



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“NORMALIZACIÓN DEL INVENTARIO DE  
DEPRESIÓN DE BECK  
EN UNA POBLACIÓN PENITENCIARIA DE SEXO  
MASCULINO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA:

SARA SELINA SANTAMARÍA SÁNCHEZ

DIRECTOR: LIC. ANGEL GABINO CASALES LEON  
REVISOR: LIC. JUANA ESTELA CORDERO BECERRA



2005

m343850



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.

... internacional.  
Sara Jelina  
Santamarta Sánchez  
05 de mayo de 2005.  
A.

## **A G R A D E C I M I E N T O S**

**A mi padre Antonio Rogelio Santamaría Ramírez †**

Porque siempre creíste en mí,  
por fortalecerme con tan sabias palabras  
en el momento indicado,  
porque nunca me abandonaste.  
Siempre estarás en mi corazón.

**A mi madre Maria Rosalía Sánchez Cabrera**

Por tu apoyo, comprensión y paciencia,  
por tu ejemplo y fortaleza,  
por haberme dado la oportunidad de vivir.  
con emoción comparto contigo uno de tantos gozos.

**A ambos**

Por su amor y apoyo incondicional,  
agradezco su confianza y motivación  
para alcanzar mis metas,  
por todo lo que me han brindado  
y que en pocas palabras simplemente  
es difícil describir.  
Los amo.

**A mis hermanos Said, Shaadi, Sele y Sheik**

Por el cariño que me han obsequiado  
y por tantas satisfacciones que he disfrutado a su lado.  
Siempre juntos.

**A mis pequeños sobrinos  
Monse, Ixchel, Arcly, Shaadito, Denisse  
y el que está por llegar...**

Por su ternura y cariño.  
Son mi adoración.

**A Rogelio Navarro Romero**

Por tan valiosa compañía y apoyo,  
fomentando en mí seguridad y confianza  
para alcanzar mis objetivos.  
Por tan bellos momentos.  
Te quiero mucho.

**A Floris, Angela, Claudia y Luisita**

Por tan linda y sincera amistad,  
que con el paso del tiempo  
sólo puede ser más sólida.

**A la Universidad Nacional Autónoma de México  
y a la Facultad de Psicología**

Por darme la oportunidad de formarme  
profesionalmente en tan prestigiada casa de estudios.

**Al Lic. Ángel Gabino Casales León**

Por su acertada dirección y dedicación  
para la realización de este trabajo.

**A la Lic. Juana Estela Cordero Becerra**

Por el compromiso y disposición en esta investigación,  
agradezco su asesoría.

**A mis sinodales**

**Lic. Ricardo Díaz Gutiérrez**

**Mtra. Martha Cuevas Abad**

**Lic. María del Rocio Maldonado Gómez**

Por su colaboración, tiempo y profesionalismo  
para concluir este trabajo.

**Al Lic. Fabián Martínez Silva**

Por su valor humano y docente,  
cuya asesoría estadística fue de  
suma importancia.

**A mis compañeros de trabajo**

**Nancy, Librado, Vero V., Isabel, Verónica G.**

**Juan Carlos, Leandro, Claudia, Armando  
y Rogelio**

Por su enseñanza, apoyo y confianza.

**A todos mis amigos**

Por permitirme disfrutar experiencias inolvidables  
y regalarme un gran tesoro, su amistad.

## INDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAP. 1 PERSONALIDAD	1
1.1 DEFINICION DE PERSONALIDAD	2
1.2 TEORIAS DE LA PERSONALIDAD	5
1.3 TEMPERAMENTO Y CARÁCTER	14
1.3.1 PERSONALIDAD ANTISOCIAL	21
1.3.1.1 SISTEMA PENITENCIARIO	31
1.3.1.2. SISTEMA PENITENCIARIO EN MÉXICO	33
RESUMEN	37
CAP. 2 DEPRESION	40
2.1 ANTECEDENTES	41
2.2 ASPECTOS TEÓRICOS	45
2.3 CONCEPTO DE DEPRESIÓN	52
2.3.1 CAUSAS Y SINTOMATOLOGÍA	56
2.3.2 CLASIFICACION	62
2.4 DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN PENITENCIARIA	72
RESUMEN	80
CAP. 3 TESTS PSICOLÓGICOS Y MEDICION DE LA DEPRESIÓN	84
3.1 DEFINICION DE LOS TESTS PSICOLÓGICOS	85
3.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS TESTS PSICOLÓGICOS	87
3.3 ESCALAS PARA MEDIR DEPRESIÓN EN ADULTOS	101
3.4 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	104
3.4.1 FICHA DESCRIPTIVA	106
3.4.2 ANTECEDENTES	106

3.4.3 DESCRIPCION DE LA PRUEBA	108
RESUMEN	110
CAP. 4 METODO	113
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	113
4.2 JUSTIFICACION	113
4.3 OBJETIVO	115
4.4 HIPOTESIS	115
4.5 VARIABLES	116
4.5.1 DEFINICION DE VARIABLES	116
4.6 POBLACION	118
4.7 MUESTREO	118
4.8 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	119
4.9 INSTRUMENTO	120
4.10 PROCEDIMIENTO	124
4.11 ANALISIS ESTADISTICO	122
CAP. 5 RESULTADOS	123
5.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA	123
5.2 PUNTUACIONES OBTENIDAS POR SENTENCIADOS Y PROCESADOS EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB).	129
5.3 NORMALIZACION DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB).	135
5.4 COMPARACIÓN ENTRE LAS NORMAS DE LA POBLACIÓN GENERAL Y LAS NORMAS DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA	137
DISCUSIÓN	139
CONCLUSIONES	145
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	148

ANEXO 1	150
ANEXO 2	152
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	154

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es la normalización del Inventario de Depresión de Beck (IDB) en una población masculina procedente de una institución penitenciaria de alta seguridad. A pesar de que el IDB ha sido previamente estandarizado en población mexicana general, debido a las condiciones de vida especiales en la muestra de estudio, se consideró necesaria la adecuación de las normas. Se realizó un estudio descriptivo y transversal con un diseño cuasiexperimental. La selección de la muestra se llevó a cabo con el procedimiento no probabilístico intencional por cuota, integrando finalmente un grupo general de 210 sujetos masculinos de los que 105 son sentenciados y 105 son procesados con edades de 20 a 60 años. Una vez determinada la muestra se les solicitó contestar el IDB, y con los resultados obtenidos se procedió a elaborar la tabla normativa general (pues no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas de sentenciados y procesados) para la población penitenciaria, tabla que posteriormente fue comparada con los datos normativos aportados por el Prof. Samuel Jurado (1995). Se concluyó que si existen diferencias entre las normas obtenidas en el presente estudio y las de la población general mexicana (Jurado, 1995) considerando que estas diferencias están determinadas por las características de la población de estudio, por lo tanto, es conveniente emplear dichas normas en la población cautiva.

## INTRODUCCIÓN

El hombre por naturaleza es sociable y se caracteriza por su capacidad de poder gozar de un libre albedrío, capacidad que, en algunos casos ha orillado a las personas a que transgredan las leyes que rigen la vida en sociedad, cometiendo algún delito y que por esto, de acuerdo a la legislación punitiva respectiva, se hagan acreedores a alguna pena privativa de la libertad.

La delincuencia representa un problema social de considerables magnitudes, ya que afecta y repercute en los ámbitos social, económico, político y cultural. Las instituciones destinadas a albergar a las personas que han infringido la ley y que se encuentran compurgando una pena privativa de la libertad, cuentan con equipos de trabajo multidisciplinarios que se encargan de elaborar y activar programas de tratamiento y rehabilitación con el propósito de apoyar en la reinserción de dichos individuos a la sociedad. Una de las disciplinas que intervienen en este trabajo es la Psicología, cuya función es apoyar en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los internos, así como proveer servicios de prevención y tratamiento de los problemas de los sujetos y, de esta manera contribuir a mantener la seguridad del ambiente penitenciario (Whittaker, 1985).

El propósito del confinamiento no debe ser el castigar a la persona por sus crímenes sino cambiar su conducta (Pinatel, 1979). El enfermo psiquiátrico prisionero necesita tratamiento, el criminal inhábil y semianalfabeto necesita que se le enseñen habilidades que pueda utilizar para que pueda llevar una vida productiva.

A pesar de que las prisiones tienen como propósito proteger a la sociedad, disuadir y rehabilitar al delincuente, este último tiende a ser cuestionado. Con relación a los programas de intervención, estos no han obtenido un grado satisfactorio de éxito, en lo cual se encuentran implicados una gran variedad de factores tales como la compleja dinámica de la conducta delictiva, el contexto social, cultural y económico que lo enmarca.

Uno de los obstáculos con los que tropiezan los profesionales de la salud mental para la rehabilitación buscada, es que el período de reclusión suele generar en el hombre un desequilibrio biopsicosocial, debido a que se irrumpe de manera abrupta con el modelo y proyecto de vida, el desajuste es causa de las condiciones de encierro y no necesariamente de la comisión del delito (Skinner, 1977).

El aislamiento es un aspecto importante que debe tomarse en cuenta, ya que indica la inevitable necesidad de optar por dejar de lado todo lo que está a su alrededor, sin embargo, esto no es fácil de elaborar, por lo que se experimentan sentimientos de vacío, soledad, falta de identidad y desesperanza, tornándose proclive a caer en algún estado depresivo. De esta manera se impide el poder enfrentar y resolver las situaciones que se le presenten, no logrando adaptarse adecuadamente a las nuevas condiciones de vida en prisión.

Por lo anteriormente descrito, el presente trabajo enfoca su interés en la normalización del Inventario de Depresión de Beck (IDB) por medio de la cual se pueda realizar una rápida y segura valoración clínica de la intensidad del estado depresivo que suele presentar la población penitenciaria y, así poder estructurar estrategias de intervención para el tratamiento de dicho desequilibrio emocional, procurando así, un mejor estilo de vida mediante el apoyo para el desarrollo integral del sujeto y la adecuada adaptación al medio penitenciario.

Debido a que la respuesta depresiva está determinada en gran parte por características de la personalidad en donde se encuentra directamente implicado el temperamento, se destina el primer capítulo a la descripción de los aspectos teóricos de la personalidad, describiendo las características individuales del ser humano que son en conjunto la forma relativamente consistente de relacionarse. Así mismo se considera necesario hacer una distinción entre temperamento y carácter. A partir de dicho sustento teórico se continúa directamente con la personalidad antisocial, rubro que es de interés en el

presente trabajo debido al tipo de población elegida, es decir, población que se encuentra cautiva en un Centro de Readaptación Social. Por lo tanto, se concluye este capítulo haciendo un reseña de los sistemas penitenciarios desde sus inicios hasta la actualidad, abordando objetivos y consideraciones generales, en particular dentro de los sistemas mexicanos.

El segundo capítulo abarca el concepto de depresión sustentándolo mediante los diferentes modelos teóricos y antecedentes de investigación que han participado en la evaluación del estado de ánimo conocido como depresión, aclarando al mismo tiempo los diferentes términos empleados usualmente para la descripción del mismo, ya que estos no hacen referencia clara a las diferencias que presentan los niveles de depresión. Posteriormente, esto se va a ver contextualizado en el ámbito penitenciario, pues la pérdida de la libertad afecta el futuro de las personas sentenciadas provocándole un desequilibrio biopsicosocial.

En el tercer capítulo se abordara lo relativo a los tests psicométricos partiendo de su definición y características hasta enunciar cuales son las pruebas psicométricas en las que se han apoyado los psicólogos para hacer una evaluación y valoración de la depresión, enfatizando el empleo del Inventario de Depresión de Beck, prueba central para la elaboración del presente trabajo.

Finalmente se desglosan los aspectos metodológicos a seguir y diseño empleado para continuar con los resultados y análisis de las consideraciones tanto teóricas como prácticas que se desprenden.

## CAPITULO 1. PERSONALIDAD

Se cree por muchas personas que la conducta es impredecible, ¿esto por qué?. Una de las razones que se argumentan a menudo es que la conducta de cada individuo es única, cada quien tiene una personalidad diferente de la de cualquier otro ser humano.

Si se observa a las personas que nos rodean seguramente las podríamos describir de una u otra forma, como algunos que son sociables, simpáticos, alegres o competentes, y a otros quienes consideraríamos reservados, tranquilos, tímidos o melancólicos. Unos pocos pueden tener una o dos características verdaderamente notables, por lo tanto, hay algo que podría ser notorio si nos detenemos a pensar en ello, y es que hay cierta consistencia o constancia en la personalidad. Una vez que se conoce bien a una persona se espera que se comporte de la misma forma cada vez que la encontremos.

Es bien sabido que las personas tienen diferentes estados de ánimo, pero en general, cuando verdaderamente se le conoce, se puede predecir cómo se comportará. El humor puede cambiar diariamente, pero la personalidad tiende a ser bastante consistente (Whittaker, 1985).

Son este conjunto de formas relativamente consistentes de relacionarse con la gente y las situaciones que ponen un sello de individualidad en cada uno de nosotros. En tanto que nuestras actitudes, nuestros valores, nuestras opiniones y nuestras emociones son las piedras angulares de nuestra individualidad, el modo en el que actuamos en estos estados mentales determina lo que otros verán como nuestra personalidad.

El gran enigma de la psicología que ha creado innumerables teorías y proyectos de investigación, es saber cuál es la causa de que la gente desarrolle determinadas características (Papalia, 1988).

## 1.1 DEFINICION DE PERSONALIDAD

Ante todo tenemos que distinguir entre el termino persona y personalidad. La persona humana (término metafísico) es un individuo completo, de naturaleza racional, por lo que los elementos esenciales de la persona son el entendimiento y la voluntad. La personalidad es una realidad psicológica, funcional y operativa, que consiste en la síntesis de todas las funciones psíquicas. Consiste en la conciencia refleja, la cual es solo propiedad de una persona.

Ahora estamos en condiciones de conocer el origen histórico del término persona, del cual se deriva personalidad. El teatro griego utilizaba máscaras para las representaciones con doble finalidad: 1) un mismo actor podía representar varios personajes con sólo cambiar de máscara, 2) amplificar la voz pues la máscara tenía una forma especial en la abertura de la boca.

Los romanos llamaron a esta máscara “persona” (de per sonare, sonar a través de) y del latín paso a los demás idiomas. Así pues el término persona significo en un principio los postizos, lo representado por el actor en la escena, quizá muy diferente al verdadero carácter o forma de ser del actor oculto por la máscara.

En este sentido está tomada la definición que de personalidad da Jung: “La personalidad es la máscara que nos sirve para disfrazar la íntima individualidad y que representa sólo la mente colectiva”. Es como el papel que representamos en esta comedia (a veces tragedia) de la vida, quizá diferente de lo que verdaderamente somos.

Esta máscara sería la que nos impresiona en bien o mal de las personas con quienes tratamos; así se habla de personas y personalidades diversas, pero esta palabra de personalidad tiene un significado precisamente opuesto del anterior, significa el resumen de los rasgos propios, verdaderos y constantes de un individuo que lo distingue de los demás. Su manera propia y constante de comportarse, de reaccionar y actuar. Es lo que el hombre es en realidad, es el YO verdadero (Aceves, 1981).

Algunas definiciones comúnmente empleadas son las siguientes: “Personalidad es la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse”. “Es el conjunto de propiedades distintivas de una persona o características que la hacen parecida o distinta de los demás”. “Personalidad es la suma total de las reacciones de un individuo a su medio ambiente determinadas por sus percepciones”. “La personalidad es el patrón único de individualidad de la vida de una persona”.

Como se ve todas estas definiciones tienen un rasgo en común: lo definido, la manera propia y constante de actuar, el resumen, la integración de factores individuales y sociales de cada sujeto.

El psicoanálisis freudiano la define como una estructura tripartita formada por: el yo (gobernado por el principio de la realidad), el ello (regido por el principio del placer) y el superyo (regido por el principio del deber). Según la teoría frommiana, esta es la totalidad de las cualidades del individuo. Según la Gestalt, la personalidad es una configuración de funciones y procesos psicológicos (Dicaprio, 1997).

Otra perspectiva de personalidad es la que ofrece Murray, donde la define como “el órgano gobernante del cuerpo”, un instinto que desde el nacimiento hasta la muerte está incesantemente ocupado en las operaciones funcionales transformativas. Para Eysenck la personalidad es la suma total de patrones conductuales actuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y por el medio social, se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los cuatro sectores principales dentro de los que están organizados estos patrones de conducta: el sector cognoscitivo (inteligencia), el sector connotativo (carácter), el sector afectivo (temperamento) y el sector somático (constitución).

Aiken define la personalidad como la suma total de las cualidades, rasgos y comportamientos que caracterizan la individualidad de una persona y por medio de la cual, junto con sus atributos físicos, se reconoce a una persona como individuo único.

Pese a la multiplicidad de definiciones, es posible clasificarlas en cinco clases básicas:

- **Aditivas:** En estas se emplean frases tales como la personalidad es la “suma”..., “agregado”..., “conjunto”..., “cúmulo”... o “constelación”. Una de las definiciones aditivas es la de Prince, quien describe la personalidad como el conjunto de todas las disposiciones, impulsos, tendencias, apetencias e instintos biológicos innatos del individuo, unidos a las disposiciones y tendencias adquiridas por experiencia.
- **Integrativas configuracionales:** Esta segunda clase acentúa la organización de los atributos personales. Una formulación de este tipo es la de Warren, la define como la organización mental de un ser humano en cualquiera de los estadios de desarrollo, comprendiendo todos los aspectos del carácter humano: intelecto, temperamento, habilidad, moralidad y todas sus actitudes que han sido elaboradas en el curso de la vida del individuo.
- **Jerárquicas:** Se caracterizan por la demarcación de varios niveles de integración u organización y habitualmente se sirven de la imagen de un coronamiento o yo íntimo que domina la pirámide de la vida personal y es su centro. El prototipo de esta clase de concepción se encuentra en la teoría de James de los cuatro niveles del yo. El yo es esencialmente la personalidad vista desde dentro. James empleó el término personalidad al referirse a los fenómenos de disociación, histeria y personalidad múltiple popularizada por la escuela francesa (Hall y Lindsey, 1974).
- **En términos de ajuste:** Los biólogos y los conductistas conciben la personalidad como un fenómeno de la evolución, como forma de la supervivencia. Según ellos la personalidad es el “organismo total en acción”. Kempf sostiene que la personalidad es la integración de aquellos sistemas de hábitos que representan los ajustes al medio característicos de un individuo.
- **Basadas en las diferencias:** Schoen afirma que “si todos los miembros de un grupo social actuaran, pensarán y sintieran igual, la personalidad no existiría”.

proponiendo la siguiente definición: La personalidad es el sistema organizado, el todo en funcionamiento o la unidad de hábitos, disposiciones y sentimientos que caracterizan a un miembro de un grupo como diferente de cualquier otro miembro del mismo grupo (Hall y Lindsey, 1974)

En la siguiente formulación se observa que contiene puntos de las definiciones de las clases jerárquicas, integrativa, adaptativa y distintiva: “La personalidad es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente” (Allport, 1982).

El estudio de la personalidad tiene relación con ideas, motivos, actitudes, emociones, crisis vitales, creencias y valores, así como con los procesos mediante los cuales las personas tratan de entender su propio comportamiento, el de otros y el del mundo.

## **1.2 TEORIAS DE LA PERSONALIDAD**

### **ENFOQUE PSICODINAMICO**

El enfoque psicodinámico da gran importancia al inconsciente, esa fuerza que según sus exponentes es la clave para comprender la conducta humana. Consideran pues que la base de la personalidad no se encuentra en la conducta observable, sino en las pulsiones de tipo inconsciente, los cuales son producto de las interacciones pasadas del sujeto con las figuras parentales (Ampudía, 1994). Estas teorías se proponen describir cómo se desarrolla la personalidad y explicar como interactúan entre sí los procesos de la personalidad para determinar la conducta. Subrayan la importancia de fuerzas tales como los impulsos, las motivaciones y las emociones, partiendo del supuesto de que la personalidad se va desarrollando conforme la persona resuelve sus conflictos internos que surgen de fuerzas internas.

*TEORIA FREUDIANA*

Freud es el teórico de la personalidad más famoso, revolucionando la manera de entender el desarrollo de la personalidad. Pensaba que la estructura de la personalidad estaba formada por tres partes: El id que está formado por las necesidades básicas e instintivas con las que nace el individuo nombrándolos los instintos de la vida, de donde se dividen el instinto de la vida (eros) alimentado por una forma de energía llamado libido y el instinto de la muerte (thanatos) responsable de la agresividad y la destrucción. Esta parte de la personalidad opera por el principio del placer, el cual persigue la inmediata gratificación de los instintos, la necesidad da lugar al deseo, y el deseo dirige la conducta.

Pero conforme el individuo crece otra parte de la personalidad se desarrolla y esta es el ego, el cual opera por medio del principio de la realidad, de tal manera que trata de satisfacer las necesidades instintivas del id, pero en forma tal que el individuo sigue considerando la realidad y no entra en conflicto con los que le rodean; piensa y actúa según el análisis de la situación.

La última parte es la estructura moral denominada superego, que se desarrolla a partir del mecanismo de introyección, incorporando a la personalidad todas las maneras socialmente aceptables de conducirse señaladas por los padres y otros adultos. Representa lo ideal y se esfuerza por la perfección más que por el placer, por lo tanto, opera por el principio de la perfección. Es el yo moral.

Cuando el superego se desarrolla la función del ego como mediador se amplía, siendo ahora el mediador entre el id, el superego y la realidad. El ego, entonces, opera para producir la satisfacción de las necesidades, de tal manera que esta satisfacción no entre en conflicto con las prohibiciones del superego.

Ahora bien, Freud también supuso que todos los seres humanos pasan a través de diversas etapas en el desarrollo de la personalidad, refiriéndose específicamente al desarrollo psicosexual. La primera etapa es la oral que abarca desde el nacimiento hasta alrededor del primer año de vida, etapa durante la cual el niño obtiene placer a través de la

boca, así el mundo entero gira alrededor de su alimentación. Según el autor, la frustración o dificultades durante este periodo tiene consecuencias.

La segunda etapa es la anal, que abarca del primer a los tres años de edad, periodo en el que el niño recibe su entrenamiento en control de esfínteres. Se encuentra sexualmente gratificante el acto de retener o expulsar las heces. De igual forma que en la etapa anterior, si surgen problemas pueden dejar una marca permanente en la personalidad.

La siguiente etapa es la fálica de los tres a los seis años de edad, etapa que toma su nombre de la palabra falo, término utilizado para designar el pene, empieza cuando el niño obtiene placer de la región genital. Este punto es el momento en el que el niño puede descubrir la masturbación. Mismo periodo en el que el niño pasa por el complejo de Edipo y la niña por el de Electra, complejos que influyen en el desarrollo de la identificación sexual, aprendiendo que se es niño o niña, implicando fundamentalmente la identificación con el progenitor del mismo sexo (Whittaker, 1985).

La etapa de latencia es a partir de los seis años hasta la pubertad, en donde existe una relativa calma sexual. Los niños (as) tienden a evitar al sexo opuesto, pero no son totalmente asexuales, pues existe cierto interés por la masturbación y las bromas orientadas hacia el sexo.

La etapa genital, de la pubertad en adelante, tiene lugar por los cambios hormonales que hay en la pubertad, y marca la entrada a una sexualidad madura, en la cual la principal tarea psicosexual de la persona es entrar en relaciones heterosexuales con personas ajenas a la familia (Papalia, 1988).

### *TEORIA JUNGIANA*

Jung tiene la convicción de que la vida está dirigida en su mayor parte por las metas positivas y los objetivos que cada uno se establece y no sólo por factores intelectuales reprimidos y su énfasis en el crecimiento y el cambio a lo largo de la vida. Pone énfasis en

la personalidad como “campo de batalla” de los impulsos inconscientes en conflicto con los otros sistemas de personalidad.

También dice que el inconsciente de S. Freud, motivado sexualmente, coexistía con un inconsciente colectivo, formado por arquetipos, siendo esto la memoria de nuestra historia ancestral y es esencialmente el mismo para todos. Heredamos una predisposición común que moldea la manera de contemplar y responder a la vida. Puede manifestarse en los sueños, pero también en la literatura, particularmente en mitos y en el arte (Darley, 1988).

### *TEORIA DE ALFRED ADLER*

Creyó que el individuo era primariamente social, no sexual, que los motivos sociales son más poderosos que los sexuales, que el estilo de vida que una persona elige determina cómo ha de satisfacer sus necesidades sexuales y no al revés y que es más importante explorar esa conducta consciente y dirigida a una meta que la motivación inconsciente. Aunque creyó que la naturaleza social era innata, también mantuvo que los tipos de experiencias sociales que uno tiene con los demás durante la infancia (especialmente la familia), influyen en la manera de establecer sus relaciones a lo largo de la vida.

El impulso más importante en la vida es, según Adler, el afán de superioridad, no sobre otra gente, sino sobre el propio sentimiento de inferioridad, que proviene inicialmente del niño de la sensación de insuficiencia por la talla pequeña y la falta de poder. El complejo de inferioridad impulsa a la superación de los sentimientos de inferioridad y a lograr lo que más tarde teóricos humanistas llamarían auto-actualización.

### *TEORIA DE KAREN HORNEY*

Concede especial importancia a los conflictos actuales entre el individuo y el medio, entre la necesidad de una dependencia pasiva y la defensa hacia una sociedad hostil. Presenta una lista de las necesidades adquiridas por el individuo como consecuencia del

intento de resolver el problema de las relaciones humanas perturbadoras. Los intentos neuróticos constituyen soluciones irracionales del problema. Éstas se agrupan en tres categorías, cada una de las cuales está definida por una orientación básica hacia los demás y hacia sí mismo: orientación a aproximarse a los demás, orientación a apartarse de los demás y orientación contra los demás.

### *TEORIA DE ERIK H. ERIKSON*

Subraya los conflictos entre los instintos innatos y las demandas sociales. Sostiene que la cultura concreta en la que la persona crece, determina cuáles serán los conflictos. Esta teoría, que incorpora tanto aspectos psíquicos como sociales, describe la maduración del individuo a través de ocho etapas a lo largo de su vida. En cada etapa el individuo se enfrenta con una crisis, la resolución de la cual puede tener un resultado positivo o negativo, dependiendo de la habilidad de la persona para producir un equilibrio sano (Papalia, 1988).

### **ENFOQUE CONDUCTUAL**

En la aproximación conductual o de aprendizaje tiene como característica principal el estudio de estímulos ambientales, los cuales explican la conducta a través de fenómenos observables, que surgen de acuerdo al funcionamiento interno de cada individuo. El punto principal de las teorías dentro de este enfoque es que dividen a la conducta humana en explícita e implícita; la primera comprende todas las actividades observables, y la segunda incluye la secreción de las glándulas, algunas contracciones musculares y las funciones viscerales y nerviosas. Estos dos elementos de la conducta son los que van a constituir la personalidad (Mark y Hillix, 1972).

### *JOHN B. WATSON*

Manifestó su acuerdo con la tabula rasa, según la cual el recién nacido es como un folio en blanco en el que la pluma del ambiente escribirá tanto la personalidad como el

destino del niño. La aproximación ambientalista concibe a los seres humanos como infinitamente maleables, no sólo durante la infancia sino durante toda su vida. Watson creía que las emociones son aprendidas.

### *TEORIA CONDUCTUAL DE B. F. SKINNER*

Según este autor aprendemos a ser como somos de la misma manera que aprendemos las demás cosas. No existe lo que llamamos personalidad, con lo que ello implica de motivación inconsciente, aspectos subyacentes de tipo moral y rasgos emocionales. La conducta humana es función de los diferentes tipos de actividad que realizamos o no, según si en el pasado se recibieron recompensas o castigos por haberlos realizado y según las consecuencias que esperamos en el futuro. Entonces, la conducta humana es aprendida en el sentido de que sigue unas leyes básicas, o principios, de aprendizaje.

### *TEORIA DE ALBERT BANDURA*

Este autor expone la teoría del modelamiento y refuerzo vicario, quien argumenta que este aprendizaje desempeña un papel importante en la manera en que los niños aprenden a ser agresivos o altruistas. En estos casos la persona aprende o modifica su comportamiento observando a alguna otra persona, más que mediante su propia participación directa en el proceso del comportamiento que se trata de aprender. Además existe más posibilidad de que imiten la conducta cuando ven que la persona en cuestión está siendo recompensada por lo que ha hecho, que cuando observen que es castigado o que su conducta no genera consecuencias. Por medio de este aprendizaje se pueden adquirir nuevas respuestas o patrones de respuestas que no existían en el repertorio de la persona, puede fortalecer o debilitar las respuestas inhibitorias o se pueden obtener respuestas nuevas o cambios en estas mediante experimentos.

## ENFOQUE HUMANISTA

En el enfoque humanista se destaca la tendencia humana hacia la superación, a la autorrealización y al desarrollo de las capacidades en términos de relaciones interpersonales, lo cual supone el crecimiento psicológico. El sí mismo es el punto central de la personalidad entre el consciente y el inconsciente; esta teoría propone que el hombre está gradualmente emergiendo a través de las épocas para convertirse en un mejor ser humano y más civilizado, que opera dentro de marcos de referencia cada vez mejores.

Dentro de este enfoque se encuentran los siguientes exponentes:

### *TEORIA DE AUTOACTUALIZACION DE ABRAHAM H. MASLOW*

Este autor se preocupó más por las personas sanas que por las enfermas. Su teoría de la motivación humana descansa en la existencia de una jerarquía de necesidades. Estas son de dos tipos básicos: necesidades "D" que corregían deficiencias y necesidades "B" que consiguen un nivel más alto en la existencia (en este tipo se encuentra la autoactualización). También refiere que los seres humanos hemos de resolver nuestras necesidades básicas de supervivencia antes de preocuparnos por las necesidades de otro nivel superior.

### *TEORIA DE CARL ROGERS*

Tiene una visión de los seres humanos como los arquitectos de sí mismos, lo que define como núcleo de la personalidad. Reconocía la existencia de un inconsciente, que guía la mayor parte de nuestra conducta, pero en contra de lo que piensan los psicoanalistas, ya que Rogers concebía los procesos inconscientes como motivadores positivos de la conducta. Menciona que el autoconocimiento y la autoobservación vienen a través de nuestras primeras experiencias, mediante las cuales dominamos el ambiente a través de la alta consideración que otros nos muestran, y a través de la congruencia, o del acuerdo entre las experiencias que tenemos a lo largo de nuestra vida y de la forma como nos vemos a nosotros mismos. Otro aspecto de la congruencia es el acuerdo entre lo que nos gustaría ser y la impresión que tenemos de nosotros mismos.

## ENFOQUE TIPOLOGICO

Otra categoría en las teorías de la personalidad es la llamada tipológica que concentra su atención sobre aquellos atributos que son peculiares del individuo, tanto en el aspecto físico como en el psicológico. Es una de las primeras teorías en su intento por conocer el origen y desarrollo de la personalidad, ya que parten de los supuestos de Hipócrates, quien creó el primer modelo de la personalidad basado en lo que ahora se denomina tipología.

Propuso que hay cuatro fluidos corporales o “humores”: sanguíneo, bilioso negro, bilioso amarillo y flemático. El exceso en cualquiera de estos humores resultaría uno de los cuatro posibles temperamentos: alegría, depresión, enojo o apatía (Darley, 1988). Dos de sus principales exponentes son:

### *ERNEST KRETSCHMER*

Sus investigaciones se basaban en el estudio del hombre mediante las relaciones existentes entre sus rasgos corporales o constitucionales y las características psicológicas, tratando de integrar en una estructura única los aspectos somáticos y psíquicos de la personalidad.

Describió tres tipos de físicos: Tipo pícnico, personas cortas de estatura y corpulentas; tipo asténico, delgado en la construcción corporal y la estatura elevada; tipo atlético, posee fuerte desarrollo del esqueleto y de la musculatura, con amplios hombros; y por último, el tipo displásico, que se identificaba por la mezcla de diversas características corporales (Liebert y Liebert, 2000).

### *PSICOLOGÍA CONSTITUCIONALISTA DE WILLIAM H. SHELDON*

Este autor creía que había una fuerte relación entre la estructura corporal y de la persona o somatotipo y su personalidad, de tal manera que describió tres tipos de constitución física: el endomorfo, de gran peso y con los huesos y músculos pobremente

desarrollados; el mesomorfo, musculoso, fuerte y atlético; y el ectomorfo, delgado y frágil. Después los relaciono con tres categorías de rasgos de la personalidad: viscerotonía, amante del bienestar, orientado a la comida, sociable y relajado; somatotonía, agresivo, amante de la aventura y con ganas de correr riesgos; y cerebrotonía, retraído, autoconsciente e introvertido.

## **TEORIA DE LOS RASGOS**

Las teorías llamadas de rasgos clasifican a las personas no tanto como pertenecientes a un tipo u otro, sino en función de una combinación de características que toda persona posee en mayor o menor grado, es decir, asociar las manifestaciones de la conducta con ciertas características más o menos permanentes de la persona. Esos rasgos o las variaciones de los mismos, forman el psicograma o perfil psicológico de un individuo, donde se comprenden los rasgos de la inteligencia, de la afectividad y de las aptitudes.

### *TEORIA DE CATELL*

Sus investigaciones se orientaron a medir los rasgos más importantes de la personalidad, dejando una lista integrada con las 16 características más importantes que nombra rasgos fuente, porque parecen ser estables y determinados por factores genéticos y a su vez determinan muchas conductas superficiales.

Desarrollo su investigación a partir de las palabras inglesas, que a su parecer eran descriptivas de diferencias de conductas o de rasgos. Primero elimino la superposición o duplicidad de significado de estas palabras y posteriormente consideró que la mayoría de los rasgos pueden expresarse como opuestos polares. Fue quien para poder delinear empíricamente la personalidad, utilizó la compleja técnica estadística conocida como análisis factorial. Este procedimiento permite analizar información sobre un gran número de variables al mismo tiempo interrelacionadas. Dos o más características altamente correlacionadas supuestamente reflejan la existencia de un rasgo subyacente.

## *PSICOLOGÍA DE LA INDIVIDUALIDAD DE GORDON ALLPORT*

Allport buscó caminos para identificar los rasgos específicos que explican la conducta concreta de cada persona. Mantenía que cada uno de nosotros tiene una disposición personal, formada por rasgos cardinales (es tan dominante que influye virtualmente en todos los aspectos de la conducta y los atributos de las personas), centrales (son el conjunto de tendencias características que usamos normalmente para describir a una persona) y secundarios (que mostramos de cuando en cuando, pero que no son lo suficientemente fuertes como para ser considerados como partes características de nuestra personalidad ya que aparecen esporádicamente).

