

134



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**"LA APARICION DE ESTADOS DEPRESIVOS  
EN PERSONAS HOMICIDAS"**

**REPORTE DE INVESTIGACION  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
CLAUDIA LUCIA MENDEZ HUERTA  
LUCIA NIEVES GARAY  
JUANA ZEPEDA BRINGAS**

**ASESORES: Dr. ARTURO SILVA RODRIGUEZ  
M. en C. CECILIA MONTAÑO ARVIZU  
Mtro.: LUIS FERNANDO GONZALEZ BELTRAN**



**IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO**

**2002**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES:

Gracias por su apoyo y confianza que me ha permitido seguir adelante en los momentos de mi vida.

A FRANCISCO:

Por estar presente en todo momento de mi vida.

A MIS SOBRINOS:

VERÓNICA Y ANGEL:

Por dar un toque especial a la familia.

A MANUEL:

Por ser como eres y por estar a mi lado en cada paso que doy.

A JUANITA Y LUCÍA:

Por que juntas hemos abrado un largo camino basado en la confianza y la amistad.

CLAUDIA

A DIOS:

A MI PADRE:

Don'te darne el apoyo y la oportunidad de llegar a eta etapa de mi vida

A MI MADRE:

Gracias por estar siempre a mi lado, por ser más que mi madre mi amiga y sobre todo un excelente ser humano.

A MIS HERMANOS:

MAYUS:

Don'te siempre me haz hecho sentir que puedo contar contigo en cualquier momento que te he necesitado. Además de que eres alguien muy especial para mí.

LALO E INES:

Gran parte de lo que soy, se los debo a ustedes por su infinito confianza, con su apoyo y sobre todo por que siempre han estado a mi lado.

ANGEL:

Este trabajo también te pertenece y te agradezco el gran esfuerzo que estas haciendo por ser mejor.

A MIS SOBRINOS:

ADRIANA Y MEMO:

Son una parte muy importante en mi vida por todo lo que compartimos.

ALESSANDRO:

Por que hacia mucho tiempo que no sentia tanta felicidad. Bienvenido a esta familia.

A CLAUDIA Y A JUANITA:

Por que me han enseñado lo que es una verdadera amistad a lo largo de todo este tiempo compartido, estando conmigo en los mejores y peores momentos de mi vida. GRACIAS.

LUCIA.

## A MIS PADRES:

Por que siempre han estado presentes cuando lo he necesitado en los momentos de felicidad para alentarme y en los momentos de tristeza para apoyarme y aconsejarme. Gracias al apoyo, la confianza, la comprensión y la paciencia que me brindaron, nunca dejaron que me sintiera derrotada, siempre dandome la fortaleza para seguir adelante.

## A MIS HERMANOS:

MIGUEL: Gracias por ser el gran hermano que eres, así como por la fe depositada en mí, pues sin tu apoyo incondicional no hubiera podido realizar mis proyectos.

JESÚS: Por que con tus criticas diversas, diste trato de impulsarme siempre a ser mejor.

SOCORRO: Por que se puede contar contigo especialmente en los momentos difíciles. Gracias por estar a mi lado cuando lo he necesitado y ser mi mejor amiga.

DANIEL: Por que las palabras no son indispensables para saber que cuento contigo.

## A MI ABUELITA:

De quien he aprendido que no importan las dificultades que nos ponga la vida, siempre podemos salir adelante si ponemos empeño para lograrlo.

## A CLAUDIA Y LUCÍA:

Por los momentos buenos y malos que hemos pasado, pues han reforzado ese lazo especial que nos une y que nos llevo a terminar este trabajo, pero que no termina aquí pues todavía nos esperan muchas cosas juntas.

JUANA.

## A NUESTROS ASESORES:

Dr. ARTURO SILVA RODRÍGUEZ.  
M. en C. CECILIA MONTAÑO ARVIZU.  
Mtro. LUIS FERNANDO GONZÁLEZ BELTRÁN.

Por el apoyo, espacio y dedicación otorgados a la realización del presente trabajo, otorgándonos la oportunidad de concluir esta etapa en nuestra vida.

Un reconocimiento especial al Programa de Becas para tesis de licenciatura en proyectos de investigación (PROBETEL) por el apoyo e interés brindado para la realización de este trabajo.

*CLAUDIA, LUCÍA Y GUANAJA.*

## INDICE.

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	1
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	2
<b>CAPÍTULO 1. CONTEXTO GENERAL DEL HOMICIDIO.</b>	
1.1 Homicidio bíblico.	9
1.2 Homicidios en Egipto.	9
1.3 Homicidios en Grecia.	9
1.4 Homicidios en Roma.	10
1.5 Homicidios en China.	10
1.6 Genocidios.	11
1.7 Homicidios en Estados Unidos.	12
1.8 Homicidios en México.	13
<b>CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES DE LA CONDUCTA DELICTIVA.</b>	
2.1 Fuentes de violencia en la sociedad actual.	20
2.2 Predicción y prevención de la delincuencia.	25
2.3 Factores psicológicos y sociales propicios para la delincuencia.	33
2.4 Modelos de la delincuencia.	42
2.4.1 Modelo biológico.	42
2.4.2 Modelo conductual.	43
2.4.3 Modelo humanista.	44
2.4.4 Modelo sociocultural.	45
2.4.5 Modelo ecológico conductual.	45
<b>CAPITULO 3. CONCEPTOS Y DESARROLLO HISTÓRICO DE LA DEPRESIÓN.</b>	
3.1 Antecedentes.	48
3.2 Enfoques teóricos.	64
3.2.1 Enfoque operante.	65
3.2.2 Enfoque cognitivo conductual.	70
3.2.3 Desamparo aprendido.	80
3.2.4 Enfoque psicodinámico.	85
3.2.5 Autocontrol.	91
3.2.6 Enfoque clínico.	95

3.2.7 Enfoque antropológico.	96
3.2.8 Teoría biológica.	97
<b>CAPÍTULO 4. ADOLESCENCIA.</b>	
4.1 Depresión en la adolescencia.	107
<b>CAPÍTULO 5. REVISIÓN DE ESTUDIOS EMPÍRICOS.</b>	
5.1 El caso particular de menores infractores que manifestaron depresión.	113
<b>CAPÍTULO 6. ESTUDIOS DE CASOS.</b>	
6.1 Metodología.	119
6.2 Resultados.	122
6.3 Análisis Cualitativo.	131
<b>CONCLUSIONES.</b>	151
<b>REFERENCIAS.</b>	157
<b>APENDICE</b>	

## RESUMEN.

Esta investigación se inserta dentro del proyecto general. "Evaluación de los efectos en el ámbito social, psicológico y familiar del menor involucrado en hechos antisociales; un acercamiento hacia la víctima y el acusado", con número de registro IN 308397. Debido a la alta prevalencia de conductas antisociales y el subsecuente desarrollo del comportamiento delictivo en los adolescentes tanto a nivel internacional como en nuestro país han provocado un creciente interés en los investigadores. Por lo que la presente investigación se centra en el ámbito psicológico comprendiendo las variables de homicidio y depresión, entendiendo el homicidio como comportamiento antisocial explicado desde el punto de vista psicológico, este puede desencadenar alteraciones en la personalidad, que se manifiestan de diversas formas e intensidades, siendo algunas ligeras y momentáneas o graves y permanentes, como puede ser la depresión.

Siendo el objetivo general evaluar el nivel de depresión que manifiestan los menores involucrados en un hecho antisocial como es el homicidio. Para conocer el nivel de depresión de los homicidas se aplicaron: el Cuestionario de Depresión para niños (CDS), el Test de Autoevaluación Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) y el Cuestionario de Conducta Infantil y Juvenil de Achenback, a 14 individuos de la escuela de Rehabilitación "Quinta del Bosque" ubicada en Zinacantepec, Edo. De México.

Con el fin de ampliar la investigación se tomo un grupo de 60 individuos los cuales habían cometido el delito de robo, para contrastar los resultados encontrados, se utilizó la prueba T no encontrando diferencias significativas. Para establecer si el tamaño de la muestra influyó en el resultado se realizó una igualación de la muestra. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que existe una relación entre depresión y conductas delictivas y que el tipo de delito no se relaciona significativamente con el nivel de depresión.

## INTRODUCCIÓN.

Uno de los principales problemas que ha traído la sociedad consigo misma, desde su formación como tal ha sido el desarrollo de las conductas antisociales. A medida que nuestra sociedad se va desarrollando, avanzando o evolucionando, se enfrenta a más problemas que de alguna u otra forma van a afectar a cada individuo que la componen.

Es muy fácil hacer una lista de peligros que los seres humanos corren en su vida diaria, de hecho, le ocurren a uno tantas cosas que no se sabe por donde empezar. No se necesita ir más lejos para que la vida de una persona se altere, esto puede suceder en su mismo entorno. En donde el peligro esta latente, haciéndose presente cada instante por medio de un hecho delictivo.

Como se dijo anteriormente, el principal problema que enfrenta en la actualidad toda sociedad, son las conductas antisociales, como lo es la delincuencia, la cual representa una amenaza para el avance y tranquilidad en la vida diaria de cada individuo. Hay que recordar que los delitos pueden ser contra las personas: asesinato, lesiones o heridas y robos, y contra las propiedades.

Ha habido delitos de todas las clases desde que la gente comenzó a vivir junta. Es tal su grado de importancia, que a través de los siglos se han hecho leyes para evitar delitos y para castigar a los que los cometen. Así mismo, se han desarrollado muchas investigaciones acerca de este problema se han formulado teorías que tratan de explicar como es que un individuo comete un acto ilícito, o bien, por que se convierte en un delincuente o criminal.

Son muchas las posturas que existen, dependiendo como abordan la delincuencia, algunas la explican como un problema genético, otras como resultado de impulsos infantiles reprimidos durante la niñez, etc. Así mismo, hay varias investigaciones en donde

se dice que la adolescencia es una etapa clave para detectar al posible delincuente en el futuro.

Considerando que la preadolescencia y la adolescencia son edades en las que se producen adquisiciones y contagios de conductas claves para el proceso social final. Entonces, no solo se puede considerar a la adolescencia como una etapa evolutiva cuyos cambios se deben en gran parte a causas endógenas -la pubertad-, sino que debemos adoptar un enfoque global que considere, al menos, los siguientes aspectos:

- a) la evolución del sistema nervioso y sus alteraciones debidas a los cambios hormonales y anatomofisiológicos en general. Estos cambios producen un evidente alteración y variación en la conducta del chico y de la chica.
- b) La adolescencia y los años que la preceden como un período de fuertes crisis en la estructura de la personalidad, y en la que la búsqueda del equilibrio actúa como motor evolutivo.
- c) La adolescencia como etapa de adaptación a unas nuevas demandas del mundo exterior, cambiantes de un medio a otro, de un momento histórico a otro; como etapa en las que las demandas del mundo adulto condicionan, en su base, las respuestas evolutivas de adaptación (Funes, 1991).

La delincuencia juvenil ha acaparado la atención de los científicos durante la mayor parte del siglo. Quizá una de las primeras constataciones fue descubrir que hablar de delincuencia juvenil, no se refiere solo al joven que transgrede leyes y tiene conflictos judiciales o policiales, sino que hay que incluir una multitud de conductas de conflicto social que afectan a la gente joven, haciendo referencia hoy a múltiples problemáticas en las que se pide la actuación del psicólogo.

La presente investigación, se desprenderá del ámbito psicológico comprendiendo dos variables, las cuales serán homicidio y depresión. Considerando que el comportamiento antisocial, en este caso el homicidio, puede ser explicado desde el punto de vista

psicológico, entendiéndolo como el resultado de la interacción de experiencias agresivas, frustrantes inhibitorias o destructivas en un momento dado del curso evolutivo de la vida de todo individuo.

Para aproximarnos a una comprensión del comportamiento antisocial es necesario conocer al individuo, su historia y todos los aspectos que conforman su personalidad.

Existen ciertas características y actitudes mentales que ocasionan que aproximadamente el 20% de una raza se oponga violentamente a cualquier actividad o grupo de mejoramiento. Se sabe que esas personas tienen tendencias antisociales.

Cuando la estructura legal o política de un país se transforma de tal manera que prefiere a personalidades así en puestos de confianza, entonces todas las organizaciones civilizadoras del país sufren supresión, y a esto le sigue una barbarie de criminalidad y opresión económica. Las personas antisociales cometen crímenes y actos criminales. Comúnmente, los pacientes de las instituciones mentales descubren que el origen de su estado se halla en el contacto con personalidades como estas. Por lo tanto, en los ámbitos del gobierno, actividades policiales y salud mental, por citar unos pocos, vemos que es importante poder detectar y aislar a este tipo de personalidad para proteger a la sociedad y a los individuos de las consecuencias destructivas que acompañan al hecho de dar rienda suelta a esas personas para dañar a los demás. Dado que sólo comprenden el 20% de la población, y como sólo un dos y medio por ciento son de verdad peligrosas, vemos que con muy poco esfuerzo podríamos mejorar considerablemente el estado de la sociedad.

Ejemplos muy conocidos, incluso sobresalientes, de ese tipo de personalidad son naturalmente Napoleón y Hitler. Dillinger, Pretty Boy Floyd, y otros criminales famosos. Pero con semejante reparto de personajes en la historia, descuidamos los ejemplos menos sobresalientes, y no percibimos que personalidades así existen en la vida real, son muy comunes y con frecuencia pasan desapercibidas.

El homicidio como un comportamiento antisocial es una conducta que se ha presentado de múltiples formas a través de la historia del hombre, siendo un hecho antisocial - fenómeno y producto de la naturaleza- tan arcaico como el hombre mismo. Tal fenómeno ha alterado el curso de la historia en más de una ocasión, como lo fue el asesinato de Caín a Abel, los genocidios en Alemania, las matanzas del Ku Kux Klan, el asesinato del presidente Kennedy y las matanzas en 1968 en México (Dawson, 1961).

Aunque hay diversas formas de referirse hacia las personas que privan de la vida a otras, es muy común que se les nombre asesinos, cuya palabra proviene del vocablo árabe "hassasin", que significa "adicto al hashish". Los hassasin eran un grupo de fanáticos musulmanes del Oriente Medio que, en el siglo XVII, se afirmaba que habían dado muerte a los líderes de sus enemigos, luego de intoxicarse con hashish para cumplir su misión. Sus actuaciones se producían con el mayor sigilo con el objeto de sorprender al enemigo. Muchas veces operaban disfrazados, consideraban el asesinato como un acto sacramental, y por ello siempre mataban con una daga. Bajo el efecto del hashish, tenían visiones y fantasías eróticas muy gratas. Sus jefes les aseguraban que si morían en acción bélica, se trasladaban para siempre a un paraíso de cualidades análogas y provisto de abundantes huríes. Su fiereza en la acción se atribuye tradicionalmente a esta combinación de promesas y fantasías psicodélicas. Entre sus acciones más efectivas figuran la muerte de varios gobernantes, califas y el cruzado Rey de Jerusalén Conrado de Monferrato (Grolier, 1982).

Los motivos para realizar un crimen son muy complejos, ya que muchos asesinos actúan por causas personales: para vengar una ofensa real o imaginada o para manifestar su repudio a la sociedad en general. Los grupos que son partidarios de ideas políticas extremistas recurren, en ocasiones al magnicidio para aterrorizar a la gente. En ocasiones, el objetivo es más directo: reemplazar a un líder o eliminar a un oponente, es frecuente que sean varios los motivos que hay detrás de un atentado (López-Rey, 1981)

Los magnicidas que actúan frecuentemente sin compañía al parecer caen dentro de un cierto patrón psicológico. Muchos han sido personas mentalmente estables que no han podido adaptarse a la realidad en que viven. Es frecuente que provengan de hogares infelices y que se caractericen por su dificultad para establecer amistades. Muchos se han unido a grupos extremistas solo para descubrir que tampoco allí podían adaptarse; es común que tengan mala opinión de sí mismos y que les afecte cualquier forma de autoridad. En otros casos los magnicidas han sido personas que abandonaron su empleo o rompieron relaciones con su familia poco antes de llevar a cabo su acto de violencia (Marchiori, 1983).

El homicidio puede desencadenar alteraciones en la personalidad del individuo, que se pueden manifestar de diversas formas e intensidades, siendo algunas ligeras y momentáneas o graves y permanentes, una de estas puede ser la depresión, la cual se manifiesta en la percepción de una pérdida. Beck (1976) señala que la persona deprimida se ve a sí misma como carente de algún elemento o atributo que considera esencial para su felicidad (Citado en Arieti y Bemporad, 1993).

No son sólo los adultos los que se deprimen. Los niños y los adolescentes pueden sufrir también de depresión, que es una enfermedad tratable. La depresión se define como una enfermedad cuando la condición depresiva persiste e interfiere con la habilidad de funcionar del niño o del adolescente.

Aproximadamente el 5 por ciento de los niños y adolescentes de la población general padece de depresión en algún momento. Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión. La depresión tiende a correr en las familias.

El comportamiento de los niños y adolescentes deprimidos es diferente al comportamiento de los adultos deprimidos. Los psiquiatras de niños y adolescentes le

recomiendan a los padres que estén atentos a síntomas de depresión que puedan presentar sus niños.

Los padres deben de buscar ayuda si uno o más de los siguientes síntomas de depresión persisten: Tristeza persistente, pérdida de interés en sus actividades favoritas; o inhabilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas, aburrimiento persistente y falta de energía, aislamiento social, comunicación pobre, baja autoestima y culpabilidad, aumento en la dificultad de relacionarse, coraje u hostilidad, quejas frecuentes de enfermedades físicas y pensamientos o expresiones suicidas o comportamiento autodestructivo .

Los niños y adolescentes que se portan mal en la casa y en la escuela pueden estar sufriendo de depresión sin que nadie se dé cuenta de ello. Los padres y los maestros no se dan cuenta de que la mala conducta es un síntoma de depresión porque estos niños no siempre dan la impresión de estar tristes. Sin embargo, si se les pregunta directamente, los niños algunas veces admiten que están tristes o que son infelices.

El diagnóstico y tratamiento temprano de la depresión es esencial para los niños deprimidos. Esta es una enfermedad real que requiere ayuda profesional. Un tratamiento comprensivo a menudo incluye ambas terapias, individual y de familia. Puede también incluir el uso de medicamentos antidepressivos. Para ayudarles, los padres deben pedirle a su médico de familia que los refiera a un psiquiatra de niños y adolescentes, quien puede diagnosticar y tratar la depresión en niños y adolescentes.

La persona deprimida percibe los eventos como una merma en su dominio personal, lo que trae como consecuencia la tristeza. Su mundo, pasado, presente y futuro se ve rodeado con la idea de pérdida en el valor de sus atributos, logros, relaciones, posesiones y salud; así como también se ve a sí mismo como un perdedor: un ser inadecuado o inferior incapaz de lograr sus metas.

Existen ciertos factores que precipitan la depresión como el rompimiento de una relación con otra persona, el fracaso para alcanzar alguna meta importante, la pérdida de un trabajo, un contratiempo financiero, una incapacidad física no esperada o la pérdida del status social. Si alguno de estos eventos es considerado como una disminución total e irreversible del dominio personal, entonces la depresión aparecerá (García, 1995).

En esta discusión hemos relacionado la antisocialidad en general y el homicidio en particular, con la adolescencia así como con la depresión. Por lo que la presente investigación tiene como finalidad general evaluar el nivel de depresión que manifiestan los menores involucrados en un hecho antisocial como es el homicidio.

A fin de contextualizar teórica e históricamente el problema que nos ocupa, en el primer capítulo se abordará el contexto general del homicidio, en donde se hará un rastreo histórico, enfocándose principalmente en la personalidad del homicida. En el segundo capítulo se revisarán los antecedentes de la conducta delictiva, así como los factores psicológicos y sociales que la propician, así como los diversos modelos que la han abordado. Dentro del tercer capítulo se definirá el concepto de depresión y los principales enfoques teóricos que lo han abordado. El cuarto capítulo se enfocará a la adolescencia, señalando los cambios físicos, sociales y psicológicos por los que se atraviesa, llevándolo a un desajuste psicosocial como lo es la depresión. En el quinto capítulo, se hace una revisión de diversos estudios empíricos de menores que se hayan visto involucrados en un hecho antisocial como es el homicidio y que hayan manifestado depresión. En el capítulo seis se describirá la metodología y los resultados obtenidos en la presente investigación.

## **CAPITULO I**

### **CONTEXTO GENERAL DEL HOMICIDIO.**

#### **1.1 HOMICIDIO BÍBLICO.**

El homicidio es una conducta que se ha visto a través de la historia del hombre, como se puede ver en la Biblia, en el Génesis Cap. IV, versículo 8, se expresa: "Dijo después Caín a su hermano: salgamos fuera. Y estando los dos en el campo, Caín acometió a su hermano Abel y lo mató" (Pérez, 1977). Así lo han demostrado las siguientes culturas.

#### **1.2 HOMICIDIOS EN EGIPTO.**

El antiguo imperio egipcio de 1500 a 600 a. C. donde impera una potencia destructora; la Asiria, se empezaron a construir pirámides efímeras y macabras, las hacían con los cráneos de los vencidos. Se emprendieron guerras de exterminio en los países vencidos. En Asiria, se desollaba vivos a algunos jefes de la revolución. Otros fueron emparedados vivos.

El imperio de Mahoma fue edificado a base de crueldades y destrucciones completas de las poblaciones vencidas. Igualmente lo fueron las cruzadas entre cristianos europeos y los turcos selyúcidas, ocasionando torturas y muertes para conquistar los Santos Lugares.

#### **1.3 HOMICIDIOS EN GRECIA.**

En Grecia los espartanos y atenienses en las guerras del Peloponeso, buscaban el exterminio del adversario, alcanzando grados verdaderamente inhumanos, acuchillaban, degollaban, mutilaban y condenaban a muerte a los prisioneros. Se dice que Lisandro el

espartano, hizo degollar a sangre fría más de 3000 prisioneros atenienses cifra muy significativa en esa época.

#### **1.4 HOMICIDIOS EN ROMA.**

Roma con Calígula, emperador, hizo que todos los pueblos del imperio se le adorara como un dios, y los funcionarios más destacados tenían que acudir a rendirle diaria pleitesía, si no eran condenados a muerte. Tiberio, emperador romano mataba a cuantos le estorbaban. Tito, soldado romano, incendió, taló y destruyó todos los árboles de Galilea y Judea; más tarde tomo Jerusalén, destruyendo el templo de los judíos y la ciudad entera. Hubo una matanza inmensa, no había misericordia para la edad, ya que todos fueron asesinados.

Julio César, quien estableció las bases del imperio romano, fue asesinado el año 44 a. C. César había sido nombrado dictador vitalicio, y había algunos romanos que pensaban tenía demasiado poder. Un grupo de sus oponentes, encabezados por Bruto y Casio, lo apuñalaron cuando entraba al senado romano.

#### **1.5 HOMICIDIOS EN CHINA.**

En 1974, en China, se iniciaron las excavaciones del complejo funerario del primer emperador de China Qin Shi Huangdi (258-210 a.C.). Quien fue quizás el déspota más poderoso que ha existido, se creía divino, cometió hazañas titánicas que hacen ver pálidas a las de Hércules, unificó la inmensa China, sus leyes, medidas, escrituras y unidades de peso, pero la unió por medio de poder supremo, el poder del terror desintegró pueblos, termino con poblaciones enteras, emprendió luchas en contra de deidades.

## 1.6 GENOCIDIOS.

Con el siglo XX se inicia la era de los genocidios y de la tecnología, de igual forma se acentúan los conflictos raciales y étnicos, aumentan las deportaciones, las huidas desesperadas, los exterminios de millones y millones de seres, las emigraciones, se crea la tecnología de la muerte, la nazista y la nuclear de las actuales potencias.

Uno de los más recordados genocidios de este siglo, fue el que padecieron los seis millones de judíos sacrificados por el nazismo. Sin embargo el primer indicio de las inconcebibles atrocidades de este tiempo fue la matanza de los armenios.

El procedimiento de Hitler imitaba al de los asirios: la única posibilidad de que el mundo fuese habitable para su Alemania era la confiscación de grandes territorios con la exterminación de sus habitantes, a los que llamaban "untermenschen", que eran seres sin derecho ni valor, los consideraban "científicamente" como criaturas intermedias entre los nórdicos, arios y los animales, o en el mejor de los casos con la esclavitud de aquellos que merecían vivir solo por servir a los alemanes, pero siempre que ostentaran rasgos de semejanza racial con los arios. De tal forma que, la eliminación de los seis millones de judíos fue el precursor de otras exterminaciones, ya sean étnicas o raciales, la preocupación que presentaban los nazis era la de crear medios de exterminación masiva y rápida, pero que contara con eficacia disciplinada que se pudiese desaparecer a millones de personas sin que se dieran cuenta los alemanes. Era un plan exterminador que debía encubrirse, debido a Hitler no contaba con recibir del pueblo alemán un apoyo exterminador más que abstracto, con lo que demostraba que compartían el afán de la dominación de pueblos enteros, siempre y cuando las trágicas consecuencias de tal dominación en cadena no fuesen perceptibles más que en números.

El objetivo de Hitler con tales matanzas, era el de convertir a Alemania en una gigantesca colectividad homicida.

Las matanzas por Alemania a la población civil de los pueblos vencidos por ella durante la Primera Guerra Mundial fue muy considerable; la destrucción de los capitalistas o burgueses de la revolución bolchevique tuvo muchas vidas perdidas que lamentar (Amara. 1987).

### 1.7 HOMICIDIOS EN ESTADOS UNIDOS.

En Estados Unidos de Norteamérica John Wilkes Booth, asesinó a Abraham Lincoln en 1865, Charles Guiteau, quien asesinó a James Garfield en 1881, y Lee Harvey Oswald, detenido por haber dado muerte a John F. Kennedy en 1963, los tres desadaptados emocionalmente (Abrahamsem. 1976).

A pesar de sus grandes avances tecnológicos, los Estados Unidos de Norteamérica nacieron en la barbarie y en la barbarie continúan a pesar de su deslumbrante esplendor de civilización moderna. La violencia y el exterminio de seres humanos de la manera más cruel y dolorosa es cotidiana en aquel país. Y no nos referimos a los que resultan como víctimas de sus incontables guerras de agresión, sino al "hábito" de linchar y torturar a gentes de color o a otros seres de "razas inferiores" como ellos los llaman .

Tal era el hábito del Ku Klux Klan, que fue una sociedad secreta más poderosa del mundo. Al terminar la guerra civil y abolirse la esclavitud en 1865, los negros, muy numerosos en el sur, pudieron hacer uso del derecho electoral que les fue concedido en 1867. En ciertas regiones constituían la mayoría y ello significaba gran preponderancia al partido que abogaba por ellos, no siempre por motivos puramente humanitarios. Todo dependía de los votos que necesitasen y de qué votos del sur necesitaran más: blancos o negros.

Algunos abusos cometidos por los negros, que en ocasiones no supieron emplear correctamente su libertad hicieron de pronto temblar de miedo a los blancos. Demócratas y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

republicanos, sintieron el terror de que los negros se vengaran de las muchas injusticias a que habían sido sometidos en el pasado.

Tal fue el motivo de que se fundara el Ku Klux Klan, llamado también "el imperio invisible". Cada uno de sus miembros debía jurar solemnemente que guardaría el secreto más riguroso, las reglas de la organización los condenaban a muerte si violaban su juramento. El primer conciliábulo, que fue presidido por el general sudista Nathan B. Forrest, se efectuó en el año 1866 en Pulaski, un lugar del estado de Tennessee .

En 1922, el Klan cometió una serie de atropellos que tenían aterrizado a todo el país. Vino a instituir así un régimen de terror, realmente excepcional: un auténtico estado dentro de otro estado. Alrededor de 3500 miembros por día se calculaba el número de los que ingresaban en tan importante organización. Los principales dirigentes recibían el nombre de jefe de estado mayor del planeta Invisible, o más comúnmente el de Mago Imperial. Sobrepaso en mucho el millón en poco tiempo. En algunos estados como el de Indiana, acabó por integrar la fuerza política dominante, y en una sola región de Luisiana cometieron más de 30 graves crímenes en un sólo año (Ceballos, 1975).

### **1.8 HOMICIDIOS EN MÉXICO.**

Mientras que en México, en las primeras décadas del siglo el homicidio no era visto o no se reconocía como un hecho antisocial, simplemente se percibía como una consecuencia de la revolución, de batallas, fusilamientos y todo aquello que cubre el manto prestigioso de la historia. Tal es el caso de lo que ocurrido cuando la iglesia tenía poder sobre el Estado y una manera de controlar a la población fue por medio de la Inquisición, que era un jurado con carácter de sociedad anónima, nace oficialmente en febrero de 1231, cuando el Papa Gregorio IX hace pública una ley por la cual queda instituido un tribunal eclesiástico destinado a combatir la herejía: "La Inquisitio heredicae privatitit", (la Inquisición de la depravación herética).

A consideración de los obispos, los cuales son los jueces naturales en los procesos de la fe, la Inquisición era confiada por el Papa a los frailes dominicos. Daban comienzo a su beatífica tarea, elaborando a vapor un "catálogo" de delitos religiosos que entraran en la acción inquisitorial. Estos de acuerdo a su gravedad se podían clasificar en 10 clases:

- 1.- Renegar de Dios.
- 2.- Blasfemar.
- 3.- Pasar frente a una imagen y no persignarse y no quitarse el sombrero.
- 4.- Adorar a satanás.
- 5.- Sacrificar criaturas al diablo o consagrarlas a su servicio desde el vientre de la madre.
- 6.- Cometer incestos.
- 7.- Matar y alimentarse con carne humana, especialmente de ahorcados.
- 8.- Asesinar por medio de venenos y sortilegios.
- 9.- Hacer morir al ganado.
- 10.- Pudrir los frutos y causar esterilidad.

Además, la lista de delitos previstos por el Santo Oficio era gigantesca; entre otros estaban la herejía, proposiciones heréticas, erróneas, temerarias y escandalosas.

Los resabios de herejía, entre los que se contaban: Apostasía de la fe, apostasía de las religiones en determinadas circunstancias, blasfemias heréticas en varias formas, cismas, adivinanzas y hechicerías, invocación de demonios, brujerías y ensalmos, astrología y quiromancia, delito de los no sacerdotes que celebren misas o confiesen, confesores solicitantes, clérigos que contraen matrimonio, bigamos, menospreciadores de campanas y quebrantadores de células de excomunión, los que quedan en excomunión por un año, quebrantadores de ayuno y los que no comulgan en pascua, los que no toman en la comunión muchas hostias o partículas, defensores y recibidores de herejes, los que disputan casos prohibidos, magistrados que decreten algo que impida el castigo inquisitorial (Ceballos, 1975).

Todos estos delitos, obviamente que eran difíciles de probar, pero aquellos piadosos frailes no hacía falta probar nada, de hecho todos eran sospechosos de herejía. Bastaba una simple acusación para que se pusiera al sospechoso a disposición de los no menos piadosos verdugos.

Más una vez que las instituciones y la sociedad se ve afianzada, ya se ve al asesinato como un crimen horrendo y se empieza a tomar este hecho como algo indebido e inhumano, además que este tipo de conducta se ha vuelto cotidiana para toda sociedad en general.

Actualmente en estas últimas décadas se escucha a menudo hablar de homicidas, tal es el caso de Alfredo Ríos Galcana, que se dedicaba a asaltar bancos, Adolfo de Jesús Constanzo, líder de un grupo de fanáticos religiosos, los denominados narcosatánicos -que practicaban la "santería cristiana" derivada del vudú haitiano y cuya ramificación en la magia negra es el palo Mayombe, cuyo requisito inevitable es el sacrificio humano.

En el año de 1982 uno de los homicidios más nombrados fue el realizado por Elvira Luz Cruz quien asesinó a sus 4 hijos asfixiándolos. Según su testimonio había tomado la determinación de matarlos por los malos tratos que recibía tanto ella como su hijos por parte de su esposo, así como por la falta de dinero para comprar comida para alimentar a sus hijos, por lo que la "asalto" una crisis nerviosa y uno por uno comenzó a ahorcar a sus hijos. Los especialistas del Reclusorio Femenil de Tepepan sostuvieron la hipótesis de que Elvira Luz en esa época fue afectada por el Síndrome de "Goldstein" que entre sus principales síntomas esta la pérdida de la noción de la realidad, mal que es común entre los ex-combatientes de la guerra.

En 1990 otro homicidio capto la atención de las personas, el de Simón Guindi Sidauy, quien era un acaudalado industrial. A través de investigaciones hechas se observó que los probables responsables eran su propia esposa Victoria y su hijo Alan (Laurinni, 1993).

Hemos pasado revista al largo camino seguido por el desarrollo de la sociedad y que condujo a la aparición de conductas agresivas, violentas, etc. Dentro de sí misma.

Al principio los actos violentos, eran parte de la emancipación de los estados, o bien para adquirir más poder y así someter a otras cultural. Posteriormente la violencia humana se observa como uno de los principales componentes en toda sociedad, llegando a convertirse en un factor que forma parte en su desarrollo. Considerándose así como uno de los problemas más importantes que ha enfrentado y sigue enfrentando, aún más en la actualidad toda sociedad.

Por lo que en el capítulo siguiente se hace una revisión de la conducta delictiva y los diversos modelos que la han estudiado.

## CAPITULO 2

### ANTECEDENTES DE LA CONDUCTA DELICTIVA.

Durante la época primitiva, cansado el hombre de vivir en una continua guerra y de gozar de una libertad que le resultaba inútil en la incertidumbre de conservarla. Por tal motivo, para poder mantener la seguridad pública, surgió la necesidad de establecer lineamientos que permitiesen beneficiar y controlar la conducta de cada uno de los miembros de la sociedad, estableciendo así las reglas jurídicas comúnmente llamadas leyes.

Al surgir éstas, se brindaron condiciones que permitieron a los hombres aislados e independientes unirse en sociedad. La suma de todas las porciones de libertad sacrificadas "al bien" de cada uno, formaron la soberanía de cada nación y el soberano fue administrador y legítimo depositario. Pero todo esto no era suficiente, era necesario también defenderlo de las usurpaciones privadas de cada hombre en particular. Estos motivos se materializaron en las penas establecidas contra infractores de las leyes sociales; denominadas delito (Zaldívar y Zavala, 1993).

Entendiendo al delito como un elemento distintivo de una norma social, fue la base que permitió al soberano fundamentar su derecho a castigar; basándose en la necesidad de defender al propósito de la salud pública de las usurpaciones particulares, de tal forma que, tanto más justas son las penas, cuanto es más grande, su grado e inviolable la seguridad y mayor la libertad que el soberano conservaría a sus súbditos (Zaldívar, 1993).

