por lo que debe definirse correctamente el significado de cada término o palabra empleada.

El lenguaje es la expresión del pensamiento y también la exteriorización de deseos y efectos. Hay lenguaje oral, escrito y mímico.

Debemos anotar el uso del lenguaje, si este es emitido de manera normal, rápido, lento, si el tono de voz es normal, alto o bajo, con respecto a las demás personas; si utiliza gramaticalmente el lenguaje en forma adecuada, o si carece de algunas formas gramaticales; si utiliza palabras desconocidas en su significado, debemos confirmar si fueron adecuadamente utilizadas o no, si hay uso de palabras inventadas o de significación personal, etcétera.



El lenguaje presenta anormalidades que deben estudiarse. Dentro del Lenguaje oral tenemos:

a) Alteraciones del lenguaje por causas físicas u orgánicas:

- **Disartria.** Es la dificultad para pronunciar las palabras por malformaciones del paladar, la lengua o de cualquier parte del aparato de fonación, se observa con frecuencia la dificultad para pronunciar la R (rotacismo), o la L (labdacismo), o S (sigmacismo).
- **Afasia.** Es la imposibilidad para comunicarse mediante el lenguaje hablado o escrito:

***Afasia de wernike o sensorial de comprensión.** Es la pérdida de la comprensión del lenguaje hablado o escrito, el enfermo habla pero no coordina las palabras, oye pero no entiende, es incapaz de leer (alexia), o incapaz de escribir (agrafia).

***Afasia de broca o motora o de expresión:** es la imposibilidad para articular palabras.

- **Disfemia.** Es la alteración en la emisión de las palabras a pesar de mantener íntegros los órganos de expresión:

*Tartamudeo

Balbuceo.

- **Disfonías.** Son alteraciones en el tono y en el timbre de la voz.

b) Alteraciones del lenguaje oral por causa psíquicas :



- **Taquilalia.** Es la aceleración en la emisión del lenguaje oral, también llamado verborrea.
- **Bradilalia.** Es la disminución o lentitud en la emisión de las palabras.
- **Verbigeración.** Es la repetición de alguna palabra o frase si ningún sentido o lógica.
- **Mutismo.** Es el silencio transitorio.
- **Neologismo.** Es la creación de palabras o distorsión de las mismas que solo son comprensibles para el paciente.
- **Musitaciones.** Es la murmuración que el paciente realiza consigo mismo.
- **Ecolalia.** Es la repetición involuntaria de palabras o frases.
- **Estereotipia verbal.** Es la repetición de una palabra que se intercala en la conversación.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE ESCRITO.

- a) **Disgrafía.** Es la dificultad para elaborar la escritura.
- b) **Agrafía.** Imposibilidad para comunicarse por escrito.
- c) **Alexia.** Incapacidad para leer.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE MÍMICO.

- a) **Hipermimia.** Es la exageración en los movimientos mímicos.
 - b) **Hipomimia.** Es la disminución en los rasgos mímicos.
 - c) **Amimia.** Es la alteración que provoca inmovilidad mímica.
 - d) **Paramimias.** Son expresiones mímicas simuladas o disimuladas que no expresan la realidad anímica del paciente.
6. Ideas e ideación. Idea en sentido amplio significa conocimiento puro y razonado, que permite la comprensión de las cosas, de los seres, de



los hechos. Cuando se implícita una elaboración mental mediante la cual se realiza la adaptación de la misma, de acuerdo con la capacidad mental de cada uno.

Es indudable que un mismo conocimiento es asimilado en formas diversas por las distintas personas, quienes le asignan valores diferentes de acuerdo con la adaptación que les permite la comprensión de cada una de estas ideas.

Toda idea involucra una compleja elaboración mental, se lleva a cabo mediante la relación y valoración de otras ideas afines, que se adquirieron previamente y que se integran en los conocimientos generales de cada persona. Esta comparación de ideas da lugar a determinados juicios y razonamientos, que a su vez conducen a una conclusión, tras la cual la nueva idea se incorpora al acervo del conocimiento personal.

Toda idea antes de ser aceptada debe de ser sometida mediante la comparación a un proceso de análisis de cada uno de los términos, posteriormente se le añade el proceso de síntesis, por lo cual las ideas siempre presentan características personales.

La idea es el conocimiento que se tiene de los seres, de las cosas y de los fenómenos del mundo de valores.

Las formas en las que se integran el conocimiento humano son a través de las siguientes ideas:

- a) **Ideas concretas.** Son las ideas primarias, simples, iniciales que van a permitir la formación de otras ideas, por ejemplo, “la mesa”.

- b) **Ideas símbolos.** Son las que representan un concepto abstracto compartido por la sociedad, por ejemplo, “patria”.



- c) **Ideas mágicas.** Son las que se les da una concepción sobre natural, no tienen un sustento, real son primitivas, se presentan en los niños y en las sociedades primitivas, por ejemplo, “si camino en círculo llueve”
- d) **Ideas abstractas.** Es un conocimiento elaborado a través de un razonamiento, deductivo, son la base del conocimiento, son complejas y requieren de evolución personal y social, por ejemplo, “esta pintura representa la vida”.
- e) **Ideas creencias.** Son los conocimientos que se aceptan como verdaderos o probables, por ejemplo, “creo que va a llover”.
- f) **Ideas intuitivas.** Son consecuencia de una elaboración subconsciente, del conocimiento previo, que aparecen de manera súbita y se toman como verdaderas por quien las presenta, por ejemplo, “el camino es por ahí”.

LAS ALTERACIONES DE LAS IDEAS:

a) Las de cantidad o cuantitativas:

- Ideas aceleradas o rápidas.
- Ideas retardadas o lentas.

b) Las de calidad o cualitativas:

- **Idea delirante.** Es el producto de la elaboración de un juicio anormal o perturbado. Todo error depende de una falla de juicio, que consiste en la apreciación equivocada, originada en una comparación y una valoración defectuosas.



El error simple por falta de capacidad intelectual, por ignorancia, o por fallas de educación puede ser rectificado cuando se logra la comprensión, que permite apreciar y reconocer la falla de juicio debido a conocimientos incompletos o imperfectos.

Un error muy simple puede no ser rectificado a causa de la falta de comprensión de una inteligencia pobre, en tal caso no puede considerarse patológico.

En cambio el error patológico, se origina en un juicio anormal, no es rectificado aun cuando la personalidad este dotada de cultura y de una inteligencia normal o por arriba del término medio, esta es la diferencia fundamental que separa el error simple del error patológico, es decir, la falta de rectificación a pesar de una buena capacidad de comprensión.

Por ello, para poder calificar como delirante una idea, es necesario que el significado sea erróneo, e irreductibilidad del error.

La idea delirante es un error patológico elaborado por un juicio perturbado, que la hace irreductible.

Estas ideas condicionan la conducta del enfermo que, convencido de su realidad lucha por defenderlas o imponerlas.

LAS IDEAS DELIRANTES SE CLASIFICAN EN:

- **Verosímiles.** Las ideas delirantes verosímiles encierran un significado natural, evidente, probable, y deben de estar sujetas a comprobación, son las más difíciles de diagnosticar.
- **Inverosímiles.** Estas tienen un significado erróneo, evidente para cualquiera, por lo que son las más difíciles de diagnosticar.



- **Placenteras.** En este grupo incluimos a las megalomaniacas (o de grandeza); las mística (o religiosas); las eróticas (o sexuales); etc., y se refiere a aquellas que causan placer a quien las padece.

- **Displacenteras.** Incluimos aquí a las hipocondriacas, melancólicas, de perjuicio, persecución, celos, etcétera.

- **IDEAS OBSESIVAS.** Son ideas erróneas, reconocidas por quien las padece, esta idea entorpece la marcha normal de las elaboraciones psíquicas, no es el producto de un juicio desviado desde el momento en que reconoce el error, por esta razón no es condicionada por la idea o solo lo es de manera parcial, es una idea que perturba el pensamiento pero no desvía el juicio. Las ideas obsesivas se subdividen a su vez en:
 - **Obsesivas** impulsivas. Son ideas súbitas que generalmente condicionan la acción.
 - **Obsesivas** fóbicas. Son ideas que provocan miedo a determinadas situaciones o circunstancias u objetos (zoofobia, misofobia, tanafobia, etc.).
 - **Obsesivas puras.** Son ideas que producen un estado de duda, que aparecen constantemente y no están sujetas a la voluntad.



- IDEAS SOBREALORADAS.

Son ideas que se encuentran en el borde de las ideas delirantes. Es una idea creada por un juicio particularmente interferido por los estados afectivos pasionales, surgidos de las creencias y de los conceptos científicos, religiosos, políticos, sociales, etcétera.

- IDEAS FIJAS.

La idea persiste en la conciencia, sin perturbar el pensamiento, ya que no participa en sus elaboraciones, y por lo tanto no condiciona la conducta. La idea llega a la mente bajo la forma de representación persistente de un hecho que provoco intensa repercusión afectiva, que es lo que transmite el carácter de persistencia, y a medida que el tiempo transcurre disminuye de intensidad en relación con la reacción emocional, aparece un juicio más tranquilo o sereno que le da exacta valoración de los hechos, y el individuo alcanza a comprender la causa de la persistencia de la idea.

1. PENSAMIENTO.

Es el resultado final del funcionamiento mental, podemos entenderlo como entendemos una línea, que se inicia en un punto y termina en otro, a través de la vía más corta; el pensamiento se orienta con un tema para seguir un curso determinado y terminar cuando se concluye la idea. La finalidad es la comprensión, el entendimiento y facilita las relaciones entre los seres humanos.

El pensamiento evoluciona del primitivismo al pensamiento lógico y abstracto.



El pensamiento primitivo aparece en los niños y en las culturas primitivas, mientras que el pensamiento lógico y abstracto el resultado de la evolución, por lo que se alcanza en la etapa final de la adolescencia o en el inicio de la edad adulta de las culturas evolucionadas.

Para entender el pensamiento mágico debemos recordar que se fundamenta en las fuerzas naturales y la explicación primitiva sin conocimiento de estas, el pensamiento mágico carece de lógica y propicia innumerables errores. Cuando analizamos un hecho favorecemos el pensamiento abstracto y abandonamos el pensamiento mágico.

El pensamiento lógico, por el contrario, es el resultado de diferentes razonamientos analíticos que nos permiten llegar a conclusiones elaboradas.

El fundamento lógico se basa en 3 principios:

- a) **Principio de la no contradicción.** Propicia el razonamiento por deducción, por ejemplo, si A es igual a B, B es igual a C, entonces A es igual a C.

- b) **Principio del determinismo.** Propicia el razonamiento por inducción, todo fenómeno obedece a una causa, y las mismas causas provocan los mismos efectos. No hay causa sin efecto y la regularidad con la que se provocan ciertos fenómenos obligan a formular leyes (principio de legalidad).



- c) **Principio de finalidad.** Propicia el razonamiento por analogía, sostiene que la unión de determinadas condiciones favorece la comparación de ellas.

Par su estudio, las alteraciones en el pensamiento las vamos a dividir en alteraciones en el curso y en el contenido.