Para este autor la personalidad es la organización dinámica de los rasgos de una persona que determinan cómo se comportará. Distingue la personalidad del carácter, que considera un concepto ético, un juicio sobre la personalidad de una persona, y la personalidad del temperamento, que reduce a los aspectos biológicos del comportamiento del sujeto y que presenta pocos cambios a lo largo del desarrollo. Quiso describir la personalidad más que explicarla.

### **1.3 TEMPERAMENTO Y CARÁCTER**

#### **➤ TEMPERAMENTO**

Existen diferencias que se presentan desde el nacimiento, las cuales muestran diversos temperamentos o estilos característicos e individuales de aproximarse a las personas y a las situaciones. Thomas, Chess y Birch (1968, citado en Papalia, 1988), tras observar a cientos de niños desde el nacimiento hasta la mediana infancia, identificaron nueve aspectos innatos del temperamento: nivel de actividad, regularidad en el funcionamiento biológico (dormir, comer, evacuar), disposición para aceptar personas y situaciones nuevas, adaptabilidad al cambio, sensibilidad al ruido, la luz y otros estímulos sensoriales, humor (alegría o disgusto), intensidad en las respuestas, distracción y

persistencia. Las diferencias biológicas pueden ser la base de esta diversidad temperamental.

Jerome Kagan (1982, citado en Papalia, 1988) concluye que el estilo temperamental en los inicios de la vida, posteriormente pueden influir de muchas maneras, al elegir una conducta, en sus formas de comportarse.

La importancia de estas características se relaciona con el grado en que lo niños crean sus propios mundos. El temperamento del niño, por tanto, es un elemento importante en la forma en que otras personas, especialmente sus padres, se comportarán con ellos. Algunos niños, de hecho, parecen cambiar sus estilos de conducta a través de los años reaccionando al tipo de educación familiar que recibieron.

El temperamento se define como un estado fisiológico característico de un individuo que condiciona sus reacciones ante las diversas situaciones de la vida. Es el modo espontáneo, derivado de disposiciones innatas, de reaccionar a los estímulos sensitivos-afectivos; no es algo aprendido ni por aprenderse, puesto que este modo espontáneo radica en las disposiciones innatas, heredadas por cada individuo (Calvario Loza, 1952). Otro uso común de este término lo limita a los rasgos emocionales de la personalidad. Por tanto, es el núcleo hereditario de la personalidad la disposición generalmente desde los primeros momentos de la vida, mucho antes de que se haya puesto de manifiesto el carácter y que distingue a un individuo de otro en lo tocante al nivel de actividad, la reactividad emocional, la capacidad de movilizar energías y otros rasgos que de manera aparente están constitucionalmente determinados (Fuster, 1979).

Allport la define como el conjunto de fenómenos característicos de la naturaleza emocional del individuo incluyendo su susceptibilidad para la estimulación emocional, su intensidad y velocidad de respuestas habituales, la cualidad de su estado de ánimo predominante y todas las peculiaridades de la fluctuación e intensidad del mismo; considerando que este fenómeno depende de la estructura constitucional y por tanto, es de origen hereditario.

Este surge del conjunto de las correlaciones bioquímicas humorales, dependientes, a su vez, de la actividad trófica y glandular de las células que integran nuestros órganos de secreción interna. Ejercen estos directa y continua acción sobre el sistema nervioso y vegetativo, y por medio de este último y del plasma sanguíneo otorgan al sistema nervioso central las cualidades específicas de nuestra sensibilidad: el tono, el ritmo y el tiempo de nuestra personalidad estética.

Nuestro temperamento da la inmediata resonancia de la emoción en las estructuras viscerales: expresión global, la vibración en todas las estructuras delicadas, al toque del acontecimiento, del sonido, del gesto o de la imagen. El temperamento es un todo orgánico y neuropsíquico constitucional, congénito, en virtud del cual el ser humano se manifiesta en sus actitudes y actividades espontáneas, o vivencias, con reacciones típicas frente a los estímulos del mundo exterior (Kunkel, 1982).

Existen otros factores que influyen en el temperamento que son:

- 1) El desarrollo social del niño, que es como decir la formación paulatina de su carácter, la cuál es la interpretación social de su comportamiento fisiológico a las percepciones sensoriales y a otros mecanismos de respuesta psico-física. Esto es, reafirma el significado y el valor del temperamento como base del futuro carácter.
- 2) La emoción, que se refiere al estímulo emocional que actúa sobre el sujeto y despierta en él las reacciones orgánicas, fisicoquímicas ligadas inexorablemente como factores primarios con la emoción, es luego en sus manifestaciones neuropsíquicas, cuando las inhibiciones del carácter actúan sobre las reacciones temperamentales espontáneas y las sujetan, las modifican, las encubren, a veces las esconden, sin lograr jamás apagarlas o anularlas en lo más íntimo del ser.
- 3) Apetencias, disposiciones, tendencias, vocaciones y hábitos: desde el punto de vista orgánico, fisiológico o físico-patológico, hay una serie de condiciones del ser que se manifiestan como predisposiciones hacia ciertos desórdenes o trastornos, o enfermedades (Pittaluga, 1954). Dependen en su mayor parte de un estado

constitucional que implica, a veces, una susceptibilidad determinada, en grado variable, frente a agentes patógenos insignificantes que no provocan alteración alguna del estado normal en otros sujetos. Una apetencia es una tendencia del ser, asentada en lo más hondo del temperamento y ligada por tanto, con recónditos factores orgánicos, quizá hereditarios. Fija a la subconciencia con diversos grados de intensidad, y traslada a la conciencia bajo la forma sublimada de inclinación o disposición, siempre que la apetencia ofrezca a la conciencia un mínimo de justificación espiritual. La manifestación de estas expresiones en un plano menor, más profundo en cuestiones temperamentales, ya que existe una conexión más directa con el temperamento, encontrando un acomodo en la conducta o una adaptación a las circunstancias, transformándolas en hábitos, que por ende es una costumbre sobre la base de una apetencia previa.

Existen dos distintos caminos para la clasificación de los temperamentos: El primero consiste a partir de los elementos anatómico-fisiológicos constitutivos del organismo, propuesta inicialmente por Galeno inspirado en Hipócrates, fundada en cuatro humores: sangre, bilis, atrabilis y pituita, correspondientes respectivamente a los temperamentos sanguíneo, bilioso, melancólico y flemático. La segunda clasificación de los temperamentos está representada por la conjunción de distintos tipos de temperamentos. Así se habla de los temperamentos nervioso-sanguíneo, nervioso-biliosos, sanguíneo-linfático y melancólico-biliosos (Fuster, 1979).

La clasificación de los temperamentos planteada por Fuster (1979) son:

- a) La clasificación moderna de los temperamentos: Se funde de la necesidad de encontrar una clasificación integradora de diversos humores, y también parten del supuesto de que el temperamento está constituido por ciertas cualidades principales. Las diversas combinaciones a que pueden tener lugar esas cualidades más o menos arbitrariamente elegidas, son el fundamento de las distintas divisiones a las que reducirían los principales tipos de temperamento.

b) Clasificación experimental de los temperamentos: Por razón del método experimental de que se sirvió Heymans para llegar a determinar su clasificación temperamental, tiene ésta un valor especial que la distingue de las demás, generalmente construidas a base de la impresión general de la diversidad de los temperamentos, de numerosas encuestas y numerosas biografías de hombres célebres.

c) Clasificación de variadas: Los tipos resultantes de la combinación de tres propiedades fundamentales y de sus opuestos, a saber, emotivo—no emotivo, activo—no activo, de función primaria—de función secundaria, dieron lugar a los siguientes temperamentos:

Emotivo-activo:	De función primaria-nervioso
	De función secundaria-sentimental
No emotivo-activo:	De función primaria-activo
	De función secundaria-flemático
Emotivo-activo:	De función primaria-colérico
	De función secundaria-apasionado
No emotivo-activo:	De función primaria-amorfo
	De función secundaria-apático

Los rasgos del temperamento tienen que ver con la manera en la que ocurren las acciones del sujeto, esas caen dentro de tres grupos:

1. Factores de disposición general, como es la confianza o sentimiento de inferioridad, estar alerta, impulsividad.
2. Factores de disposición emocional, como es la depresión, contra estar contento.
3. Factores de disposición social, como es ascendencia contra timidez, socialización contra autosuficiencia, iniciativa contra pasividad (Cueli, 1977).

## ➤ **CARÁCTER**

Actualmente se considera que el carácter se distingue del temperamento porque no es algo orgánico, sino que esta relacionado con la elecciones realizadas por el mismo individuo y que viene condicionadas por el temperamento, el ambiente y otros factores exteriores. Adler opina que el carácter se adquiere y lo define como expresión objetiva de la personalidad del hombre a través de su relación con la sociedad y el mundo. Scheler distingue entre carácter y persona porque considera que mientras la persona no puede cambiar, el carácter sí (Fuster, 1979).

El carácter se desarrolla mediante la fusión de la constitución del temperamento y del instinto con el ambiente, o sea, por los factores externos que actúan permanentemente sobre la individualidad, modificándola más o menos fuertemente pero sin transformarla nunca completamente, sobre todo cuando en ella se encuentran más destacadas las características biológicas fundamentales (Marchiori, 1990).

Pittaluca (1954) dice que el carácter es el conjunto de las situaciones neuropsíquicas, de las actitudes y actividades de la persona, que resulta de una progresiva adaptación del temperamento constitucional a las condiciones del ambiente natural, familiar, pedagógico y social, que han modificado o son capaces de modificar las reacciones temperamentales espontáneas y les han dado una orientación definitiva en la conducta.

Fuster define el carácter como el modo de ser peculiar de cada persona, de un conjunto de ellas o de un pueblo y es también el genio o condición social de un individuo, el modo de decir las cosas o su estilo en la escritura.

Un esfuerzo especialmente significativo recibe la hipótesis de la correlación corporal-anímica mediante el estudio de las perturbaciones endocrinas, que explican el influjo de los procesos químico-sanguíneo (humorales, hormonales) en la vida somática y psíquica del individuo (Mezger, 1933).

Otra perspectiva sobre los tipos de carácter es dada por Berger (1952) donde considera ocho tipos de carácter, los cuales proviene de ocho rasgos del temperamento y son los siguientes:

1. Pasionales-. Ambiciosos y realizadores. Tensión extrema de toda la personalidad. Actividad concentrada en un fin único. Valor dominante: la obra por realizar.
2. Coléricos-. Generosos, cordiales, llenos de vitalidad y exhuberancia. Su actividad es intensa y febril pero múltiple. Valor dominante: la acción.
3. Sentimentales-. Ambiciosos que no pasan de la etapa de la aspiración. Meditativos, introvertidos y esquizotímicos, a menudo melancólicos y descontentos de sí mismos. Valor dominante: la intimidad.
4. Nervioso-. De humor variable, les gusta conmover y llamar la atención de los demás sobre sí mismos. Indiferentes a la objetividad, sienten necesidad de embellecer la realidad, para lo que oscilan entre mentira y la ficción poética. Tienen necesidad de excitantes para salir de la inactividad y el fastidio. Inconstantes en sus afectos. Valor dominante: la diversión.
5. Flemático-. Hombres de hábitos, respetuosos de los principios, puntuales, dignos de fe, objetivos y ponderados, de humor parejo. Valor dominante: la ley.
6. Sanguíneo-. Extrovertidos, saben hacer observaciones exactas y dan prueba de un acentuado espíritu práctico. Valor dominante: el éxito.
7. Apático-. Hermético, misterioso, vuelto en sí mismo pero sin una vida interior intensa. Esclavos de sus hábitos, son conservadores. Valor dominante: la tranquilidad.

8. Amorfos-. Disponibles, conciliadores, tolerantes por indiferencia, dan sin embargo pruebas con frecuencia de una obstinación pasiva muy tenaz. Valor dominante: el placer (Benger, 1952).

### 1.3.1 PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Al analizar el problema de la delincuencia desde una perspectiva clínica, llama significativamente la atención, los modos y procedimientos utilizados en todas las culturas y sistemas sociales en el tratamiento del delincuente y los escasos conocimientos que se tienen sobre su personalidad. Generalmente el control a través de cárceles o sistemas penitenciarios es represivo y esto nos hace pensar en los aspectos retaliativos inherentes al hombre. Es probable que esta actitud primitiva sea consecuencia de que los conocimientos e investigaciones científicas sobre los procesos físicos, psíquicos y sociales del delincuente se encuentren tan marginados.

La delincuencia siempre involucra un doble fracaso, por una parte desde un enfoque individual, es el fracaso de los mecanismos de defensa psíquicos que controlan los impulsos agresivos que están presentes en todo individuo pero que en el delincuente se proyectan realmente de modo destructivo. El planteamiento individual está en relación a los aspectos de la personalidad de cada individuo que es único en sus procesos de formación y evolución, es decir, los factores bio-psico-sociales que configuran una personalidad son diferentes en cada persona.

Desde un enfoque social, es el fracaso del medio familiar y social para brindar a ese individuo los medios adecuados para un sano desarrollo (Marchiori, 1990).

Cabe realizar en estos momentos, una clara distinción entre conducta antisocial y delito de acuerdo a los conceptos planteados por la Criminología: La conducta antisocial es todo aquel comportamiento humano que va contra el bien común (aquel que siendo bien de cada uno de los miembros de la comunidad es al mismo tiempo bien de todos) mientras que

delito es la acción u omisión que castigan las leyes penales, es la conducta definida por la ley (Rodríguez, 1981).

La conducta agresiva (delito) es la expresión de la psicopatología particular del individuo, de su alteración psicológica y social, por lo tanto, el delincuente no sólo es un individuo enfermo, sino que es el emergente de un núcleo familiar enfermo en la que el individuo traduce a través de la agresión, las ansiedades y conflictos del intra-grupo familiar.

El delito es, desde el punto de vista clínico, la conducta que realiza un hombre en un momento determinado de su vida y en circunstancias especiales para él. Entonces cabe pensar que a la institución penitenciaria llega el hombre que ha tenido problemas en la adaptación psicológica y social que se ha enfrentado a una problemática conflictiva y que la ha resuelto a través de medios agresivos y violentos.

Se observa que un hombre con una conflictiva delincuencia presenta una historia personal caracterizada por un inadecuado control familiar debido a la falta de uno de sus padres o al abandono de los mismos. Se encuentran deprivaciones a sus necesidades externas, es decir, falta de vivienda, ropa, alimentación, de cuidados, de posibilidad de instrucción, pero también, fundamentalmente privaciones afectivas, de cuidado, de protección para un sano desarrollo psíquico y social. Se observan problemas de agresión en la adolescencia, fugas escolares, comienzan los robos y las conductas agresivas, los valores morales y sociales están distorsionados y existe un fuerte sentimiento de autodestrucción.

Pero lo anterior es en los casos en que existe una continuidad de conductas delictivas, es decir, una permanencia dentro de ciertos y determinados contextos de comportamiento. No obstante, también se observa que muchos individuos que llegan a una institución penitenciaria se caracterizan por no tener antecedentes penales, por haber desarrollado un modo de vida aparentemente adaptado sin una marcada agresividad, con una vida laboral y familiar estable. El delito en estos casos irrumpe de una manera repentina en contraste con el modo de vida de este individuo. Pero esta pseudoestabilidad emocional está relacionada a su historia personal, con acentuadas frustraciones, dificultades

y problemas que conducen a una descarga impulsiva y agresiva en un momento y circunstancias especiales.

Los delincuentes tienen por lo general una historia acentuada por las privaciones, especialmente afectivas. En sus historias se observa que ha tenido conflictivas relaciones interpersonales, con serias dificultades para percibir imágenes constructivas por lo que presentan un desarrollo emocional inestable.

Debe aclararse que la agresividad no es solo matar o agredir físicamente, sino que existen otros tipos de agresión: la autoagresión del drogadicto, la agresión a nivel del engaño del otro, el robo, la agresión a nivel sexual o la destrucción de los objetos. Todas esas conductas señalan que el individuo que realiza la agresión, presenta determinadas características de personalidad, de historia y de desarrollo, es una personalidad conflictiva, es una persona que para realizar esta conducta vivencia una problemática grave a nivel de procesos mentales y afectivos.

El hombre debe ser comprendido dentro de su historia personal y social. Cada individuo presenta características particulares que lo hacen diferente de los demás y con un modo existencial único, y por lo tanto, la agresión del delito implica aspectos bio-psico-sociales también únicos. La conducta del delito está relacionada con la historia del individuo, con una policausalidad que se deriva de múltiples relaciones. Así mismo, la conducta agresiva está motivada por múltiples factores situacionales y conflictos internos con un gran simbolismo en su expresión. No obstante, una conducta agresiva representa un comportamiento autodestructivo para el individuo mismo y para la sociedad (Marchiori, 1990).

De acuerdo con Strelau (1982, citado en Pérez, 1987) el mismo estímulo que incide sobre un organismo puede provocar una reacción más o menos intensa en algunos individuos en función de las características psicobiológicas heredadas por este organismo.

Teniendo en cuenta que la intensidad o magnitud de la respuesta forma una dimensión, ante una misma intensidad de estimulación se encontraría en un extremo de

aquella a sujetos con respuestas más débiles y en el otro extremo a aquellos que presentan respuestas más intensas. Así las respuestas toman diferente valor a lo largo de esta dimensión en función de la personalidad o temperamento de cada individuo. Esto es el concepto de dimensión de personalidad.

El hecho de que la respuesta este más sujeta a la influencia de factores psicobiológicos estables en los individuos que a la influencia de las fluctuaciones ambientales, indica también estabilidad en una serie de características conductuales, por lo tanto, el estudio científico de estas características permite llegar a la elaboración de leyes generales que expliquen o predigan las conductas de cada individuo, teniendo en cuenta que la topografía de las respuestas no es diferenciable de los procesos que la mediatizan. El tipo de respuesta y su interacción con el medio ambiente puede explicar la instauración de las conductas antisociales.

Pérez (1984, citado en Pérez, 1987) define la conducta antisocial como todas aquellas respuestas que suponen la trasgresión de leyes contra las personas y contra la propiedad, que comúnmente pueden implicar sanciones administrativas.

Los científicos conductuales se han interesado por la conducta antisocial como una disposición, por parte de ciertos individuos, a transgredir los códigos legales y éticos de la sociedad a la que pertenecen. En este sentido los sujetos pueden ser distribuidos a lo largo de un continuum de socialización, según el grado en que las normas sociales han sido instauradas y modulan su conducta. Ya que las respuestas antinormativas forman parte de los repertorios conductuales de todos los sujetos humanos, cualquier teoría de la conducta antisocial ha de ser capaz de explicar porqué algunos sujetos disponen y otros no de los controles de dicha conducta. La adquisición de los mismos parece ser capital para el proceso de socialización.

Uno de los teóricos de la personalidad más ampliamente conocidos y que también hace referencia a la predisposición delincencial es Hans J. Eysenck. Habla acerca de tres dimensiones de la personalidad, la extroversión, el neuroticismo y el psicoticismo,

conceptos que poseen una fuerte carga genética. Su teoría de la delincuencia se resume en los siguientes puntos:

- Una baja activación cortical (arousal), que sería responsable de un pobre condicionamiento y de una necesidad mayor de estimulación, combinado con una alta excitabilidad autónoma, es decir, una Extraversión alta con un Neuroticismo alto, serían, en parte, responsables de la psicopatía secundaria.
- Un alto grado de Psicoticismo, relacionado con una predisposición genética hacia los trastornos psicóticos, sería, en parte, responsable de la psicopatía primaria.
- Al tener las tres dimensiones una gran carga genética, la herencia jugaría un papel importante en la conducta criminal.
- Teniendo en cuenta todo lo anterior, las tres dimensiones se relacionarían positivamente con la conducta antisocial.
- En interacción con las predisposiciones genéticas mencionadas, el medio ambiente tendría gran importancia en el desencadenamiento de la delincuencia y, por tanto, se tendría que actuar sobre el mismo.

Se ha mencionado, de acuerdo a la teoría de Eysenck que el Psicoticismo como el Neuroticismo tienen como una característica la necesidad de estimulación, lo que pudiera ser muy importante en la relación entre la personalidad y delincuencia. El rasgo de personalidad denominado “Búsqueda de estimulación” ha sido definido por Zuckerman (1979, citado en Pérez, 1987) como la necesidad de sensaciones y experiencias novedosas, variadas y complejas, así como la tendencia a arriesgarse para poder conseguir dichas experiencias.

La conducta antisocial implica estimulación y riesgo, por lo tanto, en circunstancias semejantes, las personas con gran necesidad de estimulación tendrán, respecto a las de menor necesidad, mayor probabilidad de emitir conducta antinormativa.

Como resumen de los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones relacionadas con el nivel de estimulación, se puede decir que la necesidad de estimulación parece ser un elemento central en la relación entre características invariantes de las personas y la conducta antisocial que estas llevan a término. Las personas con gran necesidad de estimulación, para conseguir un buen rendimiento, serían más propensas al riesgo y tendrían mayor probabilidad de realizar cualquier tipo de conducta que implique estimulación, y por tanto, conducta antisocial. Entre los sujetos que desarrollan conducta antinormativa de forma habitual “el hambre de estímulos” sería algo importante.

La diversidad de aproximaciones teóricas aportan un dato específico a considerar, la individualidad biopsicosocial del sujeto responsable de un acto tipificado por la ley como un delito, con la finalidad de proveer elementos para su estudio y tratamiento institucional. Las aportaciones más relevantes desde las perspectivas biológica, psicológica y social son las siguientes:

#### *Factores biológicos:*

El médico italiano Cesar Lombroso concluyó que el origen de la conducta delictuosa tenía su base en el tipo de constitución craneana, parecida a la del hombre primitivo, además de ciertos hallazgos de lesiones craneoencefálicas en la región occipital y presencia de epilepsia (Tocaven, 1990; Sánchez 1990) agregando a ello una baja capacidad intelectual, incontrolable tendencia a la violencia y a la agresividad. Otros autores representativos de esta aproximación fueron Kretschmer, Kraepelin y Sheldon, quienes propusieron que había cierta relación entre la tipología física (constitución) y mental, haciendo énfasis en aspectos hereditarios que llevaban al sujeto a la comisión de delitos (Reckless, 1973).

En la década de los cincuenta se realizaron estudios en los que se encontró que la influencia genética tenía una participación importante en la génesis del delincuente, por ejemplo, alteraciones cromosómicas, y aunque dichas alteraciones en los cromosomas no son determinantes para la conducta delictuosa, si representaba cierta influencia, ya que se

generaban problemas de adaptación y aceptación a su medio, tornándose en sujetos agresivos (Nietzel, 1990).

Entre otros padecimientos relacionados con la conducta del delincuente esta la epilepsia, sin embargo, la cifra de personas que padecen epilepsia y que se encuentran en prisión es muy baja. Rosenthal en 1970 (Reckless, 1973) reporta haber encontrado ondas bajas en el área temporal, aunque en reportes subsecuentes dicha relación no ha sido encontrada como significativa. Una vez más se concluye que dichos padecimientos dan lugar a ciertas conductas agresivas, no necesariamente debidas a estos, sino debido a la irritabilidad y la ansiedad con respecto a su entorno social.

Lee Ellis cita algunas teorías relevantes como lo son:

- 1) La importancia de un nivel de umbral que en delincuentes se encuentra con deterioro severo, lo que los lleva a buscar una sobre-estimulación en una gran variedad de formas, teniendo como consecuencia una mayor tolerancia al dolor.
- 2) La importancia y el papel de los impulsos cerebrales subconvulsivos y su relación con el sistema límbico en la conducta agresiva e impulsiva característica en los delincuentes.
- 3) El funcionamiento hemisférico cerebral, hipotetizando una relación estrecha del hemisferio derecho y el sistema límbico aunado a un proceso más lento de respuesta lingüística del hemisferio izquierdo, por lo que aquellos sujetos que tienen dominancia del hemisferio derecho tienden a manifestar respuestas emocionales negativas.

Ellis analiza y concluye que existe un común denominador en ellas, y es referente al papel que desempeñan los andrógenos en el cerebro, pues argumenta que estos alteran su funcionamiento de tal forma que pueden incrementar el nivel de umbral, suscitar cambios súbitos cerebrales convulsivos y del funcionamiento de la corteza cerebral. Así mismo, establece la responsabilidad al funcionamiento físico-químico del cerebro en la conducta, aunado a la interacción de factores genéticos y ambientales, con incidencia directa en el proceso de aprendizaje (Ellis, en Morris Braukmann, 1987).

Lara y Noriega (1996) quienes emplearon una muestra de delincuentes en México, encontrando indicadores clínicos y conductuales de disfunción cerebral desde la infancia, contextualizados en medio socioeconómico bajo. Se consideran además de los hallazgos de índole orgánico, elementos inherentes al sujeto, como son sus características individuales y su entorno social en un intento de generar una perspectiva integrativa de la conducta delincencial.

#### *Factores psicológicos:*

Dentro de este rubro se encuentran los supuestos básicos desde el punto de vista del psicoanálisis, de la teoría del desarrollo y de la del aprendizaje. Desde la perspectiva psicoanalítica y en relación a la conducta delictuosa, la atención se centra en los elementos constitutivos de la estructura de la personalidad, los cuales al encontrarse en un estado de desequilibrio afectivo propician dicha conducta y en algunas ocasiones se asocia con algún tipo de desorden mental o déficit intelectual (Reckless, 1973).

Con base en los elementos que constituyen el aparato psíquico se estableció la existencia de un conflicto interno entre estas instancias, donde el Ello y el Superyo dan paso a acciones delictuosas remitiendo al sujeto a sus instintos primitivos, reflejándose en la agresividad con una prevalencia del Ello. Freud (Nietzel, 1990) refiere con respecto a la psicodinamia del delincuente que la comisión de un delito se debe a la compulsividad de carácter inconsciente de aliviar sentimientos de culpa por medio del castigo, y que dicha acción tiene su origen en el periodo del Complejo de Edipo (Martínez, 1990).

Otra propuesta psicoanalítica fue la enunciada por Franz Alexander (Nietzel, 1990) quién se refería al delincuente como aquella persona incapaz de posponer gratificaciones inmediatas en vista de una recompensa futura. Parte de la propuesta psicoanalítica es que el sujeto que comete un acto delictuoso, busca de manera inconsciente, sustitutos compensatorios de gratificación, los que le fueron negados desde la primera infancia donde probablemente careció de una relación afectiva estrecha con los miembros significativos de su familia (figuras parentales), lo que además propició una falta de identificación.

Bowlby (Blackburn, 1993) retoma el factor de desarrollo en el sujeto considerando conceptos psicoanalíticos y realiza una teoría donde el aspecto cognitivo y social son determinantes. El foco de sus apreciaciones se ubica en la calidad de cuidado y afecto que recibe el infante durante su primer año de vida, misma que determina en gran parte su conducta posterior a través de la internalización de la relación o vínculo biológico-emocional. Considera la privación materna como un factor determinante para una inadecuada socialización lo que también parece estar relacionado con la psicopatía, este término utilizado actualmente con menos frecuencia, constituye una descripción de aquellos sujetos involucrados en la actividad delictiva.

Existen algunas asunciones básicas e ideales acerca de los delincuentes y la delincuencia. Se supone que el niño al nacer posee ciertos instintos inconscientes primitivos, agresivos y destructivos con potencial de ser proyectados en conductas delictivas. La tarea básica de la socialización es desarrollar un conjunto de controles morales internalizados que son establecidos mediante la identificación de los padres, uno a uno, proceso que se da en el contexto de las relaciones familiares de cariño y apoyo durante el periodo preescolar.

Los postulados clave son: La importancia de la relaciones familiares y de la crianza durante los primeros años, la función central intrapsíquica de los factores inconscientes, que la conducta antisocial es el resultado de un desarrollo defectuoso de la personalidad, que algunos casos de delincuencia son consecuencia de un “acting out” en la conducta antisocial de los conflictos neuróticos intrapsíquicos, y la naturaleza inconsciente de los procesos que determinan las actividades mentales, son el resultado que algunos actos delictivos tienen un significado simbólico que reflejan estos procesos intrapsíquicos (Rutter, 1983).

#### *Factores Sociales:*

Sin duda el contexto social en donde el infante se desarrolla juega un papel importante, pues se han observado interacciones de padres e hijos que sugieren que las familias desviadas refuerzan positivamente la conducta igualmente desviada. El medio

ambiente social activa el sistema de valores que fueron transmitidos por los padres, formando elementos para la constitución de la personalidad en un todo, un proceso culturalmente delictivo (Wolfgang y Ferracuti, 1982).

Algunas teorías sociológicas enfatizan, con relación a la conducta delictuosa, la igualdad básica de intereses y habilidades por una parte, así como por otra, la desigualdad de oportunidades para alcanzarlos por una vía socialmente establecida como legal. Esta discrepancia entre las aspiraciones y los medios para lograrlas se considera como una situación que conduce en algunos casos al delito.

El individuo con su equipo biológico y social, se contextualiza en un medio ambiente determinado, y en donde es sometido por las presiones del mismo, influyendo en las actitudes y prácticas delictivas entre otros sujetos del grupo con factores como son la marginación social, el bajo nivel socioeconómico, limitado acceso a la educación y a la cultura, con existencia de estructuras sociales basadas en el lucro, la falta de espacios para llevar a cabo actividades recreativas y tiempo libre, y el poco acceso a oportunidades laborales.

En sociedades en las que la movilidad permite la migración hacia grandes ciudades, con el consecuente aumento demográfico, limitan también las condiciones de vida provocando problemas de hacinamiento y convivencia, específicamente en aspectos de comunicación, y una progresiva pérdida de identidad, integrando ocasionalmente nuevos patrones de vida en los cuales se incluyen el uso de drogas y formas de conducta sexual, alterando los vínculos de relaciones familiares y sociales dificultando su integración a una sociedad (Reckless, 1973) optando por un nuevo estilo cultural o subcultural, en el cual se insertan elementos de una comunidad habitual de la cual proceden aunado a un nuevo contexto.

Edwin E. Sutherland en Morris y Braukmann (1987) establece la teoría diferencial como una posible explicación de la conducta delictuosa basada en el aprendizaje de los sujetos, tanto de conductas convencionales como en asociación con otras significativas. En especial la conducta delictiva está en función de un exceso de definiciones aprendidas

acerca de la violación de las leyes. El término definición se refiere a las evaluaciones normativas acerca del comportamiento particular que una persona tiene o hace en una situación social. Así mismo establece que la efectividad para el aprendizaje de dichos patrones conductuales esta en función de la frecuencia, prioridad, duración e intensidad de las asociaciones como contingencias en el proceso de aprendizaje.

En la teoría de la Asociación Delictuosa se vislumbra la incursión de principios del aprendizaje aplicados al punto de vista sociológico, toda vez que la identificación de factores sociales y culturales pueden ser expresados en conducta a través de procesos psicológicos a nivel individual.

Por lo tanto, y ante lo descrito anteriormente, se concluye que el bagaje de datos obtenidos por diferentes investigaciones indican una causalidad multifactorial en el desarrollo de la conducta delictiva.

### **1.3.1.1 SISTEMA PENITENCIARIO**

Aun cuando se estima indudable que la sanción punitiva es, jurídicamente, retribución determinada por la inobservancia de la norma, también se considera preciso insistir en que tal concepto en modo alguno impide la adopción de un sistema de penas impregnado de propósitos correctores o inocuidadores. La pena de fin, asociada al nombre de Franz Von Liszt, riquísima en antecedentes más o menos empíricos, es un conquista definitiva de la moderna ciencia penal, cuyo ámbito de realización más característico es el de las sanciones privativas de la libertad.

El derecho constitucional histórico no ignoró la evolución operada en el régimen de la privación penal de la libertad. En pasos sucesivos, los ordenamientos pretéritos introdujeron reformas de tendencia humanitaria en el sistema carcelario. Actualmente, ya no sólo el humanitarismo –genuino precursor de la reforma penitenciaria, y aun realizador de ésta en sus primeras etapas- halla cabida en la constitución mexicana; más todavía, ésta, dentro de un espíritu verdaderamente contemporáneo, abre la vía a la acción científica en

las prisiones; todo ello, bajo un designio certeramente acuñado: la readaptación social del delincuente, conforme indica el artículo 18 constitucional (García, 1967).

Los antecedentes más antiguos de la cárcel son en el medioevo incluso hasta el renacimiento, cuando a la prisión se le instaura como la pena, cuya finalidad humanitaria es reemplazar la pena capital, el exilio, la deportación y diversos castigos corporales que se empleaban en siglos anteriores.

La prisión actual fue inventada por el Derecho Canónico, se inició en los conventos, en donde se castigaba con la privación de la libertad todos aquellos clérigos que violaban los preceptos de la iglesia, los cuales tenían que confesar y cumplir con su penitencia en una celda. Luego se utilizaron algunos castillos y fortalezas, edificados para fines militares o con propósitos de cautiverio (Rico, 1977).

Con la revolución industrial, se da un cambio político-económico, cuya consecuencia es la incapacidad para absorber toda la mano de obra, llevando a grandes masas de población a un proceso de desempleo y marginación social. Es en esta etapa donde Thomas Moro, organiza en el castillo de Bridwell en Inglaterra, un registro de vagabundos, ociosos, ladrones y delincuentes menores a quienes guiaba con mano férrea en el trabajo textil. Posteriormente surgen las casas de corrección destinadas a vagabundos, ladrones, prostitutas, etc. De esta manera en la cárcel se incorpora un sistema basado en la represión, contención e incorporación de las personas a una forma de producción capitalista, cuya finalidad es disciplinar a las personas (Melossi y Massino, 1985).

Al surgir el sistema panóptico, basado en el supuesto de ver sin ser visto, cuyo objetivo es mantener continua vigilancia en las personas, promover la división de sexos, aislamiento nocturno celular, la abolición de los castigos, con la finalidad última de formar a un tipo de hombre apto para la integración a la maquinaria productiva de un sistema capitalista. Sin embargo, este sistema fue cuestionado, pues se opinaba que las ideas de Betham fomentaban el ocio, temiéndose un incremento de la delincuencia por las condiciones paupérrimas de los marginados, cuya consecuencia fue un retroceso en el sistema carcelario basándose nuevamente en la represión y contención del individuo.

