

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS OFICIALMENTE RECONOCIDOS POR
ACUERDO No. 3219-25 CON FECHA 13-VI-1997
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PRIMODELINCUENTES SENTENCIADOS DEL CENTRO DE READAPTACIÓN VARONIL DE BARRIENTOS

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
LIZETH BELÉN OCAMPO SÁNCHEZ

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS OFICIALMENTE RECONOCIDOS POR
ACUERDO No. 3219-25 CON FECHA 13-VI-1997
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PRIMODELINCUENTES SENTENCIADOS DEL CENTRO DE READAPTACIÓN VARONIL DE BARRIENTOS

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
LIZETH BELÉN OCAMPO SÁNCHEZ

ASESOR DE TESIS
LIC. SAÚL GONZÁLEZ ANAYA
CÉDULA No 2996693

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo que es el resultado de una gran inversión de tiempo, dedicación y esfuerzo es para ustedes Licha y Justi, que con su presencia en mi vida ayudaron a formar lo que soy.

Gracias Dios por haberlos puesto en mi vida.

*Gracias Mamá que sin tu infinito apoyo, paciencia,
amor y fortaleza, no habría podido llegar a donde me
encuentro hoy.*

*Gracias Papá, por todo tu esfuerzo y por ayudarme a
formar mi carácter.*

*A toda mi familia, por que ustedes son mi soporte en
las buenas y en las malas. A ustedes que son los
cimientos de quien soy. Gracias por que sin ustedes no
conocería el sentido de la verdadera familia y la
unidad.*

Los amo a cada uno de ustedes.

*Gracias a ti Paúl mi asesor, por que sin tu impulso,
paciencia, apoyo, interés y confianza en este proyecto
jamás lo hubiera concluido.*

*Gracias a todos mis profesores, que me ayudaron a
llegar a este momento, por que con sus conocimientos
me hicieron una profesionista.*

*Gracias a todos y cada uno de mis amigos, así como a
cada persona que aportó de alguna manera algo a este
proyecto, este trabajo también es suyo.*

Gracias:

RESUMEN

Con este trabajo de investigación se pretende averiguar si la Depresión y la Ansiedad son estadísticamente significativas (superiores a T 65, que es la puntuación mínima para poder decir que los resultados obtenidos son estadísticamente significativos para MMPI-2), en reclusos del Centro de Readaptación Varonil Barrientos, para lo cual se tuvo que hacer una compilación de información sobre los aspectos más relevantes que rodean al delincuente.

Para dicha investigación, se llevó a cabo un estudio en primodelincuentes sentenciados del Centro de Readaptación Varonil Barrientos, en donde se le permitió a la tesista ingresar a las instalaciones y realizar la aplicación del inventario pertinente (MMPI-2) para obtener datos que ayudaran con la realización de dicho estudio. El inventario fue aplicado a 60 varones sentenciados.

Posterior a la aplicación del instrumento se realizó el análisis estadístico de los datos (con el programa estadístico SPSS versión 15) arrojados por la prueba. Con dicho análisis se puede concluir que la depresión y la ansiedad no son estadísticamente significativas en primodelincuentes, sin embargo el análisis arrojó datos importantes acerca de estos sujetos y las variables que fueron analizadas en conjunción con las dos principales variables.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 DEPRESIÓN

1.1 Definición	2
1.2 Clasificación de depresión	9
1.2.1 Episodios afectivos	11
1.2.1.1 Episodio depresivo mayor	11
1.2.1.2 Episodio maniaco	14
1.2.1.3 Episodio mixto	16
1.2.1.4 Episodio hipomaniaco	17
1.2.2 Trastornos depresivos	19
1.2.2.1 Trastorno depresivo mayor	20
1.2.2.2 Trastorno distímico	20
1.2.2.3 Trastorno depresivo no especificado	22
1.2.3 Trastornos bipolares	22
1.2.3.1 Trastorno bipolar I	22
1.2.3.2 Trastorno bipolar II	23
1.2.3.3 Trastorno ciclotímico	24
1.2.3.4 Trastorno bipolar no especificado	24
1.2.4 Trastornos de estado de ánimo	25
1.2.4.1 Trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica	25
1.2.4.2 Trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias	26
1.2.4.3 Trastorno de estado de ánimo no especificado	27
1.2.5. Especificaciones para describir el episodio más reciente	27
1.2.5.1 Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para los diferentes episodios	27

1.2.5.2 Especificaciones que describen rasgos del episodio actual este puede encontrarse en remisión parcial o total	28
1.2.5.3 Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes	29
1.3 Teorías de la depresión	30
1.3.1 Teoría psicoanalítica de la depresión	31
1.3.2 Teoría cognitiva de la depresión	32
1.3.3 Teoría biológica de la depresión	34
1.3.3.1 Aspectos bioquímicos de la depresión (neurotransmisores)	34
1.3.3.2 Estudios hormonales	36
1.3.3.3 Herencia, genética y género	37
1.3.3.4 Ritmos biológicos	38
1.3.4 Teoría interpersonal de la depresión	39
1.3.5 Teoría humanista-existencial	39
1.3.6 Teoría conductual (del aprendizaje) de la depresión	40
1.4 Escalas para medir depresión	41
1.4.1. Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D)	41
1.4.2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	42
1.4.3 Escala de Autoevaluación de Zung para Depresión (EZ-D)	44
1.4.4. Escala de Montgomery-Asberg (MADRS)	45

CAPÍTULO 2 ANSIEDAD

2.1 Definición	48
2.2 Clasificación de Ansiedad	56
2.2.1 Crisis de angustia (panic attack)	57
2.2.2 Agorafobia	60

2.2.3 Trastorno de Angustia	63
2.2.3.1 Trastorno de Angustia sin agorafobia	66
2.2.3.2 Trastorno de Angustia con agorafobia	67
2.2.4 Fobia específica (antes fobia simple)	67
2.2.5 Fobia Social	71
2.2.6 Trastorno obsesivo-compulsivo	73
2.2.7 Trastorno por estrés postraumático	76
2.2.8 Trastorno por estrés agudo	78
2.2.9 Trastorno de ansiedad generalizada	79
2.2.10 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	80
2.2.11 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	80
2.2.12 Trastorno de ansiedad no especificado	81
2.3 Teorías de la ansiedad	81
2.3.1 Teoría psicodinámica	82
2.3.2 Teoría conductual o del aprendizaje	88
2.3.3 Teoría cognitiva	91
2.3.4 Teoría biológica	93
2.4 Escalas para medir ansiedad	94
2.4.1 Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)	94
2.4.2 Escala de Hamilton para Ansiedad (HRSA)	96
2.4.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	98
2.4.4 Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC)	100

CAPÍTULO 3 EL DELINCUENTE

3.1 El delito y su definición	103
3.2 Teoría del delito	109
3.2.1 Teoría antropológica	109

3.2.2 Teoría biológica	114
3.2.2.1 Genética	115
3.2.2.1.1 Herencia y familia	121
3.2.2.2 Endocrinología	123
3.2.3 Teoría de la personalidad	125
3.2.3.1 Psicoanálisis	126
3.2.3.2 Conductismo	135
3.2.4 Teoría Sociológica	138
3.2.4.1 Teoría Funcionalista	140
3.2.4.2 Teoría de la desviación de Merton	143
3.2.4.3 Interaccionismo Simbólico	146
3.3 Tipo de Delito	148
3.3.1 Delito por Robo	148
3.2.2 Delito por Secuestro	150
3.3.3 Delito por Homicidio	151
3.2.4 Delito por Fraude	151
3.2.5 Delito por Violación	152
3.4 Familia y Características Psicología del delincuente según su delito	153
3.4.1 Delincuente por Robo	154
3.4.2 Delincuente por Secuestro	157
3.4.3 Delincuente por Homicidio	159
3.4.4 Delincuente por Fraude	161
3.4.5 Delincuente por Violación	165
3.5 Diagnósticos	167
3.5.1 Ingreso a la institución	167
3.5.2 Diagnóstico clínico-criminológico	173

CAPÍTULO 4 PROCEDIMIENTO

4.1 Paradigma de Investigación	183
4.2 Tipo de Estudio	185
4.3 Pregunta de Investigación	188
4.4 Objetivos	188
4.5 Hipótesis	189
4.6 Variables	190
4.6.1 Definición Conceptual	190
4.6.2 Definición Operacional	195
4.7 Técnicas de recolección de datos	197
4.7.1 Tipo de Muestra	197
4.8 Instrumento	199
4.9 Procedimiento de aplicación	201
4.10 Procedimiento para el manejo de datos	202

CAPÍTULO 5 RESULTADOS

5.1 Descripción y Análisis de los resultados	204
5.1.1 Criterios de Validez	205
5.1.2 Características de la muestra	208
5.2 Discusión de resultados	214

CONCLUSIONES	228
--------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	236
--------------	-----

ANEXOS	244
--------	-----

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos hasta nuestros días todas las sociedades han poseído un sistema de penas, establecido para la protección de la comunidad o sociedad.

En nuestros tiempos, las instituciones penitenciarias buscan o pretenden que los internos asimilen la privación de su libertad como una forma o medio para retribuirle a la sociedad por los daños que le han causado. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta lo siguiente: ¿Cómo y de qué forma influye el encarcelamiento prolongado en el bienestar psicológico y social de los presos, una vez expuestos al ambiente o medio penitenciario?

He aquí la importancia del bienestar psicológico para la readaptación del individuo, que es el propósito primordial de los centros de readaptación.

Al encontrarse expuestos al ambiente de una prisión se cree o se tiene la teoría de que los individuos pueden experimentar o presentar síntomas relacionados con la depresión y ansiedad (Marchiori, 2001, y Silva Rodríguez, 2003), lo cual se contrapone con otras teorías como el Psicoanálisis manifestadas por Freud y Adler por poner un ejemplo, por lo que con este trabajo de investigación se da la pauta para afirmar o refutar dicha suposición.

Cabe señalar que para esta investigación sólo se pretendía conocer si los índices de Depresión y Ansiedad eran *significativos* (según el MMPI-2), como bien señalan la pregunta de investigación y la hipótesis, sin embargo, la investigación fue llevada más lejos y se trató de encontrar en que grupo de edades, estado civil, escolaridad, años de sentencia, tipo de delito que se hubiera cometido y tiempo de reclusión a la fecha existía un índice más elevado ya fuera de depresión y ansiedad, esto con el fin de poder ampliar la investigación y proporcionar datos relevantes para futuras investigaciones.

Con los resultados obtenidos se pudo dar respuesta a la pregunta de investigación y se dice que los resultados para la ansiedad y la depresión *no son estadísticamente significativos*, y a su vez se rechazan las hipótesis alternas, refutando lo dicho por Hilda Marchiori (2001), sobre que los delincuentes al ingresar a una institución penitenciaria pueden sentirse deprimidos o ansiosos.

Antes de comenzar a describir el proceso llevado a cabo para la realización de tal proyecto es necesario comenzar describiendo el título de dicha investigación.

A pesar de que no se encuentra estipulado en el Código Penal Federal, ni el Código Penal para el Estado de México el término “primodelincuente”, se entiende por este concepto, que es la primer ocasión en la que el sujeto comete un acto delictivo.

Por otro lado, “sentenciado” no sólo es aquel individuo que se encuentra recluido en algún tipo de institución penitenciaria, sino, es

todo individuo que se le encuentra culpable (por un juez), y se pretende que este individuo retribuya a la sociedad por haber violado algún precepto jurídico.

Tal retribución, varía dependiendo del delito cometido, la entidad federativa donde se cometió el delito, entre otras muchas variables, por lo tanto las penas pueden ser prisión, multas, trabajo en la comunidad, entre otras muchas.

Para fines prácticos de este trabajo, se hace uso del término “sentenciado” como aquel individuo que tiene una pena impuesta por un juez a cualquier individuo que se encuentre recluido en la institución penitenciaria.

Una vez aclarados los términos pertinentes, se describe a grandes rasgos el proceso que se llevó a cabo para la realización de esta investigación.

En el Capítulo 1 se describe la Depresión, comenzando con definiciones realizadas por diferentes autores y teorías y finalmente comparadas con la definición que las Doctoras Emilia Lucio Gómez y Ma. Ivonne Guzmán proporcionan para la depresión en las dos sub-escalas **D** y **DEP** del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI-2).

Posterior a la definición, se habla sobre la clasificación tomada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV-

TR), esto permite conocer mejor la variable de la que se está hablando así como sus características para diagnosticarla.

Se hace mención de algunas teorías que hablan sobre el surgimiento de este trastorno en un individuo, en donde cada una de ellas defiende su postura. Se retoman aspectos biológicos, psicoanalíticos, conductuales, sociales entre otros.

Para finalizar dicho capítulo, se hace una referencia a algunas escalas o inventarios que miden la variable, se mencionan aspectos de éstas, así como se sustenta el por qué se eligió el MMPI-2 para esta investigación como mejor instrumento para medir a la Depresión.

En el Capítulo 2 se abarca a la Ansiedad, se plasman diferentes definiciones y éstas son comparadas con las sub-escalas **A** y **ANS** del MMPI-2.

Se abarca la clasificación tomada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), que incluye las características de este trastorno.

Para finalmente concluir con el capítulo, se dan cuatro ejemplos de escalas e inventarios que miden los niveles de la ansiedad. En este apartado se encuentran las características más importantes de cada uno de los instrumentos, no obstante también se hace mención de las desventajas que se tienen con éstos, lo cual sustenta el por qué el uso del MMPI-2 como instrumento para medir los niveles de Depresión y de Ansiedad en los primodelincuentes del Centro de Readaptación.

El Capítulo 3 se encuentra destinado completamente al delincuente, sus definiciones y características.

Este capítulo inicia con la definición de lo que es un delito, estas definiciones retomadas desde diversos puntos de vista de varios teóricos y sus postulados, esto con el fin de poder llegar a definir a un delincuente.

Las teorías que se retoman van desde las biológicas (genéticas, endocrinológicas, entre otras), psicológicas, sociales y algunas más.

El apartado siguiente a las teorías de la definición del delincuente habla acerca de los tipos de delito que fueron investigados en este estudio.

Estos delitos son definidos por el Código Penal para el Estado de México Vigente en 2009, y posteriormente se involucran variantes del por qué los individuos cometen tal delito.

Los Delitos que fueron estudiados son: Robo, Homicidio, Fraude Violación y Secuestro. Se retoman características particulares sobre la personalidad de estos sujetos, así como su ambiente familiar, social, infancia, entre otras características particulares de estos sujetos y su medio.

Para finalizar el capítulo 3, se mencionan aspectos esenciales sobre los Centro de Readaptación, características de éstos, además de las

condiciones en las que ingresan los reos a dicha institución y las reacciones emocionales que los reclusos presentan al momento del ingreso.

Se hace referencia al diagnóstico clínico-criminológico y en qué consiste. Este diagnóstico se le realiza al sujeto, además de los estudios (psicológicos, médicos, jurídicos, entre otros) y trámites que se deben de llevar a cabo para ubicar el individuo en un dormitorio, además de plantear el tratamiento a seguir para la readaptación, la cual es la meta o fin al ingresar al sujeto a dicha institución.

En cuanto al Capítulo 4, es en donde se abarca la metodología con la que se llevó a cabo esta investigación, aquí se plantean la pregunta de investigación, las hipótesis y objetivos que fueron planteados al principio de esta investigación y como tal, el cuerpo y su propósito.

En el Capítulo 5 se hace la descripción de los resultados obtenidos, se muestran las gráficas de las variables intervinientes (edad, estado civil, entre otras) y la independiente (Tiempo de reclusión), se observan las diferencias que existen entre la depresión y dichas variables, como a la ansiedad y relacionada con las variables, esto como una parte extra y complementaria al trabajo inicial de investigación.

Se finaliza el trabajo con el apartado de conclusiones, en donde se da respuesta a la pregunta de investigación y se acepta una de las hipótesis planteadas para el estudio y se concluye con aportaciones que este trabajo puede proporcionar.

CAPÍTULO 1
DEPRESIÓN

En este capítulo se observarán los aspectos más importantes de la depresión, tanto su origen, su clasificación como las diversas teorías que existen acerca de ésta.

1.1. Definición

Definir el término depresión resulta complicado, ya que cada autor (dependiendo de la corriente que maneje), habla de manera diferente acerca de ella, todas y cada una de estas definiciones tiene términos en común, sin embargo, no hay una en específico o universal para la depresión, por lo que se tomarán varias de ellas para posteriormente analizar sus similitudes con lo que refiere el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, que es el instrumento utilizado para la realización de este trabajo de tesis.

Usualmente se emplea la palabra depresión para referirse a los síntomas que las personas suelen manifestar como tristeza o decaimiento, entre otros: estos síntomas pueden ser estados emocionales resultados de una situación en específico, pero por lo general lo que manifiestan es conocido como melancolía.

Aún de esta forma, la depresión de manera general se trata de un sufrimiento mental caracterizado por la inhibición y la tristeza acompañada de otras manifestaciones variables, de carácter físico o psíquico. Para la psiquiatría constituye una enfermedad, para el

psicoanálisis, depresión, es un significante que condensa múltiples significaciones.

Sarason y Sarason (1996), señalan que: “El estado de ánimo deprimido se encuentra en varios trastornos, de modo que su sola presencia no significa que la persona padece un trastorno del estado de ánimo. El término depresión se puede referir a un síntoma o a un trastorno” (p.287).

Según Beck (1967, citado por Davison, 1980, p.212), existe un acuerdo general sobre los síntomas más comunes de la depresión y enumera cinco de ellos:

- “1. Estado de ánimo triste, apático.
2. Opinión negativa de uno mismo (autoreproches, represión de uno mismo)
3. Deseo de ocultarse, de mantenerse alejado de los demás.
4. Pérdida del sueño, del apetito y del deseo sexual.
5. Cambios en el nivel de actividad, volviéndose el paciente letárgico agitado”.

De la misma manera, una persona deprimida posiblemente llegue a descuidar tanto su higiene personal como su apariencia física, y recurrir a quejas de hipocondriasis, como diversos malestares, dolores frecuentes de diversos tipos, que no tienen ningún origen físico. La persona en algún momento podría llegar a sentirse inútil y rechazada por los otros, posiblemente sea aprensivo y ansioso. “Puede incluso llegar a un estado tal de impotencia que piense suicidarse y a veces lo intente” (Davison, 1980, p.212).

Según Antonini, (s.f.).

“Depresión viene del latín *depressio*: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad”.

Según la enciclopedia especializada de Wikipedia (2007),

“La depresión (del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En la mayoría de los casos, el paciente describe su estado, y así lo ven los demás, como derribado, socavado en su potencialidad, debilitada su base de sustentación afectiva, desplazado su eje de acción usual, desganado. Es uno de los más importantes depredadores de la felicidad humana”.

Algunos diccionarios tienen una definición mucho más “técnica” acerca de lo que es la depresión y en ella manifiestan síntomas como en algunas otras definiciones ya mencionadas.

“Es el estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión [...]” (Dorsch, 2002, p.191).

Por otro lado para el Diccionario de Pedagogía y Psicología (2004, p.15), “La palabra depresión significa decaimiento de ánimo o de la voluntad. Estado patológico en que existe disminución general de toda

la actividad psíquica y que afecta espacialmente al componente afectivo de la personalidad”.

Desde el punto de vista médico existen diccionarios que mencionan que la depresión es:

“Estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que no responde a una causa real explicable. Las manifestaciones son muy variables y van desde una falta ligera de motivación e incapacidad de concentración hasta alteraciones fisiológicas graves de las funciones corporales y pueden corresponder a diferentes síntomas de diversas enfermedades, físicas o mentales [...]” (Diccionario de Medicina Océano Mósby, 2002, p.356).

Ahora, desde el punto de vista psiquiátrico el Dr. Caso Muñoz (1989, p.114), señala:

“La depresión puede definirse como un síndrome que se caracteriza por los siguientes síntomas cardinales primarios:

- a) Humor esencialmente depresivo
- b) Dificultad para pensar (inhibición de la ideación)
- c) Retardo psicomotor (inhibición de la iniciativa) o angustia y agitación.
- d) Trastornos somáticos, diversos, pero los principales son trastornos del sueño (dificultad para conciliar el sueño o despiertan temprano) y trastornos del apetito. También son frecuentes las cefáleas. El enfermo se siente solo, llora fácilmente. Él mismo dice que ha perdido el interés y el entusiasmo. Los pensamientos son pobres, la indecisión domina el pensamiento y provoca ansiedad. Los enfermos se quejan de dificultad para concentrarse y de que su iniciativa se encuentra inhibida. Se cansan fácilmente”.