Por otro lado, durante la edad media los ciudadanos respetuosos de la ley conscientes de su actitud social, justificaban el condenar el comportamiento del delincuente y exigir su castigo y pena corporal, la cual dejaba ver la crueldad con la que se castigaba a la persona que cometía algún delito, tal castigo debía ser cruel y tener algo de sufrimiento, que la

demás gente pudiera notar que había sido castigada, el grado de sufrimiento dependía del delito y pese a que la sanción la determinaba la persona que se encontraba en el poder gubernamental, la mayoría de las veces la gente que asistía al castigo decidía si era suficiente la pena impuesta en caso contrario le exigían al verdugo más castigo (Foucault, 1983).

Pero fue a fines del siglo XIX que el espectáculo de exhibir la pena física desaparece, dando paso a la era de la sobriedad punitiva. Pero durante mucho tiempo se ha considerado como un fenómeno cuantitativo: menos crueldad, benignidad, más respeto, más humanidad, para lograrlo sugirieron reformas encaminadas a la modificación del castigo, teniendo como objetivo el decremento de la conducta delictiva, pero tal intento no ha cumplido su finalidad, por diversas razones, como pueden ser: que a la delincuencia se le ha visto como un problema social, no solo por que se manifiestan en conductas sancionadas, sino porque en ellas gravitan las condiciones en las que se desarrolla la vida del hombre; miseria, sublimación, analfabetismo y las continuas frustraciones derivadas de los diferentes sistemas socioeconómicos (Marchiori, 1983).

Sin embargo, paradójicamente ante estos hechos por disminuir la conducta delictiva, se ha encontrado un incremento de ésta, y ha llamado la atención de varias disciplinas que incluso la han definido. En el Código Penal aparece como: "El acto u omisión que sanciona las leyes penales".

Pero para poder dar una definición completa del delito, no se debe descartar que esta condicionado por la cultura, las costumbres, las opciones políticas, ideológicas y económicas de la sociedad.

Debido a esto la agresividad del ser humano se debe más al aprendizaje realizado al compás de los factores socioculturales que al influjo de la herencia, esto esta demostrado por la coexistencia de seres humanos agresivos y pacifistas.

Se dice que el siglo XX pasara a la historia como el siglo de la violencia. Con el advenimiento de la sociedad superindustrial y tecnoburocrática unos 200 años atrás, se ha iniciado el progresivo crecimiento de las manifestaciones de violencia y el índice de criminalidad.

El balance de la violencia en la sociedad moderna es desolador, se ha incrementado la tasa de los crímenes de alcoba así como la de los hogares, y sobre todo la de los crímenes en la calle (Ver cuadro 1).

A lo largo del período paleolítico, la especie humana se ha afanado especialmente en la fabricación de instrumentos agresivos (puntas, cuchillas, arpones y otros elementos), habiendo logrado una perfección indudable en este camino.

El progreso evolutivo del homo sapiens, entendido como el hombre que busca el saber, el hombre que trata de alcanzar la sabiduría, podría estar a punto de ser interferido por la aparición del homo brutalis, cuya brutalidad aún no sabemos si constituye una manifestación esencial o tan solo un rasgo circunstancial, aunque esto último no excluye la posibilidad de que tomase un carácter fundamental o esencial posteriormente.

La violencia no solo se ha acentuado en las dos últimas centurias, sino que su potencial destructivo, gracias a los avances de la tecnología y el armamento, se ha vuelto infinitamente mayor que antes. Parece que el incremento atañe a la vez a la violencia en si y al potencial destructivo. El avance de la potencia del armamento no constituye un dato tecnológico de escasa importancia, sino que va produciendo modificaciones profundas en la organización social y en la mentalidad humana.

La proliferación del armamento cada vez más sofisticado y potente incrementa no solo la potencialidad destructora de la violencia, sino la violencia misma, en parte directamente, por que la posesión de un arma de fuego es vivido por algunos sujetos como una invitación para pasar a la ofensiva, y en parte indirectamente, a través de la gran

industria bélica, poco resignada a aceptar la disminución de la demanda de sus artículos impuesta por una paz duradera y geográficamente extensa.

La versión del homo brutalis moderno parece evidente, en el sentido de constituir una modalidad del hombre particularmente cruel y peligrosa.

Stuart, 1981 (citado en Alonso, 1991) señala que la nueva presencia del arma de fuego incrementa la probabilidad de un acto agresivo, incluso cuando el arma no se encuentra en condiciones para ser utilizada para la agresión.

Hay dos formas de imaginarse al Homo brutalis: como un Homo sapiens brutalis cuya esencia alberga grandes sentimientos destructores, y como un Homo sapiens que se vuelve brutal y cruel al sentirse con una pistola, un revólver, una metralleta, para disponer de una mentalidad que armoniza a la perfección con el arma. En ambos casos sus índice de peligrosidad y crueldad es extraordinariamente elevada, lo que nos plantea la necesidad de conocer algunos datos sobre los modernos agentes personales, interpersonales, sociales y ambientales que favorecen la elevación de este índice (Alonso, 1991).

## **2.1 FUENTES DE VIOLENCIA EN LA SOCIEDAD ACTUAL.**

Aún en las sociedades de alto bienestar individual y desarrollo social, se generan actos delictivos que el estado debe perseguir, sancionar y especialmente, prevenir.

Circunstancias internacionales propiciatorias de la violencia social y la delincuencia, así como la irrupción de fenómenos inéditos con profundas repercusiones en los esfuerzos globales de desarrollo de las naciones y en la estabilidad de las mismas ilustran con nitidez la complejidad de los retos que directa o indirectamente encara hoy en día la seguridad pública en el orbe.

Es posible afirmar que hasta la fecha se ha privilegiado el combate a los delitos consumados más que a la prevención de los mismos, por lo que es necesario intensificar campañas orientadas a la construcción de una auténtica cultura preventiva, cuyos propósitos no sean exclusivamente de corto plazo, y que a la vez se conciba de manera integral y comprenda el concurso armónico de gobierno y sociedad.

En este contexto, en materia preventiva existen dos tipos de problemas que deben considerarse para el cumplimiento de los fines de la seguridad pública.

El primero se refiere a aquellos factores sociales que por su origen y magnitud, corresponde atender de manera conjunta a los sectores público, privado y social. Entre ellos destacan los siguientes:

Desempleo y subempleo, enfermedad, pobreza extrema, marginalidad, conflictos de valores culturales, incremento de las adicciones, mayor violencia en el entorno social, intrafamiliar y en las conductas delictivas, muertes violentas y accidentales y tráfico ilegal de migrantes, drogas y armas de fuego.

El segundo problema se refiere a fenómenos institucionales cuya solución provendrá de la adopción de una nueva cultura general de prevención en el servicio público: Impunidad, escasa educación preventiva, deficiente gestión, pública, aislada protección asistencial y tutelar a víctimas, menores y ancianos, deficiencias en los programas de adaptación y readaptación social de menores y adultos y limitada promoción institucional que propicie la participación de la sociedad en programas de prevención delictiva.

**CUADRO 1.** Según los informes anuales del Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, de los 7,408 homicidios registrados, el 44% fue ocasionado por riñas y el 34% por robos.

AÑO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Total del Periodo	%
Accidentes de Tránsito	1,956	1,703	2,025	2,025	2,012	1,779	11,525	30.43
Muerte Súbita	1,401	1,408	1,665	1,637	1,509	1,556	9,176	24.23
Homicidios	1,008	1,032	1,310	1,318	1,283	1,457	7,408	19.56
Accidentes del Hogar	609	557	580	552	582	727	3,607	9.52
Suicidios	318	340	358	354	371	483	2,224	5.87
Accidentes Laborales	235	302	321	314	320	411	1,903	5.02
Accidentes en Vía Pública	141	217	234	238	269	248	1,347	3.56
Otros	79	65	91	88	154	205	682	1.80
<b>TOTAL ANUAL</b>	<b>5,747</b>	<b>5,624</b>	<b>6,584</b>	<b>6,551</b>	<b>6,500</b>	<b>6,866</b>	<b>37,872</b>	<b>100.00</b>

Dentro de los factores socioculturales que pueden avivar y estimular la violencia en el período actual, están: factores individuales, interpersonales, sociales y ambientales .

Entendiendo por violencia el empleo de la fuerza de un modo ilegítimo e ilegal, podemos distinguir tres modelos contemporáneos más o menos específicos de comportamientos agresivos violentos: 1) el de las formas clásicas de violencia (agresividad de alcoba y violación), 2) el de las nuevas formas (agresividad tecnológica), y 3) el de las formas ambiguas (el nuevo terrorismo subversivo antidemocrático).

La violencia conyugal obedece muchas veces a los efectos del alcohol, y se acumula sobre todo en familias asediadas por las frustraciones económicas y sociales.

La violencia tecnológica se distingue por realizarse con el uso de una máquina o un artefacto técnico, quizá presionando un simple botón. Tiene la peculiaridad de multiplicar el poder destructivo y no exigir al agresor una participación física importante.

La violencia puede ser utilizada como medio de control, y en cierto modo todos los controles son violentos. Esta violencia con finalidad de control forma parte actualmente del futuro normal de la vida social.

Factores individuales: Descrito como la nueva mentalidad burguesa, se destacan los siguientes agentes de violencia; el hedonismo corporal, el egoísmo narcisista con hipertrofia del impulso de autoafirmación y del individualismo insolidario; la crisis de valores con predominio de los afanes del poder, prestigio y lucro; la falta de tiempo y la prisa, y el consumo de drogas.

Factores interpersonales, sobresalen los siguientes: el descenso de la comunicación, los sentimientos de rivalidad y de competencia, como trama interindividual y la crisis de la familia.

Factores sociales: la organización social inmovilizada desde hace siglos, el patriarcado machista y paro laboral.

Factores ambientales, los más importantes en cuanto fuentes de violencia son la ruptura con la naturaleza, el imperio de la burocracia, la defectuosa aplicación de la tecnología, el gran desarrollo de la industria del armamento, el influjo de la televisión y la escasez de espacio.

Hay gran preocupación por la incidencia del comportamiento violento entre niños y adolescentes. Este complejo y perturbador asunto necesita ser cuidadosamente entendido por padres, maestros y otros adultos. Los niños pueden demostrar comportamiento violento aún desde la edad pre-escolar. Los padres y otros adultos que presencian este

comportamiento pueden preocuparse por el niño, pero por lo general, "esperan que lo supere al crecer". Hay que tomar muy en serio el comportamiento violento de un niño, no importa su edad. No debe descartarse diciendo que "está pasando por una fase."

La gama del comportamiento violento: El comportamiento violento en niños y adolescentes puede incluir una amplia gama de comportamiento: explosivos arrebatos de ira, agresión física, peleas, amenazas o intentos de herir a otros (inclusive pensamientos homicidas), uso de armas de fuego, crueldad hacia los animales, encender fuegos, destrucción intencional de la propiedad y el vandalismo. Factores que aumentan el riesgo de la violencia: Muchas investigaciones han llegado a la conclusión de que hay una interacción compleja o una combinación de factores que lleva a un aumento en el riesgo de un comportamiento violento en niños y adolescentes. Estos factores incluyen: Comportamiento agresivo o violencia previa; Ser la víctima de un abuso físico y/o sexual; Exposición a la violencia en el hogar y/o la comunidad; Factores genéticos (hereditarios de la familia); Exposición a la violencia en los medios de difusión (televisión, radio, etc.); Uso de drogas y/o alcohol; Presencia de armas de fuego en la casa; Combinación de factores de estrés socioeconómico en la familia (pobreza, carencia de medios, privación severa); separación matrimonial, divorcio, padre/madre soltero, desempleo, y falta de apoyo por parte de la familia) daño cerebral debido a heridas en la cabeza.

¿Cuáles son las "señales de alerta" de la violencia infantil? Los factores de riesgo en los niños que presentan lo siguiente en su comportamiento y los cuales deben de ser cuidadosamente evaluados:

Ira intensa,  
Ataques de furia o pataletas,  
Irritabilidad extrema,  
Impulsividad extrema,  
Frustrarse con facilidad.

## 2.2 PREDICCIÓN Y PREVENSIÓN DE LA DELINCUCNCIA.

La predicción y prevención de la delincuencia son procesos muy unidos, y si bien se puede tener más conocimiento para mejorar en una vía más que en otra, a la larga los procesos en cualquiera de ellos revierte en beneficio de la restante.

Con objeto de prevenir la delincuencia eficazmente (en un sentido inicial o primario, antes de que aparezca el problema), hay que saber identificar a aquellos menores que están en un mayor riesgo de ser delincuentes. Si esto sucediera acertadamente, se ahorraría mucho tiempo y dinero al sistema legal, a los servicios sociales y lo más importante, permitiría concentrarse en los casos más necesitados.

Una prevención eficaz, tiene dos requisitos fundamentales: primero, los programas preventivos deben ser capaces de disminuir las condiciones que llevan a la comisión de delito y segundo, debe ser posible identificar de una forma rentable aquellas personas que más precisan de estos esfuerzos.

En este sentido, podemos identificar tres etapas en el proceso de prevenir la delincuencia (Loeber y Dishion, 1987):

- 1.- La identificación de los fenómenos que son precursores de una conducta delictiva posterior.
- 2.- El desarrollo de métodos prácticos basados en esos precursores, para identificar niños más en riesgo de convertirse en delincuentes.
- 3.- La puesta en práctica de una estrategia preventiva para modificar esos factores de riesgo, y poder reducir las oportunidades de que esos niños lleguen a convertirse en delincuentes.

Antes de comentar cuáles son los precursores más relevantes de la delincuencia que se conocen, es muy importante conocer el concepto y características de la "carrera delictiva",

ya que representa el constructo a través del cual se canalizan y se orientan los estudios de predicción.

El concepto de "carrera delictiva" se refiere, a la secuencia longitudinal de los delitos cometidos por un delincuente durante un período determinado. En un extremo se halla el delincuente que sólo comete un delito, mientras que en el otro se encuentran los delincuentes de carrera, es decir, los delincuentes que cometen muchos delitos, algunos de ellos ciertamente graves (Blumstein, 1988, citado en Garrido, 1990).

Es conveniente no confundir los conceptos de carrera delictiva y delincuente de carrera. El primero sólo pretende describir la secuencia de delitos durante una parte de la vida de un sujeto, y no sugiere que éste sea, necesariamente, un delincuente reincidente y peligroso. Las carreras delictivas se caracterizan por un comienzo de la actividad delictiva, el final de la misma y la duración entre ambos puntos.

En el contexto de carrera delictiva, prevalencia o participación se refiere a la proporción de una población que son delincuentes activos en un tiempo dado, mientras que frecuencia considera la tasa anual en la que estos delincuentes activos cometen delitos, es decir, caracteriza la intensidad o la tasa de la actividad delictiva de los delincuentes en un tiempo dado.

El constructo de carrera delictiva no es una teoría del delito, ya que no especifica los distintos factores causales (internos y externos al individuo) que pueden propiciar la comisión de delitos. Es una forma de estructurar y organizar el conocimiento en torno a ciertos aspectos básicos del delinquir, con objeto de que puedan ser mejor observados y evaluados, facilitando además su análisis cuantitativo. Además no es una teoría, sí que es una herramienta conceptual de primer orden, ya que no considera a la delincuencia como un fenómeno unitario, sino que distingue a los individuos que cometen delitos, de los delitos que éstos cometen, posibilitando un análisis más detallado de esos elementos en función del tipo de delito.

Distintos tipos de causas pueden estar influyendo la iniciación del individuo en la actividad delictiva, la frecuencia con la que delinque, los tipos de delitos que realiza, y la terminación de la actividad delictiva. Esto es sumamente importante, ya que puede que los factores que estimulen a los sujetos a delinquir por vez primera, sean diferentes a los que mantienen una carrera delictiva, o bien a los que inhiben la comisión de delitos.

De tal forma, que todas estas dificultades y otras más asociadas con los problemas de conducta han hecho sumamente complejo el diagnóstico adecuado del menor y del joven que presentan conductas antisociales.

Sin embargo, existen ciertos referentes y patrones que permiten avanzar hacia un diagnóstico eficaz en términos de la acción a tomar con el menor. Y ello, aún cuando el componente cultural (y por lo tanto subjetivo) sea un elemento de gran importancia para el análisis de conducta delictiva. (Garrido, 1990).

La expresión conducta antisocial incluye un amplio rango de actividades, tales como peleas, vandalismo, mentir en muchas ocasiones o escapar de casa. Existen otros términos, como delincuencia, trastorno de conducta, conducta de externalización o problemas de conducta, que denotan con mayor o menor intensidad conductas antisociales (Kazdin, 1988). Así pues, la etiqueta de "conducta antisocial" puede reflejar hechos muy dispares, resulta útil recordar que, en términos generales, hace referencia a cualquier acción que viole las reglas sociales o vaya contra los demás, con independencia de su gravedad. Por lo que, las conductas antisociales pueden reflejar un transcurso normal del desarrollo evolutivo del menor, otra cosa es que los ejemplos antisociales se acumulen o alcancen una especial gravedad.

El término de trastorno (desorden) de conducta, mencionado anteriormente, pretende agrupar a aquellos menores que "evidencien un patrón de conducta antisocial, en donde existe una desadaptación significativa en el funcionamiento diario en casa o en la escuela, o

cuando los adultos califican su conducta de ingobernable" (Kazdin, 1987, citado en Garrido, 1990).

Existe una definición, que algunos especialistas utilizan para diagnosticar el trastorno de conducta, la cual se encuentra en el Manual Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III-R, APA, 1987), la cual dice lo siguiente: "Un patrón persistente de conducta en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales fundamentales apropiadas a la edad" p.53. Tal definición, es sustancialmente solapable en la práctica con la conducta delictiva, lo cierto es que en realidad, este diagnóstico solo es aplicable a un subgrupo de delinuentes.

La razón estriba en que el trastorno de conducta exige, en su definición, que exista un importante proceso de alteración conductual, emocional y en las relaciones sociales, es decir, un importante deterioro social, y no todos los delinuentes presentan este cuadro.

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DESORDEN DE CONDUCTA SEGÚN EL DSM-III-R.

Se requiere que la perturbación de la conducta dure al menos seis meses, durante los cuales al menos tres de los siguientes aspectos han aparecido:

- 1.- Ha robado en más de una ocasión sin enfrentarse directamente con la víctima.
- 2.- Se ha escapado de casa por la noche al menos dos veces (o una vez sin regresar).
- 3.- Miente con frecuencia.
- 4.- Ha cometido incendios de forma deliberada.
- 5.- Perteneció a una pandilla.
- 6.- Ha forzado la entrada a alguna casa o coche de alguien.
- 7.- Ha destruido deliberadamente la propiedad de los demás.
- 8.- Ha sido físicamente cruel con los animales.
- 9.- Ha obligado a alguien a tener contacto sexual con él.
- 10.- Ha empleado un arma en más de una pelea.
- 11.- Inicia con frecuencia peleas.
- 12.- Ha robado enfrentándose directamente con la víctima.
- 13.- Ha sido físicamente cruel con la gente.

Una característica principal del "trastorno de conducta" radica en la conducta agresiva y de hecho muchos estudios retrospectivos y prospectivos han demostrado que la agresión en la niñez y en la adolescencia esta asociada con una conducta delictiva posterior,

especialmente si los comportamientos agresivos también se producen fuera del hogar (Rutter y Gillar, 1988, citado en Garrido, 1990).

Aunque pudiera parecer lo contrario, hasta hace poco tiempo no se ha prestado la debida atención a las disfunciones conductuales de los niños. Kazdin (1988) refiere cuatro razones que explican esta situación: en primer lugar, sucede que muchas de las conductas que caracterizan una situación de desadaptación social o emocional, son también muy comunes en la infancia "normal", es decir, aparecen asociadas a un correcto desarrollo evolutivo, por ejemplo, la conducta de mentir, de destruir o agredir, etc. Como segundo punto, debido a los cambios rápidos que se producen en este desarrollo, los problemas de conducta aparecen o desaparecen con relativa frecuencia, lo que ha dificultado extraordinariamente la delimitación de "síndromes" a cuadros desviados en la conducta infantil. En tercer lugar, se encuentra el enorme potencial de cambio de los patrones de conducta en la infancia hace muy difícil el identificar desórdenes estables en el tiempo. Podría ser que la conducta agresiva o el pelearse puede manifestarse de modo bastante diferente y apropiado en otra edad. Es decir, los diagnósticos proporcionan más bien descripciones fijas y son difíciles de emparejar con los niños, los cuales son, en realidad, algo así "objetivos móviles" (Kazdin, 1988, citado en Garrido, 1990).

Por último, tenemos que estos son obstáculos para un adecuado diagnóstico de los problemas de conducta en la infancia, se han visto exacerbados por ciertas ataduras derivadas de ciertas conceptualizaciones acerca del desarrollo evolutivo, normal y patológico del niño y del adolescente.

A continuación se presentaran algunos de los descubrimientos de los científicos sociales en este tema, a través de una selección de los trabajos más recientes y relevantes sobre los precursores de la delincuencia.

La investigación de Loeber y Dishion (1983, citado en Garrido, 1990), analizaron los estudios que se propusieron predecir la conducta delictiva de sujetos varones antes de cumplir lo 22 años, cuyos predictores habían tenido lugar al menos un año antes de la

medida de criterio (la delincuencia). Donde figuraron con mayor poder predictivo para el primer delito las siguientes variables:

- 1.- Medidas compuestas del funcionamiento familiar.
- 2.- Conductas problema del niño.
- 3.- Hurtar, mentir o incursionar en pandillas.
- 4.- delincuencia en miembros de la familia.
- 5.- Pobre logro educativo.
- 6.- Medidas únicas del funcionamiento familiar.
- 7.- Separación de padres e hijos.
- 8.- Clase social.

En cuanto a las variables con mayor poder predictivo para la reincidencia fueron las siguientes:

- 1.- Hurtar, mentir o incursionar en pandillas.
- 2.- Conductas problema del niño.
- 3.- Delincuencia en miembros familiares.
- 4.- Delincuencia anterior del niño.
- 5.- Clase social.

Cabe destacar la importancia de la familia en la predicción del primer delito, tanto por lo que respecta al funcionamiento familiar (que implicaba la supervisión y la disciplina del niño), como por la existencia de antecedentes delictivos en uno o varios de los integrantes de la familia. Otro grupo de predictores importantes radicó en la conducta del niño, donde las conductas problema (agresividad) predicen el primer delito y la delincuencia posterior o reincidencia. En este sentido, se mostró igualmente una importante relación con la delincuencia inicial y posterior al indicador de "robar, mentir o incursionar en una pandilla", sin duda gracias al carácter de actividad "predelictiva" que implican estas actividades.

No es posible establecer una sola causa como determinante de la conducta antisocial de los menores. No obstante, algunas variantes relacionadas con la familia o la ausencia de ésta, su estructura, dinámica y tipo de socialización – represiva o participatoria – originan diferencias conductuales (Garrido, 1990).

En la época actual se presentan condiciones sociales específicas que favorecen la exposición de los menores a conductas antijurídicas, entre las cuales destacan las siguientes:

- En las áreas urbanas, en muchos casos, el padre y la madre se ve en la necesidad de trabajar, desatendiendo la educación y cuidado de los hijos.
- Las separaciones y divorcios afectan en mayor medida a los menores.
- Los niños y jóvenes representan un importante sector de riesgo por las actividades de las organizaciones del narcotráfico.
- Hay una exaltación de la violencia y del sexo en los medios de comunicación colectiva.

La delincuencia juvenil es un problema que en los últimos años ha aumentado su incidencia en nuestro país. La literatura especializada en el área señala que existe una relación significativa entre los problemas de conducta en la infancia, especialmente de agresión y el subsecuente desarrollo de conductas antisociales como la delincuencia, de tal forma que niños que presentan comportamiento agresivo están en alta probabilidad de desarrollar este patrón de conducta en la adolescencia y la edad adulta, a menos que se incida oportunamente a fin de tratar de frenar el curso de desarrollo de esta conducta. Sin embargo para ello es necesario comprender este fenómeno respecto a las variables implicadas es éste, a la fecha existen diversos estudios que fundamentan y describen dichas variables. A pesar de ello, en México, se carece de un estudio sistemático que a través de mediciones longitudinales permitan realizar un análisis certero del desarrollo y evolución de la conducta agresiva en niños, así como de su mantenimiento a través del tiempo y los factores asociados a la misma.

La delincuencia es un término genérico utilizado para describir un gran número de conductas que tienen variados elementos motivacionales y distintos significados individuales.

Si se clasifica la delincuencia conforme al significado de la conducta del individuo y la sociedad se pueden observar las siguientes categorías:

La conducta "normal". Muchas formas de conducta juzgadas ilegales por la ley no constituyen sino un reflejo de la conducta considerada "normal" por la subcultura o la pandilla a las cuales pertenece el adolescente. Las peleas callejeras, la compra de cigarrillos o licor, son conductas consideradas completamente normales por determinados grupos juveniles. Tales acciones reflejan, más que un problema emocional, una falla en la cultura.

La conducta emocional. Los crímenes juveniles como el asalto, el vandalismo, el robo a mano armada, son comportamientos cuyas raíces se hunden en la historia personal del niño frustrado y cuyos conflictos fueron resueltos inadecuadamente, a través de una conducta negativista. Los delincuentes de este tipo provienen de todos los grupos y clases sociales.

La conducta patológica. Las perturbaciones mentales o emocionales graves o muy graves pueden, eventualmente, conducir a una conducta de naturaleza criminal esto no quiere decir que todas las enfermedades mentales originen actividades delictuosas. Los individuos con personalidades psicópatas o sociopáticas pueden cometer crímenes repugnantes, tales como asesinatos múltiples, sin experimentar pena o remordimiento.

De éstos tres tipos de delincuencia mencionados, el mayor número de casos pertenece al tipo de conducta emocional (Garrido, 1990).

## 2.3 FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES PROPICIOS DE LA DELINCUENCIA.

Como ya lo habíamos mencionado la delincuencia es una conducta adquirida o aprendida, sin embargo hay evidencias de que ésta va, con frecuencia, acompañada por perturbaciones emocionales. Muchos creen que la criminalidad es uno de los síntomas de esta perturbación emocional. Muchos delincuentes juveniles son individuos frustrados y socialmente desvalorizados, que reaccionan mediante la agresión frente a las frustraciones o incoherencias del mundo de los adultos. El joven delincuente privado de afecto y de un mundo seguro y estable y a quien su grupo no le otorga status o no le hace caso, puede comportarse como un niño que ha tratado de alcanzar metas codiciadas por muchas vías y, por último, recurre a la conducta agresiva o antisocial.

Muchas de las actividades que consideramos delictivas suministran al adolescente la oportunidad de experimentar un sentimiento de importancia social. Esta haciendo cosas que son aceptadas como un rasgo de distinción por sus compañeros de grupo.

Algunos de los mecanismos psicológicos involucrados en la delincuencia juvenil, son los siguientes:

La identificación. El adolescente se siente inclinado a aliarse con otros jóvenes de su edad e intereses. Dentro de ésta situación, no solo desempeña un rol especial en el grupo o pandilla, sino que se identifica con las causas y los roles creados por y para la juventud.

- La sobregeneralización emocional negativa. Una vez que se ha creado un condicionamiento condicional negativo hacia una persona o símbolos determinados, las personas o, los símbolos análogos son objeto del mismo tipo de respuesta.
- Los umbrales bajos de la estimulación. A través de diversas investigaciones se ha visto que la degradación, los conflictos emocionales y las frustraciones graves toman a los

organismo más irritable y agresivos. De este modo se pueden explicar como afectan los conflictos morales y sociales en la vida del adolescente.

- La inseguridad y los mecanismos de defensa. Un procedimiento para instalar el sentimiento de autovalorización consiste en identificarse con un grupo compuesto por individuos con los mismos anhelos y problemas. Al unirse a un grupo o pandilla el adolescente supera su sentimiento de desadaptación mediante el menosprecio de los demás grupos o personas, pero adquiere sentimientos de hostilidad y recelo que ello trae por sí mismo.
- La angustia y la inseguridad económica. La pobreza en sí no es causa de delincuencia, pero las condiciones de desvalorización, angustia o inestabilidad familiar que suelen acompañarla pueden contribuir al desarrollo de la conducta delictiva.
- La inestabilidad familiar. Los hogares de donde provienen los delincuentes juveniles se caracterizan por una carencia de relaciones interpersonales favorables. La disciplina puede ser laxa o esporádica, o extremadamente severa.
- Ambiente escolar pobre o inadecuado. Los problemas escolares del joven delincuente son más bien síntomas de dificultades generales que causas de su conducta delictiva (Myerss, 1983).

Respecto a la predicción de los delincuentes de carrera, aspecto de mucha importancia por el gran número de delitos que cometen, Loeber (1982), citado en Garrido (1990), basándose en una revisión de estudios longitudinales que evaluaban la conducta antisocial y delictiva, señaló que los siguientes aspectos vienen a relacionarse fundamentalmente con una delincuencia, persistente a lo largo del tiempo:

- a) la frecuencia de conducta antisocial (hipótesis de la densidad): cuanto más frecuencia sea, más estable tiende a ser.
- b) Hipótesis de los escenarios múltiples: es más estable cuando tiende a observarse en una mayor diversidad de situaciones.
- c) La hipótesis de variedad: a mayor variedad de conductas antisociales que manifiesta un chico, mayor persistencia en el tiempo.

- d) Cuanto antes aparezca, más tenderá a mantenerse a lo largo del tiempo (hipótesis del comienzo temprano).

Los instrumentos para detectar delincentes de carrera deberían identificar los casos extremos en términos de frecuencia de la conducta antisocial, variedad, edad de inicio y variedad de situaciones en las que se manifiesta. Precisamente, sus sistema de selección de estos delincentes -denominados de puertas múltiples-, se fundamenta en estos aspectos, a través de un proceso de tres sucesivas etapas o "puertas", donde se selecciona a chicos consecutivamente en base al grupo seleccionado anteriormente. Por ejemplo, Loeber y Dishion (1987), citados en Garrido (1990), emplearon, en la primera etapa, calificaciones de profesores para identificar aquellos jóvenes que mostraban una alta tasa de conductas problemáticas (peleas, pandillas, alteraciones del orden, etc). En la segunda etapa, se entrevistaba cinco veces en un día por teléfono a los padres para valorar la conducta del chico en el hogar, en las 24 horas anteriores. La última etapa consistía en una evaluación más extensa de los métodos de crianza de la madre, en especial la supervisión que realizaba sobre el niño y el grado de obediencia de éste.

Se trataba de predecir la conducta delictiva oficialmente registrada de 142 alumnos de edad preadolescente, en un margen de tres años (1980-1983). Aunque los autores fueron capaces de predecir correctamente a 13 de los 23 delincentes (56.5%), resulta evidente que todavía queda mucho por mejorar para que la predicción obtenga cotas más elevadas de fiabilidad.

El estudio de Spivack y Cianci, 1987, (citado en Garrido 1990), han pretendido hacer frente a un desafío sin duda importante, y que se relaciona con observar si la conducta de los niños en preescolar y de escuela primaria se relacionan con la conducta delictiva posterior, en concreto a la edad de 14-15 años. Fundamentándose en la frecuencia con que aparecen en la literatura empírica la relación entre conductas agresivas tempranas y el fracaso escolar del niño, y la delincuencia posterior, hipotetizando que el nexo de tal relación se encuentra no tanto en el propio fracaso escolar, sino en la relación del niño.

Los predictores utilizados fueron las calificaciones de los profesores de la conducta de los chicos, que emplearon la Escala Devereux de Conducta de Escuela Elemental. Si bien las correlaciones observadas fueron bajas (sólo se explicó un 10% de la varianza), se hallaron relaciones significativas entre conductas antisociales observadas en el aula de preescolar (como molestar a los otros, pobres hábitos de trabajo, etc). Y la delincuencia posterior, y en mayor medida con conductas disciplinarias exhibidas más tarde en la misma escuela.

A pesar de la poca fuerza de las relaciones, no deja de ser impresionante que conductas registradas en un período tan temprano de la vida de un niño como es la época preescolar, pueden predecir -con modestia- la conducta delictiva y la conducta problemática en la escuela 10 años después. Como mencionan Jesness (1987), citado en Garrido (1990), se cumple la idea de Glueck y Glueck en el sentido de que el aula escolar es el primer banco de pruebas de la capacidad de adaptación social de un niño.

El estudio de la Isla de Kauai, la cual pertenece al archipiélago hawaino, Werner y su equipo han llevado a cabo un importante estudio longitudinal, que comenzó en el año 1954, con el análisis de todas las mujeres embarazadas, arrojando información muy valiosa acerca del desarrollo de una cohorte compuesta de 698 sujetos, evaluados a la edad de 1, 2, 10 y 18 años. Los instrumentos de evaluación incluían una gran variedad de medidas constitucionales y de conducta de los niños, de sus familias, y del más amplio contexto social donde la muestra estudiada iba pasando su primera y segunda décadas de vida. Los investigadores también recogieron datos relativos a los centros de salud mental y del sistema de justicia que habían entrado en contacto con estos niños.

Una combinación en torno a 12 variables resultaron ser las de mayor poder predictivo de la conducta delictiva acaecida en la adolescencia. Entre las variables de tipo médico, destacaron la presencia moderada a severa de estrés perinatal, un defecto congénito, o un déficit psíquico adquirido a la edad de 10 años. Entre las variables sociológicas, estuvieron una baja estabilidad familiar valorada en el año 2, un bajo nivel de vida al nacer el niño y

también a los 2 y a los 10 años, y un bajo nivel educativo de la madre. Finalmente entre las variables conductuales destacaron un nivel de actividad del niño (al año 1) muy elevada o muy escasa, una inteligencia de 80 puntos a la edad de 2 años y de 90 a los 10, y la ubicación del menor e en una clase de educación compensatoria o en un centro de educación especial a los 10 años.

La presencia de 4 o más de esos predictores básicos en los registros de los menores a la edad de los 2 años, apareció como un punto de corte realista, separando la mayoría de los jóvenes que presentaban una historia delictiva, de los que no desarrollaron ningún registro delictivo o problemas de conducta graves.

En la cohorte de 698 niños, aproximadamente la mitad vivía en una situación de pobreza extrema. De éstos, 72 tenían 4 o más de los factores que hemos referido de elevado riesgo para llegar a ser delincuente. Pero ninguno de estos niños de alto riesgo desarrolló ningún problema de conducta grave durante la infancia o la adolescencia, ni tuvieron contactos con la policía o tribunales, ni precisaron de servicios de educación especial o de salud mental, cuando fueron entrevistados a la edad de 18 años.

Cuando se compararon con muchachos de la misma edad y sexo, que poseían los mismos factores de riesgo, pero que si habían cometido delitos, aparecieron una serie de factores individuales y ambientales que permitan distinguirlos claramente, explicando por qué los primeros habían resultado "protegidos" de la actividad delictiva. Los factores protectores individuales fueron los siguientes:

En la infancia:

- Ser primogénito.
- Tener menos enfermedades graves durante la infancia y la adolescencia, así como recuperarse rápidamente.