Dentro de las alteraciones en el curso:

- a) **Aceleración del pensamiento.** Se presenta cuando la velocidad con la que aparecen las ideas es mayor al promedio de la población (taquipsiquia).
- b) **Retardo en el pensamiento.** Se presenta cuando la velocidad disminuye o lentifica (bradipsiquia).
- c) **Prolijidad.** Es la incapacidad mental para extraer lo esencial de lo superfluo.
- d) **Perseveración del pensamiento.** Es la repetición periódica y automática de ideas o palabras que se intercalan en el curso del pensamiento.
- e) **Interceptación del pensamiento.** Es la interrupción brusca del curso del pensamiento o interrupción de las ideas.
- f) **Rigidez del pensamiento.** El pensamiento pierde su elasticidad y se mantiene fijo en determinada idea, la que condiciona el pensamiento y, en ocasiones, los actos del paciente.
- g) **Estereotipia del pensamiento.** Es la repetición de palabras o frases que no tienen relación con el tema y no desvían el pensamiento.



- h) **Verbigeracion del pensamiento.** Es una estereotipia que permanece por varios días, semanas o incluso meses.

- i) **Disgregación.** Es cuando el pensamiento pierde la lógica; si lo estudiamos con cuidado puede ser fragmentariamente comprensible, conserva la lógica gramatical.

ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO.

Incoherencias o pensamiento incoherente. Está formado por palabras e ideas que no siguen la lógica gramatical.

- a) **Pensamiento incongruente.** Se caracteriza por su falta de realidad.
- b) **Pensamiento obsesivo.** Es el pensamiento erróneo donde se conserva la capacidad para reconocer el error, pero el sujeto no puede evitar su aparición, lo que le produce angustia.

2. IMAGINACIÓN.

Es la forma de elaboración del pensamiento a través de la cual, unimos, ordenamos, y coordinamos múltiples imágenes de la memoria para concebir y dar forma a cosas nuevas, cada vez perfecciona el resultado, lo que ha permitido a los seres humanos y el progreso.

La imaginación participa en la elaboración del pensamiento, permite la creación de imágenes o situaciones nuevas, hay 2 tipos:

- a) **La imaginación reproductora.** Permite elaborar conceptos a partir de la memoria, depende del pensamiento.



- b) **La imaginación creadora.** Dirige el pensamiento para crear nuevas concepciones o nuevas combinaciones y formar nuevas imágenes.

La imaginación también presenta anormalidades, de estudiarse en la parte cuantitativa:

-La imaginación aumentada. Cuando se imaginan demasiadas cosas si ningún objetivo.

-La imaginación disminuida. Cuando no se puede imaginar o es mínima.

ALTERACIONES CUALITATIVAS HAY DOS TIPOS:

- a) **FABULACIÓN.**

Debemos distinguir la fantasía que conduce a la creación de mitos o fabulas, es decir, es la elaboración falsa e irreal, producto de la imaginación. La fabulación se observa en sujetos normales, ellos traducen su imaginación en creación, escriben cuentos, o relatos o relatos fantásticos; en cambio también existe la fabulación en enfermos mentales en donde se da rienda suelta a la imaginación para exaltar la vanidad, sugestionarse, hacerse protagonista de situaciones catastróficas, etc., favorece la formación de la mitomanía, situación de suma importancia que debe estudiarse de delincuentes que buscan, a través de este mecanismo, su absolución o reducción de pena.

- b) **Mentira.** Es una elaboración normal (aunque inmoral) sujeta a obtener un beneficio determinado (también se “trata en las mentiras en el interrogatorio”).



3. **IMAGEN.** La representación mental en la conciencia de algo, sea un objeto o una sensación, se registra a través de imágenes percibidas de manera compleja, debemos distinguir lo que se percibe y la imagen a la que se traduce, ya que no es lo mismo, en el cambio de percepción a imagen hay variaciones personales y culturales que modifican el resultado.

Entender las imágenes en función de la capacidad visual es relativamente fácil, sin embargo imagen no es una representación visual por lo que debemos tener presente que cualquier percepción puede dar origen a una imagen o representación mental.

Las imágenes normales se clasifican en:

- a) **Imagen sensorial.** Es la imagen que se capta través de los sentidos y que varía su percepción conforme a la nitidez con la que se percibe, intensidad, tiempo de percepción o fijeza, cuerpo o corporidad, es decir que exista realmente, que la percibamos que permanezca un tiempo determinado bajo nuestra percepción, que no sea influible a través de la voluntad o la imaginación
- b) **Imagen consecutiva.** Es la imagen que persiste después de haber desaparecido el estímulo, es decir, es lo que a continuación permanece, pero pierde características en cuanto a nitidez, es fácilmente influible por la voluntad entonces la describiremos de manera personal.
- c) **Imagen nemónica.** Es la imagen que vamos a recordar con respecto a un algo y dependerá de todas las condiciones emocionales que rodean el momento de la percepción y de manera cómo se haya fijado el recuerdo. Esto tiene importancia cuando describimos un hecho



delictivo porque vamos a relatar aquello que nos queda de manera consecutiva, posterior a un suceso y que logramos recordar.

- d) **Imagen onírica.** Es la imagen que va a aparecer en el sueño y puede ser resultado tanto del recuerdo como de la imaginación o de ambas, y se acepta durante el sueño como real.
- e) **Imagen fantástica.** Está formada por pedazos de imágenes reales, que al agruparlos dan como consecuencia una imagen fantástica, es reconocida como irreal.

Las anormalidades en la imaginación son cuantitativas y cualitativas:

CUANTITATIVAS SE CONSIDERAN:

- o **Aumento en la percepción.** Cuando las personas se encuentran en un grado de excitación psicomotriz, captan mayor número de estímulos, pero lo hacen de manera superficial, sin nitidez y sin capacidad para recordarlos.
- o **Retardo en la percepción.** Cuando la persona percibe un menor número de estímulos, generalmente por disminución en la conciencia, por depresión o en situaciones de confusión mental, en donde la lucidez no es adecuada, el estímulo se percibe retardado, parcial o lento, también son menores la nitidez y el recuerdo.
- o **Abolición en la percepción.** Se habla de abolición cuando se crece de algún órgano de los sentidos de manera total, o bien cuando hay una lesión de sistema nervioso central grave, ejemplo de ello sería la



agnosia o falta de reconocimiento de un estímulo o conocimiento del mismo.

CUALITATIVAS SE CONSIDERAN:

- **Las ilusiones.** Son las percepciones deformadas o falseadas que hacemos sobre un objeto real, y pueden aparecer en cualquier órgano de los sentidos, un ejemplo es cuando observamos la sombra de un árbol y creemos ver una persona.

La ilusión provocada por un estado emocional se llama ilusión catatimica y pueden aparecer en personas normales, cuando afectados por una emoción distorsionan la realidad y la percepción es resultado de esa emoción, distorsionan la realidad y la percepción es resultado de esa emoción, que se reconoce como tal, a diferencia de las personas con enfermedad mental, quienes, al aplicar la emoción, no reconocen la distorsión de la percepción por ella.

Un ejemplo en sujetos normales es la frase que comúnmente se utiliza al referirse a su equipo favorito: “el mejor equipo de futbol es X”.

Es muy importante, en circunstancias de interrogatorio judicial, determinar si el estado emocional del sujeto interrogado ha interferido en el relato del hecho delictivo, porque distorsionaría la verdad histórica que se investiga.

- **Alucinaciones.** Es la percepción de algo inexistentes que es captada en la conciencia como real.



4. AFECTO Y REACCIONES EMOCIONALES.

El afecto es la actividad psíquica que nos va a permitir expresar sentimientos.

Los estados afectivos están compuestos por:

a) **Emociones.** Es un cambio súbito que provoca en el humor un estado de ánimo habitual; se clasifican en:

- **Emociones primarias.** Son primitivas y aseguran la conservación del individuo; dentro de estas encontramos:
 - **-Miedo.** Es la respuesta ante peligros o amenazas
 - **-Cólera.** Es la reacción de ataque de ataque para defenderse.
 - **-Amor.** Es la sensación de expansión y proyección hacia otro de la misma especie para permitir la sexualidad.

- **Emociones secundarias o complejas.** Son combinaciones de sentimientos como:
 - **-Angustia.** Es una displacentera con cambios orgánicos.
 - **-Ansiedad.** Es una emoción Displacentera con cambios psíquicos y no orgánicos.
 - **-Pena.** Es una aflicción compleja de dolor psíquico.
 - **-disgusto.** Es una molestia displacentera que se expresa con enojo, fastidio e inquietud.



- **-Susto.** Es la emoción displacentera que provoca miedo extremo.
 - **-Vergüenza.** Es la emoción displacentera de pena.
 - **-Repugnancia.** Es la emoción displacentera de rechazo.
 - **-Alegría.** Es la emoción placentera de bienestar.
 - **-Felicidad.** Es la emoción placentera de plenitud.
 - **-Optimismo.** Es la emoción placentera de búsqueda de bienestar.
- b) **Afectos.** Expresan la inclinación que coloca a la personalidad en determinada situación afectiva, a diferencia de las emociones en los afectos en que el tiempo de duración es mayor y hay mayor estabilidad emocional.
- c) **Sentimientos.** Son las vivencias afectivas más complejas, ya que se mantienen ligadas a las ideas y conceptos abstractos de orden moral y social, son las de mayor jerarquía y se expresan a través del comportamiento de cada persona con respecto a los demás seres humanos.
- d) **Pasiones.** Son estados afectivos de gran significación afectiva y gran persistencia. Cuando con las pasiones llevan a la sobrevaloración se tornan patológicas o anormales. Dentro de estos estados encontramos el egoísmo, la avaricia, el orgullo, la venganza, el odio, la vanidad, etc. Cuando dominan los sentimientos altruistas se modifican las pasiones hacia la filantropía, la religiosidad, la piedad, etc. Por último, cuando las pasiones se tornan impersonales aparecen como pasiones por las profesiones (pasión por la música, las ciencias, el arte, etc.)



ALTERACIONES CUANTITATIVAS DE LA AFECTIVIDAD

Hipertimia. Es el aumento en el tono afectivo, puede ser:

- Placentero

-**Euforia simple.** Gran optimismo y satisfacción

-**Moría.** Es la alegría carente de contenido afectivo, es la alegría sin razón de ser.

-**Hipomanía.** Es una gran alegría incontenible.

-**Manía.** Es la alegría extrema.

- Displacentero :

-Depresión simple. Tristeza.

- Mixta. En estos estados hay sentimientos placenteros y displacenteros.

-**Melancolía agitada.** Es una depresión acompañada de inquietud psicomotriz.

-**Furor maniático.** Es un estado desagradable de gran excitación psicomotriz.

-**Beatitud.** Es un estado placentero de mayor intensa religiosidad.

-**Éxtasis.** Es un estado placentero de mayor intensidad que la beatitud, a consecuencia de estados pasionales.

b) Hipotimia. Es una disminución del estado afectivo.

c) Amimia. Es la falta absoluta de afectividad.