Por parte de la Psicología psicodinámica, Freud en sus escritos reconoce como afectos al amor y al odio, a la tristeza, a la angustia y al dolor. No habla de depresión, sino de duelo y de melancolía, ambos son reacciones ante una pérdida, pero distingue muy bien uno de otro.

Según Schwartz (2000), Melanie Klein hace de la depresión un momento evolutivo, convirtiéndola en una posición relativa a la relación con el objeto y la pulsión. La posición depresiva resulta de unir, en un enfoque psicogenético, pérdida de objeto, culpa y reparación de dicho objeto.

Tabla 1.1 Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica

Hombres	Prevalencia de trastornos afectivo por sexo (alguna vez en la vida)	Mujeres
2.00%	Episodio depresivo mayor	4.50%
0.60%	Distimia	2.30%
2.50%	Episodio maniaco	1.70%
6.70%	Cualquier desorden afectivo	11.20%

Fuente: INP RFM, Conacyt y Pfizer, noviembre 2003.

Por otro lado, el Ministerio de Salud de Chile, (2006), define a la depresión como:

“La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo

habitualmente prolongado (a lo menos 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos”.

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2), se encuentra dividido en tres escalas, las *Clínicas*, las de *Contenido* y las *Suplementarias*, cada una de estas subdividida en otras diversas escalas. Las escalas *Clínicas* o *Básicas* contienen a la Escala 2 llamada Depresión (**D**), así como también las Escalas de *Contenido* mencionan a la Depresión (**DEP**), esta escala define el punto con síntomas más que con una definición en específico por lo que se hará la comparación y se buscarán las similitudes con las definiciones anteriores.

La escala **D** fue creada para diagnosticar la depresión sintomática. En esta escala se encuentra un marco mental denominado como negativo y la persona se reporta como desmoralizada, sin esperanza en el futuro, y con una satisfacción generalizada de su vida y un estado de ánimo de desconsuelo (Lucio Gómez-Maqueo, León Guzmán, 2003).

Los aspectos que esta escala puede llegar a medir son:

“[...] la negación de la posibilidad de ser feliz, y una falta de valor de uno mismo, otro se refiere a la falta de interés por el medio ambiente que rodea a la persona, quejas de tipo somático o a una tendencia a preocuparse. [...] Los reactivos de la escala D poseen contenidos claramente relacionados con un estado de ánimo bajo y sentimientos de apatía” (Lucio Gómez-Maqueo, León Guzmán 2003, p. 92).

Otras de las características que mencionan Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán (2003), son a estas personas a las que se les describe como infelices, con tendencia a presentar estado de ánimo apagado, autocríticos, con inclinación a sentirse culpables, presentan preocupaciones somáticas, debilidad, fatiga o cansancio, tensión constante, poca energía, indecisos, con poca confianza en sí mismos, incapacidad para funcionar la mayor parte del tiempo, inutilidad y pueden llegar a tener dificultad para concentrarse. También se les considera como introvertidos, avergonzados, retraídos, aislados. De igual manera, la depresión se encuentra asociada con la ansiedad y angustia.

Para las escalas de contenido **DEP** menciona que estas personas pueden presentar pensamientos depresivos, incertidumbre acerca del futuro, desinterés por la propia vida, tienden a la cavilación, manifiestan infelicidad, lloran fácilmente, expresan sentimientos de desesperanza, con un vacío interior. Posiblemente posean ideas suicidas o deseo de morir, pueden llegar a creer que han cometido pecados imperdonables. También manifiestan que las personas que los rodean son carentes de interés hacia ellos e incapaces de apoyarlos (Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán, 2003).

Lo cual concuerda con la definición proporcionada por Beck (1967), con excepción de lo referente al sueño, al apetito y deseo sexual, por otra parte, la incapacidad de decisión es bien mencionada por Dorsch (2002), para el diccionario Mosby (2002), esto concuerda con que es un estado de tristeza, con una disminución de la autoestima, desesperanza y que las manifestaciones son variables y que van desde la incapacidad

de concentración hasta alteraciones fisiológicas graves de las funciones corporales.

Las coincidencias que existen con la definición del Dr. Caso (1989), son: el humor depresivo, el llanto, así como la dificultad de pensar y concentrarse.

La depresión se puede manifestar de diferentes maneras, en diferentes personas, sin importar la edad, el sexo, estado civil, condición económica y cultura, entre otros, aunque sí existen personas más propensas a padecerla. Lo que es cierto, es que cada sujeto que padece de depresión puede referir pocos, algunos o muchos de los síntomas que se mencionan en cada una de estas definiciones, lo importante no solo es tener en cuenta éstos, sino observar la frecuencia e intensidad con la que se desarrollan, para posteriormente dar una terapia lo más apropiada al sujeto para que encuentre mejoría.

1.2. Clasificación de la Depresión

Para comenzar a estudiar los tipos de depresión se tiene que estudiar el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV-TR), en el apartado de los *Trastornos del estado de Ánimo*. Estos trastornos están caracterizados principalmente por alteraciones en el humor. Este manual divide a éstos en tres grandes grupos.

El primero habla y describe los *episodios afectivos*, y éste a su vez está dividido en:

- Episodio depresivo mayor
- Episodio maniaco

- Episodio mixto
- Episodio hipomaniaco

De los cuales se hablará y se especificarán sus características, más adelante.

En el segundo gran grupo se encuentran los *trastornos del estado de ánimo*, que de la misma manera se subdividen en:

1) Trastornos depresivos

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

2) Trastornos Bipolares

- Trastorno Bipolar I
- Trastorno Bipolar II
- Trastorno Ciclotímico
- Trastorno Bipolar no especificado

3) Trastornos de estado de ánimo

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

Y por último, la tercera clasificación describe a los *Episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes*.

1) Especificaciones que describen la clasificación clínica del episodio afectivo actual (o más reciente).

2) Especificaciones que describen los rasgos del episodio actual (o el episodio más reciente si el actual se encuentra en remisión parcial o total).

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos

3) Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes.

- Especificaciones del curso longitudinal

1.2.1. Episodios afectivos

Es normal sentirse triste por razones diversas, sin embargo, cuando la depresión persiste y perjudica la vida diaria y afecta a las diferentes esferas como son la familiar, social o laboral, entre otras, puede indicarse la existencia de un episodio o trastorno depresivo. La gravedad, la duración, y la presencia de otros síntomas son los factores que distinguen la tristeza normal de un síndrome depresivo.

1.2.1.1. Episodio depresivo mayor

La característica esencial que tiene este tipo de episodio, es un periodo de por lo menos dos semanas en las que existe un estado de ánimo depresivo, una pérdida de interés y/o placer por casi todas las actividades que se le presentan o realizaba anteriormente.

De la misma manera debe de presentar por lo menos cuatro de los síntomas de una lista en la que se encuentran cambios en el apetito o peso, así como también del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o al mismo tiempo culpa. De la misma manera pueden presentar dificultad para concentrarse en alguna tarea o bien para pensar y tomar decisiones por muy sencillas que sean. También pueden presentar pensamientos frecuentes de muerte o ideación, planes o intentos de suicidio.

Algo importante de resaltar es que solamente se puede clasificar como episodio depresivo mayor si se presenta un síntoma nuevo, o bien, alguno de los ya presentes empeora de manera clara si se compara con el estado del sujeto anteriormente.

De igual manera, para poder diagnosticar como episodio depresivo mayor, los síntomas deben permanecer la mayor parte del día, casi todos los días. El episodio debe estar acompañado de malestares clínicos de manera significativa y/o deterioro social, laboral, entre otras áreas de actividad del individuo.

Algunos sujetos mencionan sentirse ansiosos o sin sentimientos, a veces pueden tener énfasis en las quejas somáticas, presencia de irritabilidad con arranques de ira, sentimientos de frustración por cosas que no tienen importancia o bien un estado de ánimo inestable. Las personas pueden sufrir pérdida de interés por algunas cosas que anteriormente les provocaban placer.

Frecuentemente los familiares refieren aislamiento social por parte del sujeto. En algunos de ellos puede encontrarse una reducción significativa de los niveles del deseo sexual.

La alteración con relación al sueño normalmente en el episodio depresivo mayor es el insomnio.

“Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o en aumento del sueño diurno” (DSM-IV-TR, 2002, p.392).

Pueden existir en este episodio evaluaciones negativas o no realistas del propio valor. Pueden asociar pequeños errores de la vida cotidiana como defectos personales. Este sentimiento puede tener proporciones delirantes. Al no ser de esta magnitud esta queja no se considera como síntoma dentro de los criterios.

Al parecer pueden dar la impresión de distracción o bien de una falta de memoria.

Según el DSM-IV-TR (2002), los sujetos con menos riesgo pueden tener uno o dos pensamientos a la semana, por el contrario los sujetos de alto riesgo pueden comprar materiales para lograrlo.

Los sujetos con este tipo de episodio constantemente presentan llanto, irritabilidad, tristeza, ansiedad, fobias, preocupaciones por la

salud física, con problemas en las relaciones sociales, problemas en la actividad sexual, pueden presentar problemas matrimoniales, y problemas con el abuso del alcohol o sustancias.

En cuanto a hallazgos en el laboratorio, se han encontrado alteraciones en algunos neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, dopamina, acetilcolina y ácido gamma-aminobutírico. También hay hallazgos en neuropéptidos como, en la hormona liberadora de corticotropina.

En algunos pacientes se han encontrado hallazgos hormonales como aumento en la secreción de glucocorticoides y niveles bajos en la hormona de crecimiento o bien de la tiroides. Sólo en algunos pacientes se encuentra un aumento en el flujo sanguíneo en regiones límbicas y paralímbicas, por lo que no se toma como una regla general en todas las personas depresivas.

Es importante definir que este episodio no debe ni puede estar relacionado con alguna enfermedad médica o con algún tipo de sustancia, ni se explica por una situación de duelo.

1.2.1.2. Episodio maniaco

Es un periodo de por lo menos una semana de duración, en donde el estado de ánimo de la persona es anormal, elevado y expansivo e irritable. Para ser diagnosticada debe de ir acompañado de por lo menos tres de los siguientes síntomas, como son aumento en la autoestima y puede llegar a ser manifestada como grandiosidad, una disminución

considerable en la necesidad de dormir, un marcado lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, así como un aumento en las actividades.

La alteración debe ser tan notoria que afecte sus relaciones sociales y sea fácilmente perceptible por las personas que lo rodean.

El estado de ánimo puede catalogarse como eufórico, alegre y bien llegar a ser excesivo, este estado de ánimo es incesante e indiscriminado en las interacciones interpersonales, sexuales, o laborales.

Es posible que se vea una exageración en la autoestima del sujeto, hasta una evidente grandiosidad, carece de autocrítica, ésta grandiosidad puede alcanzar ideas delirantes.

El descenso en la necesidad de dormir es evidente, se puede llegar a sentir descansado cuando en realidad ha pasado días sin dormir o durmiendo algunos minutos por la noche.

Los pensamientos pueden ser muy rápidos, y a veces pueden aglutinarse, por lo que al sujeto le resulta difícil verbalizarlos al mismo tiempo y a veces suele sonar como una confusión de ideas y puede convertirse en un lenguaje desorganizado e incoherente.

Este tipo de episodio puede ir acompañado de juego patológico y comportamientos antisociales, las consideraciones éticas pueden ser no tomadas en cuenta. El sujeto puede ser hostil y amenazar a los otros, especialmente los que presentan síntomas psicóticos, que a su vez

pueden presentar intentos suicidas. Este estado de ánimo puede cambiar rápidamente de depresivo a irritable y no es anormal que los síntomas depresivos aparezcan al mismo tiempo que los maniacos.

Por la parte de los hallazgos de laboratorio el DSM-IV-TR (2002), menciona que puede existir un aumento en la secreción de cortisol, así como puede haber anormalidades que afecten a los neurotransmisores como la noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina y gamma-aminobutírico.

La edad promedio en la que inicia este tipo de episodio es en los primeros años de la tercera década de vida, no obstante hay casos en los que se puede iniciar en la adolescencia o bien después de los 50 años.

1.2.1.3. Episodio mixto

Este episodio se caracteriza por lo menos con una semana de duración, y cada día se cumplen los criterios tanto de un episodio maniaco como un episodio depresivo mayor, este sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan rápidamente como son la tristeza, irritabilidad y euforia.

“Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos, e ideación suicida” (DSM-IV-TR, 2002, p.406).

La alteración, como en los dos episodios anteriores tiene que estar visiblemente afectada y provocar deterioro social o laboral, así como estar acompañado de síntomas psicóticos.

Los episodios pueden tener una duración variable, desde varias semanas hasta varios meses y pueden remitir hasta un periodo con pocos o ningún síntoma o bien evolucionar a episodio depresivo mayor y mucho menos frecuente evolucione a episodio maníaco.

De igual manera, este episodio no puede ser explicado mejor por alguna enfermedad médica ni por el consumo de algún tipo de sustancia.

1.2.1.4. Episodio hipomaniaco

Éste es un estado anormal que se define por un periodo delimitado de tiempo (al menos cuatro días), y un ánimo anormal, elevado, irritable y expansivo. Este estado de ánimo debe de ir acompañado de por lo menos tres de los síntomas que se señalan a continuación.

Existe una disminución en la necesidad de dormir, un aumento en la autoestima o grandiosidad, sin llegar a ser delirante, una constante fuga de ideas, al igual que en otro tipo de episodios, se presenta un lenguaje verborreico así como distraibilidad.

Este tipo de episodio es igual al maniaco con la diferencia de que no puede haber ideas delirantes y alucinaciones (DSM-IV-TR, 2002).

De la misma manera que en otros episodios, los cambios en la conducta deben ser observables por otras personas. Contrario a lo que sucede en el episodio maniaco, este episodio no es tan grave como para afectar las áreas laborales o sociales de manera importante. Este episodio como los anteriores, no puede estar provocado por algún tipo de sustancia, (drogas o medicamentos) o por enfermedad.

El estado de ánimo elevado de un estado hipomaniaco se describe como eufórico y alegre, sin embargo, es excesivo. La irritabilidad también es uno de los síntomas constantes y presentes en este episodio y se va alternando con la euforia y el buen estado de ánimo.

Este tipo de personas suelen tener una autoestima elevada rayando en la grandiosidad, carecen de autocrítica y exceden el nivel de autoconfianza. La energía en estos sujetos es elevada a pesar de que no concilien el sueño o tengan un sueño poco duradero.

La fuga de ideas y la distraibilidad es signo característico de un episodio hipomaniaco. Suele existir un aumento en la sociabilización y puede existir un aumento en la actividad sexual del individuo.

Según el DSM-IV-TR (2002), las personas más jóvenes que presenten este tipo de estado, los síntomas pueden estar asociados a *ausencias escolares, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias*.

1.2.2. Trastornos depresivos

La mayoría de los criterios de los trastornos a los cuales se hará referencia en este apartado, exigen la presencia o ausencia de episodios afectivos descritos en el apartado anterior. De la misma manera que los episodios, los trastornos se diferencian por su duración, y gravedad.

1.2.2.1. Trastorno depresivo mayor

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor, es que se presenta uno o más episodios depresivos mayores, sin tener la presencia de episodios maníacos o episodios hipomaniacos.

Este tipo de trastorno no se puede explicar por la presencia de trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Para el manual diagnóstico (DSM-IV-TR, 2002),

“[...] se considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos durante dos meses seguidos. Durante este periodo de dos meses hay una resolución completa de los síntomas o presencia de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que ya han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial)” (p.413).

Si en algún momento llegasen a existir episodios maníacos, hipomaniacos o mixto, en el transcurso del trastorno depresivo mayor, el diagnóstico debe ser cambiado por el de trastorno bipolar.

De la misma manera, es importante resaltar que el episodio debe ser catalogado o clasificado como leve, moderado o grave, si es que se han cumplido los criterios para diagnosticarlo o clasificarlo como con síntomas psicóticos o bien sin síntomas psicóticos.

Después de hacer la clasificación de un episodio depresivo mayor, se pueden hacer especificaciones importantes que ayudan a la mejor clasificación de éste, como pueden ser síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos, entre otros, esto con la finalidad de ser más específicos y clasificar la depresión de una manera más acertada, de la misma manera se puede clasificar si los síntomas se encuentran en remisión parcial o total.

En el trastorno depresivo, se encuentra un índice alto de mortalidad, ya que las personas que padecen este trastorno tienden al suicidio, en un grado mayor cuando las personas tienen más de 55 años de edad (DSM-IV-TR, 2002).

1.2.2.2. Trastorno distímico

El término distimia proviene del griego que significan estado de ánimo defectuoso o enfermo, Sarason y Sarason (1996), este tipo de trastorno a veces es difícil de distinguir y diagnosticar ya que puede confundirse con algún trastorno de la personalidad. Los síntomas deben tener una

duración prolongada según el DSM-IV-TR, mayor a dos años en la que se presenten estos síntomas casi cada día y casi todo el día. Este estado de ánimo puede tener periodos de pocos días en los que no se presenten los síntomas pero éstos duran poco.

Sarason y Sarason (1996), mencionan que la distimia presenta varios de los síntomas siguientes:

“Dificultad para comer (ya sea pérdida de apetito o comer en exceso), dificultad para dormir (ya sea insomnio o dormir demasiado), sensación de cansancio constante, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, una opinión pobre de si misma y sentimientos de desesperanza. La distimia a diferencia de la depresión grave, muestra poca variación con la edad. El índice se establece desde los 18 a los 64 años de edad y solo se reduce después de los 65” (p.290).

Según el DSM-IV-TR (2002), sólo se puede realizar el diagnóstico de distimia, sólo si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. Si los síntomas crónicos incluyen un episodio mayor durante los dos años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor crónico o trastorno depresivo mayor en remisión parcial y posteriormente al presentar dos años seguidos el trastorno distímico, se puede añadir episodios depresivos mayores y en este caso se dice que existe una *depresión doble*.

Es importante mencionar que en este trastorno no puede ser clasificado como distímico si se han presentado episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos.

En un inicio temprano la depresión puede presentarse antes de los 21 años, regularmente suele tener su inicio en la niñez o adolescencia así como un curso crónico. Es importante mencionar en el momento de clasificar este trastorno si tiene un inicio temprano o tardío.

1.2.2.3. Trastorno depresivo no especificado

Para clasificarlo como un trastorno de este tipo es importante hacer referencia a que no cumple con los criterios del diagnóstico para trastorno depresivo mayor, distímico, adaptativo con estado de ánimo depresivo, mixto ansioso depresivo.

1.2.3. Trastornos bipolares

1.2.3.1. Trastorno bipolar I

En este tipo de trastorno existe la presencia de uno o más episodios maníacos o episodios mixtos.

El criterio que utiliza el DSM-IV-TR (2002, p.428), señala que:

“Un cambio en la polaridad se define como un curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o en el que el episodio maníaco o un episodio mixto evoluciona hasta un episodio depresivo mayor.

Por el contrario, un episodio hipomaniaco que evoluciona hasta un episodio maníaco o un episodio mixto (o viceversa), se considera que es un episodio único. En los trastornos bipolares recidivantes la naturaleza de los

episodios actuales (o del más reciente) puede ser especificada como sigue:
episodio más reciente hipomaniaco, episodio más reciente maniaco, [...]”.

De la misma manera que los trastorno depresivo mayor puede clasificarse como leve, moderado o grave, con o sin síntomas psicóticos, o bien con síntomas catatónicos, esto sólo si se cumplen todos los criterios de un episodio maniaco o mixto actualmente.

Si no se cumplen todos los criterios se puede clasificar como en remisión parcial o total. Si se cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor, puede clasificarse como crónico, con síntomas catatónicos atípicos.

O bien para especificar el patrón de los episodios puede clasificarse con, especificación de curso longitudinal, o con patrón estacional (esto último sólo aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores), o bien con ciclos rápidos.

1.2.3.2. Trastorno bipolar II

Este trastorno se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores acompañados de al menos un episodio hipomaniaco, en este caso no debe existir la presencia de un episodio mixto o maniaco.

Los síntomas deben provocar en el sujeto un malestar clínico significativo o bien provocar un deterioro social o laboral.

Para la clasificación se deben de utilizar diversas especificaciones como en el trastorno bipolar I, esto para indicar la naturaleza del episodio actual, de igual manera se clasifica en leve, moderado o grave, crónico, con síntomas catatónicos, melancólicos o atípicos.

De la misma manera deben de especificarse la longitud del curso, estacional o con ciclos rápidos.

1.2.3.3. Trastorno ciclotímico

Para poder clasificar el trastorno ciclotímico se deben de presentar numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y depresivos. Los síntomas hipomaniacos son insuficientes en número y en gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios de un episodio maniaco o episodio depresivo mayor (DSM-IV-TR, 2002).