- Las madres de los niños "inmunes" tendieron a calificarlos de "más afectivos" y "manejables".
- Los psicólogos observaron una autonomía pronunciada y una orientación social positiva en su infancia.
- Un desarrollo adecuado a los 2 años en el terreno físico, senso-motor y del lenguaje, así como unas habilidades de auto-cuidado correctas.

#### En la niñez:

- A los 10 años, los niños inmunes presentaban unas habilidades de lectura y de solución de problemas adecuadas.
- Sus actividades e intereses no se ceñían rígidamente a los estereotipos sexuales.

#### En la adolescencia:

- Buenas habilidades verbales, un locus de control más interno.
- Una mayor autoestima.
- Mayores escalas que medían responsabilidad, socialización y motivación de logro.

En resumen, los chicos y chicas "inmunes" al desarrollo de una carrera delictiva, a pesar de contar con muchos factores en contra, crecieron como personas queridas y con recursos para pelear con éxito en los cauces integrados de la sociedad. Lo que fue crucial en el caso de los jóvenes delinquentes no era la experiencia del fracaso en si mismo, sino la pérdida de control sobre los acontecimientos reforzantes, su percepción de una falta de sincronía entre sus conductas y los resultados en el ambiente (Werner, 1987, citado en Garrido, 1990).

Dentro del marco de un proyecto longitudinal extraordinariamente ambicioso, destinado a poder predecir con éxito a los delinquentes de carrera, Elliot, Dunford y Huizinga 1987, (citado en Garrido, 1990), estudiaron a una muestra compuesta por 1725 jóvenes de edades comprendidas entre los 11 y 17 años, comenzando en 1976 y siguiendo su desarrollo por

espacio de 4 años, hasta 1981. Un hecho a destacar es que emplearon como medida de delincuencia no los datos oficiales, sino un cuestionario de auto declaración construido por los propios autores, compuesto de 47 ítems, y que correspondía tanto delitos pequeños como los más serios (no en balde Elliot es de los grandes teóricos de la medición en la delincuencia en el uso de cuestionarios de auto declaración).

Los predictores fueron unos pocos de carácter demográfico (como clase social, edad, etc), variables psicológicas relacionadas con las actitudes hacia la violación de las normas sociales, más otra medidas que consideraban la implicación del chico en los ambientes familiar, escolar y con los amigos, así como indicadores de éxito percibido en el ambiente escolar y familiar.

Los resultados fueron dispares. Los predictores utilizados dieron muy escasos resultados cuando se intento predecir qué muchachos, entre toda la muestra iban a convertirse en delincuentes de carrera. En efecto, aunque pudieron identificarse el 55% de éstos, hubo un alto número de sujetos falsamente predichos ("falsos positivos"), es decir, muchos más sujetos fueron predichos como delincuentes de carrera y luego no lo fueron. En concreto, solo un 16% de los sujetos predichos como delincuentes de carrera lo fueron luego; por consiguiente, el 84% se predijo en este sentido y luego no lo fueron. Ahora bien cuando se restringió la predicción a aquellos sujetos que habían sufrido un arresto, los resultados fueron muy superiores: el 75% de los delincuentes de carrera pudieron ser correctamente predichos, mientras que sólo un 16% de los sujetos fueron calificados como delincuentes de carrera y luego no lo fueron.

En resumen, de éste trabajo se desprende la dificultad de predecir con exactitud qué chicos se convertirán en delincuentes persistentes, a partir de variables de naturaleza psicológica referidas por los propios muchachos, si bien el predecir los delincuentes que persistirán a lo largo del tiempo resulta más fácil teniendo como muestra a predecir los sujetos que ya han sido identificados como delincuentes por parte del sistema legal (Garrido, 1990).

.....Haciendo un resumen de su estudio longitudinal sobre delincuentes, Farrington y West, 1981, (citado en Garrido, 1990), concluyeron que un grupo de factores familiares (pobreza, familia numerosa, mala relación matrimonial, y métodos de crianza de los hijos inefectivos), entre los que la existencia de antecedentes delictivos en los padres era un elemento frecuente, tendían a favorecer la aparición de un conjunto de aspectos socialmente desviados en los años finales de la adolescencia e inicio de la edad adulta, caso de la delincuencia, bebida excesiva, el uso de drogas, la conducción temeraria, la promiscuidad sexual y la conducta agresiva.

West y Farrington (1981), hallaron que los jóvenes que más tarde resultaron condenados diferían significativamente de sus compañeros (que no sufrieron una condena), en muchos factores que habían sido medidos cuando estos sujetos tenían entre 8 y 10 años de edad. Los delincuentes oficiales tendían a provenir de familias con bajos ingresos, con padres con una historia laboral deficiente y con periodos de desempleo. Otros factores distintivos fueron familia numerosa, hábitat deficiente, padres con antecedentes delictivos, una crianza fundamentada en la inconsistencia y el castigo, mala relación entre los padres, elevada frecuencia de separación entre ellos, baja inteligencia y logro escolar, y conducta problemática y deseosa de excitaciones.

West y Farrington titularon su libro de 1973 "La forma de vida delictiva", porque encontraron que los 18 años, los delincuentes diferían de los no delincuentes en caso de todos los factores investigados: bebían más alcohol, consumían más drogas, se llevaban peor con sus padres, tenían peores empleos, se implicaban en más peleas y en conductas de vandalismo.

De la muestra original de 411 chicos, 378 de ellos pudieron ser contactados en sus 32 cumpleaños, de los cuales 138 habían sido condenados alguna vez. De entre éstos, 55 habían terminado su carrera delictiva antes de cumplir 21 años, mientras que 61 habían seguido cometiendo delitos después de esa edad. Por otra parte, 22 sujetos habían delinquirido por vez primera después de cumplir los 22 años.

.....Las diferencias observadas anteriormente entre los delincuentes y los no delincuentes han seguido manteniéndose a la edad de 32 años: Los ingresos, la casa, la historia laboral, la relación de pareja, la bebida, las drogas y las peleas, factores que eran más negativos en los delincuentes. Y en efecto, el tipo de ambiente que estaban proporcionando a sus hijos era muy semejante al que ellos mismos habían vivido cuando tenían su misma edad. No obstante, los delincuentes "persistentes" eran los que mostraban un mayor deterioro en esos mismos aspectos (Garrido, 1990).

En un trabajo realizado por Wolf et al (1987) se señaló que la conducta delictiva grave puede ser concebida generalmente como parte de una condición deficitaria genérica: "obviamente, no toda delincuencia constituye una parte de un desorden general". Sin embargo, la evidencia sugiere que la delincuencia suele asociarse con otras conductas problemáticas, así como dificultades personales y sociales, y que la extensión de esta asociación, y el grado y variedad de la perturbación, se incrementa con la gravedad y frecuencia de la conducta delictiva. "Los niños que presentan esta condición, que se puede denominar como una deficiencia social, pueden estar predispuestos desde la infancia temprana a enfrentarse a su ambiente de forma disfuncional y antisocial, además de exponerse a ser maltratados por sus padres" (Wolf, 1987, citado en Garrido, 1990).

Las conductas problemáticas suelen ir asociadas con la conducta delictiva son las siguientes: formas abusivas de relación, hiperactividad y déficit de la atención; deficiencias en el aprendizaje, en la lectura y en el rendimiento escolar, pobres habilidades de relación interpersonal y rechazo por parte de ciertos grupos, y pobres habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales. Además de añadir las características propias de su ambiente inmediato, especialmente de su familia: áspera relación marital de sus padres, abuso de alcohol y conducta delictiva del padre, ausencia del padre del hogar, prácticas de crianza basadas en el castigo y la inconsistencia, pobre supervisión del chico, familia numerosa. (Kazdin, 1987, citado en Garrido, 1990).

## **2.4 MODELOS ACERCA DE LA DELINCUENCIA.**

Así mismo, resulta adecuado conocer que mecanismos explicativos o marcos amplios de referencia se han encargado de guiar la labor de los profesionales de los menores y jóvenes delinquentes. Cabe señalar cinco grandes modelos de la comprensión de la conducta desviada, y que con mayor o menor fortuna tienen todavía una vigencia.

### **2.4.1 EL MODELO BIOLÓGICO.**

Este modelo contempla los problemas derivados de la conducta desviada como incardinados en las estructuras físicas, es decir, entiende que existe una relación directa entre el funcionamiento y las estructuras físicas (especialmente el cerebro) y el funcionamiento psicológico. Se pueden incluir los desórdenes del cerebro y del sistema nervioso central, así como los bioquímicos y los genéticos. La gente que los padece es calificada de "enferma" como cualquier otra persona. Al respecto Konarski y Spruill (1987) mencionan: "Una enfermedad es un estado alterado del organismo, anómalo, que deriva en determinados problemas, calificados como "síntomas". De la misma forma que una enfermedad física causa ciertos síntomas, ciertas enfermedades producen disfunciones cerebrales que pueden ser permanentes o transitorias y que conforman los síntomas conductuales de la psicopatología; la cual es una perturbación en el funcionamiento cerebral, por lo que se considera un proceso somato-psicológico desde la perspectiva biológica. Sin embargo, cuando las alteraciones en el área psicológica causan síntomas psíquicos (como la anorexia) entonces el proceso se denomina psicossomático".

La conducta "anormal" es cualitativamente distinta de la "normal"; ya que aquella es un síntoma de un trastorno subyacente. Tal perspectiva vino a sustituir a los periodos históricos donde los individuos que manifestaban trastornos de conducta eran tachados de "endemoniados" o de "víctimas del pecado". Y de acuerdo al diagnóstico de enfermedad, se ofrece una variedad de tratamientos médicos, destacando la terapia mediante psicofármacos.

Una de las deficiencias de este modelo, es que, la investigación ha dictaminado la ausencia de un determinante biológico en muchos casos de psicopatología, la cual no es un obstáculo para reconocer el importante papel que puede jugar (particularmente en el caso de la influencia genética sobre los rasgos temperamentales), en ciertas conductas anormales (Garrido,1990).

#### **2.4.2 EL MODELO CONDUCTUAL.**

Este enfoque considera a la conducta desviada como un patrón de conductas desadaptadas adquiridas a través del aprendizaje, es decir, la experiencia con el ambiente. Dichas conductas se adquieren por medio de los mismos procesos de aprendizaje que la conducta "normal", de entre las cuales destacan el condicionamiento clásico, el operante o el instrumental, y el observacional o vicario. Conforme a este modelo no existe la "enfermedad mental". La intervención conductual es educativa, busca que el sujeto adquiriera nuevas conductas más adaptativas.

El objetivo es cambiar la conducta manifiesta (observable) y el entrenamiento en habilidades de auto-control, haciendo que la gente sea más competente en su relación con el ambiente y con las otras personas. En relación con el diagnóstico, hay que destacar que éste no se contempla como una fase separada del tratamiento, como sucede en los casos anteriores, si no que forman parte de un mismo proceso. El procedimiento básico de evaluación es la medición directa de la conducta y del ambiente, es decir, "implica el análisis de las conductas específicas de interés, sin que ellas supongan nada en cuanto a causas subyacentes o razones últimas ocultas. Este tipo de evaluación es consistente con la idea de que la conducta es el problema, antes que el síntoma de una disfunción. Su objetivo es determinar lo que una persona está o no haciendo y qué estímulo esta controlando ese funcionamiento" (Konarski y Spruill,1987, citado en Garrido, 1990).

### 2.4.3 EL MODELO HUMANISTA.

El modelo humanista de Rogers y Laing, entre otros, tiende a considerar la "alienación del yo" como el origen de los problemas psicológicos. Por lo que, el proceso terapéutico tendrá éxito cuando el individuo tenga la capacidad de comprender las limitaciones que él mismo ha aceptado para su vida. La terapia consiste en que el clínico tome una postura no directiva en la exploración del yo del cliente, en un clima de aceptación total. De esta manera, se facilita la meta de conseguir una mayor autonomía, autenticidad y espontaneidad.

Konarski y Spruill (1987) mencionan al respecto: " Los humanistas creen en la singularidad de cada persona, rechazan las técnicas tradicionales de diagnóstico por ser deshumanizadores e inútiles para el tratamiento. Ellos buscan identificar los significados únicos y personales que la gente otorga a sus experiencias, no como les gustarían a otros que fueran. Por lo que, optan por una terapia inmediata, sin ningún diagnóstico previo. Sin embargo pueden emplear algún instrumento en el caso de los niños, tales como, los test de inteligencia para indicar el nivel del desarrollo cognitivo. Pero no con fines de clasificarlo, sino de comprensión del funcionamiento del niño.

La aproximación humanista abarca muchas modalidades de terapia, siendo la más conocida la terapia centrada en el cliente, no directiva, de Carl Rogers. Las principales limitaciones de este enfoque son dos: su muy escasa base teórica y empírica, y el hecho de que la concepción humanista ignora una realidad meridiana, a saber, la de que muchos individuos precisan de ayuda externa, especializada, para solucionar sus problemas, sin que en modo alguno sea suficiente el proceso de desarrollo personal "autorrealización" del sujeto (Sundberg. 1983, citado en Garrido, 1990).

#### 2.4.4 EL MODELO SOCIOCULTURAL.

Este modelo tiene sus raíces en la sociología y en la psiquiatría social y comunitaria. Aquí la "enfermedad mental" es básicamente, un problema social, antes que una dificultad individual. Los factores significativos son el status socioeconómico, el nivel educativo, las condiciones del hábitat. De tal manera, que las intervenciones buscan cambiar las condiciones sociales a las que pertenece un individuo. Al igual que el modelo conductual, el punto de mira se fija en el ambiente; no obstante, en este caso, se trata del macroambiente, y no de la situación inmediata al sujeto; de ahí que las modificaciones que propugnan los seguidores del modelo sociocultural sean de un espectro más amplio que los aconsejados por el modelo conductual (Garrido, 1990).

#### 2.4.5 EL MODELO ECOLOGICO-CONDUCTUAL.

Dentro del modelo ecológico-conductual, se une tanto la perspectiva individual como la social. Antes que centrarse en el individuo o en el ambiente como fuentes de la conducta desviada, reconoce explícitamente como elemento básico la transacción entre las personas y sus ambientes. La intervención en este modelo busca integrar:

- 1) El entrenamiento en habilidades de interrelación personal (habilidades conductuales y cognitivas).
- 2) El apoyo social.
- 3) Las influencias del ambiente físico, con objeto de promover la competencia psicosocial de los individuos y crear ambientes autónomos donde vivir y aprender.

En esta área de "fortalecer" psicológicamente a la gente y de actuar como catalizador de las capacidades de autoayuda de las comunidades, los programas basados en el modelo ecológico-conductual buscan la colaboración de personal profesional. (Barth, 1986, citado en Garrido, 1990).

Resulta importante destacar los conceptos de "habilidades de interrelación" y de "social". El primero se refiere a la interrelación social de los profesionales que trabajan con los chicos, con éstos y con los padres. El segundo es la enseñanza de habilidades sociales y de interrelación que puede ser muy necesaria para ayudar a ambos (padres e hijos) a que obtengan los recursos y recompensas que les permitan una adecuada integración social. "Social" también abarca el medio físico y personal que envuelve a los sujetos ayudados, provocando sus situaciones problemáticas, o al menos mediatizándolas poderosamente. Por último, con este término se requiere recordar la necesidad de no actuar únicamente en el plano individual (aunque desgraciadamente éste es en muchas ocasiones el único factible), sino que también se precisa incidir en ese medio o ecología con objeto de que la intervención sea más efectiva y duradera.

Así mismo, "habilidades de interrelación" es un concepto que destaca el aprendizaje cognitivo interpersonal: "cognitivo hace referencia a una serie de elementos del pensamiento necesarios para una actuación competente, tanto de los niños, como de sus padres (o tutores) y de los profesionales que trabajan con ellos. Las habilidades cognitivas hacen posible el conocer, el sentir, el motivarse y el resolver problemas. Las cogniciones incluyen, entre otras cosas, el conocimiento de los medios de estrategia educativas efectivas y de los métodos adecuados de solución de problemas. Además, las cogniciones son inseparables de la emoción y la motivación (Mann y Sabatino, 1985, citado en Garrido, 1990). Así también, las cogniciones influyen sobre el cambio y la conducta social como consecuencia de las experiencias sociales.

En un afán por dar solución a este problema se han dado diversas propuestas para disminuir y prevenir la conducta delictiva. En un principio las propuestas o soluciones, estaban dirigidas hacia el castigo para los delincuentes y así disminuir las conductas antisociales, surgiendo así, los lineamientos jurídicos. Después las propuestas se inclinaban más a la prevención, donde se abarca más aspectos personales, sociales y ambientales, dando como resultado no solo la prevención sino también la predicción de la delincuencia.

Por consiguiente se deja de ver a la delincuencia como una conducta aislada, sino como el resultado de diversos factores (Garrido, 1990).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO 3

### CONCEPTOS Y DESARROLLO HISTÓRICO DE LA DEPRESIÓN.

#### 3.1 ANTECEDENTES.

Desde la antigüedad más remota se han propuesto numerosas clasificaciones que diferencian los trastornos psicológicos a partir del establecimiento de subtipos, que se determinan de acuerdo con las posibles causas y según los tratamientos de los que dispone. Hasta finales del siglo pasado los tratamientos fueron muy primitivos. De modo paralelo, muchas explicaciones eran místicas y supersticiosas, al punto que durante la Edad Media ciertas alteraciones se atribuían a la posesión diabólica.

La depresión se remonta en su historia desde los primeros escritos de la humanidad. En algunos personajes de antiguos mitos, así como en figuras bíblicas se describen síntomas manifiestos que hoy serían clasificados como una típica enfermedad depresiva. De tal forma que la primera descripción clínica objetiva de la depresión fue realizada por Hipócrates, quien acuñó el término de melancolía. Alrededor del año 400 a.C., en Grecia, Hipócrates, mencionaba que la enfermedad tenía origen en la desproporción o impurezas de los 4 humores fundamentales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, los cuales corresponden a los cuatro elementos naturales: aire, tierra, agua y fuego, respectivamente. La armonía de estos puntos era regida por la fuerza de la naturaleza, y el cuerpo enfermo tendía de un modo "natural" a curarse por sí misma, eliminando o desplazando la impureza de los humores.

A esta doctrina se le denominó Naturalismo, el cual emergió como una alternativa al modelo demonológico de la enfermedad mental que era sostenida por profetas y sacerdotes anteriores a Hipócrates.

La melancolía era para Hipócrates una enfermedad mental, pero la distinguía de la epilepsia, la manía y la paranoia. Siendo la causa fisiológica de tal enfermedad el exceso de bilis negra en el cuerpo que ascendía al cerebro, produciendo así un estado melancólico en las personas (García, 1986).

Por otra parte, Areteo de Cappodocia (80 a.C), sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que no tenía nada que ver con la bilis, la flema o los demás humores. Areteo se ocupó de estudiar los caracteres distintivos de la manía, de la disposición que tienen a recaer los que la han padecido, y el grado de excitación física y moral que produce. “Decía que se podía curar perfectamente si se sigue un buen método, pero que esta expuesta la persona a recaídas a la entrada de la primavera, por el influjo de la estación, por excesos en el régimen o por arrebatos de cólera” (Pínel.1989). También realizó lo que en su época se consideraba la mejor descripción clínica de la melancolía, mencionaba que los pacientes melancólicos eran inquietos, tristes, desanimados y sin sueño, sacudidos por el terror si la afección progresaba, además de estar delgados por la agitación.

Posteriormente, las ideas de Hipócrates fueron retomadas por Galeno (138 d.C –201 d.C.) un médico romano. El apoyo la idea de las disfunciones en el sistema humoral, al que atribuyó la causa de las enfermedades del hombre.

Pero fue con el desarrollo de la Cristiandad y con el poder político y social que iba tomando la iglesia, se desplazó al médico como guardián del cuerpo y del alma, por lo que el modelo Naturalista fue pronto abandonado.

Quedando el cuidado de los enfermos a cargo de monjes y sacerdotes, fue sustituido el tratamiento médico por la plegaria y la penitencia, por el misticismo y la brujería. Dando como explicación a la conducta anormal, que era el fruto de lo diabólico y era “curada” por medio de exorcismos (García, 1986).

Hacia el año 1500, los conceptos de enfermedad mental, herejía y brujería estaban firmemente fusionados, lo que propició la aparición del manual de Cazadores de Brujas, llamado Malleus-Maleficarum (Martillo de Brujas) escrito en 1484 por los sacerdotes Henry Kramer y James Sprenger (Angulo, 1993).

Sin embargo, el médico alemán Johann Weyer en 1563 escribió Praesstigus Daemonum (sobre la magia demonológica) en el cual se analizaban las supersticiones ilógicas de Sprenger y Kramer, lo que contribuyó al abandono de dicha doctrina y a la resurrección del modelo Naturalista.

Lo que conllevó a fines del siglo XVII, un gran número de escuelas comenzaron a hacer contribuciones importantes al cuerpo de conceptos, fenómenos y técnicas de la disciplina a la que correspondían, ya sea la óptica, geología, medicina, etc. Siendo en el siglo XVIII que algunas de estas escuelas lograron consolidarse como ciencias. Pero la excesiva ambición de ciertas escuelas, tales como la química y la medicina, por extender su doctrina por encima de las demás y hacerse reconocidos en Europa, no profundizaron en ninguna materia en particular, descuidando así a los que consideraban "locos", ya fuera internándolos en hospitales, en habitaciones aisladas.

Durante el Renacimiento se tomó interés a la depresión como una de las causas de la enfermedad mental, principalmente en Inglaterra donde aparentemente hubo una epidemia de melancolía ya que se realizaron gran cantidad de trabajos sobre el tema. Timothy B. Publicó el Tratado de melancolía en 1586 y 20 años más tarde se conoció "Optick Glass of Humors", de Thomas Walkington, que se ocupó en detalle de la "Constitución Melancólica" resultante de los humores y el efecto de los planetas. por último en 1621, Robert Burton termino su "Anatomic of Melancholy".

Bonet en 1684, Scharf en 1647 y Herchel en 1768 citado en Angulo, 1993, fueron algunos de los que asociaron la melancolía y la manía como parte de una única entidad diagnóstica.

En 1851, Farlet diferenciò entre la melancolía ordinaria y su variedad episódica consagrando cada entidad diagnóstica con una denominación latina; tres años más tarde Baillarger hizo una observación similar (Arieti y Bemporad, 1990).

Castillo del Pino (1874) define al término depresión, bajo tres significados: la depresión en primer término es un síntoma, que a veces se presenta con carácter exclusivo, a veces acompañando a otros que tienen o no relación directa con él. En segundo lugar, la depresión es un Síndrome, en lo que lo nuclear del mismo es la tristeza pero como tal se enlaza con los otros síntomas que lo constituyen con la suficiente constancia en su presentación conjunta para inferir, lícitamente, una relación con el conjunto. Ese conjunto de síntomas, síndrome, puede ser objeto por sí mismo de un análisis en particular. En tercer lugar, es una enfermedad, cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo (y dentro de él la tristeza) y sobre lo cual puede indagarse con referencia a sus aspectos concretos (etiología, forma de curso final y tratamiento). Es importante señalar que no existe conformidad con estos tres puntos de referencia (Angulo, 1993).

Begler (1968), considera que la característica de la conducta de la estructura depresiva es su aparición cuando se ha perdido o destruido un objeto querido tanto como cuando se corre el riesgo de perderlo o destruirlo.

En la conducta de estructura ansiosa, predominantemente depresiva, se esta frente al peligro de destrucción de objeto ambivalente, mientras que en la estructura depresiva esta destrucción ya se a realizado y como el objeto es ambivalente (se le odia al mismo tiempo que se le quiere) el sujeto siente que es él el que lo a destruido. Por otra parte, cuando en lugar de sentirse uno mismo culpable, echa la culpa a otro y se acentúa en función de ello, se a pasado de la estructura depresiva a la paranoide.

Fue hasta 1973 que Phillippe Pinel, un médico francés que lo nombraron director de un asilo en París llamado Bicetre, cuando comenzó a inspeccionar las condiciones del hospital y de los internos, los empezó a modificar. Obtuvo el permiso del gobierno francés para

quitar las cadenas a los enfermos teniendo un resultado favorable. El comportamiento salvaje ya no se presentaba ni el destruir cosas como muchos habían predicho. Pinel realizó lo mismo con los pacientes de Salpêtrière de París.

Pinel veía a sus pacientes como enfermos mentales que necesitaban atención y no tratamientos a base de castigo, los clasificaba de acuerdo a características observables, como la melancolía y el delirio, planeaba tratamientos específicos para ellos.

Para la melancolía, Pinel describía los siguientes síntomas: "se siente una languidez general, el pulso es pequeño, hay constricción del cutis, frío en las extremidades, la cara se vuelve pálida, la fuerza vital del corazón y arterias se disminuye muy sensiblemente, lo que resulta una sensación aparente de plenitud, opresión, congoja, respiración penosa y lenta, esto hace que el enfermo suspire y solloce".

Dando como resultado de este contacto directo de Pinel con sus pacientes el tratado Médico Filosófico de la Enajenación del alma o manía, en el que se describen una gran variedad de anécdotas tanto de casos y tratamientos para la melancolía, manía y otros asuntos relacionados con los "locos". De igual forma otorga algunas recomendaciones de cómo se deben tratar a los pacientes.

Posteriormente, en 1800 y en 1900 se comenzaron a desarrollar dos enfoques sobre la psicopatología, eran variaciones del naturalismo: el modelo orgánico y el modelo psicológico.

El modelo orgánico, coloca el foco de la conducta anormal, ya sea en el daño de los tejidos, o en alguna disfunción en bioquímica cerebral. Mientras que el modelo psicológico, postula que la conducta anormal se debe a patrones desviados de aprendizajes que se reflejan en una inhabilidad general para enfrentarse a las demandas de la vida.

Esto ocasionó que se comenzaran a desarrollar teorías en torno a diversas enfermedades mentales de una manera más sistemática y elaborada, ya fuera dentro del modelo orgánico o del psicológico.

La melancolla, entonces aparece como psicosismaníaco-depresiva, según Falret, a fines del siglo XIX, Emil Kraepelin nombra la "demencia precoz", o llamada esquizofrenia, este desorden fue descrito en la nosología kraepeliana, como una enfermedad incurable, la cual conllevaba a una deterioración progresiva e irreversible.

El enfoque clínico iniciado por Kraepelin sobre la depresión, lo planeaba de la siguiente manera: se presentaba un cuadro clínico caracterizado por tristeza inmotivada, inhibición, ideas delirantes de prejuicio, autoreproches, sentimientos de culpa y de depreciación. Dentro de la esfera somática se acompaña de insomnio, elevación de la presión, dolores erráticos, falta de apetito, etc. A veces este cuadro depresivo se alternaba con otro completamente opuesto, siendo la euforia maníaca, la fuga de ideas y la excitación psicomotriz.

Cabe señalar que las alteraciones en el estado de ánimo, ya sea manía o depresión, engloban en realidad entidades en alguna medida independientes. De tal forma que, Bumke en 1928 reunió varias de ellas en el "círculo picnicotimopático", en donde aparece incluidas las ciclotimía (exaltación y depresión del ánimo), las depresiones simples, las reactivas, los estados maníacos y los estados mixtos en los que depresión y manía interfieren con alguno de sus elementos sintomáticos (Pino, 1974).

Posteriormente a la Primera Guerra Mundial, la filosofía existencialista pasa a ocupar una posición dominante en el arte, la teología, y la literatura y la filosofía occidental. Pero en psicología y psiquiatría emerge como una actitud, más que como una escuela o grupo especial.

La actitud existencialista parte del método fenomenológico, y su foco de estudio es el análisis de lo experimentado de lo vivido. De tal manera que este método parte del acto psíquico como hecho empírico y procede a su descripción.

La insistencia existencialista en psicología, mantiene que nunca podrá explicar o comprender a un ser humano vivo sólo con los métodos basados en el condicionamiento, los impulsos, mecanismos internos, etc. Sino que es necesario atender a la experiencia y percepción única del individuo como ser en el mundo.

Por su parte, Binswanger en 1932 citado en Fish, 1994, describió lo que se conoce como depresión existencial: lo que caracteriza al individuo deprimido es su experiencia personal de la inhibición del devenir, merced a lo cual carece de futuro y se encara, únicamente, al pasado como carencia de proyecto y de posibilidades de realización. Aunado a que el mundo depresivo se empobrezca, surgiendo la culpa, la angustia frente al pasado y al futuro

La conducta grotesca ha sido interpretada en otros tiempos como una consecuencia de la posesión diabólica, por lo que era tratada mediante un rito exorcizante. Actualmente, este tipo de conductas suele considerarse como indicadora de la presencia de una enfermedad mental, y por consiguiente se aplica una terapia médica o psicológica. Sin embargo aquello en que vaya a consistir tal terapia-hospitalización, cirugía cerebral, fármacos, psicoterapia individual, terapia familiar- variara considerablemente de acuerdo al origen y naturaleza de la "enfermedad", ya sea como algo fisiológico, bioquímico, psicológico o interaccional. Tales diferencias de concepción del problema provocan a la vez considerables diferencias en el pronóstico, no se trata únicamente de cual es el tipo pertinente de terapia, sino también de cuan drástica y prolongada tiene que ser. Así mismo, la evaluación de los resultados del tratamiento también dependerá de la concepción que se tenga del problema (Fisch, 1994).

La depresión es un síntoma frecuente de bastantes enfermedades, aunque ella misma constituya una enfermedad específica caracterizada por trastornos de la afectividad. La vida

afectiva constituye la vida misma del funcionamiento del psiquismo. Cuando se habla de afectos en psicología, se designan los fenómenos que expresan la percepción de las diversas emociones como el placer, el deseo, la alegría, el dolor, el odio. El estado de ánimo del sujeto que percibe una emoción es lo que se llama humor. Los trastornos del humor nos permiten apreciar la importancia de una anomalía de la afectividad que puede surgir, sea por una exageración del humor, la exaltación o la manía, sea por una disminución del humor, la tristeza y la depresión. De tal manera que, los estados depresivos, son trastornos de la afectividad. El humor del depresivo viene caracterizado por el dolor y la angustia moral, tristeza que puede hacerse excesiva hasta llegar al delirio.

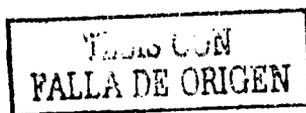
Antes de dar la descripción de los principales estados depresivos, se definirán, algunos términos que se utilizarán. El síntoma es la destrucción de un fenómeno anormal sufrido por el paciente y que indica el mal funcionamiento de un sistema o un órgano. El signo de una enfermedad es la observación de una anomalía encontrada por el médico en el examen. Síntomas y signos permiten hacer una descripción de la enfermedad que los médicos suelen designar con el nombre de cuadro clínico: esta distinción no se aplica siempre en la práctica y se emplea la palabra síntoma, tanto para hablar de signos como de síntomas. Así mismo hay que hacer una distinción entre una psicosis y una neurosis.

La psicosis se trata de una enfermedad mental grave que corresponde a la noción de locura. Esta "enfermedad" afecta considerablemente el funcionamiento de la actividad psíquica, de la afectividad, del juicio y de la percepción del mundo. El "enfermo" es incapaz de apreciar el significado, la importancia o la naturaleza de los síntomas que experimenta y de someterlos a una crítica adecuada. La angustia puede hacerse tan intensa que el "enfermo" es invadido por el pánico y se pone a romper todo para defenderse. Puede llegar a quejarse de alucinaciones auditivas y presenta un delirio de persecución; siente una angustia fácil de observar y que desencadena un estado de pánico responsable de su agitación y su violencia.

El psicótico puede sufrir ante su propio estado, entristecerse ante las formas de tratamiento que frecuentemente contra su voluntad, se le impusieron para protegerle contra sí mismo y proteger a quienes conviven con él, aunque en ocasiones, por el contrario puede volverse anormalmente alegre y eufórico o indiferente.

A diferencia de la psicosis, la neurosis es una enfermedad mental menor, debido a que afecta menos la personalidad del sujeto, éste es más o menos consciente de la presencia de sus síntomas y es capaz de juzgarlos. La ansiedad es un síntoma casi siempre presente en la neurosis, es un temor sin objeto preciso, la aprensión de un peligro indefinible, una sensación de malestar acompañada de una aceleración del ritmo cardíaco y de otras múltiples manifestaciones físicas que se asocian a la percepción de las emociones. El neurótico sigue manteniendo siempre un contacto excelente con la realidad y al margen de las limitaciones que su dolencia le impone, puede llevar una vida casi normal e incluso triunfar en su trabajo.

Con lo mencionado anteriormente, se puede dar paso a la descripción de depresión psicótica y neurótica. Se da un acuerdo generalizado acerca de la necesidad de distinguir entre una depresión psicótica (o endógena) de otra neurótica (o reactiva). Así, la primera (depresión a) estaría relacionada principalmente con la base de una alteración genética o bioquímica, en tanto la segunda (depresión b) sería una forma difusa de adaptación del individuo a su propia neurosis; es decir, constituiría una reacción neurótica ante el estrés. Mientras que en el primer caso se tendría lo que es esencial y claro en una depresión, desde el punto de vista médico, en el segundo estaría presente una serie de manifestaciones fenomenológicas que contaminarían el síndrome depresivo, tales como ansiedad, tensión, etc. Algunos autores opinan que la depresión de tipo b sería la que quedaría en cuanto hubieran desaparecido los factores de tipo a. Dentro de las depresiones psicóticas se comprenden tres enfermedades cuya respectivas fases agudas presentan un cuadro clínico similar. 1) El acceso depresivo de la psicosis maniacodepresiva; 2) la depresión del periodo de involución y 3) la depresión de la vejez (Wuidart, 1991).



La psicosis maniaco-depresiva es conocida desde hace siglos, pero solo en el XIX se llega a describir la alternancia de las fases de manía y depresión. Por algún tiempo se calificó a esta enfermedad de locura circular ya que los mismos individuos presentan un cuadro clínico diferente según se trate de manía o de depresión cuyos síntomas constituyen los polos opuestos de las variaciones del humor. En la manía se observa una hiperactividad, tendencia a la megalomanía, necesidad extrema de hablar, y el "enfermo" queda desbordado por la rapidez de su pensamiento, salta de un tema a otro y comienza toda clase de actividades que no tiene tiempo de terminar. Su humor es alegre y a veces hasta divertido, sus deseos son impulsivos e irreflexivos, la capacidad de juicio se encuentra afectada y los actos del "enfermo" son erráticos e inapropiados.

La manía es una psicosis mayor, que exige, generalmente, el tratamiento hospitalario. Sin embargo, no hay que confundirla con lo que en lenguaje corriente, se llaman pequeñas manías, hábitos extraños y ridículos y por lo general insignificantes.

La psicosis maniaco-depresiva sobreviene, por lo general, en edad temprana y la edad media de los primeros accesos surge hacia el fin de la adolescencia o al comienzo de la madurez. Lo que caracteriza la psicosis maniaco-depresiva es la repetición de los ataques en un sentido u otro y la presencia entre los mismos, de un estado mental normal. Algunos poseen un tipo de personalidad que se califica como ciclotímica porque se dan en estos sujetos variaciones súbitas de humor que les hace pasar con toda facilidad de la risa a las lágrimas, de un estado de fácil beatitud a una tristeza difícilmente explicable.