Dentro de las alteraciones cualitativas:



- a) **Tenacidad afectiva.** Es la persistencia de determinados estados afectivos.
- b) **Labilidad afectiva.** Son cambios bruscos y repentinos del tono afectivo.
- c) **Incontinencia afectiva.** Es la incapacidad para contenerse o inhibirse emocionalmente.
- d) **Ambivalencia afectiva.** Son los sentimientos opuestos hacia un mismo objeto, experimentados al mismo tiempo.
- e) **Perplejidad.** Hay confusión mental con sentimientos de extrañeza, asombro o desconfianza.
- f) **Neotimia.** Son sentimientos nuevos o creación de nuevos sentimientos extraños.

El mejor modo de registrarlas es mediante las palabras del sujeto, es importante observar la constancia de las emociones que afirma sentir y su educación a los temas que se tratan.

El cirujano dentista debe observar signos que indiquen algunos sentimientos, como las expresiones faciales y sus variaciones, el ritmo de la respiración, llanto, sudación, ruborización, etc., deben escribir estado de ánimo y la afectividad.

Se llama catatimia al estado afectivo que impregna la personalidad y domina la esfera intelectual, interfiere en las vivencias del momento, es importante no confundir con las alteraciones en las emociones, ya que la catatimia es un proceso considerado normal pero que imprime una exageración en las emociones.



JUICIO.

Es la actividad psíquica mediante el cual se realiza una síntesis mental, que permite llegar a conclusión de la relación y comparación de las ideas o conocimientos previos, los cuales comparamos y relacionamos entre sí, y nos permiten conocer la verdad lo adecuado, etc. Se describe también como la capacidad de la persona para interpretar su ambiente correctamente y orientar de manera adecuada su conducta en él.

Para entender el juicio primero debemos comprender que a mayor número de conocimientos nuevos, mayores relacionados entre sí, la relación entre ellos y la identificación de cada uno de los conocimientos, para estar de posibilidad de compararlos y llegar a conclusiones definitivas.

El valor del juicio dependerá de gran medida de la capacidad intelectual, el grado de cultura, de todos los conocimientos.

Las siguientes son alteraciones en el juicio:

- a) **Juicio insuficiente.** Se observa en los pacientes con retraso mental.
- b) **Juicio debilitado.** Se manifiesta en enfermedades mentales diversas, cuando disminuyen la capacidad de atención, concentración, conciencia, memoria, etc.
- c) **Juicio suspendido.** Se presenta en situaciones de confusión mental por traumatismos craneales y algunas otras patologías mentales.
- d) **Juicio desviado.** El juicio se desvía por las emociones, sean de tristeza o alegría, de enojo.

5. CONCIENCIA.

Es la facultad por la que el hombre es dueño de sí mismo, se auto posee, en cuanto se conoce, se valora y se juzga.



La conciencia revela la persona lo que es (presente), lo que ya han logrado (pasado) y lo que queda por hacer (futuro), expresa la tensión que se da entre el ser del hombre y su deber ser, es la fuente de responsabilidad y se experimenta como un llamado interno o externo, o como un reproche como nosotros mismos, fácilmente se personaliza o se identifica con una fuerza superior, se integra en la experiencia y permite la elección a través del conocimiento (libre albedrío).

Debemos confirmar que al estar despierto se percate de su situación actual, es decir, se dé cuenta del ambiente que le rodea, o si existen factores que le impiden darse cuenta de sí mismo o de los demás.

La función de la conciencia es descubrir a través de un mecanismo psicológico complejo, las obligaciones del deber ser, el hombre como ser consciente tiene una percepción de la realidad y de su valor, y la vincula de su acción.

El hombre no crea los valores, los descubre, tampoco crea sus obligaciones, si no que las advierte, hace conciencia de ellas; el deber surge de la percepción de la realidad y de lo que el hombre desea que sea, surge el ser y el deber ser.

El deber es la expresión de la tensión interna entre el ser y las aspiraciones y sus posibilidades.

La conciencia se va a formar a través del dinamismo ético de la conciencia, un sujeto cualquiera no va a tener conocimiento absoluto de todos los datos, ni puede prever todas las circunstancias y consecuencias, sin embargo siempre debe de estar abierto a conocer más y a mejorar el camino que lo conduce a actuar con pleno humanismo.

La decisión de hacer conciencia no excluye la posibilidad de error, este es un riesgo de toda opción humana que surge desde el momento en que se



ofrecen distintas opciones, sin saber exactamente cuál será la más adecuada, tampoco el simple cumplimiento de la ley elimina el peligro.

Es ingenuo pensar que ante la sumisión de lo que se manda, desaparece todo riesgo a equivocarse, se suele afirmar que quien obedece no se equivoca, pero no es así, quien obedece una orden injusta es injusticia, justo con quien lo manda, aunque su responsabilidad es menor.

El ser humano decide a través de su libertad, actuar en una relación con su conciencia, obrar o dejar de hacerlo.

Aceptaciones del término conciencia:

- a) **El concepto ético de conciencia.** Entendida como una especie de facultad moral cuya función esta en permitirnos distinguir entre el bien y el mal, o lo correcto o incorrecto; nos va a permitir la reflexión. Una persona sin conciencia sería una persona cínica, que concede la misma legitimidad a cualquier tipo de acción sin importarle ni su valor intrínseco ni sus consecuencias. Al ser consiente, la persona juzga sus actos y se califica a sí mismo, permite a cada ser humano captar la realidad y obrar conforme a esta.
- b) **El concepto del ser consiente.** Se refiere a que tal persona es responsable, cauta, confiable, etc.
- c) **El concepto de conciencia social o conciencia de clase.** Se entiende que una persona es sensible a la problemática de la comunidad, e incluso considera prioritaria la solución de esos conflictos frente a la conflictiva personal. Desde el punto de vista marxista, la noción de conciencia de clase suele entenderse como el



conocimiento que tiene un sujeto de papel que desempeña en el proceso histórico de una sociedad dividida en clases.

- d) **El concepto de conocimiento neurología.** En el sentido de vigilia, se dice que alguien esta consiente cuando está despierto; es decir, no está dormido ni desmayado, sino que está en un estado que es susceptible a tener experiencias.
- e) **La conciencia perceptual.** Es aquella por la que nos percatamos del mundo exterior y del mundo interior, nos damos cuenta de algo o nos percatamos de nuestro estado mental.
- f) **Conciencia lingüística.** Se torna complejo poder de entender el término cuando leemos algún texto, por el significado del vocablo tendría diferentes significados con actitudes filosóficas o psicológicas, y la mayoría de las veces suele ser confuso el verdadero significado. Por conciencia lingüística debe entenderse algún tipo de facultades mentales que permiten a un hablante darse cuenta del sistema de reglas de su lengua o idioma.
- g) **Conciencia religiosa.** Son las reglas que cada religión aplica a sus seguidores para fundamentar el deber dentro de la religión misma.

En conclusión la conciencia es el acto humano que supone pleno conocimiento y libertad; las normas morales están encaminadas a no coartar la libertad humana, si no a perfeccionarla, nos permiten prohibir los actos negativos y a determinados libremente tal como conviene no solo al bien propio, si no también y en especial al bien ajeno.



Todo ser humano debe tender a educar su conciencia durante toda su vida, la conciencia recta termina con la criminalidad y el desorden, la conciencia recta del grupo haría germinar la paz y la armonía social en el mundo.

El juicio inmediato de conciencia es la advertencia de conducta recta que hay que seguir aquí y ahora, deriva de la realidad y se impone como obligación, permite al hombre el libre albedrío.

Dentro de las alteraciones de la conciencia existen:

- a) **Obnubilación de la conciencia.** Es la pérdida progresiva de la lucidez del estado de vigilia que puede llegar hasta pérdida total, y se divide en :
- **Embotamiento.** Es la forma leve y se presente por cansancio físico o psíquico intenso.
 - **Somnolencia.** Es un grado intermedio con gran propensión al sueño.
 - **Coma.** Es el grado extremo en donde se pierde la conciencia.
- b) **Estrechamiento de la conciencia.** Se reduce la conciencia por periodos variables de tiempo.
- c) **Amencia.** El paciente tiene dificultad para reconocer su entorno y se le observa con angustia o perplejo ante su situación.
- d) **Estado crepuscular.** La conciencia está reducida y presenta periodos alternos de lucidez breve y confusión prolongada.
- e) **Sonambulismo.** Son las personas que se levantan durante el sueño y realizan determinadas actividades complejas, que no recuerdan al despertar.



6. SENSOPERCEPCION.

La percepción o sensopersepcion es todo aquello que nuestro cuerpo va a recibir del exterior, y del interior y lo hace a través de la actividad sensorial: nos damos cuenta de los estímulos en forma de sensaciones, mismas que registramos, reconocemos, distinguimos, etc.; se incluye para esta elaboración compleja un mecanismo donde se involucra la atención, la comprensión, el juicio, la memoria.

Existen 3 formas diferentes:

a) **Externa.** Aquí se incluye a los 5 sentidos: vista, oído, olfato, gusto, y tacto.

b) **Interna.** En donde se incluyen los sentidos internos:

- El sentido cenestésico se encarga de detectar las sensaciones que en conjunto nos proporcionan los aparatos y sistemas del cuerpo: hambre, fatiga, sed, depresión, angustia, etc.
- El sentido cinestesico. Nos permite percatarnos de nuestra posición espacial, es decir, reconocemos en qué posición se encuentra cada uno de nuestros músculos o como se mueven, y podemos a voluntad movernos o colocarnos de determinada manera, así mismo con respecto a nuestra posición podemos relacionarnos con objetos exteriores sin necesidad del uso de sentidos externos, por ejemplo, a pesar de tener los ojos cerrados podemos saber qué posición tenemos, o si movemos alguna parte del cuerpo; sabemos que tención muscular se requiere para permanecer sentados, caminando, trotando, o que fuerza aplicar para proporciona un golpe.



- El sentido de orientación nos va a permitir reconocer nuestra ubicación personal, temporal, espacial, de lugar y conceptos como arriba, abajo, derecha, izquierda, con respecto del cuerpo o de cada una de sus partes.

c) **Percepción de nuestro mundo mental y nuestra vida psicológica.**

Se refiere a todo aquello que pensamos, creemos y reconocemos frente a nosotros mismos y el mundo que nos rodea.

El grado de percepción o intensidad de la percepción dependerá de múltiples factores; en sujetos sanos, el cansancio o el descanso permitirá diferentes resultados al momento de percibir un estímulo.

Existen 3 tipos de alucinaciones:

- a. **La alucinaciones sensoriales** son aquellas falsas percepciones de los órganos de los sentidos, así el paciente escucha una voz cuando no existe tal, observa personas o cosas que no están presentes, o sujetos muertos, percibe olores inexistentes, siente que lo tocan cuando no es así, etc., éstas pueden ser simples como la presencia de imágenes y se incluye a varios órganos de los sentidos.
- b. **Las alucinaciones cenestésicas** son las falsas percepciones sobre los órganos internos. En ocasiones es evidente cuando en presencia nuestra el paciente se queja de “sentir como le penetra en ese momento un objeto en determinado órgano”, sin embargo, en otras ocasiones esto es difícil de diagnosticar, pues el paciente se queja de



dolencias que podrían ser ciertas y que es necesario comprobar mediante exámenes médicos diversos.