Durante un periodo de dos años hay lapsos libres de síntomas que tienen una duración menor a dos meses. Y el diagnóstico ciclotímico sólo se establece si durante dos años se han presentados síntomas ciclotímicos y no se han presentado episodios depresivos mayores, maniacos o mixtos. Después de los dos años iniciales se pueden presentar este tipo de episodios y se superponen al episodio ciclotímico.

1.2.3.4. Trastorno bipolar no especificado

Esta clasificación incluye características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico, entre los síntomas maniacos y depresivos puede haber alteraciones muy rápidas, o bien

episodios hipomaniacos junto con síntomas depresivos crónicos y cuya frecuencia no es la suficiente como para clasificarlo como ciclotímico.

1.2.4. Trastorno de estado de ánimo

1.2.4.1. Trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica

En este tipo de trastorno existe un estado de ánimo alterado que debe sus efectos de manera directa a una enfermedad médica.

El tipo de síntomas predominante puede indicarse utilizando uno de los subtipos como son síntomas depresivos, con episodios similares a los depresivos mayores con síntomas maniacos o con síntomas mixtos. En la historia clínica se debe hacer referencia a que existe una enfermedad médica que provoca este estado, deben existir, de la misma manera, análisis de laboratorio para comprobar la existencia de la depresión.

Las enfermedades que pueden estar asociadas pueden ser nerviosas degenerativas como lo es el parkinson, algún tipo de patología vascular cerebral, enfermedades metabólicas, como puede ser una deficiencia de vitamina B12, enfermedades endocrinas, como el hiper o hipotiroidismo, enfermedades autoinmunes como el lupus, entre otros, etc.

El doctor Simón Brailowsky (2002, p.191), señala que:

“Entre las causas de la depresión encontramos el asma, las infecciones crónicas, la insuficiencia cardiaca, el cáncer, la diabetes, el SIDA, la desnutrición, la anemia, el síndrome premenstrual, la artritis reumatoide,

la colitis ulcerativa, los trastornos de la glándula tiroides (hipo o hipertiroidismo), la enfermedad de Alzheimer, la de Parkinson, el síndrome de fatiga crónica, etc.”.

De la misma manera, él propone que los estados maniacos pueden presentarse asociados a tumores cerebrales, infecciones como la neurosífilis, la encefalitis, la influenza, algunos trastornos metabólicos, la esclerosis múltiple, etc.

1.2.4.2. Trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias

De la misma manera que la clasificación se encuentra un estado alterado del ánimo que está provocado en este caso por el consumo de algún tipo de sustancia.

Entre las sustancias que pueden provocar un estado de ánimo depresivo se encuentran algún tipo de droga, medicamentos diversos, algún otro tratamiento para la depresión, o la posible exposición a algún tóxico.

El doctor Simón Brailowsky (2002), menciona que: “Entre las drogas que pueden causar depresión se encuentran los antihipertensivos, los antiparkinsonianos, los ansiolíticos, algunos anticonvulsivantes, las píldoras anticonceptivas, el alcohol, los corticoesteroides y otras hormonas, agentes antineoplásticos (los usados para combatir el cáncer), algunos sedantes, etc.” (p.191).

Así mismo los episodios maníacos pueden asociarse al consumo de drogas como las anfetaminas, la cocaína, los bromuros, la isoniazida y los esteroides.

Normalmente el estado de ánimo suele ser notablemente depresivo, con una disminución de interés o placer por las actividades que anteriormente realizaba.

Los síntomas pueden aparecer durante el periodo de intoxicación o bien por la abstinencia, y esta alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. Los síntomas pueden provocar malestar significativo en estas personas, afecta sus áreas laboral y social.

1.2.4.3. Trastorno de estado de ánimo no especificado

Se puede llegar a tener una confusión al momento de poder clasificar, ya que se puede enumerar como bipolar no especificado o bien depresivo no especificado ya que los síntomas no cumplen los criterios para algunos de los trastornos del estado de ánimo específico.

1.2.5. Especificaciones para describir el episodio más reciente

1.2.5.1. Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para los diferentes episodios

Estas especificaciones hacen referencia a la gravedad (leve, moderado, grave) de la depresión con o sin síntomas psicóticos.

La gravedad se determina en todos y cada uno de los episodios dependiendo la cantidad de síntomas que se presenten en la persona y el grado de incapacidad funcional y malestar que la persona refiera o denote.

En el caso de los episodios depresivos se considera leve cuando existen cinco o seis síntomas, en los episodios mixtos y maniacos se califican de la misma manera con solo tres o cuatro síntomas, en donde se presenta una capacidad funcional normal.

Para especificar un episodio como grave la persona debe presentar una incapacidad evidente y observable en sus funciones normales y de la misma manera, puede dañarse a sí misma o a los que le rodean, este criterio se utiliza para los episodios maniaco, depresivo mayor y mixto.

1.2.5.2. Especificaciones que describen rasgos del episodio actual éste puede encontrarse en remisión parcial o total

Para clasificar como crónico el episodio depresivo mayor, todos y cada uno de los síntomas se han presentado y cumplido por un periodo continuo durante al menos de dos años, también puede hacerse referencia a los trastornos bipolares I y II.

Especificaciones en síntomas catatónicos, puede aplicarse a episodios maniacos, depresivos mayores o mixtos, si éste es el episodio más reciente. Los síntomas son inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo, así como ecolalia o ecopraxia.

Para hacer referencia a las especificaciones melancólicas tiene que existir como episodio actual o más reciente mayor, o trastorno bipolar I o II. Los síntomas se encuentran entre la pérdida del placer en las actividades que desempeñaba anteriormente, falta de reactividad a los estímulos que antes solían ser placenteros, la depresión es peor por la mañana, enlentecimiento o agitación psicomotora, culpabilidad excesiva y cambios en los hábitos de sueño.

En la especificación de síntomas atípicos, puede aplicarse cuando los síntomas predominan durante dos semanas en un episodio depresivo mayor, en un trastorno depresivo mayor, o bien en un trastorno depresivo bipolar I o II, cuando el episodio mayor es el tipo más reciente o bien cuando los síntomas predominan durante los dos últimos años de un trastorno distímico. Para clasificarlo así se necesitan de dos o más de los síntomas siguientes, aumento significativo de apetito, hipersomnias, abatimiento (sentir las piernas o brazos pesados) y rechazo interpersonal.

1.2.5.3 Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes

Las especificaciones longitudinales, esto es como se va desarrollando a través del tiempo el episodio del que se está hablando, puede tener 4 modalidades según el DSM-IV-TR (2002, p.474).

- a) Recidivante, con recuperación interepisódica total, sin trastorno distímico.
- b) Recidivante, sin recuperación interepisódica total, sin trastorno distímico.

- c) Recidivante, con recuperación interepisódica total, superpuesto a un trastorno distímico.
- d) Recidivante, sin recuperación interepisódica total, superpuesto a un trastorno distímico”.

1.3. Teorías de la depresión

Desde la postura de este trabajo de tesis, no es posible aislar a la depresión y definirla con una sola teoría, la depresión no sólo es resultado de la interacción entre características biológicas o fisiológicas, sino que también engloban a las situaciones que este individuo presenta, así como sus experiencias y el momento que está viviendo, por lo cual es necesario hacer mención a las teorías más sobresalientes que existen.

Se encuentran diversas teorías acerca de la depresión, así como también, enfoques desde los que la definen. Para entenderlo mejor se ahondará un poco en algunas de las teorías que explican a la depresión.

Por ejemplo, la teoría psicoanalítica o psicodinámica, hace mención del inconsciente, del dolor, de la tristeza, el duelo y la melancolía, como se mencionó en las definiciones de la teoría psicoanalítica en el primer apartado.

La teoría cognitiva se ocupa de los procesos del pensamiento que pueden llegar a ser contraproducentes tanto para la persona deprimida como para las personas que lo rodean y, también, hace referencia de cómo la gente deprimida actúa con sus semejantes. Por otro lado la

teoría fisiológica se enfoca en la revisión del sistema nervioso central a nivel neuroquímico, entre otras.

1.3.1. Teoría psicoanalítica de la depresión

Freud en su ensayo duelo y melancolía habla sobre el potencial depresivo que se desarrolla al principio de la niñez. Desde el punto de vista de Sarason y Sarason (1996), acerca de la teoría de Freud, la melancolía como él la llamaba, es una aflicción confusa y excesiva, que con frecuencia no tiene relación con el entorno y al parecer no tiene justificación.

Según la teoría de Freud, las necesidades del niño en la etapa oral pueden ser insuficientes o excesivas, lo que provoca una fijación en la fase oral y dependa de gratificaciones. Con este estancamiento de la maduración sexual y fijación en esta etapa, la persona puede desarrollar una tendencia a depender de otras personas para mantener su autoestima. Esto también puede generar para la persona en un continuo auto-reproche, culpabilidad y depresión.

Por otra parte, se descubrió que los individuos deprimidos generan gran cólera, ira y hostilidad expresada o canalizada a las personas cercanas Weissman, Klerman y Peykel, (1971, citado por Davison, 2000, p.278). La gente suele rechazar a las personas deprimidas, lo cual genera aun más depresión, según diversos autores de otras teorías o corrientes.

John Bowlby (1980 citado por Sarason y Sarason, 1996, p.302), psicoanalista británico hizo énfasis en la importancia de la pérdida o de la separación durante la niñez en desarrollo posterior. Él pensaba que las causas de estos sentimientos no van solos, sino que se desarrollan a partir de patrones a largo plazo de la interacción familiar.

Hasta este momento las teorías indican que debe de existir una pérdida del objeto para poder sentir depresión, sin embargo, no todas las personas perdieron un padre, o sufrieron de un desprendimiento afectivo en la niñez, y aun de esta manera sienten depresión, por lo cual Davison (2000), explica que fue necesario proponer un concepto de “pérdida simbólica” a fin de modificar la formulación teórica que se había llevado hasta el momento en la teoría psicodinámica.

1.3.2. Teoría cognitiva de la depresión

Esta es la teoría que actualmente es más aceptada para describir y definir la depresión. La base de esta teoría radica en que el mismo hecho puede afectar a dos personas de manera completamente diferente y esta diferencia radica, en que cada persona considera el suceso dependiendo de los conocimientos previos que cada una tiene de éste. Se ha observado que los procesos cognitivos de manera decisiva en la conducta emocional tienen sus raíces en determinadas ideas y creencias (Davison, 2000).

Beck manifestaba que la depresión es más un trastorno en el pensamiento que un trastorno en el estado de ánimo. En las

definiciones de este trabajo, se hace mención acerca de la teoría de Beck, en este apartado se ampliará más de esta teoría.

“Aaron Beck [...], es autor de una de las mas importantes teoría contemporáneas sobre depresión, que supone que los procesos de pensamiento son factores causales de la misma.

Su tesis básica es que los individuos deprimidos se sienten así por que cometen errores característicos del razonamiento. [...] en la niñez y la adolescencia, los individuos deprimidos han adquirido un esquema negativo, sea a través de la pérdida de un progenitor o una sucesión interminable de tragedias, rechazo social de los compañeros, crítica de los maestros, o actitud depresiva de uno de los padres.

[...] Los esquemas negativos que han adquirido los individuos deprimidos, son activados siempre que se encuentran con nuevas situaciones que de algún modo (tal vez sólo remotamente) se manejan las circunstancias en que se aprendieron los esquemas.

Por otra parte, los esquemas negativos de los depresivos apoyan (y a su vez son apoyados por ciertas distorsiones cognoscitivas que dan lugar a estas personas perciban equivocadamente la realidad. Por tanto, un esquema de ineptitud puede hacer que los depresivos piensen que fracasarán la mayoría de las veces, [...]” (Davison, Neale. 2000, p.278-279).

Él menciona que una persona deprimida malinterpreta los hechos en forma negativa, y se concentra en los aspectos negativos de cualquier situación que se presente, además de presentar expectativas negativas y pesimistas del futuro. De la misma manera las personas deprimidas se comparan con otras constantemente, lo que influye en la autoestima. *Es muy probable que los pensamientos negativos sean solo el resultado de la depresión y no su causa.*

En su teoría supone Beck que las reacciones emocionales dependen de cómo la persona estructura su mundo, sus ideas y sentimientos. Él pensaba que las ideas de las personas no concuerdan con lo que la mayoría de las personas perciben del mundo, para él las personas depresivas son víctimas de sus propios juicios ilógicos con respecto a ellos mismos.

Por otro lado, Lobiz y Post, (1979, citado por Davison, 2000, p.280), sostienen que, “existen otras investigaciones que contradicen la afirmación siempre está deformada en la gente depresiva. Por ejemplo, las expectativas de éxito en verdad son más realistas en depresivos que en personas normales, quienes suelen ser demasiado optimistas”. Por lo tanto, los depresivos se presentan como pesimistas, no siempre sufren de deformaciones cognitivas, sin embargo esto no causa el trastorno.

A los esquemas negativos Beck les llamó triada negativa que consiste en ideas negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro.

1.3.3. Teoría biológica de la depresión

Esta teoría supone que la causa de la depresión se encuentra en un mal funcionamiento fisiológico o bien puede tener una base genética o hereditaria.

1.3.3.1. Aspectos bioquímicos de la depresión (neurotransmisores)

Se piensa que la depresión puede ser causada por algunos neurotransmisores en algunas regiones específicas del cerebro. Según

Joseph y Seymour (1967, citado por Rosenzweig, Leiman, 1992, p.665), que ellos la denominan *hipótesis monoaminérgica de la depresión*, según este enfoque, la depresión está asociada con una disminución en la actividad simpática de las conexiones que emplean noradrenalina y serotonina, esta disminución es característica de los sistemas hipotalámicos y del sistema límbico.

El doctor Simón Brailowsky (2002), pensaba que la depresión es causada: “[...] al menos en parte, por desequilibrios en la regulación de ciertos neurotransmisores, en particular las catecolaminas (noradrenalina, dopamina) y la serotonina” (p.192).

Desde el punto de vista de Pasantes Herminia (2003), señala que:

“Una de las primeras pruebas en favor de que la manipulación de que las catecolaminas podría conducir a cambios en el comportamiento emotivo, provino de las observaciones sobre los efectos de la isoniazida. Este compuesto tiene un efecto inhibitorio sobre una de las principales enzimas que metabolizan las aminas: la **monoaminoxidasa** (MAO). Las enzimas son proteínas que transforman las moléculas más pequeñas, que son eliminadas. En el caso de las catecolaminas, estas enzimas son dos: la monoaminoxidasa y la **catecol ortometiltransferasa** (COMT)” (p.52).

“Otros neurotransmisores que se cree que tienen papel en la depresión incluyen el **ácido gamma aminobutírico (GABA)**, que parece inhibir la acción de los neurotransmisores y se encuentran con mucha regularidad en el sistema nervioso central, y la **acetilcolina**, que se ubica en los sistemas nerviosos central y periférico y puede ser ya sea un inhibidor o un estimulador de la transmisión de neuronas” (Sarason, Sarason, 1996, p.294).

Existe tratamiento para este trastorno, como pueden ser los antidepresivos que se clasifican en tres grupos los heterocíclicos, inhibidores de la aminooxidasa y los no heterocíclicos o atípicos. Estos pueden presentar cambios de 7 a 14 días posterior a aplicar el tratamiento, por lo cual a veces los pacientes dejan de tomarlo por no sentir mejorías prontas. El litio también es utilizado como tratamiento por lo general para el trastorno bipolar.

Otra de las terapias utilizadas es la electroconvulsiva (TEC), que es el paso de corriente de entre 70 y 130 voltios por la cabeza del paciente, colocando electrodos en cada uno de los lados de ésta. El TEC provoca descargas masivas en las neuronas de gran parte del cerebro, activa el sistema nervioso autónomo, libera secreción de glándulas. Este proceso puede tener como consecuencia la pérdida de memoria normalmente temporal y puede alentar el proceso de aprendizaje. Este proceso es la última medida a tomar si los antidepresivos no tienen efecto, ya que no se conocen con certeza las consecuencias de este proceso.

1.3.3.2. Estudios hormonales

Desde el punto de vista de Davison (2000), numerosos estudios sugieren la participación del sistema neuroendocrino en la depresión. El área límbica está ligada a las emociones y también afecta al hipotálamo, a su vez éste afecta a varias glándulas neuroendocrinas y por consecuencia a diversos niveles hormonales. Las diversas hormonas secretadas por el hipotálamo afectan también a la glándula pituitaria y las hormonas que ésta produce. Se piensa que el eje hipotalámico-pituitario suprarrenal tiene influencia sobre actividad durante la depresión.

De la misma manera, se habla del cortisol (hormona adrenocortical) y sus niveles altos en personas depresivas. “[...] el eje hipotalámico-pituitario-tiroide se cree podría relacionarse con el trastorno bipolar” (Davison, 2000, p.292).

Según Kallin y Dawson, (1986, citado por Rosenzweig, Leiman, 1992, p.669), sostienen que:

“Otros sistemas hormonales explorados en la búsqueda de marcadores para la depresión son la hormona del crecimiento y las hormonas tiroideas. En algunos estudios los pacientes deprimidos han mostrado secretar el doble de hormona de crecimiento, [...] Parte de esta deficiencia puede atribuirse a los alterados patrones del sueño característicos de los pacientes deprimidos [...] Tanto el hipo como hipertiroidismo han sido asociados con cambios afectivos [...]”.

1.3.3.3. Herencia, genética y género

Suponen los teóricos que la probabilidad de desarrollar un trastorno de este tipo es menor si la persona no tiene parientes cercanos a quienes les hayan diagnosticado un trastorno de este tipo. “Los estudios de las familias también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, es más probable que sus parientes también experimenten periodos de depresión” (Weissma, 1984, citado por Sarason y Sarason 1996, p.294).

Gershon (1988, citado por Sarason y Sarason, 1996, p.293-294), señala que: “[...] aquellas personas que tienen parientes con un diagnóstico bipolar es casi tres veces más probables que desarrollen una

depresión grave, que aquellas que no tienen ningún familiar con este diagnóstico [...]”.

Por ejemplo “la depresión grave, o mayor, es una de las alteraciones psíquicas más frecuentes: se observa entre el 5 y 10% de la población general, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres [...]” (Brailowsky, 2002, p.191).

Hay otras teorías con diferencias en el sexo, Rosenzweig, Leiman (1992), mencionan que según esta idea, la depresión es un trastorno heredado ligado al cromosoma X lo que atañe a más mujeres, sin embargo, los familiares no presentan una tasa de depresión como se pensaría ligada a este cromosoma.

1.3.3.4. Ritmos biológicos

La depresión según desde este punto de vista está ligado a las ritmos circadianos y estacionales, y como se alteran en las personas ya que éstos controlan varias funciones biológicas, algunas de éstas, son la temperatura corporal y la actividad durante el sueño. Cuando estos ritmos pierden su ritmo o sincronización se producen cambios en la persona, como por ejemplo el sueño se prolonga o dura menos.

“[...] para muchas personas el invierno parece convertirse en un periodo de descenso que puede traer una profunda depresión. En algunas de estas personas, la depresión invernal alterna con la manía en verano. En invierno las personas afectadas se sienten deprimidas, se enlentecen suelen dormir más y comen en exceso. Con la llegada del verano están alegres, enérgicas, activas y adelgazan. El síndrome aparece predominantemente en mujeres y

suele presentarse al inicio de la edad adulta” (Rosenzweig, Leiman, 1992, p.667).

1.3.4. Teoría interpersonal de la depresión

Esta teoría menciona que las relaciones que mantiene la persona deprimida, son pocas y poco eficaces. Esta teoría sostiene que, “Tal vez la gente deprimida posee escasas habilidades sociales” (Lewinsohn, 1974, citado por Davison 2000, p.287).

Coyne (1976, citado por Davison, 2002, p.288), “sugiere que la gente deprimida provoca reacciones negativas en otras personas”, también se piensa que las personas depresivas tienen un estilo interpersonal aversivo que provoca el rechazo de los demás.

1.3.5. Teoría humanista-existencial

Los teóricos existenciales mencionan a la depresión como una falta o pérdida de la autoestima. Como se mencionó en la teoría psicodinámica, existía una pérdida y a veces sólo simbólica, en este caso puede ser poder, dinero, rango social, jerarquía, entre otros, pero para esta teoría la pérdida no es tan importante como el cambio que se genera en la autoevaluación como resultado de esta pérdida.