Cuando el pueblo reacciona violentamente ante las perspectivas del estado de ejercer nuevamente su poder represivo, se da el ataque a todas las prisiones de Europa (“Toma de Bastilla”), por consiguiente el sistema carcelario entra en crisis, tomando un giro hacia una mayor represión y por consiguiente al estricto control social.

Debido a lo anterior surgen escuelas penales que atribuyen a la pena diversos fines. La escuela clásica que acentúa el aspecto moral, retributivo, expiatorio e intimidante. Los positivistas introducen la noción de medidas de seguridad. Sin embargo, los Neoclásicos siguen asignándoles fines represivos, aunque también insisten en la necesidad de la enmienda del condenado. El movimiento de la defensa social, dirigido por Marc Angel, considera que la pena de prisión debe asegurar la protección eficaz de la comunidad social, de la situación personal del delincuente, de sus probabilidades de enmienda y de sus posibilidades tanto morales como psíquicas que permitan aplicarle un verdadero tratamiento de socialización (Rico, 1977).

La prisión con objetivos cada vez más complejos y contradictorios, fue creada en primera instancia como una nueva forma de sanción en donde la responsabilidad de las autoridades es proteger a la sociedad de los delincuentes, de modificar la conducta de este para favorecer su reintegración social, ya que se espera que los reclusos adquieran un sentido de responsabilidad en un medio donde, incluso las actividades humanas más simples, están reglamentadas y controladas.

### **1.3.1.2. SISTEMA PENITENCIARIO EN MÉXICO**

El derecho precortesiano, era rudimentario basándose en la retribución del daño causado a la parte ofendida. Estos pueblos, seguramente contaron con un sistema de leyes para la represión de los delitos, la pena era cruel y desigual; las clases más avanzadas, la clase teocrática y militar aprovechaba la intimidación para consolidar su predominio.

En algunas de principales culturas (azteca, maya, zapoteca y tarasca) de la época prehispánica existen indicios del tipo de cárceles que se utilizaron en su momento:

- CULTURA AZTECA: Su principio de justicia a todos los actos antisociales era la restitución al ofendido por el daño causado, siendo innecesario recurrir al encarcelamiento, ya que el temor que se tenía al castigo que imponían las leyes, por su severidad, obligaba al individuo desde su infancia a mantener una conducta decorosa. Se castigaban los delitos con destierro, penas infames, pérdida de la nobleza, esclavitud, demolición de sus propiedades, confiscación de bienes y la muerte.
- CULTURA MAYA: Esta cultura se caracteriza por más sensibilización, sentido de la vida refinado y profundo; se había transitado ya de la pena de muerte a la pérdida de la libertad, dándose así un paso significativo hacia una superior evolución ética. Los mayas al igual que los aztecas, no concebían la pena como regeneración o readaptación, sin embargo, pretendían readaptar el espíritu, purificándolo por medio de la sanción.
- CULTURA ZAPOTECA Y TARASCA: En la cultura Zapoteca la delincuencia era tan baja que la pena utilizada fue la flagelación, empleada en caso de reincidencia, en cuanto a la prisión, únicamente fue empleada para los delitos de embriaguez entre los jóvenes y la desobediencia a las autoridades. Los Tarascos utilizaban la prisión para esperar el día de la sentencia y excepcionalmente era la pena que se imponía al reincidente por cuarta ocasión (Carranca, 1986).

En la época de la colonia en México, a pesar de que se dieron ciertos avances en un posible tratamiento humanitario hacia los prisioneros, fue solo en apariencia ya que el castigo aplicado en las cárceles en general era todo un espectáculo, debido a que no se contó con una clasificación adecuada de reos, ya que convivían pobres con ricos, peligrosos con personas pacíficas y hombres con mujeres. El blanco principal de la represión era el cuerpo humano del infractor de la ley y la pena corporal consistía en tormentos, descuartizamientos, marcas con hierro candente sobre la espalda o la frente (Carranca, 1986).

Comenzaron preocupaciones penales del viejo mundo, tal fue el caso de las infracciones contra la fe y las buenas costumbres, siendo, con el apoyo de las autoridades civiles, que en México actuó la Santa Inquisición hasta los primeros años del siglo XIX. La inquisición sometía a proceso aquellos sujetos que se apartaban de las normas religiosas y cuyas ideas pudieran poner en peligro la ideología dominante y por consiguiente la estabilidad económica-política de la colonia.

Desde la época colonial hasta nuestros días, han existido una gran cantidad de cárceles y lugares de reclusión. Las más importantes son la Cárcel de la Perpetua, la de la Acordada, la Real Cárcel de la Corte, la Cárcel de la Cuidad o de la Diputación y la Cárcel de Belém, que dejaron de funcionar a principios del siglo XIX. Antes del siglo XIX hubo ausencia de métodos de tratamiento penitenciario, únicamente existía la represión. Esta ha sido la forma más tajante de la privación de la libertad, la esclavitud, hasta tormentos y torturas que se han utilizado en todas la épocas. Se ha comprobado que estas penas corporales no disminuyen las criminalidad, por el contrario, tienden a aumentarlo, por lo que la prisión era una incubadora de odio, rencor, venganza, así como la promoción y enseñanza de delincuentes. Las cárceles únicamente buscaban la seguridad de la sociedad y el castigo del delincuente (Navarro, 2000).

Después que México se libero políticamente del yugo español siguió dependiendo de sus enseñanzas e instituciones, que después del descubrimiento y conquista se implantaron en la Nueva España. En esta época inicia una gestión penitenciaria que pugnó por la prohibición de juzgar a cualquier persona por tribunales especiales o leyes privadas, se estableció que nadie debe ser juzgado ni sentenciado sino por leyes anteriores al hecho, en tribunales establecidos públicamente; la prohibición de la prisión por deudas de carácter civil, la detención mayor de tres días, sujeta a la resolución que la justifique.

Es hasta finales del siglo XIX que comienzan a darse ciertos esfuerzos por cambiar el estilo de vida del reo dentro de las cárceles y es cuando se inicia lo que se ha dado por llamar Escuela Penitenciaria, apareciendo con ella algunos métodos de tratamiento penitenciario (Navarro, 2000).

El principal proyecto para llevar a cabo la construcción de la Penitenciaría de la ciudad de México fue en 1847, sin embargo, los trabajos se iniciaron en 1855 terminándose en 1897 e inaugurándose hasta el año de 1900, mejor conocida ahora como Lecumberri, cuyo diseño facilitaba el control y la vigilancia de la población del penal. La clasificación dentro del penal se basaba en el delito cometido, los antecedentes penales, la conducta y el trabajo que los reos realizaban antes de su detención. Primero se estremo como penitenciaría del D.F. y luego quedó como cárcel preventiva al edificarse la prisión de Santa Martha Acatitla (Marco del Pont, 1991) la cual se clasifico como penitenciaría siendo inaugurada en 1958. Otros reclusorios fueron construidos en tres de los puntos cardinales, faltando el cuarto (poniente), ya que la idea inicial fue abarcar los cuatro puntos.

En 1971, se promulgó la ley que establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados, donde se recogen los principios esenciales del sistema penitenciario moderno. Anteriormente las normas sobre la ejecución de la pena privativa de la libertad se hallaban en los códigos penales y de procedimientos penales, luego se efectuó una reforma penitenciaria para modificar la estructura de las prisiones.

El régimen penitenciario en México aplica el tratamiento técnico progresivo, entendiéndose técnico como sinónimo de intervención que en adelante tendrían las ciencias relacionadas con el comportamiento de los individuos que deberán de comprender los periodos de estudios, diagnósticos y tratamiento. Con base en el Sistema Técnico Progresivo, surgió el Sistema Penitenciario Mexicano, consecuencia de la reforma legislativa en materia de administración penitenciaria y trato al delincuente a partir de una concepción integral y objetiva del problema, estableciendo el conjunto de premisas básicas y la terminología especializada en la cual se sustentarán las acciones del aparato burocrático, en un principio a nivel Federal y del Distrito Federal en materia de política penitenciaria.

En el sexenio del presidente Miguel de la Madrid surge la idea de los Centros Federales de Alta Seguridad iniciándose la edificación del CE.FE.RE.SO. No. 1 conocido como "La Palma", prisión de alta seguridad diseñada como las prisiones de alta seguridad de Francia y España, un establecimiento con edificios bajos, sencillos y modernos. Está

protegido con defensas antiaéreas, cables de alta tensión que rodean la estructura de concreto de la prisión de siete metros de alto, sensores infrarrojos y ópticos, detectores de movimiento en tierra y alarmas conectadas al Séptimo Regimiento de Artillería del Ejército y al Colegio de Policía del Estado de México. Están separados procesados de sentenciados. Es en este lugar en donde cumplen su sentencia los criminales de más alta peligrosidad del país (Trejo y Gomora, 1998). Cabe bien destacar que esta es una de las cuatro cárceles de alta seguridad que se encuentran en México: CE.FE.RE.SO. No. 2 "PUENTE GRANDE", CE.FE.RE.SO. No. 3 DE Mataros y CE.FE.RE.SO. No. 4 DE Nayarit.

El encarcelamiento ha sido criticado, ya que es una manera radical de reaccionar contra el comportamiento criminal, ya que los centros penales han sido creados para ofrecer una nueva forma de sanción para proteger a la sociedad, modificar la conducta y actitudes de los internos así como reintegrarlos a la sociedad, no obstante, se espera que los internos adquieran un sentido de responsabilidad en un medio donde incluso las actividades humanas más simples están reglamentadas y controladas (Rico, 1977).

## RESUMEN

1. La personalidad es el conjunto de las formas relativamente consistentes de relacionarse con la gente y las situaciones que hacen única a cada persona, características que han sido motivo de estudio para diversos teóricos. El objetivo principal de este capítulo es dispersar algunas de estas dudas y conocer los enfoques teóricos básicos en el estudio de la personalidad, para identificar posteriormente cuales son los factores que intervienen en la formación de la personalidad antisocial, misma que es de interés en el presente estudio debido a que la muestra de estudio proviene de una población penitenciaria.

2. Las Teorías de la Personalidad se dividen en el presente trabajo en cuatro grupos que son: a) Enfoque psicodinámico en el que se incluyen teóricos como Sigmund Freud, Carl Jung, Alfred Adler, Karen Horney, y Eric Erikson; b) Aproximación conductual o de aprendizaje en la que destacan John B. Watson, B. F. Skinner y Albert Bandura; c) Enfoque humanista con Abraham Maslow y Carl Rogers; d) Teorías Tipológicas cuyos dos de los principales exponentes son Ernest Kretschmer y William Sheldon; y e) Teorías de los rasgos por Catell y Gordon Allport.
3. Una vez comprendido el concepto de la personalidad, se aprecia que esta se encuentra conformada por un conjunto de características individuales en las que destacan el temperamento y el carácter, de los cuales se refieren a los estilos de características e individuales de aproximarse a las personas y a las situaciones. El temperamento se define como un estado fisiológico característico de un individuo que condiciona sus reacciones ante las diversas situaciones de la vida, es decir, es el modo innato de reaccionar a los estímulos, mientras que el carácter se constituye mediante la fusión de la constitución del temperamento y de los factores externos que actúan permanentemente sobre la individualidad, con los que esta es ligeramente modificada.
4. Resulta importante realizar una diferenciación entre conducta antisocial y delito. Conducta antisocial es el comportamiento humano que va contra el bien común, mientras que el delito es la acción u omisión que castigan las leyes penales. es la conducta definida por la ley. Abocándose a la conducta antisocial, este hombre debe ser comprendido dentro de su historia personal y social, ya que cada individuo presenta características particulares que lo hacen diferente de los demás, y por lo tanto, la agresión del delito implica aspectos bio-psico-sociales también únicos. La conducta agresiva está motivada por múltiples factores situacionales y conflictos internos con un gran simbolismo en su expresión. Uno de los teóricos de la personalidad que hace referencia a la predisposición delincencial es Hans J. Eysenck. Posteriormente Edwin E. Sutherland establece la teoría diferencial como una posible explicación de la conducta delictuosa basada en el aprendizaje de los sujetos.
5. El sistema penitenciario se creó a partir de la necesidad social por sancionar la conducta delictiva, cuyo propósito inicial fue únicamente aplicar sanciones en

- privativas de la libertad para proteger a la sociedad de los delincuentes, introduciéndose posteriormente reformas de tendencia humanitaria con el objetivo de modificar la conducta del delincuente para poder reintegrarlo a la sociedad.
6. El sistema penitenciario en México tiene sus orígenes en la época prehispánica, identificándose a la cultura azteca, cultura maya cultura zapoteca y la tarasca en las que existen indicios de la utilización de cárceles. El antiguo sistema de leyes se basaba en la represión de los delitos con una pena cruel y desigual. Debido a que se ha comprobado que las penas corporales no disminuyen la criminalidad se realizan ciertos esfuerzos hasta finales del siglo XIX para cambiar el estilo de vida de los presos incluyendo algunos métodos de tratamiento penitenciario.

## CAPITULO 2. DEPRESION

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la práctica de consultorio y en los servicios de consulta externa. Algunos especialistas han calculado que por lo menos el 12 por ciento de la población adulta sufrirá un episodio de depresión de suficiente gravedad clínica para requerir tratamiento. Varios estudios retrospectivos sobre los suicidios en Inglaterra revelaron que la mayoría de los pacientes habían sido examinados poco tiempo antes por sus médicos particulares y, a pesar de que presentaban signos reveladores de depresión, generalmente no se diagnosticó ésta, por lo que no recibieron el tratamiento apropiado. Por lo tanto, una información sólida sobre la identificación y tratamiento de la depresión es fundamental no sólo para disminuir la aflicción causada por este padecimiento, sino también para reducir la frecuencia del suicidio, que es una de las diez primeras causas de muerte en Estados Unidos (Beck, 1976).

La tasa de prevalencia de la depresión en los países desarrollados es entre el 3 y 4 por ciento. De estos enfermos reciben tratamiento médico 1 de cada 5, son hospitalizados 1 de cada 50, cometen suicidio 1 de cada 200 y durante el curso de su vida 1 de cada 10 personas sufre cuadros depresivos. El 10 por ciento de los enfermos deprimidos pasan más de cuatro años en un hospital. En México se considera que de 33 a 40% de las personas que solicitan atención médica sufren depresión en algún grado, y el 40 por ciento de éstas tienden a la recurrencia o a la cronicidad. Se calcula que la mitad de los suicidios sufrían previamente de depresión (Revista Psicología, 1999).

Como la depresión queda a menudo enmascarada por síntomas somáticos, puede pasar desapercibida, por lo que se puede perder mucho tiempo valioso tratando de encontrar el supuesto trastorno físico. Incluso se ha excluido la presencia de un trastorno somático como causa de los síntomas, de tal manera que los médicos pueden despedir a los pacientes con la afirmación de que se encuentran clínicamente sanos (Beck, 1976).

La depresión tiene un núcleo biológico, pero su prevalencia está influida por las circunstancias sociales y culturales. Además, la sintomatología puede variar entre distintas

culturas. Algunas personas tienen dificultad para verbalizar su estado subjetivo o niegan su depresión mental y expresan su sufrimiento en términos de síntomas somáticos. Sin embargo, algunos enfermos no se percatan de que están deprimidos y se presentan a consulta a causa de insomnio, trastornos digestivos funcionales, disuria, vértigo, etc. La depresión se hace aparente en un interrogatorio acerca del estado de ánimo, las energías y los intereses. Este estado se conoce como depresión enmascarada. Tanto las personas obsesivas, perfeccionistas y meticulosas, como las histéricas son vulnerables a la depresión. Una vez iniciado el estado depresivo, constituye un proceso que requiere ser tratado específicamente.

La depresión se puede presentar en todas las etapas del ciclo vital. Es más frecuente en la adolescencia, el climaterio y la senectud. En los niños las depresiones se enmascaran por fobias escolares, trastornos del apetito y defectos en el aprendizaje. En un sentido, la depresión es un duelo que se prolonga. Las experiencias infantiles ejercen influencia en la depresibilidad de los adultos a través de la adquisición de ciertos rasgos de carácter.

Muchos pacientes, los mismo que sus familiares, no comprenden que la depresión es una enfermedad que requiere de tratamiento específico, por lo tanto, es labor de los médicos explicárselos claramente y así intervenir oportunamente (Revista Psicología, 1999).

## **2.1 ANTECEDENTES**

La depresión es una emoción natural y normal que todo ser humano puede padecer cuando las circunstancias son extremadamente adversas, pero existen algunas personas que presentan vulnerabilidad excesiva ante este tipo de circunstancias, dichos sujetos tienden a reaccionar en forma tan exagerada, que su conducta llega a ser patológica. Desde que el hombre ha escrito crónicas sobre su conducta, ha dejado comentarios acerca de individuos que presentan tendencia a la melancolía.

Aún cuando el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto el advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico en su forma más severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Hipócrates (IV a. de C.) afirmaba que los problemas psiquiátricos estaban relacionados con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (Calderon, 1990).

A Hipócrates piden diagnosticar al filósofo Demócrito (430 – 370 a. de C.) que al parecer había sido víctima de una fuerte depresión, y quien buscaba en los cadáveres de animales la residencia de la bilis negra, fuente de la depresión. El filósofo griego contó a Hipócrates (460 – 377 a. de C.) que deseaba buscar un tratamiento para curarla. La etiología de la palabra melancolía deriva precisamente de este concepto griego de la bilis negra (melas-negro, chole-bilis).

De la depresión endógena hay descripciones muy antiguas, pero bajo subterfugios mágicos no de tipo científico. Los filósofos griegos la llamaban melancolía y mencionaban en sus escritos estados depresivos o maniacos.

En las sagradas escrituras hay varios relatos minuciosos de depresiones. En la cultura grecorromana se encuentra un enfoque nuevo “espiritual de la depresión”, en el que las víctimas están cargadas de sentimientos de culpa, interpretando ciertas manifestaciones depresivas como pecado. Durante muchos siglos la depresión no fue enfocada como tema médico, sino como espiritual (Vallejo, 1992).

En los primeros siglos de nuestra era Celsus, Asclepiades y Areteo de Cappadocia hablaban de la melancolía como un problema médico. Este último decía estar convencido de que la melancolía era el comienzo de la manía, y que también parte de ella evolucionaba en ciclo y, al cesar los síntomas, a diferencia de otras formas de locura, los melancólicos recobran por completo su personalidad normal. Los romanos siguieron esos mismos estudios. Galeno de Pérgamo (130-201) desarrolló una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores, la cual se mantuvo como doctrina hasta la Edad Media (Arieti y Bemporad, 1978). Menos de un siglo después Soranos de Ephesus, señala como los

síntomas principales de la melancolía: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad, y en ocasiones, jovialidad, quien sugería a los sujetos deprimidos participar en comedias, mientras que a los maniacos se les instaba a actuar en tragedias.

En el México prehispánico el cuadro depresivo fue considerado un problema médico, de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badiano, que generalmente se le conoce como Códice Martín Badiano, en donde se recomendaba como tratamiento un cocimiento de hierbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, acompañados de la indicación de dedicarse a cosas alegres (Calderon, 1992).

En el cristianismo los melancólicos aparecen como víctimas cargadas de sentimientos de culpa. Las manifestaciones depresivas son interpretadas como formas de pecado, ideas de culpa y de condenación que sufre el deprimido. Sin embargo, son ciertos pensadores religiosos quienes empiezan a identificar la depresión como enfermedad.

No sucede así con el suicidio, que no adquiere carácter de patología hasta finales del siglo XVI, aún por minoría. El suicida –a veces un deprimido- estaba condenado social y moralmente. A éste se le enterraba en lugares profanos, y en sociedades como la anglosajona, si no moría en el intento se le condenaba a muerte en tormento. Es San Isidro de Sevilla quien “libera a los pobres deprimidos de la convicción colectiva de que eran ellos mismos con sus culpas los responsables de la situación”. Se adelanta a los tiempos, al decir que la depresión o la melancolía es una enfermedad producida o por una alteración de los humores, o por el efecto en el cuerpo de un disgusto.

Durante la Edad media hubo un gran número y variedad de formas de la llamada melancolía, provocada por espíritus o causas naturales tales como exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos. Las causas espirituales eran consideradas de origen divino. Filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en

1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado de anatomía de la melancolía, obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos.

La conexión entre la manía y la melancolía la establece Bonetus en el siglo XVII que hablaba de la manía de la melancolía, que equivale a lo que hoy se denomina un estado maniaco depresivo.

La melancolía cobra vigencia médica a partir del siglo XVI. A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente centrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio como causas posibles de la melancolía, señalaron en primer lugar las psicológicas, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades, las dificultades familiares y en segunda instancia las físicas.

En 1809, Haslam, boticario del hospital de Behtlem en Londres escribió: Los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas, pueden tener diferentes tipos de síntomas tales como un semblante ansioso y aspecto sombrío, poco dispuestos a hablar, aislarse o permanecer mucho tiempo en su lecho, volviéndose después miedosos y concibiendo fantasías, recordando sus actos morales o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido, con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa (Calderón, 1992).

El concepto de locura circular y su carácter hereditario surge en este mismo siglo. El alemán Kahlbaum describe la melancolía y la manía como dos fases opuestas de la misma dolencia, y no por enfermedades independientes entre sí. Pero es a partir de Freud y Kraepelin –dos grandes talentos pero diametralmente opuestos en sus enfoques sobre la depresión- cuando surgen dos corrientes diferenciadas de la psiquiatría.

Para Freud y sus seguidores, la causa de muchas depresiones es psicológica de manera que el estado de ánimo depresivo es una forma de adaptación que funciona como mecanismo de defensa. Formularon la depresión como una manifestación de hostilidad

Falla de origen  
Falta la página  
45

sistema HLA, una parte del sistema inmunológico corporal. Así pues la depresión puede estar relacionada con el sistema inmunológico de un individuo afectado.

### *EXPLICACIÓN BIOQUÍMICA*

Esta es una explicación fisiológica de la depresión y atribuye la enfermedad a un mal funcionamiento de los neurotransmisores, sustancias químicas del cerebro que tanto estimulan como inhiben a otras células. Un grupo de neurotransmisores en particular, serotonina, dopamina y norepinefina, conocidas como aminas biogénicas, concentradas densamente en el tallo cerebral, se consideran implicadas en el origen de la depresión como de la manía. En especial la norepinefina puede ser el trasmisor cerebral más involucrado en los aspectos motivacionales y emocionales de la conducta. La escasez de estas aminas enviadas al cerebro puede causar dicho trastorno, mientras que un exceso puede producir manía. Las investigaciones que apoyan esta teoría concuerdan con el descubrimiento de que si se estimulan con corriente eléctrica ciertas partes del cerebro de los animales y de los seres humanos, se puede producir una sensación muy placentera, mientras que extrayendo las aminas del cerebro se logra disminuir los efectos de este tipo de estimulación.

De acuerdo con Schildkraut y Kety (1967, citado en Thompson, 1977) gran cantidad de drogas que parecen influir en el carácter y la emoción, tienen así mismo efectos en los niveles cerebrales de las aminas biogénicas. En especial, las drogas sedantes o que causan depresión, hacen disminuir el contenido cerebral de aminas. Las drogas que combaten la depresión y despiertan euforia o júbilo, causan en el cerebro aumento de aminas. En opinión a ellos, la depresión humana puede deberse a deficiencia de animas biogénicas cerebrales.

Los agentes antidepresivos intervienen este proceso y aceleran el restablecimiento de las aminas a las células nerviosas. Sin embargo, parece ser que los cambios en las sustancias neurotransmisoras, también pueden ser el resultado de un largo periodo de tensión o de un suceso profundamente traumático (Freden, 1986).

Otros cambios fisiológicos relacionados con la depresión son un aumento de la tensión muscular y la aceleración de la tasa cardíaca y de la respiración, un desequilibrio de la carga eléctrica del sistema nervioso, fruto de un aumento de la retención de sal, y aumentos en la producción de una hormona, el cortisol (Papalia, 1988).

### *EXPLICACION MEDICA*

La psiquiatría tradicional en su opinión dicotómica, considera que existen dos tipos de depresión. La primera es la depresión endógena, cuyos orígenes son internos. Generalmente es causada por una reacción bioquímica, principalmente a nivel hormonal en donde se da un desequilibrio genético en ciertas sustancias neurotransmisoras. Entre los síntomas más importantes de este tipo de depresión existe la inhibición motora, sentimientos de culpa, delirios paranoicos, despertar temprano, depresión profunda, pérdida de peso, no reaccionar a los cambios en el medio, agitación e intento de suicidio. Presenta ataques recurrentes a intervalos regulares, dos a tres con duración de 6 a 12 meses.

La segunda es la depresión exógena, que dependen principalmente de las circunstancias externas principalmente de tipo social, la ocurrencia de algún suceso traumático que influye de manera decisiva en el individuo, generándose síntomas como pérdida de sueño, de apetito, ansiedad, autocompasión, riesgo de suicidio o fijación en un objeto. Reacciona no específicamente a ciertos fármacos. Su recurrencia es rara, dura mas de seis meses (Freden, 1986).

### *ANÁLISIS EXISTENCIAL*

Desde el enfoque del análisis existencial, se menciona un estudio realizado por Strauss en 1928 y Minkowski en 1930, que han puesto en evidencia la profunda alteración de la estructura temporal en la melancolía. Para estos pacientes, anclados en la fatalidad de un pasado, el tiempo es una perspectiva de muerte (Vallejo, 1980).

### *EXPLICACION ESTRUCTURALISTA*

A partir de un estudio de la depresión Henri Ey afirma que según la teoría estructuralista, hay una explicación entre el proceso orgánico y el proceso psicológico. El trastorno fundamental o estructura negativa está constituida por pérdida de la actividad sintética del pensamiento, trastorno de la conciencia y desestructuración temporal ética de la conciencia melancólica. Ey menciona que “la estructura positiva de la melancolía engloba a la vez tragedia de la existencia, el mundo de los fantasmas de la angustia original, la ansiedad metafísica y la necesidad de someterse a una especie de imperativo categórico de infortunio y de mal”.

### *EXPLICACION PSICOANALITICA*

Por parte de este enfoque se han ofrecido una serie de explicaciones acerca de la depresión. Freud y Abraham se interesaron por estudiar los estados depresivos realizando las primeras formulaciones psicoanalíticas, y considerando la melancolía como una situación de “pérdida del objeto amado”. La depresión constituye un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido en el que se produce la internalización del instinto agresivo que, por alguna razón, no se dirige hacia el objeto apropiado.

En el enfoque libidinal, Freud y sus seguidores explican la depresión como resultado de la baja autoestima producida por el fracaso en las relaciones amorosas adultas, que es a la vez resultado de una fijación oral provocada por problemas en la relación madre-hijo. La teoría ego-psicoanalítica de la depresión la contempla como resultado de que una persona advierte que es incapaz de cumplir las aspiraciones que esperaba. Según la teoría de las relaciones objetales, en la que la palabra objeto se emplea normalmente con referencia a una persona, la depresión proviene del fracaso del individuo en reconciliar sus buenos y malos deseos hacia la madre. La ambivalencia resultante produce culpabilidad y tensión, y puede, más tarde, provocar depresión en el momento de perder algún objeto importante. Sostenía que la depresión se originaba en la fase oral.

Freud, en su artículo *Duelo y Melancolía* cita que en ambos hay una sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Sin embargo, sólo en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a los autorreproches y a expectativas irracionales de castigo. Así, los define en los siguientes términos: Duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente; la melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio.

Karl Abraham hace una comparación de la depresión con la ansiedad como el resultado de instintos reprimidos, considerando que la ansiedad emerge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada y, la depresión surge cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus necesidades libidinales. Explica dos de los principales síntomas de la depresión: la negativa a alimentarse y el temor a morir de hambre, por lo que vincula la depresión como una regresión a la fase oral.

Para él en la depresión la búsqueda de la satisfacción libidinal está profundamente reprimida, perdiéndose la capacidad de sentirse amado o capaz de amar, llegando a la desesperación al no llegar nunca a la intimidad emocional. Además, la culpa masiva del depresivo se debe a sus reales deseos destructivos que se mantienen inconscientes, así como la ambivalencia, su incapacidad de amar verdaderamente a los demás, su preocupación por sí mismo y la manera en cómo utiliza la culpa para llamar la atención sobre sí mismo, con respecto a los demás.

Por lo tanto destaca la importancia de la ambivalencia tanto hacia los demás como hacia el objeto incorporado. Para este autor los desórdenes afectivos se desarrollan como consecuencia de la sensación de ser incapaz de enfrentar responsabilidades, de un rol adulto en la sociedad (Polaino, 1985).

La psicóloga Melanie Klein reconocía dos fases de desarrollo importantes por las que pasan todos los niños y se refirió a ellas como “modelos de reacción”. La primera

llamada posición paranoide-esquizoide, se refiere a la reacción del niño hacia la frustración de sus deseos y la gratificación de su madre, a la que consideraba como un tipo de persecución. La segunda fase, a la que le dio el nombre de posición depresiva, se produce cuando el niño desarrolla una conciencia (es decir, cuando empieza a actuar el super ego) y comienza a sentirse culpable por sus sentimientos negativos hacia la madre (Shreeve, 1990).

### *EXPLICACIÓN CONDUCTISTA*

Desde el ámbito del conductismo también se han esbozado diferentes hipótesis explicativas de la conducta depresiva. Posiblemente el fenómeno denominado "learned helplessness" (desesperanza aprendida o indefensión) es uno de los que mejor se ajusta al paradigma conductista de la depresión. Se ha sugerido que en la depresión humana se recoge una historia existencial caracterizada por un relativo fracaso sistemático en ejercer el control sobre los reforzadores ambientales, lo que lleva a una situación permanente de frustración.

### *EXPLICACION COGNITIVA-CONDUCTUAL*

Son tres teorías en la psicoterapia cognitiva-conductual:

Baja proporción de reforzamiento: Según Lewinsohn la depresión se debe a una baja proporción del reforzamiento positivo seguido de respuestas específicas, bien porque existen pocos acontecimientos reforzadores en el ambiente del paciente y porque éste no suele tener respuestas gratificantes (posiblemente por falta de habilidades sociales). Según él los síntomas cognitivos y verbales de la depresión son consecuencia de la ausencia de respuestas que crea esta pérdida de reforzamiento. Es decir, el individuo deja de hacer más esfuerzos para obtener los resultados deseados porque los anteriores fracasaron.

Tanto la teoría cognitiva de Aaron Beck (1965) como la teoría de la indefensión aprendida de Martín E. P. Seligman se apoyan en la manera como interpretamos las experiencias de la vida.

Pérdida de control, indefensión aprendida: El defensor de esta teoría es Seligman y sugiere que una persona se deprime cuando cree que su conducta tiene poca o ninguna influencia sobre el resultado de los acontecimientos, es decir, no tiene ningún control. La falta de convicción en la propia eficiencia es el núcleo de la teoría de la indefensión adquirida de Seligman (1975), lo cual se observa en las depresiones reactivas, que generalmente siguen a acontecimientos tales como el fallecimiento de un ser querido, el rechazo, una enfermedad o cualquier problema que se considere irresoluble, asumiendo la falsa creencia de que nada de lo que se haga podrá superar lo enfrentado, conduciéndose así hacia la depresión.

Distorsiones cognitivas: Beck descubrió que las personas deprimidas tienen un pobre concepto de sí mismas, autocriticándose y exagerando sus problemas, creyendo que la mejor solución es el suicidio, por lo tanto considera que el depresivo sufre un trastorno básico de pensamiento exagerando los fallos, haciendo malas interpretaciones, viendo el lado negativo de las experiencias y siendo pesimista. Explica que esto se debe a que las personas sufren una disfunción cognitiva y emocional. Debido a que las personas se aferran a sus pensamientos, se perturban todavía más, desarrollando una sensación de falta de decisión y de esperanza, bloqueando toda respuesta adecuada para enfrentar los problemas, empeorando más su depresión.

*Por lo tanto, Beck afirma que la depresión es más bien un trastorno del pensamiento con la consecuente alteración de la afectividad y de la conducta. La depresión presenta sus propias formas de distorsión, que se reúnen bajo la denominación de "triada cognitiva" compuestas por expectativas negativas respecto al ambiente, autoapreciación negativa y expectativas negativas respecto al futuro. Sostiene que le fue posible detectar estos componentes esencialmente de la depresión en los sueños de sus paciente, sus asociaciones y sus reacciones a estímulos externos. Para apoyar sus conclusiones, presenta además una larga serie de datos experimentales obtenidos por lo general mediante evaluaciones de la depresión (Arieti, 1978).*

El postulado por Beck sugiere que el estado depresivo surge de distorsiones cognitivas basadas en un conjunto de pensamientos negativos respecto a la visión del individuo de sí mismo, del mundo y del futuro. La terapia se dirige a la variedad creciente

de actividades del paciente, identificando los pensamientos automáticos que siguen a la percepción de una dificultad, generando pensamientos alternativos (no depresivos) de índole más realista y adaptable, poniendo a prueba la credibilidad de estas alternativas y modificando los supuestos inadaptados que parecen caracterizar los pensamientos automáticos que conducen a las respuestas depresivas.

### 2.3 CONCEPTO DE DEPRESIÓN

Todos tenemos momentos de mal o buen humor. Los estados de ánimo que parecen relacionados con los sucesos de la vida son más fáciles de comprender. Cuando estos estados emocionales no interfieren en la manera de conducirse o cuando tal interferencia se limita a un breve periodo de tiempo, la mayoría de las personas se adaptan muy bien a ellos. Si estos estados emocionales persisten hasta un grado tan severo que interfieren en el funcionamiento ordinario, se dice que la persona sufre un trastorno afectivo o trastorno de ánimo.

Entre estos episodios emocionales se encuentra la llamada depresión. Pero, ¿qué es la depresión?. La depresión es más que una baja temporal del estado de ánimo. Los síntomas afectan pensamientos, sentimientos y el comportamiento. Ciertos episodios depresivos ocurren en forma repentina, sin causa aparente, otros son desencadenados por experiencias desagradables, algunas personas tienen un periodo de depresión en su vida y otros tienen episodios recurrentes, unos mas son tan severos que afectan la vida diaria, mientras que otros tienen síntomas crónicos que no interfieren en su funcionamiento pero si en su estado de animo.

Es un sentimiento, pero contrariamente al pesar y la tristeza común, es también un síndrome en la medida en que produce graves alteraciones del funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas. Que se le considere o no una enfermedad, depende del modo en que se defina el término enfermedad. Si por "enfermedad" entendemos un estado que provoca una disfunción del organismo, independientemente de la evidencia de

patología celular o de la naturaleza de la causa desencadenante, sin duda podemos llamar enfermedad a la depresión (Arieti, 1990).