- c. **Las alucinaciones cinéticas** son aquellas falsas percepciones de tener movimientos determinados en el cuerpo, son inexistentes y el sujeto se queja de recibir golpes o de ser movido por mecanismos complejos inexistentes.

En el caso específico de que las personas reconozcan la presencia de alucinaciones, porque reconocen la falsedad de la percepción, se les llama seudoalucinaciones o alucinosis, aunque algunos autores diferencian una de la otra por la sintomatología que le acompaña en el primer caso, de las seudoalucinaciones, están sujetas a la voluntad del pensamiento y en el segundo no interfiere el pensamiento.

Existen otras variedades de alucinaciones como son las hipnagógicas e hipnopómpicas, que se refieren a las falsas percepciones en el inicio del dormir o al momento de despertar y que no logra diferenciar el sujeto si es que se presentan dormido o despierto, se confunden con manifestaciones oníricas, en ocasiones por cansancio extremo, pero también presentes en estados esquizofrénicos.

Las alucinaciones extracampíneas o fuera del campo perceptivo normal son las alucinaciones que reportan las personas percibir fuera del campo lógico sensorial y reportan, por ejemplo, “ver algo por atrás de su cabeza o sentir el cuerpo de otra persona.

14. INTELIGENCIA.

Es la capacidad mental por la cual podemos integrar el conocimiento adquirido, comprender y resolver problemas o situaciones nuevas, y para prevenir las consecuencias de nuestros actos.



Debemos reconocer que nosotros mismos poseemos un coeficiente intelectual determinado, y cuando el sujeto entrevistado posee una inteligencia mayor a la nuestra es frecuente que nos engañe o nos manipule, sin que nos demos cuenta, por lo que ante la duda será mejor solicitar la pericial en psicología para que apliquen las pruebas psicológicas y nos reporten por escrito el resultado, para disipar dudas.

15. RACIOCINIO.

El razonamiento normal nos permite llegar a una conclusión determinada, comprobar y demostrar una verdad específica.

El razonamiento puede hacerse de dos maneras:

- a) Analítico. En el razonamiento analítico vamos a dividir cada una de las partes que se investigan, analizar las características de manera parcial para después integrar el todo
- b) Global. En el razonamiento global no dividimos las partes y analizamos el todo.

Debemos conocer tres formas básicas de razonamiento:

- a) Deductivo. Cuando los principios o premisas son verdaderas, se acepta la consecuencia como verdadera. Son los razonamientos que usan los matemáticos y que usan por silogismos.
- b) Inductivo. Este razonamiento nos permite afirmar una verdad basándonos en la observación de un determinado número de hechos, se usa principalmente en experimentación.
- c) Analógico. Es el resultado de comparar las características de un algo con otro.



16. MEMORIA.

La memoria es la actividad psíquica que permite fijar y conservar en la conciencia las vivencias que le han impresionado y que posteriormente pueden ser revividas por la evocación, a la vez que son reconocidas por aquellos elementos o acontecimientos que ha registrado en el tiempo más lejano.

Es el nexo del pasado con el presente. En el presente se va a formar por medio de la fijación y se va a proyectar a futuro a través de medios u objetivos.

Lo primero que vamos a estudiar es la percepción del hecho, cómo lo percibe el sujeto y qué de la situación puede recordar o evocar, hay diferencias dentro del proceso psicológico de las diferentes figuras que han de interrogarse (víctimas, victimarios o testigos).

Un factor que debemos tomar en cuenta es que el autor de un acto imprevisto recuerda de otro modo a aquel autor de un acto previsto.

Cuando se comete un ilícito de manera imprevista, el recuerdo de las situaciones o circunstancias que preceden al delito. Se va a manifestar como un recuerdo lacunario, es decir, en lagunas o parcial.

Para el estudio de la memoria se dividen los determinantes de la percepción en dos categorías principales: la estructural, y la funcional.

ESTRUCTURAL.

Se refiere a los factores que derivan exclusivamente de la naturaleza de los estímulos físicos que evocan al sistema nervioso central.



FUNCIONAL.

habla de aquellos que derivan de las necesidades del ánimo, experiencias pasadas y memoria del individuo, es importante aclarar que no todos los factores funcionales de la percepción son sociales, Murphy y Levine hicieron un estudio con personas hambrientas, les mostraron dibujos y pidieron su interpretación; finalmente encontraron que la mayoría de las respuestas coincidían con la asociación a objetos comestibles, estas mismas láminas se aplicaron a otras personas que recién habían terminado de comer, en este caso nadie las asoció con comida y lo hicieron de manera individual, conforma a las experiencias personales, por eso concluyen en su estudio que los prejuicios influyen en la percepción de los sentidos; en otras palabras, nadie ve ni oye las cosas que se hallan en su alrededor, más bien, hacemos una selección que depende del adiestramiento previo y de las facultades de observación adquiridas.

En la selección del estímulo influyen muchas otras situaciones, como ejemplo podemos citar a la madre que sólo escucha el llanto de su hijo y no el de otros niños, como parte del instinto materno.

Todas estas consideraciones son aplicables a todos los órganos de los sentidos, se ha observado que un estímulo auditivo que al inicio es desagradable ante su repetición puede tornarse agradable o viceversa, también la intensidad del sonido puede presentar efectos semejantes, prueba de ello es que para la cultura occidental escuchar música china por primera ocasión resulta insoportable, lo mismo que ara los chinos escuchar música occidental, sin embargo cuando se tiene la costumbre de escucharla, se tolera, acepta y hasta gusta.

Sucede lo mismo con el olfato ante estímulos como el agua de colonia, el jabón y demás aromas, que para algunas culturas resultan agradables, para otras son totalmente intolerables.



El grado de adaptación a estímulos dolorosos también muestra variaciones entre individuos y grupos, la percepción del dolor es diferente de acuerdo con las costumbres socioculturales y la educación.

La percepción del tiempo, en donde es ampliamente conocida la variante a través de las diferentes edades, la importancia que se da al medir o dejar de medir el tiempo en algunas culturas, la medición del tiempo va a ser útil en la medida en que se aplique a factores sociales.

Se estudian, como parte de la memoria, si a un sujeto se le pide que describa una imagen después de habérsela mostrado, es difícil determinar si las omisiones al momento de hacer la descripción obedecen a falta de atención, percepción o de memoria.

En cambio, cuando ha transcurrido algún tiempo entre la percepción original y el intento de reproducción, puede establecerse la distinción con mayor certeza, y se considerará como falta de memoria.

La relación entre la memoria y la actitud ha sido explorada en varias investigaciones, se dio a leer un manuscrito neutro a 2 grupos políticos contrarios, y la percepción y el recuerdo del mismo fue semejante, sin embargo cuando se dio a leer un escrito de contenido político, ambos grupos imprimieron su interpretación de acuerdo con el grupo político al que pertenecían.

Muy conocidos son los estudios de Stern en relación con la psicología del rumor, o reproducción en cadena, en donde se observa que al transmitir un mensaje por varias personas este se altera, crea confusión de situaciones, alteraciones en el tiempo, espacio, cambio de nombres, fechas, etcétera, lo que es aplicable a todos los sujetos que participan como testigos de algún hecho delictivo, cada uno dirá lo que vio o escuchó, difieren las observaciones de cada individuo por múltiples motivos.



Si lo que vemos depende de nuestros deseos y realidad se desfigura para que se adapte a nuestros conceptos previos, se desprende que una gran parte de la incomprensión entre los individuos y posiblemente entre las naciones obedece a tales diferencias, grupo social en el que nos desenvolvemos, por lo que debemos considerar la influencia social y cultural en nuestros órganos de los sentidos para valorar la percepción y la memoria.

La actividad nemónica se manifiesta de 2 formas: memoria voluntaria consiente y memoria automática o inconsciente, el proceso de la memoria es muy complejo y comprende 4 fases:

- a) **Memoria de fijación.** Es el número de imágenes e ideas posibles de ser captadas y registradas en un solo acto de atención, varía de una persona a otra por interés personal.
- b) **Memoria de conservación.** Es el registro almacenado de acuerdo con la intensidad y facilidad con que se efectúe la fijación. Para recordar se debe fijar y conservar.
- c) **Memoria de evocación.** Actualiza los hechos pasados mediante su reproducción en la conciencia, bajo la forma de imágenes nemónicas.
 - Evocación consiente y voluntaria.
Es recordar lo que se quiere traer al presente.
 - Evocación consiente y espontánea.
Es lo que se recuerda sin la voluntad.
 - Evocación automática inconsciente.
Es la memoria que permite actualizar y continuar con el conocimiento previamente aprendido.



- d) Memoria de reconocimiento y localización. En esta se reconoce e identifica el hecho evocado, lo reconoce como vivido y lo ubica en el tiempo.

OLVIDO.

Es la atenuación gradual de un recuerdo cuya nitidez disminuye hasta llegar al olvido.

- a. Un engrama (recuerdo) antiguo se fortalece al ser evocado múltiples veces.
- b. Cuando hay una fuerte vivencia emotiva, el hecho se fija de manera intensa y se va a recordar con mayor facilidad.
- c. La fatiga física o psicológica provoca que se atenúe el recuerdo.

Alteraciones en la memoria:

- a) Cuantitativas:
 - Amnesia. Es la ausencia del recuerdo perteneciente a un periodo determinado de la vida, y puede ser parcial o total.
 - Hipomnesia. Es la disminución de la capacidad nemónica debido a una dificultad tanto para la fijación como para la evocación.
 - Hipermnnesia. Es la mayor facilidad en el proceso de evocación, no el aumento en la capacidad nemónica, por ejemplo, estudiantes, intelectuales, etc.
 - Dismnesias. Es la disminución en la memoria que le impide actualizar un recuerdo en un momento dado, mientras evoca otro en forma borrosa o poco nítida (sacabocados) y en otro momento puede evocarse la amnesia puede recaer en otro elemento.



b) Cualitativas:

- **Fenómenos de lo ya visto.** Es la sensación de haber visto o vivido un hecho que se está viviendo en el presente.
- **Fenómenos de lo nunca visto.** Contraria a la anterior, es la sensación de no haber vivido una situación real, a pesar de que se reconoce como real.
- **Ilusión de la memoria.** Es el recuerdo deformado, puede presentarse ante la fatiga o cuando se evoca un recuerdo muy antiguo por primera ocasión después de mucho tiempo de haber sucedido.
- **Alucinación de la memoria.** Es la evocación sin recuerdo.
- **Confabulación.** El recuerdo es parcial y el olvido cubre con situaciones no vividas o falsas.
- **Criptomnesia.** El recuerdo deja de ser tal y aparece como algo nuevo o de reciente formación, considera como propias ideas o conocimientos ajenos. Lo observamos con frecuencia en delitos de propiedad intelectual. Un ejemplo sería aquel que cree haber compuesto una canción escrita por otro.
- **Ecmnesias.** El recuerdo se vive con tal intensidad y realismo que el sujeto transforma el pasado en presente, vive en el momento una situación de su pasado.