Carl Rogers creía que probablemente la depresión surgiera cuando la diferencia entre el yo ideal y el real se hacía tan grande que el individuo no puede tolerarlo. Esto suele suceder cuando la persona tiene aspiraciones demasiado grandes y tratan de cumplir con varios roles o papeles al mismo tiempo, esto puede suceder con las mujeres de hoy en

día, las cuales se desempeñan en varios roles al mismo tiempo y tienen que cumplir con todos y cada uno de ellos, esto posiblemente cree en ellas estrés y sentimientos depresivos y probablemente una depresión clínica.

1.3.6. Teoría conductual (del aprendizaje) de la depresión

Esta teoría va enfocada al reforzamiento de las conductas o parte de ellas. Existen diferentes autores que dan su punto de vista acerca de las conductas que han sido reforzadas en las personas deprimidas.

Por ejemplo, Sarason y Sarason (1990), mencionan que:

“Los teóricos del aprendizaje ven la depresión como una función del reforzamiento inadecuado o insuficiente, o como una falta de congruencia o relación entre el reforzamiento y determinadas clases de conducta. [...] Específicamente la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto la depresión como una función de la poca frecuencia del reforzamiento social, que incluye dinero, prestigio y amor” (p.277).

La “terapia” que los teóricos proponen desde este punto de vista es el *entrenamiento de habilidades sociales*, este entrenamiento consta de cuatro partes.

- 1) Se señala al paciente las habilidades sociales verbales y no verbales del comportamiento deseado en la sociedad
- 2) Se le asigna al paciente una “tarea” la cual es adaptar la habilidad de manera que sea útil para su entorno cotidiano

- 3) Se entrena al paciente para que sea más perceptivo acerca de las señales que dan otras personas
- 4) El paciente aprende a adoptar criterios realistas para el desempeño y se les enseña a ser su reforzador propio.

1.4. Escalas para medir depresión

Las siguientes escalas son sólo una muestra de otros instrumentos que pueden ser utilizados como herramientas para medir una de las variables de esta investigación (depresión), sin embargo como todo instrumento, éstos presentan ventajas y desventajas las cuales serán mostradas en este apartado junto con una pequeña descripción de las mismas.

Al igual que se muestra en el Capítulo 2, por las desventajas de éstas escalas se decidió que para este trabajo de investigación la mejor opción de instrumento es el Inventario MMPI-2.

1.4.1. Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D)

La escala de HAM-D, creada por Hamilton en 1960, es una escala que consiste en obtener una medida del estado depresivo.

“Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias” (Purriños, s.f.).

Sánchez Pérez y López Cárdenas, mencionan lo siguiente en su artículo de la revista Salud Mental (2005): este instrumento es el de mayor uso para evaluar la depresión, considerándose la escala-patrón de todas las escalas de su tipo. Éste no es un instrumento de diagnóstico y debe utilizarse solamente una vez que se ha establecido el diagnóstico de depresión, para evitar que otras patologías puedan influir en la evaluación final. Se considera a este instrumento como idóneo para la evaluación de las formas graves de depresión. Es también lo suficientemente sensible como para permitir apreciar el cambio de puntuación durante el tratamiento con antidepresivos.

La versión original constaba de 21 reactivos, sin embargo, a través de una revisión se redujo el número de reactivos a 17. Cada uno de los reactivos tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52 puntos como máximo.

El punto de corte según Sánchez Pérez y López Cárdenas, es el siguiente: una puntuación igual o superior a 25 corresponde a una depresión grave, una puntuación entre 7 y 17 corresponde a una depresión moderada, y valores inferiores son indicativos de la ausencia o remisión del trastorno (2005).

1.4.2. Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

El Inventario de ansiedad de Beck se desarrolló en el año de 1961 y se encontraba compuesto por 21 ítems. Esta escala fue desarrollada con el fin de evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión y

poseer un instrumento fiable que tuviera la capacidad de discriminar la ansiedad de la depresión.

Este instrumento contiene frases autoevaluativas que el entrevistador lee al paciente para que éste seleccione la que mejor se adapte a su situación, sin embargo, posteriormente su uso se ha generalizado como escala autoaplicada, y en la actualidad es una de las escalas más socorridas para medir la depresión. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y colaboradores (1975).

Como hace referencia la Asociación Española (s.f).

“En 1979 Beck y cols. dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991) siendo ésta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, el Beck Depresión Inventory-II o BDI-II, del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano [...]”.

Se le pide al sujeto que evalúe qué tanto ha padecido cada uno de los síntomas durante la semana anterior hasta el momento de la aplicación de la escala y asigne un valor a cada una de las cuestiones.

La puntuación de cada ítem va de 0 a 3, y tiene como puntuación máxima 63. Para la calificación, los puntos obtenidos se suman para obtener la puntuación total. Posteriormente esta puntuación se coloca dentro de una escala, que define el nivel de ansiedad que padece el sujeto que contestó la escala.

Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad son los siguientes: No depresión: 0-9 puntos. Depresión leve: 10-18 puntos. Depresión moderada: 19-29 puntos. Depresión grave: 30 puntos o más.

Una de las desventajas que posee este instrumento es que al ser un cuestionario autoaplicado, puede resultar complicado de responder para las personas que tienen una alfabetización o nivel cultural bajo, por lo tanto esto podría afectar en los resultados obtenidos. Este dato debe ser tomado en cuenta al momento de aplicar, calificar e interpretar.

El tiempo que requiere la aplicación de éste varía entre 10 y 15 minutos. Puede ser aplicado a adolescentes desde los 13 años. Su aplicación puede ser individual, colectiva o de autoaplicación.

1.4.3. Escala de Autoevaluación de Zung para Depresión (EZ-D)

Esta escala puede ser aplicada individual, colectiva además puede ser autoadministrada, fue desarrollada por Zung en el año de 1965.

Esta escala se encuentra compuesta por 20 frases o enunciados relacionados con la depresión, formuladas la mitad de manera positiva y la otra mitad negativa. En estos enunciados tienen un gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos para síntomas psicomotores.

El individuo debe determinar su respuesta en cuanto a la intensidad y no solo la frecuencia de los síntomas. Para contestar y para calificar se utiliza una escala de 4 puntos como máximo para cada enunciado, se puntúa con 1 (raramente o nunca), 2 (algunas veces), 3 (muchas veces), hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). Se contesta tomando el estado de ánimo de 3 semanas anteriores, hasta el momento actual.

Para cada uno de los ítems se puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 a 80 puntos. El resultado es la suma de lo obtenido en cada uno de los enunciados. Existen varios puntos de corte, por lo que uno de los que se propone es el siguiente: de de 0 a 28 sin depresión, de 29 a 41 presenta una depresión leve, de 42 a 53 presenta una depresión moderada y con una puntuación mayor o igual a 53 el sujeto presenta un depresión grave (Díaz, Campo, Rueda, Barros. 2005).

1.4.4. Escala de Montgomery-Asberg (MADRS)

Por último se presenta la escala de Montgomery-Asberg (MADRS) la cual “Es un instrumento muy útil, válido y fiable para evaluar la depresión. Constituye un apoyo para confirmar la sospecha de diagnóstico. Es especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo, si se pasa con intervalos de tiempos diferentes” (Sánchez Pérez, López Cárdenas, 2005).

Esta escala fue traducida y adaptada al castellano por Conde y Franch (1984), fue posteriormente validada por Martínez R. y colaboradores (1991).

Es una escala heteroaplicada de 10 ítems que evalúan sobre todo síntomas cognitivos y de alteración del estado de ánimo. Debe ser complementada con una entrevista clínica por parte de personal médico, psiquiátrico o psicológico.

Para cada ítem la escala contempla 7 niveles de intensidad y gravedad, puntuados de 0 a 6, de los cuales cuatro (0-2-4-6) están predefinidos y los tres restantes (1-3-5) se reservan para situaciones intermedias en las que no es posible asignar con claridad el grado de intensidad sintomática a alguno de los niveles anteriores.

El entrevistador selecciona, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje la situación clínica actual del paciente, debe optar por los puntos intermedios cuando sea difícil el elegir entre una u otra de las opciones predefinidas. La puntuación total se obtiene de la suma los valores de las opciones seleccionadas, siendo el rango de valores posibles entre 0 y 60.

La escala fue diseñada específicamente para evaluar los cambios en la intensidad y severidad de la sintomatología depresiva, lo que implica su aplicación repetida a pacientes con diagnóstico clínico de depresión, siendo la variación en la puntuación el dato relevante.

No existen, en la actualidad puntos de corte universales, sin embargo, se ha propuesto lo siguiente: Normalidad de 0-6 puntos, Depresión leve: de 7-19 puntos, Depresión moderada: de 20-34 puntos y por último, Depresión grave: 35 puntos hacia arriba.

CAPÍTULO 2
ANSIEDAD

En este capítulo se plasman los diferentes aspectos por los que está conformada la ansiedad, desde su definición, hasta las teorías que hablan acerca de ella, destacando los puntos más importantes para el desarrollo de este trabajo de tesis.

2.1. Definición

Existen diversas definiciones para la ansiedad, dependiendo del punto de vista, teoría o corriente desde la que se vea o que cada autor tenga para definir el término, por lo que en un principio de este capítulo se darán diferentes definiciones, así mismo, se tomará en cuenta la corriente o teoría en la cual se basa el autor para poder definirla, posteriormente se hará una comparación con el Inventario Multifásico-2 de Personalidad el cual es utilizado para la realización de este trabajo de tesis y al mismo tiempo para lograr la convergencia de los términos para la ansiedad.

En sus teorías, algunos autores manejan el término ansiedad o angustia de la misma manera y en algunas de las definiciones se hará notar este hecho. Sin embargo, El Gran Libro de la Salud (1971), marca las siguientes diferencias entre ambas:

“Son manifestaciones subjetivas, muy penosas, que traducen el estado de miedo o terror, de que algo irremediable se avecina. Etimológicamente la expresión de ansiedad figura como una sensación de expectación temerosa más concreta o consciente; mientras que la angustia es una sensación

física más intensa que parte de indeterminado órgano (dolor, constricción, sufrimiento), aunque por ser mucho más vaga, también puede partir de una simple aprensión o de una molestia banal. Ahora bien, si en la ansiedad puede faltar el componente físico, en la angustia es imprescindible para su motivación. Puede tener una localización definida, en la boca del estómago o en la región precordial, puede acompañarse de un dolor constrictivo de una evidente dificultad respiratoria. [...]” (p.113).

Al investigar las raíces de los términos “ansiedad” y “angustia” se pueden retomar términos del latín o griego de los que menciona la Licenciada Virues Elizondo (2005), en los siguientes párrafos:

“El término *ansiedad*, proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

Angustias, así como "angor", "angina", provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren indudablemente a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza. La angustia es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo amenazante. Este temor se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y definido (objeto o situación). Según su origen, la angustia puede presentarse de diferentes maneras.

Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es

errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica.

Es decir que, la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas la angustia patológica, antes llamada neurótica, es de medida y persistente, planeando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre”.

En las definiciones anteriores se puede apreciar la referencia a la ansiedad y a la angustia como dos términos que, si bien tiene semejanzas no son iguales. Entre ellos existen diferencias en síntomas físicos y psicológicos. Por ello, estos autores consideran prudente hacer una clara diferencia entre ambos términos. En lo que si coinciden todos los autores que definen a la ansiedad y a la angustia, es que éstas generan sufrimiento al sujeto y pueden llegar a incapacitarlo.

Otra definición hace referencia a la ansiedad como sinónimo de angustia, al no haber diferencia alguna entre ambas (desde el punto de los siguientes autores). El término fue rescatado del Diccionario de Psicología (2002), que señala:

“Sentimiento vital asociado a situaciones apuradas, a tensiones psíquicas, a desesperación, que presenta la característica de pérdida de la capacidad de dirigir voluntaria y razonablemente la personalidad. Se considera también la angustia como un sentimiento o afecto originado por el instinto de protección contra el peligro, que provoca una perturbación del ánimo elemental, en parte de un modo agudo y brusco (emparentado con el susto) y en parte en una forma lenta, continuada y atormentadora.

[...] Se dice a veces angustia en el sentido de miedo, pero en éste es bien conocida la causa del sentimiento, que tiene una explicación racional [...] Las recientes teorías de la personalidad relacionan la angustia, por lo general, con asociaciones entre estímulos neutrales y estímulos dolorosos o amenazantes. Tales asociaciones, que pueden tener su origen en situaciones de peligro o en traumas, revisten especial importancia cuando se generalizan. La predisposición a la angustia como rasgo de la personalidad se explica en estas teorías por la acumulación y fuerza de experiencias de este tipo, y quizá también por la excitabilidad constitucional” (p.43).

Según el Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas (1985, p.104), la ansiedad es: “La sensación de aprensión, incertidumbre o tensión originada por el presentimiento de una amenaza real o imaginaria, manifestada a veces por taquicardia, palpitaciones, sudoración, respiración alterada, temblores e incluso parálisis”.

Otro diccionario de Medicina refiere lo siguiente acerca de la ansiedad:

“Estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse. Este estado puede ser consecuencia de una respuesta racional a determinada situación que produce tensión, [...] o una preocupación general sobre las incertidumbres de la vida. Cuando no se basa en la realidad y cuando es tan grave que incapacita para desarrollar las actividades diarias de la vida, constituye un estado patológico. [...]” (Diccionario de Medicina Océano Mósby, 2002, p.79).

En la enciclopedia electrónica especializada de Wikipedia (2007), también incluye una definición al término:

“La ansiedad es una emoción de los seres humanos y otros animales, que tiene por objeto un incremento de la activación fisiológica para ponernos en alerta ante posibles amenazas externas y movilizarnos hacia la acción para sortear dichas amenazas, y que sin duda ha sido fundamental para la supervivencia de nuestra especie. Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinados peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana”.

Según M. Klein (1932, citado por Segal, 1987, p.121), define a la ansiedad cómo: “Respuesta del yo a la actividad del instinto de muerte. Cuando el instinto de muerte es reflexionado, la ansiedad toma dos formas principales: paranoide y depresiva”.

Kaplan y Sadock (1992), proporciona la siguiente definición de ansiedad:

“Debido a las ventajas que supone para la propia supervivencia el responder con ansiedad ante determinadas situaciones amenazantes, se puede hablar de ansiedad normal frente a ansiedad anormal o patológica. Por ejemplo, la ansiedad es normal en un niño asustado por la posibilidad de una separación de los padres...”

La ansiedad es un acompañante normal del crecimiento, de los cambios, de la experimentación de cosas novedosas, y del hallazgo de la propia identidad y del sentido de la vida... Por el contrario. La ansiedad patológica

es una respuesta inapropiada a un estímulo concreto en base a su intensidad o duración” (p.588).

La definición que Harrison (2002), proporciona es la siguiente: “La ansiedad es definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria o ser una reacción de la misma” (p.2975).

A pesar de que la definición siguiente es una de las más antiguas (retomadas para este trabajo), en este caso se observa cómo el paso del tiempo no ha provocado una mayor variante en la definición de ansiedad, así como las características se mantienen y perduran a través de los años:

“La ansiedad es un sentimiento penoso nacido de la expectación ante un peligro indefinido e inminente. Se trata de un verdadero estado de alerta de una vigilancia dolorosa, que culmina en una crisis de angustia. Esta última designa y comporta la existencia de manifestaciones neurovegetativas: opresión torácica, dificultad de respiración, palpitaciones, sudores fríos, [...] La ansiedad y la angustia que aparentemente carecen de objeto y de contenido concretos deben distinguirse del miedo natural que aparece ante un peligro conocido y reconocido concientemente como tal. Sin embargo, el miedo puede en el sujeto ansioso llegar a ser anormal por razón de la desproporción entre una manifestaciones y su causa” (La psicología del niño de la A a la Z, 1986, p.21).

Para Rosenzweig y Leiman (1992, p.669), la ansiedad se define de la siguiente manera, sin que haya grandes diferencias con las anteriores:

“Para algunos este estado adquiere una intensidad arrolladora, incluyendo miedos irracionales, sentimientos de terror, sensaciones corporales atípicas, como vértigo, dificultad para respirar, temblores, estremecimiento y sentimiento de pérdida de control. Para otros, la ansiedad aparece en forma de súbitos ataques de pánico que son impredecibles y duran minutos u horas. La ansiedad puede ser letal”.

Tras conocer algunas definiciones, ahora se las puede comparar con en Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2) respecto a la escala de contenido de ansiedad (**ANS**), así mismo de la escala suplementaria correspondiente (**A**).

En la escala **ANS** Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán (2003), mencionan las características que mide la escala y que se distingue por tener síntomas y percepción de desadaptación o en todo caso de su pensamiento, por lo tanto, refiere alteraciones que el sujeto experimenta internamente.

Con esta escala las puntuaciones altas refieren tensión, problemas somáticos (palpitaciones, taquicardias o falta de aire), dificultades para concentrarse, para conciliar el sueño y constantes preocupaciones. Posiblemente estos sujetos experimenten dificultades para tomar decisiones y pueden percibir la vida como una constante dificultad. Un rasgo importante es que estas personas logran percatarse y ser concientes de sus propios síntomas y problemas.

Lo anterior hace referencia a muchas de las definiciones ya mencionadas, por lo que se puede apreciar que el inventario utilizado en

esta investigación, es muestra de un buen instrumento capaz de medir estos síntomas.

En cuanto a la escala de contenido **A** (ansiedad), Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán (2003), la correlacionan con otras sub-escalas, en especial con la escala **Pt** (psicastenia) por los síntomas que ambas detectan. Los individuos con puntuaciones altas en esta última, presentan los siguientes síntomas:

“[...] síntomas de ansiedad, tensión, falta de habilidad para funcionar, falta de eficiencia en el manejo de situaciones cotidianas y por lo tanto admiten tener numerosos síntomas psicológicos. Son personas que se caracterizan por sentirse ansiosas e incómodas, son pesimistas y apáticas, por lo que por lo general se alejan de las personas que las rodean, debido a que son temerosas, y les falta confianza en sus capacidades; tienden a ser muy cautelosas, dudan para tomar decisiones [...] son personas sumisas, complacientes, sugestionables y conformistas, [...] en situaciones estresantes llegan a sentirse confundidos, se desorganizan y no logran adaptarse a las circunstancias. [...]” (p. 139).

De lo mencionado por Lucio y León se puede concluir que tanto **A** como **ANS**, son escalas que refieren síntomas de ansiedad con una gran concordancia con las definiciones de diversos autores. Haciendo referencia a **A** como síntomas somáticos y **ANS** refiriéndose a síntomas más “emocionales” (problemas en relaciones interpersonales, temores, y poca confianza en si mismos, entre otros).

Tabla 2.1 Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica

Hombres	Prevalencia de trastornos de ansiedad por sexo (alguna vez en la vida)	Mujeres
1.30%	Trastorno de pánico	2.90%
1.00%	Agorafobia sin pánico	3.80%
3.80%	Fobia social	5.40%
4.00%	Fobia específica	9.80%
0.70%	Ansiedad generalizada	1.60%
1.90%	Postraumático	3.30%
9.50%	Cualquier desorden de ansiedad	18.50%

Fuente: INP RFM, Conacyt y Pfizer, noviembre 2003.

Aunque no es materia del presente trabajo, es importante hacer notar que, en cualquier tipo de trastorno de ansiedad en México (2003), prevalece la ansiedad en la población femenina del país, sin que ello reste importancia a la presencia del fenómeno en la población masculina.

2.2. Clasificación de la ansiedad

Para comenzar a estudiar la ansiedad es necesario, aparte de conocer las diferentes definiciones, es necesaria la clasificación de la ansiedad que se encuentra inscrita en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002), en el apartado de los *Trastornos del estado de Ansiedad*. Esta sección describe la clasificación que existe para este trastorno:

- Crisis de angustia (panic attack)
- Agorafobia
- Trastorno de angustia (panic disorder)
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Fobia específica (antes fobia simple)
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

2.2.1. Crisis de angustia (panic attack)

La clasificación del DSM-IV-TR (2002, p.478), menciona: “La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real [...]”.

Según la clasificación que el DSM-IV-TR (2002), existen tres tipos de crisis de angustia que pueden ser:

- *inesperadas* (no relacionado con estímulos situacionales o ambientales).

- *situacionales* (desencadenado por estímulos ambientales, aparece durante o antes de la exposición del desencadenante situacional).
- *predispuestas por una situación determinada* (son similares a las crisis situacionales, sin embargo no siempre aparece inmediatamente después de estar expuesto a la situación).

Cada uno de estos tipos de angustia puede estar relacionado con el inicio de la crisis y la presencia o ausencia de desencadenantes situacionales, que pueden ser internos o externos.

Para diagnosticar el trastorno de angustia se requiere la presencia de crisis de angustia inesperadas y recurrentes, que se convierten después de un tiempo en situacionales o predispuestas a algún tipo de evento. Sin embargo, para determinar el diagnóstico de crisis de angustia es importante considerar y conocer el contexto en el que aparece.