Para estos tipos de depresión se utiliza el calificativo de endógena, como ya se había mencionado, porque no se conocen bien las verdaderas causas de tales enfermedades y por que se cree que factores inherentes al individuo mismo son responsables de su aparición.

Cuando se estudia la historia de los "enfermos" aquejados de depresión endógena, se pueden descubrir ciertos factores que desencadenan o precipitan la dolencia, como son el duelo, la pérdida de un empleo, etc. pero tales causas no permiten explicar la gravedad de

todos los síntomas y signos observados. Existen seguramente ciertos factores hereditarios o metabólicos, físicos en suma, que juegan un papel importante en la aparición y la evolución de estas enfermedades. Por lo que, el cuadro clínico de las depresiones psicóticas esta formado por síntomas físicos y síntomas psicológicos. Los síntomas físicos son múltiples en los enfermos depresivos: fatiga, insomnio, pérdida de apetito, trastornos digestivos, pérdida de peso, estreñimiento, ahogos, cefaleas, vértigos, sequedad en la boca, trastornos de la visión, sofocos, son solo algunos de los numerosos trastornos que surgen a lo largo de una depresión. Los que en ocasiones, constituyen los primeros indicios de la enfermedad y hacen el diagnóstico tanto más difícil tanto que tales síntomas se encuentran en los enfermos depresivos y es necesario proceder a un estudio serio de cada caso, sin olvidar la investigación de las manifestaciones psicológicas que complementan el cuadro clínico (Wuidart, 1991).

Diversos autores han descrito síntomas que presentan las personas deprimidas, tales como:

Kline (1974), citado en Wuidart, 1991, proporciona una lista muy amplia de los síntomas que acompañan a la depresión. El síntoma básico es que se pierde el gusto por las cosas y las actividades que hacen a la vida digna, además de otros:

- Aburrimiento y el tiempo parece transcurrir muy lentamente.
- Se rechazan las oportunidades de conocer gente, de salir, y los cambios favorables en el trabajo.
- Hay dificultad para concentrarse.
- No es fácil tomar decisiones, se olvidan los sucesos recientes, hay descuido en la apariencia y arreglo personal, el pensamiento se hace más lento y no surgen ideas nuevas o creativas, el individuo se aísla y evita la compañía de sus amigos más íntimos, se cansa enseguida y le faltan ganas de hacer cosas nuevas.
- No es fácil que duerma. El insomnio de los estados depresivos es un síntoma bastante constante. No se trata de una simple dificultad de conciliar el sueño como

la propia de los ansiosos, se despierta muy temprano y es incapaz de dormirse de nuevo, este despertar precoz, al alba, viene frecuentemente acompañado de ideas negras y constituye para el deprimido el momento más penoso del día, es el momento en que se siente más solo y más abandonado. A medida que la depresión evoluciona, el insomnio se hará más grave y se presentara en el momento mismo de ir a la cama, a pesar de la ingestión de somníferos. Las pocas horas de sueño que se logran no aportan descanso y pueden surgir pesadillas que hacen más agitado el sueño.

- Hay cavilación, se lamenta por lo mal que se siente.
- Se lamenta por lo mal que se siente.
- Se pierde interés por el sexo, así como por las cosas personales
- El futuro se ve de modo muy pesimista, los pensamientos suicidas son muy frecuentes.
- Hay malestares físicos.
- Hay descuido en la alimentación, la pérdida de apetito, la pérdida de peso, los trastornos digestivos y el estreñimiento son signos que se encuentran frecuentemente en los depresivos y que nos permiten comprobar como la enfermedad afecta al hombre en toda su persona. Tener hambre y comer bien son signos de salud, digerir bien los alimentos es una función vital de la que no se debe ser demasiado consciente. Como el corazón, el tubo digestivo esta controlado por el sistema nervioso neurovegetativo: se trata de una actividad automática que no depende de la voluntad. Estos trastornos no son siempre síntomas de depresión y pueden ser expresión de trastornos funcionales es decir, de una anomalía en el funcionamiento de un sistema o de un órgano sin que haya lesión anatómica. Por lo general, los trastornos funcionales suelen ser mucho menos graves que las enfermedades pero son mucho más difíciles de tratar, porque las causas de los mismos son múltiples y difíciles de identificar.

Katz (1979) menciona que el principal foco de los malestares puede ser algún dolor agudo, a menudo tensional, como la cabeza. Al desaparecer la depresión, el dolor también desaparece, si es que estaba íntimamente conectado con el malestar emocional o condicionado por él (Wuidart, 1991).

Recientemente, el Instituto Nacional de Salud mental de los Estados Unidos de América propuso ocho signos que pueden ayudar a determinar la existencia de una depresión:

- 1) Cambios en el apetito
- 2) Alteración de los patrones del sueño.
- 3) Propensión a la fatiga o falta de energía. La fatiga, constituye a menudo uno de los primeros síntomas de la depresión, aparece sin motivo alguno en un sujeto que no ha modificado en nada sus hábitos de vida. Si la fatiga es el único síntoma se podrá pensar en un estado mal definido como el de tensión baja, el exceso de trabajo o la anemia. Pero si el acceso depresivo es más grave, el estado del "enfermo" empeorará a pesar de las medidas higiénicas y de reposo: el peligro, no proviene de la fatiga como tal, sino del agravamiento de los síntomas psicológicos: estado de profunda tristeza, autoacusación y desesperación acompañado de ruminaciones de suicidio
- 4) Agitación o aumento de actividad
- 5) Pérdida de interés por las actividades diarias y/o impulso sexual disminuido
- 6) Incapacidad para concentrarse.
- 7) Sentimientos de tristeza, desesperanza, minusvalía, culpa o autoreproche
- 8) Pensamientos suicidas

Miller (1975) citado en Navarro (1992), realizó una revisión de las investigaciones relacionadas con el déficit psicológico de la depresión. Los principales resultados del conjunto de estos estudios son los siguientes:

- 1) En comparación con las personas normales, los deprimidos orientan su atención preferentemente hacia el pasado.

- 2) Los depresivos tienden a ver sus logros como si acontecieran de una manera desligada de sus propios esfuerzos y trabajo.
- 3) También muestran dificultades para aprender material nuevo y manifiestan lentitud en algunas tareas que exigen rapidez intelectual.
- 4) Entre las tareas más útiles para formular el diagnóstico de la depresión se encuentran las habilidades psicomotoras; en este tipo de trabajos, los depresivos son más lentos que las personas normales. El grado de retraso psicomotor es un índice muy certero del grado de depresión
- 5) Las personas deprimidas no se percatan totalmente de su fatiga o dolor, por lo que perseveran en tareas cansadas y aburridas durante mucho más tiempo que las normales.
- 6) Los depresivos muestran mayor lentitud en reconocer figuras que se les presentan visualmente.
- 7) Existen marcadas diferencias en la comunicación verbal de los depresivos y de las personas normales. Los depresivos emiten menos palabras
- 8) Hay grandes semejanzas en el déficit psicológico que muestran las personas deprimidas, tomadas en conjunto e independientemente de la categoría diagnosticada en la que hayan sido colocadas por lo que no existe un límite claro que permita distinguir los distintos subtipos de la depresión

La variedad de síntomas físicos observados en el depresivo hace mucho más difícil la identificación de esta enfermedad, el verdadero problema consiste en apreciar hasta qué punto es una enfermedad o un estado latente.

Los síntomas psicológicos de los estados depresivos son el debilitamiento del humor, el llanto, la angustia, la irritabilidad, el sentimiento de culpabilidad, la desesperación, la falta de confianza en sí mismo, el retardo psicomotor, los trastornos de la concentración y de la memoria, la pérdida de interés por las cosas, la incapacidad de tomar decisiones, el deseo de la muerte, el delirio de autoacusación y autodepreciación. Como en los síntomas físicos, los síntomas psicológicos no se encuentran en un enfermo depresivo todos a la vez (Wuidart, 1991).

La depresión es una dolencia de la afectividad y el humor del sujeto queda rápidamente afectado. En la vida corriente se puede estar de buen o mal humor, alegre o triste, divertido o aburrido. La tristeza es esencial a la depresión, en un grado que resulta excesivo y que excluye toda causa explicativa.

El hombre, llamémosle "normal", tiene planes que trata de realizar: quiere triunfar en la vida, ofrecer una buena educación a sus hijos, conseguir una mejora; le gusta viajar, comprar una casa, etc. El depresivo no siente placer alguno en esas cosas y no hay nada que atraiga su interés. Piensa que debería emprender una actividad pero no se decide a hacerlo, da vueltas, comienza algo y lo deja sin razón. Muchas veces esta sentado, la mirada fija y preocupado en sus tristes pensamientos.

Las ideas negras invaden el campo de su pensamiento y hacen difícil la concentración. La atención se encuentra también afectada y las cosas de la vida cotidiana pierden su interés. El flujo de pensamiento es más lento y el sujeto se mueve más despacio es lo que se llama retardo psicomotor. Así mismo, no es que este desorientado, no divaga, pero es difícil tener contacto con él. Evita a la gente, no tiene nada que decirles y puede ponerse cólerico e irritable.

Tanto la depresión- que se caracteriza por la tristeza y quizá por una disminución de la actividad- como la manía -que es un estado de exaltación o de exuberancia- aparecen bajo la categoría de trastornos emocionales. De los dos, es más común la depresión. El DSM III clasifica los trastornos emocionales de un modo algo diferente. Al trastorno que implica episodios maniáticos y depresivos le llama trastorno bipolar cuando es grave, y trastorno ciclotímico si no lo es. La conducta depresiva sin ningún episodio maniático se divide en tres grupos: si se es grave se le clasifica como un trastorno depresivo importante; si no es muy grave o incipiente, como un trastorno distímico (también conocido con el antiguo nombre de neurosis depresiva). Si la depresión ocurre a consecuencia de algún evento identificable de la vida y se espera que desaparezca cuando éste pase, se le clasifica como trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (Saranson, 1990).

Antes de describir lo que es la depresión neurótica se establecerá la diferencia entre ésta y la depresión reactiva. En la depresión reactiva se encuentra con facilidad un factor causante exógeno, es decir, proveniente de una causa exterior al individuo. Se trata de shock psicológico serio como el duelo, el abandono, la ruina, el divorcio; en todos estos casos, la reacción de tipo depresivo es exagerada, en la que se indica una debilidad de la estructura de la personalidad. En la depresión neurótica la pérdida objetiva es menos clara y se observa en el sujeto una manera particular de reaccionar a la frustración. La ansiedad y la tristeza constituyen en la depresión neurótica los dos síntomas más específicos, pero son menos constantes y profundos que en la forma psicótica. La ansiedad del neurótico es ruidosa, intensa, espectacular y apunta obtener del entorno un poco más de atención, de cariño y de amor. Método muy poco eficaz que provoca la irritación por parte de quienes rodean al enfermo, aumenta por un lado la hostilidad y agrava por otro la impresión de ser incomprendido.

En toda neurosis existe una tentativa pueril por establecer una relación con los demás, a diferencia de la psicosis que provoca una huida y un aislamiento. El neurótico soporta mal la frustración y esta fomenta su agresividad, esta agresividad a su vez, engendra el sentimiento de culpabilidad que puede volverse contra el individuo mismo. Este malestar sentido por el neurótico, proviene del hecho de que no le está permitida la agresividad directa, por que esta podría hacerle perder el amor y el afecto de los que sentiría verse privado. En ocasiones, la explosión de cólera provoca un alivio temporal y puede parecer como un signo de mejoría, de lo contrario, la agresividad se convierte en fuente de culpabilidad que consume este círculo vicioso. Tampoco hay que creer que el depresivo neurótico trate de manipular conscientemente su ambiente para llamar la atención. El no es consciente de la inmadurez de su manera de actuar y aunque mantenga un excelente contacto con la realidad, es incapaz, si no se le ayuda, de comprender que es lo que le sucede. A nivel psicológico, la ansiedad es el equivalente del dolor físico.

Si un enfermo se queja de sentirse ansioso o triste, aunque lo haga de manera teatral, no se puede pensar que sufra de un mal imaginario. No existe el mal imaginario, sino que hay

muchas maneras de sufrir más o menos inquietantes. Una de las cosas que irrita más a la familia y amigos de los neuróticos es el comprobar que estos parecen no sacar nada de la experiencia: se les acusa a veces de que carecen de voluntad o de que no hacen lo que pueden.

El depresivo neurótico siente tristeza y es desgraciado por lo que siente, es incapaz de describir su estado con facilidad y pide que se le escuche, que se le conforme, que se le compadezca. A menudo da a entender que los demás le han decepcionado, que son responsables de lo que le sucede. Está descontento por ser lo que es, tanto en lo físico como en lo moral. Se preocupa a menudo por su salud, lo que induce a hablar de enfermedad imaginaria; pero se encuentran todos los signos físicos de la ansiedad: taquicardías, mala digestión, fatiga, insomnio. (Wuidart, 1991).

### **3.2 ENFOQUES TEÓRICOS DE LA DEPRESIÓN.**

Todos los psicólogos mantienen una meta común, el intento por entender la conducta humana. Sin embargo, aparte de las diferencias en temas de interés, adoptan creencias fundamentales diferentes acerca de la mejor manera de alcanzar esta meta. Tales creencias, que son características de todas las subdivisiones de la psicología han creado diferentes escuelas, muchas de las cuales muy difícilmente se comunican una con otra.

Es así como la causa de la depresión ha sido investigada desde muchos puntos de vista teóricos. La opinión más popular en la actualidad es que hay diferentes grupos de depresivos, cuyos síntomas tienen diferentes causas.

Los diferentes enfoques teóricos han realizado diversos tipos de estudios y han proporcionado distintos datos, todos los cuales pueden contribuir en algo a resolver el complejo problema de las causas y tratamiento de este trastorno.

### 3.2.1 ENFOQUE OPERANTE.

Los teóricos del aprendizaje tras muchos años de experimentación han demostrado que la conducta de los animales y de los seres humanos puede cambiar considerablemente con el reforzamiento de determinadas respuestas.

Por lo que el modelo conductual, se deriva del trabajo experimental con humanos y animales, aplicándose los principios del aprendizaje a la conducta anormal. La psicopatología se ve en términos de la conducta externa más que del conflicto interno, utilizando para la explicación recompensas y castigos demostrables que controlan la conducta de la persona y no en estados internos no observables.

La orientación conductual se basa principalmente en el trabajo sobre condicionamiento clásico de Pavlov y Hull y en los conceptos sobre condicionamiento operante de Skinner.

El condicionamiento operante se inició con una rata, una caja experimental, una palanca que presionar y por supuesto con alimento. Poco a poco fue abarcando gran número de conductas, debido a lo cual actualmente el análisis experimental de la conducta se considera como una aproximación teórica y metodológica al estudio de la conducta.

El enfoque operante se caracteriza por el punto de vista de que la conducta se mantiene por sus consecuencias. Cuando las consecuencias de una conducta son favorables, la probabilidad es que esta se repita de nuevo. Por lo que la conducta se controla mediante la forma en que se dispensan sistemáticamente las recompensas (Phares, 1992).

En cuanto a el condicionamiento clásico se ha aprendido que los estímulos que se asocian con reforzamiento incondicionado comienzan a desarrollar propiedades reforzantes propias. Mediante esta disposición a preferir ciertos estímulos que antes eran neutrales o se aprenden a evitar algunos estímulo que se asocian con un resultado aversivo.

Aunque los dos tipos de condicionamiento se han utilizado para estudiar la conducta. Muchos teóricos partidarios de la teoría del aprendizaje están bajo la influencia de la labor de B. F. Skinner en el condicionamiento operante.

Algunos conceptos básicos que se utilizan en esta teoría son los siguientes:

- Personalidad: es nada más que la suma total del individuo.
- Reforzamiento: aumento en la frecuencia de una respuesta, cuando ciertas consecuencias le siguen inmediatamente. La consecuencia tiene que ser contingente a la conducta.
- Reforzador: es un evento contingente que aumenta la frecuencia de la conducta.
- Reforzador Positivo: aumento en la frecuencia de una respuesta que es seguida por un evento favorable. Incluye cualquier evento, que al presentarse, aumente la frecuencia de la conducta a la que sigue.
- Reforzador Negativo: incremento en la frecuencia de una respuesta por medio de la eliminación de un evento aversivo, después de que se ejecuta la respuesta.
- Contingencia. Relación de dependencia entre una conducta y los eventos que la siguen.
- Castigo: presentación de un evento aversivo o eliminación de un evento positivo siguiente a una respuesta que disminuye la frecuencia de la respuesta.
- Extinción: Las conductas que se refuerzan, aumentan en frecuencia, pero cuando se dejan de reforzar disminuye su frecuencia.
- Evitación. Es cuando el sujeto evita o pospone un castigo.
- Escape: es la eliminación de un castigo (Kazdin, 1978).

Skinner no profundizó en el tema de la depresión como lo hiciera para el caso de la conducta verbal; sin embargo otros sí llegaron a involucrarse en él. Entre ellos los más importantes son: Martín E.P. Seligman, P.M. Lewinsohn, C.D. Ferster, A.A. Lazarus y Charles G. Castello.

Los modelos desarrollados por ellos se basan en la teoría del Aprendizaje, tomando a la depresión como una consecuencia de las contingencias de reforzamiento que inciden en la

conducta de los individuos. Cada modelo tiene sus diferencias según el énfasis puesto en ciertos aspectos del reforzamiento. Estos modelos se pueden agrupar, según consideren a la depresión como producto de:

- 1.- Una disminución de reforzamiento positivo.
- 2.- Una pérdida en la efectividad del reforzador.
- 3.- Una pérdida de control en el reforzamiento.

En el primer punto se pueden encontrar diversos matices. Lazarus dice simplemente que la depresión puede ser vista como una función de la insuficiencia de los reforzadores, produciendo así un debilitamiento en el repertorio conductual. Señalando solamente que la persona deprimida se encuentra en un ensayo de extinción en el que existe pérdida y privación.

Lewinsohn considera que la depresión se debe a la existencia de una tasa baja de reforzamiento positivo contingente a las respuestas del individuo. Esta tasa baja de reforzamiento se debe a los pocos eventos reforzantes que se encuentran en el ambiente del individuo; y también a que, tal vez por la falta de habilidad del individuo, éste no lleva a cabo a aquellas respuestas que podrían ser reforzadas. Lewinsohn hace especial énfasis en que no es la tasa de reforzamiento per se, sí no su contingencia en las respuestas lo que ocasiona un estado depresivo.

Por su parte Ferster considera que la reducción en la frecuencia de respuestas reforzadas es el común denominador en las personas deprimidas. Mencionando tres condiciones experimentales que reducen la frecuencia de conducta: a) un medio que solo puede ser alterado con la emisión de grandes cantidades de conducta, b) estímulos aversivos, especialmente los condicionados, y c) un súbito cambio ambiental.

La formulación operante especifica una relación de contingencia entre conducta y reforzamiento, si no existe esta contingencia, o si la conducta por sí (inactividad, llanto,

queja, etc). Es inadvertidamente reforzadas por un medio ambiente personal compasivo sobre un extenso período de tiempo, las condiciones primarias, necesarias para la depresión están presentes.

Hasta aquí se puede ver que los enfoques de Lazarus y Lewinsohn, hacen referencia a respuestas, generales e inespecíficas, en cambio Ferster toma en cuenta todo el complejo repertorio social involucrado en la vida del individuo deprimido, incluso sus posibles repercusiones a nivel fisiológico, ya que, la reducida frecuencia en alguna de las actividades del repertorio de una persona deprimida pueden disminuir la efectividad de los reforzadores vinculados con los procesos fisiológicos como la alimentación y la actividad sexual. Debido a que estas actividades en todo su desarrollo también incluyen un complejo repertorio social colateral, su reducida frecuencia no significa que la actividad sexual o la alimentación ya no sea reforzante. Así si existe una depresión de la actividad social, el resultado podría ser una reducción de la frecuencia en la alimentación y la actividad sexual. También, Ferster, señala que no se puede esperar que exista una sola causa de la depresión o un solo proceso psicológico subyacente, ya que la conducta es un producto de muchos procesos.

En el segundo punto Charles G. Costello asegura que la depresión es el resultado de una pérdida general en la efectividad del reforzador. Dice que la pérdida se debe a cambios neurofisiológicos y/o a la ruptura de una cadena de conducta provocada por la pérdida de uno de los reforzadores en dicha cadena. Su hipótesis es que existe una interdependencia entre estímulos, respuestas y reforzadores que conforman una cadena de conducta: si uno de los reforzadores que forma parte íntima de esta cadena pierde su efectividad, la cadena se rompe y por consecuencia el individuo entra en un estado depresivo.

Hay que señalar que Costello no es explícito para entender la forma en que el reforzador pierde su efectividad, el como se rompe la cadena conductual y produce depresión, además es él mismo quien admite no tener fundamentos experimentales que respalden su hipótesis. Por otra parte no niega la validez de las hipótesis de Lazarus, Ferster y Lewinsohn acerca

de la depresión, y considera que se debe unificar el mecanismo a la pérdida de efectividad en el reforzador (Phares, 1992).

En el tercer punto (pérdida de control en el reforzamiento) es sostenida por Martin E.P. Seligman, con su modelo de desamparo aprendido. El cual será explicado más adelante.

Dentro de esta teoría los medios para obtener la información son por medio de pruebas, entrevistas, observación conductual y datos sobre antecedentes, dicha información se utiliza a fin de identificar la conducta indeseable, estímulos que parecen asociarse con ella y que siguen de dicha conducta. A partir de estos datos se hace un procedimiento de muestreo que busca identificar la interconexiones entre estímulos, conductas y consecuencias.

La entrevista se utiliza para reconstruir las relaciones entre antecedentes, consecuencias y la conducta en sí. A través de las descripciones verbales del sujeto, el clínico intenta obtener una imagen clara de los problemas cuando ocurren, cuando no ocurren, quien esta presente cuando surgen, como es la situación en general y demás. Se tiene más énfasis en los detalles de la conducta y de las condiciones del estímulo.

En los antecedentes del caso el conductista tiene menos énfasis en información histórica, al utilizarla es para aclarar las relaciones actuales entre conductas, estímulos que disparan la conducta indeseable y consecuencias de esa conducta.

Los terapeutas hacen sus propias observaciones durante las entrevistas y durante la terapia. Las utilizan como muestras de la conducta del paciente. Las pruebas que más utiliza el conductista son de autoinforme, la meta es que se descubran conductas específicas (Phares, 1992).

Quizás la más importante contribución de la teoría del aprendizaje sea la forma de ver objetivamente a la gente deprimida y de hacer posible que se comunique con exactitud una descripción de su conducta, así como de las circunstancias en que se presenta. Los teóricos del aprendizaje ven la depresión como una función del reforzamiento inadecuado o

insuficiente, o como una falta de congruencia o relación entre reforzamiento y determinadas clases de conducta. Esto puede incluir poca frecuencia del reforzamiento, una cantidad total de reforzamiento insuficiente o una mala calidad del reforzamiento. Específicamente, la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto la depresión como una función de la poca frecuencia del reforzamiento social, que incluye dinero, prestigio y amor.

### **3.2.2 MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, por ejemplo: la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc. Se basa en el sustento teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones ("evento" verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos.

El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- 1.- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.

- 2.- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- 3.- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- 4.- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
- 5.- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves no solo para modificar la conducta, sino también para elicitare cogniciones asociadas a conductas específicas. Las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativas. Las técnicas cognitivas pueden ser el tipo ideal de intervención para modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de eventos específicos.

Generalmente la terapia consta de 15-20 sesiones una vez a la semana. Los casos más graves suelen requerir sesiones frecuentes, dos semanales. Normalmente, se suele disminuir la frecuencia a una sesión de cada dos semanas durante las últimas fases, al tiempo que se recomienda la "terapia de apoyo" una vez que ha finalizado el tratamiento (Beck, 1983).

Mientras que en el modelo cognoscitivo del aprendizaje representa un intento de integración de la teoría del aprendizaje y las perspectivas del procesamiento de la información. El modelo señala que los cambios en la conducta se encuentran bajo la influencia del estado fisiológico actual del organismo, su historia pasada de aprendizaje, la situación ambiental existente y una variedad de procesos cognoscitivos interdependientes.

Aarón T. Beck, se considera como el representante de la teoría cognoscitiva en lo que respecta al campo de la depresión. Él menciona que existe un pensamiento consciente entre un evento externo y una respuesta emocional particular, siendo este el principio básico de la teoría de Beck. Puede suceder que la persona tenga una emoción sin que exista un evento externo, en esos casos es posible determinar que la reacción se deba a un evento cognitivo,

es decir, un pensamiento, una reminiscencia o una imagen que produzca la respuesta emocional.

Por lo que va a depender de la forma particular en que el individuo aprecie estas cogniciones las cuales son importantes para entender las reacciones emocionales incongruentes, como la angustia, la tristeza y el enojo exagerado.

Para poder detectar los pensamientos que preceden a un estado emocional existe lo que Beck llamo "Pensamientos automáticos", que son pensamientos que aparecen rápido y automáticamente antes de que se presente la emoción. Dichos pensamientos deben ser los que verdaderamente se piensan y no los que deberían pensar ante cualquier situación.

Los pensamientos automáticos tienen diversas características, por lo general, no son vagos, son específicos, solo se presentan con las palabras esenciales para formar una oración, no surgen como resultado del razonamiento o de la reflexión de algún evento y parecen ser relativamente autónomos en el sentido de que la persona no hace nada para que se presente.

A estos pensamientos, se les dan dos significados en las reacciones emocionales a un evento que hay que saber distinguir: el significado público y el significado personal. El primero corresponde al significado objetivo del evento, es decir, a lo que en realidad esta sucediendo y el segundo, corresponde a la interpretación que la persona hace con respecto al evento.

A lo que Beck señalo: "La tesis de que el significado especial de un evento determine la respuesta emocional forma la base del modelo cognoscitivo de las emociones y los desordenes emocionales: el significado se encajona en una cognición".

Y la naturaleza de las respuestas emocionales va a depender de la forma en que la persona perciba los eventos en torno a su dominio personal. Beck, describe este último

como todos aquellos objetos –tangibles o intangibles- con los cuales la persona se relaciona. En el centro del dominio se encuentra el concepto que tiene la persona de sí misma, sus atributos físicos, características personales, sus metas y valores. Además se encuentran los objetos animados o inanimados con los cuales se relaciona, en estos se incluye la familia, los amigos y las propiedades materiales. El resto de los componentes del dominio varía según el grado de abstracción, desde la escuela, el grupo social, la nacionalidad, hasta valores o ideales con respecto a la moral, la libertad y la justicia.

Dependiendo de cómo la persona perciba la influencia de los eventos en su dominio se desprenderán sus respuestas emocionales. Así pues, la tristeza se presentará cuando la persona perciba una pérdida real significativa en su dominio; la euforia, cuando la persona anticipe un placer; la ansiedad, cuando la persona se considere en peligro o cuando vea amenazada la seguridad, salud o estado psicológico de alguna otra persona, principio o institución en su dominio; y cuando la persona perciba un ataque directo y deliberado o cuando otra persona viola alguna regla importante del ofendido, se presentará el enojo.

Pero si la persona le da un significado irreal o desviado a algún evento se producirá una respuesta emocional inadecuada, y si estas se exceden un cierto nivel de angustia o de impotencia, llevarán el nombre de desorden emocional, neurosis, disturbo psicológico o enfermedad psiquiátrica. Dichos desordenes se presentan con ciertas características ya reconocidas como son la depresión, las fobias, las obsesiones, etc.

La función básica de esta modalidad terapéutica postula, que las reacciones emocionales y conductas de las personas, vienen en gran medida determinadas, por el modo en que estas construyen el mundo. Las cogniciones, en forma de declaraciones verbales encubiertas o imágenes, encuentran apoyo y actitudes o asunciones (esquemas) que han ido desarrollándose a través de experiencias pasadas. Estas cogniciones, determinarán, en una proporción importante; nuestras experiencias emocionales acerca de la propia identidad y del mundo que nos rodea. Esta alternativa cognitiva, tiene como objetivo, la corrección de creencias deformadas que contribuyen a las dificultades del paciente. En el intento, el

individuo afectado recibe entrenamiento en los siguientes apartados: a) Detección y análisis de pensamientos automáticos negativos, b) Reconocimiento de la conexión entre cognición, reacción emocional y conducta; c) Examen de la evidencia a favor y en contra, de los pensamientos automáticos; d) Sustitución de pensamientos automáticos, no apoyados por un mínimo de evidencia por interpretaciones basadas en hechos reales y e) Identificación y modificación de asunciones disfuncionales que predisponen a la utilización de un sistema de pensamiento deformado.

El modelo de Terapia Cognitiva, debe su origen a los estudios sistemáticos de Beck (1967) acerca de la depresión a la que considero como un disturbio en la cognición y enfoca su atención sobre las manifestaciones vegetativas, conductuales, motivacionales y afectivas que la influyen. En sus primeras investigaciones, Beck intento la validación científica de la concepción freudiana de los trastornos depresivos: "necesidad de sufrir una hostilidad invertida". Varias decepciones en este sentido, le impulsaron a abandonar el campo psicoanalítico, pero el esfuerzo sirvió para que observara que los individuos depresivos no buscan el fracaso, sino que eran incapaces de reconocer el éxito cuando este se presentaba.

El modelo señala que tres elementos son importantes en el desarrollo y mantenimiento de la depresión: la triada cognitiva, los errores lógicos y los esquemas.

La triada cognitiva esta constituida por los siguientes contenidos: el primero es la visión negativa que estos pacientes tienen acerca de sí mismos; en una gran mayoría se ven faltos de algún atributo esencial para ser felices, estar satisfechos o sentirse útiles. El segundo componente es la frecuente apreciación negativa de las experiencias propias presentes. Las experiencias son construidas como evidencia por derrota y pérdida. Esta evidencia es tomada como soporte para las nociones de dependencia incrementada, de privación y rechazo personal. En comparación a otros, las personas piensan de sí que son particularmente inadecuadas, las experiencias de éxito son minimizadas y las de fracaso son enfatizadas. El tercer elemento es la visión negativa acerca del futuro, estos pacientes a menudo anticipan que su sufrimiento se prolongara indefinidamente, esta falta de

esperanza, en su expresión más extrema puede considerarse un válido predictor de intentos suicidas, más aún que la propia depresión. Los esquemas: son estructuras cognitivas básicas, subyacentes a la actividad mental, que guían la organización, almacenamiento y reintegración de las cogniciones. Un esquema constituye la clave para cifrar, categorizar y evaluar las propias experiencias.

En los estados depresivos se activan esquemas funcionales negativos que tienden a influenciar el pensamiento del individuo. Estos esquemas, probablemente, se forman poco a poco, a través de diversas experiencias, permaneciendo ocultos en períodos no depresivos y activándose cuando se precipitan episodios de depresión. A medida que la condición clínica empeora, los esquemas facilitan una mayor deformación de la realidad, y los pensamientos repetitivos y negativos aumentan en frecuencia e intensidad, hasta convertirse en característica permanente del funcionamiento de la persona afectada.

Procesamiento defectuoso de la información: Es el proceso de negar o ignorar nuevos datos que pueden estar en conflicto con los esquemas disfuncionales establecidos, los depresivos suelen cometer una serie de errores en el procesamiento de la información, algunos de los más comunes son los siguientes:

- 1) Inferencia arbitraria: es el proceso de llegar a una conclusión específica en ausencia de datos empíricos que la apoyen o incluso cuando la evidencia existente es contraria a la conclusión.
- 2) Abstracción selectiva: se produce este error cuando un determinado detalle es utilizado fuera de contexto, ignorando características más centrales a la situación correspondiente.
- 3) Excesiva generalización: nos encontramos con esto cuando el depresivo diseña una norma o conclusión general a partir de uno o más incidentes aislados, aplicando el concepto a otras situaciones que nada o poco tiene que ver.
- 4) Magnificación y minimización: aparecen estos errores en ocasiones en que la significación de un acontecimiento es considerado crucial o trivial.

- 5) Personalización: tendencia a relacionar acontecimientos externos con la propia persona, aún cuando no existe ningún indicio lógico apoyando la conexión.
- 6) Pensamiento dicotómico: expresado en la inclinación a catalogar las diversas experiencias en categorías opuestas, como por ejemplo: bueno-malo. Para describirse a sí mismo; la persona emplea las categorías del extremo negativo (Morris, 1989).

Beck (1967) advierte que el rostro de la persona deprimida muestra las características típicas de la tristeza. Beck enumera diversos síntomas y las manifestaciones conductuales que son característicos de la depresión.

1.- Alteraciones emocionales: son los cambios en los sentimientos y en el estado de ánimo que se relacionan con la depresión, o ciertas modificaciones en la conducta que se pueden atribuir directamente al estado emocional alterado.

2.- Alteraciones cognoscitivas: incluye una senso-percepción disminuida, bajas en la atención y en el estado de alerta, dificultades para la comprensión y trastornos de la memoria; una evolución muy baja de sí mismo, autocríticas y culpa, indecisión y distorsión de la imagen corporal.

3.- Alteraciones del comportamiento: incluye según Beck, la parálisis de la voluntad, tan prominente en la depresión. Además disminuye la actividad, baja el rendimiento en el trabajo, se descuida el aseo personal y hay pensamientos o intentos de privarse de la vida.

4.- Alteraciones somáticas: se deben a perturbaciones a nivel hipotalámico y a otros trastornos relacionados con el sistema nervioso autónomo. Entre estas alteraciones se encuentran la pérdida del sueño y del apetito, disminución de peso, problemas intestinales, etc.

Beck (1983) a sugerido la conveniencia de no referirse a la "causa" de la depresión recomendando como alternativa la interacción entre factores que predisponen al desarrollo del síndrome y variables que lo precipitan. Entre los primeros, se incluyen determinados componentes genéticos, traumas que elevan el grado de vulnerabilidad, enfermedades físicas que facilitan persistentes anomalías neuroquímicas, la falta de habilidad para

enfrentarse a determinadas situaciones, metas poco realistas, estructuras cognitivas contraproducentes, y valores poco razonables. Entre las variables que la precipitan se encuentran enfermedades físicas, ingestión de diversas sustancias tóxicas, experiencias intensas de estrés (la muerte de un ser querido), el estrés crónico (un continuo rechazo o desaprobación por parte de personas significativas) y situaciones que afectan algún apartado emocional específico que es vulnerable (la pérdida de alguna habilidad considerando por el individuo como el único o mejor mecanismo para el logro de objetivos).