Por lo tanto, la depresión como síndrome clínico, puede presentarse, primariamente, bien delimitado, o como forma secundaria está asociada a otras alteraciones psicopatológicas (Polaino, 1985) causando un determinado grado de incapacidad en el sujeto. La depresión como desorden clínico manifiesta ciertas características específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, siendo posible correlacionar, en ocasiones, algunos datos biológicos o familiares.

Al término de la depresión generalmente se le añade algún adjetivo que indica el tipo o forma particular de que se trata. Cuando es concebida como una entidad clínica específica, se atribuyen a la depresión ciertas cualidades constantes, además de su signos y síntomas característicos. Estas cualidades incluyen un tipo determinado de iniciación, evolución, duración y resultado.

La semejanza entre la depresión y el abatimiento de las personas normales ha llevado al concepto de que el estado patológico es simplemente una exageración del normal. Esto, que es conocido como la hipótesis de la continuidad, ha tenido seguidores como Adolph Meyer de la escuela psicobiológica, y los ambientalistas; y opiniones en contra como la de Kraepelin y sus seguidores, y la escuela somatogénica (Beck, 1967).

La depresión es el resultado de determinadas fuerzas biológicas y sociales que en un medio complejo actúan en forma nociva sobre el funcionamiento del sistema nervioso de una persona; a su vez la actividad depresiva cambia negativamente el comportamiento de la persona, el carácter, sus sentimientos y pensamientos. Este funcionamiento anormal, en su totalidad configura una enfermedad depresiva.

Los episodios depresivos mayores pueden darse a cualquier edad, incluso en la infancia, y los síntomas son algo diferentes en personas de distintas edades. La depresión distímica normalmente tiene lugar en los primeros años de la vida adulta, aunque puede darse en la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta tardía, algunas veces a

continuación de un episodio depresivo mayor. El comienzo de un episodio depresivo es variable, desarrollándose a veces durante un periodo de días o semanas, y otras como una reacción repentina a un estrés grave (Papalia, 1988).

En ocasiones la cultura influye en determinado momento a que se desencadene un periodo depresivo, así como también algunos factores tales como el medio ambiente físico, el conjunto de normas, valores, creencias, los mitos, prejuicios y estereotipias que envuelven al hombre de tal forma que este las perpetúa o las resiste y cambia de generación en generación. Si bien las influencias culturales no solo moldean la expresión sintomatológica de la enfermedad, también lo hacen con la reacción del individuo y de su medio social a los síntomas manifestados.

El hecho depresivo no es unitario, sino más bien heterogéneo, porque cada individuo manifiesta el hecho depresivo en forma diversa. En algunas culturas, los cambios emocionales (tristeza, culpabilidad y ansiedad), constituyen el núcleo fundamental de las manifestaciones depresivas. Por el contrario, en otras sociedades los cambios que se operan en las funciones cognitivas (autopercepción negativa, pesimismo, autoconcepto negativo, disminución de la autoestima, disminución real o aparente de la autoeficiencia, etc.) constituyen el núcleo fundamental de la depresión (Polaino, 1985).

Algunos de los conceptos manejados por algunos autores son:

Shreeve (1990) describe la depresión como un trastorno del estado de ánimo, estado de melancolía prolongada que surge sin razón aparente o como una reacción exagerada a un acontecimiento impulsor. Priest (1992) dice que es una emoción vinculada a una importante parte física muchas veces puede aparecer después de un periodo de ansiedad, o ser producido por esta o incluso acompañarla. Para Sabanés (1993) la depresión es una evidente alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar afectos. Dorsch (1991) describe estado de ánimo triste, deprimido de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión.

En los diccionarios de psicología se refiere al decaimiento de ánimo o de la voluntad, así como un estado patológico en que existe la disminución general de toda actividad psíquica y que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad. Víctor Frankl (1992) menciona que se trata de un estado de desazón, una desazón triste, la melancolía.

El término de depresión se ha venido aplicando a un amplio espectro de estados de ánimo, que abarca desde la infelicidad o la disforia hasta fricción normal y las reacciones catastróficas (Antoni – Benedek, 1981).

Beck considera que las distorsiones cognitivas son la causa primaria de la depresión y no elaboraciones secundarias. Según este autor todas las formas de psicopatología presentan algún grado de desorden del pensamiento. A pesar de que nadie puede conocer la realidad de manera totalmente objetiva y que la apreciación que cada individuo hace de su mundo esta matizada por sus experiencias pasadas, por lo general hay un consenso respecto de casi todas las experiencias y puesto que ese consenso es compartido por una abrumadora mayoría, se considera que dichas perspectivas corresponden al campo de la normalidad. En la psicopatología, según Beck se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad (Beck, 1976).

*“El modelo cognitivo de Beck postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) Tríada cognitiva, que consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. (2) Los esquemas, concepto que se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. (3) Errores en el procesamiento de información, donde se explica que los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria”.*

En un trabajo más reciente vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez da lugar a las características distorsiones cognitivas. Según Beck “las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan así patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivacionales de la conducta y vegetativos de la depresión fluyen a partir de estas autoevaluaciones negativas”. Agrega más adelante que “la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo, y auto crítica”. Infiere que “después de experimentar una pérdida (sea como resultado de un hecho obvio y real o de privaciones encubiertas), el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa” (Beck, 1976).

### 2.3.1 CAUSAS Y SINTOMATOLOGÍA

#### > CAUSAS

Las *causas* de la depresión no se conocen por completo, debido a que estas se pueden presentar de diferente manera en cada persona, siendo la reacción que tenga la persona ante diversas situaciones lo que origina la causa.

Calderón (1990) considera al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión se debe tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla. En suma, la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros. Aún cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, propone con fines didácticos, dividir sus causas en: genéticas (depresiones psicóticas), psicológicas (depresiones neuróticas) y sociales (depresiones simples).

Shreeve (1990) menciona que aunque ninguna teoría sea todavía global, el hecho mismo de que la depresión puede aliviarse con medicinas y psicoterapia sugiere un proceso de enfermedad subyacente que se produce en un nivel o probablemente en varios niveles diferentes de modo simultaneo, mencionando como los dos más importantes el psicológico

y el bioquímico. Es importante no olvidar la importancia de otros factores como la genética, las circunstancias sociales adversas, los tipos de personalidad, el estrés y la sobrecarga del factor impulsor. Existen muchos factores contribuyentes, algunos de los cuales tienen que estar presentes en el individuo, antes de que la enfermedad se manifieste. Afirma que los rasgos de personalidad predisponen a ciertas personas a la depresión cuando se enfrentan a situaciones difíciles.

Sabanés (1993) afirma que existe relación entre la depresión y otras variables que pueden ser causa de la depresión como son: depresión y estado civil, depresión y clase social, depresión y creencias religiosas, y depresión y medio ambiente.

Existe un número de factores que pueden predisponer una persona a sufrir depresión más que otra, como la predisposición familiar (factores hereditarios), los efectos secundarios de algunos tratamientos, una personalidad introvertida y sucesos emocionalmente desagradables, particularmente los que implican una pérdida. La depresión también puede surgir o empeorar sin ningún acontecimiento vital estresante.

Las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión, aunque las razones no están totalmente claras. Los estudios psicológicos demuestran que las mujeres tienden a responder a la adversidad encerrándose en sí mismas y autoculpándose. Por el contrario, los varones tienden a negar la adversidad y a dedicarse de lleno a diversas actividades. En cuanto a los factores biológicos, los más implicados son los hormonales. Los cambios en los valores hormonales, que pueden provocar cambios de humor justo antes de la menstruación (tensión premenstrual) y después del parto (depresión posparto), pueden tener algún papel en las mujeres. En las que han sufrido depresiones, pueden ocurrir cambios hormonales similares tras el uso de anticonceptivos orales. La función tiroidea anormal, que es bastante frecuente en las mujeres, puede constituir otro factor.

La depresión que se produce tras una experiencia traumática, como la muerte de un ser querido, se llama depresión reactiva. Algunas personas pueden deprimirse de modo temporal como reacción a ciertos períodos vacacionales (vacaciones tristes) o aniversarios con cierto significado, como el aniversario de la muerte de un ser querido. La depresión sin precipitantes aparentes se conoce como depresión endógena. Estas distinciones, sin

embargo, no son muy importantes, ya que los efectos y el tratamiento de las depresiones son similares.

La depresión también puede ocurrir con un cierto número de enfermedades o trastornos físicos. Los trastornos físicos pueden causar una depresión directamente (como cuando una enfermedad tiroidea afecta a los valores hormonales, lo que puede inducir depresión) o indirectamente (como cuando la artritis reumatoide causa dolor e imposibilidad, lo que puede conducir a la depresión). A menudo, la depresión consecuente con un trastorno físico tiene causas directas e indirectas. Por ejemplo, el SIDA puede causar depresión directamente si el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que lo causa, daña el cerebro; el SIDA puede causar depresión de forma indirecta cuando tiene un impacto global negativo sobre la vida de la persona.

Varios fármacos, sobre todo los usados para tratar la hipertensión arterial, pueden causar depresión. Por razones desconocidas, los corticosteroides a menudo causan depresión cuando se producen en grandes cantidades en el contexto de una enfermedad, como en el síndrome de Cushing, pero tienden a causar euforia cuando se administran como tratamiento.

Existe un número de situaciones en psiquiatría que pueden predisponer a una persona a la depresión, como ciertos trastornos por ansiedad, el alcoholismo y la dependencia de otras sustancias, la esquizofrenia y la fase precoz de la demencia.

Son muchas las causas que pueden dar origen a la depresión, los autores dan a conocer algunas de ellas dándole importancia al papel que juega el medio ambiente. Las causas que originan la depresión van a depender de la importancia que se le dé al ambiente que no rodea, la manera en como las personas se dejen afectar por distintas situaciones va a determinar el que exista o no depresión.

## ➤ SÍNTOMAS

Los *síntomas* se desarrollan habitualmente de forma gradual a lo largo de días o semanas. Una persona que está entrando en una depresión puede aparecer lenta y triste o

irritable y ansiosa. Una persona que tiende a concentrarse en sí misma, a hablar poco, a dejar de comer y a dormir poco está experimentando una depresión vegetativa. Una persona que, además, está muy inquieta retorciendo las manos y hablando continuamente está experimentando lo que se conoce como depresión agitada.

Muchas personas con depresión no pueden expresar normalmente sus emociones (como la aflicción, la alegría y el placer); en casos extremos, el mundo aparece ante ellos como descolorido, sin vida y muerto. El pensamiento, la comunicación y otras actividades de tipo general pueden hacerse más lentos, hasta cesar todas las actividades voluntarias. La gente deprimida puede estar preocupada por pensamientos profundos de culpabilidad e ideas autoofensivas y puede no ser capaz de concentrarse adecuadamente. Estas personas están a menudo indecisas y reclusas en sí mismas, tienen una sensación progresiva de desamparo y desesperanza y piensan en la muerte y en el suicidio.

Las personas deprimidas expresan con frecuencia algún cambio: dormir y comer mucho más de o menos de lo corriente, tener problemas de concentración, sufrir pérdida de energía o de interés que previamente les gustaban, perder todo deseo sexual o buscarlo constantemente. Algunas veces estos síntomas están presentes sin la tristeza. En general, los depresivos tienen dificultad para conciliar el sueño y se despiertan repetidamente, sobre todo temprano por la mañana. Es habitual una pérdida del deseo sexual o del placer en general. La alimentación escasa y la pérdida de peso conducen a veces a la emaciación, y en las mujeres se puede interrumpir la menstruación. Sin embargo, el exceso alimentario y la ganancia ponderal son frecuentes en las depresiones leves.

En cerca del 20 por ciento de los depresivos, los síntomas son leves, pero la enfermedad dura años, a menudo décadas. Esta variante distímica de la depresión a menudo comienza temprano en la vida y se asocia con cambios característicos de la personalidad. Las personas en esta situación son melancólicas, pesimistas, no tienen sentido del humor o son incapaces de divertirse, son pasivas y aletargadas, introvertidas, escépticas, hiper-críticas o en constante queja, autocríticas y llenas de autorreproches. Están preocupados por la inadecuación, el fracaso y por los acontecimientos negativos hasta tal punto que llegan al disfrute morboso con sus propios fracasos.

Algunas personas depresivas se quejan de tener una enfermedad orgánica, con diversas penas y dolencias o de miedos por sufrir desgracias o de volverse locas. Otras creen que tienen enfermedades incurables o vergonzosas, como el cáncer o las enfermedades de transmisión sexual o el SIDA, y que están infectando a otras personas.

Cerca del 15 por ciento de las personas deprimidas, más comúnmente aquellas con depresión grave, tienen delirios (creencias falsas) o alucinaciones, viendo u oyendo cosas que no existen. Pueden creer que han cometido pecados imperdonables o crímenes o pueden oír voces que les acusan de varios delitos o que les condenan a muerte. En casos raros, imaginan que ven ataúdes o a familiares fallecidos. Los sentimientos de inseguridad y de poca valía pueden conducir a las personas intensamente deprimidas a creer que son observadas y perseguidas. Estas depresiones con delirios se denominan depresiones psicóticas (Papalia, 1993).

Los pensamientos de muerte están entre los síntomas más graves de depresión. Muchos deprimidos quieren morir o sienten que su valía es tan escasa que deberían morir. Hasta un 15 por ciento de las personas con depresión grave tiene una conducta suicida. Una idea de suicidio representa una situación de emergencia y cualquier persona así debe ser hospitalizada y mantenida bajo supervisión hasta que el tratamiento reduzca el riesgo de suicidio.

Paulatinamente el sujeto pierde la ilusión e interés por la vida, siente apatía aburrimiento, se desvincula de sus amigos, disminuye su actividad y manifiesta ciertos trastornos corporales (insomnio, jaqueca, disminución de la libido, etc.). Toda persona que se muestra afectada durante un mínimo de dos o tres semanas, o al menos, por tres o cuatro de estos trazos enumerados esta probablemente iniciando un proceso depresivo.

Calderón (1990) divide los síntomas en cuatro grupos: Afectivos, que son la indiferencia, la tristura, miedo, ansiedad, irritabilidad, inseguridad y pesimismo; Intelectuales, que se caracterizan por la sensopercepción disminuida, disminución en la capacidad de atención, concentración y comprensión, ideas de culpa y fracaso, pensamiento obsesivo y trastornos de memoria; los Conductuales, como la disminución de actividad y productividad, impulsos suicidas, ingestión de bebidas alcohólicas y fármacos además de

otras drogas creando dependencia; y los Somáticos, que se refieren a los trastornos del sueño, de apetito, disminución de la libido, cefalea tensional, trastornos digestivos, cardiovasculares y otros (mareos, alopecia, prurito, etc.).

Shreeve (1990) divide los síntomas en dos grupos: psicológicos caracterizados por la desesperanza y desesperación, apatía e inercia, convicción de la falta de dignidad y culpa; y síntomas físicos: el apetito disminuye, los procesos de pensamientos son muy lentos en comparación con los del individuo normal, la pereza en muchas funciones corporales, el estreñimiento es común por lo que el aparato digestivo se ve afectado con frecuencia, con tendencia a sufrir flatulencia, una sensación prematura de plenitud gástrica, mal aliento y problemas de los intestinos inferiores. El dolor de cabeza es un síntomas frecuente, puede relacionarse con tensión de músculos del cuello, falta o exceso de sueño, terapia con fármacos o estrés. La inercia y torpeza física son también evidentes.

Sabanes (1993) propone otros síntomas psicológicos como son: pesimismo, patentes autoreproches, deseos de morir, humor y estado de ánimo deprimido, pérdida de interés social, familiar, intelectual, laboral y sexual, irradiación afectiva constreñida al polo de la tristeza, anhedonia (incapacidad para experimentar placer), indumentaria descuidada, mirada triste, lentitud motriz y ausencia de sonrisa. Dentro de los síntomas físicos menciona: sensación de angustia precordial, pereza, inercia, torpeza física, lacrimosidad y aparato digestivo afectado con frecuencia.

Beck hace referencia a síntomas afectivos, motivacionales, cognoscitivos, físicos y neurovegetativos, mismos en los que basa la estructura del inventario de depresión elaborado tras una serie de investigaciones del estado de ánimo depresivo permitiéndole así mismo realizar una clasificación de este trastorno el cual será mencionado posteriormente.

Al hablar de depresión comúnmente la conocemos como tristeza o etapa de duelo por la pérdida de un ser querido, pero cuando se llegan a presentar otros síntomas que afectan la salud física y psicológica se corren riesgos para las personas, por lo que es de gran importancia conocer los síntomas para poder identificarla y llegar a considerarla peligrosa en algún momento, refiriéndose con esto específicamente al riesgo de suicidio,

etapa en la que la persona presenta sentimientos continuos de tristeza, aflicción desesperación, autoestima baja, excesivamente crítico de sí mismo, vacío emocional, desinterés en las actividades, carencia de placer, incapacidad de concentrarse o tomar decisiones, pensamientos perturbados o un pensamiento que no es realista, pensamientos recurrentes de la muerte o el suicidio o falta de deseo de vivir.

Los síntomas físicos son observables y se pueden detectar con rapidez, sin embargo, estos varían de acuerdo a cada persona.

### 2.3.2 CLASIFICACION DE LA DEPRESIÓN

El diagnóstico de la depresión se basa en el tipo, en la progresión y en la gravedad. Algunos tipos de la depresión de acuerdo a las opiniones de diferentes autores se darán a conocer brevemente a continuación, mientras que se pondrá mayor atención a la clasificación psiquiátrica (por cuestiones de uso frecuente) y la ofrecida por Aarón Beck autor que es de primordial atención para el presente trabajo.

Calderón (1990) menciona dos tipos de depresión: la depresión exógena o reactiva que muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios; y la depresión endógena en la que no hay factores desencadenantes evidentes.

La opinión que tiene Shreeve (1990) acerca de estos mismos tipos de depresión es la siguiente: Depresión reactiva, que puede relacionarse con acontecimientos o circunstancias de la experiencia del sujeto. El síntoma que distingue la depresión endógena, es que la persona tendrá dificultades para dormir por la noche, pero una vez dormida es de esperar que duerma toda la noche; Depresión endógena, que surge en una persona sin razón aparente y no puede relacionarse con un acontecimiento impulsor de su experiencia reciente o su estilo de vida particular. El síntoma que la distingue es que la persona puede quedarse dormida poco después de acostarse y despertarse a pocas horas de la mañana, siendo incapaz de dormir de nuevo durante la noche.

Una distinción que está totalmente inmersa dentro del pensamiento psiquiátrico es aquella entre depresión endógena (“desde el interior”) y reactiva (“desde el exterior”). La primera tenía el propósito de expresar la depresión que surge de trastornos bioquímicos en el cerebro, mientras que la última se consideraba causada por las experiencias vitales estresantes. También se les clasificó como psicótica y neurótica, respectivamente, lo cual implica que la primera es mucho más grave. Sin embargo, la distinción produce controversias y en la actualidad “endógeno” se utiliza para describir un cierto conjunto de síntomas y no para referirse a las causas de la depresión. (Gross, 1998).

Arieti (1993) adoptando un enfoque psicodinámico, sugiere clasificar la depresión como leve o profunda, entendiendo que la depresión profunda puede ser aceptada por el paciente como un modo normal de vida, siendo entonces sintónica, o puede ser no aceptada, en cuyo caso es distónica. En lo que respecta a la estructura psicodinámica y al curso clínico, la mayoría de los casos se acercan a los tipos leves o profundos de depresión, por lo que clasifica estos niveles intermedios como depresiones moderadas a leves y depresiones moderadas a profundas.

### ➤ CLASIFICACION PSIQUIATRICA

Actualmente el DSM IV es el instrumento mas relevante, atinado y práctico para el diagnóstico, y por lo tanto es el manual elegido primordialmente para la valoración del estado depresivo en la población general, siendo por ende de uso común en diferentes dependencias, entre las que se encuentran instituciones que cuya atención esta dirigida a personas que han sido privadas de su libertad.

En la última edición se hace mención explícita de determinados hallazgos de laboratorio, así como de aquellos síntomas relativos a cada entidad, que pueden ser dependientes de la cultura, la edad y el sexo. Se describen además los trastornos mentales que frecuentemente se asocian a esas alteraciones, así como el curso que las caracteriza, perfilando también los criterios para establecer el diagnóstico diferencial entre trastornos afines.

A fin de diferenciar los trastornos depresivos uni y bipolares se toma la clasificación correspondiente al DSM IV, en donde se sistematiza el estudio de estas alteraciones en la sección de los trastornos de ánimo:

### **Trastornos depresivos unipolares**

Trastorno depresivo mayor.  
Trastorno distímico.  
Trastorno depresivo no especificado.

### **Trastornos depresivos bipolares**

Trastorno bipolar I.  
Trastorno bipolar II.  
Trastorno ciclotímico.  
Trastorno bipolar no especificado.

### **Otros trastornos del estado de ánimo**

Trastorno debido a una enfermedad médica  
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias  
Trastorno del estado de ánimo no especificado

### **Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente**

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total.  
Crónico  
Con síntomas catatónicos  
Con síntomas melancólicos  
Con síntomas atípicos  
De inicio en el postparto

### **Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes**

Especificaciones de curso (con o sin recuperación interepisódica)  
Con patrón estacional  
Con ciclos rápidos

## ➤ CLASIFICACION PROPUESTA POR BECK

Beck (1967) en base a un estudio que realizó con 966 pacientes psiquiátricos identificó cuatro clases de síntomas, clasificación que sigue utilizándose hasta el momento. Indica que cada síntoma de la depresión puede tener distintos grados de intensidad, y los más leves son sin duda similares a los observados en personas normales que se sienten tristes.

### 1. SÍNTOMAS AFECTIVOS

*Animo abatido:* Entre los adjetivos empleados por los pacientes deprimidos para responder a la pregunta ¿cómo se siente usted?, están: desdichado, sin esperanza, abatido, triste, solo, infeliz, descorazonado, mortificado, avergonzado, preocupado, inútil, culpable.

- a) Leve: El paciente informa que se siente abatido o triste, sentimiento que fluctúa en el transcurso del día.
- b) Moderada: La disforia tiende a ser más pronunciada y persistente, y varía en el transcurso del día, a menudo es peor durante la mañana y tiende a disminuir a medida que avanza el día.
- c) Severa: El paciente suele decir que se siente “sin esperanza” o “desdichado”, y que es algo que no puede soportar.

*Auto-desagrado:* Su opinión sobre sí mismo es “no valgo nada”.

- a) Leve: El paciente declara que se siente decepcionado de sí mismo. Este sentimiento va acompañado de ideas como “Le he fallado a todos... Si me hubiera esforzado más, quizás lo habría logrado”.
- b) Moderada: El sentimiento de autodesagrado es más intenso y puede transformarse en disgusto consigo mismo. Esto se acompaña de ideas como “Soy un inútil... no hago nada bien... no sirvo para nada”.
- c) Severa: El sentimiento puede progresar hasta el punto de que el paciente se odie a sí mismo. “Soy una calamidad... no merezco... soy despreciable... me aborrezco”.

*Insatisfacción:* Este sentimiento es tan penetrante en los pacientes deprimidos, que muchos de ellos lo consideran la manifestación principal de su enfermedad.

- a) Leve: El paciente se queja de que ha perdido algo de la alegría de vivir. Es característico que las actividades que implican responsabilidad le satisfacen menos que antes.
- b) Moderada: El paciente se siente aburrido gran parte del tiempo.
- c) Severa: El paciente no encuentra ningún placer en actividades que antes le agradaban, e incluso puede sentir aversión por ellas.

*Indiferencia Afectiva:* La pérdida del sentimiento de satisfacción suele ir acompañada de una pérdida de la relación emocional con otras personas o actividades. Esto se manifiesta por una disminución del interés del paciente en determinadas actividades o de su afecto o preocupación por otras personas, incluyendo familiares.

- a) Leve: Disminuye un tanto el grado de entusiasmo o dedicación por una actividad.
- b) Moderada: Se puede llegar hasta la indiferencia.
- c) Severa: La pérdida de interés por los demás puede progresar hasta la apatía.

*Acceso de llanto:* Los accesos de llanto son frecuentes en los pacientes deprimidos.

- a) Leve: Aumenta la tendencia a sollozar o llorar. Los estímulos que no causaban llanto pueden hacerlo ahora.
- b) Moderada: Durante la entrevista con el psicólogo el paciente puede llorar al mencionar sus problemas, aunque se trate de un hombre que no ha llorado desde su niñez.
- c) Severa: Cuando ha llegado a esta etapa, el paciente que antes rompía fácilmente en llanto puede encontrar que ahora ya no puede llorar aunque quiera. Puede sollozar, pero no tiene lágrimas.

*Pérdida del sentido del humor:* Con frecuencia los pacientes deprimidos informan espontáneamente que han perdido su sentido del humor. El problema no parece consistir en

la pérdida de la capacidad de entender o incluso de contar un chiste, sino más bien en que el paciente no responda al humorismo en forma habitual.

- a) Leve: Los pacientes que solían disfrutar oyendo o diciendo chistes encuentran que esto ya no satisface como antes. Comentan que los chistes ya no les parecen graciosos. Ya no toleran tan bien como antes las bromas de sus amigos.
- b) Moderada: El paciente puede entender un chiste e incluso esbozar una sonrisa, pero generalmente no le hace gracia. No es capaz de ver el lado gracioso de las cosas, y tiende a tomar todo muy en serio.
- c) Severa: El paciente no responde de ninguna manera a las bromas o chistes de otras personas. Mientras los demás pueden responder al contenido humorístico de un chiste, él tiende a reaccionar a sus elementos agresivos u hostiles y a sentirse lastimado o disgustado.

## 2. SÍNTOMAS MOTIVACIONALES

*Pérdida de motivación:* Es una de las características sobresalientes de la depresión. Al paciente puede parecerle muy difícil ponerse en movimiento para realizar incluso las tareas más elementales e importantes, como comer, evacuar, o tomar los medicamentos para aliviar sus molestias. La esencia del problema parece ser que, aunque el paciente sabe qué debe hacer, no siente ningún estímulo interno para hacerlo.

- a) Leve: El paciente descubre que ya no tiene el deseo espontáneo de realizar determinadas actividades, especialmente las que no le proporcionan ninguna satisfacción inmediata.
- b) Moderada: La pérdida de deseo espontáneo se extiende a casi todas las actividades habituales del paciente.
- c) Severa: A menudo hay una completa parálisis de la voluntad. El paciente no siente ningún deseo de hacer nada, ni siquiera los actos esenciales para la vida.

*Deseos de evasión, escape y aislamiento:* Es el deseo de escapar de la rutina de las actividades habituales. El individuo deprimido considera sus deberes aburridos, sin sentido o pesados y desea escapar hacia una actividad que le ofrezca tranquilidad y refugio.

- a) Leve: El paciente experimenta una fuerte inclinación a evitar o posponer la realización de las cosas que considera difíciles o poco interesantes.
- b) Moderada: Los deseos de evasión son más intensos y se extienden a una gama mucho más amplia de las actividades habituales del paciente.
- c) Severa: El deseo de evasión o escape se manifiesta por un marcado retraimiento. Una forma de escape que generalmente se le ocurre al paciente muy deprimido es el suicidio.

*Pensamientos suicidas:* Estos deseos son más frecuentes, aunque no exclusivos, de los pacientes deprimidos. El deseo de suicidarse puede tomar diversas formas. Puede ser experimentado como un deseo pasivo, como un deseo activo, como un pensamiento repetitivo o como una fantasía.

- a) Leve: A menudo estos pacientes toman una forma pasiva. Aunque el paciente afirma que no haría nada para acelerar su muerte, puede encontrar atractiva la idea de morir.
- b) Moderada: Los deseos suicidas son más directos, frecuentes y apremiantes. Existe un riesgo definido de que el paciente intente suicidarse, ya sea de manera pasiva o premeditada.
- c) Severa: Los deseos suicidas tienden a ser intensos, aunque el paciente puede presentar demasiado retardo psicomotor para intentar suicidarse.

### 3. SÍNTOMAS COGNOSCITIVOS

*Baja valoración de sí mismo:* Al parecer la autodevaluación forma parte del patrón que sigue el paciente deprimido para considerarse a sí mismo deficiente en aquellas cualidades que son específicamente importantes para él: habilidad, eficiencia, inteligencia, salud, fuerza, atractivo personal, popularidad o fortuna.

- a) Leve: El paciente reacciona exageradamente ante cualquiera de sus errores o dificultades, y tiende a considerarlos como un reflejo de su incompetencia o como defecto propio. Es posible corregir sus erróneas autovaloraciones, por lo menos temporalmente, presentándole pruebas adecuadas o razonando con él.
- b) Moderada: La mayor parte de los pensamientos del paciente gira alrededor de su sensación de deficiencia, y tiende a considerar a las situaciones neutrales como manifestaciones de esa deficiencia. Sólo ve fracasos en su pasado y presente. Exagera el grado y la importancia de cualquier error. El paciente religioso tiende a cavilar sobre sus pecados.
- c) Severa: Las autovaloraciones del paciente alcanzan su punto más bajo. Se considera a sí mismo inservible, inepto y un completo fracaso. Afirma que es una carga para su familia. Los intentos por corregir estas ideas erróneas suelen ser infructuosos.

*Pesimismo:* Los sentimientos de desesperanza antes mencionados están estrechamente relacionados con una actitud sombría y pesimista respecto al futuro.

- a) Leve: El paciente tiende a esperar un desenlace negativo en las situaciones ambiguas o dudosas.
- b) Moderada: Considera que su futuro no es prometedor y afirma que no tiene nada que esperar.
- c) Severa: Ve el futuro sombrío y sin esperanza. Cree que ninguno de sus problemas tiene solución.

*Autoacusación y autocrítica:* Las insistentes autoacusaciones y autocríticas del paciente deprimido parecen estar relacionadas con su concepto egocéntrico de la causalidad y su tendencia a criticarse a sí mismo por sus supuestas deficiencias.

- a) Leve: el paciente tiende a culparse y criticarse a sí mismo cuando no llega a satisfacer plenamente sus rígidos criterios perfeccionistas.
- b) Moderada: El paciente tiende a autocriticarse severamente por cualquier aspecto de su personalidad o de su conducta que considere inferior a lo normal.

- c) **Severa:** El paciente es aún más exagerado en sus autoacusaciones y autocríticas. Se ve a sí mismo como un proscrito o un criminal, e interpreta diversos hechos externos como signos de reprobación pública.

*Indecisión:* La dificultad para tomar decisiones, la vacilación ante las alternativas y los cambios de opinión son características depresivas que suelen ser muy molestas para los familiares y amigos del paciente y para él mismo. Tiene dos facetas: el paciente teme que va a tomar la decisión equivocada y al paciente le falta la motivación suficiente para realizar todas las operaciones mentales requeridas para llegar a una conclusión. Las decisiones cotidianas se convierten en verdaderos problemas para ellos.

- a) **Leve:** Un paciente que normalmente podía tomar decisiones inmediatas nota que las decisiones no se le ocurren tan fácilmente como antes.
- b) **Moderada:** La dificultad para tomar decisiones se extiende a casi todas sus actividades y abarca problemas tan triviales como qué ropa ponerse, qué camino seguir hasta la oficina entre otros.
- c) **Severa:** Generalmente, los pacientes muy deprimidos creen que son incapaces para tomar una decisión, y por lo mismo ni siquiera lo intentan.

*Autoimagen distorsionada:* A menudo el paciente deprimido tiene una imagen muy distorsionada de su aspecto físico, en especial las mujeres.

- a) **Leve:** El paciente empieza a preocuparse en exceso por su aspecto físico.
- b) **Moderada:** Aumenta la preocupación por el aspecto físico. El paciente cree que su aspecto ha sufrido un cambio desde que empezó su depresión, aunque no tenga ninguna prueba objetiva de esta idea.
- c) **Severa:** La idea de la falta de atractivo personal se hace más fija. El paciente cree que su aspecto es repulsivo y que la gente volverá la cara hacia otro lado al verlo.

#### 4. SÍNTOMAS FÍSICOS Y NEUROVEGETATIVOS.

*Pérdida del apetito:* En muchos casos es el primer signo de una depresión incipiente, y su retorno puede ser el primer signo de que la depresión empieza a ceder.

- a) Leve: El paciente puede notar que ya no disfruta de sus comidas tanto como antes. También es algo menor su deseo de comer.
- b) Moderada: El deseo de comer puede faltar casi por completo, y el paciente puede omitir alguna comida aún sin darse cuenta.
- c) Severa: El paciente puede tener que obligarse, o ser obligado, a comer, y puede llegar a sentir aversión por la comida. Después de varias semanas de depresión intensa, la pérdida del peso corporal puede ser considerable.

*Trastornos del sueño:* La dificultad para dormir puede ser uno de los síntomas más notables de la depresión, aunque también se presenta en una gran proporción de enfermos no deprimidos. Puede presentarse tanto insomnio como hipersomnio, siendo mucho más frecuente el primero, y puede ser inicial, medio y temprano, a diferencia de la ansiedad, en donde sólo se presenta el insomnio temprano.

- a) Leve: El paciente informa que se despierta de unos cuantos minutos a media hora antes de lo habitual.
- b) Moderada: El paciente se despierta una o dos horas antes de lo habitual, y con frecuencia informa que su sueño no es reparador.
- c) Severa: Con frecuencia el paciente se despierta después de dormir sólo cuatro o cinco horas y no puede volver a dormir. En algunos casos los pacientes afirman que no han dormido nada y que se han pasado la noche “pensando”.

*Pérdida de la libido:* Se presenta alguna disminución del interés por el sexo.

- a) Leve: Hay generalmente una ligera disminución del deseo sexual espontáneo y de la respuesta a estímulos sexuales. Sin embargo en algunos casos de depresión leve el deseo sexual parece estar aumentando.

- b) Moderada: El deseo sexual está marcadamente disminuido y sólo responde a estímulos externos.
- c) Severa: Se ha perdido toda sensibilidad a los estímulos sexuales, y el paciente puede sentir una profunda aversión por el sexo, llegando incluso a no tener respuesta alguna.

*Fatiga:* Se presenta un aumento en el cansancio. Esta tiende a presentar variabilidad en el transcurso del día, paralela al abatimiento del estado de ánimo y a la actitud pesimista. Se puede acompañar de retardo psicomotor.