“Los indicadores de los trastornos de pánico son similares a aquellos de los trastornos de ansiedad generalizada, excepto que son más intensos y casi siempre comienzan de manera repentina. Sin embargo existen diferencias entre el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico en sus factores de riesgo, los índices de ocurrencia y las relaciones familiares” (Weissman, 1990, citado por Sarason y Sarason, 1996, p. 158-159).

Sarason y Sarason (1996, p.159), mencionan que:

“Las personas con trastornos de pánico quizá no se sientan ansiosas todo el tiempo. En vez de ello, sufren de ataques de ansiedad sin ninguna anticipación que vuelven a aparecer después de ciertos periodos (tal vez

días) de funcionamiento normal [...]. Los ataques de pánico varían en duración de unos cuantos segundos a muchas horas e incluso días. También difieren en severidad y el grado de incapacidad que representan”.

En cuanto a los síntomas que se presentan, el DSM-IV-TR (2002), menciona:

“Aparición temporal y aislada de miedo a malestares intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca (sic)
2. sudación
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo, falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones” (p.480).

Sarason y Sarason (1996, p.159), citan a Robins y Regier (1991), quienes mencionan que “el trastorno de pánico es mucho menos frecuente en la población en general que los otros trastornos de ansiedad”.

Al parecer, afecta en mayor número a mujeres que a hombres, así como a personas de menor edad, que a ancianos. Es más probable que el trastorno de pánico se presente entre familias. Algunas veces, los estados de pánico pueden manifestarse o acompañarse de periodos de desorganización psicopática, en los cuales existe una capacidad reducida para analizar la realidad. Estas personas son más propensas que la población normal a tener pensamientos suicidas.

Un alto porcentaje de personas que presentan ataques de pánico desarrollan agorafobia.

Por investigaciones recientes se conoce que las personas que experimentan este tipo de ataques se llegan a percibir a sí mismas con impedimentos de salud física, bienestar emocional o funcionamiento ocupacional y financiero (Sarason, Sarason, 1996).

2.2.2. Agorafobia

Davison (2000), señala que:

“Como síndrome complejo, la agorafobia (del griego *agora*, lugar de reunión, mercado) es un conjunto de temores en torno a los lugares públicos y la incapacidad de escapar o encontrar ayuda, en caso de que dar súbitamente inhabilitado el individuo. Una frecuente parte de la agorafobia son los temores a ir de compras, hallarse multitudes y viajar” (p.170).

Por otro lado, el mismo Davison (2000), reitera:

“La agorafobia es la fobia más frecuente [...] y constituye casi el 60 por ciento de todas las fobias examinadas. La mayoría de los agorafóbicos son

mujeres [...] y gran parte empiezan a experimentarla en la adolescencia o primeros años de la edad adulta. El trastorno usualmente empieza con crisis de angustia recurrentes. Asimismo, son evidentes muchos otros síntomas, entre ellos tensión, mareos, ligeras compulsiones de revisar (ver que la puerta este bien cerrada, [...]), rumiación de ideas, depresión y miedo a enloquecer” (p.170).

Según Sarason y Sarason (1996, p.167), la agorafobia puede ser tomada como:

“El miedo a participar en situaciones desconocidas. Para el observador externo, una persona con agorafobia tal vez no parezca distinta a una que padece fobia social. Ambas se quedan en casa, pero las razones que tienen para hacerlo son diferentes. [...] las personas que padecen una fobia social tienen miedo a las críticas de otras personas, [...].

Las personas con agorafobia sienten pavor por la ansiedad de un ataque de pánico y tiene miedo de perder el control en medio de la multitud. Sensaciones físicas sin importancia quizá se interpretan como el preludio de una amenaza catastrófica para la vida. En los casos más graves, es probable que el individuo experimente un temor irracional a dejar el ambiente familiar de su casa; en los casos mas extremos, la víctima es incapaz incluso de caminar por la calle o ir de compras”.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002), posee una clasificación en donde maneja varios criterios acerca de la agorafobia, como por ejemplo:

“Criterio A: Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, [...], mezclarse con

la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren, o automóvil.

Criterio B: Estas situaciones se evitan [...], se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

Criterio C: Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede ser explicado mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social [...] fobia específica [...] trastorno obsesivo-compulsivo [...] trastorno por estrés postraumático [trastorno de ansiedad por separación [...]” (p.481-482).

Glitterman y Klein (1984), citado por Sarason y Sarason (1996, P.168), refieren lo siguiente:

“Con frecuencia, las personas que padecen agorafobia son dependientes. El estudio de los antecedentes de varias personas con agorafobia señalan que el 50% de los pacientes mostraban angustia de separación durante la niñez, mucho tiempo antes de de la aparición de la agorafobia”.

“La asociación entre la angustia de separación durante la niñez y la agorafobia es mucho más fuerte en las mujeres que en los hombres. Tal vez, en algún sentido, la agorafobia es un brote retrasado de angustia de separación en la niñez. Ya que la angustia de separación se mide casi siempre con informes retrospectivos de sí mismo, existe una necesidad de estudios longitudinales que permitan la observación de la conducta de los sujetos además de los autorreportes” (Sarason y Sarason, 1996, p.168).

2.2.3. Trastorno de angustia

En este trastorno existe un ataque súbito e inexplicable con diferentes síntomas que pueden llegar a ser perturbadores, como los siguientes:

- Palpitaciones
- Dificultad para respirar
- Falta de aire (sensación de asfixia)
- Temblores
- Dolor en el pecho
- Mareos
- Transpiración
- Gran aprensión
- Sentimiento de que un desastre inminente va a ocurrir
- La despersonalización y la desrealización, que son sensaciones de encontrarse fuera del cuerpo, así como de que el mundo es irreal
- Constantes temores de perder el control en cualquier momento, de enloquecer o hasta morir, esto puede abrumar al paciente de tal modo que se sienta sin salida y completamente angustiado (Davison, 2000).

El DSM-IV-TR (2002, p.482), señala que:

“La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguridad de la aparición, durante un periodo como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis. [...]

Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas. [...]La frecuencia y gravedad de las crisis de angustia varían ampliamente. Por ejemplo, algunos individuos las presentan con una periodicidad moderada (p. ej., una vez a la semana), pero regular desde unos meses antes hasta el momento actual. Otros describen breves salvadas de crisis más frecuentes (p. ej., cada día durante 1 semana), separados por semanas o meses sin padecer una sola crisis de angustia, o bien presentándolas con una frecuencia considerablemente menor (p. ej., dos cada mes) durante un periodo de varios años.”

Estas crisis de angustia pueden ocurrir frecuentemente, una vez por semana o con más regularidad. Pueden durar minutos, rara vez horas. En ocasiones pueden estar relacionadas con situaciones específicas.

Cuando estas crisis están asociadas a elementos situacionales desencadenantes también pueden ser llamadas, *crisis de angustia provocadas*. De la misma manera pueden suceder en situaciones en donde aparentemente no debiera ocurrir, como por ejemplo, en estados de relajación o en el sueño. A estas crisis, que son inesperadas se les llama *crisis no provocadas*.

Para diagnosticar una crisis de angustia es necesario definirla, dependiendo de cómo se presente, con o sin agorafobia. La primera es más común que la segunda.

El DSM-IV-TR (2002), hace mención de cuatro factores que pueden ayudar para establecer este diagnóstico:

- El objeto de estudio

- El tipo y el número de crisis de angustia
- Número de situaciones evitadas, y
- El nivel de ansiedad intercurrente.

Los criterios de diagnóstico que el DSM-IV-TR presenta son iguales a los del CIE-10, con la única diferencia de que éste incluye un síntoma más que es la boca seca. En estos trastornos, así como en los de depresión, no se ven mejor explicados, por la presencia de una enfermedad médica, o bien, por la presencia de un trastorno mental.

En cuanto a las características o síntomas que se presentan dentro de este tipo de crisis de angustia, (aparte de los ya comentados en la primer parte de este apartado) se encuentran los siguientes que fueron mencionados por algunos individuos que presentaron este tipo de crisis:

“Sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad que no se centran en una situación o acontecimiento específico. Otros se vuelven excesivamente aprensivos en relación al resultado de las actividades y experiencias diarias, particularmente en lo que hace referencia a la salud, [...] suelen mostrarse menos tolerantes con los efectos secundarios de los fármacos y suelen exigir controles clínicos continuos para seguir tomando una medicación. Una de las consecuencias frecuentes de este trastorno es la presencia de desmoralización, que llevan a muchos individuos a sentirse desmotivados, avergonzados e infelices por las dificultades que experimentan al llevar a cabo sus actividades diarias.

[...] Estos individuos suelen faltar al trabajo o a la escuela por sus continuas visitas al médico o a los servicios de urgencia [...]” (DSM-IV-TR, 2002, p.484).

El DSM-IV-TR (2002), menciona que:

“Las tasas comunicadas de trastorno depresivo mayor concomitante varían ampliamente, oscilando entre 10 y 65% en individuos que padecen trastorno de angustia. En aproximadamente un tercio de las personas que presentan ambos trastornos, la depresión precede a la aparición del trastorno de angustia. En los dos tercios restantes, la depresión coincide o sigue a la aparición del trastorno de angustia” (p.484).

Hasta el momento no se han encontrado hallazgos dentro de laboratorio que permitan diagnosticar con certeza este tipo de trastorno, sin embargo existen teorías en donde se sugiere que las crisis pueden estar vinculadas a ciertas situaciones.

Ejemplo de lo anterior, es la teoría de Ley (1987, citado por Davison, 2000. p.183), expone: “Dichas crisis están vinculadas a la hiperventilación o respiración excesiva”, la teoría en donde se señala que el lactato puede provocar angustia (niveles elevados), o bien una teoría más menciona la inhalación de dióxido de carbono.

Como ya se mencionó, ninguna de estas teorías resulta determinante para el diagnóstico adecuado y acertado para el trastorno de crisis de angustia.

2.2.3.1. Trastorno de angustia sin agorafobia

Como se señaló con antelación, es importante definir el trastorno de angustia para llevar a cabo el diagnóstico, dependiendo si se encuentra presente la agorafobia o no. En este sentido el único criterio que cambia

en el DSM-IV-TR (2002), es el B que menciona “ausencia de agorafobia” (p.490).

2.2.3.2. Trastorno de angustia con agorafobia

Para poder hacer el diagnóstico de este trastorno, como bien lo dice su nombre, se requiere de la presencia de agorafobia, además de que deben existir los criterios marcados por el DSM-IV-TR en sí, apartado de Trastorno de Angustia con agorafobia.

2.2.4. Fobia específica (antes fobia simple)

El término fobia proviene del dios griego del miedo *fobos*. La palabra fobia significa miedo, pánico, pavor o susto. (Sarason y Sarason, 1996).

Anteriormente, las fobias recibían su nombre por medio de prefijos griegos que hacían alusión al objeto al que se tenía miedo, sin embargo en la actualidad ya no se hace uso de estos prefijos, pues el griego en la actualidad no es una lengua tan conocida ni tan utilizada.

Un ejemplo de estos prefijos puede ser el término claustrofobia, que es el miedo a los lugares cerrados. La variedad de fobias es tan grande como objetos, cosas, lugares o situaciones existentes, se han conjuntado en cinco grandes grupos:

“Tipo animal. El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele desarrollarse en la infancia.

Tipo ambiental. El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios, agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este tipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los trastornos de angustia con agorafobia.

Otros tipos. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los espacios- (es decir, el individuo tiene miedo de caerse sino hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas” (DSM-IV-TR, 2002, p.496).

Existe una diferencia fundamental entre un trastorno fóbico y un trastorno de ansiedad generalizada. En el primero, la persona sabe y conoce con exactitud a que le teme, y ésta no padece graves distorsiones de la realidad, con excepción de su temor al objeto, persona o situación. Sus temores pierden la proporción, parecen inexplicables y van más allá del control voluntario de la persona.

Las personas que padecen de fobias específicas no necesitan la presencia real del objeto o de la situación específica para sufrir de los estragos de sus temores, estas personas con solo imaginarlas, ver una fotografía, imagen, etcétera, pueden generar niveles elevados de ansiedad que llegan a ser desmedidos y muchas veces incontrolables. En ocasiones, no se conoce el motivo o la causa de estos miedos irracionales. Resulta difícil determinar si existieron factores específicos que la provocaron.

En otros casos puede ser señalado el momento aparente del inicio, pero no siempre es posible determinar la causa que la genera.

Las personas afectadas por las fobias reconocen que sus temores son irracionales y excesivos, pero no pueden controlarlos (Coon, 1999).

Phares (1999), menciona lo siguiente:

“Las fobias son temores irracionales que están fuera de proporción con cualquier peligro real para el individuo. Muchos teóricos del aprendizaje creen que las fobias específicas se adquieren a través de condicionamiento clásico, con frecuencia estos teóricos citan, como experimento prototípico, el estudio clásico de Watson y Rayner (1920) con el pequeño Albert. [...] Davison y Neale (1996) han señalado que, a pesar de lo que la teoría del aprendizaje parece enseñar. Los informantes e historias clínicas no presentan apoyo al modelo del pequeño Albert. Mientras que algunas fobias específicas se desarrollan de esta manera, en general ocurren sin ninguna experiencia atemorizante previa con la situación” (p.85).

Un punto importante para resaltar lo aportan Schultz y Schultz (2002),

“Si el moldeamiento es la forma natural en la que originalmente aprendemos nuestras conductas, entonces debería ser una forma efectiva de reaprender o modificar el comportamiento. Bandura aplicó técnicas de moldeamiento para eliminar los temores y otras reacciones emocionales intensas” (p.411).

“Sólo el 3 por ciento de todos los fóbicos padecen de fobias específicas. La mayoría de ellas ocurren en mujeres, y con frecuencia empiezan a principios de la niñez” (Marks y Gelder, 1967, citado por Davison, 2000, p.169).

Por otro lado, Sarason y Sarason (1996), mencionan que, las mujeres padecen casi el doble que los hombres de fobias específicas y en ambos sexos en personas de raza negra presentan índices más elevados que los blancos o los hispanos. Y la duración media para las fobias varía de entre los 24 y 31 años, en otras palabras esto quiere decir que la duración tiende a ser crónica.

Según mencionan Sarason y Sarason (1996), las fobias pueden comenzar con un ataque de ansiedad generalizada, pero después se van “definiendo” alrededor de un objeto o situación en particular, que es el causante del temor. Estos temores tiene niveles de miedo tan intensos que interfieren con los patrones de vida normales.

Sarason y Sarason (1996, p.164), citan a Kolb y Brodie (1982),

“Las fobias al igual que otras formas de conducta desadaptada, no ocurren de manera aislada. Por lo general, están entrelazadas con un conjunto de problemas diferentes. ... En tanto que las fobias leves son comunes, aquellas que son lo suficientemente graves para diagnosticarse de manera clínica ocurren con poca frecuencia. Son el síntoma principal en 2 o 3% de todos los casos clínicos”

Coon (1999), afirma que casi todas las personas padecen de fobias leves, un trastorno fóbico se logra diferenciar ya que en éste se produce una ansiedad abrumadora, y como resultado de esta ansiedad, las personas pueden llegar a sufrir de vómito, trepar por las paredes, así como correr o desmayarse al entrar en contacto con el objeto o situación fóbica (ya sea de manera directa o indirecta).

En lo que respecta al DSM-IV-TR (2002), uno de sus criterios de clasificación inscribe: “En los menores de 18 años la duración de estos síntomas deben haber sido de 6 meses como mínimo” (p.501), aparte de tener que especificar en tipo (la clasificación que se muestra anteriormente), además de que este trastorno no puede explicarse mejor por algún otro tipo de trastorno o por enfermedad médica.

2.2.5. Fobia Social

La persona le teme a situaciones sociales en las que puede ser observada, evaluada, avergonzada o humillada por otros. Conduce a las personas afectadas a evitar ciertas situaciones sociales, como comer enfrente de las personas, escribir, usar sanitarios, hablar en público,

por temor a que resulten embarazosas. Este temor es irracional y persistente. Cuando la situación no puede evitarse las personas soportan la situación con una ansiedad o angustia intensa. Estas fobias deterioran en gran medida el funcionamiento en el trabajo, la escuela y actividades sociales o de relaciones personales.

El individuo teme a la crítica, a hacerse notar, a cometer algún error, actuar de un modo o a mostrar síntomas de ansiedad como pueden ser el enrojecimiento de cara o la presencia de sudoración.

Las personas pueden tener muchas molestias según Sarason y Sarason (1996, p.166):

“Las personas que padecen estas molestias tienen mucho en común. Pasan la vida sintiéndose inadecuados y tiene muchas dificultades sociales e interpersonales. Tratan de compensar esto al concentrarse por completo en la escuela y después en su trabajo, sin estar nunca seguros en realidad de sus habilidades y talentos. Si tienen éxito, lo minimizan al decir, *“en realidad mi trabajo no fue tan bueno”* o *“simplemente tuve suerte de estar en el lugar correcto y en el momento adecuado”*.

A diferencia de otras fobias, ésta no es mayor en mujeres que en hombres, sino aparentemente son de la misma magnitud, aunque si existe una tasa de “comorbidez” con otros trastornos, como puede ser la ansiedad generalizada, fobias específicas, trastornos por angustia, entre otros.

Este tipo de fobia se inicia casi siempre durante la niñez o a principios de la adolescencia, cuando la persona empieza a tener más

conciencia social. En los niños, esta fobia puede observarse como llanto, berrinches, inhibición, o retraimiento. En la fobia específica las personas menores de dieciocho años, la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo durante seis meses.

2.2.6. Trastorno obsesivo-compulsivo

Davison (2000, p.188), menciona: “Es un trastorno por ansiedad donde la mente es acosada por ideas persistentes e incontrolables o la persona siente el impulso irrefrenable de permitir determinados actos una y otra vez...”

El criterio A del DSM-IV-TR (2002, p.510), menciona que: “La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo, es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo”.

Davison (2000, p.188), define a las obsesiones y las compulsiones de la siguiente manera:

“Las obsesiones son pensamientos e imágenes recurrentes, que acuden de manera repentina a la mente, y dan la impresión de ser irracionales e incontrolables al individuo que los experimenta. Si bien es cierto que gran parte de las personas tienen experiencias similares, el obsesivo las manifiesta con tal intensidad y frecuencia, que interfieren con su funcionamiento normal. Las obsesiones también pueden presentarse en forma de dudas, dilaciones e indecisión extremas...”

Una compulsión es un impulso irresistible de repetir algún acto ritualista una y otra vez. Sin embargo, esta actividad no está relacionada con su propósito aparente o es claramente excesiva. ... a menudo, una persona que repite continuamente algún acto, teme consecuencias nefastas si no ejecuta el mismo. La frecuencia tremenda con que se repite el acto, muchas veces puede ser insólita.

Las compulsiones más comunes se relacionan con limpieza y orden, los cuales a veces solo consiguen tras elaboradas ceremonias que requieren horas y hasta gran parte del día: pueden consistir en evitar determinado objetos, como cualquier cosa color café; prácticas protectoras repetitivas, y “mágicas”, como contar, decir ciertos números, tocar un talismán o determinada parte del cuerpo; y verificación exagerada, como revisar de siete a ocho veces si en realidad se realizaron ciertos actos, como apagar luces, cerrar el gas, el agua, las ventanas, puertas. En ocasiones, las compulsiones se manifiestan a través de la ejecución de un acto, como alimentarse con extrema lentitud”.

Es difícil conocer la frecuencia exacta del trastorno obsesivo-compulsivo. Las víctimas suelen mantener en secreto su preocupación. Este trastorno es más común entre las personas con ingresos más altos y que de alguna manera sean más inteligentes, según explican Sarason y Sarason (1996).

Por otro lado, éste tiende a tener un inicio en los últimos años de la adolescencia y los primeros de la edad adulta. Afecta tanto mujeres como a hombres por igual. Sin embargo la edad de inicio es menor en los hombres que en las mujeres, de entre 6 y 15 en los varones y 20 a 29 en mujeres. Aproximadamente de entre 15% de las personas que presentan este trastorno muestran un deterioro progresivo en las relaciones sociales y ocupacionales (DSM-IV-TR, 2002).

Las características más frecuentes dentro del trastorno obsesivo-compulsivo son las siguientes:

1. “La obsesión o compulsión penetra con insistencia y persistencia en la conciencia del individuo.
2. Un sentimiento de amenaza ansiosa ocurre si por alguna razón se evita el pensamiento o acto.
3. La obsesión o compulsión se experimenta como si fuera algo extraño para sí mismo; es inaceptable e incontrolable.
4. El individuo reconoce la calidad absurda e irracional de la obsesión o compulsión.
5. El individuo siente necesidad de resistirse a ellas” (Sarason y Sarason, 1996, p.170).