De tal forma, que en un caso de depresión, se produce probablemente una combinación entre factores que facilitan un cierto grado de vulnerabilidad del organismo (predisposición) y elementos que precipitan la aparición de los síntomas. La combinación puede variar en la cantidad que cada contribuyente aporta a la mezcla, es decir, si existe una predisposición elevada, es muy probable que un pequeño incidente, en algunas ocasiones difícil de localizar, sea suficiente para la precipitación del síndrome. En otras ocasiones, debido a algún agente precipitador de considerable intensidad, la sintomatología podría presentarse a pesar de un nivel mínimo de predisposición.

El modelo cognitivo sugiere que existen diversas situaciones en la vida del individuo que facilitan la formación paulatina de esquemas disfuncionales y con contenidos negativos, acerca de uno mismo, las experiencias propias y el futuro.

Cuando la frecuencia, duración e intensidad de estas vivencias ocasionales son elevadas, los esquemas disfuncionales tienden a fortalecerse, proceso en el que parecen intervenir factores que predisponen a la depresión clínica. La contribución de los agentes precipitadores sería la consolidación y activación casi permanente de la estructura cognitiva primitiva (Harrison y Beck, 1982).

Basándose en numerosas observaciones clínicas, Beck (1983) ha sugerido que determinadas manifestaciones cognitivas pueden ser características de distintos "tipos" específicos de depresión:

a) **Autonomía:** esta categoría comprende la inversión que hace el individuo por preservar y aumentar su independencia, movilidad y derechos personales.

Las personas con una elevada tendencia a puntuaciones altas en este factor tendrán, probablemente, sus propios baremos internos respecto a logros y recompensas y casi con seguridad serán poco susceptibles a consejos y a observaciones de otras personas. Los individuos de esta categoría parecen ser vulnerables a situaciones que restringen o interfieren su autodeterminación y conductas orientadas a la acción. El contenido de su pensamiento gira en torno a motivos de derrota o fracaso, suelen ser muy auto-críticos, atribuyendo casi siempre sus dificultades a los propios errores y casi nunca a eventos externos. Acuden con dificultad a sesiones de psicoterapia por iniciativa propia, por ende, es frecuente que al principio no estén muy dispuestos a colaborar en el programa terapéutico. En caso de que intentaran suicidarse, probablemente utilicen métodos activos, como un accidente de coche, ahorcarse o dispararse con armas de fuego.

b) **Dependencia social:** llamada también sociotropía intenta definir la inversión del individuo en intercambios positivos con otros semejantes. Las personas con puntuaciones elevadas en esta categoría presentan una fuerte inclinación a buscar relaciones íntimas con otras personas, y suelen depender de la estimulación social en el empeño de lograr gratificación, motivación y dirección. Los intentos de suicidio suelen valerse de métodos pasivos, como la ingestión de una sobredosis, de sus actividades. Se vuelven vulnerables ante situaciones en que se produce una interrupción o amenaza de su apoyo social. El contenido de su pensamiento suele girar en torno a motivos de privación y frecuentemente, solicitan la ayuda de un psicoterapeuta, y también de todo aquel al que tienen oportunidad de acercarse. El estado de ánimo de los individuos socialmente dependientes suele ser inestable, y sus hipotéticos.

Cabe señalar que la diferencia entre autonomía-dependencia social se refiere a estructuras cognitivas y conductuales, en principio relativamente estables que parecen

poder experimentar cambios considerables en distintas circunstancias temporales, contextuales o del propio desarrollo del individuo.

En el siguiente cuadro se enuncian algunos cambios que tienen las personas cuando se deprimen según Beck.

ITEMS	C A M B I O S	
	ESTADO NORMAL	ESTADO DEPRIMIDO
<b>ESTÍMULOS</b>		<b>RESPUESTA</b>
Objeto amado	Afecto	Indiferencia, aversión
Actividades favoritas	Placer	Aburrimiento
Nuevas oportunidades	Entusiasmo	Indiferencia
Humorismo	Diversión	Abatimiento
Estímulos nuevos	Curiosidad	Falta de interés
Abuso	Cólera	Autocrítica, tristeza
<b>META O IMPULSO</b>		<b>DIRECCIÓN</b>
Gratificación	Placer	Evasión
Bienestar	Cuidado de uno mismo	Descuido de uno mismo
Conservación de uno mismo	Supervivencia	Suicidio
Logros	Éxito	Retraimiento
<b>PENSAMIENTO</b>		<b>EVALUACIÓN</b>
Sobre uno mismo	Realista	Menosprecio de uno mismo
Sobre el futuro	Esperanzado	Desesperanzado
Sobre el ambiente	Realista	Abrumador
<b>ACTIVIDADES BIOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS</b>		<b>SINTOMA</b>
Apetito	Hambre espontánea	Falta de apetito
Sexualidad	Deseo espontáneo	Falta de deseo
Sueño	Descansado	Alterado
Energía	Espontáneo	Fatigado

### 3.2.3 EL MODELO DE DESAMPARO APRENDIDO .

Otro enfoque cognoscitivo es el modelo de desamparo de aprendizaje postulado por M. E. P. Seligman. El cual considera a la depresión como un todo al que se asignan diferentes nombres según las circunstancias en las que se presente.

Seligman formuló la hipótesis de que algo de la depresión en los humanos en realidad es un estado de desamparo aprendido. La gente deprimida piensa que no tiene control sobre lo que la rodea y, por lo tanto soporta con pasividad los problemas que en realidad tienen solución, pues cree habitualmente que no tiene otra alternativa.

Por lo que considera cuatro series de déficit: motivacional, cognitivo, somático-afectivo y autoestima (Saranson, 1990).

El modelo de desamparo aprendido propuesto por Seligman se compone de tres partes: la primera se refiere a la información que el organismo recibe del medio ambiente sobre la contingencia entre su respuesta y el estímulo consecuente. La segunda consiste en el procesamiento y transformación de esta información en una representación cognoscitiva. Dicha representación ha recibido diferentes nombres como aprendizaje, percepción, etc. Seligman, prefiere llamarla expectativa. La tercera parte corresponde al debilitamiento motivacional, cognoscitivo y emocional característico del desamparo. Así como formula cuatro premisas fundamentales para que la depresión ocurra:

- 1) aversión esperada: esta premisa sostiene que el individuo supone que los resultados altamente aversivos son probables y que los altamente deseados son improbables.
- 2) Descontrol esperado: el individuo supone que ninguna respuesta de su repertorio puede cambiar la probabilidad de estos eventos.
- 3) Estilo atribucional: señala que el individuo posee un estilo atribucional insidioso que gobierna la duración y amplitud de los déficits depresivos y en todo caso la autoestima decremente.

- 4) Severidad: esta premisa considera que la fuerza de los déficits cognitivos y motivacional descansan en la fuerza de la expectación del resultado aversivo y la fuerza de la expectación incontrolable. La intensidad de los déficits afectivo y de autoestima esta gobernada por la importancia del resultado incontrolable.

Lo que quiere decir que la depresión ocurre cuando el individuo supone que eventos malos ocurrirán y supone que nada puede hacer para prevenir su ocurrencia y constituye la causa de este estado de hechos como resultado de factores internos, estables y globales.

Seligman señala que el sujeto podría ejecutar respuestas para evitar o enfrentar situaciones dolorosas, sin embargo, se encuentra bloqueado y en lugar de ello aprende a ser indefenso.

El modelo postula la existencia de un incentivo (en forma de espera o expectativa) que determina la ocurrencia de respuestas voluntarias. Un incentivo que pierde fuerza cuando el sujeto aprende que los resultados son independientes de sus respuestas debilitando así la motivación. El control por el que pasa el sujeto produce alteraciones cognoscitivas que interfieren con el subsecuente aprendizaje de las contingencias contrarias.

El punto básico del desamparo aprendido es la falta de control que el sujeto experimenta ante los eventos, debido a la independencia que existe entre sus respuestas y las consecuencias. Por esto, el organismo manifiesta una disminución en la iniciación de sus respuestas, creen en la ineficacia de responder y entonces se presenta la depresión.

En el campo emocional la falta de control que el sujeto experimenta ante los eventos, lo atemoriza; este estado se reduce y desaparece si aprende a controlar el evento, pero en caso contrario, se ve reemplazado por la depresión.

En otras palabras el modelo de desamparo aprendido considera que la expectativa de la independencia entre la respuesta y la contingencia: reduce la motivación para controlar el

resultado; interfiere con el aprendizaje de que el responder controla el resultado, y si este último es traumático, produce temor mientras el sujeto dude de la incontrolabilidad del resultado, y una vez asumida se presenta entonces la depresión.

La popularidad de la depresión como área de investigación durante la década de los 60, al igual que las ideas particulares de Seligman sobre dicho fenómeno, lo llevan a suponer una similitud entre su modelo de desamparo aprendido y la depresión reactiva.

Para poder asegurar que dos fenómenos son similares y además para poder probar si algún fenómeno de laboratorio, ya sea animal o humano, forma parte natural de la psicopatología del hombre, son cuatro los aspectos que deben tomarse en cuenta: los síntomas conductuales y fisiológicos, la etiología, la cura y la prevención. Si los fenómenos son similares en uno o dos de estos aspectos, entonces se puede proseguir a aprobar el modelo estudiado buscando similitudes en los restantes.

La similitud entre la depresión reactiva y el desamparo aprendido se encuentra, primero en la etiología (estados psicológicos que aparecen como resultado a situaciones externas al organismo) y, después, en los síntomas.

Son seis los síntomas detectados por Seligman que pueden ser compartidos por el desamparo aprendido y la depresión. El primero se refiere a que tanto animales como humanos con experiencia previa en situaciones incontrolables, muestran una disminución en la iniciativa para dar respuestas voluntarias (Seligman lo relaciona con la pasividad). El segundo, es la formación de un grupo de cogniciones negativas que refleja la dificultad para aprender que las respuestas producen consecuencias positivas. Tanto la persona deprimida como la expuesta a una situación de incontrolabilidad creen que el éxito y el fracaso son independientes de sus respuestas.

El transcurso del tiempo es el tercer síntoma detectado por Seligman. El desamparo aprendido, al igual que la depresión, desaparecen con el tiempo.

Se detecta también una disminución en las respuestas de agresividad; así como pérdida de interés en la comida, actividad sexual y relaciones interpersonales.

Como sexto síntoma se considera la disminución de norepinefrina en el Sistema Nervioso Central, lo cual es considerado por las hipótesis fisiológicas como la causa de la depresión.

Aunque hay muchos datos experimentales que apoyan esta teoría, algunos estudiantes no pudieron demostrar el efecto del desamparo aprendido, y otros encontraron que se limita a ciertas situaciones.

Seligman, tomando en cuenta esos descubrimientos experimentales, revisó su idea del desamparo aprendido la teoría de Seligman, modificada, establece una distinción entre el desamparo universal y el desamparo personal. El desamparo universal se experimenta cuando ningún individuo, por competente que sea, puede cambiar una situación. Por ejemplo, cualquier padre cuyo hijo tiene una enfermedad incurable se sentiría desamparado. El puede hacer todo lo que este a su alcance para ayudar al niño; pero, puesto que la enfermedad es incurable, ni él ni nadie puede realmente ayudarlo. Al fin, cuando llega a aceptar su impotencia para ayudar al niño, da señales de desamparo y de depresión en su conducta.

Otra clase situación es el desamparo personal, cuando el individuo no puede hacer nada por resolver un problema, pero las demás personas sí.

Un aspecto importante que se añadió a la teoría es la forma en que el individuo analiza las razones de su desamparo o impotencia. Este proceso de atribución, -análisis de la causa y el efecto- es crucial para determinar si la impotencia causa la depresión, y bajo que circunstancias. La depresión se presenta cuando una persona piensa que es sumamente improbable que una situación se resuelva de manera favorable, o que es casi seguro que se resuelva de un modo negativo o desagradable; como sería el fracaso en un examen, la

muerte o enfermedad de un miembro de la familia. La depresión será general si la persona atribuye la causa de la impotencia a un factor global (falta de inteligencia o mala suerte).

La depresión específica ocurre si se considera que el evento desagradable está relacionado con determinada situación. La autoestima solo disminuirá si la persona se culpa a sí misma de lo que ha ocurrido. La intensidad de la depresión dependerá de lo incontrolable que parezca el resultado. Así como de la importancia que tenga el resultado del problema para la persona deprimida (Saranson, 1990).

Seligman aclara que un modelo de laboratorio como es el desamparo aprendido, no puede abarcar a todo el fenómeno clínico, sino que limita al fenómeno realizando ciertas características. Por lo que algunos tipos de depresión se excluyen del modelo.

El modelo de desamparo aprendido, dice, no caracteriza a todo el espectro de las depresiones, sino solo a aquellas en las que el individuo se caracteriza, principalmente, por ser lento en iniciar sus respuestas, se cree sin poder y sin esperanza y ve un futuro magro, estado que se inicia como una reacción a la pérdida de control en el reforzamiento y, por ende, en los eventos de medio ambiente.

Seligman cree que la impotencia aprendida es solo un factor causal de la depresión, y que debe considerarse junto con los factores químicos, los estados fisiológicos, y la falta de interés en los reforzamientos. No obstante la idea del desamparo aprendido es útil para sugerir estrategias de tratamiento en un determinado subconjunto de depresiones (Saranson, 1990).

### 3.2.4 ENFOQUE PSICODINAMICO.

Mientras que las teorías cognoscitivas le conceden mucha importancia a los pensamientos conscientes y, al proceso de aprendizaje las teorías psicodinámicas de la depresión le dan importancia a aquellos sentimientos y reacciones de los que no esta consciente el individuo. Según esta postura muchos de los trastornos depresivos son reacciones ante eventos que simbolizan la pérdida de algo amado. Esta pérdida no necesita ser dolorosa en opinión de toda la gente, sino que le da esa interpretación el individuo afectado.

La depresión fue el primer trastorno descrito por Freud, en que el factor causal central fue la emoción y no el deseo sexual. La melancolía, que es como Freud la llamó era un pesar que se había vuelto loco, excesivo, desenfrenado a menudo sin relación con el ambiente y aparentemente injustificado.

La mayoría de las formulaciones psicodinámicas se enfocan en historia de las relaciones entre el individuo y la persona de la que más dependió en su infancia, que generalmente es la madre. Según esta idea, un antecedente histórico de la depresión es un trastorno en las relaciones de la primera infancia. El trastorno puede deberse a la pérdida real de una figura paterna. Debido a que esta pérdida puede provocar mucha ansiedad, se le empuja fuera de la conciencia; sin embargo, ejerce su influencia y culmina en una depresión real cuando la provoca un suceso simbólicamente significativo.

Los teóricos posteriores, influidos quizá por el pensamiento de los filósofos existencialistas como Kierkegaard, interpretaban este asunto no tanto como la pérdida de algo amado, sino como la pérdida de la autoestimación.

Los psicólogos del ego definen la depresión como la expresión emocional del desamparo e impotencia del ego. Es resultado del colapso de la autoestimación de la persona.

La pérdida que afecta la autoestimación puede ser simbólica, como por ejemplo, la pérdida del amor. Algunos teóricos psicodinámicos creen que la depresión que se presenta posteriormente en la vida puede estar relacionada con padres exigentes que hacen que el niño cumpla sus deseos para obtener amor. Esos padres ven el rechazo y el castigo como una manera de ayudar al niño a ser bueno. Como resultado de esta remoción del amor, el niño puede volverse un hijo (a) modelo, bien portado y complaciente, pero también puede sentir cólera hacia sus padres por retirarle su amor. La cólera no se expresa por temor a que los padres le retiren su amor por completo; en vez de eso, se vuelve hacia adentro en sentimientos de culpabilidad. La lucha para mantener la cólera en el inconsciente requiere tanta energía psíquica, que hace probable que se presente la depresión en algún momento de la vida de una persona (Saranson, 1990).

La teoría psicodinámica se centra en el paciente individual, sobre todo en las estructuras y procesos intrapsíquicos, por tal motivo, no atiende primordialmente a la conducta provocada por un problema, sino a supuestas cuestiones subyacentes. Más aún, este punto de vista considera que el presente es básicamente resultado del pasado, en términos de cadenas lineales de causa-efecto, desde los orígenes hasta las consecuencias. A esto se añade el énfasis que se otorga a lo que está debajo y atrás, a lo que sucedió hace tiempo y lejos, en vez del aquí y ahora. Tal énfasis sobre los orígenes ocultos, en vez de lo que se puede observar ahora, lleva necesariamente a una prolongada indagación sobre el pasado y a un uso preponderante de la inferencia. Esta perspectiva tiende en gran medida, aunque a menudo implícitamente a considerar de los problemas son el resultado de deficiencias del individuo, de carencias provocadas (excepto en el caso de aquella a las que a veces se les asigna un carácter innato) por la ausencia de experiencias positivas tempranas o negativas precoces o tardías. Respecto a la práctica, se prescribe que el terapeuta debe lograr primero una comprensión de esas cuestiones complejas y ocultas, posteriormente ayudar

mediante interpretaciones, a que el paciente obtenga la comprensión adecuada. En algunas formas de tratamiento individual también pueden ser importantes el apoyo y la orientación con vistas a superar o compensar una supuesta carencia, pero el factor curativo fundamental sigue siendo la introspección, la comprensión interior. La premisa básica es de orden intelectual: "el conocimiento hará libre al sujeto".

De igual forma, esta terapia se concentra en el paciente no en solitario sino en su contexto social primario, la familia. La atención otorgada a la comunicación y a la interacción dentro de la familia conduce a un énfasis mucho mayor sobre la conducta real, la que tiene lugar de forma observable en el presente, más bien que en el pasado, en lo inferior o en lo inferido. El no considerar aisladamente la conducta problemática sino en relación con su contexto inmediato, la conducta de los demás miembros de la familia, significa algo más que un mero cambio concreto de punto de vista, por importante que éste sea.

Aceptando la noción básica de que para modificar la conducta problemática se requerirá cambios en diversos sectores del sistema familiar, pero las líneas directrices sobre donde tendría el terapeuta que concentrar su investigación y su influjo hacia el cambio eran fragmentarias y conflictivas. Tal noción conducía a la idea de que, para resolver los problemas, se necesitaba una revisión amplia de la organización y del funcionamiento familiar.

Dentro de este enfoque el concepto de lo que constituye un problema se puede observar en los siguientes cuatro aspectos:

- 1.- Un cliente es presa de preocupación acerca de una conducta- acciones, pensamientos o sentimientos-desarrollados por él o por alguna otra persona con la que se halla significativamente comprometido.

2.- Dicha conducta es descrita como a) desviada, infrecuente o inadecuada, o incluso "anormal", y b) aflictiva o dañosa, inmediata o potencialmente, para el sujeto (paciente) o para los demás.

3.- Se informa que el paciente o que los demás han realizado esfuerzos para detener o para modificar esta conducta, pero no han tenido éxito.

4.- En consecuencia, el paciente busca ayuda de tipo profesional para cambiar la situación, que no han sido capaces de cambiar por sí solos.

Puesto que pensamos que los problemas consisten en una conducta presente indeseada, atribuimos escasa importancia a los hipotéticos factores subyacentes en el pasado o en las profundidades de la mente del enfermo. Se concede importancia a una clara identificación de la conducta problemática: que es, en qué aspecto es considerada como problema y por quién. También se le otorga importancia al funcionamiento y a la persistencia de la conducta problemática. La conducta no existe independientemente y por su cuenta, está constituida por actos que lleva a cabo una persona. Reconociendo que una persona puede hacer o decir algo, y negar que este actuando así. Para que una conducta constituya un problema tiene que realizarse de modo repetitivo. Un único acontecimiento puede tener consecuencias desafortunadas o incluso desastrosas, pero el acontecimiento en sí mismo no puede ser un problema, por que éste, por definición es una dificultad que se prolonga en el tiempo. En cambio el preocuparse por la posible reiteración de un acontecimiento desafortunado podría constituir un problema, sobre todo si dicha reiteración es improbable.

Toda conducta ya sea normal o problemática, sean cuales fueren sus relaciones con el pasado o con los factores de la personalidad individual, resulta configurada y conservada (o cambiada) de manera continuada, primordialmente reiterados esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que manifiesta aquella conducta. En otras palabras, la conducta de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona y viceversa. Por lo que se concede gran importancia al contexto formado por otras conductas, dentro del cual acontece la conducta que se ha identificado como constituyente del problema.

Se considera tan importante el contexto interactivo de la conducta que, además de conceder escasa importancia a los factores históricos o de personalidad como hipotéticos orígenes de la conducta problemática, otorgando muy poca influencia a las hipotéticas carencias orgánicas, a menos que se hayan establecido de modo definido y resulten claramente implicadas.

Para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones:

Que se haga frente de forma equivocada a la dificultad.

- 1) Que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma "solución". Entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original (Fisch, 1994).

Se considera que los problemas son fundamentalmente cuestiones de conducta. Para que existe un problema tiene que darse de forma continua o repetida; el problema consiste en algo que se hace, no en algo que se es. Esta conducta a de ser continua, a pesar de los esfuerzos que se hagan para que desaparezcan, esfuerzos que a menudo realiza el mismo sujeto que lleva a cabo dicha conducta.

Toda conducta, incluso la calificada de problema, se encuentra primordialmente configurada y conservada (reforzada en sentido general) por otras conductas actuales que la rodean, es decir, por la interacción en el aquí y ahora de las relaciones personales significativas. La persistencia de los problemas se basa en un círculo vicioso de refuerzo mutuo entre la conducta problemática, por una parte, y la conducta aplicada en los intentos de solución por otra.

Se explica la permanencia de la conducta no productiva basándose en unas cuantas observaciones, que implican un mínimo de inferencias y de construcciones teóricas:

- 1.- Desde el comienzo de nuestra vida todos aprendemos soluciones culturalmente establecidas para los problemas que se hayan culturalmente definidos.
- 2.- Cuando una persona se halla en una situación de dificultad, su conducta suele volverse más constreñida y rígida.
- 3.- Los individuos son demasiado lógicos, es decir, actúan lógicamente de acuerdo con premisas básicas e indiscutibles, y cuando aparecen resultados no deseados, apelan a nuevas operaciones lógicas para justificar dicha discrepancia sin poner en discusión aquellas premisas.

Para que el tratamiento sea efectivo hay que adaptar los principios de modo que se apliquen a los rasgos específicos de cada caso en particular y a las particulares situaciones que se presenten en dicho caso a medida que se vaya avanzando.

Los conceptos básicos no se reducen a síndromes específicos, a enfermedades concretas o al pensamiento irracional, y tampoco a la familia como tal. Son de orden general: hacen referencia al modo en que cualquier tipo de conducta se conserva o se modifica, dentro de cualquier sistema de interacción social. Los problemas clínicos son en esencia variantes de los problemas cotidianos de interacción humana si bien admitimos que de modo convencional han sido definidos como problemas especiales, a parte de las dificultades humanas corrientes. Para que este enfoque sea aplicable a toda clase de problemas persistentes que afecten la conducta humana y que sufran en cualquier contexto social y organizativo, sea cual fuere su tipo o su tamaño, se debe considerar que los problemas pertenecen al ámbito de la conducta y no se debe considerar que la conducta implicada en los problemas psiquiátricos sea básicamente distinta a los demás tipos de conducta.

Esta perspectiva global acerca de la formación y la solución de los problemas puede aplicarse útilmente a diversos problemas no psiquiátricos, por lo menos desde un punto de vista conceptual y también en la práctica. Dentro de los cuales están:

- 1) Las conductas difíciles, se incluyen aquellas interacciones en las que se da una conducta difícil o no razonable que, sin llegar a un tipo o grado que merezca recibir una etiqueta psiquiátrica, que provoca serios obstáculos de la realización de una tarea común con otros sujetos.
- 2) Los problemas somáticos de orden clínico, abarcan determinados problemas que no se suelen considerar como enfermedades psicológicas. Los trabajos sobre dicho tema se centran sobre el individuo y sobre los aspectos internos de éste. Ha versado sobre la mente y el cuerpo, y no sobre la conducta, la interacción y el cuerpo. Un enfoque centrado en la interacción y que ensaya soluciones a los problemas de la enfermedad, podría ser útil complemento a los estudios existentes sobre temas psicósomáticos.
- 3) Problemas organizativos, consisten en conductas difíciles que afectan a sistemas sociales más amplios que la familia. Los problemas de este orden se plantean en la interacción dentro de una única organización social, o en la interacción entre diversas organizaciones sociales (Fisch, 1994).

### **3.2.5 ENFOQUE DE AUTOCONTROL.**

Rehm (en Caballo, 1991) menciona que el autocontrol se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona, estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. Así mismo, el término autocontrol, expresa claramente la importancia del papel de la persona como director de su propia conducta.

Kanfer (1980) define el autocontrol como aquellas estrategias que emplea una persona para modificar la probabilidad de una respuesta, en oposición a las influencias externas

existentes. Se atribuye el autocontrol a las personas cuando no están respondiendo a las presiones de las contingencias externas del momento, si no a favor de algún objetivo a largo plazo.

Este proceso lo describe en tres fases (Kanfer, 1980), autoregistro, autoevaluación y autoreforzamiento.

El autoregistro es la etapa donde la persona es más consciente o se empieza a dar más cuenta de la conducta en cuestión. El autoregistro puede utilizarse para evaluar la conducta, sus antecedentes situacionales, sus consecuencias, el afecto que la acompaña o las relaciones entre todas estas variables. Así mismo se puede evaluar, cualquier dimensión de una conducta, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad o la calidad. También puede emplearse para registrar respuestas subjetivas, encubiertas, no disponibles para los observadores externos. Los procedimientos específicos pueden tomar muchas formas. Para que sea útil y eficaz el autoregistro debe hacerse tan (en el tiempo) del acontecimiento como sea posible.

La autoevaluación se puede considerar como la comparación de la propia conducta con respecto a un patrón impuesto por uno mismo. La autoevaluación negativa es una característica en la persona deprimida, entonces sus patrones y objetivos pueden ser irrealmente elevados después de que ha tenido lugar el hecho, se pueden reinterpretar los patrones de modo que la actuación se encuentre por debajo de esos patrones. Así, un objetivo apropiado, debiera ser realista, definirse en términos observables y hallarse dentro del control del sujeto como conducta que se tiene que aumentar.

Los objetivos amplios, a largo plazo, pueden descomponerse en objetivos más pequeños, ya sea en una secuencia graduada o por medio del establecimiento de subobjetivos equivalentes.

La autoeficacia, concepto de Bandura, (en Rehm, Caballo, 1991) se relaciona con la autoevaluación, en tanto que las expectativas de eficacia determinan si la persona iniciará esfuerzos dirigidos hacia el afrontamiento y solución de problemas. Estas expectativas se encuentran influidas por cuatro factores que son:

- a) La actuación real. La más poderosa de las expectativas ya que es la propia historia de éxito y de fracaso, por otra parte de la persona, con una tarea específica o con tareas de una clase determinada.
- b) La experiencia vicaria. La experiencia se puede conseguir también a partir de la observación de otras personas en la misma situación.
- c) La persuasión verbal. Que son instrucciones, consejos, las ayudas verbales ("el dar ánimo") y todos los métodos de influencia verbal interpersonal.
- d) Los estados fisiológicos. La activación o relajación en un determinado momento influirá sobre la eficacia de la persona con respecto a su capacidad para acercarse a un estímulo temido.

Ahora bien, Rehm (en Caballo, 1991) añade la autoatribución, como una variable que modera la autoevaluación. Para que una persona juzgue una actuación como un éxito o un fracaso (se sienta "bien" o "mal"), tiene que creer que su conducta se encontraba bajo su control o responsabilidad.

El autoreforzamiento se refiere a las consecuencias del proceso de autoevaluación, tal como se encuentra determinado por contingencias autoimpuestas. El autoreforzamiento o el autocastigo pueden ser manifiestos o encubiertos.

Según Rehm, los individuos deprimidos muestran las siguientes fallas:

- 1) Fallas en el automonitoreo. Los depresivos manifiestan clara diferencias en el modo en que filtran los estímulos que le rodean o tienden a fijarse demasiado en los aspectos

negativos de sus experiencias cotidianas. suelen considerar selectivamente los resultados inmediatos, más que los mediatos.

- 2) Fallas en la autoevaluación. No hacen las suficientes atribuciones de causalidad interna, es decir, no perciben con claridad que ellas mismas son responsables de lo que le sucede. Tienden a fijarse criterios demasiado rígidos y severos, los cuales utilizan para evaluar las propias conductas.
- 3) Fallas en el autoreforzamiento. El hecho de que uno mismo sepa animarse y premiarse cuando se desempeña satisfactoriamente es de suma importancia. Las personas depresivas manifiestan notables fallas en el proceso de autoreforzamiento, lo cual los predispone a desarrollar conductas depresivas. además que saben administrarse severos castigos y críticas.

Así mismo, Rehm considera que la gente que esta deprimida o que es vulnerable a la depresión se caracteriza por una combinación de seis déficits específicos en el autocontrol de la conducta. Estos componentes psicológicos de la depresión tienen lugar en las conductas de autoregistro, autoevaluación y autoreforzamiento de la siguiente manera:

- a) Atención selectiva a los acontecimientos negativos de sus vidas, con la exclusión relativa de los sucesos positivos.
- b) Atención selectiva a las consecuencias inmediatas y no a las demoradas de su conducta. Las personas deprimidas tienen la dificultad general para trabajar en objetivos a largo plazo ya que se encuentran más afectadas por sus necesidades emocionales inmediatas, lo que hace difícil centrarse en la gratificación demorada de una conducta que necesite más esfuerzo.
- c) Hay un establecimiento de patrones exigentes de evaluación para su conducta.
- d) Tendencia a hacer atribuciones internas en el caso de acontecimientos negativos y atribuciones externas en caso de sucesos positivos.
- e) Autoadministración de recompensas contingentes insuficientes.
- f) Autoadministración de autocastigo excesivo (Garrido, 1990).

### 3.2.6 ENFOQUE CLÍNICO.

La depresión se plantea de acuerdo a lo siguiente: hay un cuadro clínico caracterizado por tristeza inmotivada, inhibición, ideas delirantes de prejuicio, autoreproches, sentimientos de culpa y depreciación. En muchos casos aparece con carácter físico y tiende hacia la curación sin secuela. En la esfera semántica se acompaña de insomnio, estreñimiento, opresión precordial, dolores erráticos, oliguria, elevación tensional. En algunos casos estos síntomas alternan con otros de carácter opuesto, como lo es la euforia maníaca, la fuga de ideas, la desilusión megalomaniaca, la excitación psicomotriz. Aunque los síndromes caracterizados por las alteraciones del estado anímico tanto en un sentido maníaco como depresivo engloban en realidad entidades que de alguna manera son independientes.

El síndrome nuclear de la depresión está compuesto por la tristeza, la inhibición y sentimientos de culpa. Para la tradición psiquiátrica alemana estos síntomas están ligados al proceso que subyace bajo el cuadro clínico, es decir que tienen un carácter primario. Aun los sentimientos de culpa cuentan con este carácter, pese que el contenido de los mismos estaría en dependencia de las valoraciones históricas, y por lo tanto, serían cambiables; sobre estos síntomas procesales podrían inculcarse a otros, que complicarían el cuadro como son las obsesiones y la angustia, dando lugar a formas agitadas, a la llamada depresión angustiosa. En otras ocasiones, la tristeza pasaría segundo plano y podría hablarse en ellas de depresión larvada. Los sentimientos de culpa, a su vez, podrían constituirse a la larga en forma de delirio, y del mismo modo que se llegaría a la presencia de pseudoalucinaciones catatímicas, el delirio en la depresión tendría el sentido de una deformación anatómica, con proyección de la culpa como referida al sujeto por otros.

### 3.2.7 ENFOQUE ANTROPOLÓGICO.

La depresión es una realidad; es decir, una particularidad. Como tal estado de la persona, la depresión es la consecuencia del proceso de concienciación del carácter cosificante de su relación con la realidad. Pero los mecanismos de compensación y pseudocompensación surgidos desde el comienzo del proceso alienante que le a de llevar a la depresión, así como de lo que sigue teniendo lugar al propio tiempo que la depresión acaese, oculta más y más las formas como el proceso se verifica, o sea, para expresarlo en término psicodinámicos las motivaciones que lo hicieron posible.

Un sujeto deprimido se reporta haber sido otro que el que ahora es. Siendo la razón de que la depresión se pueda concebir como un síndrome o como una enfermedad, en el sentido de que la modificación de la persona es de tal índole que, salvo excepciones, puede recordarse históricamente con los límites de un acontecimiento. Con ellos se le da al concepto de enfermedad una precisión que es de todo punto discutible en cualquier esfera que se considere.

El problema a resolver es:

La depresión es la única situación morbosa cuyo núcleo esta constituido por el sentimiento de culpa irreparable. Este remite de inmediato a la siguiente cuestión:

La conciencia de su responsabilidad en la propia situación. Por muy oscura que sea la autopercepción de la culpa existe, no obstante en casi todos los casos una ilusión de los momentos decisivos en los que el sujeto se inclina definitivamente hacia la alienación de sus relaciones y la alienación subsiguiente de sí mismo. Esto entra a una característica relativamente constante de los pacientes deprimidos a saber: la desproporción entre sentimiento de culpa que aparenta y la claridad de conciencia respecto de su responsabilidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La existencia de la culpa revela que las relaciones objetales han sido en todo momento más o menos conscientemente clasificadoras y ofrecieron la posibilidad opuesta de no serlo.

### 3.2.8 TEORÍA BIOLÓGICA.

Las teorías biológicas dan por sentado que la causa de la depresión estriba en los genes heredados de los padres, o en alguna disfunción fisiológica (hereditaria o no hereditaria). Las personas bipolares, que muestran momentos de manía y momentos de depresión con frecuencia tienen por lo menos dos generaciones de parientes que muestran conductas similares.

Todavía no se sabe exactamente cómo se hereda la depresión, pero los descubrimientos en estudios de gemelos, desde la década de los 30 en adelante, indican que tienen elementos hereditarios. Muchos investigadores observan los factores hereditarios, junto con lo que sucede en la vida de una persona para determinar que combinación de vulnerabilidad heredada y de estrés puede producir la depresión. Supuestamente es algún defecto biológico el que hace que algunas personas tengan más probabilidades de sufrir una depresión, especialmente cuando están presionadas. Pero no hay indicios claros del tipo de defecto de que se trata. De hecho, hay ciertas pruebas de que el mecanismo biológico podría variar de una familia a otra. No obstante, algunas investigaciones han relacionado los trastornos afectivos con ciertos desequilibrios químicos del cerebro, sobre todo a niveles altos y bajos de determinados neurotransmisores, que son sustancias químicas relacionadas con la transmisión de impulsos nerviosos de una célula a otra. Por ejemplo, algunos investigadores han tenido éxito en el aumento y la disminución del comportamiento depresivo en ratas incrementando y disminuyendo el nivel de la norepinefrina (neurotransmisor). La lentitud en los movimientos y la tendencia a acurrucarse de los primates sometidos a experimentos con reserpina (fármaco utilizado en el tratamiento de la hipertensión) y el conocimiento de que la reserpina hace que desaparezca con algunas

catecolaminas, indican que la manera como se transmiten los impulsos a través del sistema nervioso central puede estar relacionado con la depresión. A partir de esta idea se originó la teoría de las catecolaminas sobre la depresión, que afirma que la depresión se debe a una deficiencia de una de estas catecolaminas, la norepinefrina, en ciertos puntos receptores del cerebro. Por otro lado, se cree que la manía podría deberse al exceso de norepinefrina en ciertos puntos receptores. Las catecolaminas son producidas en el cuerpo de las neuronas y almacenadas en vesículas, o en pequeños sacos, cerca del final de los axones. La estimulación eléctrica de los impulsos nerviosos hace que se vacíen en la sinapsis, donde activan los puntos receptores de otra neurona. Una vez que han salido de sus vesículas de almacenamiento, los transmisores son desactivados químicamente desde el interior de la neurona por la monoaminooxidasa (MAO) o desde el exterior de la neurona por la transferasa del o-metilo. Mucha de la investigación de las causas fisiológicas de la depresión se relaciona con determinar si la descomposición del transmisor ocurre dentro de la célula o en el lugar de recepción (Saranson, 1990).