- a) Leve: El paciente nota que se cansa más fácilmente que antes.
- b) Moderada: Generalmente el paciente se siente cansado desde que se despierta y casi cualquier actividad parece acentuar ese cansancio. El reposo, la tranquilidad y las distracciones no parecen aliviar esa sensación y, de hecho, puede agravarla.
- c) Severa: El paciente se queja de que está demasiado cansado para hacer nada. Sin estímulo externo no parece ser capaz de movilizar sus energías ni siquiera para actividades sencillas.

Beck (1967) menciona que los delirios que acompañan a la depresión pueden ser de varios tipos: delirio de insignificancia, delirio de haber cometido un pecado imperdonable y de estar esperando o recibiendo un castigo, delirios nihilistas, delirios somáticos y delirios de pobreza.

## 2.4 DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN PENITENCIARIA

Desde hace siglos, se ha luchado por desterrar la vieja concepción de la pena como castigo o retribución, sustituyéndola por nuevas técnicas que hacen uso de la ciencia y el humanismo. El ejercicio de la función penal no tiene por finalidad, el transformar al interno, sino hacerle comprender la conveniencia para él y para la sociedad, el respetar ciertos valores sociales fundamentales.

Los postulados constitucionales en torno a la readaptación social del infractor de la ley penal, son hoy tarea difícil debido a los altos niveles de sobrepoblación penitenciaria, lo cual origina que las personas encargadas de dirigir estos establecimientos cada día conozcan menos a la población interna bajo su responsabilidad y que el tipo de tratamiento y los avances en la readaptación social del delincuente se analicen fríamente y se tomen determinaciones basándose en expedientes sin conocer al individuo para que los problemas de seguridad en el interior de los centros y los problemas de corrupción indiquen una falla en garantizar la custodia de dichos internos y por ende mantener el orden dentro de los centros penitenciarios.

Las deficiencias en los establecimientos penitenciarios, donde se encuentra indefinido su objetivo dan como resultado la imposibilidad de dar un auténtico tratamiento de readaptación social.

La prisión provoca aislamiento social, por consiguiente las personas privadas de su libertad, no sólo se encuentran aisladas de la sociedad, sino que a veces también lo están dentro de la misma institución. La cárcel, que debería ser un lugar para preparar socialmente al individuo que ha cometido un delito, se convierte en algo distinto pues los internos se encuentran separados geográfica o psicológicamente de la comunidad a la que se supone ha de servir.

Es evidente que una de las mayores situaciones de estrés desde el punto de vista existencial, es la pérdida de la libertad, la incomunicación con el núcleo familiar y con la comunidad, el cambio radical del modo de vida, de relaciones interpersonales, las limitaciones psicomotrices, culturales y especialmente la percepción existencial del tiempo, cambio brusco en las condiciones de vida que conduce al individuo a realizar un especial esfuerzo por integrarse a la nueva situación (Marchiori, 1990).

El ingreso a una institución penitenciaria siempre implica un cambio existencial de modo de vida, provocando una intensa angustia y un temor indiscriminado y general. El sujeto luego de pasar por las situaciones jurídicas ingresa a la institución penitenciaria, donde el interior es una microsociedad con particularidades muy definidas, cuya estructura

obedece a las características de un centro limitante, donde predominan la clasificación, el etiquetamiento y la represión. Es un momento de enorme trascendencia porque de ese presente que constituye el ingreso del individuo a la cárcel dependerá su futuro, integrado a ese presente y a su relación con su pasado. Significa la comprensión y la capacitación de la problemática de cada uno de ellos en particular teniendo en cuenta su historia personal y familiar.

El régimen celular es la primera fase del cumplimiento de la pena, es sentido bienhechoramente por muchos tras las excitaciones del proceso, permite el aislamiento interior y favorece el reconocimiento de la propia culpabilidad. En el caso de una prolongación (más de tres meses) se hace sentir casi siempre la falta de naturalidad de la vida que se lleva con la consiguiente insatisfacción de la mayoría de los instintos, tiene lugar una paulatina introversión de la vida anímica, la actividad de la memoria aumenta (rumiar el cerebro) e igualmente la introspección y la imaginación creadora que llevan a veces a formas artísticas de expresión aún cuando frecuentemente se manifiestan en soñar despierto imaginándose casi siempre de modo completamente irreal, la vida en libertad y las posibilidades de fuga que a ella conducen.

La prisión por su naturaleza constituye un lugar donde, en primer instancia que se priva al individuo de su libertad incluyéndolo en una rutina monótona y minuciosamente planificada. Incluso esta automatización se prolonga hasta los momentos más íntimos, como cuando recibe la visita conyugal y tiene que mantener relaciones sexuales determinado día a una determinada hora. Las exigencias de seguridad estipuladas arrancan bruscamente al individuo de la sociedad para introducirlo a un mundo con el que no guarda ninguna relación y que es absolutamente diferente a sus costumbres.

Por lo general existen, sentimientos de culpa, minusvalía, soledad y aislamiento. Hay una situación afectiva de aflicción, siente que el ambiente le exige demasiado y el no puede responder, verbaliza que no hay motivos para seguir viviendo, su futuro es totalmente incierto, existe un desprecio de sí mismo, el núcleo familiar lo ha abandonado o siente vergüenza o culpa por su delito.

En este medio se ve sometido no solo al reglamento, vigilantes y autoridades que lo custodian, sino también a los propios líderes de la prisión, que en caso de desobediencia a sus mandatos u órdenes son más violentos y represivos que las propias autoridades, sin embargo, no todos se adhieren a este sistema de normas, acarreándoles desprecio, maltrato y exclusión del grupo, por ello los internos respetan las normas sin algún sentimiento de solidaridad, suelen callarse respecto a esto y prefieren aislarse psicológicamente del resto de la población. Este aislamiento puede ser físico, psicológico o ambos, separándose para resolver sus problemas hasta el grado de mostrar una conducta neurótica, no desean pertenecer ni luchar por lo tanto tienden a apartarse.

Las prisiones fomentan la manifestación de la depresión y en el extremo de la situación pueden llegar a producir muerte psicógena, ya que los internos están segregados en primer estancia por la sociedad y en segundo término por su familia, convirtiéndose muchas de estas personas en desadaptados socialmente, esto es una forma de agresión al yo, ya que va deteriorando la personalidad del sujeto.

Los investigadores indican la existencia de psicosis carcelaria, depresiones, angustias, enfermedades psicosomáticas e incremento de ansiedad. Destacan las reacciones histéricas, psicosis situacionales que originan delirios intensos o estados de pánico. Algunas veces hay regresiones infantiles y alteraciones en la capacidad o relación social, aumento de signos neuróticos y disminución de la capacidad de autoevaluación.

Las situaciones o reacciones depresivas tiene por lo general una serie de consecuencias que están dadas principalmente por abandono de su persona, higiene, alimentación, se debilitan, se enferman físicamente, no tienen interés, no desean trabajar o participar en ninguna actividad. La comunicación es lenta, con mucha dificultad y tienden a aislarse, pueden llegar a desarrollar una enfermedad mental de mayor gravedad (psicosis o confusión mental), pueden llegar al suicidio.

La imagen de sí mismo es inexacta, la conducta no es el producto de sí mismo, antes bien constituye un resultado de un complejo de procesos psicológicos originados por estímulos próximos y distales de los que la persona no es conciente sino en mínimo grado.

El hecho de pertenecer a un grupo fácilmente identificable constituye una necesidad vital, tanto desde el punto de vista biológico como social. La persona que no pertenece a un grupo reacciona con ansiedad, temor e ira al no encontrar un lugar en el mundo por lo general conduce a un estado depresivo. El interno debe seguir un proceso de adaptación social semejante al de cualquier nuevo miembro de todo grupo o cultura, si el ambiente social constituye lo que denominamos una cultura, ya que modela o mantiene la conducta de aquellos que viven inmersos en ella (Skinner, 1977).

Es necesario rodearse de una atmósfera donde se promueva la confianza, el afecto, el respeto y la aceptación para continuar en el ambiente donde son devaluados y rechazados, tener actividades en donde es posible el éxito mas no en aquellos en que se sabe de antemano que van a fracasar. La prisión no debe tener un carácter aflictivo, debe servir como un instrumento de liberación moral y social de los internos, pues son personas que a consecuencia de su desviación momentánea o crónica de su sistema normativo, ha cometido una agresión contra los valores del grupo al que pertenecen.

Tratar a los delincuentes es remodelar su sistema de valores, poniendo en marcha una cura psicomoral, en las condiciones de seguridad exigidas por su peligrosidad individual y procurando mejorar mediante un trabajo de reeducación sus posibilidades de adaptación social.

Se realizo en el año 2001 (Roque, 2001) un estudio de investigación realizado con una población penitenciaria, cuyo objetivo fue obtener un perfil del delincuente de alta peligrosidad, para lo cual el instrumento de trabajo fue el Inventario de Personalidad Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson, mismo que es empleado como método de medida de un número de variables de la personalidad o tendencias conductuales comparativamente independientes; así, proporciona una forma visual que muestra los sentimientos de las personas hacia sí mismas en el momento que contestan las preguntas.

El instrumento mencionado constituye un auxiliar de los psicólogos y consejeros para determinar y evaluar el significado de ciertos rasgos de personalidad que influyen en el

Ahora bien, en los estudios realizados por el Mtro. Chargoy (2003) reporta al proceso de adaptación, desadaptación o reclusión como etiología de alteraciones emocionales, ya que los mecanismos y/o procesos que presenta los seres humanos al momento de enfrentar modificaciones a su estilo de vida y/o cotidianidad de su existencia, también aparecen cuando son privados de su libertad por una determinación judicial; estos cambios promueven la adaptación o no al medio como una respuesta positiva encaminada a recobrar las condiciones anteriormente existentes.

Las características tan peculiares y específicas que se presenta en la mayoría de las Instituciones Penitenciarias y de Reclusión de la República Mexicana, propician que los sujetos pertenecientes a sus poblaciones cautivas se vean inmersos en un proceso de adaptación y sobrevivencia, en el cual son de gran importancia los repertorios cognoscitivos conductuales denominados, desde hace pocos años, mecanismos de sobrevivencia psicológica.

La presentación de estos mecanismos posibilita la adaptación y sobrevivencia de las personas privadas de su libertad, tanto dentro del grupo social como ante las contingencias físicas, sociales educativas, laborales y psicológicas, exclusivas de estos contextos ecológicos.

Las limitaciones y los reglamentos, así como la convivencia obligatoria con personas que poseen diferentes estilos de vida, otra manera de comportarse, diversos niveles escolares, múltiples tipos de ocupación y condiciones socioeconómicas heterogéneas, son algunos de los factores que alteran los patrones cognoscitivos–conductuales así como los mecanismos antes mencionados, factores que al sumarse a las numerosas reglas y/o parámetros internos (no oficiales), han propiciado la aparición de una serie de patrones sociales específicos a los cuales es necesario adaptarse y saber manejar a partir de un nuevo proceso de aprendizaje.

Todo esto provoca situaciones conflictivas que requieren solución, tanto para la institución como para los mismos internos.

Esta necesidad de solucionar conflictos, origina preferentemente entre los internos, la necesidad de elegir procedimientos y decisiones que contemplen la manera y el modo de resolver el conflicto, las características que deben regir la interrelación entre sus miembros así como la información que puede ser proporcionada a la propia institución.

En todas las comunidades penitenciarias o de reclusión, los patrones y procedimientos habituales utilizados para relacionarse social e interpersonalmente se ven alterados o transformados totalmente, al momento en que las personas se encuentran ante un entorno social ya establecido y con una subcultura especial en el cual tienen que permanecer y convivir forzosamente.

De manera similar a todos los grupos humanos, las situaciones conflictivas pueden presentarse ante aspectos de enorme importancia o ante situaciones nimias o triviales, son embargo, dadas las condiciones medioambientales, los conflictos por situaciones triviales, que en otros grupos se ignorarían, ascienden a una gran importancia y con bastante frecuencia se presentan.

Todos estos aspectos alterados obligan a cualquier persona a presentar los mecanismos que le permitan sobrevivir y adaptarse al contexto ecológico en el cual se encuentra ubicado, los cuales serán desarrollados de acuerdo las características personales. Los mecanismos de defensa que se encuentran comúnmente son la racionalización, proyección, evasión, negación y la represión.

Aquí es importante mencionar la alteraciones emocionales que se presentan, ya que el objetivo del presente trabajo es la identificación de los niveles de depresión, misma que puede ser confundida con el estrés, el cual para los estudiosos de la conducta se ha conceptualizado como el estadio en el cual la tensión, incomodidad, malestar personal, alteraciones cognoscitivas y distimias son las manifestaciones de mayor importancia, amen que también es considerado precursor de la ansiedad.

En las comunidades privadas de su libertad los niveles de estrés son bastante elevados y por lo que general se manifiestan conductualmente como sigue:

Reacción de Inadaptación al Medio Ambiente: La mayoría de las ocasiones se presenta en personas de muy reciente ingreso que además se encuentran por primera vez detenidas, en ellas los elevados niveles de estrés les ocasiona que presenten severos sentimientos de desolación, devaluación personal, incapacidad para enfrentársela medio ambiente, inadecuación, angustia, distimias y alteraciones cognoscitivas, esta sintomatología desaparece paulatinamente y en casos extremos puede originar una psicosis.

Reacción emotiva por confinamiento prolongado: se presenta en algunas personas que ante confinamientos prolongados suelen llegar a presentar alteraciones emotivas que se caracterizan por temor, angustia, ansiedad, desesperanza, inquietud, malestar personal, amen de una brusca elevación de los niveles de estrés sin motivo aparente, estas reacciones en estos ambientes son conocidas como el “carcelazo”.

Reacción emotiva por cambio de situación jurídica: La posibilidad de salir en libertad es una expectativa que provoca la elevación de los niveles de estrés que se manifiesta en actitudes como ansiedad, inadecuación, temor, malestar personal, entre otros.

## RESUMEN

1. La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, por ello tiene una alto porcentaje de prevalencia en la población, podría decirse que de cualquier grupo cultural. Padecimiento que ha sido de interés de estudio debido a que se encuentra fuertemente relacionado con el suicidio además del sufrimiento que infringe emocionalmente, por ello se considera necesario conocer sus causas y síntomas, lo que permitirá el desarrollo de métodos de valoración y tratamiento en pro de la salud mental.

2. A pesar de que se considera que la depresión es una emoción natural, también es cierto que existen personas con una alta vulnerabilidad a este estado de ánimo, quienes reaccionan de una forma exagerada que puede llegar a convertirse en una patología. Por ello se tienen registros de la severidad de este estado desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. A partir de entonces se ha observado la necesidad por estructurar teorías y métodos de diagnóstico, contemplándose desde causas espirituales y naturales, hasta su interpretación como un padecimiento médico.
3. El campo de estudio de la depresión ha sido amplio por lo que la influencia de los factores mente, psique, cuerpo y ambiente han favorecido al origen de diversos enfoques en busca de una explicación convencional. A saber se encuentran: a) El enfoque genético que apoya la teoría de que la depresión es hereditaria; b) Enfoque bioquímico que da una explicación fisiológica de la depresión y atribuyéndola a un mal funcionamiento de los neurotransmisores; c) Enfoque médico en el que se hace referencia a la depresión endógena y la exógena; d) El análisis existencial que habla acerca de la alteración de la estructura temporal en la depresión; e) Enfoque estructuralista que afirma que existe una explicación entre el proceso orgánico y el procesos psicológico; f) Enfoque psicoanalítico refiriéndose a conflictos intrapsíquicos; g) Enfoque conductista basado en el aprendizaje; y h) Enfoque cognitivo-conductual con sus tres principales teorías, a saber, la baja proporción de reforzamiento, la pérdida de control e indefensión aprendida y finalmente, la teoría que ha sido postulada por Aarón Beck, las distorsiones cognitivas.
4. El término Depresión ha sido estudiado por diversos autores, mismos que han manejado algunos conceptos de acuerdo a sus postulados. Aarón Beck considera que las distorsiones cognitivas son la causa primaria de la depresión y no elaboraciones secundarias. Por ello postula tres conceptos específicos para explicar la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores en el procesamiento de información.
5. Las *causas* de la depresión posiblemente no se han conocido por completo debido a que estas se pueden presentar de diferente manera en cada persona siendo la forma de reaccionar lo que origina la causa. Calderón considera que la etiología de la depresión es multifactorial refiriéndose a las causas genéticas, psicológicas y

sociales. Shreeve sugiere que la depresión se produce en varios niveles de modo simultáneo mencionando como los dos más importantes el psicológico y el bioquímico. Otros señalan que existe relación entre la depresión y otras variables. También se mencionan factores predisponentes, su origen después de experiencias traumáticas o en respuesta a enfermedades o trastornos físicos.

6. Los *síntomas* se desarrollan en forma gradual a lo largo de los días o semanas, en donde las personas pueden parecer tristes o incluso ansiosas. Se aprecian cambios importantes en la conducta de las personas que padecen depresión, apreciándose pérdida de interés en lo que realizan, pensamiento pesimista en torno a su persona y al medio, baja concentración, alteraciones del sueño y alimenticios, entre otros. Beck menciona síntomas afectivos, motivacionales cognoscitivos, físicos y neurovegetativos, mismos en los que basa la estructura del Inventario de Depresión.
7. La clasificación de la depresión es necesaria para su diagnóstico, el cual se basa en el tipo, en la progresión y en la gravedad. Dentro del presente estudio se destacan la clasificación psiquiátrica (DSM-IV) por ser el instrumento más relevante para el diagnóstico de la depresión, y la aportada por Aaron Beck cuyas aportaciones son el eje central del presente trabajo de investigación. Los síntomas (ya mencionados anteriormente) que ha reportado Beck en el trastorno depresivo son clasificados de acuerdo a los distintos grados de intensidad, niveles valorados como mínimo, leve, moderado y severo, donde los mínimos son similares a los presentados por personas con una tristeza normal.
8. La prisión provoca el aislamiento social, los internos se encuentran separados geográfica y psicológicamente de su entorno. El ingreso a una institución penitenciaria implica un cambio existencial de modo de vida que provoca angustia y temor. La permanencia prolongada en una de estas instituciones hace sentir la falta de naturalidad de la vida con la consiguiente insatisfacción de la mayoría de los instintos. Así mismo, las exigencias de seguridad estipuladas arrancan al individuo de la sociedad para introducirlo a un mundo con el que no guarda relación alguna y diferente a sus costumbres. Esto puede llevar a generar sentimientos de culpa, minusvalía, soledad y aislamiento, aislamiento que puede ser físico, psicológico o ambos. Se han realizados estudios que indican la existencia de psicosis carcelaria, depresiones, angustias, enfermedades psicosomáticas e incremento de la ansiedad.

En el año 2001 se realizó un estudio con población penitenciaria en México, donde se empleo el T-JTA para conocer las características de personalidad de las personas que se encuentran privadas de su libertad. Así mismo, se han realizado estudios por parte del Mtro. Chargoy en relación con las características que posee este tipo de población.

### CAPITULO 3. TEST PSICOLÓGICOS Y MEDICION DE LA DEPRESIÓN

La psicometría es una disciplina derivada de la psicología, y cuyo significado, literal es medida , o medidas, de la velocidad y precisión de los procesos mentales. Es una teoría e investigación con respecto de la medición de las características psicológicas (cognoscitivas y afectivas) (Aiken, 1996). Las pruebas psicológicas se emplean para evaluar diversos atributos o características de las personas como son capacidad intelectual, personalidad, carácter, temperamento, aptitudes, actitudes, funciones cognoscitivas y disfunción cerebral, entre otras.

Desde la perspectiva histórica del desarrollo de la noción de la personalidad en psicología ha mantenido un único objetivo: encontrar las determinantes de la conducta real y puntual. Las causas de la conducta real, positiva y efectiva se atribuyeron en un primer momento tan solo a disposiciones latentes y estables de la persona, lo que llevo al estudio de los tipos básicos de la personalidad (Tous, 1996). El que las personas difieran en sus capacidades, personalidad y comportamiento y que éstas diferencias puedan evaluarse de alguna forma, quizás se ha reconocido desde el principio de la historia de la humanidad.

En el imperio Chino prevaleció, durante trescientos años, un sistema de exámenes para la administración pública. Los antiguos griegos utilizaron los exámenes como un complemento del sistema educativo, por medio de los cuales se intentaba estimular el dominio de habilidades físicas e intelectuales. Hoy en día, el estudio de la personalidad se ha apoyado principalmente en el uso de los test psicológicos, los cuales han brindado un cuadro más completo de la personalidad, de lo que se obtendría si se utilizara únicamente la entrevista y las observaciones, por lo tanto, el propósito principal de estos instrumentos es el mismo que ha prevalecido durante todo este siglo: evaluar el comportamiento, las capacidades mentales y otras características personales con el objeto de ayudar en los juicios, decisiones y predicciones de las personas.

Los tests mentales tienen su origen en la psicología diferencial y surgieron alrededor de 1880. Los primeros psicólogos experimentales del siglo XIX, estudiaban en sus laboratorios fenómenos tales como la sensibilidad a los estímulos visuales, auditivos, el

tiempo de reacción, etc. Este interés por los fenómenos sensoriales se reflejó en la naturaleza de los primeros tests. También pusieron de manifiesto la necesidad de un control riguroso de las condiciones en las que hacían las observaciones; de ahí se demostró la importancia de hacer las observaciones de todos los sujetos en condiciones tipificadas, lo que llegó a ser una de las características de los tests psicológicos (Anastasi, 1998).

No obstante, los primeros tests aparecieron como instrumentos de investigación para la psicología diferencial, en realidad el método de los tests siempre tuvo como finalidad aplicaciones prácticas, teniendo un papel importantísimo en todos los campos de la psicología aplicada, aun sin desechar su participación en el desarrollo de la teoría psicoanalítica. El asociacionismo, conductismo, la psicología de la gestalt, psicoanálisis, etc. no sólo originaron cierto tipo de tests, sino que consolidaron o desecharon sus hipótesis gracias a los resultados obtenidos en la aplicación de los mismos (Tous, 1996).

El número de pruebas es muy grande, tres tipos de pruebas resultan de manera particularmente importante dentro del campo de la psicología; las de personalidad, las de inteligencia y las pruebas de deterioro intelectual.

### 3.1 DEFINICION DE TEST PSICOLÓGICOS

¿Qué es un test psicológico? Es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Con las pruebas psicológicas se hacen observaciones sobre una muestra pequeña de la conducta del individuo, que comparado estadísticamente permite clasificar al individuo tipológicamente y/o cualitativamente.

“Test es una palabra inglesa que significa prueba y que se deriva del latín testis” (Cerdá, 1984). La conceptualización empleada de las pruebas psicológicas varía de acuerdo a cada autor, por lo que enseguida se presentarán en orden cronológico aquellas definiciones que han sido consideradas las más relevantes:

Leona Tyler (1972) señala que una prueba puede definirse como una situación estándar diseñada para tomar una muestra del comportamiento de un individuo; Pichot (1976) define el test como una situación experimental estandarizada, sirviendo de estímulo a un comportamiento; Anastasi (1978) considera que un test tiene como finalidad medir las diferencias que existen entre diferentes individuos o las reacciones del mismo individuo en diferentes ocasiones, por lo tanto, para Anastasi, un test psicológico constituye una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta; Brown (1980) define a una prueba como el procedimiento sistemático para medir una muestra de conducta, donde el procedimiento sistemático se refiere a que una prueba se construye, se administra y se aplica, según las reglas preestablecidas.

En síntesis, se puede considerar que una prueba psicológica es una situación estandarizada, que permite tener una medida objetiva de la conducta de un individuo. Con las pruebas psicológicas como con las de cualquier otra ciencia, se hacen observaciones sobre una muestra pequeña pero cuidadosamente elegida de la conducta de un individuo.

Que el instrumento cubra adecuadamente o no la conducta considerada depende del número y la naturaleza de los reactivos muestra. El valor diagnóstico o predictivo de un test psicológico depende de qué tanto funcione como indicador de un área de conducta relativamente amplia y significativa. Para que un test cumpla su propósito, debe demostrar que hay una correspondencia estrecha entre lo que la prueba dice que mide y la conducta en cuestión. La medición de la muestra de la conducta que examina la prueba rara vez, si acaso, es el objetivo. Hay que observar que no es necesario que los reactivos se asemejen a la conducta que la prueba pretende predecir, lo único que se requiere es demostrar una correspondencia empírica entre ambas, de ahí que el grado de similitud entre la muestra de la prueba y la conducta por predecir varíe mucho.

Otro concepto que se debe tomar en cuenta es el de la capacidad, aunque hay que tener cautela al emplearlo en relación con las pruebas psicológicas. Únicamente se puede decir que una prueba mide la capacidad en el sentido de que una muestra de la conducta actual puede utilizarse como un indicador de otra conducta futura (Anastasi, 1998).

El término evaluación sugiere dos cosas: a) intento de reunir muchas clases de información sobre un individuo para entender diversas partes de la personalidad o de la personalidad en conjunto; b) la información obtenida se empleará para realizar una predicción o decisión con algún tipo de consecuencia.

Por lo tanto se puede decir que el término muestra un interés en aspectos más globales del funcionamiento de la personalidad y un interés en emplear la información obtenida para realizar predicciones o decisiones (Pervin, 1998).

Existen muchas diferencias entre los diferentes tipos de pruebas, sin embargo, a pesar de sus diferencias superficiales, todas ellas constan de muestra de conducta del individuo, y cada una debe probar su valor con la demostración de una correspondencia empírica entre el desempeño del examinado en la prueba y otras situaciones. Por lo que Phares (1993), concluye que una prueba mide la capacidad en el sentido de que una muestra de la conducta actual, puede utilizarse como indicador de otra conductas futura.

Ninguna prueba psicológica puede hacer más que medir el comportamiento, y que este sirva como índice de otra conducta sólo lo establece un experimento empírico (Anastasi, 1998).

### **3.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS TESTS PSICOLÓGICOS**

Un instrumento de medida adecuado es aquél que registra datos observables que representan verdaderamente a los conceptos o variables que el investigador tiene en mente (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

El instrumento de medida debe ser válido y confiable. Por confiable se entiende la constancia con la que la prueba mide lo que debe de medir, es decir, se considera que una prueba es confiable si sus medidas son consistentes. Un instrumento es válido hasta donde mida un constructo dado y no otras variables extrañas (Brown, 1980). Sin embargo, para

decidir si un instrumento psicológico tiene un buen diseño de medición, se necesitan examinar detenidamente otros criterios que son los siguientes:

### *Estandarización*

Es la aplicación de una prueba elaborada con detalle a una muestra extensa y representativa de personas en condiciones iguales con el propósito de determinar las normas. La estandarización, supone la uniformidad de los procedimientos en la aplicación y calificación de la prueba (Magnusson, 1981). Es evidente que los resultados obtenidos por distintas personas han de ser comparables, las condiciones del examen tienen que ser las mismas para todos. Tal requisito es sólo una manifestación de la necesidad de tener condiciones controladas en todas las observaciones científicas. En una situación de prueba, la única variable independiente es a menudo el individuo examinado.

Para asegurar la uniformidad de las condiciones de la prueba, quien la elabora proporciona instrucciones detalladas para la aplicación de cada nuevo instrumento. La formulación de las instrucciones es una parte importante de la estandarización de la nueva prueba y se extiende a los materiales exactos que deben emplearse, los límites de tiempo, las instrucciones orales, las demostraciones previas, las formas de manejar las dudas de los examinados y cualquier otro detalle de la situación de examinación.

Otro paso importante en la estandarización de las pruebas es el establecimiento de normas. Las pruebas psicológicas no tienen criterios determinados de aprobación o reprobación, el desempeño en cada prueba se evalúa sobre la base de los datos empíricos. Para la mayor parte de los propósitos, a fin de interpretar el resultado que obtiene el individuo en cada prueba, éste se compara con los resultados de otros en las mismas pruebas. Como lo sugiere el término, la norma es el desempeño normal o promedio.

Hay que establecer dos puntualizaciones: Primero, las normas resultarán útiles solamente si la población sobre la cual se han fundamentado quedó sometido a un muestreo apropiado, y segundo, aún cuando los percentiles son fácilmente comprensibles, sufren la desventaja de que no son adecuadas en cuestiones de análisis estadístico.

Más útiles son las normas, tales como las puntuaciones "t" que tienen promedios fijos y desviaciones típicas que se hallan normalmente distribuidas. Si las distribuciones normales no son construidas con las mismas normas, entonces habría que dar alguna indicación en cuanto a la distribución de puntuaciones.

Durante el proceso de estandarización, la prueba se aplica a una muestra grande y representativa de las personas a las que va dirigida. Este grupo conocido como muestra de estandarización, sirve para establecer normas, que indican no sólo el desempeño promedio, sino también la frecuencia relativa de las desviaciones por encima y por debajo del promedio, lo que permite evaluar diferentes grados de superioridad e inferioridad. También conviene observar que, para los tests de personalidad, las normas se establecen esencialmente de la misma manera que para los test de aptitud. En uno de personalidad la norma no es la fuerza de ejecución más deseable o ideal, como tampoco una puntuación perfecta o sin errores es la norma de un test de aptitud. En ambas pruebas la norma corresponde a la ejecución de la persona promedio.

### *Objetividad*

Denota el grado en que los errores personales han sido evitados. La aplicación, calificación e interpretación de los resultados serán objetivas en la medida en que sean independientes del juicio subjetivo del examinador. En teoría cualquier individuo al que se le aplique la prueba puede obtener una puntuación idéntica independientemente de que la aplique. Por supuesto, esto no es del todo cierto porque la práctica no se ha alcanzado la estandarización ni la objetividad perfectas. Pero al menos la objetividad es la meta de la elaboración de instrumentos y casi todos demuestran un grado razonable y elevado. Hay muchas condiciones que permiten señalar a las pruebas psicológicas como objetivas. La determinación del grado de dificultad de un reactivo o de toda la prueba se basa en procedimientos objetivos empíricos.

### *Confiabilidad*

Es el grado de consistencia de las medidas que proporciona. En psicometría el término confiabilidad significa básicamente consistencia. La confiabilidad de una prueba es la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se les aplica la misma prueba o una equivalente.

La confiabilidad se puede medir por distintos procesos:

- Tests - retests: La medida de la fiabilidad tests-retest es sencilla. Todo lo que se requiere es establecer la correlación de los test en dos ocasiones distintas.
- Homogeneidad: Consiste en dividir el test en dos partes equivalentes y calcular la correlación entre los resultados obtenidos en las dos mitades por los mismos sujetos. Si el test está constituido por un gran número de preguntas, se acostumbra comparar el resultado obtenido en las preguntas pares con el resultado de las preguntas impares.
- Equivalencia: Consiste en construir dos test paralelos (con preguntas análogas en cuanto a naturaleza y dificultad) y calcular la correlación entre los resultados obtenidos por los sujetos en ambas formas.

Antes de permitir la libre circulación de una prueba psicológica debe llevarse a cabo la verificación cuidadosa y objetiva de su confiabilidad. Para comprobar la confiabilidad se comparan las puntuaciones por las mismas personas en momentos con diferentes conjuntos de reactivos, examinadores calificadores o cualquier otra condición de examinación pertinente. Es esencial especificar el tipo de confiabilidad y el método empleado para determinarlo, ya que la misma prueba puede variar en esos diferentes aspectos. También hay que informar el número y la clase de personas con las que se hizo la verificación. Con estos datos, los usuarios pueden predecir si la prueba será tan confiable para el grupo al que esperan aplicarla, o si es probable que sea mayor o menor.

### *Validez*

Es el grado en que la prueba mide aquello a que se le destina. Se dice que un test es válido si mide aquello que asegura medir. La validez proporciona una comprobación directa de que también cumple una prueba de su función. Por lo general para determinarla es necesario contar con criterios específicos y fuentes objetivas de información que definan el rasgo que mide la prueba (Anastasi, 1978). Una prueba psicológica no tiene una sola validez, sino varias, en función del uso para el que se encuentra destinada y la población en la que se utilice:

- **Aparente:** Recibe una mención solamente para ser rechazada. Una prueba será válida aparentemente si mide aquello que pretende medir. Semejante apariencia puede resultar bastante equivocada, si la validez aparente no queda relacionada con la verdadera validez.
- **Concurrente:** Se evaluará correlacionando un test con otras medidas dadas a la vez.
- **Predictiva:** Esta es capaz de predecir alguna puntuación de algún criterio. Si esto se logra, la validez predictiva será un método útil para demostrar la validez de los tests.
- **Constructo:** Cronbach y Mechl desarrollaron este tipo de validez y es de gran utilidad para los tests de personalidad. Para manejar este tipo de validez se formula un amplio número de hipótesis concernientes a las poblaciones de la prueba. El problema de este tipo de validez, reside que en el fondo es más subjetiva que objetiva.

El coeficiente de validez nos permite determinar que tan bien se predice el desempeño que se toma como criterio a partir de las puntuaciones de la prueba. Antes de que la prueba este lista para su uso es necesario establecer su validez con una muestra representativa de personas, cuyas calificaciones no se emplean con propósitos operativos, sino sólo en el proceso de comprobación del instrumento. Si la prueba se demuestra válida con este método puede utilizarse con otras muestras en ausencia de las medidas de criterio. La validez no sólo indica el grado en que la prueba cumple con su función, pues al estudiar los datos de la validación podemos determinar con objetividad que es lo que mide el

instrumentos, en consecuencia sería más preciso definir la validez como el grado en que sabemos que es lo que mide la prueba. Entre mayor sea la validez y la confiabilidad de la prueba, menor será el grado de error.

### *Grado de dificultad y nivel discriminativo de los reactivos*

Una de las características es el grado de dificultad (Anastasi, 1978) o la sensibilidad de discriminación (Pichot, 1976) que deben tener los reactivos de una prueba psicológica. Esta nos permite conocer las diferencias individuales y el procedimiento que se lleva a cabo para lograrlo en el momento de construir la prueba.

Consisten en agregar a la prueba, reactivos que puedan ser contestados por todos los sujetos y reactivos que sólo pueden ser contestados por aquellos más aptos. Generalmente en las pruebas psicológicas que evalúan el rendimiento académico, inteligencia y aptitudes, los reactivos son ordenados en orden creciente de dificultad, es decir, se colocan primero los reactivos más fáciles y posteriormente los de mayor dificultad, esto tiene como finalidad que los sujetos vayan adquiriendo confianza al empezar a contestar la prueba y permitir así que los sujetos con menor capacidad puedan dedicar mayor tiempo a aquellos reactivos que pueden resolver correctamente.