Akhter y sus colaboradores (1975, citado por Davison, 2000, p.188-189), identificaron cinco formas distintas de obsesión y dos de compulsión:

“Obsesiones

1. Dudas obsesivas. Ideas de que no se ha realizado satisfactoriamente una tarea ...
2. Pensamiento obsesivo... cadenas aparentemente interminables de ideas...
3. Impulsos obsesivos... intensa necesidad de ejecutar ciertos actos...
4. miedos obsesivos... ansiedad ante la idea de perder el control...
5. imágenes obsesivas... imágenes persistentes de algún suceso recientemente visto o imaginado

Compulsiones

1. Compulsiones irresistibles. Las necesidades compulsivas aparentemente obligan a ciertas acciones...

2. Compulsiones controladas...acciones de distracción para controlar a una necesidad compulsiva sin dejarse llevar por ella”.

Los síntomas o trastornos asociados con preocupaciones hipocondríacas y con el trastorno depresivo mayor, así como otros trastornos de ansiedad, entre ellos la fobia específica, los trastornos alimentarios y algunos trastornos de la personalidad por evitación y por dependencia, entre otros se encuentran asociados con las obsesiones.

El criterio B del DSM-IV-TR (2002), hace referencia a que para diagnosticar una obsesión, la persona en algún momento debe de reconocer que estas obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. Estas obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, así como para dar el diagnóstico este trastorno es necesario que las obsesiones no se deban al efecto de alguna sustancia o de una enfermedad médica.

2.2.7. Trastorno por estrés postraumático

La principal característica es la aparición de síntomas característicos consecuencia de la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, en donde el sujeto se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida, o cualquier amenaza que le represente peligro o daño a su integridad física.

Es una respuesta refleja extrema a un hecho severo, que puede estar representada por ansiedad acentuada, la evitación de ese estímulo o estímulos asociados con el trauma y bloqueo de respuestas emocionales.

Según menciona el DSM-IV-TR (2002),

“Los individuos con trastorno por estrés postraumático pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. Los patrones de evitación pueden interferir con las relaciones interpersonales y llevar a conflictos conyugales, divorcio o pérdidas de empleo.

Las alucinaciones auditivas y la ideación paranoide pueden estar presentes en algunos casos graves y crónicos. [...] puede aparecer la siguiente constelación de síntomas; afectación de equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas” (p.520).

Algunos otros síntomas que se pueden presentar en este tipo de trastorno de estrés postraumático son la irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, hipervigilancia, una marcada dificultad para concentrarse, repentinos ataques de ira, entre otros (DSM-IV-TR, 2002).

Para Davison (2000), el estrés postraumático tiene síntomas que se agrupan en tres categorías y se requiere que cada uno tenga una duración de más de un mes:

1. Experimentar el evento traumático nuevamente
2. Presentar excitación aguda
3. Evitación de estímulos relacionados.

Es importante definir la edad en que inició el trastorno por estrés postraumático. Puede surgir en cualquier etapa de la vida, incluso en la infancia y los síntomas suelen aparecer en los tres primeros meses posteriores al suceso.

En apariencia, el acontecimiento puede ser reexperimentado a través de recuerdos recurrentes, sueños, imágenes o bien, sucesos similares al acontecimiento traumático.

2.2.8. Trastorno por estrés agudo

La característica que menciona el DSM-IV-TR (2002), es la aparición de ansiedad, que se ha prolongado durante al menos durante un mes después del acontecimiento traumático y que éste fue extremo.

Los síntomas más característicos de este trastorno son los siguientes:

- 1) “sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
- 2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
- 3) desrealización
- 4) despersonalización
- 5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)” (DSM-IV-TR 2002, p.528-529).

Para poder ser diagnosticado, el sujeto debe presentar tres o más de los síntomas de la lista anterior y deben tener una duración mínima de dos días y máximo de cuatro semanas, además de que la sintomatología tendría que aparecer en el primer mes posterior al acontecimiento

traumático, lo que hace diferencia marcada con el trastorno de estrés postraumático. Como en la mayoría de los trastornos anteriores éste provoca en las personas un marcado deterioro social, laboral, etc. así como un malestar clínico, lo cual es importante de tomar en cuenta.

2.2.9. Trastorno de ansiedad generalizada

Para el DSM-IV-TR (2002), de donde se retoma esta clasificación, la característica esencial en este trastorno es la ansiedad, así como la excesiva preocupación, que se presenta durante un periodo mayor a seis meses, los síntomas que la persona puede presentar:

- Inquietud e irritabilidad
- Fatiga
- Marcada dificultad para lograr la concentración
- Tensión muscular (pueden presentarse temblores, sacudidas, inquietud motora, dolores o entumecimiento)
- Trastornos del sueño

Para poder diagnosticar este trastorno es necesario que la persona presente al menos tres síntomas, además de una gran dificultad para controlar la preocupación constante.

Las situaciones que originan la ansiedad, no siempre suelen ser conocidas para el sujeto, simplemente reconocen la ansiedad, sin embargo no reconocen que ésta sea excesiva. Esta ansiedad puede generar deterioro social, laboral, etc. Algo importante de resaltar es que la ansiedad generalizada, es que son frecuentes los síntomas depresivos.

El trastorno de ansiedad generalizada es en apariencia más frecuente en mujeres que en hombres. Aunque no es relevante, se diferencia de otros trastornos ya citados.

2.2.10. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Este trastorno se caracteriza por la presencia esencial de ansiedad clínicamente significativa que tiene un papel secundario ante los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. Para llegar a un diagnóstico de este trastorno es necesario tener una historia clínica, exploración física, además de hallazgos de laboratorio, que confirmen la alteración como consecuencia de la enfermedad. Entre los síntomas que se deben tomar en cuenta resaltan:

- Ansiedad prominente y generalizada,
- Crisis de angustia
- Obsesiones y compulsiones, (éstas predominan en el cuadro clínico).

Como en todos los trastornos este malestar desencadena un deterioro social, laboral, entre otros.

2.2.11 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Cómo característica de este trastorno existe una marcada ansiedad que persona presenta. Sin embargo, ésta es secundaria, pues existen efectos fisiológicos debido a alguna sustancia, que pueden ser: Drogas,

fármacos o tóxicos y dependiendo de la sustancia y su naturaleza los síntomas aparecen durante o después de haberla utilizado (inicio de la intoxicación o durante el inicio de la abstinencia) o en el primer mes siguiente.

Para lograr un diagnóstico deben aplicarse pruebas de laboratorio y consultar el historial clínico, además de practicar una exploración física.

Se pueden agregar al diagnóstico del trastorno las especificaciones, ansiedad generalizada, con síntomas fóbicos, crisis de angustia o síntomas obsesivo-compulsivos.

2.2.12. Trastorno de ansiedad no especificado

“En esta categoría se incluyen los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica, que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y en estado de ánimo depresivo” (DSM-IV-TR, 2002, p.543).

2.3. Teorías de la ansiedad

En este apartado se hablará de las teorías que abordan la ansiedad. Cada una menciona y aporta una postura diferente sobre cómo surge, se manifiesta y el por qué de la ansiedad en las personas.

Estas teorías son la Psicodinámica, Conductual, Cognitiva y la Biológica, que desde el punto de vista de la realizadora de este trabajo de tesis, son las más relevantes.

2.3.1. Teoría psicodinámica

En esta teoría se piensa que la principal causa o determinante de los trastornos de la ansiedad son las motivaciones inconscientes y los eventos intrapsíquicos.

Al parecer, la ansiedad es una reacción de alarma que aparece cada vez que existe peligro y la persona se ve amenazada. Es normal experimentar cierto grado de ansiedad manifiesta. Sin embargo, la cantidad de ansiedad y la naturaleza de la amenaza determinan si la ansiedad resulta normal o patológica.

Según menciona Phares (1997, p.332), “La función esencial de la ansiedad consiste en servir como señal de alarma para que el *yo* inicie ciertos pasos a fin de evitar el peligro y, con ello, proteger al organismo”.

“[...] la ansiedad no es en sí una patología, y en cierta medida resulta inevitable. Pero también constituye la piedra fundamental de la psicopatología. En las neurosis y en la psicosis los síntomas más importantes son intentos de defenderse de la ansiedad, intentos de descargar las tensiones intolerables producidas por ésta o señales de que ya se ha captado la amenaza de la ansiedad y que el ego se ha desintegrado por lo menos en parte. La ansiedad participa directamente en producir *desórdenes psicosomáticos*” (Cameron, 1990, p.230).

Sarason y Sarason (1990), hacen mención de la Teoría psicodinámica y lo que en algún momento postuló su máximo representante.

“Freud definió la ansiedad como una respuesta al peligro o al estrés. Hizo una distinción entre dos clases de situaciones que provocan ansiedad. En

una de la cual el nacimiento podría ser el prototipo, la ansiedad es causada por una estimulación excesiva que el organismo no tiene la capacidad de manejar.

En la otra, Freud supone que la energía psíquica se acumula si las inhibiciones y los tabúes impiden que sea expresada. Esta energía acumulada puede crecer hasta el punto en el que sobrepase los controles del ego. Cuando esto sucede puede resultar un estado traumático o de pánico” (p.70).

Freud mencionaba en su primer propuesta que el nacimiento era la primer y mayor causa de ansiedad, ya que feto en el medio uterino se encontraba protegido contra los estímulos externos, y al nacer el medio cambia de manera radical, posteriormente el niño queda expuesto e indefenso en situaciones que pueden ser abrumadoras, por lo que surge la ansiedad al no tener las defensas necesarias o suficientes para controlar o cambiar la situación (Dicaprio, 2004).

La ansiedad surge como una manera de defensa que prevé el peligro. Ésta desempeña una función protectora al indicar que se acerca un peligro, sin embargo esta reacción puede indicar una incapacidad para poder hacer frente a estas amenazas.

Freud (1936), explica tres tipos de ansiedad: Objetiva o real, neurótica y moral.

Ansiedad objetiva o real: una amenaza real o el peligro verdadero está implicado. El miedo que la persona siente tiene una explicación lógica y conocida. A menudo la reacción desagradable es una advertencia de una amenaza, de peligro. Ésta cumple el propósito de guiar la conducta para escapar o protegernos del peligro real. Según menciona Cameron (1990), la ansiedad resulta normal, cuando la intensidad y su carácter provienen de una situación real, además de que los efectos que causa no son desorganizaciones y malas adaptaciones.

Al parecer la ansiedad:

“[...] le da sabor a la espera de algo placentero y suele ser la raíz de la risa y el goce. [...] la ansiedad moderada puede incrementar la resistencia de una persona durante una emergencia. A veces, bajo la influencia de una ansiedad intensa, la gente lleva acabo hechos superiores a sus fuerzas y manifiesta un valor por encima del nivel ordinario” (Cameron, 1990, p.230).

Ansiedad neurótica: este miedo surge de las fuerzas interiores de la personalidad y al parecer tiene su base en la niñez, cuando hay conflicto entre la gratificación instintiva y la realidad (Schultz, 2002).

Según Dicaprio (2004),

“La ansiedad es producida por la amenaza de un impulso del id que rompe las defensas creadas por el ego para mantener reprimido al primero. El miedo no es tanto por los impulsos, sino por las consecuencias que la satisfacción del impulso puede producir. El ego siente el peligro antes de que realmente ocurra y experimenta ansiedad. Por supuesto, la ansiedad puede auxiliar al ego para enfrentarse con el impulso peligroso. [...] Este miedo es difuso y se experimenta como aprensión” (p.60).

Cameron (1990), menciona lo siguiente acerca de la ansiedad neurótica:

“[...] una de las funciones más importantes de la ansiedad moderada normal: el preparar defensivamente a una persona que se enfrenta a un ataque probable o cierto. Quien carezca completamente de ansiedad se encontrará tan mal preparado como quien padezca de excesiva ansiedad. La preparación basada en la ansiedad suele consistir en ensayar el peligro que se anticipa, de modo que cuando finalmente se mimetiza, la persona ha preparado sus defensas de antemano” (p.231).

Entre las reacciones o efectos posteriores, puede aparecer la irritabilidad general, ataques de ansiedad, depresión, insomnio y sueños aterradorizantes.

Ansiedad Moral: según Schultz (2002), la ansiedad moral es el resultado de un conflicto entre el *superyó* y el *ello*, ésta se trata en esencia de un temor de la propia conciencia.

“Se percibe como culpa, deseo de castigo y algunas formas de depresión. El ego experimenta una sensación de falta de méritos, que es a menudo un estado crónico. Mientras más rígido y primitivo sea el superego, mayor será la intensidad de los sentimientos de ansiedad” (Dicaprio, 2004, p.60).

Phares (1999), la ansiedad moral, “[...] surge del sentimiento de no estar acatando las normas de la conciencia. Lo que identifica y define a estas ansiedades es la fuente, más que la calidad, de la experiencia de ansiedad” (p.332).

Para Cameron (1990), existe otro tipo de ansiedad que es la patológica, en donde nada parece justificarla, cuando suele ser exagerada o bien, tiene una duración muy prolongada.

De la misma manera es patológica cuando la ansiedad exija una represión o supresión excesiva (los anteriores son mecanismos de defensa). La ansiedad será patológica cuando ésta provoque la desorganización de la experiencia y de la conducta.

Por último, pertenece a este tipo cuando provoca actos impulsivos, se distorsionen los actos sexuales o agresivos.

Para Pasantes (2003, p.40),

“La ansiedad también puede llegar a ser respuesta patológica. A este nivel puede definirse como una actitud de preocupación exagerada o sin fundamento ante circunstancias que podrían calificarse como normales. Este estado de ansiedad patológica se caracteriza también por su duración prolongada, sin relación alguna con factores externos. O bien, un cuadro de ansiedad puede caracterizarse por un temor exagerado, que puede llegar a ser hasta una reacción de pánico ante peligros inexistentes”.

Teóricos psicodinámicos mencionan con frecuencia las siguientes como causas de la ansiedad:

- Percepción de uno mismo como incapaz de controlar las presiones ambientales
- Presentar separación o de anticipación de abandono

- Pérdida y privación de los apoyos emocionales como resultado de cambios repentinos en el ambiente
- Anticipación de la desaprobación y el retiro del amor (en esto coinciden tanto Sarason y Sarason como, Cameron en sus ediciones de 1996 y 1990 respectivamente).

Como ya se mencionó, es una señal de la necesidad de contrarrestar o evitar un inminente peligro o una situación de amenaza para el Yo. Para Freud el conflicto entre el *superyó* y el *ello*, es permanente, y al interior de la personalidad puede cambiar la intensidad pero este conflicto siempre es permanente.

Freud menciona varios mecanismos de defensa y hace referencia a que rara vez se hace uso de sólo uno de éstos. Aunque varían entre ellos, comparten dos características: Una son las negaciones o las distorsiones de la realidad, la otra es que todos operan a nivel inconsciente, y las personas no logran percatarse de ellos. Ambos mecanismos se consideran patológicos. Dicaprio (2004), considera que ocurre porque desvían la energía psíquica de actividades más constructivas y al mismo tiempo hacen una distorsión de la realidad.

La defensa básica y general del Yo es la Represión. Consiste en reprimir algo de la conciencia de manera involuntaria. Es el olvido de algo que ocasiona incomodidad o dolor, éste es el mecanismo fundamental y es utilizado con mayor frecuencia (Schultz, 2002). Freud llamó a la represión *piedra angular sobre la que descansa el psicoanálisis* (Sarason y Saranson, 1990).

Existen otros mecanismos de defensa como la negación, la formación reactiva, proyección, regresión, racionalización, desplazamiento, sublimación, fijación, condensación, simbolización, anulación, introyección, identificación, aislamiento, escisión, evitación y transformación en lo contrario (Díaz Portillo, 1988).

Aparentemente las fobias desde el punto de vista de esta teoría, provienen o son derivadas de un conflicto psicológico, o bien de procesos mentales inconcientes. La fobia representa un conflicto psicológico sin resolver desde la niñez.

2.3.2. Teoría conductual o del aprendizaje

Los psicólogos conductistas centran su atención en las respuestas adquiridas y las tendencias de respuestas en vez de que los síntomas sean causados por eventos.

“B.F. Skinner, uno de los principales *conductistas* rechazó cualquier referencia a los eventos mentales (pensamientos o sentimientos) como explicaciones de la conducta; prefirió confiar de manera casi exclusiva en las variables del estímulo observable y de las respuestas (E Y R).

Otros teóricos enfatizan las variable E y R, pero avanzan un paso más que Skinner, al tomar en cuenta también los eventos internos, Dollard y Millar (1950), se encuentran entre los primeros teóricos que ampliaron la psicología del aprendizaje para incluir los eventos mentales.

[...] Los conceptos del aprendizaje como condicionamiento, reforzamiento y extinción se aplican cada vez con mayor frecuencia al estudio de los

trastornos de la ansiedad. Varias técnicas nuevas y útiles en el aspecto clínico que en conjunto se conocen como **terapia conductual** son los resultados más valiosos de estas aplicaciones. Las investigaciones que emplean la terapia conductual se dirigen hacia el descubrimiento de las variables que ayudan a reducir las respuestas emotivas” (Sarason y Sarason, 1996, p.174).

Dentro de las terapias conductuales, existe un elemento en común: La exposición del paciente con el estímulo que le provoca la incomodidad, hasta que éste se acostumbre a él. Este tipo de terapia es útil para y contra los trastornos fóbicos y obsesivos-compulsivos. En éstos es importante “motivar” al paciente a que de manera imaginaria o real se encuentre en contacto con el estímulo. Existen tres tipos de terapia que se basan en este principio de exposición, éstas son la desensibilización sistemática, la terapia implosiva y la exposición *in vivo*.

La desensibilización sistemática: se emplea sobre todo en el tratamiento de pacientes que sufren miedos intensos y se basa en los principios generales del condicionamiento. Lo primero que se le enseña al paciente es a relajarse, posteriormente se le expone a estímulos graduales desde los más bajos hasta los más altos. El terapeuta intenta enseñarle al paciente a mantenerse relajado mientras imagina o está expuesto a la situación o el objeto fóbico.

Cuando el paciente logra mantenerse relajado, el terapeuta sigue adelante con estímulos que provocan cada vez más ansiedad, por lo regular este tratamiento se lleva a cabo dentro de la clínica (Sarason y Sarason, 1990).

Los pacientes que reciben este tipo de tratamiento, pueden sentirse menos molestos con las situaciones que antes temían y pueden manejar mejor su ansiedad (Sarason y Sarason, 1996).

La terapia implosiva: está basada en la creencia de que muchos de los temores o problemas son resultado de experiencias dolorosas anteriores y que para “desaprenderlas” u olvidarlas es necesario que el paciente recree la experiencia.

Sarason y Sarason (1996), refieren que:

“Los terapeutas que utilizan la implosión piden a sus pacientes que imaginen escenas que se relacionan con conflictos personales particulares y que recreen la ansiedad que sintieron en esas escenas. El terapeuta intenta aumentar el realismo de la recreación y ayudar al paciente a eliminar la ansiedad que crearon las condiciones adversas originales. Además ayuda al paciente a adoptar formas de conducta más maduras” (p. 175).

Esta terapia hace uso tanto de la teoría conductista como de la psicodinámica.

Exposición *in vivo*: la diferencia en este método es que el paciente es puesto en exposición con el estímulo en un ambiente de la vida real, no solo en la imaginación. Sarason y Sarason (1996, p.175), citan a Marks (1987), quien refiere que “al emplear este procedimiento, alguien tiene un miedo específico puede perderlo en sólo tres sesiones”. En apariencia, entre más prolongada sea la exposición al estímulo, se obtienen mejores resultados. Sin embargo, lo bien que funcione el

método depende de la motivación del paciente y de factores específicos de su vida.

El modelamiento es otro método, el cual es utilizado para poner remedio a la ansiedad o bien ser modificada y con frecuencia es utilizada junto con la exposición a los estímulos que provocan la ansiedad.

Las terapias de exposición hacen énfasis en la erradicación de una respuesta, el modelamiento hace énfasis en la adquisición de habilidades y capacidades de respuesta.

2.3.3. Teoría cognitiva

Existen otras teorías como son la cognitiva la cual explica lo siguiente: “Los teóricos cognoscitivos ven la ansiedad como resultado de un trastorno del pensamiento” (Sarason y Sarason, 1900, p.190).