Otros investigadores sospechan que el factor clave no es sencillamente el nivel o la cantidad de neurotransmisor, sino más bien una disfunción en la transmisión de los impulsos de una neurona a otra. De cualquier modo, si bien esas investigaciones son prometedoras, se desconocen los mecanismos genéticos específicos relacionados con la depresión (Morris, 1989).

En el siguiente cuadro se presenta un esquema acerca de la depresión y las características que cada uno de los diversos teóricos contempla.

### Depresión y sus diversos rostros teóricos.

Los síntomas más comunes de depresión incluyen los siguientes:

- 1.- Estado de ánimo triste, deprimido.
- 2.- Apetito deficiente y pérdida de peso o incremento en apetito y aumento de peso.
- 3.- Insomnio.
- 4.- Nivel de actividad letárgico o agitado.
- 5.- Las actividades acostumbradas ya no brindan placer.
- 6.- Pérdida de energía; fatiga.
- 7.- Incapacidad para concentrarse; pensamiento y toma de decisiones más lentos.
- 8.- Sentimientos de minusvalía, autoreproches, culpa inapropiada.
- 9.- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Algunas de las alternativas teóricas que explican la depresión son:

- 1- Freudiana. La depresión es el resultado de una pérdida real o simbólica. No se expresa la pena y enojo consecuentes sino que permanecen inconscientes, con lo cual se debilita al yo. Con frecuencia, el objeto perdido se considera ambivalente. El propio enojo hacia el objeto perdido se vuelca hacia el interior y produce odio hacia uno mismo y desesperación.
- 2- Humanista-existencial. Una persona que no vive de manera completa y auténtica se puede sentir deprimida. Esa persona no solo siente culpa sino que es culpable-culpable de equivocarse al hacer elecciones, asumir responsabilidad y satisfacer su propio potencial. El temor a la soledad y los intentos por evitarla son, también ingredientes importantes de la depresión.
- 3- Conductual. La depresión es el resultado de reforzadores inadecuados o insuficientes. Ciertas conductas ya no reciben recompensas de modo que la persona deja de hacerlas. Se presentan en inactividad y retraimiento. La reducción en reforzamiento se deriva de una variedad restringida de estímulos que son reforzantes para la persona, falta de disponibilidad de estos reforzadores y falta de habilidad de la persona para obtener reforzamiento.
- 4- Cognoscitiva. Lo más importante es la manera en que las personas piensan acerca de sí mismas. La tendencia a devaluarse uno mismo es la variable crítica en la depresión. El sí mismo, el mundo y el futuro se ven en términos pesimistas. El estrés puede activar los esquemas negativos, que entonces, se vuelven posterior evidencia, ante los ojos de la persona, de una perspectiva carente de esperanza.

Como todos los otros aspectos humanos, la naturaleza de la depresión es del color del cristal con que se mire. En último análisis, el punto de vista que prevalecerá será aquél que genere los programas más efectivos de tratamiento (Phares, 1992).

Es así, como hemos revisado que el concepto de depresión se ha ido modificando con el paso del tiempo, tanto en su definición como en los tratamientos, y por supuesto en las diversas causas que la originan; se mencionaron a lo largo del capítulo gran variedad de estas, pero en otros casos no existe aparentemente causa alguna que pueda explicar el inicio o el mantenimiento de la depresión.

Esta variedad de causas se debe a que el ser humano es una interacción de facetas, como lo son: la salud, los amigos, la familia, la escuela, el trabajo, el tiempo libre, son algunas que por ser significativas para él, cualquier cambio importante en alguna de ellas puede provocar el inicio de un episodio depresivo.

A veces el cambio no se produce de una manera espontánea, sino que se va gestando, como sucede en la adolescencia, que debido a la gran variedad de cambios se producen (psicológicos, físicos y sociales), sino se van presentando y afrontando favorablemente se puede presentar un episodio depresivo. Por lo que en el siguiente capítulo se abordará lo referente a dichos cambios y a la depresión en adolescentes.

## CAPITULO 4

### LA ADOLESCENCIA: CAMBIO FÍSICO Y DESARROLLO SOCIAL.

Desde hace mucho tiempo la adolescencia ha venido siendo considerada como un periodo del desarrollo más difícil que el de los años de la niñez media, tanto para los adolescentes como para sus padres. Más de 300 años antes del nacimiento de Cristo, Aristóteles comentó que los adolescentes son "apasionados, irascibles y propensos a dejarse arrastrar por sus impulsos...Cuando los jóvenes cometen una falta, lo hacen siempre del lado del exceso y de la exageración, pues todo lo llevan demasiado lejos, lo mismo su amor que su odio o cualquier otra cosa. Se consideran a sí mismos omniscientes y son categóricos en sus aseveraciones; ésta es, de hecho, la razón de que lleven todo demasiado lejos". Platón señaló: "no dejan piedra sin voltear, y en su deleite por las primeras probadas de sabiduría, son capaces de fastidiar a cualquiera con sus argumentaciones".

No obstante este interés, el concepto de adolescencia como etapa psicológicamente compleja del desarrollo, digna de estudio científico, no apareció realmente hasta los últimos años del siglo XIX. Antes de esa época gran parte de la atención se dirigió sobre la necesidad de ayudar a los jóvenes a controlar sus "impulsos desordenados". Pero al ir aumentando la segregación por edades de los jóvenes en las escuelas, así como la demorada entrada en el campo del trabajo que acompañaron al cambio hacia una sociedad industrializada, tecnológica, la atención de la sociedad se centró cada vez más sobre ese grupo de edad. Así también, hacia comienzos del siglo XX, G. Stanley Hall, fundador de la American Psychological Association y padre del estudio científico de la adolescencia, que para él era un periodo de "tempestades y conflictos", así como de un gran potencial físico, mental y emotivo.

Muchos clínicos distinguidos siguen considerando la adolescencia como "un estado perturbado" fundamentalmente, pero investigaciones recientes sobre adolescentes típicos

indican que la magnitud de los conflictos de los adolescentes y los padres durante este periodo ha sido exagerada. No obstante, existe un acuerdo general acerca de que la adolescencia suele ser una etapa compleja, problemática y a veces difícil en la lucha del joven por llegar a la madurez, así como un periodo de altas esperanzas, emocionantes experiencias nuevas y mayores oportunidades de desarrollo personal.

La adolescencia y sobre todo los primeros años de la misma, es antes que nada un periodo de cambios -físicos, sexuales, psicológicos y cognoscitivos- así como de cambios en las demandas sociales que se le hacen a la persona. Es curioso que se tiende a acumular un número tan grande de demandas de socialización- de independencia, de modificación de las relaciones con los iguales y los adultos, de ajuste sexual, de preparación educativa y vocacional- en un tiempo de la vida del individuo en el que se halla atareadísimo ajustándose a una velocidad insólita de maduración biológica (Mussen, 1983).

Los adolescentes contemporáneos comparten cierto número de experiencias y problemas comunes. Todos pasan por los cambios fisiológicos y físicos de la pubertad del crecimiento adolescente posterior. Todos se enfrentan a la necesidad de establecer su propia identidad, de dar respuesta a la antiquísima pregunta que dice "¿Quién soy?". En última instancia, todos tienen que hacer frente a la necesidad de ganarse la vida y trazarse su propio camino como miembros independientes de la sociedad.

Pero subsiste el hecho de que, no obstante tales semejanzas, es patente que no todos los adolescentes son iguales y que no todos se enfrentan a las mismas demandas de su ambiente. Los problemas a que se enfrenta un joven de la clase socioeconómicamente inferior, que vive en un hogar deshecho y en un barrio urbano segregado étnicamente, son enormemente distintos de aquellos a los que se enfrenta un adolescente económicamente privilegiado, miembro de una familia unida y amorosa, protectora, de un barrio de las afueras; las respuestas de los jóvenes de ambientes tan disímolos tendrán que diferir entre sí significativamente.

La adolescencia comienza en la biología y termina en la cultura. Por una parte, los procesos de la maduración dan lugar a una rápida aceleración del crecimiento físico, al cambio de las dimensiones del cuerpo, a modificaciones hormonales y a unos impulsos sexuales más fuertes, al desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, así como a un nuevo crecimiento y diferenciación de las capacidades cognitivas. Estos desarrollos biológicos y la necesidad en que se ve el individuo de adaptarse a los mismos dan a la adolescencia algunas características universales y la separan de periodos anteriores del desarrollo. Por otra parte, la cultura determinará si el periodo de la adolescencia será largo o corto; si sus demandas sociales representan un cambio brusco o tan sólo una transición gradual desde etapas anteriores del desarrollo; y, ciertamente, el que se la reconozca explícitamente o no como una etapa aparte, claramente perfilada, del desarrollo en el transcurso de la vida.

La cultura puede facilitar u obstruir el ajuste del joven a los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad, y puede influir de modo que estos cambios se conviertan en motivo de orgullo o en causa de ansiedad y confusión. Pero lo que no se puede es alterar el hecho de que estos cambios se producirán y que, de alguna manera, el adolescente tiene que hacerles frente. El término pubertad proviene del latín *pubertas* ( que significa "edad viril") y designa la primera fase de la adolescencia. cuando se pone de manifiesto la maduración sexual. Estrictamente hablando, en la acepción científica moderna, la pubertad comienza con el crecimiento gradual de los ovarios en las mujeres, y de la glándula prostática y las vesículas seminales en los hombres.

Se suele llamar *estirón* a la tasa acelerada de aumento de estatura y de peso que se produce al comenzar la adolescencia. La edad a la que comienza y la duración del periodo del *estirón* varían entre los niños, aun entre niños perfectamente normales, hecho que a menudo no entienden bien los adolescentes y sus padres, y por consiguiente constituye una fuente de innecesarias preocupaciones (Mussen, 1983).

Para que un adolescente se considere adulto en la sociedad occidental tiene que cumplir con una serie de tareas: ajuste a los cambios físicos de la pubertad y del crecimiento posterior adolescente, y a la corriente de pensamientos nuevos o que da lugar a la maduración sexual; el desarrollo de su independencia respecto de los padres o de otras personas que se encarguen de él; el establecimiento de efectivas relaciones sociales y de trabajo con cotáneos del mismo sexo y del puesto; y la preparación para una vocación que tenga sentido.

Para llevar a cabo tales tareas la persona joven tiene que desarrollar también paulatinamente una filosofía de la vida, una visión del mundo y un conjunto de creencias morales y de normas directrices, lo que le va a permitir desarrollar una identidad. Hay que tener en cuenta que estamos en un mundo que cambia constantemente en donde se puede observar que los papeles sexuales y sociales del hombre y la mujer están cambiando, por consiguiente sus responsabilidades y privilegios asociados a la independencia también lo están haciendo; quizás aumenten las dificultades de proyectar las necesidades vocacionales del futuro y alterarse la clase de identidad personal y social que será variable tanto en el mundo de hoy como en el del mañana. Sin embargo el buen manejo de dichas tareas se va a observar en la vida del individuo.

Sin la realización de un grado razonable de separación y autonomía, puede esperarse que el adolescente alcance relaciones maduras heterosexuales o con los iguales, orientación vocacional o un sentimiento de identidad, todo lo cual requiere de una imagen positiva de sí mismo como persona única, congruente, razonable y bien integrada.

Las motivaciones y las recompensas para la independencia y para la continua dependencia de la propia familia probablemente habrán de ser fuertes ambas, lo cual dará origen a conflictos y a conductas vacilantes. El grado de dificultad que tenga para lograr su independencia dependerá en gran medida de: la congruencia, la velocidad, la magnitud y la complejidad del entrenamiento para la independencia sancionado por la sociedad en su conjunto; las prácticas de crianza de niños y los modelos de conducta proporcionados por

los padres; y las interacciones con los coetáneos y el apoyo que presten a la conducta independiente.

El establecimiento de la independencia esta ligado con las relaciones padres-hijos, un factor importante son las predisposiciones generales de los padres en los que se refiere a autoridad y control en contraposición a la libertad y autonomía. Los padres pueden ser: autoocríticos (el padre dice lo que tiene que hacer el joven), autoritarios (el adolescente puede participar, pero no en la toma de decisiones), igualitarios (la diferencia es mínima entre los papeles de los padres e hijos); permisivos (las decisiones siempre se inclinan a favor del hijo).

Investigaciones que se han realizado para establecer la relación entre el tipo de educación que imparten los padres y la independencia del joven, señalan lo siguiente: si los padres son autoritarios, los hijos se muestran más capaces de valerse por sí mismos, de tener una elevada autoestimación y comportarse de manera responsable e independiente. Tales padres aprecian tanto la autonomía como la conducta disciplinada. Sus hijos a su vez, es muy probable que se sientan queridos, que consideren justos a sus padres y razonables en sus ideas, reglas o principios acerca de cómo debe uno comportarse.

Los adolescentes cuyos padres son autoocríticos, están más frecuentemente caracterizados por falta de confianza, por su dependencia y una menor autoestima, es probable que sean menos creativos, menos curiosos y menos flexibles en su manera de abordar problemas intelectuales, académicos y prácticos de su existencia diaria.

Finalmente parece que las prácticas autoritarias, con frecuentes explicaciones por parte de los padres en lo tocante a sus reglas de conducta y sus expectativas, fomentan la independencia responsable de distintas maneras: a) al proporcionar oportunidades para aumentar la autonomía, guiados por padres interesados que se comunican con los hijos y ejercen grados adecuados de control; b) al fomentar la identificación positiva con los

padres, basada en el amor y el respeto por el niño, y no en el rechazo o la indiferencia; y c) al proporcionar modelos de independencia razonable.

Muchos adultos que han logrado reprimir los recuerdos potencialmente productores de ansiedad de las necesidades, deseos y miedos asociados con su propia adolescencia, se percatan de manera vaga tan solo de cuando agudamente se da cuenta el adolescente medio de todo el proceso de crecimiento. El desarrollo de un claro sentido de la propia identidad requiere el darse cuenta del propio yo como algo distinto o aparte de los demás y un sentimiento de "totalidad", es decir, de un sentimiento de autocongruencia, no solo en el sentido de congruencia interna en un determinado momento, sino a lo largo el tiempo.

Al comenzar la adolescencia, acelerarse la separación de la dependencia de la familia y el acercamiento al grupo de coetáneos como fuente primordial de seguridad y estatus, se hace cada vez mayor hincapié en la conformación no solo en la conducta social, sino en el aspecto y en las destrezas físicas.

Las desviaciones notables respecto a las normas idealizadas de apariencia física, destrezas e intereses - normas que se ajustan en gran medida a los estereotipos de masculinidad y feminidad de la cultura - puede influir adversamente en la forma como los adolescentes son tratados por otros y en la idea que se pueden formar de sí mismos. Sin embargo, las percepciones que de su propio cuerpo tenga un adolescente (la "imagen de su cuerpo") no son siempre y simplemente realidades objetivas. Pueden influir en ellas experiencias anteriores que han conducido a la persona joven a considerarse atractiva o carente de atractivo, débil o fuerte, masculina o femenina, independientemente de sus apariencias y capacidades físicas y sus capacidades actuales.

Las capacidades cognitivas del joven o de la joven siguen desarrollándose también, lo mismo cuantitativa que cualitativamente, durante los años de la adolescencia. La importancia de los cambios que tienen lugar durante este periodo, sobre todo la aparición de la etapa de las operaciones formales, mal podría sobre estimarse. Estos cambios

padres, basada en el amor y el respeto por el niño, y no en el rechazo o la indiferencia; y c) al proporcionar modelos de independencia razonable.

Muchos adultos que han logrado reprimir los recuerdos potencialmente productores de ansiedad de las necesidades, deseosos y miedos asociados con su propia adolescencia, se percatan de manera vaga tan solo de cuan agudamente se da cuenta el adolescente medio de todo el proceso de crecimiento. El desarrollo de un claro sentido de la propia identidad requiere el darse cuenta del propio yo como algo distinto o aparte de los demás y un sentimiento de "totalidad", es decir, de un sentimiento de autocongruencia, no solo en el sentido de congruencia interna en un determinado momento, sino a lo largo el tiempo.

Al comenzar la adolescencia, acelerarse la separación de la dependencia de la familia y el acercamiento al grupo de coetáneos como fuente primordial de seguridad y estatus, se hace cada vez mayor hincapié en la conformación no solo en la conducta social, sino en el aspecto y en las destrezas físicas.

Las desviaciones notables respecto a las normas idealizadas de apariencia física, destrezas e intereses - normas que se ajustan en gran medida a los estereotipos de masculinidad y feminidad de la cultura - puede influir adversamente en la forma como los adolescentes son tratados por otros y en la idea que se pueden formar de sí mismos. Sin embargo, las percepciones que de su propio cuerpo tenga un adolescente (la "imagen de su cuerpo") no son siempre y simplemente realidades objetivas. Pueden influir en ellas experiencias anteriores que han conducido a la persona joven a considerarse atractiva o carente de atractivo, débil o fuerte, masculina o femenina, independientemente de sus apariencias y capacidades físicas y sus capacidades actuales.

Las capacidades cognoscitivas del joven o de la joven siguen desarrollándose también, lo mismo cuantitativa que cualitativamente, durante los años de la adolescencia. La importancia de los cambios que tienen lugar durante este periodo, sobre todo la aparición de la etapa de las operaciones formales, mal podría sobre estimarse. Estos cambios

desempeñan un papel decisivo en lo que respecta a ayudar al adolescente a encarar las demandas crecientemente complejas, en materia de educación y de vocación, que se le hacen. Sería virtualmente imposible dominar temas académicos tales como el cálculo o el uso de metáforas en poesía, sin elevado nivel de pensamiento abstracto; sin poseer la capacidad que Piaget ha llamado de las "operaciones de segundo grado", o capacidad de pensar acerca de aseveraciones que no guardan relación con objetos reales del mundo.

Estos cambios cognoscitivos influyen fuertemente en las modificaciones del carácter de las relaciones padres – hijos, en las nacientes características de la personalidad y en los mecanismos de defensa psicológica, en la planeación de las futuras metas educativas y vocacionales, en las crecientes preocupaciones por los valores sociales, políticos y personales, e incluso en el sentido que se va desarrollando de la identidad personal.

El desarrollo cognoscitivo del adolescente se refleja no solo en las actitudes y valores que adopta respecto de los padres y de la sociedad, sino también en las actitudes respecto del yo, en las características de su personalidad y en los mecanismos de defensa que probablemente se destacaran en este periodo (Mussen, 1983).

#### **4.1 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.**

En contraste con el cuestionamiento sobre la existencia de la depresión en la infancia, su manifestación en la adolescencia no deja duda alguna. La normal oscilación del estado anímico de los adolescentes, puede dar la impresión de que los desordenes depresivos son una epidemia desde la pubertad en adelante. El adolescente deprimido se muestra distinto del que pasa por una fase de mal humor. También es de distinta naturaleza el impacto que su actitud provoca en sus padres. Generalmente resulta difícil conocer el motivo de la depresión, e incluso el adolescente puede igualmente ignorarlo.

Su mirada apagada y la expresión de su rostro abatido no desaparece: ese estado es doloroso de soportar para los padres. Será de ayuda para el adolescente advertir que estos se hacen cargo de su situación y que lo aceptan con todo el dolor interior que experimentan.

Las depresiones pasajeras son comunes en la experiencia de vida interior de todo adolescente, pero si se muestra constantemente deprimido puede estar mostrando que algún conflicto ve obstaculizada su elaboración. Si esta elaboración que ha instaurado el estado depresivo no puede tener lugar, los padres o familiares deberán solicitar ayuda especializada para permitir la salida organizada de este conflicto.

El problema radica en diferenciar entre los jóvenes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales. Jacobson (1961) investigó las causas de las oscilaciones anímicas del adolescente y supone que la labilidad emocional refleja la remodelación de la estructura psíquica del individuo, que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos. Jacobson ve la adolescencia como una época en la cual el individuo debe romper los lazos del pasado, para forjar una nueva imagen de si mismo.

Las manifestaciones depresivas en la adolescencia pueden deberse a motivos como: la renuncia a vínculos y a objetos infantiles, la no consecución de ideas irrealizables o los conflictos derivados de sentimientos de culpa. Para Jacobson, la adolescencia es una época de turbulencia, con importantes alteraciones psíquicas y vaivenes anímicos, en la que se debe esperar depresiones transitorias.

Una característica de las dificultades cognitivas del adolescente es la falta de moderación, la gente, la sociedad o ellos mismos son totalmente buenos o totalmente malos, según haya sido su experiencia más reciente.

Muchas de las depresiones de la adolescencia se caracterizan por su brevedad, tanto como por su intensidad. Otras depresiones, en cambio, se hacen crónicas y no ceden aunque las condiciones ambientales mejoren. Estos jóvenes presentan síntomas depresivos similares a los del adulto, o bien defensas contra la depresión que son de específicas de esta edad; entre otras, la hiperactividad, el uso de drogas, la afiliación a determinados grupos, la delincuencia o la promiscuidad sexual. Easson (1977) estudió las innumerables defensas utilizadas contra la depresión en la adolescencia y vínculo cada una de ellas con un afecto doloroso que actúa como una causa subyacente. Así, por ejemplo, el autodesprecio puede llevar a la rebeldía, el uso de drogas o actos agresivos. La depresión resultante de las frustraciones de necesidades de dependencia puede producir agitación, ansiedad o la desesperada necesidad de reemplazar a los padres perdidos con nuevas figuras gratificadoras, lo cual suele llevar al joven a unirse a bandas de delincuentes o a entablar relaciones sexuales indiscriminadas.

Numerosos indicios nos permiten correlacionar el periodo adolescente con la delincuencia. Las características referentes al factor edad, demuestran que las edades en que los menores delinquen con mayor frecuencia se observan entre los 15, 16 y 17 años representando éstas un 81.87 % de una muestra estudiada en el consejo tutelar de 1974 a 1978 por el doctor Tocaven quien entonces sustentaba el cargo de Director Técnico del Consejo Tutelar de Menores del D.F. (Barruecos y Uribe, 1994).

Ante tales informes, resulta común inclinarse a relacionar a la delincuencia y a la adolescencia, por ser ésta quizás una de las etapas de la vida del individuo en donde se experimenta una gran cantidad de cambios, los cuales, si no se sobrepasan con éxito, podrían ser los causantes de algunos desordenes emocionales y psicológicos. Cabe mencionar que la responsabilidad directa del éxito o fracaso de ésta etapa recae en la familia. Sin embargo no se pretende por ningún motivo que ésta supuesta relación se mal interprete y dé lugar a la idea de que todo adolescente es delincuente. Lo que se intenta explicar es que la adolescencia es una etapa difícil que, existiendo ciertos factores, puede ser un terreno fértil para que la delincuencia aparezca.

Es la delincuencia, entonces, un estado de cambios integrales y ante tales cambios el joven adolescente puede perderse y no encontrar la salida adecuada para librar gloriosamente tal etapa entonces, " la relación existente entre la delincuencia juvenil o Menores Infractores y los adolescentes es estrecha, pues es común que un índice alto de jóvenes ante toda la gama de situaciones nuevas que se le presentan no sepan aún distinguir entre lo que es bueno y lo que no lo es, equivocando frecuentemente el camino cuando no cuentan con el asesoramiento y apoyo indicado" (Ríos y Nabor, 1986).

Es fácil que pasen inadvertidos los signos patentes de una depresión grave en niños y adolescentes. Primero, creemos que los niños deben ser alegres y despreocupados pues no hay razón para que se sientan deprimidos. Segundo, la depresión se usa para describir muchos estados emocionales de la vida cotidiana y sin embargo la connotación común de ese vocablo es diferente a la que se le da a la depresión clínica.

Podemos definir la depresión como un trastorno afectivo con un conjunto característico de síntomas físicos y emocionales. El individuo pasa por un período prolongado de tristeza, sufrimiento, desesperación o vacío. Pierde interés por las actividades o pasatiempos habituales. Esto puede acompañarse de síntomas físicos como la inapetencia, la pérdida de peso, o (comer en exceso y perder peso), patrones anormales de sueño (ya sea insomnio o una tendencia a dormir demasiado), la pérdida de energía, la debilidad muscular y la agitación. La persona deprimida puede tener sentimientos de autoreproche, de falta de estimación, de culpa infundada; puede ser incapaz de pensar con claridad o de concentrarse; y puede mostrar una constante preocupación por ideas relacionadas con catástrofes, muerte o suicidio. La depresión suele sobrevenir tras una pérdida importante o un acontecimiento de estrés. Pero los sentimientos normales de dolor y de decepción son exagerados y duran demasiado tiempo. Puede haber período de duelo pero sin lágrimas: sólo una apatía desesperada. Reproches contra sí mismo y aislamiento (Craig, 1994).

La depresión clínica es más difícil de diagnosticar en niños que en adolescentes y adultos, porque puede tener síntomas un poco diferentes según la edad y el nivel de

desarrollo del niño. Algunos autores piensan que cuando la depresión surge en la etapa media de la infancia, en realidad es solo una respuesta intensa y prolongada como reacción ante un suceso trágico o una pérdida. No se manifiestan el pensamiento distorsionado, los sentimientos de culpa y conmiseración que son tan frecuentes en adolescentes y adultos. Sin embargo, las emociones pueden ser igual de intensas y quizá el niño presente síntomas manifiestos durante lapsos prolongados -falta de apetito, debilidad, insomnio y problemas similares- así como sensaciones de indefensa, soledad, pérdida y sentimientos de culpa.

La incidencia de la depresión aumenta mucho en la adolescencia: las dos edades donde hay más propensión a la depresión severa son entre los 15 y 19 años de edad y de los 20 a los 29. Aunque la depresión en los niños surge con igual frecuencia en ambos sexos, la depresión en la adolescencia y la edad adulta es casi dos veces más frecuente en las muchachas. Los investigadores aún no determinan la razón precisa de esta diferencia en cuanto a sexo, al parecer es resultado de una combinación de factores sociales, culturales y biológicos.

La capacidad del análisis crítico recién adquirida puede enfocarse hacia las realidades sociales del mundo o bien centrarse en sí mismo. En la adolescencia normal hay a menudo una intensificación del conocimiento de sí mismo, una preocupación por el yo una evaluación despiadadamente crítica. Son esos procesos del pensamiento, combinados con la vida relativamente limitada del adolescente, los que tienden a elevar el riesgo de la depresión y del suicidio.

Como se ha podido observar, la depresión y la adolescencia se encuentran relacionadas, debido a todos los cambios se han de presentar y las consecuencias que estos presentan en la conducta del adolescente. De tal forma que en el siguiente capítulo se presentaran estudio empíricos que relacionen homicidio y depresión en menores de edad.

## CAPITULO 5

### REVISIÓN DE ESTUDIOS EMPIRICOS

Algunos teóricos ven en el período de la adolescencia como una época de derechos y oportunidades restringidas, así como de papeles prescritos con rigidez. Otros poseen una visión más positiva, piensan que el adolescente está en una etapa en que el individuo se le permite explorar y experimentar distintos papeles antes de establecerse en un nicho social y ocupacional.

Los adolescentes son muy sensibles ante la sociedad que los rodea, ya que, se encuentran en el proceso de formar planes y esperanzas sobre su propio futuro, y tales esperanzas dependen en gran medida del parámetro cultural e histórico en el que vivan.

En nuestra sociedad los adolescentes experimentan un fenómeno llamado segregación de edad. En parte debido a las decisiones que toman y en parte a las circunstancias sobre las que carecen de control, los adolescentes tienden a permanecer apartados, tanto de los niños pequeños como de los adultos. Su separación de los pequeños les priva de la oportunidad para guiar y encauzar a aquellos que tienen menos experiencia que ellos. Su separación del mundo adulto significa que rara vez tendrán la oportunidad para convertirse en aprendices.

Cada generación ha tenido su guerra, movimientos religiosos, sus altas y bajas económicas, y la generación actual no es la excepción. Aún cuando el período actual pueda ser menos explosivo que los anteriores, la gente sigue estando presionada por las crisis en casa. Los adolescentes son particularmente vulnerables y susceptibles a tales crisis. Pero múltiples sucesos de la época poseen un impacto directo en los adolescentes, que deben confrontar, absorber y reaccionar ante ellas.

Por tradición se ha visto la adolescencia como un período de "tormentas y tensiones", como un dramático trastorno de las emociones. Los síntomas en los adolescentes con

problemas, tienden a variar de acuerdo con el género. Los hombres adolescentes afligidos tienen la posibilidad de engancharse en conductas antisociales como la delincuencia y el abuso de sustancias como el alcohol. Las mujeres adolescentes afligidas es más probable que se comporten de manera introvertida ante sus síntomas y se depriman.

Los adolescentes pueden pasar por un periodo de tensión. Parte de la capacidad de manejar las tensiones crece con la búsqueda de apoyo en al menos un área de compromiso. Si los cambios del adolescente suceden en muchas áreas a la vez, se vuelve muy difícil lidiar con ellos y son origen de gran incomodidad. Pero los adolescentes que pueden encontrar seguridad en algunos entornos o relaciones están mejor equipados para lidiar con las incomodidades en otros aspectos de sus vidas. (Craig, 1991).

#### **5.1 EL CASO PARTICULAR DE MENORES INFRACTORES QUE MANIFESTARON DEPRESIÓN.**

A lo largo del tiempo se han realizado diversos estudios acerca de la depresión en general, pero son escasos los que se han enfocado a personas que han cometido un acto ilícito, como es el caso del homicidio.

Dentro de los cuales destacan el de Hirose, (1979), el cual hizo un seguimiento de 4 casos de homicidas, de los cuales anteriormente habían presentado intento de suicidio. Se basaron en exámenes psiquiátricos utilizados durante su proceso legal.

Tres de los casos sufrían estados de depresión endógena y el cuarto mostró una grave depresión crónica neurótica, seguido de un agudo dolor antes y durante el homicidio. La relación entre depresión y homicidio fue discutida desde el punto de vista de la psicopatología clínica.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Rosenbaum y Bennett (1986), presentaron siete casos de pacientes homicidas depresivos (29-47 años), y fueron realizados 81 casos resumidos por M. Shepard (1961). Los datos sugieren que los pacientes depresivos homicidas eran más probable que presentaran desordenes de personalidad, o que hubieran sido abusado físicamente de niños, que abusaran de alcohol o drogas y que tuvieran tendencias suicidas a diferencia de los pacientes no homicidas deprimidos. En los pacientes homicidas, el evento precipitador de la depresión era probablemente la infidelidad sexual, ya fuera real o imaginaria.

Malmquist, (1990), realizo un estudio descriptivo sobre la depresión en homicidas adolescentes cuya población era de 30 hombres y 14 mujeres, todos ellos eran adolescentes homicidas y clínicamente eran depresivos. A los sujetos se les aplico el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI), el inventario de depresión de Beck y una evaluación clínica para determinar si cumplían con el criterio de evaluación de depresión del DSM III.

En todos los sujetos el cuadro de síntomas que presentaron con más frecuencia fue: desordenes afectivos, y otros como atención, motricidad, impulsividad, disturbios, observándose en conducta y desordenes afectivos, ideas suicidas, consumo de drogas, historias de abuso sexual de los sujetos. Y algunos de ellos llenaban ampliamente el criterio de depresión, por lo que algunos de ellos fueron examinados por más tiempo. Presentando algunos signos de actos violentos por los adolescentes.

Pathi y Rai, (1991), realizaron un estudio con 480 hombres convictos (19-50 años) incluyendo asesinos y asaltantes, se les aplicaron medidas de características sociopsicológicas. En los asesinos la edad estaba correlacionada positivamente con la depresión y la inseguridad, y negativamente correlacionada con la inteligencia y la extroversión. En los asaltantes la edad estaba positivamente correlacionada con la discriminación errónea, neurosis y responsabilidad social, y fue correlacionada negativamente con la inteligencia.

En algunos casos, la edad estuvo positivamente correlacionada con la depresión y la inseguridad y negativamente con la inteligencia. En los asesinos el nivel socioeconómico estaba positivamente correlacionado con la inteligencia y negativamente con la discriminación errónea, inseguridad, responsabilidad social e inmadurez social.

Benezech, (1993), realizó un resumen de las notas de estudio clásicos de Freud, O. Fenichel, E. DeGreeff, y D. Lagache y revisó trabajos contemporáneos de las siguientes relaciones: depresión-homicidio y homicidio - suicidio. El artículo presenta un estudio extenso de dos casos de asesinato familiar cometido durante un estado de depresión. Los autores sugieren que la depresión es frecuentemente menospreciada como un factor en el acto homicida y advierte la necesidad de reformar la práctica de la psicología penal.

Las tendencias depresivas y suicidas deben ser incluidas para predecir desordenes psiquiátricos peligrosos.

Hershman, Jablow y Lieb, (1994), en su libro "La hermandad de los Tiranos", descubren la maniaco-depresión oculta como causa de la dictadura, guerra y asesinatos en masa, comparando a Napoleón, Hitler y Stalin, describen numerosas conductas similares que apoyan el contenido específico de su desorden psiquiátrico- maniaco-depresivos- pudiendo ser uno de los factores claves en la patología política semejante a la tiranía.

En tanto que Malmquist, (1995), sugirió que una doble aproximación es necesaria para comprender la posible relación entre depresión y conducta homicida; una estaría basada en datos epidemiológicos, mientras que la otra en una evaluación clínica directa del que cometió el acto homicida.

Una revisión de investigaciones apoyan la hipótesis de un incremento de ser susceptible a la violencia en alguien con una depresión psicótica. Si existe una condición de drogas o abuso de alcohol el riesgo será mayor.

Eronen, Hakola y Tiihonen, (1996), examinaron la asociación de desordenes mentales y otros factores en reincidentes homicidas en comparación con un grupo extenso de delincuentes reincidentes en Finlandia. Este estudio lo llevaron a cabo durante trece años (1981-1993), en ese tiempo 1649 asesinatos fueron cometidos en Finlandia, de éstos 1089 casos de delincuentes recibieron un exhaustivo examen psiquiátrico forense. De 36 reincidentes identificados 24 eran alcohólicos, 24 tenían un desorden de personalidad, 4 tenían esquizofrenia y 2 presentaban una depresión grave.