En el caso de las pruebas de personalidad, esto no sucede de la misma manera, por lo general, se le permite al individuo que elija el reactivo que se asemeja lo más posible a la realidad. Sin embargo, ya que este tipo de instrumentos deben auxiliarnos para diferencias los rasgos de personalidad característicos de cada persona, es de mayor importancia el poder discriminativo de los reactivos, ya que este describe el grado en que la probabilidad de la respuesta alfa (aprobar un reactivo, calificado como correcto contra incorrecto, responder un reactivo en dirección clave) se correlaciona con el atributo.

Un reactivo que no discrimina debe ser eliminado de la prueba. El índice clásico más común de la discriminación es la correlación con personas entre la respuesta alfa y el puntaje total de la prueba, la correlación reactivo total (Nunnally, 1993).

### *Sensibilidad*

Se refiere al número de grados para la clasificación de los sujetos, y su diferenciación. La relación entre la sensibilidad y la extensión medible es inversa ya que cuanto más amplia sea la gama de los comportamientos que puede medir un test, será menor su sensibilidad.

### *Normalización*

Un punto más a considerar en el trabajo con las pruebas psicológicas, es la interpretación de los datos que estas proporcionan, ya que la calificación aislada de una prueba sólo proporciona puntajes crudos que no se pueden interpretar en situaciones prácticas.

Para lograr una adecuada interpretación es necesario hacer una normalización de las calificaciones. La calificación que obtiene un sujeto en una prueba depende principalmente de su ejecución en ella, y en algunas pruebas del grado de dificultad que ésta presenta. Para poder interpretar adecuadamente esta calificación es necesario recurrir a normas.

“Las normas son cualesquiera datos estadísticos que proporcionen un marco de referencia para interpretar los puntajes de un individuo en relación con los puntajes de otros” (Nunnally, 1993).

Magnusson (1981) señala que la normalización es una transformación de la distribución de los puntajes originales a una distribución normal que permita tener escalas con diferentes niveles de dificultad. De esta manera las calificaciones de una prueba podrán interpretarse con mayor precisión.

La finalidad de convertir los puntajes a una distribución normal es que ésta proporciona un significado estadístico preciso, en el cual el porcentaje de individuos que se encuentra arriba y debajo de cada puntaje se conoce exactamente cuando se tiene una media

y una unidad de medidas conocidas. Esto es importante, por ejemplo, cuando los resultados de un test se presentan para usarse en situaciones de selección y consejo.

La normalización, también es empleada para otros fines, por ejemplo, cuando deseamos usar diferencias inter o intra individuales, necesitamos los valores de los individuos en cuestión como puntajes en una escala de intervalo.

Anastasi (1978) señala que los puntajes normalizados tienen doble finalidad: indicar la situación relativa de un sujeto en relación a un grupo normativo que permita valorar su ejecución con relación a otras personas y proporcionar medidas que hacen posible la comparación directa de la actuación del sujeto en distintas pruebas.

En relación a la determinación de normas, es importante señalar que éstas se deben obtener en una muestra representativa de la población para la que fue construida para que se puedan obtener valores estables. Por último, es importante señalar que si se han de utilizar normas ya establecidas de un determinada prueba, es necesario considerar las características de la muestra para las que se obtuvieron.

En conclusión, en las pruebas con normas se compara la ejecución de un individuo con la de un grupo de sujetos especificados previamente; la norma es el promedio de ese grupo y da el significado correcto a las calificaciones crudas o brutas de uno o varios individuos, éstas se obtiene directamente de las pruebas, generalmente se comparan con "las calificaciones obtenidas por individuos comparables o con algún estándar definido" (Brown, 1980).

La comparación interindividual se emplean generalmente en las pruebas estandarizadas; son relativamente independientes de la dificultad de contenido porque están basadas en la comparación de las calificaciones de un individuo con las obtenidas, en promedio, por el grupo normativo. La dificultad de contenido puede afectar indistintamente a cualesquiera de los elementos del grupo sobre el cual se obtiene la norma (promedio).

La utilización de una prueba que contenga un nivel de dificultad del 50% permite una discriminación muy alta. Además, las calificaciones de comparación interindividual se emplean también en las comparaciones entre grupos.

Esta comparación interindividual se puede llevar a cabo de la siguiente manera:

1. En el que la comparación se expresa a partir de la media y de la desviación estándar que se encuentran entre la calificación individual y el promedio. Cualquier cambio en el grupo de comparación puede cambiar el nivel de calificación. Consiste en calificaciones estándar lineales. Se denominan estándar porque pueden ser consideradas desde el punto de vista de la distancia respecto a la media, o pueden considerarse como calificaciones que sustituyen a la media y a la desviación estándar. Todas sus características hacen que las calificaciones de este tipo sean importantes, fundamentalmente en la investigación porque: a) para toda prueba y para todo grupo proporcionan la misma media y la misma desviación estándar; b) estas calificaciones muestran la misma estructura de la distribución de las calificaciones crudas, difiriendo solo en la fineza o explicitéz de los números; c) permiten la comparación intergrupo o interprueba, a diferencia de otras unidades de medida, que no lo hacen; y d) pueden tratarse matemáticamente, lo que otras calificaciones no lo permiten. Así encontramos las siguientes calificaciones:

- Calificaciones z: Esta es la base de las calificaciones estándar. Las demás calificaciones estándar lineales se obtienen a partir de ella. Significa la diferencia o distancia entre la media de un grupo y cualesquiera de las calificaciones individuales. Las calificaciones z son de gran utilidad para la investigación, pero resultan un tanto complejas para aquellos que utilizan pruebas regularmente, excepto cuando las emplean para obtener un tipo de distinto de calificaciones estándar lineales, debido a que, por su naturaleza, la mitad de las calificaciones z son negativas y la otra mitad son positivas y se expresan en puntos decimales. Las demás calificaciones estándar se han diseñado con el fin de eliminar los decimales y obtener un resultado más exacto y accesible.

- Calificaciones T: Es una de las unidades estándar lineales más comunes. Las diferencias con las calificaciones z consiste en que, en las T hay una media de 50 y una desviación estándar de 10. Tiene la desventaja de producir cierta confusión, ya que utiliza dos dígitos para indicar que en ocasiones se trata de percentiles o de calificaciones “t escalares”, así es que se debe de aclarar el tipo de unidad.
- Calificaciones AGCT: La denominación de estas calificaciones se deriva de las siglas utilizadas en la prueba de clasificación general ARMY (alfa o beta) Army General Classification Test. Este tipo de calificaciones es similar a la z y a la T, a diferencia de que tiene una media de 100 y una desviación estándar de 20.
- Calificaciones CEEB: Se llaman así estas calificaciones debido a que fueron utilizadas por primera vez en el servicio de exámenes educacionales para alumnos de nuevo ingreso por el College Entrance Examination Board; estas calificaciones son similares a las calificaciones estándar lineales, a diferencia de que aquellas analizan detalladamente la posición de los sujetos dentro de la curva normal de distribución; debido al número de casos estudiados, se opera con una media de 500 y una desviación estándar de 100.
- Calificaciones CIs (estándar): El CI (cociente intelectual), ideado hace aproximadamente 60 años por el psicólogo William Stern, está basado en la relación existente entre la edad mental y la edad cronológica. Un gran avance en este aspecto ha sido el desarrollo de un cociente intelectual basado en la desviación estándar que contenga todas las edades mediante la prueba sobre la cual se determina. El término Cociente Intelectual de desviación estándar (CIs) se emplea para describir, entre otros, la calificación estándar lineal. Este tipo de calificación tiene las mismas ventajas y limitaciones que otras calificaciones estándar, a excepción de que el autor de la prueba puede, a partir de una media de 100, fijar su desviación estándar según las metas que se haya trazado.

2. Comparación interindividual a partir del rango de los grupos: Estas calificaciones se basan en el número de personas con calificaciones más altas o más bajas, en vez de utilizar

un valor de calificación específico; no hay información acerca de la distancia que existe hacia la media, y producen el efecto de una distribución más aproximada a la normal que la distribución de calificaciones crudas en las cuales están basadas.

Rangos: Se entiende por rango la posición relativa de una calificación cruda a lo largo de la curva normal. El problema que presenta este tipo de calificaciones es que nunca pueden utilizarse para proporcionar resultados generales de ninguna prueba.

- Los *rangos percentilares*, en los cuales se pondrá énfasis en el presente trabajo de investigación, en ocasiones llamados centiles, constituyen quizá una de las calificaciones más utilizadas en las tablas de normas de pruebas estandarizadas, porque permiten en general una mejor interpretación de los resultados.

Un *percentil* es cualquiera de los 99 puntos de igual amplitud en que se divide una distribución de frecuencia dentro de un grupo de 100. Un *rango percentil* es la posición relativa de un individuo dentro de un grupo específico. Para obtener los percentiles y rangos percentilares, deben observarse las siguientes reglas:

- a) Ordenar todas las calificaciones crudas en orden de menor a mayor.
- b) Tabular la frecuencia con que aparece cada una de ellas.
- c) Encontrar la frecuencia acumulada a través de cada una de las frecuencias de las calificaciones, sumando la frecuencia de la calificación más baja con la frecuencia inmediata, y así sucesivamente hasta llegar a la frecuencia de la calificación más alta.
- d) Hallar el punto medio de cada una de las frecuencias acumuladas, añadiendo un cero a la frecuencia acumulada más baja; el resultado de esta suma se divide entre dos, y este resultado es el punto medio. El siguiente punto medio se obtiene sumando la frecuencia acumulada más baja con la frecuencia acumulada y dividiendo este resultado entre dos, y así sucesivamente, hasta llegar a la frecuencia acumulada mayor.
- e) Convertir a porcentaje acumulado mediante la fórmula  $Pc_{pm} = 100 (fc_{pm})/N$ .

- f) Encontrar los rangos percentilares completando los valores de los puntos medios a números enteros, a excepción del 1 para el 0 y 99 + para el 100.

Para obtener las calificaciones crudas equivalentes a los valores percentilares establecidos, deben desarrollarse los siguientes pasos:

- a) Disponer las columnas del 1 al 3 como se indicó anteriormente.
- b) Cambiar de percentiles a números de casos multiplicando por  $N/100$ .
- c) Contar el número de casos encontrados en el paso b), suponiendo que los casos están distribuidos igualmente a través de cada una de las calificaciones.
- d) El valor de la calificación cruda correspondiente es el percentil deseado.

La ventaja principal de los percentiles es la facilidad de su interpretación. Aun cuando hay quienes afirman que los percentiles se encuentran distribuidos en espacios iguales, se considera que un percentil es la obtención del porcentaje de casos en un grupo específico, que caen hacia arriba o abajo del valor de una escala dada. Por otra parte, es fácil de observar las diferencias cerca de la mediana y las diferencias en los extremos.

Dado que las distancias interpercentilares no son iguales, no son promediabiles en forma directa. Con percentiles se pueden utilizar escalas comunes para la distribución de todos los valores en la prueba.

Si se dividen en 100 subgrupos de igual medida la distribución de calificaciones ordenadas por rango, se observara que existen 99 puntos percentilares distribuidos a lo largo de los 100 subgrupos, los cuales, al quedar clasificados por rangos, se separan mediante una línea con el fin de indicar los límites reales de cada rango percentilar. Noventa y nueve de estas unidades tienen 0.5% hacia cada uno de los extremos de la distribución: los extremos 1 y 99+.

Finalmente, el empleo de los percentiles presenta la desventaja de que en ellos se utiliza una escala de números fácilmente confundibles si no se estipula claramente con qué tipo de unidades se trabaja: con las calificaciones T, con los CI o con porcentajes de respuestas correctas.

Una aplicación de los rangos percentilares la llamada cadena percentilar, que como su nombre lo indica, es una agrupación de rangos percentilares. El límite superior de la cadena corresponde al rango percentil de una calificación sobre un error estándar de medida inferior a la calificación obtenida. El psicólogo puede hacer sus propias cadenas percentilares teniendo en cuenta las indicaciones expresadas anteriormente acerca del error estándar de medida.

- *Calificaciones estándar normalizadas*: Estas son calificaciones derivadas, a las cuales se les asignan calificaciones estándar como valores, pero se constituyen más adecuadamente como rangos percentilares. Cuando se emplean calificaciones estándar, la forma de la distribución de las calificaciones crudas se reproduce con gran exactitud. Si la línea de base representara un polígono de frecuencia, veríamos que los valores de cualesquiera de las calificaciones estándar serían correspondientes si se trazara una línea hacia debajo de la distribución de las calificaciones crudas. Este tipo de calificaciones estándar normalizadas, como su nombre lo indica, tienen la característica de permitir que una distribución sea lo más aproximadamente posible a la distribución normal.

Estas calificaciones se denominan áreas de transformación, debido a que están basadas en calificaciones estándar que podrían corresponder a porcentajes acumulativos en una distribución normal. Estas calificaciones son:

- a) *Calificaciones T escaladas*: Tienen las mismas propiedades que las calificaciones T en una distribución normal e, incluso, la misma media de 50 y la desviación estándar de 10; por ello se denominan calificaciones T, más bien que T escaladas, sin embargo, tienen la desventaja de que son fácilmente confundibles con las calificaciones T y otras más.

- b) Calificaciones estancinas: Son cadenas de valores (nueve unidades estándar), a cada una de las cuales corresponde la mitad de una desviación estándar, a excepción de las estancinas de los extremos, la de 1 y la de 9. La media se encuentra en el punto medio de la estancina 5, la cual ha sido utilizada como calificación estándar normalizada con una media de 5 y una desviación estándar de 2, teniendo las estancinas 1 y 9 la mitad de una desviación estándar de amplitud (Magnusson, 1981).
  - c) Calificaciones C escaladas: Este tipo de calificaciones fueron elaboradas por Guilford para dar una unidad adicional en cada uno de los extremos de la escala de estancinas, es decir, tienen once unidades con valores de 0 a 10. Se construyen de modo análogo al as estancinas, pero los valores dados se distribuyen diferentemente.
  - d) Calificaciones estén: Son similares a las anteriores, es decir, son calificaciones estándar normalizadas, con diez unidades estándar. Tienen cinco unidades normalizadas a cada lado de la media y poseen media desviación estándar de amplitud, excepto en los extremos 1 y 10, que son abiertos.
  - e) CI de desviación: Aun cuando son poco usuales para la normalización los CI de desviación estándar en la actualidad, anteriormente fueron muy utilizados. Presentan las mismas ventajas y limitaciones que las calificaciones T escaladas, a excepción de que su media deberá ser de 100 y la desviación estándar puede ser determinada por el autor de la transformación de las calificaciones.
  - f) Calificaciones ITED (Iowa Test of Educational Development): Son calificaciones estándar normalizadas que tienen una media de 15 y una desviación estándar de 5.
- Rangos Deciles: El decil se define como cualquiera de los nueve puntos que dividen la distribución de frecuencias en diez grupos de igual medida o amplitud. A fin de evitar una confusión entre los términos deciles y calificaciones deciles, es más adecuado llamarles rangos deciles.

1. Comparación interindividual a partir del rango de calificaciones en un grupo: Aquí existe sólo un tipo de calificación llamado calificaciones jerárquicas porcentuales que se basan en la comparación interindividual a partir del rango de calificaciones crudas. Este tipo de calificación indica la posición de una persona en una escala de 101 puntos, en donde la calificación más alta asciende hasta 100 y la más baja desciende a 0.
2. Comparación interindividual a partir de la posición de aquellos que obtuvieron la misma calificación: Este tipo de calificaciones se emplea para expresar la ejecución en términos de promedios de grupos que difieren en situación, ya sea de edad cronológica o de las calificaciones escolares jerarquizadas. En estas unidades de calificación, el examinado no es comparado con su propio grupo sino con diversos grupos que difieren en nivel, a fin de observar a cuál se asemeja o a cuál podría pertenecer. Estas calificaciones son frecuentemente utilizadas para la estandarización de pruebas de logro escolar (Morales, 1998).

### 3.3 ESCALAS PARA MEDIR DEPRESIÓN EN ADULTOS

A través del tiempo se han creado varias escalas para medir la depresión, todas ellas extranjeras, las cuales a pesar de cumplir con las características de un buen instrumento psicométrico, resultan no ser de gran utilidad para la población mexicana, ya que la mayoría de las veces solo son traducidas al español y se continúan empleando las normas de otras poblaciones, lo cual lleva a graves errores diagnósticos.

Hernández (1983) menciona que una escala de evaluación trata de catalogar lo más clara y exhaustivamente posible aquellos segmentos conductuales que de ordinario están alterados en un determinado problema conductual, considerando que se deben seguir los siguientes pasos para poder tener un instrumento de evaluación confiable:

- Se deben seleccionar muy bien los segmentos comportamentales alterados.
- Deben definirse operacionalmente y con todo rigor, de manera que traduzcan la especificidad del problema al que se refieren.

- Es necesario que esas cuestiones operativas se acomoden con mayor exactitud al lenguaje coloquial utilizado por el cliente.
- Deben diseñarse de tal forma que sea posible una cuantificación tal, que posibilite el apesamiento del peso relativo de cada una de esas alteraciones.
- Dicho instrumento carecería de utilidad si no fuese estandarizado y contrabalanceado con los resultados generados por grupos controles a la vez que compara su especificidad con otros instrumentos confiables y válidos que incidiendo sobre el mismo problema hayan sido anteriormente aliados.
- Debe emplearse el tratamiento estadístico oportuno, de manera que se obtengan coeficientes o predictores inequívocos que hagan certera esa evaluación.

Las escalas de evaluación psicológica tienen antecedentes históricos muy lejanos. Los clínicos de hace más de 50 años ya las utilizaban rudimentariamente. Se limitaban a reunir un listado de síntomas y/o signos que, según el peculiar modelo médico, constituían elementos configuracionales imprescindibles en el diagnóstico, pero adolecían las disfunciones operativas, así como de observaciones rigurosas. Se limitaban a contestar si tales o cuales síntomas aparecían, adoptando como criterios de inclusión la experiencia clínica, la interpretación subjetiva e incluso las intuiciones no verificadas.

En el caso de la depresión la construcción de las escalas de medición se remota a 1915 cuando Kempf describió la primera escalas de depresión de que se tiene noticia, y en 1917 Woodworth publicó el primer cuestionario de autoevaluación, pero no fue sino hasta muchos años después cuando este tipo de estudios se aplicó al problema específico de la depresión.

En 1930, Moore con base en observaciones clínicas, escogió 41 síntomas y signos entre 367 enfermos psicóticos y sometió los resultados a un análisis factorial. Así consiguió dos grupos de síntomas que le permitieron medir la depresión retardada y la depresión agitada. En ese mismo año Jasper publicó un cuestionario sobre depresión-elación.

Por distintas razones estos estudios fueron descartados como una ayuda práctica para medir la depresión. Desde entonces se han creado varias escalas para medir este

padecimiento, todas ellas extranjeras las cuales a pesar de cumplir con las características de un buen instrumento psicométrico resultan no ser de gran utilidad en México, ya que no están estandarizadas para su uso en ésta población, recordando como se mencionó que solo se han estandarizado en la población mexicana la Escala de Autovaloración de Depresión de Zung y el Inventario de Depresión de Beck para población mexicana.

Algunos ejemplos de escalas son:

- Children's Depression Rating Scale.
- The Bellevue Index of Depression.
- Children's Affective Rating Scale.
- Mini-mental State Examination.
- Geriatric Depression Scale.
- Crandell Cognitions Inventory. Crondill y La Pionte (1979).
- Depression Adjective Check List (DACL). Lubin y Levitt (1979).
- Hamilton Depresión Scale (HAM-D). Binitie (1975).
- Impatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS). Klett (1969).
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Engelsmann (1970).
- MMPI D Scale. Comrey (1957); Butcher (1976).
- Self-rating Depression Scale (SDS) . Zung (1969); Carroll (1973); Masters y Zung (1977); Marcella (1980).
- Inventario de Depresión de Beck. Beck (1961); Beck (1978).
- Análisis de Criterios Múltiples para las Depresiones Neuróticas. Klerman (1979).
- Escala de Autovaloración de Zerssen.
- SCL-90.
- CODE-DD (Composite Diagnostic Evaluation of Depressive Disorders).

De los instrumentos anteriores en la actualidad se cuenta únicamente con la adaptación en México de la Escala de Autovaloración de Zung en población de estudiantes de secundaria y del Inventario de Depresión de Beck en enfermos con problemas cardiacos (Fierros, 2000), con este último se encuentra La Estandarización del Inventario de

Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México, por el Mtro. Samuel Jurado en 1995.

Existe la adaptación castellana del Inventario de Beck realizada por Conde, Chamorro y Aseros en 1976 en Madrid, en la cual se modificaron varios reactivos y se omitieron otros tantos. La escala de Zung es muy breve y una de las más aplicadas en Europa, y de las más usadas en Estados Unidos junto con los inventarios de Beck y de Hamilton (Hernández, 1983).

### 3.4 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El Inventario de Depresión de Beck es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Sus propiedades psicométricas han sido reportadas por Beck, Steer y Garbin en un artículo que integra los estudios de investigación realizados con este inventario durante 25 años.

El Inventario de Depresión original de Beck está basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrastados con los que los pacientes psiquiátricos no deprimidos mencionaban ocasionalmente (Beck, Steer, 1993).

En base a un estudio que Beck realizó con 966 pacientes psiquiátricos identificó cuatro clases de síntomas, clasificación que sigue usándose hasta el momento. Indica que cada síntoma de la depresión puede tener distintos grados de intensidad y los que clasifica como mínimo son sin duda similares a observados en personas normales que se sienten tristes (Beck, 1967). Los síntomas que reconoce son los siguientes, los cuales a su vez son clasificados de acuerdo a la intensidad (mínimo, leve, moderado y severo) que presenten, aportando así mismo el nivel de la depresión:

- Síntomas afectivos: Animo abatido, auto-desagrado, insatisfacción, indiferencia afectiva, accesos de llanto y pérdida del sentido del humor.

- Síntomas motivacionales: Pérdida de motivaciones, deseos de evasión, escape y aislamiento y, pensamientos suicidas.
- Síntomas cognoscitivos: Baja valoración de sí mismo, pesimismo, autoacusación y autocrítica, indecisión y autoimagen distorsionada.
- Síntomas físicos y neurovegetativos: Pérdida de apetito, trastornos de sueño, pérdida de la libido y fatiga.

El inventario original estaba basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los que después de ser contrastados con los mencionados por pacientes psiquiátricos no deprimidos, llegando así a la consolidación de 21 síntomas y actitudes del actual inventario (Beck, Steer, 1993). De manera individual los 21 reactivos están relacionados con la depresión, evaluando respectivamente las siguientes actitudes y síntomas: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, autodisgusto, autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. Los catorce primeros ítems se refieren a síntomas afectivos y los siete restantes a síntomas vegetativos somáticos.

Cabe mencionar que Beck hace una distinción de la intensidad de la Depresión en base a la puntuación total obtenida en el Inventario de Depresión de la siguiente manera:

- De 0 a 9            Depresión Mínima
- De 10 a 16        Depresión Leve
- De 17 a 29        Depresión Moderada
- De 30 a 63        Depresión Severa

### 3.4.1 FICHA DESCRIPTIVA

Autor: Aarón T. Beck (1967)

Objetivo: Medición de la intensidad del estado depresivo.

Número de reactivos: 21

Material: Formato con los reactivos contemplando respuestas alternativas en cada uno.

Formato: Lápiz y papel.

Tiempo de aplicación: De 15 minutos como máximo.

Tiempo de calificación: 5 minutos aproximadamente.

Utilidad: Sirve como instrumento de medición de trastornos depresivos.

Información: Recopilación de datos personales.

### 3.4.2 ANTECEDENTES

A principios de los años 60's Aarón T. Beck dio a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fue utilizado en el Centro de Terapia Cognitiva en la escuela de Medicina de la Universidad de Pensylvania.

Fue elaborado originalmente para ser administrado por un entrevistador y se utilizaba con una doble copia, una que se entregaba al enfermo y otra que se leía en voz alta por la persona que aplicaba la prueba. Después de enunciar las declaraciones que correspondían a cada reactivo, se pedía al entrevistado que indicara cuál de esas definía mejor como se sentía en ese instante. En ningún momento debía de sugerirse la respuesta, y si el paciente indicaba que había dos o más afirmaciones que correspondían a la manera como se sentía, debía registrarse el número más alto. El puntaje de la depresión es la suma de las respuestas.

El instrumento fue elaborado para valorar lo severo de la depresión en pacientes psiquiátricos, adolescentes y adultos, basándose en la teoría cognitiva conductual de la depresión, por lo que tomando las debidas precauciones puede ser usado para dar

seguimiento a un cuadro depresivo y para determinar si existen síntomas de depresión en personas normales.

En 1978 Beck publicó la versión revisada, en la cual uno de los cambios viene a ser el que ya puede ser un instrumento autoaplicable, ya que las instrucciones son claras al principio del inventario, lo que no hace imprescindible que el aplicador esté con el entrevistado, pero es de suma importancia el hecho de que debe ser calificado y evaluado por personas calificadas para hacerlo.

El trabajo de estandarización del Inventario de Depresión de Beck, realizado por el Mtro. Samuel Jurado (1995), cumplió con los requisitos psicométricos mínimos necesarios para ser empleada como instrumento de evaluación de la depresión, es decir, reporta cifras estadísticas que demuestran la validez de contenido, de criterio y de constructo. Dicha investigación contempló la mayoría de los análisis estadísticos y psicométricos básicos para cualquier instrumento de rasgo, los cuales son: análisis de reactivos, confiabilidad por consistencia interna, estabilidad temporal (test-retest) validez de constructo y validez discriminante.

Para obtener las normas mexicanas, los puntajes obtenidos fueron transformados a puntajes *t* (sistema internacionalmente aceptado) lo que permite ubicar a cada individuo en el continuo de la población a la que pertenece

Para la obtención de las normas mexicanas de este instrumento utilizó rangos percentilares. Las normas de calificaciones para la población mexicana general para el IDB son los siguientes:

Nivel de Depresión	Puntaje	Rangos Percentilares
Mínima	0-9	4-61
Leve	10-16	66-81
Moderada	17-29	83-96
Severa	30-63	97-99

### 3.4.3 DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

El Manual del Inventario de Depresión nos indica que el inventario original estaba basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrastados con los que los pacientes psiquiátricos no deprimidos mencionaban ocasionalmente. Esto vino a consolidar los 21 síntomas y actitudes que comprende el inventario, mismos que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo lo máximo que se puede obtener 63.

La puntuación final es la suma de los valores de cada reactivo. En el caso de que en un reactivo se hayan marcado dos respuestas, se contabilizará la más alta. Se debe tener cuidado con el reactivo que se refiere a la pérdida de peso (No. 19), ya que si la persona indica que está tratando de bajar de peso, su valor será 0.

Las puntuaciones del 0 al 9 son considerados dentro del rango mínimo de depresión; del 10 al 16 indican una depresión leve; del 17 al 29 una depresión moderada y de 30 a 63 una depresión severa. Las puntuaciones mayores a 15 ya deben ser tratadas como depresivas.

Se debe tener mucho cuidado, ya que la puntuación total sólo nos da un estimado de la severidad total de la depresión. Es muy importante ponerle mucha atención al contenido del reactivo, en especial a los que se refieren al suicidio.

Las actitudes o síntomas valuados en la escala son: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, auto-d disgusto, auto-acusación, ideas, suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. Los catorce primeros apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos, y los siete restantes a síntomas vegetativos y somáticos, que pueden también ser resultado de enfermedades físicas.

El instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria. Debe ser administrado en un lugar con suficiente iluminación, aire y sin distractores. Su duración no debe pasar de 15 minutos. Su aplicación también puede ser oral.

**CONFIABILIDAD:** Beck y Beamesderfer sugirieron que por lo menos en lo que respecta a detectar cambios en pacientes psiquiátricos, las estimaciones de la confiabilidad test-retest pueden no resultar útiles porque se espera que los pacientes muestren reducción en la depresión debido tanto a la intervención terapéutica como al paso del tiempo. Sin embargo, en un estudio realizado por Beck, Steer y Garbin en 1988 las correlaciones del test-retest en pacientes no psiquiátricos fueron altas. Jurado (1995) reportó que el Inventario de Depresión de Beck presenta una alta confiabilidad en población mexicana, tal como lo indica la obtención de un alpha de .8734, es decir, una probabilidad de error de .13.

**VALIDEZ:** *Validez de Contenido.* Moran y Lambert compararon el contenido del inventario de depresión de Beck ya revisado contra los desórdenes afectivos del DSM III y concluyeron que el primero reflejaba sólo seis de los nueve criterios del segundo. Beck comenta que no consideró conveniente incluir reactivos que hablaran de un incremento en el apetito y del sueño así como de agitación porque estos están con frecuencia en adultos normales, y su inclusión ocasionaría un rango alto de positivos falsos.

*Validez discriminante:* Varios estudios han indicado que el inventario de Depresión de Beck puede diferenciar a pacientes psiquiátricos de personas normales. También puede discriminar entre desórdenes Distímicos y de Depresión Mayor.

*Validez factorial:* Han habido muchos estudios en relación a la validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck. Beck, Weissman, Lester y Trexler encontraron que la escala de Desamparo de Beck está relacionada positivamente con el inventario. Jurado (1995) reportó en la validez de construcción un alto poder de discriminación de los reactivos entre puntajes altos y bajos, como lo indican las pruebas *t* por reactivo, en las cuales el resultado fue de una significancia de .000 en cada uno de ellos. Este inventario ha sido analizado factorialmente tanto en poblaciones clínicas como no

clínicas. El número de factores extraído depende de las características de las muestras clínicas y no clínicas estudiadas. Así también el método de extracción es crucial para definir la estructura factorial.

*Validez Concurrente:* Jurado (1995) reporta que Beck, Steerer y Gabin encontraron con la ecuación de correlación Pearson, que las correlaciones entre el inventario de Depresión de Beck contestado por pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos era de .60.

## RESUMEN

1. El énfasis de las teorías sobre diferencias individuales ha influido considerablemente en el desarrollo de tests para medir algunas características sociales y emocionales. Tales pruebas llamadas psicométricas identifican las características que se desean medir, generando los elementos de la prueba y desarrollando después métodos estadísticos para interpretar las puntuaciones.
2. Una prueba psicológica es una medida objetiva y estandarizada de la conducta de un individuo. Con estas pruebas se hacen observaciones sobre una muestra pequeña pero cuidadosamente elegida de la conducta del individuo. El valor diagnóstico de un test depende de qué tanto funcione como indicador de un área de conducta relativamente amplia y significativa, de esta manera, para que un test cumpla con su propósito debe existir relación entre lo que dice que mide y la conducta en cuestión.
3. Las características que debe poseer un instrumento de medición son los siguientes:
  - a) Estandarización que es la aplicación de una prueba a una muestra extensa y representativa de personas en condiciones iguales con el propósito de determinar las normas;
  - b) Objetividad cuyo propósito es el de evitar los errores personales;
  - c) Confiabilidad que es el grado de consistencia de las medidas que proporciona;
  - d) Validez, refiriéndose al grado en que la prueba mide lo que debe medir;
  - e) Grado de

dificultad y nivel de discriminación de los reactivos, lo que permite conocer las diferencias individuales y el procedimiento que se lleva a cabo para lograrlo en el momento de construir la prueba, por lo tanto, consiste en agregar a la prueba reactivos que puedan ser contestados por todos los sujetos y reactivos que solo puedan ser contestados por lo más aptos; f) Sensibilidad, relacionado con el punto anterior, es decir, se refiere al número de grados para la clasificación de los sujetos; y g) Normalización, característica principal en el presente trabajo de investigación, con lo que se podrá obtener una adecuada interpretación de los datos proporcionados. La finalidad de convertir los puntajes a una distribución normal es que ésta proporciona un significado estadístico preciso, en el cual el porcentaje de individuos que se encuentra arriba y debajo del puntaje se conoce exactamente cuando se tiene una media y una unidad de medidas conocidas. En las pruebas con normas se compara la ejecución de un individuo con la de un grupo de sujetos especificados previamente.

4. El estudio de la depresión ha sido necesario debido a que la padece un alto porcentaje de la población en diferentes contextos. Por ello, a través del tiempo se han creado varias escalas para medir la depresión, sin embargo, la mayoría de estas son extranjeras que no han sido estandarizadas en la población mexicana, mismo que disminuye la validez y confiabilidad de éstas, propiciando errores diagnósticos. Actualmente se cuenta con la adaptación en México de dos instrumentos que miden a depresión, a saber, la Escala de Autoevaluación de Zung en una población estudiantil, y el Inventario de Depresión de Beck en la población mexicana por el Mtro. Samuel Jurado en 1995 y en enfermos con problemas cardíacos en el año 2000 por Fierros.
5. El inventario de depresión de Beck se encuentra basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente reportaron los pacientes psiquiátricos deprimidos y no deprimidos. Los síntomas que reconoce son los afectivos, motivacionales, cognoscitivos y físicos y neurovegetativos. El inventario está formado por 21 reactivos, refiriéndose los catorce primeros a los síntomas afectivos y los siete restantes a síntomas vegetativos somáticos.
6. Fue a principios de los 60' cuando Aaron Beck dio a conocer el inventario para medir depresión. Este instrumento fue elaborado para valorar lo severo de la

de depresión basándose en la teoría cognitiva conductual. En un inicio la prueba debía ser aplicada por un entrevistados pero, después de 1978, fecha en la que se publica la versión revisada, el instrumento puede ser autoaplicable, sin embargo, su calificación y evaluación debe ser realizado por personas calificadas para ello.

7. El Inventario de Depresión de Beck está consolidado por 21 síntomas y actitudes, proporcionando el mismo numero de reactivos, mismos que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo la puntuación máxima a obtener de 63. Las puntuaciones del 0 al 9, en el inventario original, son consideradas dentro del rango mínimo de depresión; del 10 al 16 indican depresión leve; del 17 al 29 depresión moderada y de 30 a 63 depresión severa, por esto, la puntuación mayor a 15 ya debe ser tratada como depresión. La aplicación del inventario no debe rebasar de 15 minutos, y la aplicación también, puede ser oral.

## **CAPITULO 4. METODO**

### **4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Serán confiables los resultados normativos obtenidos en la aplicación del Inventario de Depresión de Beck en sujetos privados de su libertad como para permitir considerar este instrumento para la valoración de los niveles de depresión en una población penitenciaria proveniente de una institución de alta seguridad?

Tal planteamiento surge de las limitaciones de una medición precisa debido a que no se cuenta con una prueba para evaluar oportuna y rápidamente el nivel de depresión que pudieran mostrar aquellas personas que se encuentran privadas de su libertad, independientemente del proceso jurídico en desarrollo, además de que las pruebas que se han utilizado con el mismo objetivo no cuentan con normas acordes a las características de la población elegida.