El término terapia cognitiva conductual hace referencia a los procedimientos clínicos basados en la teoría de aprendizaje, dando énfasis en la conducta cognitiva. Bajo esta teoría los terapeutas hacen uso de diferentes técnicas en contra de la ansiedad, por ejemplo:

- Reestructuración cognitiva: ésta se desarrolló a partir de la teoría de Alber Ellis (racional-emotiva), en donde se capta la atención de los pacientes hacia pensamientos irreales, que sirven como la clave de sus conductas inadaptadas o desadaptadas. La labor o tarea del terapeuta

es revisar las creencias y los pensamientos del paciente con el fin de crear o desarrollar nuevas formas racionales de su conducta.

- Otra de las técnicas es la Interrupción del pensamiento: ésta funciona con la suposición de que un estímulo repentino distraiga la atención del paciente, esto puede ser un ruido desagradable o alguna palabra en específico. Aquí el paciente debe conservar el pensamiento que le causa ansiedad, posteriormente el terapeuta presenta la palabra con la cual el paciente detendrá sus pensamientos, esto puede convertirse en el propio autocontrol de la persona.

- Por último existe el ensayo cognitivo: El paciente puede practicar mentalmente estrategias en donde aprende a adaptarse a situaciones problemáticas. Esta técnica suele ser útil cuando las situaciones no pueden ser recreadas dentro del consultorio.

“Aron Beck cree que el problema psicológico principal de los trastornos de ansiedad es una vulnerabilidad que surge de la tendencia del individuo a devaluar su capacidad para resolver los problemas, así como a exagerar el grado de amenaza en una situación problemática. Un individuo así percibe amenazas que le provocan ansiedad contra las relaciones sociales, la libertad y la identidad propia. [...]

La terapia cognitiva consta de tres pasos:

- 1) Conceptualización del problema del paciente
- 2) Elección de estrategias y tácticas para manejar el problema
- 3) Evaluación de la efectividad de las estrategias y tácticas” (Sarason y Sarason, 1996, p.178).

2.3.4. Teoría biológica

Hasta el momento no se han encontrado evidencias de causas orgánicas de la ansiedad, sin embargo se encontraron evidencias en lazos de ésta con el funcionamiento biofísico.

Sarason y Sarason (1996), hacen referencia a lo siguiente: “Las personas cuyo sistema nervioso es en particular sensible a la estimulación parecen más propensas a padecer ansiedad severa” (p. 179).

“Las manifestaciones del carácter asociadas con cuadros de ansiedad se generan en sitios discretos en el cerebro, que hemos definido como núcleos o circuitos neuronales” (Pasantes, 2003, p.40).

Por medio de la técnica conocida como Tomografía de Emisión de Positrones, se ha podido demostrar que las reacciones patológicas de la ansiedad tienen un origen en un área definida del cerebro. A partir de esta técnica, se puede observar que durante un ataque de pánico se activa una región específica del cerebro.

Rosenzweig y Leiman (1992), hacen referencia a lo siguiente:

“Los psiquiatras habían observado que algunos pacientes experimentan intensos ataques de ansiedad durante o después de un vigoroso ejercicio físico. Se creía que este efecto podía derivar de una concentración sanguínea de lactato. Esto llevó a dos investigadores, Pitts y McClure (1968), a administrar lactato sódico a los pacientes ansiosos. Las infusiones produjeron en los pacientes ataques de pánico inmediato, idénticos a los

que presentaban habitualmente. Este tratamiento químico no producía ataques de pánico en personas normales, y también existía un grupo de pacientes que no eran vulnerables a los ataques de pánico inducidos” (p.670).

2.4. Escalas para medir ansiedad

Existen diversas escalas para poder medir los niveles de ansiedad, pero entre la población mexicana no todas ellas son útiles, pues no están estandarizadas. Éste es uno de los motivos por los que se hace uso en este trabajo de investigación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnessota (MMPI-2).

En este apartado sólo se muestran algunas de las características de otras escalas para medir esta variable.

2.4.1. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)

En el año de 1964 fue desarrollado el inventario por Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch, en la Universidad de Vanderbilt. Éste es creado con la intención de generar un instrumento de autoevaluación para medir la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo en adultos “normales”. En 1967 en la Universidad de Florida, se le hicieron modificaciones al instrumento y las expectativas de éste se ampliaron para poder utilizarlo con personas emocionalmente perturbadas. Esto con propósitos clínicos (Spielberger, 1975).

Este inventario consta de dos escalas de autoevaluación impresas en una misma hoja, cada una de ellas contiene veinte afirmaciones en las que se pide que la persona describa como se siente en ese momento.

La escala A-Estado: Es utilizada para medir niveles reales de intensidad y tensión, que pueden fluctuar en intensidad a través del tiempo.

La escala A-Rasgo: Es un indicador de nivel para ansiedad con rasgos relativamente estables a través del tiempo.

Este instrumento puede autoaplicarse, así como también de manera individual o bien grupal. Tal instrumento no tiene un tiempo límite para responderlo. Una de las ventajas de éste, es que suele ser muy rápido para contestarlo, en promedio de entre 6 a 15 minutos, sin embargo es necesario que la persona tenga una escolaridad mínima de primaria. Debe de aplicarse primero la parte de A-Estado y posteriormente la A-Rasgo.

Al contestar, la persona tiene que rellenar el círculo de la opción que describa mejor su estado emocional actual, en el caso de la escala existen cuatro opciones de respuesta para la escala A-Estado:

1. No en lo absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

Existen cuatro más para A-Rasgo que son las siguientes:

1. Casi nunca
2. Algunas veces
3. Frecuentemente
4. Casi siempre.

Dentro del instrumento existen reactivos invertidos, es necesario tener presente este dato para la calificación, que se puede obtener por cada una de las dos escalas, un puntaje mínimo de 20 y uno máximo de 80.

Para calificar sólo se necesita colocar la plantilla de calificación sobre la hoja de respuestas y colocar el número correspondiente a la respuesta de la persona. Se finaliza realizando la suma de estos resultados.

Existe un inconveniente para este inventario: No tiene normas estandarizadas para la población mexicana, por lo que puede arrojar datos no tan fidedignos.

2.4.2. Escala de Hamilton para Ansiedad (HRSA)

Esta escala fue creada por Max Hamilton en el año de 1959. Explora el estado de ansiedad a través de la interrupción o cambio de los estados emocionales subjetivos, como son la tensión, el nerviosismo o inquietud, entre otros, los cuales se encuentran regulados por el sistema nervioso autónomo.

Esta escala contiene cuestiones relativas a los ataques de pánico, no obstante es frecuente su utilización para detección de ansiedad generalizada (Saavedra, s.f.).

La escala consta de 14 ítems que evalúan una serie de síntomas, tanto físicos como somáticos, como son: tensión, estado de ánimo depresivo, dificultades cardiovasculares y respiratorias, miedo, trastorno del sueño, entre otros. Cada ítem puede tener una puntuación de 0 a 4. Se toma el valor de 0 como ausencia del síntoma, 1 leve, 2 Moderado, 3 severo y 4 grave o incapacitante.

El sujeto debe elegir la opción que mejor describa la situación en la que se encontraba la semana anterior al contestar la escala, esto se lleva a cabo por medio de una entrevista realizada por un especialista, puede llevarse a cabo a manera de autoaplicación, no obstante es necesaria la intervención de un especialista en la materia para la interpretación de ésta.

Esta escala no fue diseñada para detectar ansiedad, sino para evaluar efectos del tratamiento en el sujeto. Es recomendable para evaluar el transcurso de la enfermedad. Esta escala es la segunda más utilizada en problemas de ansiedad después de la escala Rasgo-Estado (IDARE).

Como todo instrumento esta escala tiene ventajas y limitaciones. Entre las primeras destaca la necesidad de experiencia o entrenamiento del entrevistador acerca de la sintomatología que detalla la escala. Entre

las limitaciones hay que citar que el instrumento sólo puede dar seguimiento a la enfermedad. Tampoco detecta trastornos de ansiedad específicos como fobias, o trastornos obsesivos-compulsivos.

Para la calificación se suman los puntos obtenidos, se pueden obtener dos puntuaciones que se corresponden con ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) o con ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

El rango de puntuación oscila de entre 0 a 56 puntos. Según Sánchez Pérez y López Cárdenas (2005), como mencionan su artículo de la revista Salud Mental:

- “Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave.
- Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve
- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno” (p.6).

2.4.3. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, siglas en ingles de Beck Anxiety Inventory) desarrollado en el año de 1988, con el objeto de crear un instrumento capaz de discriminar entre la depresión y la ansiedad, para valorar específicamente la severidad de los síntomas de la ansiedad.

Este inventario puede ser aplicado por especialistas y en su defecto puede autoaplicarse. El instrumento consta de 21 ítems que describen

diversos síntomas de la ansiedad (mayormente físicos), y éstos a su vez relacionados con los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR.

El inventario es una lista de síntomas, en donde el sujeto debe de describir con puntuaciones del 0 al 3 cada uno de los enunciados, los valores que se dan son: (0) en absoluto, (1) levemente, no me molesta mucho, (2) moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo, (3) severamente, casi no pude soportarlo. El sujeto debe contestar dependiendo de la molestia que los síntomas que le hayan causado durante la última semana incluyendo el mismo día.

En cuanto a la calificación e interpretación de dicho inventario, es necesario sumar los puntos obtenidos que pueden oscilar entre 0 y 63 puntos. Posteriormente esta puntuación puede ser interpretada (sólo son sugeridos los puntos de corte, no es que éstos se puedan generalizar) de la siguiente manera: de 0 a 22 puntos ansiedad muy baja, de 23 a 35 puntos, ansiedad moderada y de 36 en adelante se considera una ansiedad severa, por otro lado hay que tomar en cuenta que el inventario no es infalible y se recomienda utilizar a su vez otro instrumento así como también una entrevista clínica.

El carecer de un punto de corte generalizado limita su utilización, y normalmente empleado como diagnóstico de sospecha. Otra de las desventajas es que la validación del instrumento está basada solo en paciente con trastorno de pánico y no discrimina adecuadamente entre desordenes de ansiedad y depresiones ansiosas. Sin embargo es muy utilizado (después de IDARE y el HRSA), por su fácil aplicación y calificación, así como su lenguaje sencillo.

2.4.4. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC)

La escala de Goldberg (EADAC) fue creada (1979) para la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención primaria que son la ansiedad y la depresión.

Se caracteriza por ser un instrumento sencillo, breve y de un fácil manejo, el cual puede ser administrado o aplicado por el médico de asistencia primaria o especialista en las ramas psiquiátricas o psicológicas. Puede servir como guía en la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica. También puede ser un indicador de la prevalencia y de la gravedad y como instrumento para detectar la evolución de dichos trastornos (Cano Romera, 1998).

Esta escala se encuentra constituida por dos sub-escalas, una de ellas destinada a la depresión y otra para la ansiedad, cada una de dichas subescalas consta de nueve reactivos. Está dirigida a la población en general.

Las últimas cinco preguntas de cada subescala sólo se formulan si en las cuatro primeras cuatro se respondió de manera positiva a cada una de las cuestiones (Sánchez Pérez y López Cárdenas, 2005).

Esta escala se caracteriza por su facilidad y rapidez en la aplicación, calificación e interpretación, puesto que cada uno de los reactivos se contestan con afirmación o negación según corresponda y cada respuesta tiene el mismo valor, por lo que no es necesaria una clave de

calificación. Es importante mencionar que los síntomas deben ser referidos a partir de los últimos 15 días.

Se refiere que los pacientes con trastornos más severos son aquellos que contestan de manera positiva los últimos ítems. Cuanto más alta la puntuación más severo es el problema.

Los ítems siguen una línea ascendente de gravedad, es por ello que el punto de corte es a partir de cuatro en la subescala de ansiedad y de dos en la subescala de depresión.

CAPÍTULO 3
EL DELINCUENTE

En este capítulo se habla acerca del delincuente y aspectos relacionados con el mismo, como son: El delito y los tipos de delito. Se hará mención de las teorías que hablan acerca del delincuente, que muestran un panorama del por qué tal o cual persona puede ser o es un delincuente.

3.1. El delito y su definición

Para comenzar se hablará del delincuente y su definición, recordando que existen diferencias psicológicas, sociales, jurídicas, entre otras, sin embargo, para definir qué es un delincuente, se tiene que conocer qué es un delito y cómo es definido en estos ámbitos.

Existen términos que para las personas que no se encuentren empapados en el tema, parecieran iguales, sin embargo no lo son, pero que para fines de este trabajo de investigación se usarán como sinónimos, estos términos más adelante serán especificados.

Resulta complicado definir al delito en las diferentes culturas que existen, ya no hablando a nivel mundial sino a nivel nacional, y la manifestación de éste, así como la gravedad y los daños que éste ocasione, esos mismos daños muchas veces son evaluados por la misma sociedad. No obstante, quien define y determina el concepto y alcance de dichos actos, es el Código Penal de la Entidad Federativa respectiva, en la que se desarrolle el acto (en el caso de Estado de México, el Código Penal para el Estado de México) y la persona sea juzgada y, por lo tanto,

en este mismo código se catalogan las penas a las cuales se hace acreedora esta persona por determinado delito.

Diversas denominaciones

Las denominaciones empleadas en las materias Derechos Penal y Derecho Procesal Penal respecto al sujeto que comete un delito, son las siguientes:

- Antes de dictarse sentencia son: Acusado, denunciado, indiciado, procesado, presunto responsable, querellado, inculpado, enjuiciado, encausado.
- Al dictarse sentencia es: Sentenciado.
- Durante el cumplimiento de la sentencia es: Reo, convicto.
- Ya cumplida la sentencia es: Delincuente, exreco, liberto o libertado (exconvicto).
- Primodelincuente: Es aquel sujeto que comete un acto delictivo por primera ocasión.

Ahora bien, Solís Quiroga (1977), hace referencia a diferentes definiciones desde diversos puntos de vista. El primero que habrá de retomarse es el filosófico:

El delito, desde esta perspectiva se pretendía ubicar sin éxito como algo universal, sin embargo no se logró, pues sólo se puede emplear en ciertos países y en una época de tiempo determinado, o bien para determinadas culturas. Por lo que se puede concluir que “crimen es la violación de los valores más elevados de la sociedad (la vida, la salud, etc.)” (p.35).

Aunado a esto, la sociedad se encuentra acostumbrada a definir como criminal o delincuente a aquél que comete una conducta dañosa y cuando se tienen graves consecuencias, aunque hay conductas que no son tan perjudiciales y son castigadas, existen otras que no lo son.

Desde el punto de vista filosófico de Hegel (1968), citado por Silva Rodríguez (2003b, p.30), no existe dificultad para hacer universal el término de delito como lo plantea el Derecho Penal, pues Hegel menciona que debería de tomarse al delito como una conducta externa que viola una ley penal, cuando se hace lo que ella prohíbe o se deja de hacer lo que ella manda, ya sea violentando la idea de libertad o cuando se causa daño conforme a la moralidad a las personas o bien a los bienes de estas mismas.

Esta definición es tan amplia que abarca todos los delitos independientemente del lugar en donde se desarrolle, así como de la época o tiempo en el cual sucedan los hechos, de ahí la universalidad del delito para Hegel.

Enrico Ferri (1907), citado por Solís Quiroga (1977, p.37), tiene una definición más para el delito: “Los elementos característicos del delito natural, son antisocialidad de los motivos determinantes y el atentado a las condiciones de existencia que implican el elemento de ofensa a la moralidad medida de un grupo colectivo determinado”.

Sin embargo las críticas que se pueden hacer a estas dos definiciones, desde el punto de vista sociológico son, que no todas las acciones punibles se clasifican como delito.

Otra de las crítica es que existen muchos actos que pueden herir y sin embargo no se encuentran considerados como delitos, que es algo que ya se mencionaba anteriormente, ejemplo de ello es el suicidio.

Enrico Ferri, es el único (de los revisados para esta investigación) que hace mención a un punto determinante para definir el delito y éste es que el delito es denominado así, dependiendo del grupo en el que se encuentra o en el que se encasilla el delito, sin embargo, en esta definición se encuentra un inconveniente como lo es, que hay delitos que han sido definidos en la ley correspondiente, pero que sin embargo éstos no constituyen atentados contra la existencia.

El aspecto de la criminología visto desde H. Veiga de Carvalho (1935), citado por Solís Quiroga (1977), es el siguiente:

“Crimen es todo acto humano voluntario y responsable, bajo la influencia de factores endógenos y exógenos, contrarios al mínimo de moral de un pueblo o que ofenda los sentimientos profundamente arraigados y claramente definidos de conciencia social, en el fondo de los cuales está la piedad y la probabilidad” (p.38).

Esta definición tiene elementos subjetivos tanto para el individuo como para la sociedad, como por ejemplo la *piedad* y el *mínimo de moral*, pues cada persona podría mencionar un común denominador, no obstante no todos caerían en ese.

El hablar de moral, es hablar de un término igualmente subjetivo, pues lo que para uno es moral y correcto para otro sujeto puede no

serlo. Por ello es necesaria la definición desde el punto de vista jurídico o legal, para no caer en errores.

Un punto muy importante a destacar en esta última definición (importante para el curso de este trabajo), es que el delito es un acto humano bajo la influencia de **factores endógenos y exógenos**, esto quiere decir que el comportamiento del hombre no siempre depende de sí mismo, sino que está influenciado de un medio ambiente en el que el individuo se mueve, así como de la propia personalidad, entre otros factores.

Desde otro punto de vista sociológico de Macionis y Plummer (1999), es importante mencionar lo que es una *desviación* o una conducta *desviada*, que va muy de la mano con el delito.

La definición que ellos dan al término desviación es la siguiente: “es lo que la gente entiende o define como tal a la vista de que alguien está violando o trasgrediendo una norma cultural” (p.206).

Mencionan que las normas son las que guían todas las actividades o un gran y amplio rango de las actividades humanas, de la misma manera el concepto de desviación cubre un aspecto igualmente amplio.

Para estos mismos autores el delito es una manifestación de estas desviaciones y para ellos el delito se define con cinco palabras: “la trasgresión de la ley” (Macionis y Plummer, 1999, p.206). También aclaran que existen diferentes tipos de delitos o categorías de éste, así como también diferentes tipos de delincuentes.

Un aspecto que consideran importante estas categorías, es que en la desviación no siempre está implicada la acción voluntaria del sujeto.

Desde el punto de vista sociológico existe una manera de ejercer cierto control, dentro de los cuales entran las normas y las reglas. A esto se le llama “control social”, que es una forma de ejercer presión de manera formal o informal y que tienen la finalidad de evitar la conducta desviada. Lo anterior va muy de la mano con lo que menciona Carvalho, haciendo referencia a los factores endógenos y exógenos.

Otra de las definiciones que se pueden dar acerca del delito es la Jurídico-penal, la cual se define en los siguientes renglones.

Respecto a lo que señala el Código Penal para el Estado de México (Vigente en 2009), en el título segundo, capítulo primero, Artículo 6: “El delito es la conducta típica, antijurídica, culpable o punible” (p.2). Así también el Artículo 7. de los ya mencionados título y capítulo, refiere lo siguiente: “Los delitos pueden ser realizados por acción o por omisión” (p.2).

Estos delitos pueden ser culposos o dolosos según hace mención el Artículo 8. del Código Penal para el Estado de México en su título segundo, capítulo primero. “Un delito es doloso cuando se obra conociendo los elementos del tipo penal o preventivo como posiblemente el resultado típico queriendo o aceptando la realización del hecho [...]” (p.3).

Será culposo un delito cuando: “[...] se produce un resultado típico que no se previó siendo previsible o confiando en que no se produciría, [...]” (p.3).

Las definiciones de delito proporcionadas en este apartado pretenden destacar varios puntos o aspectos que tienen influencia para este trabajo. Por principio, el que no siempre se necesita tener una definición universal de lo que es el delito, sino lo que conlleva esto en la persona, y que para ello se necesita echar mano de materias o ciencias como lo son el Derecho (en este caso el Derecho Penal), así como la Sociología, que esta última no solo se aboca a definir el delito sino a conocer el porqué de éste.

Y por último otro aspecto importante de mencionar es que se necesita conocer qué es el delito para poder definir qué es un delincuente, que es a lo que hace referencia este trabajo de investigación.

3.2. Teoría del delito

Existen diversos enfoques acerca del delito cómo son el antropológico, biológico, el psicológico (de la personalidad), sociológico y algunas teorías no tan sonadas como las del etiquetaje, la funcionalista, entre otras, que serán explicadas a lo largo de este apartado.