- **Paramnesia reduplicadora.** Es la proyección de los hechos presentes al pasado, hay la sensación de un doble estado de conciencia que se ubica en dos épocas.

La actitud que presentan los pacientes durante la consulta varía de acuerdo con su edad, sexo, escolaridad, interés en el proceso sentimiento de culpabilidad o ausencia de ellos, emotividad.

Observemos que hay emociones que acompañan al relato (llanto, irritabilidad, agresividad) estas actitudes con frecuencia nos llevan a prejuiciar una situación, es por ello que debemos estar conscientes para no involucrarnos afectiva o emocionalmente con el paciente, ser capaces de valorar cada una de las funciones intelectuales superiores y correlacionar el resultado, sin impregnarnos del estado anímico de este.

También es importante que en el momento de valorar las emociones las asociemos al contenido del Pensamiento, ya que lo que dice o piensa debe coincidir con lo que siente, de lo contrario tenemos la obligación de descartar la presencia de enfermedad mental o de simulaciones o mentiras por encubrirse.

La prontitud o dilatación en las respuestas nos facilita llegar a la verdad, un sujeto que dilata las respuestas o replantea cuestionamientos, finge no haber comprendido, trata de reflexionar en lo que va a decir, es una persona que pudiera estar falseando la verdad.

Debemos incidir en esas pequeñas diferencias para obtener datos concordantes con la personalidad, el pensamiento, la actitud, la memoria, porque si no tenemos la experiencia para llevar a cabo la historia clínica, este tipo de respuestas nos pueden confundir. Ya que el paciente puede distorsionar la realidad, por lo que encontramos respuestas contradictorias, mentiras, disimulo.



Ante actitudes negativas deben valorarse de manera precisa, la valoración que hagamos de los siguientes aspectos: Los silencios, la negativa.

Se debe tener la sensibilidad suficiente para no confundirnos. Cuidaremos siempre el hecho de que la mentira no prueba la culpabilidad, pero orienta a un problema diferente y habrá que determinar su origen.

Ante las mentiras hay que determinar enfermedad mental y relaciones conflictivas.

Todo paciente tiende a decir una realidad parcial o deformada, es decir, con fines de defensa en la narración tiende a cambiar partes de los hechos por otros para justificarse, el relato más o menos deformado termina por ser más o menos la verdad, e manera que debemos ser cautos para extraer lo cierto de lo falso.

Al observar determinados síntomas tenemos la obligación de comprobar el origen de los mismos para confrontar las respuestas y actitudes con su verdadera personalidad.

Es muy importante el estudio del lenguaje utilizado tanto en la consulta como en el momento de la elaboración de la historia clínica, debe ser claro, preciso.

SILENCIOS.

Es muy importante el análisis de los silencios totales y parciales, encontramos silencios por: dominio del instinto de conservación.

RETRACTACIÓN.

Es evocar lo que se dijo, sin prejuizar, buscar el motivo real que llevó a la retractación y confrontar con otras circunstancias. Debemos tomarla en cuenta.



PERSONALIDAD.

El término personalidad se refiere a la organización única y dinámica de las características particulares de una persona, su manera de ser y de comportarse o la suma de su adaptación a la vida.

Estas características se aprenden a lo largo de la infancia y la adolescencia, por lo que sólo a los adultos se les puede hacer diagnóstico de personalidad, sin embargo hay comportamientos irregulares o perturbados en la infancia y en la adolescencia, que si no se les da el tratamiento adecuado pueden, en el futuro (vida adulta), llevar a un trastorno de personalidad o a una clara enfermedad.

Se analizar la forma de ser y de comportarse de cada persona para estar en posibilidad de determinar si, como consecuencia de dicho comportamiento se encuentra en conflicto.

Si conocemos la secuencia de cada uno de los rasgos del paciente, estaremos en posibilidad de emitir una conclusión.

Debemos basarnos únicamente en la historia clínica, y a través de ella encontrar los rasgos de personalidad que predominan en la conducta del paciente, lo que nos permitirá llegar a una conclusión sobre la personalidad.

Una vez determinada la personalidad, sabremos su manera de reaccionar en general y podemos hacer la integración de la conducta del mismo.

TEMPERAMENTO.

Son los rasgos psicofisiológicos que se heredan, con los que se nace, no se aprenden. El carácter se define como la individualidad psicológica de la persona; la suma de carácter y temperamento da como resultado la personalidad.



CARÁCTER.

Es el patrón de adaptación de las fuerzas instintivas y ambientales que son propias de una persona.

RASGOS.

Son cualidades relativamente permanentes y resistentes que muestra una persona en la mayor parte de las situaciones, que ayudan a predecir su comportamiento; lo que permite identificar un rasgo patológico (enfermo), en la personalidad, es su aparición en circunstancias inapropiadas, los rasgos son causa de conflictos intra e interpersonales.

La personalidad se integra con los rasgos que se aprenden, el temperamento son los rasgos que se heredan, y el carácter es la forma de adaptación.

DELITOS DE ACUERDO CON LA PERSONALIDAD.

Según la forma de ser de cada persona se distinguen rasgos de conducta determinados, y a través de ellos podemos identificar conductas que son lógicas para esas formas de ser, por lo que es indispensable conocer la personalidad del paciente que se va a estudiar para poder saber si esta personalidad coincide con aquella acción conflictiva.

CREDIBILIDAD.

Se anotan los aspectos positivos y negativos relacionados con la anamnesis, la personalidad y el hecho, para poder establecer criterios de credibilidad en las conclusiones.

Se toma en cuenta durante la consulta todos los datos relativos a la concordancia de la sintomatología que se argumenta, ya sea con comunicación verbal o no verbal.



Los antecedentes, es evidente que entre los mentirosos hay discrepancia entre la comunicación verbal y la no verbal, planear las mentiras facilita su expresión sin que se hagan pausas, permite controlar el tono de voz y evita otorgar pistas para detectarlas, por ello es tan importante la valoración del contenido del pensamiento concordante con cada una de las expresiones, actitudes y respuestas.

Se dice que los mentirosos hablan en tono de voz más alto, vacilan más en sus respuestas, comenten mayor número de errores gramaticales y lapsus al hablar, presentan movimientos faciales como parpadeo, las pupilas se dilatan, y si bien no podemos generalizar, observar con cuidado estos puntos.



CAPÍTULO 15

ACTITUD ANTE PACIENTES EN CONFLICTO SEGÚN LA CRIMINOLOGÍA.

Es imposible intentar abordar apropiadamente una relación difícil si el profesional no adopta claramente la voluntad y actitud de estudiar objetivamente tal relación.

Es decir, querer **observar críticamente la situación, sin ánimo justificativo.**

A esto se le llama **actitud evaluativa.** El simple hecho de plantear una visión analítica de la relación puede, "per se", hacer desaparecer el componente emocional de la relación con el paciente, que es el que nos aparta de nuestro papel como profesional y que en general es el componente problemático.

Aceptar los sentimientos que el paciente genera en nosotros.

Los profesionales de la salud como seres humanos tenemos nuestra propia vulnerabilidad y, por tanto, los pacientes pueden despertar en nosotros emociones que, a veces, pueden ser realmente intensas.

Tales emociones inciden en nuestra objetividad, y a través de ello, en nuestra actitud y capacidad diagnóstica y terapéutica, lo que influye en el resultado de nuestra labor profesional.



Obviar esta realidad universal puede hacer que el profesional se sienta solo, culpable, avergonzado, frustrado o resentido.

No se trata de querer evitar sentir tales emociones, sino de ser conscientes de su existencia y aceptarlas como justificables o comprensibles. Sólo a partir de entonces podremos analizar y, por tanto, tratar de mejorar la situación.

El profesional de la salud debe tener claro que, ante todo, sus sentimientos y su actitud hacia el paciente debe ser positiva, es decir, debe siempre **basarse en el trato respetuoso, digno, amable y bien intencionado.**

Si el profesional no consigue orientarse en esa dirección, es preferible que transfiera el paciente a otro colega.

Si esto le sucede en un porcentaje significativo de pacientes, el análisis de la situación debe ser más profundo y global.

Analizar la situación. Descartar la patología mental.

Analizar es esencialmente un acto de honestidad autocrítica. Este proceso de reflexión puede ser doloroso, pues con frecuencia los sentimientos conflictivos se han producido al situarse la relación en terrenos altamente sensibles: muerte, separación, sexualidad, dependencia, autoestima, terrenos en los que sin duda es más cómodo obviar el debate que afrontarlo.

Una vez que se ha planteado deberemos valorar lo más objetivamente posible la situación, cuál es nuestro papel y el del paciente en el



problema, buscaremos sus causas nucleares y valoraremos si el paciente presenta o no un proceso psicopatológico.

Para que este análisis sea objetivo es a veces necesario contar con la opinión de otros profesionales, incluso del psiquiatra que además de diagnosticar mejor la situación puede establecer planes de acción pertinentes.

Un fenómeno interesante es el de la **infectividad emocional**. Es decir, la capacidad que tienen algunos pacientes para transferirnos sus sentimientos más profundos.

Este fenómeno explica que muchas veces la ansiedad, la pérdida de autoestima, de control, que un paciente nos hace sentir, no sería más que la misma emoción que, originariamente experimenta el enfermo nos ha sido transmitida por él posiblemente. De este modo, a partir del análisis de nuestros sentimientos, podríamos inferir el estado emocional del paciente y a partir de aquí establecer planes de cuidados mejor orientados.

PLANTEAR ACCIONES GLOBALES, MODIFICACIONES EN EL ENTORNO.

Pueden existir ciertos factores ambientales que favorecen situaciones problemáticas. Influyen en todos los pacientes, pero de manera especial en los más susceptibles pudiendo motivar reacciones desproporcionadas en cada visita.

En la medida que estos factores podamos corregirlos, la calidad de la relación en la consulta puede mejorar:



- Tiempo excesivo de espera a veces después de haberse apresurado a llegar puntual, o dificultades habituales de comunicación en el centro. (Saber pedir perdón aunque no sea nuestra culpa, los pacientes lo olvidan enseguida si ven que se les tiene en cuenta). Además, intentar solucionar esta situación.
- Interrupciones frecuentes pueden violentar la intimidad del paciente y ponerlo a la defensiva. La actitud de escucha atenta puede restaurar el equilibrio perdido, pero debe acompañarse de otras medidas.
- Fallos reiterados en cuestiones burocráticas. Los profesionales no podemos encogernos de hombros aunque no sea un fallo personal. Debemos manifestar el mayor interés posible y en ocasiones suplir las deficiencias mediante llamadas telefónicas u otras actividades.
- Las sugerencias de los pacientes y los defectos observados por ellos o nosotros, son una buena herramienta para mejorar las condiciones ambientales.

15.1 MODIFICACIONES PARA EL PROFESIONAL DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA PACIENTES EN CONFLICTO.

En ocasiones las dificultades residen en los profesionales. Aunque clásicamente se ha discutido la posibilidad de modificar el patrón de comportamiento profesional, como estrategias de formación en



comunicación de base cognitiva-conductual han mostrado su eficacia para modificar y mejorar aspectos deficitarios de los profesionales, cuando estamos con el paciente conflictivo nuestros intereses se deben centrar en él sin dejar traslucir si nos encontramos tristes, cansados, disgustados, o simplemente no estamos dispuestos a brindarles atención.