La conducta homicida fue diez veces más probable en varones que habían cometido homicidios previos que los varones de la población en general, de los varones homicidas reincidentes con alcoholismo fue trece veces más probable que cometieran homicidio que los varones de la población en general, aquellos con esquizofrenia fue 25 veces más probable que cometieran un homicidio que los varones de la población en general.

Tang, Sun, Li, Fang y Fan, (1999), estudiaron los rasgos clínicos y psicopatológicos de pacientes depresivos implicados en homicidio, la población constaba de 33 hombres y mujeres (20-58 años) que presentaban depresión y estuvieran involucrados en un homicidio. Hubo otro grupo de 32 hombres y mujeres (20-55 años) que presentaran trastornos emocionales. La edad de los sujetos, sexo, delito o responsabilidad en cualquier delito, historia familiar de enfermedades psiquiátricas, historia de enfermedades, rasgos de personalidad, causas de enfermedad y síntomas clínicos y su diagnóstico fueron examinados e investigados.

Se hizo una comparación entre grupos. Los pacientes depresivos involucrados en homicidio su rasgo de personalidad fue la introversión, síntomas psiquiátricos (depresión, ansiedad y estados alucinatorios), en las causas y factores de delito se vieron los eventos estresantes, historia psiquiátrica familiar y enfermedades físicas. La psicopatología y la naturaleza de la depresión en estos pacientes fueron discutidos en términos biológicos y sociológicos.

Cidade, (2000), realizó un estudio sobre la relación de factores afectivos, sentimientos de culpa y vergüenza, cólera y dominio de sí mismo, tendencias suicidas, ansiedad y síntomas depresivos, incluyendo el tipo de delito cometido en 80 reclusos (21-45 años): 23 convictos por homicidio simple, 24 por homicidio múltiple y 14 por un solo delito que no era homicidio, 19 por múltiples delitos que ninguno de ellos era homicidio. Contrastando con un grupo de 83 sujetos adultos entre 21 y 53 años cuya profesión era bomberos, los cuales también fueron evaluados. Los datos sobre las variables sociodemográficas, actividades criminales y factores psicológicos fueron obtenidos por medio de cuestionarios.

Se utilizó el inventario de Ansiedad, la escala de falta de esperanza de Beck, inventario de tendencias suicidas de Beck, y el cuestionario de Autoconciencia. Los resultados indican que los individuos no homicidas muestran más culpa, vergüenza y tienen control de ira a diferencia de los homicidas. Los sujetos condenados por un simple delito tienen más vergüenza y control de ira que los reclusos condenados por múltiples delitos, éstos últimos tienden más a la depresión y ansiedad así como a tendencias suicidas.

Fernández, (2001), examinó la relación entre ser miembro de una pandilla, tipo de delito cometido historia delictiva (si es reincidente), duración de encarcelamiento y depresión. En este estudio exploratorio se empleó un diseño no experimental. Se usó una muestra de 151 participantes de la correccional juvenil Fred C. Nells, con jurisdicción en California. Cuando se reunieron los datos en esta correccional residían aproximadamente 950 delincuentes juveniles con un promedio de edad de 16.5 años y con un grado de escolaridad de sexto año.

Para medir la depresión se usó un instrumento de autoreporte. (Inventario de depresión en niños, CDI Kovacs, 1985) aplicándose en un formato de grupo. Los datos para predecir las variables en los participantes fueron obtenidos por medio de los archivos de la correccional.

Se hipotetizo que el joven identificado en una pandilla puede reportar altos niveles de depresión a diferencia que un joven que no pertenece a una pandilla, una segunda hipótesis era que quienes han cometido homicidio pueden reportar altos niveles de depresión que quienes no han cometido otros delitos ya sea en personas o en propiedades. La tercera hipótesis fue que si su historia delictiva aumenta, el nivel de depresión puede disminuir. Otra hipótesis fue que el tiempo de encarcelamiento puede ser relacionada con la bajos niveles de depresión, es decir, a mayor tiempo de encarcelamiento el nivel de depresión disminuye.

Todas estas hipótesis fueron examinadas estadísticamente con pruebas paramétricas. La hipótesis 1 y 2 fueron examinadas usando análisis de varianza, la hipótesis 3 y 4 fueron examinadas usando medias para dos variables.

La hipótesis 1 y 3 fueron sustentadas por los datos. Pertenecer a una pandilla y la historia delictiva (reincidencia), fueron significativamente relacionadas con la depresión. Los jóvenes pertenecientes a pandillas, reportaron altos niveles de depresión. Cuando la historia delictiva (reincidencia) incrementa, el nivel de depresión disminuye. Los datos no proporcionaron sustento para las hipótesis 2 y 4. Por lo tanto, el tipo de crimen cometido no se relaciona significativamente con el nivel de depresión. También el tiempo de encarcelamiento no se relaciona significativamente con el nivel de depresión.

La revisión que se ha presentado de los estudios empíricos realizados con homicidas para conocer su relación con depresión nos será útil para efectuar nuestro estudio de casos que serán analizados en el siguiente capítulo.

## CAPITULO 6

### 6.1 METODOLOGÍA

#### POBLACIÓN.

Se contempló una población total de  $N = 89$  individuos pertenecientes a la Escuela de Rehabilitación Quinta del Bosque, Toluca. Edo de Méx. Que habían cometido los delitos de: robo, homicidio, violación, secuestro, abuso de confianza y portación de armas, como se observa el siguiente cuadro 1:

TIPO DE DELITO	#SUJETOS
ROBO	61
HOMICIDIO	14
ABUSO DE CONFIANZA	1
PORTACIÓN DE ARMAS	2
VIOLACIÓN	10
SECUESTRO	1
TOTAL	$N=89$

CUADRO 1. Distribución por tipo de delito de la población.

Debido a la finalidad de la investigación se tomo en cuenta solo la muestra de homicidio la cual fue de  $n=14$ , conformada por trece hombres y una mujer. Para contrastar los resultados, después se tomo la muestra de robo  $n=61$ . Al haber una desigualdad de muestras, se hizo una selección aleatoria de la población de robo, de estos todos eran hombres. Teniendo homicidas  $n=14$  y robo  $n= 14$ .

## DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

Se utilizaron las pruebas psicológicas CDS y TAMAI su objetivo principal fue determinar el nivel de depresión que presentaban la población de homicidio y robo.

### CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)

Este cuestionario contiene 66 elementos, evalúa 48 elementos de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total depresivo (respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte /salud, sentimientos de culpabilidad y depresivos varios), y Total positivo (ánimo- alegría y positivos varios).

### TEST AUTOEVALUATIVO MULTIFACTORIAL DE ADAPTACIÓN INFANTIL ( TAMAI )

El cuestionario mide cuatro factores de adaptación personal, escolar, social y familiar del niño mediante una escala del 1 al 100, donde las puntuaciones de 1 a 5 son equivalentes a una calificación "Muy baja", de 6 a 20 "Baja", de 21 a 40 "Casi baja", de 41 a 60 "Media", de 61 a 80 "Casi alta", de 81 a 95 "Alta" y de 96 a 100 "Muy alta".

## CUESTIONARIO DE CONDUCTA INFANTIL Y JUVENIL DE ACHENBACK.

Este cuestionario propone una evaluación multiaxial, que comprende cinco ejes: 1) la evaluación conductual directa (incluyendo observación en juego, entrevista clínica, medidas de autoconcepto y pruebas de personalidad); 2) la evaluación cognitiva (incluyendo test de habilidades motoras, de lenguaje, de logro); 3) la evaluación médica (incluyendo peso, estatura, examen médico y neurológico); 4) los reportes de los padres (incluyendo datos generales, historia familiar); y 5) los reportes de los maestros (incluyendo registros escolares).

Para el análisis de resultados se utilizó el programa de computación SPSS, en el cual se realizan contrastes entre una y dos muestras de población.

## 6.2 RESULTADOS.

Considerando que el objetivo fundamental del presente trabajo fue evaluar el nivel de depresión que manifiestan los menores involucrados en un hecho antisocial como lo es el homicidio, para lograr esto se utilizaron las pruebas CDS y TAMAI.

De acuerdo a los puntuación que el CDS maneja para obtener el nivel de depresión se tiene que de 0 a 106 es un nivel bajo, de 107 a 126 se encuentra dentro de la norma y de 127 a 240 es alto el nivel. De tal manera que la población de homicidio se encuentra distribuida de la siguiente manera (Ver tabla 1):

PRUEBA CDS.		
SUJETOS	TOTAL DEPRESIVO	NIVEL
1	153	ALTO
2	104	NORMA
3	111	NORMA
4	162	ALTO
5	149	ALTO
6	129	ALTO
7	162	ALTO
8	176	ALTO
9	125	NORMA
10	154	ALTO
11	157	ALTO
12	167	ALTO
13	121	NORMA
14	116	NORMA

TABLA 1. NIVELES DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN DE HOMICIDIO.

De Acuerdo con los puntajes obtenidos por la población de homicidio en la prueba CDS, se encontró que el nivel de depresión, es alto en el 64.3% de ellos , y el 36.7% se encuentra dentro de la norma.

Con el propósito de estimar la información anterior, se hizo una comparación con otro grupo de menores involucrados en un hecho antisocial como lo es el robo.

Obteniéndose los siguientes resultados, el 57.1% tuvo un nivel alto, el 14.2% se encontró dentro de la norma y el 28.5% su nivel fue bajo (Ver tabla 2).

PRUEBA CDS POBLACIÓN DE ROBO.		
SUJETOS	TOTAL DEPRESIVO	NIVEL
1	149	ALTO
2	189	ALTO
3	169	ALTO
4	108	NORMA
5	91	BAJO
6	85	BAJO
7	145	ALTO
8	185	ALTO
9	179	ALTO
10	128	ALTO
11	95	BAJO
12	122	NORMA
13	184	ALTO
14	83	BAJO

TABLA 2. NIVELES DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN DE ROBO.

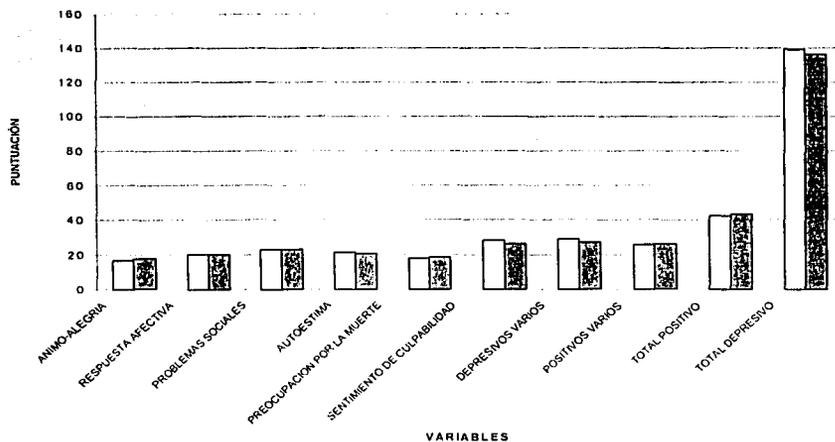
Para contrastar los resultados de ambas poblaciones se utilizó una prueba T para muestras independientes, en la cual se comparan las medias de dos grupos independientes, y verificar si existen diferencias y si éstas son significativas. En la prueba CDS, se encontró lo siguiente, ver tabla 3.

VARIABLES	t	gl	P
Animo-alegría	0.000	26	1.000
Respuesta afectiva	-0.224	26	0.825
Problemas sociales	0.128	26	0.899
Autoestima	0.903	26	0.375
Preocupación por la muerte	-0.360	26	0.722
Sentimientos de culpabilidad	1.027	26	0.314
Depresivo Varios	1.075	26	0.292
Positivos Varios	1.251	26	0.222
Total Positivo	0.670	26	0.509
Total Depresivo	0.426	26	0.673

TABLA 3. ESTADÍSTICO T DE LA PRUEBA CDS.

No hubo diferencias significativas entre las poblaciones, lo que indica que no difieren en ninguna de las variables contenidas en esta prueba (CDS). Aunque esto no quiere decir que no existan tales diferencias, como se puede observar en la gráfica 1.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



GRAFICA 1. PUNTAJÓN DE LAS SUBESCALAS DE LA PRUEBA CDS.

Dentro de las diferencias observables, se encuentran las siguientes variables sentimientos de culpabilidad, depresivos varios y total depresivo, en las cuales la población de homicidio esta por encima de la de robo.

En la prueba TAMAI, se encontró lo siguiente ver tabla 4

VARIABLES	t	gl	p
Inadaptación personal	-0.643	26	0.526
Cogniafección	-2.184	26	0.038
Insatisfacción propia	0.000	26	1.000
Aprensión-somatización	-1.615	26	0.118
Cognipunición	0.516	26	0.610
Tímidez	0.812	26	0.424
Intrapunición	0.000	26	1.000
Depresión	1.538	26	0.136
Autosuficiencia defensiva	0.975	26	0.338
Inadaptación escolar	-1.012	26	0.321
Aversión a la instrucción	-0.973	26	0.339
Hipolaboriosidad	-0.833	26	0.412
Hipomotivación	-1.000	26	0.327
Insatisfacción escolar	-0.670	26	0.509
Aversión al profesor	0.193	26	0.848
Indisciplina	-1.307	26	0.203
Inadaptación social	-0.306	26	0.762
Autodesajuste social	0.221	26	0.826
Agresividad social	0.683	26	0.501
Disnomía	-0.100	26	0.921
Restricción social	-0.595	26	0.557
Introversión hostiligénica	0.389	26	0.701
Introversión hipoactiva	-2.302	26	0.030
Insatisfacción con el ambiente familiar	0.719	26	0.479

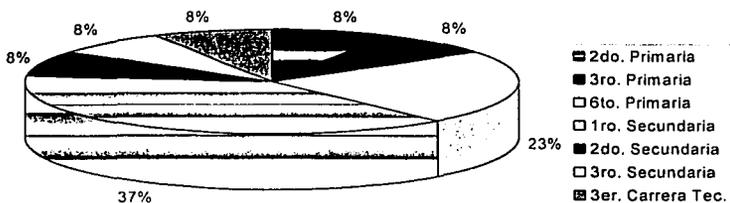
TABLA 4. ESTADÍSTICO T DE LA PRUEBA TAMAI.

De igual forma que con la prueba anterior, no existieron diferencias significativas entre las poblaciones, lo que indica que no difieren en ninguna de las variables contenidas en esta prueba (TAMAI). Aunque esto no quiere decir que no existan tales diferencias, tal y como se observa en las variables de indisciplina, restricción social, autosuficiencia defensiva,



En el primer grupo la escolaridad se encuentra distribuida de la siguiente manera: 37% se encuentran en primero de secundaria, 23% en sexto de primaria, 8% en segundo de secundaria, 8% en tercero de primaria y el 8% en carrera técnica trunca (ver gráfica 3). Es de preocuparse los altos grados de deserción escolar, y en estudios posteriores se debe

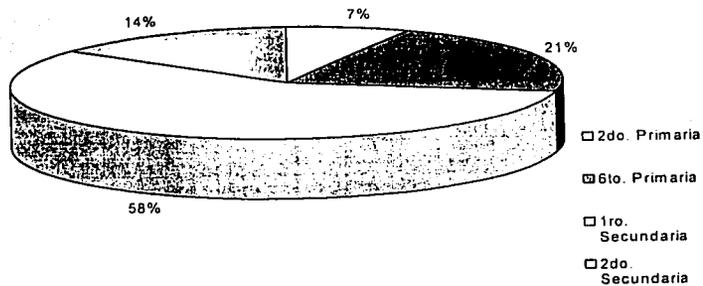
GRÁFICA 3. ESCOLARIDAD DE POBLACION DE HOMICIDIO.



ahondar en el tipo de relación que guarda la deserción y los hechos antisociales.

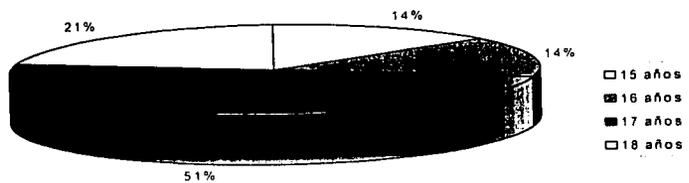
Dentro del segundo grupo la escolaridad se encuentra distribuida de la siguiente manera: 58% de primero de secundaria, 21% de sexto de primaria, 14% en segundo secundaria y 7% en segundo de primaria (ver gráfica 4).

GRÁFICA 4. ESCOLARIDAD DE POBLACION DE ROBO



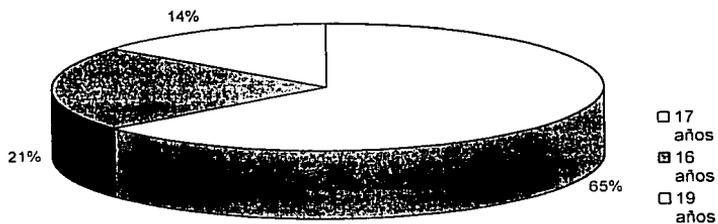
En la gráfica 5 se presenta la distribución de la edad en la población de homicidio, el 51% tiene 17 años, el 21% 18 años, 14% de 16 años y 14% de 15 años.

GRÁFICA 5. EDAD DE POBLACIÓN DE HOMICIDAS.



Para la población de robo se tienen los siguientes porcentajes en edad: 65% en 17 años, 21% en 16 años y 14% en 19 años (ver gráfica 6).

GRÁFICA 6. EDAD DE POBLACION DE ROBO



### 6.3 ANÁLISIS CUALITATIVO.

NOMBRE: F. C. B.

EDAD: 18 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".

Sujeto 1.

CDS.

Ocasionalmente tiende a deprimirse ya que se aísla de la gente, tiene sueños y fantasías en relación con enfermedades que pudiese llegar a presentar, además manifiesta mal humor y en general las cosas no le causan gracia. Considera que tiene muy pocos momentos de felicidad, por lo regular dice que nunca se siente alegre. Obteniendo una puntuación de 153 en total depresivo, lo que indica que se encuentra por arriba de la media.

TAMAI.

Corroborando lo anteriormente mencionado, no se siente contento en ocasiones consigo mismo y llega a despreciarse y autocastigarse. Así como también con las personas que no conoce o no le dan confianza se comporta muy reservado, son muy pocos a los que llega a expresarles su sentir y su pensar.

A pesar de que le cuesta trabajo concentrarse cuando está realizando sus tareas escolares, manifiesta su interés por aprender.

En cuanto a su ambiente familiar, considera que no se siente satisfecho con la relación que siente con sus hermanos. Por otra parte, dice que su papá es afectuoso y respetuoso con él, pero hay ocasiones en que lo sobreprotege y se excede en las normas por lo que no le permite ciertos comportamientos. Mientras tanto, considera que su mamá se preocupa y

comunica con él, pero hay ocasiones que se excede y le censura ciertos comportamientos o bien lo recrimina.

Obteniendo en la subescala de depresión una puntuación de 1, indicando que se encuentra por debajo de la media.

#### ACHENBACK.

Los resultados indican que es nervioso, tenso e inquieto, en ocasiones es impulsivo y actúa sin pensar, no puede concentrarse por largo tiempo. Con algunas personas suele ser desconfiado, pues siente que quieren aprovecharse de él. Regularmente le gusta estar sólo y ser reservado. El deporte que practica es el fútbol y manifiesta tener gusto por la natación y el ciclismo.

Comenta que de vez en cuando llega a presentar mareos y dolores de cabeza.

Acepta cometer actos de vandalismo como el hurtar en su casa o fuera de esta y andar con muchachos que seguidamente se meten en problemas. Así mismo, suele ser agresivo pues discute, pelea, destruye las cosas de otros, grita y molesta mucho. Finalmente acepta que suele mentir y engañar a la gente.

NOMBRE: F. M. G. P.

EDAD: 17 años

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".

Sujeto 2.

CDS.

A través de esta prueba se puede observar que en algunas ocasiones llega a estar triste y no le encuentra diversión a las cosas. También le gusta aislarse de la gente y no se muestra como realmente es. Por otra parte existen ocasiones en que convive con las personas y establece una buena relación con ellas. Presentó una puntuación de 104 en total depresivo, lo que indica que se encuentra dentro de la norma.

Finalmente se puede considerar que tiene buena autoestima, pues se siente apta para realizar lo que se proponga, sin embargo comenta que en ocasiones si llega a sentirse triste por encontrarse en este lugar.

TAMAI.

En relación a los resultados de la anterior prueba, se pudo observar que es tímida e introvertida, que siente en ocasiones miedo y culpa, así como aburrimiento, decaimiento y tristeza. Manifiesta que la realidad que la rodea no le agrada, por lo que la mayoría de las veces se muestra agresiva con la gente.

En lo referente a su ambiente escolar, comenta que no ha tenido problemas con sus compañeros y maestro, no obstante manifiesta que le cuesta trabajo concentrarse para realizar sus tareas escolares y esto le provoca dificultad para aprender las cosas.

Por otro lado, considera que no se siente satisfecha con la relación que tiene con sus hermanos y sus padres. Con referencia a su padre dice que la limita, no permitiéndole expresar sus ideas e imponiéndole normas de acuerdo a lo que el considera, lo que ha ocasionado un distanciamiento afectivo entre ellos. En cuanto a su madre, también siente una imposición de reglas, y una alta comunicación y preocupación, manifiesta que son pocos los momentos en que su mamá le muestra su afecto.

Presentó una puntuación de 2 en la subescala de depresión, indicando que se encuentra por arriba de la norma.

ACHENBACK.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede observar que es desconfiada por lo que habla muy poco de lo que piensa, en algunas ocasiones se pone nerviosa y alterada pues le preocupa bastante lo que ella puede llegar a hacer. Con respecto a su estado de salud, presenta un problema en sus ojos, pues dice padecer de miopía.

Por otro lado, tiene obsesiones y la más frecuente son sus pensamientos sobre el suicidio.

En su casa es muy desobediente y discute con sus padres, mientras tanto, fuera de su hogar comete actos de vandalismo y admite que con la gente es muy agresiva.

En lo que se refiere a sus pasatiempos lo que más le gusta es leer y escribir, así mismo señaló que el deporte donde más le gusta participar es el basquetbol.

NOMBRE: R. M. D.

EDAD: 17 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".9

Sujeto 3.

CDS.

Es una persona tranquila que sabe lo que quiere realizar, pero también sabe sus limitaciones. Así mismo, no tiene contacto con todas las personas pues no en todas confía. Es una persona que no gusta de divertirse y se alegra con muy pocas cosas. Por lo regular

se siente triste. De tal forma que se encuentra dentro de la norma, ya que presento una puntuación en total depresivo de 111.

TAMAI.

Es alguien sumamente tímido que confía en muy pocas personas, hay momentos en que él mismo se autovalora no creyendo necesaria la ayuda de las demás personas.

En lo que se refiere a la escuela manifiesta interés por aprender y considera no haber tenido conflictos con sus compañeros y profesores.

Por otra parte, considera que se lleva bien con sus hermanos, sin embargo, de la relación que tiene con sus padres dice que hay aspectos que no le gustan de cada uno de ellos. Con respecto a su papá considera que este no le muestra su afecto y que el exceso de normas y rigurosidad de las mismas crea una censura en su comportamiento. Por otro lado manifiesta que su mamá le brinda afecto, cuidado y respeto, no obstante, en ocasiones siente que ésta se aleja y no le proporciona la atención que el necesita.

ACHENBACK.

En esta prueba se pudo ver nuevamente que se aleja de las personas y que en muy pocas confía, se caracteriza por ser introvertido, tímido, poco activo y a veces agresivo y nervioso.

Con frecuencia sueña despierto y ve cosas imaginarias (sombras en la noche). Así mismo, hay ocasiones en que suele mentir, pensar en el sexo, en los hombres, acarreándole bastantes problemas esto último, por ejemplo, el sentir el rechazo y la burla de los muchachos del centro de rehabilitación.

Finalmente a él le gusta dibujar, leer libros y cantar, y entre los deportes que le gustan y práctica está el nado, el patinaje y el ciclismo.

NOMBRE: J. C. R. T.

EDAD: 12 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".15

Sujeto 4.

CDS.

En ocasiones manifiesta su ansiedad, por ejemplo, al moverse mucho en su asiento. Frecuentemente se pone nervioso y más cuando las cosas no salen como él quisiera, suele tener miedo hacia las cosas y le preocupa lo que sus padres le digan. Tiene dificultad para concentrarse en sus tareas escolares y considera que muchas personas están contra él, ocasionalmente dice mentiras pues dice portarse muy bien y ser amable con la gente. Sin embargo su puntuación obtenida en total depresivo 162, muestra que se encuentra muy por arriba de la media.

Hay momentos en que se encuentra deprimido y muestra dificultad para relacionarse con las personas. Considera que las cosas no las realiza bien por lo que él se da un valor bajo.

TAMAI.

Corroborando lo anteriormente mencionado es una persona introvertida, que en ocasiones no se encuentra contento consigo mismo, pues se autodesprecia y tiene miedos y preocupaciones hacia las cosas que puede realizar. Manifiesta ser desconfiado hacia algunas personas e incluso es agresivo con las personas.

En la escuela dice sentirse contento y con interés por aprender, sin embargo, sus calificaciones son muy bajas y con algunas actividades de la escuela no cumple (tareas).

Por otro lado, dice no sentirse satisfecho con la relación que tiene con sus hermanos. En lo que se refiere a su papá considera que éste le concede toda clase de caprichos y permisos, pero al mismo tiempo lo recrimina y lo censura los comportamientos que no le agradan. Así mismo, dice no tener comunicación con su papá y no sentir su afecto. Por otra parte, considera que su mamá también lo rechaza ocasionalmente y que le concede la mayoría de sus caprichos, son pocas las ocasiones en que se acerca a él y sabe en que momento restringirlo o regañarlo.

ACHENBACK.

Los resultados indican que en algunas ocasiones se preocupa mucho y es inquieto e hiperactivo. Considera tener apego hacia los adultos, pues las personas de su edad lo molestan bastante. Admite que engaña y le miente a las personas, así mismo, suele ser agresivo, habla demasiado y discute mucho. Es homosexual y esto provoca que sea rechazado por sus compañeros. El deporte que más le gusta es el patinaje, pero no lo práctica.

NOMBRE: E. V. R.

EDAD: 15 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".

Sujeto 5.

CDS.

Se pudo observar que manifiesta sentimientos de tristeza, infelicidad; problemas de interacción social, de aislamiento y soledad, se preocupa por la muerte, tiene pensamientos suicidas, se siente culpable e irritable, lo cual indica que estos factores influyen para que sea una persona depresiva. Lo cual se corrobora con la puntuación obtenida en Total Depresivo 149, mostrando un alto nivel de depresión.

TAMAI.

A partir de los resultados obtenidos se pudo observar que no manifiesta inadaptación personal ni escolar. Por otra parte si existe insatisfacción familiar. En cuanto a la educación que le da su mamá es inadecuada, ya que las conductas que utiliza con indican seriedad, castigo, rechazo, abandono, falta de atención, de afecto y comunicación.

ACHENBACK.

De los resultados obtenidos se puede saber que presenta algunos problemas de retraimiento, de depresión, ansiedad y en ocasiones llega a efectuar actos vandálicos, así como también se muestra agresivo con las demás personas.

NOMBRE: T. M. C. A.

EDAD: 17 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".

Sujeto 6.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CDS.

La aplicación de este cuestionario permite advertir que se encuentra dentro de las medias que comprenden el factor total positivo, lo que quiere decir que no tiene problemas para experimentar o expresar sentimientos de ánimo y alegría u otros sentimientos positivos.

En lo que respecta al factor total depresivo, se observa que existen problemas de depresión que se manifiesten en preocupaciones sociales, autoestima baja, sentimientos de culpabilidad. Obteniendo una puntuación de 129, lo que indica que manifiesta un alto grado de depresión.

## TAMAI.

Aquí se puede observar que presenta problemas de inadaptación personal, tales como la insatisfacción propia, miedo y molestias corporales, así como autovaloración excesiva.

En lo que se refiere al área escolar, puede decirse que no existen problemas con respecto al aprendizaje, así como tampoco insatisfacción escolar o aversión al profesor.

Así mismo, manifiesta que se encuentra insatisfecho con el ambiente familiar en que ha vivido, ya que aunque mantiene una buena relación con sus hermanos y considera que la educación que su padre le ha brindado es la adecuada, en algunas ocasiones su papá se muestra excesivamente protector.

## ACHENBACK.

Se considera una persona tímida y desconfiada, aunque le agrada ayudar a los demás cuando lo necesitan. No manifiesta conductas antisociales como agresividad o robo, aunque debe tenerse en cuenta el motivo por el que se encuentra en este lugar.

En lo que se refiere a su salud, menciona que frecuentemente presenta náuseas y problemas para dormir.

Finalmente es importante señalar que tienen un gran sentimiento de culpabilidad e incluso ha intentado suicidarse.

NOMBRE: R. L. R.

EDAD: 16 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".45

Sujeto 7.

CDS.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que experimenta continuas preocupaciones por la opinión que los demás puedan tener de él. Además en el factor total depresivo, obtuvo una puntuación de 162, lo cual indica que esta por arriba de la media.

TAMAI.

Las respuestas en este cuestionario indican que presenta problemas de inadapatación personal, tales como depresión, autodesprecio , ya que sus puntuaciones rebasan las normas en estos aspectos, sin embargo, también se observa que no presenta problemas de descontento con la realidad o somatización.

En lo que respecta al área escolar, puede decirse que no existen problemas, manifiesta interés por aprender, no presenta problemas con sus compañeros ni aversión al profesor.

Por otra parte, en el área de inadapatación social, presenta desconfianza, agresividad social, conflicto con la norma y hostilidad.

En el área familiar, se encuentra insatisfecho, debido a que sus padres suelen ser excesivamente restrictivos y distantes afectivamente, además de aversivos y poco atentos. Rodrigo califica como adecuada la educación que su madre le proporciona, aunque no suceda lo mismo con la del papá.

#### ACHENBACK.

Se puede observar que es un chico muy introvertido y que con frecuencia esta triste, por el sentimiento de culpa que experimenta, se siente solo y tiene constantes preocupaciones.

Él manifiesta que no presenta conductas antisociales, sin embargo hay que considerar el motivo por el que se encuentra recluido.

NOMBRE: J. G. L. R.

EDAD: 14 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".

Sujeto 8

#### CDS.

Es posible advertir que presenta problemas de depresión, manifestados en preocupación por la opinión que los demás puedan tener de él, sentimientos de culpa, aunque no se observaron problemas de autoestima o pensamientos de muerte. Corroborándolo la puntuación obtenida en el total depresivo 176, encontrándose por encima de la media.

TAMAL.

Presenta algunos problemas de inadaptación personal, tales como descontento consigo mismo y depresión.

En cuanto al ambiente escolar no presenta ningún problema. Manifiesta que se siente insatisfecho con el ambiente familiar en que ha vivido, ya que aunque mantiene una buena relación con sus hermanos, y considera como adecuada la educación que ha recibido de su mamá, opina que su padre es demasiado estricto, hostil y generalmente no le muestra afecto.

ACHENBACK.

Se puede observar que frecuentemente se encuentra triste, presenta dolores de cabeza, náuseas y otros malestares. Manifiesta que no es un joven agresivo ni que presente conductas agresivas.

NOMBRE: O. M. V.

EDAD: 18 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENOREDS "QUINTA DEL BOSQUE".

Sujeto 9.

CDS.

Obtuvo una puntuación de 125 en la escala de total depresivo lo cual indica que esta dentro de la norma. Pero en la subescala de autoestima obtuvo una puntuación de 16 la

cual se encuentra por debajo de la media, lo que indica que presenta una desadaptación consigo mismo, manifestándose a través de timidez, tristeza y desamparo.

TAMAL.

De acuerdo a los resultados obtenidos, tiene problemas de inadaptación personal, ya que está descontento con su persona, es retraído, se siente triste y decepcionado y piensa que los demás son culpables de sus problemas.

Por otro lado, no presenta inadaptación escolar, ya que aunque no le agrada su profesor, si le interesa aprender, realizar sus tareas, asistir a la escuela y le agradan sus compañeros.

En cuanto al factor social su inadaptación se relaciona con su introversión, puesto que es poco sociable y desconfiado en sus relaciones.

Respecto a lo familiar no presentó insatisfacción ni por el clima en su hogar ni en la relación con sus hermano, cabe señalar que solo vive con su padre, ya que su mamá falleció. El estilo educativo de su padre se caracteriza por el afecto y cuidado, así como por la preocupación y ayuda excesiva, no obstante hay un exceso de normatividad y recriminación.

ACHENBACK.

Los resultados indican que es poco sociable, debido a que tiene pocos amigos, pues menciona que no se lleva con otros chicos, prefiere estar solo, se niega a hablar con los demás, es muy reservado y no le gusta que le hagan bromas.

Así mismo se observa que presenta problemas de autoestima, porque siente que nadie lo quiere, que debe ser perfecto y trata de llamar demasiado la atención.

En el factor escolar se observa que no presenta problemas de atención, ni de concentración, sin embargo saca malas calificaciones.

También presenta depresión y ansiedad, pues se siente triste, a la deriva, es nervioso, se siente fatigado y cansado y menciona que le gusta dormir mucho.

Finalmente, cabe señalar que las tendencias antisociales, se caracterizan principalmente por que ataca físicamente a la gente.

NOMBRE: J. E. B. A.

EDAD: 17 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE". 61

Sujeto 10.

TAMAI.

Los resultados obtenidos en esta prueba, permiten identificar que presenta un alto grado de desajuste personal, caracterizado principalmente por una autoestima negativa, sentimientos de tristeza y autocompasión.

Por otro lado, en cuanto al factor de inadaptación escolar, no presenta problemas puesto que al parecer le agrada estudiar y es disciplinado, aunque en ocasiones muestra poco interés por el aprendizaje.

En el factor de inadaptación social, muestra grandes dificultades porque su comportamiento tiende a estar desajustado con la realidad por su agresividad y el incumplimiento de las normas sociales.

Finalmente, en cuanto al factor familiar no manifiesta insatisfacción respecto al clima familiar ni en la relación con los hermanos aún a pesar de la discrepancia educativa de sus padres principalmente en restricción y marginación afectiva, y se advierte por último que la información es contradictoria fundamentalmente en el aspecto social.

#### ACHENBACK.

Tomando en cuenta los datos, se advierte que es un chico que se deprime y experimenta ansiedad con gran facilidad dado que manifiesta sentir soledad; nadie lo quiere, se preocupa mucho y se considera a sí mismo como temeroso o ansioso, cohibido o avergonzado; así como desconfiado y deprimido.

También presenta problemas de pensamiento y de atención, ya que por un lado expresa que tiene obsesiones, ideas extravagantes y conductas extrañas; y por el otro se muestra con problemas de concentración, impulsivo, nervioso y que muy frecuentemente sueña despierto.