### **4.2 JUSTIFICACION**

Así como el propio movimiento de la vida esta formado por una suma infinita de separaciones sucesivas en las que uno se despoja de lo que había amado, de sus creencias, de sus ideales, no sin dolor, sin nostalgia y sin crisis, se considera como una pérdida más la privación de la libertad, condición de la vida que tiene repercusión de manera significativa en el equilibrio emocional. La depresión es considerada como una enfermedad que si no es tratada adecuada y oportunamente puede conducir a la muerte del individuo, por lo tanto es de suma importancia el poder aportar instrumentos útiles que permitan la detección oportuna de esta afección.

Es sin duda, para el psicólogo, uno de los mayores problemas el saber cómo descubrir la naturaleza y la amplitud de las diferencias individuales en forma precisa y exacta; es por esto que se han elaborado instrumentos (pruebas psicométricas) los cuales

representan el mejor método desarrollado para medir características comportamentales. Sin embargo, en la población latinoamericana, frecuentemente se han empleado pruebas psicométricas desarrolladas en otros países para la valoración de este trastorno emocional, las cuales, al sólo estar traducidas, dan lugar a errores de medición así como en el diagnóstico, originados por las características antagónicas de una y otra población. Esto resulta altamente preocupante pues, para realizar una evaluación diagnóstica adecuada del trastorno en cuestión, igualmente necesaria para la planeación de la intervención del mismo, se requiere emplear una prueba estandarizada dentro de la población a estudiar.

En México solo se cuenta con la adaptación de la escala de Zung en población de estudiantes de secundaria y la traducción y estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México realizado por Méndez y el Prof. Samuel Jurado en 1995, el cual está siendo empleado actualmente.

Por lo anteriormente expuesto, se considera de suma importancia contar con instrumentos estandarizados que permitan a los especialistas detectar la depresión en sus diferentes niveles de expresión con el fin de proporcionar un tratamiento oportuno y certero; resultando de igual relevancia la normalización adecuada de estos instrumentos en diferentes tipos de población a fin de obtener resultados precisos, validos y confiables.

Se empleará como instrumento para el presente estudio, el Inventario de Depresión de Beck, el cual fue adaptado y estandarizado por el Mtro. Samuel Jurado (1995), por lo que en el presente la presente investigación se trabajará específicamente su normalización en una población penitenciaria de una institución de alta seguridad, ya que su empleo dentro de este contexto podría agilizar la detección de síntomas o el diagnóstico de este padecimiento, teniendo como punto de referencia que hasta la fecha no se cuentan con estudios para adaptar y normalizar en dicha población.

### 4.3 OBJETIVO

Normalizar el Inventario de Depresión de Beck en una muestra penitenciaria masculina de procesados y sentenciados a través de la recopilación de los datos obtenidos en la aplicación del mismo.

### 4.4 HIPOTESIS

#### ➤ GENERAL

H<sub>i</sub>. La normalización del Inventario de Depresión de Beck en una población penitenciaria es representativa para identificar los niveles de depresión.

H<sub>o</sub>. La normalización del Inventario de Depresión de Beck en una población penitenciaria no es representativa para identificar los niveles de depresión.

#### ➤ PARTICULARES

H<sub>i</sub>. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos normativos obtenidos para la población sentenciada y para los procesados.

H<sub>o</sub>. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos normativos obtenidos para la población sentenciada y para los procesados.

H<sub>i</sub>. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos normativos obtenidos por el Mtro. Samuel Jurado (1995) del Inventario de Depresión de Beck y los datos normativos que se obtengan de la misma prueba aplicada específicamente en una población penitenciaria.

H<sub>o</sub>. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos normativos obtenidos por el Mtro. Samuel Jurado (1995) del Inventario de Depresión de Beck y los

datos normativos que se obtengan de la misma prueba aplicada específicamente en una población penitenciaria.

H<sub>1</sub>. Existen diferencias estadísticamente significativas en la manifestación de los síntomas afectivo-cognoscitivos y síntomas vegetativos-somáticos entre el grupo de sentenciados y procesados.

H<sub>0</sub>. No existen diferencias estadísticamente significativas en la manifestación de los síntomas afectivo-cognoscitivos y síntomas vegetativos-somáticos entre el grupo de sentenciados y procesados.

#### 4.5 VARIABLES

- Variable Independiente: Situación jurídica de los reclusos.
- Variable Dependiente: Niveles de Depresión obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck.
- Variables Atributivas: Características de la población de edad, sexo, escolaridad y apoyo familiar.

##### 4.5.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

###### ➤ *Situación Jurídica*

Definición Conceptual: Agregado de los autos y demás escritos en cualquier causa criminal o civil. Acción destinada a perseguir la declaración como presunto responsable de un delito social.

Definición Operacional:

- Población procesada: es la situación jurídica mediante la cual la autoridad jurisdiccional, declara sujeto a proceso a una persona presunto responsable de una infracción por medio del auto de formal prisión (Rico, 1977).

- Población sentenciada: situación jurídica que refleja un acto en el que el Estado, por medio del poder judicial, aplica la ley cuando existen intereses en conflicto en forma actual o potencial, y que agotado en todos los medios procesales queda sujeto a Poder Ejecutivo.

VARIABLE DEPENDIENTE:

➤ *Depresión*

Definición Conceptual: La depresión contiene ciertos patrones o esquemas cognoscitivos idiosincrásicos que pueden ser activados por presiones específicas sobre determinados puntos vulnerables o por tensiones inespecíficas abrumadoras, que cuando son activados tienden a dominar el pensamiento del individuo y a producir los fenómenos afectivos y motivacionales asociados con la depresión (Beck, 1967).

Definición Operacional: La medición cuantitativa de los niveles de la depresión a través de las respuestas obtenidas por los sujetos en el Inventario de Depresión de Beck estandarizado por el Mtro. Samuel Jurado (1995).

VARIABLES ATRIBUTIVAS:

➤ *Edad*

Definición Conceptual: Periodo que una persona ha vivido, a contar desde su nacimiento.

Definición Operacional: Rango de 20 a 60 años de edad de una población en reclusión.

➤ *Sexo*

Definición Conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre y a la mujer.

Definición Operacional: individuos de sexo masculino.

➤ *Escolaridad*

Definición Conceptual: Tiempo que se asiste a un centro de enseñanza para llevar a cabo en él los estudios. Grado de estudios

Definición Operacional: Grado de estudios que incluye los niveles primaria, secundaria, medio superior y superior.

➤ *Apoyo Familiar*

Definición Conceptual: Protección o ayuda por parte de los miembros del núcleo familiar primario y/o secundario.

Definición Operacional: Apoyo brindado por parte de familiares y amigos en cuanto a la periodicidad de visitas realizadas a los internos durante su estadía en la institución.

#### **4.6 POBLACION**

Esta constituida por 587 internos de sexo masculino, cuya situación jurídica esta en proceso o ya se ha dictado una sentencia condenatoria.

#### **4.7 MUESTREO**

Se empleará un muestreo de manera intencional por cuota, muestra no probabilística en la que supone un procedimiento de selección informal y un poco arbitrario. La elección de los sujetos no depende de que todos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador. Los tests son aplicados a partir de los cuales se llenan

cuotas de acuerdo a la proporción de ciertas variables demográficas en la población con el propósito de seleccionar finalmente a 210 internos, 105 procesados y 105 sentenciados de un centro penitenciario de sexo masculino, cuya edad oscila entre los 20 y 60 años, con escolaridad de primaria, secundaria, preparatoria, superior completa e incompleta.

Posteriormente para realizar la comparación de las normas se obtiene una nueva muestra probabilística aleatoria obteniendo 30 sujetos procesados y 30 sentenciados, de esta manera todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos. El término al azar o aleatorio denotan un tipo de procedimiento mecánico relacionado con la probabilidad y con la selección de los elementos. La principal ventaja de la muestra probabilística es que puede medirse el tamaño de error en las predicciones elaboradas, siendo su objetivo principal reducir al mínimo este error al que se le llama error estándar (Sampieri, 1991).

Cabe mencionar que los elementos muestrales tienen valores muy parecidos a los de la población, de manera que las mediciones en el subconjunto, darán estimados precisos del conjunto mayor.

#### **4.8 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo es un diseño cuasi-experimental por que el investigador no puede modificar las variables del fenómeno estudiado, las que sólo serán observadas tal y como se dan en su contexto natural, para después ser analizadas.

El tipo de estudio manejado es descriptivo (mide o evalúa aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar) y transversal (se recolectan datos en un solo momento durante un tiempo delimitado). El propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 1991). El investigador no tiene control sobre las variables independientes por que sus manifestaciones ya han ocurrido (Sampieri, 1991).

## 4.9 INSTRUMENTO

A principios de los años sesentas, el doctor Aarón T. Beck dio a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fue diseñado originalmente para valorar lo severo de la depresión en pacientes psiquiátricos; más tarde en 1976, publicó una versión revisada la cual puede ser autoaplicable, ya que trae las instrucciones muy claras al principio del inventario, por lo que no es necesario que el aplicador esté presente.

El inventario de Beck es uno de los más empleados en estudios de investigación, y en un gran número de ellos se ha tratado de obtener la validez concurrente del mismo. Se ha comparado el instrumento con otros que también miden depresión y se ha llevado a cabo tanto en pacientes psiquiátricos como en no psiquiátricos. Diversos autores han realizado revisiones del inventario, entre ellos están Conde, Chamorro y Serrano en 1976, y actualmente por el Prof. Jurado (1995) en la población mexicana.

Se encuentra conformado por 21 reactivos de síntomas o actitudes, las cuales son cuantificadas con valores numéricos del 0 al 3. El puntaje obtenido indicará la intensidad de la depresión. Las categorías están relacionadas con la depresión siendo las actitudes y los síntomas evaluados los siguientes: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de castigo, insatisfacción personal, culpa, auto-disgusto, auto-acusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. De estos, los primeros catorce se refieren a síntomas afectivo-somáticos y los siete restantes a síntomas vegetativos y síntomas somáticos.

Puede autoadministrarse y ser aplicado individual o grupalmente, pues no requiere más instrucciones que las indicadas en el mismo, donde el examinado responderá directamente. Antes de ser aplicado deben ser resueltas todas las dudas que se tengan frente a este. Los reactivos se calificarán de acuerdo al número más alto que se haya contestado en cada uno. El sujeto responde dentro de un continuo de cuatro puntos que van del 0 al 3, donde 0 indica la ausencia de síntomas y el 3 señala la presencia de síntomas severos (Anexo 1).

#### 4.10 PROCEDIMIENTO

Se solicitó la autorización del Centro Federal de Readaptación Social No. 1 “La Palma” para la aplicación de la escala en la población interna, donde se requirió cubrir los trámites necesarios que permitieron efectuar la presente investigación, esto fue la autorización del ingreso del material a utilizar y el cúmulo de datos extraídos de la aplicación del Inventario de Depresión Beck.

Una vez cubierto este paso se procedió a la primer selección de los internos a partir de la cual se elaboró la tabla normativa para la medición de los niveles de depresión en la población penitenciaria. En esta muestra se cubrieron las características ya establecidas: la variable independiente que es la situación jurídica y las variables atributivas, participando en el estudio 210 sujetos.

La muestra elegida se dividió en pequeños grupos para la aplicación de la escala, lo cual se efectuó en las aulas de la institución. Se entregó el instrumento a cada uno de los que integran los grupos, iniciando con la lectura de las instrucciones, considerándose que el nivel escolar es heterogéneo, asegurando así que no existan dudas antes de resolverlo. No se indicó un límite de tiempo, por lo que se solicitó, como parte de las instrucciones, sean entregados los formatos conforme vayan terminando.

Posteriormente, se calificó cada una de las pruebas para llevar a cabo la codificación y el análisis estadístico correspondiente con el fin de elaborar como paso final la tabla normativa de la escala en la población penitenciaria.

La segunda muestra extraída fue constituida por 30 internos procesados y 30 sentenciados, a partir de la cual se realizaron las comparaciones necesarias con las que se procedió a comprobar o rechazar las hipótesis postuladas.

#### 4.11 ANALISIS ESTADISTICO

El presente trabajo se efectuó bajo el conocimiento de que las normas de calificación son necesarias para comprender los resultados de una prueba, ya que proporcionan los parámetros que permiten realizar comparaciones intersujetos. De otra manera las calificaciones crudas (puntuación natural) en sí mismas no tienen ningún significado, por tanto, no pueden ser comparables con los puntos obtenidos en otras pruebas.

De esta manera, una vez aplicado el IDB a 210 sujetos de población penitenciaria seleccionada y habiendo obtenido las puntuaciones naturales de cada una de las pruebas, se llevó a cabo el respectivo análisis estadístico procesando la información en el paquete estadístico SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) con lo que se establecieron normas de calificación tanto para los sentenciados como para los procesados, determinándose posteriormente y con base en los resultados obtenidos con la prueba “t de Student”, unas normas generales.

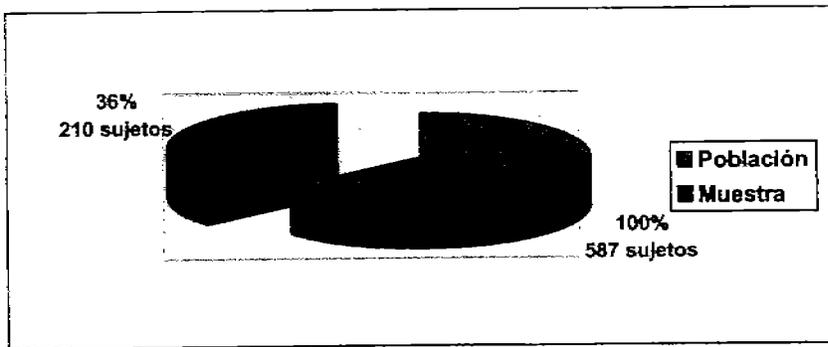
Así mismo, al contar con una sola tabla normativa se procedió a efectuar el análisis pertinente para corroborar si existen diferencias entre las normas establecidas por el Mtro. Samuel Jurado y las normas obtenidas en el presente trabajo.

**CAPITULO 5. RESULTADOS**

**5.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA**

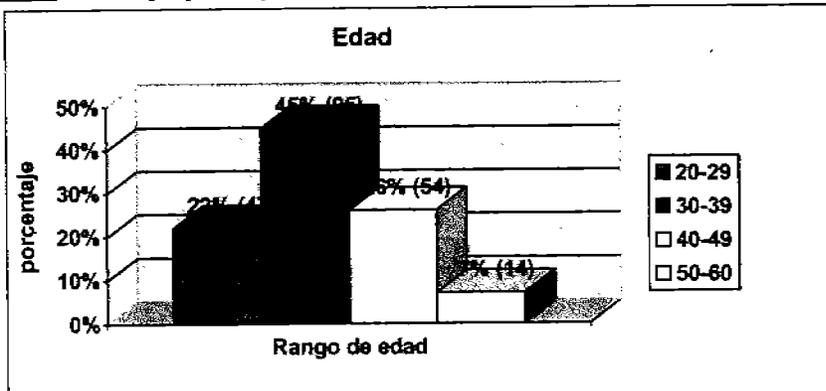
Inicialmente se realizó un análisis de frecuencias con el objetivo de poder apreciar con claridad los datos sociodemográficos de la muestra de estudio.

Figura 1. Tamaño de la población y la muestra de trabajo



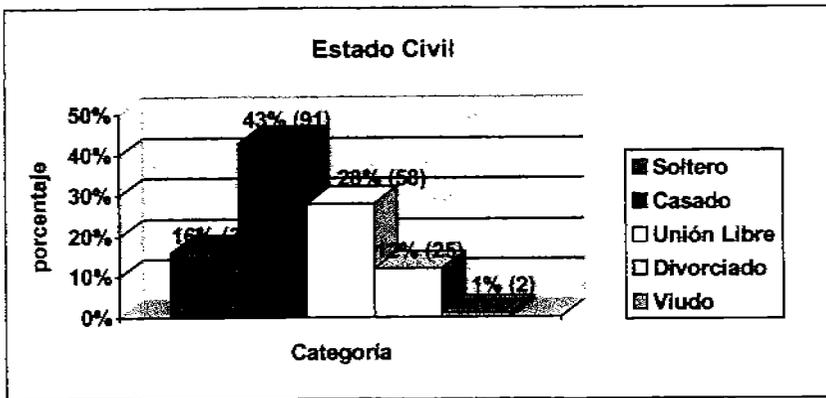
De una población penitenciaria compuesta por 587 sujetos del sexo masculino se extrajo una muestra intencional por cuota compuesta por un total de 210 sujetos a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck con la finalidad de dar comienzo al desarrollo operativo del presente trabajo (Figura 1).

Figura 2. Porcentajes por rangos de edad de la muestra



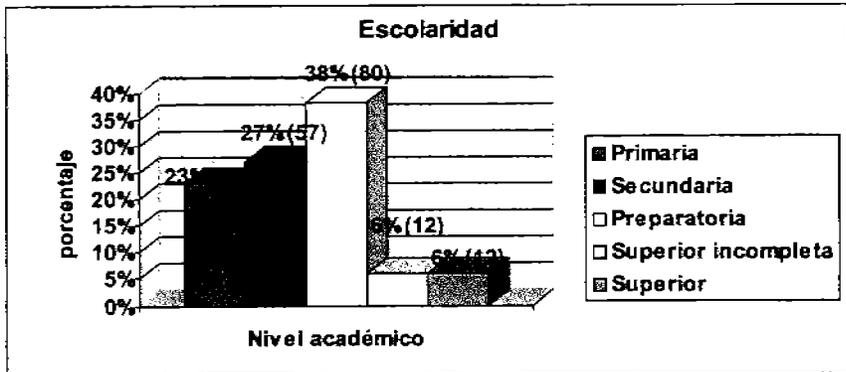
La edad de los sujetos participantes osciló entre los 20 y los 60 años, mismas que son clasificadas por rangos de edad, de tal manera que su análisis pueda ser práctico. En la Figura 2 se observa que el rango que presenta mayor frecuencia es el de 30 a 39 años de edad, mientras que los sujetos que tienen de 50 a 60 años son la minoría.

Figura 3. Estado civil de la muestra



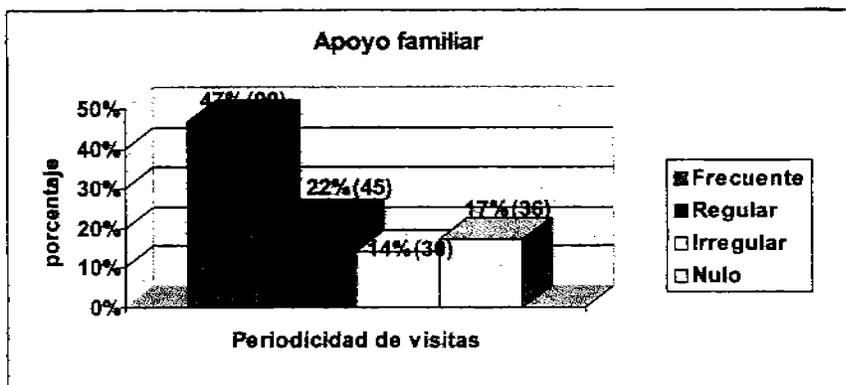
En la figura 3 se describe el estado civil de los sujetos, mostrando mayor proporción en la categoría de "casados", mientras que el más cercano en frecuencia es la condición nombrada "unión libre", por lo tanto, los sujetos en su mayoría tienen una relación de pareja. La categoría con menor número de sujetos incluidos es la de "viudo", solamente 34 sujetos reportaron ser solteros.

Figura 4. Escolaridad de la muestra



Los niveles académicos de la muestra general son representados en la figura 4, donde se aprecia que en su mayoría los sujetos se concentran en el nivel preparatoria, seguido por el nivel de secundaria y primaria, mientras que aquellos niveles que tienen un porcentaje más bajo es el superior, ya sea que este haya llegado a termino o no, es decir, la mayoría de los sujetos muestra niveles educativos de medio superior hacia abajo.

Figura 5. Frecuencia de la periodicidad de visitas.



Dado que se está hablando de una población que se encuentra cautiva, en la figura 5 se indica la frecuencia con la que estos sujetos reciben apoyo familiar (periodicidad en que

los internos tienen visita), apreciándose que en su mayoría los sujetos tienen visita de forma frecuente en un 47%, seguidos por aquellos que la reciben de manera regular en un 22%, enseguida el 14% (el más bajo) corresponde a los que tienen visita irregular, y por último, el 17% de internos no reciben visita.

Para analizar si la variable condición jurídica de los sujetos tenía algún efecto sobre los puntajes se dividió la muestra en dos subgrupos. La condición denominada "sentenciados" (aquellos que tienen una sentencia ejecutoria) se formó con 105 sujetos, y la condición de "procesados" (los internos que no tienen sentencia) por 105 sujetos. De esta manera la muestra de estudio (210 sujetos) se formó por dos subgrupos con el mismo número de sujetos, dicha separación se llevó a cabo debido a que se consideró que la condición jurídica podría influir en los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck, ya que a pesar de que ambas submuestras se encuentran privadas de su libertad, cada una contempla expectativas de vida diferentes.

En la tabla 1 se concentran las frecuencias de las características sociodemográficas de ambos grupos por separado. En otros términos, se hizo tal diferenciación para observar si la condición jurídica de los grupos requería de tablas normativas por separado.

Tabla 1  
Características Sociodemográficas de Sentenciados y Procesados

		NUMERO DE SUJETOS			
		SENTENCIADOS		PROCESADOS	
		N	%	N	%
RANGO DE EDAD	20-29	16	15	31	29
	30-39	52	49	43	41
	40-49	29	28	25	24
	50-60	8	8	6	6
Total		105	100	105	100
EDO. CIVIL	Soltero	18	17	16	15
	Casado	35	33	56	53
	Unión Libre	30	29	28	27
	Divorciado	20	19	5	5
	Viudo	2	2	0	0
Total		105	100	105	100

Tabla 1b  
Características Sociodemográficas de Sentenciados y Procesados

ESCOLARIDAD	Primaria	22	21	27	25
	Secundaria	27	25	30	29
	Preparatoria	46	44	34	32
	Superior Inc.	6	6	6	6
	Superior	4	4	8	8
Total		105	100	105	100
APOYO FAMILIAR	Frecuente	44	42	55	52
	Regular	20	19	25	24
	Irregular	21	20	9	9
	Nulo	20	19	16	15
Total		105	100	105	100

En cuanto a la edad de los subgrupos, se aprecia que el rango de 20-29 años es mayor en los procesados con un porcentaje de 29, mientras que el rango de edad propio a 30-39 años en ambos grupos es el que presenta mayor frecuencia, teniendo conjuntamente un porcentaje de 90, aunque es mayor en los sentenciados. En cuanto a los dos últimos rangos la proporción es similar entre los grupos.

Respecto a su estado civil se aprecia que existe mayor proporción en la categoría de “casado” y “unión libre” para ambos grupos. La categoría de “casados” es mayor en los procesados con un porcentaje de 53, y en los sentenciados con 33%. En cuanto al nombramiento “unión libre” los procesados tienen un 27% y los sentenciados un 29%; enseguida se encuentra la condición de “soltero” siendo prácticamente igual en ambos grupos con 15% y 17% respectivamente. En cuanto a las dos últimas categorías que hacen referencia a la ausencia de pareja, el número se incrementa en los sentenciados, lo cual se podría explicar por el periodo de reclusión de estos durante el cual las pérdidas se hacen presentes.

Las frecuencias obtenidas en la escolaridad son proporcionales en ambos grupos, sin embargo, es en la categoría de nivel preparatoria en donde se muestra mayor diferencia, siendo mayor el número en los sentenciados teniendo un porcentaje de 44%, por lo que se considera importante mencionar que esto se debe a que dentro de la institución penitenciaria este grupo ha podido concluir sus estudios a este nivel, mientras que los

procesados debido al poco tiempo que tienen recluidos, todavía no llevan a término sus estudios.

El apoyo familiar hace referencia a la frecuencia con que los sujetos son visitados por sus familiares, observando diferencias básicamente en la categoría de “frecuente” e “irregular” : el primero es mayor para los procesados y el segundo se incrementa en los sentenciados. En las categorías de “regular” y “nulo” son similares.

## 5.2 PUNTUACIONES OBTENIDAS POR SENTENCIADOS Y PROCESADOS EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB).

Para seguir con el análisis, se realizaron dos tablas independientes destinadas al análisis de frecuencias de las puntuaciones de los sujetos sentenciados y procesados que fueron obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck para la puntuación total.

Tabla 2  
Distribución de frecuencias del subgrupo "sentenciados" en la puntuación total del IDB.

Puntuación Natural P.N.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0	10	9.5	9.5
1	1	1.0	10.5
2	4	3.8	14.3
3	4	3.8	18.1
4	4	3.8	21.9
5	2	1.9	23.8
6	7	6.7	30.5
7	11	10.5	41.0
8	7	6.7	47.6
9	8	7.6	55.2
10	3	2.9	58.1
11	6	5.7	63.8
12	7	6.7	70.5
13	2	1.9	72.4
14	6	5.7	78.1
15	4	3.8	81.9
16	2	1.9	83.8
18	1	1.0	84.8
19	4	3.8	88.6
20	1	1.0	89.5
21	3	2.9	92.4
22	3	2.9	95.2
23	3	2.9	98.1
33	1	1.0	99.0
40	1	1.0	100.0
Tótal	<u>105</u>	<u>100</u>	

Como se puede observar en la tabla 2, la distribución de la puntuación va de un rango de 0 a 40, sabiendo que la distribución de la puntuación total en la escala, originalmente es de 0 a 63. La puntuación natural (P.N.) que en el grupo de sentenciados presenta mayor frecuencia es de 7 con una frecuencia de 11; enseguida se encuentra la puntuación natural de 0, con frecuencia de 10. Obsérvese que la frecuencia acumulada agrupa a un 70% de las calificaciones de la puntuación 12 hacia abajo, por lo que a medida que las puntuaciones a partir de ese punto se incrementan, las frecuencias decrecientan, de hecho, si se observa, la distribución empieza a ser discontinua en la puntuación 23 hasta llegar a la 33 y se vuelve a cortar hasta el 40.

Tabla 3  
Distribución de frecuencias del subgrupo "procesados" en la puntuación total del IDB.

Puntuación Natural P.N.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0	10	9.5	9.5
1	5	4.8	14.3
2	3	2.9	17.1
3	8	7.6	24.8
4	4	3.8	28.6
5	5	4.8	33.3
6	8	7.6	41.0
7	6	5.7	46.7
8	6	5.7	52.4
9	6	5.7	58.1
10	3	2.9	61.0
11	3	2.9	63.8
12	7	6.7	70.5
13	4	3.8	74.3
14	3	2.9	77.1
15	5	4.8	81.9
16	2	1.9	83.8
17	7	6.7	90.5
18	4	3.8	94.3
19	2	1.9	96.2
22	2	1.9	98.1
25	1	1.0	99.0
33	1	1.0	100.0
Total	105	100	

La tabla 3 corresponde al grupo de los procesados, en donde el rango va de 0 a 33 en puntaje. La P.N. de mayor frecuencia es 0 con 10, seguido en presentación por el puntaje de 3 y 6 cuya frecuencia corresponde a 8. Se puede apreciar que la frecuencia acumulada de 70% abarca de la puntuación 12 hacia abajo. A pesar de que las frecuencias de la P.N. en las tablas de sentenciados y procesados, respectivamente, que no son precisamente iguales pero que se encuentran próximas, se puede apreciar que las frecuencias de la P.N. en ambos casos van disminuyendo mientras más alto sea el valor de la puntuación.

Con el objetivo de ver si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de procesados y sentenciados en la calificación total y después de observar su distribución de frecuencias se aplicó la prueba estadística “T de Student” para ver si los promedios de la puntuación natural diferían entre sí.

Tabla 4  
Comparación entre sentenciados y procesados en el IDB.

	GRUPO	N	Media	Desviación Tip.	Prueba T para la igualdad de medias		
					t	gl	Sig. (bilateral)
Puntuación	Sentenciados	105	10.1048	7.2800	1.135	208	.258
Total	Procesados	105	9.0190	6.5662			

Se observa en la tabla 4 que la significancia estadística es  $>$  al .05, por lo que podemos decir que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos subgrupos por lo que pueden ser tratados como uno solo.

Dentro del análisis específico de la prueba IDB se encuentran los síntomas que en ella se evalúan, estando constituido por síntomas afectivo-cognoscitivos que corresponden a los primeros 14 reactivos, mientras que los 7 reactivos restantes representan los síntomas vegetativos y somáticos. Dado que es parte de las hipótesis a comprobar en el presente trabajo después de observar que en la calificación total de la prueba no habían diferencias (ver tabla 5), se dividieron los reactivos en las dos grandes áreas que señala Beck, a saber,

síntomas afectivos-cognoscitivos y síntomas físicos y neurovegetativos; comparando a los subgrupos a través de la prueba "T de Student".

Como se puede observar en la tabla 4 la presentación de los síntomas no marca diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos en ninguno de los casos, cuya significancia estadística es mayor al .05, por lo que la manifestación de los síntomas es homogénea en los subgrupos.

Tabla 5  
Estadísticos de diferencias en los síntomas manifestados

	Situación Jurídica	N	Media	Desviación típ.	Prueba t para la igualdad de medias		
					t	gl	Sig. (bilateral)
SÍNTOMAS AFECTIVOS MOTIVACIONALES Y COGNOSCITIVOS	SENT.	105	7.2095	4.9608	1.320	208	.188
	PROC.	105	6.3048	4.9694			
SÍNTOMAS FÍSICOS Y NEUROVEGETATIVOS	SENT.	105	2.8952	3.2013	.454	208	.650
	PROC.	105	2.7143	2.5333			

Después de corroborar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sentenciados y procesados ni en la puntuación global del IDB, ni en las subescalas que lo componen, se procedió a obtener la distribución de frecuencias juntando a ambos subgrupos. Los resultados se muestran en la tabla 6.

Tabla 6  
Distribución de frecuencias de ambos subgrupos.

Puntuación Natural P.N.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	20	9.5	9.5
1	6	2.9	12.4
2	7	3.3	15.7
3	12	5.7	21.4
4	8	3.8	25.2
5	7	3.3	28.6
6	15	7.1	35.7
7	17	8.1	43.8
8	13	6.2	50.0
9	14	6.7	56.7
10	6	2.9	59.5
11	9	4.3	63.8
12	14	6.7	70.5
13	6	2.9	73.3
14	9	4.3	77.6
15	9	4.3	81.9
16	4	1.9	83.8
17	7	3.3	87.1
18	5	2.4	89.5
19	6	2.9	92.4
20	1	.5	92.4
21	3	1.4	94.3
22	5	2.4	96.7
23	3	1.4	98.1
25	1	.5	98.6
33	2	1.0	99.5
40	1	.5	100.0
Total	210	100	

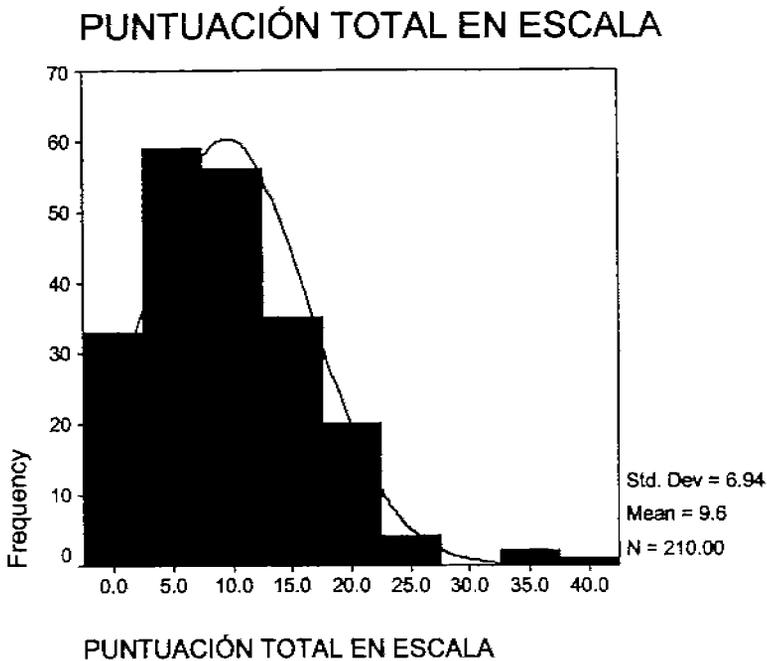
En esta tabla se integran las P.N. de ambos subgrupos. Se observa que la distribución de las puntuaciones va de un rango de 0 a 40. La P.N. que presenta mayor frecuencia es de 0 con 20, seguida por la puntuación de 7, con frecuencia de 17. La frecuencia acumulada agrupa a un 92% de las calificaciones de la puntuación 20 hacia abajo, a partir de la cual, al igual que como se pudo apreciar en las tablas de los subgrupos

por separado, es a partir de ese punto en que las puntuaciones se incrementan mientras que sus frecuencias van decreciendo.

Así mismo, se puede apreciar que las puntuaciones se presentan de manera discontinua partiendo de la puntuación 23, observando cortes de esta al 25, enseguida al 33 y finalmente dando un salto hasta el 40, es decir, se evidencia en tales puntuaciones y de manera general que los internos contestan la prueba eligiendo opciones de bajo valor.

En la figura 6 se aprecia que la distribución de la puntuación total en la escala es asimétrica positiva, lo cual quiere decir que hay mas valores agrupados hacia la izquierda de la curva, siendo la curtosis también positiva indicado por una curva más "acentuada", por lo tanto, la depresión en esta población, valorada tras la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, es de niveles menores.

Figura 6. Puntuación total en escala



Para corroborar si la distribución de frecuencias cumplía con el supuesto de normalidad estadística se corrió la prueba de Kolmogorov – Smirnov para una muestra que se observa en la tabla 7, tomando la puntuación natural incluso como si ya se hubieran transformado a percentiles, en el caso de las normas generales, es decir, de ambos grupos juntos. Se tomaron 60 sujetos, de manera aleatoria 30 de cada subgrupo (sentenciados y procesados). Los resultados muestran que tal distribución con 60 sujetos sí se cumple con el supuesto de normalidad, por lo que cualquier prueba estadística empleada en esta investigación puede cubrir con los requerimientos paramétricos, por lo que las medias poblacionales son adecuadas para que sean representativos de la población.