La prisa que nos lleva, al tener otros que hacer nos puede conducir a eludir responsabilidades derivando en exceso, o a estar pensando en lo que tenemos que hacer a continuación y pasar por alto algún detalle importante.

Ante un temperamento difícil, el profesional tiene que hacer esfuerzos para dominarse si el paciente dice algo ofensivo o chocante; considerar todo como un síntoma más de la enfermedad y esto no puede ofender a nadie. Incluso demostrar amabilidad dentro de la manera de ser de cada cual.

15.2 ACCIONES ORIENTADAS AL PACIENTE EN CONFLICTO. CLAVES ESENCIALES PARA SU MANEJO DURANTE LA CONSULTA DENTAL

Dentro de lo razonable, mantener la continuidad.

- Utilizar la experiencia y el conocimiento previo sobre el paciente, a fin de establecer objetivos concretos, progresivos y asumibles que marquen la pauta a seguir con el paciente, tanto desde el aspecto de control clínico, como del nuevo marco comunicacional que se establezca.



- Cuidar la autoestima profesional, basando nuestras acciones en criterios científicamente aceptables.
 - Basar toda la estrategia en los aspectos más constructivos de la personalidad del paciente, favoreciendo la negociación, la corresponsabilización, y el pacto entre profesional y paciente.
 - Rechazar la fantasía de establecer una relación perfecta. Reconocer que lo más probable es que la relación con su paciente problemático siempre será menos satisfactoria que lo que sería deseable.
 - Recordar que el problema no suele implicar únicamente a la relación de un profesional con el paciente sino que, probablemente afecta también a la relación con el resto de componentes del equipo asistencial. En esta línea, el planteamiento de los objetivos de manejo debe ser diseñado, pactado, asumido y aplicado por el conjunto de profesionales implicados
- ✓ **El primer paso es siempre el mismo: permanecer en nuestra propia "sintonía" emocional**, independientemente de las emociones negativas que pueda aportarnos en un momento determinado el paciente. Ahora bien, ello no suele ser fácil, ya que no nos bastará con desearlo ni proponérselo, sino que deberemos entrenarnos en ello.



- ✓ Al principio nos costará esfuerzo, sobre todo porque los acontecimientos mentales son veloces y percibimos los mensajes de desconfianza o agresividad cuando estamos respondiendo automáticamente a ellos.

- ✓ Tanto es así que como ya hemos visto, algunos autores han propuesto hacer el "diagnóstico" de "paciente difícil" precisamente a partir de estas emociones negativas que nos generan, y no tanto por su percepción objetiva. Por consiguiente, a veces es más fácil auto diagnosticar nuestras emociones negativas que las del propio paciente, sobre todo cuando la conducta hostil de éste no es muy pronunciada

- ✓ No se debe intentar razonar con el paciente en conflicto. Las emociones fuertes suelen "cerrar" nuestra capacidad para asimilar información.

Es inútil intentarlo y lo que se requiere en los momentos iniciales de la entrevista es aceptar el derecho del paciente a mostrarse airado, y refugiarnos en una escucha relajada, confiando que opere el contrabalanceo emocional ("**tras aflorar emociones negativas muy fuertes, el individuo se ve llevado hacia emociones más neutras e incluso positivas**") y nos dé oportunidad de actuar.

Si el paciente viene agresivo el problema es suyo, si yo me activo, el problema es mío también.



Mientras esto ocurre evitaremos pronunciarnos sobre lo que el paciente nos diga. Todo lo que le digamos lo interpretará de la manera que más le interese.

Debemos transmitirle aceptación e interés por lo que nos dice, pero no pronunciarnos en un primer momento. Para ello, **debemos estar entrenados en el autocontrol emocional** (permanecer en nuestra propia sintonía emocional, independientemente de las emociones negativas que en determinado momento pueda traernos el paciente).

El reconocimiento de un error puede desactivar de inmediato a un paciente agresivo. Si no es posible un acuerdo o si el tema a debate carece de interés, se puede intentar una reconducción por objetivos ("el objetivo más importante es la salud dental del paciente").

De cualquier manera, en toda negociación y más con pacientes en conflicto, el punto más trascendente, es delimitar el objetivo mismo de la negociación. Con frecuencia, basta con que el paciente vea que queremos ayudarlo sinceramente, para que se convierta en uno de nuestros pacientes más incondicionales.

Una vez logrado el clima de sosiego necesario (es solo cuestión de tiempo), podemos actuar como lo haríamos en cualquier otra consulta. Si consideramos la consulta del paciente como inaceptable y no queremos que se repita, resulta pertinente mostrarle nuestros sentimientos. Según responda, nos da una idea de la capacidad que tenemos para influir en su conducta.

Si insiste o repite, o proveemos que se repetirá y se ha roto la mutua confianza y respeto, podemos anticiparnos mediante una propuesta



de nueva relación: **"estoy acostumbrado a un trato amigable con mis pacientes;**

Es conveniente para ambos plantearse si yo soy el profesional más adecuado para hacerme cargo de su salud



CAPITULO 16

APLICACIÓN DE LA CRIMINOLOGÍA EN LA CONSULTA DENTAL.

16.1 TIPOLOGÍA DEL PACIENTE EN CONFLICTO EN LA CONSULTA DENTAL.

Este tipo de pacientes, como conjunto, pueden compartir ciertas características comunes y destacan:

- El paciente en conflicto suele ser un frecuentador considerable.
- Acostumbra a sentirse insatisfecho de los servicios que recibe.
- Su presencia se siente negativamente en el conjunto del equipo de salud.
- Suele presentar más problemas de salud crónicos que otros pacientes de igual sexo y edad.
- Suelen generar mayor número de exploraciones complementarias, derivaciones a especialistas y gasto en la prescripción.
- Presentan sus problemas (crónicos y agudos) de forma más compleja, inusual y variada en elementos de referencia.
- Sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones, etc.) son escasos o, en todo caso, conflictivos.



- Suelen ser fieles a sus profesionales de referencia (negándose a cambiar de cupo en las ocasiones en que éste se lo ha propuesto).

16.2 GRUPOS Y CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS PACIENTES EN CONFLICTIVO MÁS HABITUALES EN LA ATENCIÓN ODONTOLOGICA.

PASIVO DEPENDIENTE: gran frecuentador. Ingenuo en cuanto a su actitud seductora y aduladora y su autopercepción de necesitar ayudas sin límite. **Ve al médico como un ser inagotable y sin límite de capacidades técnicas.** Agradecido a pesar de lo poco que se avanza.

Emotivo seductor: de fenotipo similar al anterior pero con un componente más evidente de emocionalidad, seducción y halago. Su actitud no es ingenua, presentando componente de manipulación emocional del profesional. No es hostil.

Masoquista: no es ingenuo, ni seductor, tampoco especialmente agradecido ni hostil. Frecuentemente rechaza ayuda mediante la fórmula "no hay nada que hacer" pero, sin embargo, puede consultar infinidad de ocasiones por el mismo motivo. Si un motivo de consulta se resuelve, aparece otro inmediatamente a continuación. Suele tener siempre una justificación para incumplir las indicaciones del médico (frecuentemente efectos adversos a la medicación). A menudo presenta síntomas depresivos y parece buscar ganancias secundarias a su estado.



Somatizador: pacientes que presentan repetidas veces síntomas variados en cuanto a intensidad y cualidades que, característicamente, se resisten a cualquier explicación biomédica.

Exigente agresivo: grandes demandantes. Utilizan con frecuencia la agresividad, la culpabilización, la intimidación o la devaluación profesional. Esgrimen sus derechos. No son conscientes de la gran dependencia que hay detrás de su actitud ("terror al abandono"). Su actitud representa un mecanismo de defensa ante un mundo hostil.

Incumplidor negador: existen tres categorías básicas dentro de este grupo:

- Aquellos que incumplen por falta de auto susceptibilidad o de información sobre su problema.
- Aquellos quienes, a pesar de sentirse susceptibles y estar bien informados, no desean seguir las prescripciones médicas simplemente porque se sienten seres autónomos y creen poseer valores personales suficientes para resolver sus problemas por sí mismos.
- Aquellos a los que a su incumplimiento se asocia un carácter claramente autodestructivo



CAPITULO 17

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA CONFLICTIVA EN LA CONSULTA DENTAL SEGÚN LOS PARÁMETROS CRIMINOLÓGICOS.

Los factores más importantes para el manejo son **compresión y paciencia**. El manejo conductual eficaz implica, más un cambio de actitud que de técnica.

El cirujano dentista, debe lograr una armonía psicológica con las necesidades de su paciente en particular, si desea lograr la colaboración de este en el tratamiento dental.

Hay dos razones básicas para ello: **mejorar la comunicación con el paciente y brindar un modelo de actitudes y conductas para él**.

El cirujano dentista debe tener un conocimiento activo de la psicología siendo esta la base más importante de la criminología además de mucha experiencia práctica, las cuales permitan tratar la ansiedad del paciente habitual en la consulta.

Si el cirujano dentista no está preparado pueden aparecer sentimientos de tensión e incomodidad, pudiendo aumentar el estado de ansiedad del paciente y hasta provocar temores, lo que resulta un círculo vicioso.

Para disminuir la posibilidad de este cuadro, el profesional debe estar familiarizado con las características comunes del paciente en conflicto poseer información adicional como: conocer lo que más le agrada, lo que le disgusta, que hace en sus ratos libres etc. de cada paciente en particular.



Las metas y objetivos del examen odontológico no son distintas a las que se tienen con todos los pacientes; hay que dedicar especial atención al logro de una minuciosa historia clínica estomatológica del paciente conflictivo y su capacidad para desenvolverse.

DEBEMOS EVITAR:

Concentrarnos en los aspectos negativos

- Prejuizar al paciente conflictivo
- Interpretar apresuradamente la conducta
- Ser pesimista

En primer lugar se debe intentar disminuir el riesgo para que la conducta agresiva no se produzca.

- ❖ La prevención y anticipación de se consigue con una buena organización y diseño de atención a este tipo de pacientes.
- ❖ Un ambiente confortable, no saturado, que permita la privacidad, y una actitud abierta y comunicativa del odontólogo que permita eliminar las tensiones un ambiente tranquilo es el más adecuado.

DESACTIVACIÓN MEDIANTE INTERVENCIÓN VERBAL.

Esta técnica suele ser en ocasiones suficiente para manejar la situación, permite obtener la historia clínica, llevar acabo el examen bucodentomaxilar y, si su estado lo permite, la exploración física.

Lógicamente debe intentarse en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total.



Mediante esta técnica se busca rebajar la tensión, aparentando calma, serenidad y control de la situación, dirigiéndose al paciente de forma no provocadora e intentando establecer comunicación con él, escuchándole cuando hable, sin discutir sus ideas delirantes pero permitiéndole expresar los motivos de sus temores o enfados y, finalmente, ofreciéndole la toma voluntaria del plan de tratamiento.