No siente culpa de portarse mal, prefiere juntarse con muchachos más grandes, huye de su casa, roba fuera del hogar; también mencionó que discute mucho y que le gusta amenazar a la gente.

NOMBRE: A. C. V.

EDAD: 17 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".

Sujeto 11.

CDS.

Los resultados obtenidos en este cuestionario indican que es una persona capaz de experimentar y expresar sentimientos de ánimo y alegría y que no presenta sentimientos de culpabilidad ni preocupación por la muerte.

Sin embargo se advierte una tendencia hacia la depresión, pues rebasa el promedio en los factores que se refieren a una baja autoestima y problemas de interacción social. Observándose una alta puntuación 157 en total depresivo, lo que indica que se encuentra por arriba de la media.

TAMAI.

La aplicación de esta prueba permite establecer que presenta algunas dificultades de adaptación personal tales como infravaloración, descontento consigo mismo y tendencia a la somatización de sus problemas, así como una elevada exaltación de sus capacidades, no obstante, se encuentra dentro de la media en los factores que se refieren a timidez y depresión.

En lo que respecta al factor de inadaptación escolar, Angel se encuentra dentro del promedio, ya que no presenta problemas de indisciplina, aversión al profesor, motivación o baja laboriosidad, aunque manifiesta descontento por la institución

Por otra parte, debe señalarse que las puntuaciones obtenidas en la mayor parte de los elementos que conforman el factor de inadaptación social, se ubican dentro de la norma.

Finalmente, es posible decir que el menor se encuentra satisfecho con su familia, la cual esta conformada únicamente por él y su mamá, ya que es hijo único y no conoce a su padre.

ACHENBACK.

A partir de los resultados obtenidos en este cuestionario es posible decir que se trata de un joven retraído ya que es muy reservado. Prefiere estar solo la mayor parte del tiempo.

Se pone de mal humor cuando no lo obedecen o alguien lo provoca. Es posible advertir que Angel es una persona que presenta problemas de autoestima ya que generalmente se autodesaprueba.

NOMBRE: F. C. S.

EDAD: 16 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".

Sujeto 12.

CDS.

De acuerdo a la información proporcionada, se advierte que se deprime muy fácilmente puesto que experimenta mucha tristeza; también presenta problemas sociales pues tiende a aislarse de los demás chicos.

Por otro lado, el menor manifiesta una baja autoestima pues se siente incapaz y con falta de cariño.

Por último se identificó que experimenta sentimientos de culpabilidad así como preocupaciones por la muerte o enfermedad. Manifestándose en la puntuación obtenida en total depresivo 167, lo que indica que esta por arriba de la media.

TAMAI.

Los resultados obtenidos en esta prueba permiten identificar que presenta insatisfacción propia y con la realidad, sin embargo es poco tímido.

Por otro lado en cuanto al factor de inadaptación escolar el menor no presenta problemas de aprendizaje ni insatisfacción por la institución, profesores y compañeros, así como de motivación.

En el factor de inadaptación social, denota una restricción social caracterizada por una actitud hostil hacia los otros, así como por una tendencia a aislarse o a relacionarse con poca gente, aunque en ocasiones es tranquilo y acata las normas sociales.

ACHENBACK.

Tomando en cuenta los datos proporcionado , se advierte que es un chico retraído puesto que le agrada estar solo y se niega a hablar; además de que es reservado así como tímido e introvertido.

También presenta problemas de ansiedad y depresión. Le gusta juntarse con muchachos que suelen meterse en problemas, no siente culpa después de haberse portado mal y malhumorado.

NOMBRE: C. A. S. L.

EDAD: 18 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".

Sujeto 13.

CDS.

En algunos momentos es una persona alegre y feliz y en otros no, además, con algunas personas suele establecer buenas relaciones. Llega a tener sus momentos en los cuales se llega a aislar de todos, así mismo, suele pensar en la muerte y se otorga un valor importante al tratar de sentirse mejor consigo mismo y con los demás. Esto se verifica con la puntuación obtenida en total depresivo 121, encontrándose dentro de la norma.

TAMAI.

No se encuentra bien consigo mismo y con los demás, por lo regular siempre esta viviendo con culpas y miedo.

Por otro lado su relación con sus hermanos y su padre es buena, sin embargo, le incomoda que su madre en ocasiones no se preocupe por él y lo haga quedar mal ante otras personas, a pesar de que ella la mayoría de las veces le muestra afecto y cuidado.

ACHENBACK.

Es una persona nerviosa y tensa que suele presionarse consigo mismo, sintiendo que debe ser perfecto, además siempre se encuentra triste y deprimido, es tímido e introvertido y por lo regular le gusta estar solo. Su salud física no es muy buena, pues frecuentemente tiene náuseas, dolores de cabeza y ha pensado en suicidarse.

Por lo general suele jugar con niños más chicos que él, aunque algunos lo suelen molestar con frecuencia.

Tal vez el hecho de que demande tanta atención lo lleva a cometer actos de vandalismo, gritar y molestar.

NOMBRE: C. O. G.

EDAD: 17 años.

DELITO: Homicidio.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MENORES "QUINTA DEL BOSQUE".

Sujeto 14.

CDS.

En éste cuestionarios manifiesta aislamiento, soledad y dificultades en su interacción social, sentimientos de inadecuación, inutilidad, falta de cariño, poca autoestima y desamparo. También presenta preocupación por enfermarse o morirse, así como pensamientos suicidas, de culpabilidad y de irritabilidad, que son factores que pueden propiciar que sea una persona deprimida. Obteniendo una puntuación en total depresivo de 116, lo que quiere decir que se encuentra dentro de la norma.

TAMAI.

Se pudo observar que tiene una buena adaptación personal, escolar y social, no existe insatisfacción familiar ni con sus hermanos.

Por otro lado la educación que le dan sus padres es inadecuada, ya que algunas veces lo tratan con mucho amor, cuidado y tratando de darle autonomía y libertad, pero otras veces lo tratan con seriedad, castigo, rechazo, abandono y falta de comunicación y afecto.

## CONCLUSIONES.

De acuerdo al propósito de esta investigación, se observó que en la población de homicidas solo se presentan dos niveles de depresión alto y dentro de la norma, y la población de robo presento diversos niveles de depresión, es decir, se distribuyeron en altos, dentro de la norma y bajos, éste último caracterizándose por sentimientos de autodevaloración, ansiedad, tristeza y aislamiento. Observándose en ambas poblaciones que sobresale el nivel alto en depresión, por lo que se puede decir que éste fue un rasgo característico de la población estudiada. Aunque hay que señalar que dentro de este nivel los sujetos presentan tendencias suicidas, aislamiento social, sentimientos de culpa y problemas psicosomáticos.

Los resultados encontrados ponen de manifiesto la relación que existe entre conductas antisociales y la depresión, así como también lo demuestran los estudios realizados por Hirose (1979), Benezech (1993) y Malmquist (1995), Es decir se ha visto que los delincuentes presentan depresión, pero no siendo el tipo de delito el principal desencadenador de ésta, sino uno más de los diversos factores que intervienen, entre los que se encuentran: abuso de drogas y alcohol, historia de abuso sexual durante la infancia, pertenecer a una pandilla, ser reincidentes y tiempo de encarcelamiento. Mismos puntos que se observaron en la investigación de P. Fernández (2001).

Dentro de los rasgos donde se encontraron similitudes entre nuestra investigación y los estudios empíricos revisados, como la de Tang, Sun, Li, Fang y Fan (1999), que influyen en la personalidad de los menores infractores, están los siguientes:

- Provenir de familias disfuncionales, donde la relación con los padres y hermanos no es muy cercana, ni cordial.
- Introversión, dificultad para relacionarse con las demás personas y desconfianza social.
- Molestias corporales, somatización, trastornos de sueño.
- Insatisfacción con su ambiente y con las actividades que realiza.

- Baja autoestima.
- Tendencias suicidas.
- Sentimiento de recelo y hostilidad hacia a aquellas personas que representen autoridad.

A lo largo del capítulo 2 se desarrollo lo referente a la delincuencia, en donde cabe destacar los siguientes puntos: la delincuencia es una conducta aprendida que se acompaña con problemáticas emocionales; las problemáticas que los delincuentes presentan son provenir de una familia disfuncional, pobres relaciones interpersonales, pocos logros educativos y el rechazo de otros individuos; el adolescente puede desarrollar conductas delictivas al sentirse desvalorizado socialmente, al aliarse con otros individuos en busca de una identidad y al tener frustraciones graves que afecten en su vida; no se puede decir correctamente cual es la principal causa de la delincuencia, ya que son muchos los factores que influyen para que un individuo desarrolle conductas delictivas, por lo que se han desarrollado diferentes modelos para explicar este tipo de conductas.

En la población analizada en este trabajo se observo que la mayoría de los sujetos presentan algunas de estas características como lo son: poco logro educativo, escasa relación con demás individuos, mala relación con su familia o vivir con un solo progenitor.

Así mismo a través de las pruebas aplicadas se observaron diferentes características en las poblaciones, como lo son que la población de homicidio presentó un alto puntaje en indisciplina a diferencia de robo, de igual forma son más hostiles, presentan una desvalorización de sí mismos y de su realidad, así como manifestar sentimientos de culpa.

Mismos factores que propician que sean más susceptibles de presentar un nivel alto de depresión.

La depresión interfiere notablemente con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio y las rutinas diarias, además dificulta las relaciones con los demás. La característica principal de la depresión es la alteración desfavorable del clima emocional

y la baja en el estado de alerta. La tensión, la ansiedad y los sentimientos de culpa también son frecuentes. Se trata de un conjunto de sensaciones, vivencias y percepciones internas desagradables, dolorosas y paralizantes. La depresión puede llegar a limitar casi todas las posibilidades de disfrutar de la vida.

La depresión es una experiencia subjetiva única e individual que no puede ser compartida por ninguna otra persona. Por otra parte la depresión también va acompañada de determinados síntomas y conductas que integran el cuadro clínico. Hay tres razones por las que la depresión de una persona es diferente de la de cualquier otra:

- 1.- Cada organismo humano y cada personalidad son únicos e irrepetibles. Existen diferencias genéticas relacionadas con el sexo, la raza y la familia. Las diferencias individuales se dan a nivel del funcionamiento de las estructuras cerebrales, como también a nivel de los ritmos biológicos e impulsos básicos. Los rasgos de personalidad de cada individuo son distintos, como lo es su voz, el modo de andar y las maneras de sentir y de pensar.
- 2.- Los entornos sociales de cada país son muy distintos, como lo son las condiciones económicas, familiares, de trabajo, etc. de cada individuo. Algunos acumulan mayor angustia económica, enfermedad, maltrato, opresión, incompreensión, accidentes, etc. A medida que alguien se ve expuesto a mayor número de eventos presionantes y cuenta con menos apoyo, aumenta el riesgo de que sufra una depresión, o algún otro padecimiento emocional.
- 3.- El modo en que se reacciona o deja de reaccionar en circunstancias adversas, ante acontecimientos lamentables o trágicos, y ante la propia presión es muy diferente. Algunos muestran lo mejor de sí mismos y luchan por salir adelante, mientras que otros se abandonan al destino y se dejan hundir fácilmente.

Las depresiones se deben a combinaciones distintas de una serie de factores que influyen de diverso modo en un individuo determinado: algunos factores genéticos y una baja en la

salud del organismo pueden ser importantes; además, muchas presiones y circunstancias del ambiente lo desgastan y contribuyen a la depresión.

La depresión existe y ha sido estudiada a partir de las aproximaciones más diversas desde hace más de dos mil años. Como ya se discutió en el capítulo 3, existen diversos enfoques que tratan este tema, de los cuales cabe destacar: el psicodinámico, conductual y el cognoscitivo, ya que en la actualidad son los más utilizados, debido a que dentro de la psicología estas teorías han tenido un mayor desarrollo en sus conceptos.

La diferencia entre las tres aproximaciones ya mencionadas, radica en los principios de los que cada una parte para explicar el fenómeno de la depresión. Lo fundamental es la congruencia que debe existir en el interior de cada disciplina. Es decir, el establecimiento de vínculos entre los datos conocidos y la estructura formal de la cual son base, unificados en el marco de un sistema teórico. Por lo que el uso de cada modelo va a depender de la postura teórica de cada psicólogo.

Hemos mencionado ya la multiplicidad de causas que favorecen el desarrollo de conductas infractoras en los menores, donde el comportamiento antisocial es quizá el único medio disponible de algunos jóvenes para satisfacer profundas necesidades humanas. La posibilidad de empleo y salario remunerado, las limitaciones individuales y económicas para el aprendizaje; el impacto de los medios de comunicación masiva; la desintegración familiar, la falta de descansos creativos, la deficiente aplicación de la justicia, son algunos de los patrones que oscilan sobre el mundo de los menores y según sea la resistencia y capacidad para superar la influencia de los factores negativos, harán de él un ser de provecho o engendrarán menores infractores.

En consecuencia, los servicios de prevención y readaptación deben ir dirigidos a evitar mayores formas de inadaptación social y familiar, para lo cual se deben ordenar los ambientes y crear las actividades necesarias, encaminadas a reducir las causas que originan

la conducta infractora, es decir, si los menores necesitan crecer recibiendo afecto, seguridad y cuidados, serán instrumentos preventivos brindarles esas condiciones.

Pero debe señalarse que la conducta delictiva es un problema social no solamente porque se expresa en conductas sancionadas, sino también porque en ella gravitan las condiciones en que se desarrolla la vida de los niños: miseria, subalimentación y en consecuencia, continuas frustraciones. Los diferentes sistemas socioeconómicos producen determinadas conductas delictivas. Es necesario para estudiar a los menores infractores, analizar su medio ambiente al que no se adapta y hacer un estudio del menor. El primer paso consistiría en hacer un análisis del medio ambiente, social y de cualquiera de sus posibles rasgos distintivos.

La etiqueta de desadaptación puede considerarse desde tres puntos de vista:

- Incapacidad de los menores para adaptar su comportamiento a las condiciones del medio.
- El menor con retardo en el desarrollo que le incapacita para enfrentarse correctamente a las exigencias del medio.
- El aprendizaje de conductas antisociales que impiden interacciones personales adecuadas.

## **SUGERENCIAS PARA ESTUDIOS POSTERIORES.**

Dentro de las propuestas a las que se llego con esta investigación son las siguientes:

- 1.- La conducta delictiva no es en sí el problema sino que es el resultado de un proceso histórico social; contextualizada por aspectos culturales, familiares y sociales.

- 2.- Es necesario que se incorpore a tratamiento a las familias de los menores infractores y que al hacerlo se concientice a éstas de los problemas que puede tener para que transpelen lo que se les enseña dentro de la vida familiar. Es necesario esta concientización ya que la mayoría de las familias se les detecta algún problema, pero ellos no lo aceptan.
- 3.- Enseñar a los padres la importancia de llevar una disciplina consistente.
- 4.- Propiciar la integración familiar, incorporando a todos los integrantes en actividades que lleven a cabo conjuntamente para que las personas que casi no se involucran en la familia, pasen más tiempo en casa y asuman actitudes que les den a los demás integrantes seguridad, confianza y apoyo.
- 5.- Concientizar a los padres de la responsabilidad y funciones que la sociedad les asigne.
- 6.- Concientizar a los profesionales que laboran dentro de la institución de las responsabilidades que asumen al estar en contacto con esta población.
- 7.- Capacitar al personal en cuanto al trabajo que va a desempeñar en la institución y realizar un plan de trabajo a nivel institución para no improvisar.
- 8.- Sensibilizar al área jurídica de que esta tratando con un individuo en desarrollo, con posibilidades de realización y no solo con un caso en el que se tiene que determinar culpabilidad o inocencia.
- 9.- Que el psicólogo funcione no solo como orientador sino como terapeuta, ya que es la función que le demanda la sociedad y la institución.
- 10.- Que los programas de readaptación no estén basados solamente en actividades, culturales, deportivas y sociales, sino que abarquen aspectos más personales, que permitan tratar o detectar problemas como la depresión, para así lograr una adecuada reinserción social de los menores infractores.
- 11.- La utilización de otros instrumentos de valoración

Es importante conocer el contexto social, cultural y familiar en el que se desenvuelve el individuo que se quiere readaptar a un sistema, y el funcionamiento de las instituciones que se encargan de él y en nuestro caso la forma en que el psicólogo funciona, para planear intervenciones acordes a su cultura, nivel económico y contexto social y así responsabilizarse de los individuos que la sociedad deja bajo su tutela

## REFERENCIAS.

- Abely, P. (1970). **El culpable ¿Es un enfermo o un pecador?**. Desclée de Brower, Buenos Aires.
- Abrahamsem, D. (1976). **La mente asesina**. Fondo de Cultura Económica, México.
- Alonso, F. (1991). **Psicología del terrorismo**. Biblioteca Médica de Bolsillo, España.
- Amara, G. (1987). **La violencia en la historia**. Trillas, México.
- Angulo, A. F. (1993). **Una propuesta para disminuir la depresión en pacientes infectados por HIV o enfermos de SIDA**. Tesis ENEP- I, UNAM.
- Aricti, S. Y Bemporad, J. (1993). **Psicoterapia de la Depresión**. Paidós, México.
- Beck, T. A., Rush J. (1983). **Terapia Cognitiva de la depresión**. Editorial Desclée de Brower. Bilbao.
- Benczech, M. (1993). **Depression and crime: A review of the literature and original observations**. Annales Medico-Psychologiques. Vol 149(2), 150-165.
- Bromberg, W. (1980). **Crisol del crimen: Estudio Psiquiátrico del crimen**. Morata, Madrid.
- Castillo del Pino, C. (1974). **Un estudio sobre la depresión**. Fundamentos de antropología dialéctica. Editorial Península, Barcelona.
- Chazel, J. (1978). **La infancia delincuente**. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Ceballos, E (1975). **Historia Universal de la tortura**. Editorial Posada, México.
- Cidade, D. (2000). **Human violence and prison inmates: A psychological study**. Journal Article. Universidad luterana do Brasil.
- Craig, G. J. (1994). **Desarrollo psicológico**. Prentice-Hall Hispanoamericana, México.
- Dawson, C. (1961). **Dinámica de la historia universal**. Editorial Rialp, España.
- Eronen, M.; Hakola, P.; Tiihonen, J. (1996). **Factors associated with homicide recidivism in a 13 year sample of homicide offenders in Finland**. Psychiatric Services. Vol. 47(4), 403-406.
- Fernández, P. J. (2001). **Incarcerated adolescents and young adults. Examining gang membership status, type of crime committed, offense history, and length of**

- incarceration as predictors of depression. Sciences & Engineering. Vol. 61 (8-B). Mar, US: Univ. Microfilms International.
- -Fisch, R; J.H. Weakland; L. Seagal (1994). *La táctica del cambio*. Editorial Herder, Barcelona.
  - Foucault, M. (1984). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores, México.
  - Funes, J. (1991). *La nueva delincuencia juvenil*. Editorial Paidós, Barcelona.
  - García, M. M.(1986). *Depresión y desamparo aprendido*. Tesis, ENEP-Iztacala, UNAM.
  - García, R. (1995). *Depresión y desamparo aprendido*. Tesis inédita, México,D.F. Carrera de psicología, UNAM; Campus Iztacala.
  - Garrido, G. V. (1990). *Pedagogía de la delincuencia juvenil*. Ediciones CeaC, Barcelona.
  - Grolier, (1982). *El libro del año de 1982*. Editorial Cumbre, México.
  - Hershman, J.; Lieb, J. (1994). *A brotherhood of tyrants: maniac depression & absolute power*. Amherst, N. Y. US: Prometheus Books.
  - -Heysenck, J. (1976). *Delincuencia y Personalidad*. Marova, Barcelona.
  - Kanfer, F.H. (1980). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. Editorial Trillas, México.
  - Kazdin, A. E. (1978). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Editorial Manual Moderno, México.
  - Kazdin, A. E. (1988). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*. Ediciones Martínez Roca, España.
  - Kendel, P. (1988). *Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. Editorial Limusa, México
  - Laurinni, M. (1993). *Nota Roja 80's*. Editorial Diana, México.
  - López Rey, M. (1981). *Criminología*. Editorial Herder, Madrid.
  - Malmquist, C. (1990). *Depression in homicidal adolescents*. Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law. Vol 18(1), 23-26.

- Malmquist, C. (1996). Depression and homicidal violence. *International Journal of Law & Psychiatry*. Vol 18(2), 145-162.
- Marchiori, H. (1983). Psicología de la conducta delictiva. Editorial Pannedille, Buenos Aires.
- Mendels, J. (1989). La depresión. Herder, Barcelona.
- Morris, C. (1989). Psicología un nuevo enfoque. Ed. Prentice Hall, Madrid.
- Mussen, Conger y Kagan (1983). Desarrollo de la personalidad en el niño y en el adolescente. Trillas, México.
- Myerss, B. G. (1983). Como es el adolescente y cómo educarlo. Editorial Paidós.
- Navarro, A. R. (1992). Psicoterapia depresiva: humanismo conductual para recuperar la alegría de vivir. Editorial Trillas, México.
- Norberto, S. G. (1997). Algunos modelos sobre depresión desde la perspectiva cognitivo-conductual. Tesis ENEP-I; UNAM.
- Phares, J. (1992). Psicología clínica: conceptos, método y práctica. Manual Moderno, México.
- Pinel, F. Tratado Médico-Filosófico de la enajenación del alma o manía. Madrid, 1804, Traducción del Dr. Luis Guarneiro y Allavena, Edición Facsimilar realizada por el Dr. Dionisio Nieto, México, Pág. 56.
- Polaino, L.A. (1988). Las depresiones infantiles. Ediciones Morata, Madrid.
- Pérez, A. (1977). La criminología humanística. Porrúa, México.
- Programa de prevención del delito(1997). Sistema Nacional de Seguridad Pública. Secretaría de Gobernación, México.
- Rathi, S.; Rai, C.G. (1989). Age, socio-economic status and socio-psychological characteristics of criminals. *Journal of Personality & Clinical Studies*. Vol 5(2), 189-193.
- Rehm, L.P. (1991). Métodos de autocontrol. En Caballo, V.E. Manual de técnicas de Terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI, España.
- Resten, R. (1963). Caracterología del criminal. Miracle, Barcelona.
- Rico, M. J. (1977). Crímen y justicia en America Latina. Siglo Xxi Editores México.

- Ríos, S. R.; Nabor, C. M. (1986). **Detección y evaluación de los problemas del adolescente: La delincuencia como un ejemplo.** Tesis ENEP-I, UNAM.
- Rosembaum, M.; Bennett, B. **Homicide and depression.** American Journal of Psychiatry. Vol 143(3), 367-370.
- Saranson, I. (1990). **Psicología anormal.** Editorial Trillas. México.
- Szabo, D. (1980). **Criminología y Política en materia criminal.** Siglo Veintiuno, México.
- Tang, H; Sun, Y.; Li, C.; Fang, M.; Fan, G. (1999). **Clinical feature and psychopathology of depressive patients involved in homicide.** Chinese Mental Health Journal. Vol. 13(2). 123-125.
- Von Henting, H. (1960). **Estudios de Psicología Criminal.** Espasa-Calpe, Madrid.
- Wuidart, Y. (1991). **La depresión nerviosa.** Ediciones Mensajero, España.
- Zaldívar, M; Zavala, G. (1993). **Estudio de la estructura familiar mexicana y su influencia en el desarrollo de conductas delictivas en un grupo de internos del reclusorio preventivo varonil oriente durante el período de noviembre 1991-mayo 1992.** Tesis ENEP-I, UNAM.

**APENDICE.**

## SINTESIS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN GENERAL.

### **Evaluación de los efectos en el ambiente social, psicológico y familiar del menor involucrado en hechos antisociales: un acercamiento hacia la víctima y el acusado.**

Esta investigación tiene la bondad de estudiar la forma en que se altera tanto la dimensión motora como cognoscitiva en los ámbitos social, psicológico y familiar del menor implicado en un hecho antisocial. La primera se evaluará por medio de observar los productos permanentes que deje la conducta en el medio en donde se desarrolla el individuo, así como también de un autoreporte proporcionado por el sujeto y sus tutores. En cuanto a la dimensión cognoscitiva se evaluará utilizando instrumentos de autoinforme.

En lo que se refiere a los ámbitos social, psicológico y familiar se tienen las siguientes características:

#### **Delimitación del ámbito social:**

El estudio del ámbito social empírico de la antisocialidad ha sido enfocado de diversas formas, principalmente se ha dirigido a buscar variables atributivas, ya que en diversos estudios se han encontrado variables que tienen efectos marcados en el índice de ocurrencia de conductas antisociales. Como lo muestra Feldman (1993) quien señala que la tasa de crímenes se presenta en una edad comprendida entre los 17 a 20 años, así como también que es seis veces mayor en hombres que en mujeres.

Otra forma de estudiar el ámbito social ha sido el observar la influencia que tienen los contactos sociales del individuo con su ambiente y sus semejantes para que aparezcan conductas antisociales. Como lo demuestra Tolan (1988) quien evaluó la forma en que cuatro tipos de estrés social: cohesión familiar descada, rencillas cotidianas, eventos trascendentales de la vida y cambios en el desarrollo se relacionan con los niveles de conducta antisocial. Los resultados indicaron que los cuatro factores correlacionados significativamente con la conducta antisocial.

#### **Delimitación del ámbito psicológico:**

En cuanto al ámbito psicológico, se han hecho estudios para ver las alteraciones que presenta una persona, que pueden ser ligeros hasta graves. Uno de ellos es el de Watson, Kucala, Manifold; Juba y Vassar (1988), que buscaban encontrar evidencias para apoyar una de dos hipótesis sobre el desarrollo de desórdenes de estrés post-traumáticos. La primera hipótesis desarrollada por Figley dice que estos son causados por la exposición a

un trauma y que permanecen por largo tiempo. La segunda realizada por Worthigton sostiene que los síntomas de los desórdenes de estrés tienen por lo común una vida corta y sólo son a largo plazo si hay una personalidad pre-traumática débil. Los resultados se inclinaron por esta última aunque no fueron concluyentes, pero sí queda claro que una situación traumática o estresante fuera de lo común tiende a producir desajustes en la personalidad del individuo.

Otro punto de vista psicológico para entender la conducta antisocial la del interaccionismo simbólico que de acuerdo con Laurrauri (1992) dice que lo que rige el comportamiento no es la norma social sino la interpretación que el individuo realiza de determinadas situaciones y actuaciones del otro. Así mismo Matsueda (1992) menciona que todo acto antisocial confluyen tres componentes, el primero es la imagen que la gente tiene de una persona, el segundo corresponde a la imagen que la persona cree que la gente tiene de él, y en tercero la imagen que el sujeto tiene de sí mismo. Así estos componentes se unen en una interacción simbiótica para dar origen a determinados desajustes psicológicos que aparecen luego de verse implicado en actos antisociales.

Delimitación del ámbito familiar: finalmente en cuanto al ámbito familiar se han abordado investigaciones para ver como influyen los estilos interactivos en la manifestación de desórdenes conductuales, como lo es la de Lytton (1990), en la cual se observó que los estilos interactivos irascibles en los padres propician la aparición de desórdenes conductuales en sus miembros y más en los menores; y si hay un mejoramiento en los estilos interactivos se produce la reducción de los problemas en los niños.

Sin embargo no sólo los estilos interactivos familiares tienen efecto en la conducta de los menores, sino también influye el que éstos hayan estado involucrados en un hecho antisocial, como lo demuestra Kroupa (1988) quien evaluó el grado de aceptación de los padres por parte de los menores, encontrando que éste es afectado grandemente por la condición jurídica en la que se encuentra el menor, ya que mujeres encarceladas cuya edad promedio fue de 16.4 años, manifestaron tener una imagen mucho más negativa de sus padres que las no encarceladas.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Esta investigación tiene como propósito principal conocer cuales son los efectos que ocurren en el ámbito social, psicológico y familiar del menor, al momento en que éste se ve implicado en un hecho antisocial, ya sea que en dicho evento haya tenido el papel de víctima o de acusado, así como también, analizar la forma en que dichos efectos evolucionan en función del tiempo.

## METODOLOGÍA.

Tomando en consideración los objetivos, la metodología que se utiliza en esta investigación es muy polifacética, ya que se requiere diseñar una estrategia que permita lograr los objetivos, como consecuencia de esto, se optó por recurrir al diseño de cohortes tal y como se hace en la investigación longitudinal en el caso de esta investigación la unidad de análisis que se utiliza es de tipo repetitiva, en la cual se definen los conceptos y se identifican claramente los sujetos en los que se observa el fenómeno. La forma en que se conformará la muestra de la unidad repetitiva de este estudio de la cohorte de menores acusados será a través de los sujetos que participen en un hecho antisocial y sean remitidos a las Agencias Especializadas en Asuntos del Menor e Incapaces Dependientes de la Procuraduría del Distrito Federal. En cuanto a la conformación de esta unidad repetitiva de la cohorte de menores se hará a través de cuatro canales

El primero consistirá en todas aquellas víctimas menores cuyos nombres y domicilios hayan quedado registrados en la averiguación levantada en la Agencia especializada. El segundo canal será a través de los menores que hayan sido remitidos, por haber sido víctimas de algún delito. El tercer canal, lo constituirán los menores que asistan a los distintos locales del PIAV (Programa Interdisciplinario de Apoyo a Personas Violadas). Y el cuarto canal, lo formarán los menores que asistan a la UEPI (Unidad de Evaluación Psicológica Iztacala) para someterse a una evaluación psicológica y que haya sido víctima de algún delito.

El tiempo considerado para formar la muestra de la unidad de análisis repetitiva, tanto de víctimas como de menores acusados será de dos años.

La forma de como se plantea obtener la información de esta investigación esta ligada con la naturaleza longitudinal de los fenómenos de las ciencias sociales y de la conducta. Por lo que esta investigación de antisocialidad en menores se centrará principalmente, en el estudio exhaustivo del proceso seguido por dicho fenómeno, observando en diferentes momentos en el tiempo e identificando el patrón histórico seguido por los diferentes estados de transición.

Se definieron tres cohortes, que permitirán hacer comparaciones entre ellas y que al mismo tiempo proporcionen información sobre los diferentes estados de transición por los que atraviesa el ámbito social, psicológico y familiar del menor que se involucra en un acto antisocial. En el primero se incluirán a aquellas personas que en un área geográfica delimitada poblacionalmente hayan experimentado en un período de tiempo determinado el mismo evento en su vida. Como este estudio esta interesado en las víctimas y acusados menores de un acto antisocial se definieron dos cohortes, uno para cada muestra de sujetos, a estos dos cohortes se les asigno el nombre genérico de expuestas, dado que estarán constituidas por individuos que hayan sido participes de un hecho antisocial. La cohorte control o no expuesta, estará constituida por menores que no hayan estado implicados en ningún acto antisocial que haya sido del conocimiento de las autoridades. Las variables de

equiparación serán sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo y tipo de familia de donde proviene.

La medición de los ámbitos social, psicológico y familiar de los menores tanto de los expuestos como de los no expuestos, se realizará en tres momentos diferentes en el tiempo. La primera fase comprende el momento inicial en el que se realizará la evaluación de los ámbitos social, psicológico y familiar del menor, y corresponde al instante en que es remitido por alguno de los cuatro canales, en donde se recolectará la información. La segunda fase, corresponde a la segunda evaluación de los tres ámbitos, que se llevará a cabo tanto en las cohortes expuestas como en las cohortes no expuestas después de haber transcurrido seis meses desde la primera evaluación. Y la tercera fase, corresponde a la tercera evaluación de los ámbitos social, psicológico y familiar del menor que se llevará a cabo tanto en las cohortes expuestas como en las no expuestas, después de haber transcurrido un año desde la primera evaluación realizada.

La evaluación de los ámbitos social, psicológica y familiar del menor involucrado se hará a través de autoreportes y autoinformes, así como también por los productos permanentes que dejen en el ambiente la conducta de los menores.

Para la evaluación del ámbito social del menor se utilizarán dos inventarios, uno es el Cuestionario de Adaptación para Adolescentes de Bell (1991) y el otro es el Cuestionario A-D (Conductas Antisociales Delictivas) de Seisdedos (1988). El primer cuestionario permite obtener cuatro medidas de adaptación personal y social, que son: adaptación familiar, a la salud, social y emocional. El Cuestionario A-D de Seisdedos, consta de cuarenta elementos que miden dos dimensiones del comportamiento humano: la conducta antisocial y las conductas delictivas graves.

El ámbito psicológico del menor se evaluará con un inventario desarrollado por Achenback (1991). El cual proporciona información sobre diversos aspectos de la personalidad de menores entre 4 y 18 años, tales como esquizofrenia, depresión, conductas obsesivo-compulsivas, conductas somáticas-compulsivas, retraimiento, hiperactividad, agresión y conductas delictivas.

Por último, el ámbito familiar se evaluará a través de la escala de clima familiar de Moos, Moos y Trickett (1989). La cual tiene tres escalas: la de relaciones, la de desarrollo y la de estabilidad. Cada una de ellas esta constituida por tres dimensiones: que son la de cohesión, expresividad y conflictos; mientras que la subescala de desarrollo incluye la autonomía, la actuación, la intelectual cultural, la social recreativa y la moralidad religiosa. La tercera subescala corresponde a la estabilidad, que incluye dos dimensiones que son la de organización y control.

A través de estos cuatro inventarios o instrumentos de autoinformes se pretende evaluar la manera en que se producen los cambios en lo social, psicológico y familiar en la persona del menor, como producto de estar implicado en un hecho antisocial.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

165

## ANÁLISIS DE DATOS.

En esta investigación se tiene contemplado realizar análisis de datos que tomen en cuenta las propiedades cualitativas transversales y longitudinales de la información que se recabe del ámbito social, psicológico y familiar de los menores. El análisis cuantitativo que se realizará seguirá tres direcciones: la primera comprenderá todas las técnicas cuantitativas encaminadas a proporcionar un perfil social, psicológico y familiar del menor, a partir de la información obtenida en la entrevista inicial. Una segunda dirección contemplará la propiedad transversal de la información obtenida y estará dirigida a encontrar cuales son las diferencias significativas que existen entre cohortes en los tres ámbitos ya mencionados.

Se aplicarán modelos unifactoriales y multifactoriales de la varianza tomando como variables control, variables atributivas tales como: sexo, nivel socioeconómico, edad, nivel educativo, familia de procedencia, etc. En cuanto a la búsqueda de diferencias significativas en los tres momentos de evaluación y las variables atributivas se utilizarán modelos MANOVA, que contemplen la comparación de un factor repetitivo o intra de los datos.

En cuanto a la tercera dirección el análisis más pertinente es la aplicación de modelos cuantitativos de tendencia lineal y no lineal, o el polinomial, ya que estos únicamente requieren de dos a tres periodos de observación, que corresponderán en este caso a las tres evaluaciones que se realizaron (al inicio, seis meses y un año después), en cada cohorte.