Tabla 7  
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		P.N.	N.G.
	N	60	60
Parámetros normales	Media	9.8833	53.2167
	A,b		
	Desviación típica	6.91618	28.34479
Z de Kolmogorov-Smirnov		.702	.769
Sig. asintót. (bilateral)		.708	.595

- a. La distribución de contraste es la Normal.  
b. Se han calculado a partir de los datos.

P.N.= Puntuación natural  
N.G.= Normas generales

### 5.3 NORMALIZACION DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (IDB).

Para cumplir con el objetivo principal del presente trabajo, se obtuvieron las calificaciones normativas para la población del Centro Federal de Readaptación Social No. 1 “La Palma” siguiendo un procedimiento parecido al llevado por el Mtro. Samuel Jurado (1995), a saber la obtención de percentiles.

Tabla 8  
Normas Generales para la población penitenciaria

Nivel de Depresión	Puntuación Natural	Percentiles
Mínima	0	9
	1	12
	2	15
	3	21
	4	25
Leve	5	28
	6	35
	7	43
	8	50
Moderada	9	56
	10	59
	11	63
	12	70
	13	73
Severa	14	77
	15	81
	16	83
	17	86
	18	89
	19	92
	21	94
	22	96
	23	97
	25	98
	33	99
	40	99

Tomando una distribución cuartilar (tabla 8) se obtienen los cortes en el p25, 50 y 75. Como se puede observar, la agrupación de puntuaciones es mayor cuando la puntuación es menor, y menor cuando la puntuación aumenta. No obstante, en los percentiles ya se muestra algo más homogéneo.

Con propósitos prácticos se elabora la tabla 9 que se podrá emplear en la interpretación de los puntajes obtenidos de los individuos a partir de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, tomando como base los puntos de corte explicados anteriormente.

Tabla 9  
Rangos normativos

Nivel de Depresión	Puntuación Natural	Rangos Percentilares
Mínima	0-4	9-25
Leve	5-8	28-50
Moderada	9-12	56-73
Severa	13-40	77-99

#### 5.4 COMPARACIÓN ENTRE LAS NORMAS DE LA POBLACIÓN GENERAL Y LAS NORMAS DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA

Se realizó un análisis para grupos relacionados con la prueba de Friedman con el objetivo de contrastar las calificaciones percentilares que fueron obtenidas en el presente trabajo con las dadas por el Prof. Samuel Jurado (NS), identificando una significancia de .034 que indica que sí existen diferencias (tabla 10), para lo cual la muestra obtenida y constituida por 60 sujetos fueron calificados con las normas generales (NG) de la población penitenciaria y las normas del Prof. Samuel Jurado (NS)

Tabla 10  
Prueba de Friedman

Estadísticos de contraste (a)

N	60
Chi-cuadrado	6.757
gl	2
Sig. asintót.	.034

Nuevamente con la Prueba T de student se comparan las normas de la población penitenciaria (NG) y las normas del Prof. Samuel Jurado (NS). En la tabla 11 se observan diferencias estadísticas entre las NG obtenidas en el presente estudio con las normas proporcionadas por el Prof. Samuel Jurado (1995).

Tabla 11  
Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	T	gl	Sig (bilateral)
Par 1 NG-NS	53.2167	60	28.34478	-3.498	59	.001
	55.5333	60	27.19762			

Por los resultados obtenidos anteriormente se aprecia que las normas obtenidas para la población penitenciaria difieren de las normas para la población general, por lo que el presente trabajo se considera representativo para la población de estudio, la cual posee características diferentes a la población general por las condiciones de internamiento.

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue obtener normas de calificación del Inventario de Depresión de Beck (IDB) para la población penitenciaria que permitieran evaluar con mayor certeza el diagnóstico de los diferentes niveles de depresión.

La población de origen está formada por un total de 587 internos, de donde se seleccionaron 210 sujetos como muestra de estudio en la que las características sociodemográficas comprenden: Edades de un rango 20 a 60 años, siendo la de mayor prevalencia de 30 a 39; Estado civil con categorías de soltero, casado, unión libre, divorciado y viudo, teniendo mayor proporción en aquellos que mantienen una relación de pareja (es decir, casados y en unión libre); Escolaridad en los niveles de primaria, secundaria, preparatoria, superior incompleta y completa, teniendo con mayor frecuencia a sujetos con estudios de nivel preparatoria; la variable Frecuencia de Apoyo Familiar clasificado en categorías de frecuente, regular, irregular y nulo, presentando en su mayoría internos con visita familiar frecuente.

La muestra de trabajo se determinó tras la observación directa o a través de la detección (por medio de alguna prueba psicológica que haya sido aplicada previamente) de signos y/o síntomas depresivos, pues no en todos los casos se contó con esta prevaloración, ya que como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, una de las limitaciones que se tiene en el diagnóstico dentro de este medio penitenciario es el tiempo de evaluación y las herramientas con las que se cuenta para la valoración de este estado emocional, por lo tanto, ésta evaluación no ha sido realizada a todos los internos, y en muchos de los casos el diagnóstico se ha basado en la observación directa y tras la vivencia de situaciones específicas de conflicto de los internos.

Documentalmente se sabe que todos los cambios que se efectúan a un estilo de vida al cual una persona ya se ha adaptado, provocan alteraciones y/o trastornos ante los cuales hay que volver a adaptarse; en los ambientes penitenciarios o de reclusión, esta situación se presenta invariablemente desde el mismo periodo de detención y durante el proceso legal, toda vez que en las mismas se encuentran implicadas las posibilidad de salir en libertad.

Estas expectativas siempre provocan elevación de los niveles de stress que se manifiestan en actitudes que llevan consigo: ansiedad, inadecuación, temor, malestar personal y depresión (Chargoy, 1989).

Partiendo de lo anterior, se formaron dos subgrupos a partir de la muestra, cada uno compuesto por 105 sujetos, división que está basada por la calidad jurídica de los internos, es decir, procesados y sentenciados respectivamente, factor inicialmente determinante para el desarrollo de la investigación debido a que se consideró que esto podría marcar diferencias en los resultados entre ambos grupos, ya que mientras los primeros (sentenciados) están concientes y obligados a compurgar la sentencia que se les impuso en prisión, los segundos (procesados) mantienen la idea de que podrán ser absueltos recuperando en menor tiempo su libertad; por ello se pretendía obtener dos normas específicas de acuerdo a esta variable de tipo legal.

Después de haberse aplicado el Inventario de Depresión de Beck (IDB) a cada subgrupo y tras llevarse a cabo el análisis de frecuencias de las puntuaciones obtenidas, se observó que en cada uno de los subgrupos las frecuencias van disminuyendo mientras más altas son las puntuaciones, es decir, no se alcanzan puntuaciones altas por la mayoría de los sujetos que conforman los grupos, encontrándose principalmente entre 0 y 12 puntos. Cabe mencionar que la diferencia entre los subgrupos en cuanto a la puntuación mas alta, se da únicamente por un sujeto, el cual forma parte del grupo de los sentenciados, quien obtuvo una puntuación máxima de 40, mientras que en el grupo de los procesados, la puntuación más alta, también por un sólo sujeto es de 33 puntos. Con el objetivo de dar sustento estadístico a los resultados antes mencionados se corrió la prueba T de Student en donde se compararon los grupos en la calificación total, encontrando que no existen diferencias representativas entre ambos subgrupos.

Es posible que los resultados anteriormente expuestos se deban a que las características del medio penitenciario propician que los sujetos cautivos se vean inmersos en un proceso de adaptación y sobrevivencia, en el cual se presentan mecanismos que a su vez posibilitan dicho proceso frente a las contingencias psicológicas exclusivas de estos contextos, tales como las respuestas emitidas por los internos durante la privación de su

libertad a corto o largo plazo, que se manifiestan como tensión, ansiedad, angustia, incomodidad, malestar personal, alteraciones cognoscitivas y distimias, y en la minoría de los casos se presentan como una alteración afectiva de tipo depresivo como tal (Chargoy, 1989).

Así mismo, cabe hacer mención que de acuerdo a la tabla normativa de Beck, y a su descripción de los síntomas depresivos manifestados en sujetos de esta índole, hace la referencia de que los síntomas pueden tener distintos grados de intensidad, considerando a los bajos (mínimos y leves) correspondientes a los síntomas observados en las personas normales que simplemente se pueden sentir tristes, por lo tanto, en la población penitencia, debido a que, como se menciona anteriormente, en su minoría señalan la presencia de síntomas depresivos, se mantiene, como Beck lo indica, que los niveles de depresión, moderado y severo, principalmente este último, serán los indicativos de la posible presencia de un estado depresivo, el cual, sin duda tendrá que confirmarse por medio de la intervención de una entrevista clínica y de la valoración de la situación actual del sujeto.

En cuanto al análisis diferencial que contempla la manifestación de los síntomas en los subgrupos, síntomas que se dividen en dos categorías, la primera que corresponde a los afectivo-cognoscitivos y la segunda a los vegetativos-somáticos, los resultados apoyados en el análisis estadístico de la prueba T de student, indican que en ambos subgrupos prevalece la manifestación de los síntomas afectivo-cognoscitivos, mientras que los síntomas físicos-vegetativos se presentan con menor frecuencia, observando nuevamente que no existen diferencias entre los subgrupos en cuanto a los síntomas que se generan durante el periodo de reclusión.

Debido a que en el desarrollo del análisis estadístico se ha identificado que no existen diferencias significativas en los resultados obtenidos en los subgrupos en cuanto al estado depresivo en sus diferentes expresiones, se determinó considerar una sola tabla normativa para ambos con calificaciones percentilares para este tipo de población penitenciaria, observando que la frecuencia de las puntuaciones van disminuyendo mientras el valor de la calificación aumenta, denotando por ende que la presencia de los síntomas depresivos en la población penitenciaria es mínima, apreciando una distribución de

asimetría positiva. Dicha tabla normativa sirvió como parámetro para medir los niveles de depresión en la población penitenciaria independientemente de la calidad jurídica en curso.

Con los resultados ya mencionados se observa que la manifestación de los niveles de depresión son similares en los dos subgrupos, niveles que, sin embargo, no son altos, aprobando con ello la hipótesis de nulidad referente a la inexistencia de diferencias significativas entre los datos normativos obtenidos para la población sentenciada y procesada, esto porque en general, los internos comparten prácticamente las mismas condiciones de vida y están expuestos a los mismos tipos de situaciones que alteran su estado emocional.

Enseguida se realizó un análisis estadístico con el objetivo de comparar las normas proporcionadas por el Prof. Samuel Jurado y las normas obtenidas en el estudio actual, comprobando así la hipótesis alterna que indica que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre estas tablas normativas, ya que si bien, en la población general con la que trabajó el Prof. S. Jurado, tampoco se obtuvieron síntomas depresivos significativos (Jurado, 1995), la presencia o detección de los mismo síntomas en la población penitenciaria es todavía menos frecuente, por lo tanto, tienden a ser mas bajas las puntuaciones.

Cabe hacer mención que en el trabajo del Prof. Samuel Jurado, para la población general se obtuvieron normas del Inventario de Depresión de Beck mediante el procedimiento de rango percentilar para hacer un diagnóstico de acuerdo a los puntajes de los individuos, procedimiento que también fue empleado para esta investigación, es decir, se obtuvieron los puntajes crudos y rangos percentilares para poder obtener el diagnóstico de depresión.

Las principales diferencias encontradas entre la investigación del Prof. Samuel Jurado y la actual, se ubica en las puntuaciones y por lo tanto, en los rangos percentilares. Mientras que en la primer investigación el menor rango de puntos comienza de 0 a 9 y el más alto tiene los valores de 30 a 63, en los resultados de la población penitenciaria el menor rango es de 0 a 4 y el más alto es de 13 a 40 puntos.

Se considera que las puntuaciones obtenidas en el presente estudio son mas bajas por las características de la muestra con la que se trabajó, las cuales se describen a continuación:

Los sujetos de estudio, dado el proceso legal en que viven y al estar privados de su libertad, han creado defensas hacia el medio en el que se desenvuelven, dentro del cual han desarrollado fuertes sentimientos de desconfianza y rechazo hacia las figuras que representan la autoridad, tornándose suspicaces, reticentes y manipuladores, básicamente por su interés en proyectar cambios en su personalidad que en un futuro le permitan aspirar a obtener beneficios jurídicos, esto en el caso de los sentenciados, mientras que en los procesados la tendencia es mostrar buena imagen ante los demás, negando con ello su responsabilidad en el delito imputado, llegando incluso a controlar la manifestación de sus emociones, mostrándose seguros y libres de conflicto. Estas características son las formas de afrontamiento con las cuales en las comunidades privadas de su libertad manejan o tratan de manejar las situaciones físicas y de índole psicológico que se presentan en su diario vivir y que al mismo tiempo le pueden ocasionar conflictos (Chargoy, 1989).

Esta necesidad de solucionar conflictos, origina preferentemente en los internos, la necesidad de elegir procedimientos y decisiones que contemplen la manera y el modo de resolver el conflicto, las características que deben regir la interrelación entre sus miembros, así como la información que puede ser proporcionada a la propia institución (Chargoy, 1989).

Tras la observación empírica, se considera que las características antes mencionadas motivan a los sujetos a querer controlar todo intento de estudio en su persona, como lo es en la aplicación de pruebas psicológicas, en las cuales proporcionan respuestas parcialmente cercanas a sus rasgos de personalidad y/o emociones reales, pero que sin embargo, no son del todo encubiertas, por lo que los resultados obtenidos con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, se consideran representativos para este tipo de población, ya que se han tomado en cuenta algunas variables extrañas que se presentan, por lo que se ubica que aunque estos sujetos traten de controlar sus expresiones afectivas, son vulnerables a presentar cambios o trastornos emocionales debido a diversas experiencias a

las que se encuentran expuestas en este medio, las cuales son generalmente por pérdidas de tipo afectivo, económico e inherentemente la pérdida de libertad.

Una causa más por la que los rangos percentilares tienden a bajar en la presente investigación puede ser por la influencia cultural, ya que es bien sabido que dentro de la cultura mexicana se tiende a la represión de las emociones en los varones, quienes por aprendizaje tienden a negarlas u ocultarlas, mismas que les restarían virilidad y fortaleza, aspectos que se ven muy marcados en este tipo de población recluida, pues es una forma de enfrentar su situación y mantener su estatus.

Así como los resultados obtenidos en la investigación de Roque (2001) donde se empleó como instrumento de trabajo el Inventario de Personalidad Análisis del Temperamento de Taylor y Jonson, en el cual una de las escalas a valorar es la depresión, se puede apreciar una baja frecuencia en los síntomas depresivos, mientras que son otras características de personalidad las que tienen a incrementarse, por lo que algunas investigaciones indican la existencia de psicosis carcelaria, depresiones (en la minoría de los casos), angustias, enfermedades psicosomáticas e incremento de ansiedad, destacando las reacciones histéricas, psicosis situacionales que originan delirios intensos o estados de pánico. Algunas veces hay regresiones infantiles y alteraciones en la capacidad o relación social, aumento de signos neuróticos y disminución de la capacidad de autoevaluación.

## CONCLUSIONES

Por lo anteriormente expuesto se concluye que:

- Las normas obtenidas en el presente trabajo son representativas para la población penitenciaria debido a que las características de estos, difieren a la de la población general, por lo que los resultados se apegan a las condiciones reales que presentan estos sujetos.
- La población penitenciaria, independientemente de la calidad jurídica que tengan y debido al escaso control sobre el curso de su vida, tienden a presentar similar intensidad en los síntomas de depresión, que con base en los resultados aportados en esta investigación no son considerados de gravedad ya que su manifestación es baja, por lo que es válido recordar nuevamente las características antes mencionadas de la población que pueden afectar los resultados reportados por los internos, lo cual alerta sobre las puntuaciones más altas debido a que son éstas las que indicarían la necesidad de atención psicológica.
- Las normas aportadas en esta investigación no pueden ser utilizadas para evaluar niveles de depresión en la población general.
- Con la población penitenciaria, se debe diferenciar, entre la presencia de un cuadro depresivo y la alteración propia ante la falla de los mecanismos de adaptación y sobrevivencia que suele surgir en estos contextos, ya que este último no hace referencia a una depresión como tal, sin embargo, se puede confundir los cambios conductuales y emocionales observados, y debido a que el Inventario de Depresión de Beck mide únicamente los síntomas, se considera conveniente, tras la aplicación de este inventario, realizar una entrevista clínica. Así mismo, se debe poner mayor atención a aquellos sujetos que obtengan una puntuación que se ubique en los rangos de depresión moderada y severa, ya que son los que darán el indicio de la existencia de un cuadro depresivo.

Con el objetivo de realizar diagnósticos adecuados, los psicólogos empleamos herramientas importantes a las que se les conoce como exámenes o tests psicológicos, de los cuales, sin duda alguna, se debe tener presente si son apropiados para nuestra población, de lo contrario este instrumento podría traer consecuencias erróneas para el diagnóstico del evaluado.

La elaboración de normas para cada población, es otro punto importante que se concluyó en este estudio, ya que se han utilizado instrumentos estandarizados, que sin embargo, no contemplan su aplicación en la población penitenciaria, cuyas características que definitivamente difieren de las de la población general.

Las características de los sujetos recluidos no permiten la valoración e intervención psicológica oportuna, ya que estos en su mayoría poseen rasgos antisociales y narcisistas, mismos que los llevan a sobrevalorarse aparentando por ende estar libre de conflictos aunque verdaderamente si existen. Dentro de reclusión también desarrollan, en diferentes magnitudes, sentimientos de desconfianza, suspicacia y hermetismo, e incluso el aplanamiento afectivo, no permitiendo una adecuada evaluación e intervención de algún trastorno afectivo en curso. De esta manera algunas de las actitudes que mas se presentan en este medio son indiferencia, rechazo, hostilidad y hermetismo (Navarro, 2000).

Lo anterior encuentra respuesta en el análisis realizado por el Mtro. Chargoy en el que determinó que en todas la comunidades penitenciarias o de reclusión los patrones y procedimientos habituales utilizados para relacionarse social e interpersonalmente se ven alterados o transformados totalmente al momento en que las personas se encuentran ante un entorno social ya establecido y con la subcultura especial en el cual tienen que permanecer y convivir forzosamente.

No obstante, en el transcurso del desarrollo del presente trabajo se ha encontrado que las respuestas emitidas por los internos se pueden deber principalmente a la reacción que tienen hacia las condiciones de vida presentes: en el caso de la personas de recién ingreso, como una reacción de inadaptación al medio ambiente, se elevan los niveles de estrés que les ocasionan severos sentimientos de desolación, devaluación personal,

incapacidad para enfrentarse al medio ambiente, inadecuación, angustia, distimias y alteraciones cognoscitivas; en el caso de los sentenciados es una reacción emotiva ante el confinamiento prolongado, que se caracteriza por temor, angustia, ansiedad, desesperanza, inquietud, malestar personal, amén de una brusca elevación de los niveles de estrés (Chargoy, 1989), partiendo de esto, se identifica el motivo por el cual las respuesta depresivas, propiamente dichas, son bajas en esta población.

En términos generales se aprecia que el uso del Inventario de Depresión de Beck, como herramienta de evaluación de los síntomas depresivos en la población penitenciaria puede ser empleada siempre y cuando se utilicen las normas proporcionadas en la presente investigación ya que sirven como parámetro para la valoración de alteraciones de tipo depresivo, sin embargo, por sí solo no podrá diagnosticar de manera certera el estado depresivo, fungiendo únicamente como instrumento de apoyo que puede dar pie a la detección de alteraciones emocionales de este tipo, por lo tanto, su uso deberá ser acompañado de otros métodos psicológicos de diagnóstico, además de contar con el conocimiento teórico de esta enfermedad, de esto dependerá un buen diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Por lo anteriormente descrito se considera que es necesario e importante realizar otras investigaciones sobre esta temática y población ya que entre unas y otras normas se pueden encontrar diferencias, que de no considerarse se pueden realizar diagnósticos equivocados, los cuales no solo termina en esto, sino que se extiende hasta errores cometidos en el mismo tratamiento y seguimiento de cada caso particular.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Es importante tomar en cuenta que cierto porcentaje de la población reclusa podría estar bajo tratamiento médico para controlar la manifestación de síntomas depresivos, factor que podría alterar la valoración de los niveles de depresión como tal. Así mismo, una vez que el sujeto se adapta a las condiciones de reclusión, en donde generalmente se carece de valores y donde se buscan medios de supervivencia y/o de estatus entre sus pares, el medicamento controlado juega un papel importante “como moneda de cambio”. De esta manera el medicamento puede ser solicitado dadas las necesidades adictivas o bien con fines lucrativos, es decir, trafcarlo con el resto de la población interna, por lo que contemplar su consumo como un tratamiento bien establecido no es seguro.

Otras de las limitaciones encontradas en la elaboración del presente estudio es el poder contar con la aplicación previa en la población de estudio de pruebas específicas para medir estados depresivos, resultados a partir de los cuales se considerara en curso una alteración del estado de ánimo, con lo que se pudiera contar con un punto de comparación en cuanto a los resultados que se esperaba obtener en el presente trabajo de investigación. La incapacidad de contar con estudios diagnósticos previos de análisis es por el tiempo que se tiene para trabajar con los internos en el proceso de evaluación.

No fue posible registrar la presencia de situaciones estresantes fuera de la institución, que giran en torno al grupo familiar (básicamente pérdidas de diferente índole), que pudieron alterar los resultados obtenidos por los internos, mismas que se presentan repentinamente ocasionando desequilibrio emocional fugaz o de mayor duración.

Se sugiere para próximas investigaciones:

- Controlar la variable del uso del medicamento controlado, mismo que pudo haber tenido una seria repercusión en los resultados obtenidos en el presente trabajo.
- Previa a la aplicación de la prueba, verificar las condiciones actuales de los internos, descartando con ello la posibilidad de la interferencia de variables no

consideradas dentro de la propuesta de trabajo, o bien, tomarías como una variable mas de estudio.

- Estudios comparativos entre instituciones de reclusión de alta y media seguridad, con el objetivo de contar en estos medios con un solo instrumento ágil y efectivo en el diagnóstico de la depresión.
- Se sugiere que como parte de próximas investigaciones en este tipo de población y con el mismo inventario de depresión, se ponga atención en la validez de algunos de los reactivos, ya que se observó que en dos de los reactivos, la puntuación puede incrementar en los internos que acepten su responsabilidad en el delito imputado (5. Me siento culpable todo el tiempo, y la 6. siento que he sido castigado); en otro reactivo, la puntuación tiende a obtener la puntuación máxima que es de tres puntos, lo cual se debe a que los internos tratan de dar la impresión de tener un mejor comportamiento, aunado tal vez a la represión del lugar que habitan, lo cual no indica ciertamente que se deba a la presencia de la depresión (11. Ya no me irrito de la cosas por las que solía hacerlo).
- Se considera de importancia incrementar el número de sujetos, ya que de esta manera se podrá obtener un análisis extenso y confiable de la población penitenciaria.
- Realizar un análisis profundo de la influencia de las variables en los niveles de depresión, que en este estudio se definieron como variables atributivas, como lo fueron edad, escolaridad, estado civil y apoyo familiar.

# ANEXO 1

# INVENTARIO DE BECK BDI\*

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Domicilio (Colonia y Delegación): \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADO INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varía oraciones de un grupo se aplican a su caso círculo cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- |   |  |    |  |
|---|--|----|--|
| 1 | 0. Yo no me siento triste<br>1. Me siento triste<br>2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo<br>3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo  | 6  | 0. Yo no me siento que este siendo castigado<br>1. Siento que podría ser castigado<br>2. Espero ser castigado<br>3. Siento que he sido castigado   |
| 2 | 0. En general no me siento descorazonado por el futuro<br>1. Me siento descorazonado por mi futuro<br>2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro<br>3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no puedan mejorar | 7  | 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo<br>1. Estoy desilusionado de mí mismo<br>2. Estoy disgustado conmigo mismo<br>3. Me odio  |
| 3 | 0. Yo no me siento como un fracasado<br>1. Siento que he fracasado más que las personas en general<br>2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos<br>3. Siento que soy un completo fracaso como persona          | 8  | 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas<br>1. Me crítico a mí mismo por mis debilidades o errores<br>2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas<br>3. Me culpo por todo lo malo que sucede |
| 4 | 0. Obtengo tanta satisfacción de la cosas como solía hacerlo<br>1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo<br>2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada<br>3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo           | 9  | 0. Yo no tengo pensamientos suicidas<br>1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo<br>2. Me gustaría suicidarme<br>3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad                        |
| 5 | 0. En realidad yo no me siento culpable<br>1. Me siento culpable una gran parte del tiempo<br>2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo<br>3. Me siento culpable todo el tiempo  | 10 | 0. Yo no lloro más de lo usual<br>1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo<br>2. Actualmente lloro todo el tiempo<br>3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo   |

- 11 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1. Me enoja o irrito más fácilmente que antes
  2. Me siento irritado todo el tiempo
  3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 12 0. Yo no he perdido el interés en la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
  2. He perdido en gran medida el interés en la gente
  3. He perdido todo el interés en la gente
- 13 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
  2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
  3. Ya no puedo tomar decisiones
- 14 0. Yo no me siento que me vea peor de lo que me veía
1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
  2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
  3. creo que me veo feo (a)
- 15 0. Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo
  2. Tengo que obligarme para hacer algo
  3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 16 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
  2. Me despierto una hora o dos más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
  3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
  2. Con cualquier cosa que haga me canso
  3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo
  2. Mi apetito esta muy mal ahora
  3. No tengo apetito de nada
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
1. He perdido más de dos kilogramos
  2. He perdido más de cinco kilogramos
  3. He perdido mas de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
- Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
  2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
  3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
  2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
  3. He perdido completamente el interés por el sexo

## ANEXO 2

### ANÁLISIS DE REACTIVOS

Como un análisis complementario al presente trabajo, se realizó un análisis de reactivos con el objetivo de conocer las diferencias que existen entre las respuestas proporcionadas por el grupo de sentenciados y de los procesados.

Se empleo la prueba U de Mann Whitney para determinar las diferencias significativas, encontrando en sólo es solo en los reactivos 5, 8 y 11 donde si hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 12  
Prueba U de Mann-Whitney

	Reactivo 5	Reactivo 8	Reactivo 11
U de Mann-Whitney	4992.500	4803.500	4481.500
Sig (bilateral)	.052	.039	.009

Estos reactivos corresponden a los siguientes síntomas:

- 5. Sentimientos de culpa.
- 8. Autoevaluación o crítica al sí mismo.
- 11. Irritabilidad.

En el reactivo 5 son los sentenciados quienes presentan mayor frecuencia, teniendo una media de 110.45, mientras que los procesados poseen una media de 100.55. Este reactivo aparentemente desencadena una serie de emociones hacia los motivos de reclusión, por lo que se considera que debido a que la población sentenciada ya ha asumido su responsabilidad en los delitos que se les imputan sus respuestas indican los sentimiento de culpa que se tiene frente a estos, sin embargo, debido a que para los procesados aun está en proceso su calidad jurídica, con la esperanza de ser absueltos, tienden a negar su responsabilidad, y por ende, los sentimientos de culpa.

El reactivo 8, también tiene mayor incidencia dentro del grupo de los sentenciados, los cuales presentan una media de 112.25 comparada con la media de los procesados de 98.75. Dentro de este reactivo, se considera que afecta el periodo de internamiento la percepción que tienen los sujetos de sí mismos. Los sentenciados experimentan frustración por la pérdida del rol dentro de la familia como una fuente de apoyo económico y moral, de tal manera que perciben pérdidas sus capacidades, o relacionado con el reactivo antes analizado, sus culpas los llevan a criticar en extremo su estado actual. Los procesados, al no tener dictada una sentencia, creen poder recuperar las pérdidas generadas después de ser privado de su libertad.

Nuevamente en el reactivo 11, son los sentenciados los que proporcionan puntuaciones mas elevadas, así, tiene una media de 115.32, y los procesados una media de 95.68. Cabe hacer mención que en este último reactivo se observo durante la aplicación de la prueba, que la población en general tendía a adecuar la pregunta al entorno en el que se encuentran, es decir, el grado de irritabilidad no es favorable para su valoración conductual dentro de la Institución Penitenciaria, por ello esta era contestada como ausencia de esta respuesta emocional, correspondiendo a la puntuación 3, la más alta. Sin embargo, es una característica que es más notable en los sentenciados.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. ALLPORT, G. W. (1982). Psicología de la Personalidad. Buenos Aires: Ed. Paidós.
2. AIKEN, R. (1996), Test psicológicos y evaluación, México: Ed. Prentice Hall, octava edición.
3. AMPUDIA, R. A. (1994). El MMPI-2 y el rendimiento académico de un grupo de estudiantes universitarios. Tesis maestría, Facultad de Psicología. UNAM. México. D.F.
4. ANASTASI, A. (1978), Psychological Testing, New York: Mac Millan, Pub.Com.
5. ANASTASI, A. (1998), Tests psicológicos, México: Mc Graw Hill, 1ª edición en español.
6. ARIETI Y BEMPORAD (1993). Psicoterapia de la Depresión. México, D.F.: Ed. Paidos.
7. BECK A. T. (1967). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, México.
8. BECK A.T., STEER R. (1987). Beck Depression Inventory Manual, San Antonio: The Psychological Corporation..
9. BECK A.T., STEER R. (1993). Beck Depression Inventory Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.
10. BROWN, f. (1980), Principios de la medición en psicología y educación, México: Ed. El Manual Moderno.
11. CALDERON, N. G. (1992). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento, México, D.F.: Ed. Trillas.

12. CALDERON, N. G. (1990). Depresión. causas, manifestaciones y tratamiento. México, D.F.: Ed. Trillas.
13. CARRANCA Y RIVAS, R. (1985). Derecho Penitenciario. México, D.F.: Ed. Porrúa.
14. CERDA, E. (1978), Psicometría aplicada, Barcelona: Herder.
15. CHARGOY, J. E., Sobrevivencia y adaptación en reclusión, México D.F., Facultad de Psicología, UNAM.
16. CUELI, J. (1977), Teorías de la personalidad, México: Ed. Trillas.
17. DARLEY, J.M.; GLUCKSBERG, S.; KINCHLA, R. (1990). Psicología. 4ª Edición. México: Prentice Hall.
18. DICAPRIO, N.S. (1997). Teorías de la Personalidad. 2da. Edición. México: Mc Graw-Hill.
19. FIERROS H. G. (2000). Trastornos de la personalidad en personas con Depresión Mayor, Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM.
20. FREDEN L. (1986), Aspectos psicosociales de la Depresión, México.
21. FUSTER, R. (1979), Temperamento y carácter, México: Editorial Daimon.
22. HALL, C.S. y LINDSEY, G. (1974). La teoría Factorial de la personalidad. Argentina: Ed. Paidós.
23. HERNÁNDEZ, R. (1983). Evaluación Conductual, Madrid: Ed. Pirámide.

24. HERNÁNDEZ, S. R.; FERNÁNDEZ, C. C. y BAPTISTA, L. P. (1998), Metodología de la investigación, México: Mc Graw Hill, 2ª edición.
25. JURADO S. M. (1995). Traducción y estandarización del inventario de Depresión de Beck, Revista de la Salud Mental.
26. LIEBERT, M. R. y LIEBERT, L. L. (2000). Personalidad. Estrategias y Temas de Liebert y Splieger. México: International Thomson Editors.
27. MAGNUSSON, D. (1981) Teoría de los test, México: Trillas.
28. MARCHIORI H. (1990). El estudio del delincuente, México: Ed. Porrúa.
29. MARK, M. H., y HILLIX, W. A. (1972). Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneas. Buenos Aires: Paidós.
30. MARCO DE PONT, L. (1991). Derecho Penitenciario, México: Cárdenas.
31. MELOSSI D. Y MASSIMO P. (1985). Cárcel Y fabrica, los orígenes del sistema penitenciario, México, D.F.: Ed. Siglo XXI.
32. MENDEZ M. L. (1995). Traducción y estandarización del Inventario de Depresión de Beck para una población mexicana, Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM.
33. MEZGER, E. (1933), Criminología, Madrid, España: Ed. Revista de derecho privado.
34. NAVARRO, R. (2000), Intervención en crisis a internos que ingresan al CE. FE. RE. SO. No. 1, México: Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
35. NUNNALLY, J. C. (1993), Teoría psicométrica, Buenos Aires: Mc Graw-Hill.

36. PAPALIA, D. (1988). Psicología, México: Ed. Mc Graw-Hill.
37. PERVIN, L. A. (1998), Personality: Theory and Research, USA: John Willey & Sons. Inc.
38. PHARES, J. (1993), Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica, México: Manual Moderno.
39. PICHOT, P. (1976), Los Tests Mentales, Buenos Aires: Ed. Paidos.
40. PINATEL, J. La sociedad criminógena, México: Aguilar.
41. PITTALUGA, G. (1954), Temperamento, carácter y personalidad, México: Ed. FCE, séptima edición 1983.
42. POLAINO A. (1985). La Depresión, España: Ed. Mtz. Roca.
43. PRIEST, R. (1992), Ansiedad y depresión, México: Plural.
44. Revista de Psicología, Depresión: diagnóstico y tratamiento de la depresión, No. 14, Pp. 32, año1999.
45. Revista Psicológica, Salud Mental, vol. 21, No. 3, junio 1998.
46. RICO J. M. (1977). Crimen Y justicia en América Latina, México: Ed. Siglo XXI.
47. RICO J. M. (1977). Sanciones penales y la política criminológica contemporánea, México: Ed. Siglo XXI.
48. RODRÍGUEZ, M. L. (1981), Criminología, México: Ed. Porrúa.

49. SABANES, F. (1993), La depresión, México: Ed. Diana.
50. SAMPIERI, R., (1991). Metodología de la investigación, México: Ed. Mc Graw-Hill.
51. SELIGMAN, M. y MAIER, S. (1975), Psicoterapia de la depresión, México: Paidós.
52. SHREEVE, C. (1990), La depresión, sus causas y las formas de vencerla, México: EDAF.
53. SKINNER B. F. (1977). Más allá de la libertad y de la dignidad, Barcelona: Ed. Fontanella.
54. TREJO, A. y GOMORA, D. (1998), Una prisión vulnerable, México 23 de febrero: Reforma, num. 1536 año 5.
55. WHITTAKER, J. (1985). Introducción a la psicología, México: Ed. Interamericana.
56. ZUNG, W., La medición de la depresión, México: Norpramin.