CAPITULO 18

RASGOS CARACTERÍSTICOS DEL PACIENTE EN CONFLICTO.

IDENTIFICACION RAPIDA DURANTE LA CONSULTA DENTAL.

- Contracción labial que permite ver los dientes o contracción intensa de los maseteros.
- Señalar con el dedo, cerrar las manos formando puños, apretar objetos.
- Tensión muscular y actitud generalizada en flexión y cambios de postura frecuentes y rápidos sin una finalidad concreta o detención repentina de todo movimiento.
- Adoptar una postura cefálica baja y avanzada, cuello en flexión, barbilla hacia el pecho o adoptar una postura de lucha.
- Mirada directa y fija o establecer contacto ocular prolongado.
- Conducta destructiva con los objetos.
- Discurso paranoico o coactivo.
- Peticiones poco razonables o sin sentido.



- Pueden existir casos de incongruencia entre lo verbal, utilizando un lenguaje excesivamente calmado, incluso halagador (atención a la ironía) y lo expresado a nivel no verbal, debiendo prestar atención a esto último.



CAPITULO 19

ESTRATEGÍAS PARA EL CIRUJANO DENTISTA DURANTE LA CONSULTA DENTAL PARA ACTUAR ANTE UN PACIENTE EN CONFLICTO.

Cuando un paciente se muestra tenso irritable durante la visita médica odontológica, es recomendable saber cómo afrontar la situación:

1. MANTENER EL EQUILIBRIO EMOCIONAL Y NO RESPONDER A LAS PROVOCACIONES.

Controlar los sentimientos negativos que determinadas situaciones conflictivas con el paciente.

Evitar caer en el terreno de la provocación y mantener el control ya que, en el caso contrario, puede producirse una situación de extrema agresividad con insultos y gritos, muy lejana al rol terapéutico.

- 2 .CONVERSAR CON CORRECCIÓN, EN UN TONO AFECTUOSO Y PROFESIONAL

Evitar mostrar un tono brusco y/o cortante porque esto podría incrementar la tensión y acelerar la conflictividad.

Explicar con mucho detalle y de forma convincente y razonada los motivos por los que no es posible cumplir las expectativas del paciente o del acompañante.

Dirigirse al paciente con firmeza evitando una actitud de prepotencia.



3 .EN EL CASO DE QUE LA TENSIÓN DEL PACIENTE AUMENTE DE FORMA INCONTROLABLE, A PESAR DE LA CONDUCTA PARA FRENARLA, SERÁ NECESARIO REORIENTAR LA CONVERSACIÓN:

a) HACER UN EQUILIBRIO EMOCIONAL.

Conducir al paciente hacia el estado de ánimo tranquilo que mantiene el profesional. Esto se puede conseguir con unas habilidades de comunicación adecuadas para gestionar las emociones.

c) LIBERAR LA TENSIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE.

Dejar hablar al paciente cuanto quiera para que explique sus sentimientos, inquietudes, frustraciones y aspiraciones para que así libere su tensión interna y manteniendo por parte del profesional una escucha activa.

Evitar hacer cualquier gesto que el paciente pueda interpretar como menosprecio.

C) RECONOCIMIENTO DE LAS POSIBLES DEFICIENCIAS PROPIAS Y DE LA ORGANIZACIÓN

Normalmente, el reconocimiento de las limitaciones propias rebaja la tensión del paciente y se puede restablecer la interrelación correcta para que la visita transcurra con normalidad.

d) MANIFESTAR LOS PROPIOS SENTIMIENTOS AL PACIENTE

En aquellas situaciones en las que el profesional no pueda controlar las propias emociones, especialmente después de haber padecido insultos graves o vejaciones, es conveniente mostrar al paciente los propios sentimientos de tristeza y malestar que le produce el incidente.



Esta actitud podría hacerle reflexionar para darse cuenta de las posibles consecuencias de su conducta.

5. DURANTE LA ENTREVISTA CON UN PACIENTE O FAMILIAR
POTENCIALMENTE CONFLICTIVO ES ACONSEJABLE EVITAR
TRANSMITIR LAS SIGUIENTES SEÑALES VERBALES Y NO
VERBALES

- ✚ Evitar el uso de estilos de comunicación que generen hostilidad como: apatía, frialdad, condescendencia, menosprecio, impaciencia.
- ✚ Evitar verbalizar amenazas, coacciones o insultos.
- ✚ Evitar minimizar la situación, las quejas o las críticas.
- ✚ Evitar de entrada la crítica y el rechazo a las peticiones paciente.
- ✚ Evitar transmitir información que no se ajuste a la realidad y/o proponer pactos que no se puedan cumplir.
- ✚ Evitar la adopción de un lenguaje desafiante o que se interprete como hostil o amenazador, ponerse de pie en oposición frontal, ponerse las manos en las caderas, cruzar los brazos, señalar con el dedo.
- ✚ Evitar el contacto físico y el exceso de proximidad (Mantenerse a una distancia aproximadamente igual a la longitud del brazo). **Así, nos situamos inicialmente lejos del alcance del otro y no se invade su espacio personal.**



✚ Evitar el contacto ocular prolongado.

✚ Evitar los movimientos rápidos y dar la espalda.

5. SI NO HA SIDO IMPOSIBLE RECONducIR LA SITUACIÓN Y EVITAR LA ESCALADA DE CONFLICTO Y PERSISTE LA SITUACIÓN SE RECOMIENDA: **FINALIZADA LA VISITA, NO CONVIENE PROLONGARLA DEMASIADO.**



CONCLUSIONES

Durante la atención odontológica el saber escuchar es un elemento indispensable para obtener información, igual saber preguntar, conviene hacerlo de forma general, permitiendo a nuestro paciente entender que es comprendido y aceptado.

Para poder analizar su conducta es importante conocer estos aspectos y aprender a dominarlos, durante la consulta dental, ya que comparten conocimientos y no simplemente datos, que en la mayoría de los casos solo forman un banco de información sin trascendencia por no saber encausarlos de forma correcta.

La intervención meditada y selectiva del cirujano dentista con base en la criminología y datos obtenidos sirven como un medio para favorecer la relación cirujano dentista - paciente.

Su obtención y almacenamiento, ofrecen criterios y pautas para la solución de conflictos concretos.

El saber criminológico se origina en la observación y análisis de la realidad de manera que pueda explicarla, comprenderla y transformarla en beneficio de las personas.

La participación del Cirujano Dentista, es importante para el aporte de conocimientos ofrecidos mediante la consulta dental, bien encausado puede facilitar la prevención y el buen manejo de pacientes en situación de conflicto

La mente humana funciona como un complejo sistema probabilístico capaz de operar varios programas de actividad de manera simultánea.

La conducta siempre es una manifestación externa de múltiples y complejos factores externos e internos en una circunstancia determinada implican siempre, un desiderátum, en el que intervienen zonas del cerebro,



cuya integridad anatomofisiológica permite su correcto funcionamiento electroquímico indispensable para una conducta armónica y congruente con la realidad.

Toda conducta se programa desde el cerebro con base en correlaciones establecidas, que intervienen de manera preponderante en las experiencias depositadas en la memoria, acción capaz de modificar las reacciones del individuo.

Se puede decir que una conducta es considerada normal cuando no corrompe las normas aceptadas por el grupo al cual pertenece. Situándonos en el plano puramente psicológico, debemos diferenciar hipotéticamente dos niveles de cuya interacción surge la conducta individual: el nivel consciente y el inconsciente.

El consciente es moderador y regulador de lo que se encuentra en el nivel inconsciente. Censor y castigador, capaz de usar todos los medios disponibles para ajustar la conducta a lo aceptado como apropiado por el grupo.

El nivel inconsciente, de mayor profundidad, guarda estrecha relación con las experiencias y los traumas psicológicos que ha sufrido el sujeto en el curso de su existencia, así como las situaciones de frustración que suelen devenir en ansiedad.

También, mantiene un estrecho contacto con la satisfacción de necesidades de orden afectivo/instintivo. En la actividad diaria, los dos niveles están siempre en acción; si predomina el nivel consciente regulador y moderador, la conducta se ajusta a lo socialmente establecido con pérdida de la espontaneidad del individuo. Si predominan los factores del inconsciente, se produce un conflicto entre la satisfacción de necesidades egoístas,



distorsionándose la conducta con las normas socialmente establecidas. El sujeto se desajusta pero, se muestra más espontáneo.

La Ley, es un conjunto de normas de carácter general que se dirige al bienestar de la colectividad que implica una especie de freno a las tendencias profundas y ocultas de los individuos.

Frente a ella, los individuos reaccionan percibiéndola como una limitación que les impone ciertas formas de conducta. En el terreno de la patología mental, los sujetos en estado de insania mental no pueden comprender ni cumplir la ley, los sujetos con desequilibrios de personalidad que muestran una anormal exteriorización de sus tendencias instintivas, por fallas de los frenos inhibitorios (maltrato infantil, crianza rígida o extremadamente laxas), es posible que comprendan la ley, pero no quieran cumplirla, generándose así, en muchos casos conductas conflictivas.

SUJETOS RAROS Y EXCÉNTRICOS

Diagnóstico	Características Esenciales	Factores Comunes
TRASTORNO PARANOIDE	Desconfianza excesiva e injustificada. Suspiciousos, celosos, observadores agudos, correctos en su percepción pero errados en su juicio. Orgullosos, poco flexibles. Rechazan las dudas y la autocrítica.	Independientes



	<p>Solitarios. Tiene dos variantes: la dura (afirmativa litigante) y la blanda (lastimera/muy sensible). Hipersensibilidad.</p>	
TRASTORNO ESQUIZOIDE	<p>Dificultad para las relaciones sociales. Ausencia de sentimientos cálidos, de afecto, indiferentes a las críticas o elogios. Aislados incluso dentro de la propia familia.</p>	Introvertidos mal socializados
TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO	<p>Alteraciones del pensamiento y de la percepción, el lenguaje y la conducta, sin llegar a reunir los criterios de esquizofrenia. Pensamiento mágico, poderes ocultos o telepatía. Sensaciones de extrañeza y despersonalización respecto de sí mismo.</p>	Inestables emocionalmente.



	<p>Atuendo extravagante, dificultad para relaciones de manera convencional.</p> <p>Hipersensibles e impenetrables.</p>	
--	--	--

SUJETO EMOCIONALES E INMADUROS.

Diagnóstico	Características Esenciales	Factores Comunes
TRASTORNO HISTRIÓNICO	<p>Personas activas e intolerantes al aburrimiento.</p> <p>Extrovertidas, muy intuitivas y empáticas.</p> <p>Necesitadas de atención y protagonismo. Lo más característico es la hipersensibilidad, la magnificación y la propensión a la fantasía. Variabilidad de estados de humor.</p> <p>Son frecuentes los intentos de suicidios.</p>	Dependientes
	Egocéntricos con	



<p>TRASTORNO NARCISISTA</p>	<p>sentido exagerado de la propia importancia. Arrogantes, relaciones distantes y caracterizadas por exhibicionismo, búsqueda exagerada de atención y admiración. Son recurrentes las fantasías de grandezas y éxitos por la envidia de los logros de los demás. Los trastornos surgen cuando sus logros están en contradicción con sus fantasías de autocomplacencia.</p>	<p>Extravertidos Mal socializados</p>
<p>TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD</p>	<p>Extravertidos, inestables. Hostiles, rebeldes, ausencia de miedo ante situaciones de castigo y arriesgadas. Comportamiento impulsivo y baja tolerancia a la frustración. Suelen</p>	<p>Inestables emocionalmente</p>



	<p>proyectar los propios errores. Falta de conciencia ante valores y normas morales. Incapacidad para funcionar como pareja y padre responsable. Con origen en la infancia, carencias económicas, cohesión familiar, bajo nivel intelectual, etc.</p>	
--	---	--

SUJETO TEMEROSOS

Diagnóstico	Características Esenciales	Factores Comunes
TRASTORNO POR EVITACIÓN	<p>Tímidos, gran deseo de afecto y aceptación. Evitan conductas interpersonales. Hipersensibles al rechazo social, baja autoestima. Alto nivel de ansiedad, depresión, cambios de ánimo. Dependientes de la familia, temor a tomar decisiones que</p>	Dependientes



	supongan cambio de la rutina diaria.	
TRASTORNO POR DEPENDENCIA	Necesitados constantemente de aprobación, afecto y apoyo para evitar situaciones de conflicto. Ansiedad ante soledad. Temor a pérdida de estima, cambio de opinión sin motivo y tendencia al sacrificio in-condicional.	Extravertidos Mal socializados
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Preocupaciones morales rígidas, poco espontáneos, sin sentido del humor, perfeccionistas. Dificultad de adaptación a situaciones nuevas, dependencia extrema a jerarquías por temor a la pérdida del control, al rechazo/castigo. Dependientes del rendimiento en detrimento del placer y las relaciones.	Inestables emocionalmente
	Inmaduros, negativos y	



<p>TRASTORNO PASIVO AGRESIVO</p>	<p>resistentes a demandas externas en contextos sociales y laborales. Contrarios e ineficaces intencionadamente. No adopta la confrontación abierta, sino agresiones encubiertas por temor a la autoridad. Irritables, pesimistas y rencorosos con mala auto imagen.</p>	
---	--	--

ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS

DIAGNOSTICO	CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	CONTACTO CON REALIDAD.
Neurosis	SI	SI
Psicosis	NO	NO
Trastorno personalidad	NO	SI

El concepto de personalidad ha sido cuestionado a través del tiempo, y mucho más aún, el concepto de trastorno de la personalidad.

La psicología científica se ha ocupado de las variaciones de la personalidad normal, pero apenas ha prestado atención a los trastornos de la personalidad. Se caracterizan por ser formas extremas e inadaptadas de personalidad, bastante estables y duraderas que se mantienen más allá de las condiciones específicas ambientales.



Por ello, su identificación depende siempre de la conducta social, y por ello, los criterios para hacerlo son básicamente el resultado de hábitos y convenciones de tipo social. Así, de esta manera, los odontólogos pueden prestar atención específica para evaluar dichos trastornos y evitar futuros conflictos con este tipo de pacientes a través de un buen manejo durante la consulta dental.

Los trastornos de la personalidad no son independientes y suelen estar acompañados con alteraciones de la conducta alimentaria, el abuso de alcohol o drogas, accidentes, infecciones del VIH, actividad antisocial y promiscuidad sexual.

A pesar de los avances en sicopatología, no han ido paralelos con el conocimiento de los trastornos de la personalidad. El nombre mismo propuesto para algunos como el histriónico, narcisista o límite, adolecen de connotaciones literarias y subjetivas que encubren lo directamente observable: una inadecuada adaptación persona ambiente.

Los trastornos de la personalidad, se corresponden con pautas inflexibles y no adaptativas que conducen a limitaciones sociales graves con un incremento de malestar subjetivo. Las dificultades de adaptación social son las más definitorias de este tipo de trastornos.

Existen trastornos cuando las pautas de conducta son crónicas nocivas y desadaptadas, se manifiestan de manera rígida que impiden el aprendizaje de estrategias de afrontamiento nuevas ante las dificultades cotidianas.

No es siempre fácil establecer con nitidez las fronteras éntrelas personalidades normales y las anómalas, que se distinguen con frecuencia más en cuestión de grado, que en aspectos puramente cualitativos.

Existen tres características que diferencian las personalidades normales de los trastornos de la personalidad:



1. Capacidad para funcionar de manera autónoma y competente.
2. Capacidad para ajustarse de manera flexible y eficiente al medio social.
3. Capacidad para conseguir metas propias.

Los trastornos de la personalidad aparecen en personas psíquicamente normales. No son propiamente enfermedades mentales como las neurosis o las psicosis, y se diferencian básicamente en cuatro aspectos:

1. Son más bien estables temporalmente.
2. Reflejan más alteraciones globales de la persona que síntomas concretos.
3. Son ego-sintónicos, (no molestos subjetivamente).

Son menos cambiables.

Los trastornos de la personalidad normalmente comienzan a ser detectables desde la adolescencia e incluso antes. Revelan la existencia de un contacto con la realidad, pero no existe conciencia de la enfermedad.

Tienden a suscitar cierto rechazo en la sociedad y entre los terapeutas. Su diagnóstico conlleva generalmente la etiqueta de intratable. Son percibidos como manipuladores, que buscan atención, molestas, no mentalmente enfermas, con capacidad de controlar sus conductas, refractarias al tratamiento y con mal pronóstico.

Se les considera con un cierto control voluntario sobre sus conductas y por lo tanto responsables de las mismas.

La evaluación de los trastornos de la personalidad requiere que se haga de forma longitudinal, es decir de toda la biografía de la persona, lo que supone una dificultad adicional respecto de los trastornos de la



conducta que suele tomar en consideración prioritariamente los síntomas presentes en la actualidad. Las fuentes de información son:

1. Las entrevistas y el juicio clínico.
2. Auto informes.
3. Las complementarias de familiares o personas que conviven con el paciente.



ANEXO

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.

(TAP) Este tipo de personalidad, constituye el caso más llamativo de las anomalías en la adquisición de aprendizajes y suscitan además, gran alarma social por los factores de criminalidad que están asociados a ellas. Han sido llamadas "personalidades agresivas", "psicópatas", "sociópatas".

El término psicópata no resulta una palabra adecuada. Es la denominación de una especie, psicopatías frente a las psicosis y neurosis, mediante un nombre genérico que debería incluir todas las alteraciones de la conducta, como la cardiopatía incluye todas las alteraciones cardíacas.

Tiene connotaciones que hacen referencia a disposiciones constitucionales, hereditarias, "degeneraciones" biológicas y psicológicas, que han sido el resultado de la especulación positivista del siglo XIX.

El término psicopatía, ha sido sustituido en el DSM - IV (American Psychiatric Association 1994), por el de trastorno antisocial de la personalidad TAP, que acentúa los rasgos antisociales de este trastorno que se constituye en un componente central y sirve para diferenciar a las personas aquejadas por este trastorno del resto de los delincuentes, que al menos poseen una cultura delictiva con la que se pueden identificar y son capaces de funcionar adecuadamente dentro de su grupo manifestando lealtad, sentimiento de culpa y afecto.

Este trastorno es a menudo incapacitante, porque los primeros síntomas aparecen en la niñez, interfiriendo en el rendimiento educativo dificultando la profesionalización posterior.



Después de los 30 años de edad, la conducta antisocial puede disminuir, sobre todo en lo que respecta a la promiscuidad sexual, las peleas y la delincuencia.

Los rasgos nucleares son los comportamientos impulsivos sin reparar en las consecuencias negativas, la ausencia de responsabilidades personales y sociales, déficit en la solución de problemas, pobreza sentimental con ausencia de amor y culpabilidad. Como consecuencia de ello, carecen del equipamiento cognitivo y afectivo necesario para asumir valores y normas morales aceptados socialmente.

las conductas más alteradas del trastorno antisocial de la personalidad están relacionadas con la incapacidad de mantener una conducta laboral consistente, irresponsabilidad en los deberes familiares, irritabilidad constante, ausencia de conductas de temor y culpa, dificultades de adaptación a las normas, promiscuidad sexual, abuso de sustancias, necesidad de acción, dificultades para soportar el aburrimiento o la vida rutinaria. El abuso de sustancias adictivas facilita la expresión de la conducta antisocial.

En este enfoque hay cierta superposición entre las conductas antisociales y las conductas delictivas, lo que suele equiparar el trastorno con la delincuencia. Hay una clara relación entre ambos conceptos, pero no son sinónimos y uno, no incluye al otro. Por ello, Haré, Hart y Harpur 1991, han propuesto 10 criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad antisocial, que resultan más integradores y amplios que los del DSM - IV, abarcando factores diferenciados como el deterioro de la afectividad / relaciones interpersonales y el estilo de vida impulsivo, antisocial e inestable.



CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO PSICOPÁTICO DE LA PERSONALIDAD

(Hare-Hart-Harpur 1991)

1. Locuacidad y encanto superficial.
2. Auto valoración exageradamente alta. Arrogancia.
3. Ausencia total de remordimiento.
4. Ausencia de empatía en las relaciones interpersonales.
5. Manipulación ajena con recurso frecuente al engaño.
6. Problemas de conducta en la infancia.
7. Conducta antisocial en la vida adulta.
8. Impulsividad.
9. Ausencia de autocontrol.
10. Irresponsabilidad.



BILBIOGRAFIA

1. Baratta, A **Criminología crítica y crítica del Derecho Penal**. 1ª ed. 2004. 1ª reimpresión. Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires.
2. Canteras, A **La encuesta social en la medición del delito: victimización y auto denuncia**. En Delincuencia, 3, número 12. (1991).
3. García-Pablos de Molina, A. **Tratado de criminología**. 2ª edición. A Editorial tirant lo Blanch, Valencia, España (1999).
4. Garrido, V et al. **Principios de criminología**. Editorial tirant lo blach, Valencia, España. (1999).
5. Goppinger, H. **Criminología**. Edit, Reus, Madrid, España. (1975)
6. Herrero, C. **Criminología**. Parte general y especial. Editorial Dykinson, Madrid, España. (1997).
7. Kaiser, G . **Introducción a la criminología**. 7ª edición reelaborada y completa. Editorial Dykinson, Madrid, España. (1988).
8. Pinatel, J .**Tratado de Derecho Penal y criminología**. Tomo III, Universidad Central de Venezuela, Caracas. (1974).
9. -Rodríguez Manzanera, L . **Víctimología. Estudio de la víctima**. 2a edición, Editorial Porrúa, México. (1990).
10. Tieghi, O . **Tratado de criminología**. Editorial Universidad, Buenos Aires, Argentina. (1989).
11. -Wolffang M, Ferracuti, F . **La subcultura de la violencia**. Editorial F.C.E, México. (1982).



12. Augusto. N Pinillos Seminario. **Criminología ¿ Para qué?**. Librería jurídica. Editorial Porrúa

13. **Psiquiatría para criminólogos y criminología para psiquiatras.**
Autora: Ada Patricia Mendoza Bevide Editorial: **Trillas**.2006