3.2.1. Teoría antropológica

Los primeros criminólogos comenzaron a explicar la conducta delictiva a través de rasgos físicos o fisonómicos, pues hace siglos se pensaba que

el comportamiento humano podía explicarse en términos fisonómicos, en 1876 Cesare Lombroso, médico penitenciario:

“[...] lanzó la teoría de que los delincuentes tienen rasgos físicos característicos: estrechos de frente, mandíbulas y pómulos prominentes, orejas separadas, vello abundante y brazos y extremidades largos (obsérvese que, tomados en conjunto, estos rasgos describen muy bien a los simios)” (Macionis y Plummer, 1999, p.207).

“[...] la asimetría del cráneo o de la cara, submicrocefalia, anomalía en la forma de las orejas, la carencia de barba, las contracciones nerviosas de la cara, el prognatismo (es decir, la prolongación, prominencia o la oblicuidad de las mandíbulas), la desigualdad de las pupilas, la nariz torcida o chata, la frente hundida, la excesiva estatura, el desarrollo de los arcos cigomáticos, el color oscuro de los ojos y los cabellos. [...] los criminales tienen un desarrollo mayor de la región *occipital* en comparación con la *frontal*. Lo cual significa [...] predominio de la actividad occipital, en relación probable con la sensibilidad impulsiva, sobre la actividad frontal que hoy día se reconoce ser enteramente intelectual y ponderadora” (Garofalo, 1998 p.68).

Se hace mención a esta teoría por que se le considera una de las principales acerca del delincuente (en cuanto a antropología). Lombroso hace un estudio completo acerca de éstos y logra una clasificación:

- 1.- Delincuente nato
- 2.- Delincuente loco moral
- 3.- Delincuente epiléptico
- 4.- Delincuente loco
- 5.- Delincuente ocasional
- 6.- Delincuente pasional

Al estudiar el cráneo de diferentes delincuentes, Lombroso encontró diversas características que los diferenciaban de las personas “normales” ya que decía que éstos tenían anomalías atávicas, correspondientes a hombres primitivos, de aquí surge el primer tipo de delincuente de la lista (nato).

Las anormalidades que observó, es que los humanos poseen cuatro fosetas occipitales. En los cráneos que estudió encontró cinco, esta es una característica en especies inferiores, por lo que pensó que estos eran casos en donde la evolución se detuvo, es decir que el sujeto no evolucionó. Algunas de las características antropológicas a las que hace referencia el autor son:

1. Frente huidiza y baja
2. Asimetría craneal
3. Fusión del hueso Atlas con el Occipital
4. Gran desarrollo de los pómulos
5. Gran pilosidad, entre otros.

De la misma manera hace referencia a diferentes características de tipo biológico, psicológico y social en este tipo de delincuente, entre ellas:

1. Gran frecuencia en el tatuaje
2. Insensibilidad al dolor
3. Insensibilidad afectiva
4. Tendencia al suicidio
5. Crueldad, entre otras (Rodríguez Manzanera, 1993).

No es éste el caso para describir toda la teoría de Lombroso por lo que sólo se hace referencia a algunos tipos de delincuentes que describió. Un tipo importante de delincuente por mencionar, es el que Lombroso descubre por casualidad y éste es el epiléptico.

Este autor es uno de los primeros en hacer mención acerca de la relación de la epilepsia y los criminales. En sus estudios descubre que existen gran número de epilépticos dentro de las cárceles, y con ello se percata de que el epiléptico es un sujeto altamente agresivo (Rodríguez Manzanera, 1993).

Esta teoría fue novedosa y bien aceptada en un principio, pero posteriormente fue puesta en duda pues se demostró que no todos los criminales poseen los mismos rasgos, y no todas las personas “normales” no los poseen. Sin embargo, esta teoría tiene bases importantes mas no es posible generalizarla, esto pasa con todas las otras teorías por lo que es importante no quitarle el merito.

Científicos sociales y psicólogos se resisten a aceptar estos nexos antropológicos de la conducta criminal, pues ellos basan sus teorías en el aprendizaje y en la socialización de ésta persona. Por tanto se contraponen a la idea debido al reduccionismo científico de estas teorías ya que éstas forman una posición determinista respecto a la criminalidad, lo cual en la actualidad es complicado de sostener pues cada vez saltan más a la vista los factores sociales (Soria Verde, *et al.* 2006).

A mediados del siglo XX, William Sheldon creó una teoría similar a la de Lombroso, con diferencias importantes, entre ellas, que la persona puede tener una constitución corporal que puede servir como dato para la predisposición al delito. Este autor realizó una investigación en donde registró datos de jóvenes, los clasificó según su constitución física y posteriormente revisó sus antecedentes penales, con lo cual concluyó que las personas con mayor constitución muscular y atlética tienen mayor probabilidad de delinquir (Macionis y Plummer, 1999).

Estos estudios son basados en la fisonomía. Soria Verde *et. al.* (2006, p.47), cita los estudios realizados posteriormente por Sheldon (1942), que, “elaboró tres somatotipos diferentes: los *endomorfos*, personas de aspecto gordo y de línea predominante circular; los *mesomorfos*, sujetos musculados y de forma corporal triangular, y los *ectomorfos*, personas de características físicas delgadas y de forma predominantemente lineal”.

Existe otra hipótesis de un autor llamado Glueck (1950, citado por Macionis y Plummer, 1999), en donde refiere que los padres tratan a los hijos de constitución “fuerte” con menos mimos que a los hijos de constitución “débil”, por lo que los hijos “fuertes” se muestran menos propensos a ser más afectos o tener más relación con otras personas. Aunado a esto la gente esperaría un comportamiento más agresivo del “fuerte” que del “débil”.

A manera de conclusión acerca de esta teoría, es que ésta no es determinante, sin embargo, es tomada en cuenta y sirve como base para definir y describir al delincuente.

Con estos datos no es posible generalizar o afirmar que una constitución física “fuerte” es un predictor de la propensión al delito y mucho menos decir que es el factor determinante o la causa del por qué las personas delinquen.

3.2.2. Teoría biológica

Como otras teoría, ésta no se puede tomar por cierta completamente, sino que sólo es un punto desde donde se puede estudiar al delincuente.

Según Rodríguez Manzanera (1993), actualmente no se puede tener una posición determinista respecto a que estos rasgos de criminalidad son heredados, dado que no se hereda la criminalidad, sino la *predisposición* a delinquir.

Actualmente desde el punto de vista de la Psicología Biológica, existe un interaccionismo biológico que permite comprender y compaginar el entorno físico-social, con las experiencias psicológicas y esta parte biológica. Esto quiere decir que se acepta que no todas las personas nacen con las mismas probabilidades biológicas de cometer un delito, sin embargo la interacción con el medio será lo que determine las limitaciones o la reducción de éstas (Soria Verde, *et al.* 2006). Se piensa en factores endógenos y exógenos y el binomio herencia-medio ambiente.

“Dentro de los estudios al hombre delincuente, se pensó también en la posibilidad de encontrar determinadas mutaciones cromosomáticas como causantes del crimen. Éste fue un enfoque completamente novedoso de plantear los problemas de la criminalidad. Su noción básica es que, ciertas

anomalías biológicas innatas en forma de aberraciones cromosomáticas, pueden, en ciertos casos, encontrar el origen de la delincuencia” (Barrita López, 2003, p.77).

Rodríguez Manzanera (1993), menciona tres métodos para investigar la relación entre la herencia y la criminalidad. Esto es análisis de la genealogía del delincuente, la genealogía estadística y la investigación de gemelos, entre los que se encuentran los siguientes:

- 1) Las familias criminales
- 2) La estadística familiar
- 3) Los estudios de gemelos
- 4) Estudios de adopción
- 5) Aberraciones cromosomáticas
- 6) Estudios electroencefalográficos.

3.2.2.1. Genética

En cuanto a los estudios de genética, esta parte intenta comprender la influencia de la herencia en las personas y la conducta criminal. Lo más destacado en estos estudios son los hechos con gemelos monozigóticos (MZ), monocigóticos o monovitelinos y dizigóticos (DZ) dicigóticos o heterocigotos.

Genéticamente, estos gemelos difieren en que los MZ tienen el mismo genotipo y sus características hereditarias son idénticas, por lo que las diferencias que presentan son producto del medio en el que se desenvuelven, por el contrario con los DZ, éstos tienen cargas genéticas

diferentes, por lo cual tienen diferencias significativas tanto físicas (color de ojos, sexo y en ocasiones color), como herencia genética.

Rodríguez Manzanera (1993), hace referencia al siguiente estudio:

“Se había ya observado que en gemelos hay una mayor correlación en lo que al crimen se refiere, es decir, cuando un gemelo delinquía había mayor probabilidad de que el otro delinquiera también, esta probabilidad era menor entre simples hermanos” (p.303).

Sin embargo, los sociólogos negaron que este estudio fuera una prueba contundente para el factor hereditario, pues abogaban a favor del medio, ya que los gemelos tienen una educación similar y comparten su medio con mayor intensidad que los hermanos, por diferentes factores, como son la alimentación, comparten la misma edad, sexo, van a la misma escuela, y el trato es muy similar para ambos.

Posteriormente se generaron diversos estudios alrededor de la genética y de los gemelos.

“En 1929 el médico alemán JOHANNIS LANGE publicó un trabajo sobre gemelos en Criminología, estudiando 30 pares de gemelos, de los cuales uno por lo menos había sido condenado en las cárceles de Baviera. De estos pares de gemelos trece eran monocigóticos y 17 dicigóticos; entre los 13 primeros el segundo gemelo fue condenado en 10 casos; entre los 17 dicigóticos solamente se encontraron dos condenados en el segundo gemelo” (Rodríguez Manzanera, 1993, p.303).

Esta teoría logró un gran impacto aparte de que echaba por tierra las teorías o ideas acerca del aprendizaje familiar, a partir de este momento

comienzan a existir otros estudios que reafirman o confirman estos resultados.

Un estudio más reciente de Eysenck (1964), reveló lo siguiente:

“[...] 225 pares de gemelos, 107 siendo idénticos y 118 siendo fraternos, las concordancias son 71% y 34% respectivamente. *Eysenck* va a encontrar además que, tratándose de gemelos monozigóticos la concordancia es de 85% para delincuencia juvenil, 65% para alcoholismo y de 100% para homosexualidad” (Rodríguez Manzanera, 1993, p.304).

En la siguiente tabla se ejemplifican los resultados del estudio de Eysenck.

Tabla 3.1 Estudio de Criminalidad en gemelos de Eysenck

	Número de pares gemelos	MZ Idénticos	DZ Fraternos	Proporción Concordante	
				Idénticos	Fraternos
Crimen (adultos)	225	107	118	71	34
Delincuencia juvenil	67	42	25	85	75
Trastornos de conducta en la infancia	107	47	60	87	43
Homosexualidad	63	37	26	100	12
Alcoholismo	82	26	56	65	30

Fuente: Rodríguez Manzanera, 1993, p.304

Soria Verde, *et al.* (2006), hace referencia a un estudio de Lange (1931), pues éste realizó estudios en donde se reportaba una tasa de criminalidad del 77% en gemelos monozigóticos y una coincidencia menor en los diagnósticos de tan solo 12%.

Existen otros autores que de la misma manera que Eysenck han realizado estudios posteriores. Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 3.2 Estudios de Shields y Slatter (1968)

	<i>Porcentajes de concordancia</i>	
	<i>En gemelos idénticos</i>	<i>En gemelos no idénticos</i>
Homosexualidad masculina	100%	12%
Trastorno de conducta infantil	87%	43%
Alcoholismo	65%	30%
Crimen (adultos)	68%	35%
Delincuencia juvenil	85%	75%

Fuente: Rodríguez Manzanera, 1993, p.305.

Por último en la siguiente tabla se muestran los resultados de diversos investigadores de diferentes países y sus coincidencias en la criminalidad.

Tabla 3.3 Estudios en varios países

<i>Estudio</i>	<i>Lugar</i>	<i>Monozigóticos</i>			<i>Dizigóticos</i>		
		<i>Total pares</i>	<i>Pares con concordantes</i>	<i>% concordan- cia</i>	<i>Total pares</i>	<i>Pares con concordantes</i>	<i>% concordan- cia</i>
Lange	1929 Bavaria	13	10	77	17	2	12
Legras	1932 Holanda	4	4	100	5	1	20
Rosanoff	1934 U. S. A.	37	25	68	28	5	18
Stumpfl	1936 Alemania	18	11	61	19	7	37
Kranz	1936 Prusia	32	21	66	43	23	54
Borgtröm	1939 Finlandia	4	3	75	5	2	40
Yoshimasu	1961 Japón	28	17	61	18	2	11
Eysenck	1964 U. S. A.	107	75	70	118	40	34
Total:		243	166	68.31	253	82	32.41

Fuente: Rodríguez Manzanera, 1993, p.305

En cuanto a las aberraciones cromosómicas, es necesario hacer un breve preámbulo para reconocer el campo del cual se está hablando.

Es necesario conocer que cada célula tiene un núcleo con un ADN (ácido desoxirribonucleico), el cual está compuesto por 46 cromosomas, es decir, 23 pares. Un par pertenece al sexo y son llamados genomas, éste en el hombre es llamado Y, y en la mujer X, en la mujer los dos genomas son XX y en el hombre XY, las aberraciones van en relación a que existe cromosomas de más o de menos.

Existe en la mujer el síndrome de Turner, en donde pueden existir cromosomas XXX, XXXX, XXXXX. Y el hombre el síndrome de Klinefelter con cromosomas XXY, XXXY, XXXXXY y XYY. Estos tienen como características circunferencia torácica disminuida, caderas anchas,

piernas largas, escaso vello en el cuerpo, atrofia testicular su IQ (coeficiente intelectual) se ve disminuido desde 83.9 llegando a un IQ de 35.2.

Tras conocer a grandes rasgos algunas de las aberraciones cromosómicas, se puede hacer mención a estudios que se han realizado respecto a la correlación que existe entre el síndrome de Klinefelter y la criminalidad. Estos estudios fueron realizados por Mosier, (1960); Court Brown, (1962); Nielsen, (1964); Hunter, (1964); en donde encontraron que el 2.5 de los delincuentes poseían el síndrome de Klinefelter (Rodríguez Manzanera, 1993).

“En las poblaciones penitenciarias se ha encontrado 2.4% de delincuentes con factor XYY, mientras que en la población no delincuente la relación es de 2.3 por millar [...].

Lo anterior representaría que entre los delincuentes encontramos mayor número de XYY que entre la población normal.

El fenómeno puede comprenderse, ya que los sujetos con XYY presentan características de peligrosidad como son: precocidad criminal, “YO” mal estructurado, mala adaptación social, poca tolerancia a la frustración, mayor reincidencia, falta de sentido de responsabilidad, incapacidad de previsión, etc.

Son sujetos de gran precocidad criminal (13.1 años para la comisión del primer delito, frente a los 18 años de la generalidad).

En general son buenos reos, se adaptan rápido al establecimiento, no dan muchos problemas, pero son refractarios al tratamiento y reinciden con gran facilidad [...]” (Rodríguez Manzanera, 1993, p.309).

Con lo cual se puede concluir que el exceso de genomas puede originar una predisposición a los trastornos de conducta, y al parecer existe una correlación positiva de la existencia de una doble YY a la agresividad, por lo que no se pueden descartar los estudios de genética para lograr comprender al delito y al delincuente.

En cuanto a la disfunción cerebral:

“En la actualidad existe un acuerdo en considerar la ausencia de relación directa entre afectación neurológica y comportamiento, pero al mismo tiempo que una afectación grave tiene mayor impacto. Quizás la única excepción es la epilepsia. Su relación con las conductas violentas es algo culturalmente aceptado desde antiguo, pero de ello no puede decirse, por su número relativamente escaso como por la excepción de la agresividad humana, que sea la causa dominante” (Soria Verde, *et al.* 2006, p.35).

Desde la perspectiva de encefalogramas, existen estudios que intentan correlacionar la criminalidad con el cerebro. Shanb y Roth (1974), citado por Rodríguez Manzanera, (1993), en su estudio encuentran relación entre la epilepsia y la conducta desviada, ésta al parecer es más fuerte cuando existe un daño cerebral. El objetivo de estos estudios es descubrir cambios en los ritmos y en la forma de las ondas.

3.2.2.1.1. Herencia y familia

Rodríguez Manzanera (1993), por otro lado en el estudio realizado a familias, se hace una referencia a éstas de manera compuestas por delincuentes, donde sus miembros se destacan por ser, alcohólicos,

prostitutas, vagos o delincuentes, entre otros. Aunque esta teoría tiene su lado débil ya que los sociólogos argumentan que estas circunstancias eran dadas por el aprendizaje derivado de la convivencia y por lo tanto los hijos aprenden del ejemplo que se les dio.

Por último en los estudios de adopción Hutchings y Mednick (1975), hacen un estudio en Dinamarca con:

“[...] 1145 varones adoptados entre 1927 y 1941, 185 (16.2%) tenían antecedentes penales, y de éstos se pudieron localizar 143 padres biológicos. Se eligieron 143 casos similares en los que los sujetos fueron no-criminales como grupo control.

Si ninguno de los dos padres (biológico y adoptivo) es criminal, el 10.4% de los hijos es criminal; si el padre adoptivo es criminal, pero el biológico no, la cifra sube tan solo al 11.2%; cuando el padre biológico es criminal y el adoptivo no, el porcentaje se eleva hasta el 21%. En los casos en que ambos padres (biológico y adoptivo) son criminales, el resultado es de 36.2%” (Rodríguez Manzanera, 1993, p.306).

Lo anterior no intenta decir que esta teoría es la mejor y la única, sino que pretende darle importancia y relevancia al hecho de que existe una relación entre genética y la criminalidad.

Entre las llamadas personalidades psicopáticas y con alta proclividad al delito, existen razones para pensar que existen fuertes componente hereditarios, ésta es la relación entre la enfermedad mental y la criminalidad esto según Barrita López, (2003).

3.2.2.2. Endocrinología

Se sabe que las glándulas pueden dividirse en dos grandes grupos que son las endocrinas y las exocrinas. Diferentes rasgos de personalidad dependen de la función glandular y que la personalidad cambia si las glándulas son hiper o hipo estimuladas (Rodríguez Manzanera, 1993). Ejemplos de estas glándulas son la Hipófisis, Suprarrenales, Tiroides, Paratiroides, entre otras.

Existen de la misma manera estudios en donde se ha visto la relación que existe entre diversas hormonas como los andrógenos, en donde algunos sujetos que cometieron actos criminales tienen niveles elevados de esta hormona. También se ha encontrado relación con la testosterona.

Por otra parte la insulina cuya falta causa hiperglucemia, provoca incapacidad del sujeto para concentrarse así como notable irritabilidad. Por último, las catecolaminas que se subdividen en dos tipos, la *adrenalina* que tiende a unirse al miedo y *noradrenalina*, a la agresión (Soria Verde, *et al.* 2006).

Rodríguez Manzanera (1993), hace referencia a diferentes estudios endocrinológicos realizados a criminales los resultados se presentan a continuación:

“LYONZ HUNT estudio un muestreo de mil criminales, y encontró que de ellos el 40% tenían endocrinopatías (patología de las endógenas), principalmente hipertiroidismo en delincuentes pasionales, e hipotiroidismo en vagos y malvientes. En Italia. LANDOGNA-CASSONE estudios 500

delincuentes sicilianos, encontrando en los asesinos cínicos y sanguinarios una hiperfunción de la hipófisis; en los homicidas pasionales encontró (al igual que Hunt) hipertiroidismo; en los ladrones (delitos contra las personas, en su propiedad) hipofunción de la hipófisis; y entre los delincuentes sexuales (delincuentes contra la moral y contra las buenas costumbres) disfunción gonádica” (p.284).

Existen otros tantos estudios, en los cuales se obtuvieron resultados similares, lo que quiere decir que el funcionamiento endocrinológico puede afectar de manera importante en la conducta de la persona, llevándolo posiblemente a cometer actos delictivos.

Dentro de los estudios existen algunos que se han llevado a cabo en México, en una penitenciaría del Distrito Federal, y éstos arrojaron resultados similares a los anteriores.

Un dato importante a mencionar es el siguiente: “Algunas investigaciones recientes en el campo de la biología social (que señalan, [...] que los hombres parecen más predispuestos que las mujeres a emplear la violencia)” (Macionis y Plummer, 1999, p.207). Lo anterior lleva a pensar que la testosterona es un factor importante para que exista un mayor número de delincuentes hombres que mujeres.

Es importante resaltar lo que mencionaba Rodríguez Manzanera (1993), “La endocrinología ha aportado múltiples datos para la mejor comprensión del comportamiento humano [...] puede explicar *en parte el cómo y el no por qué del crimen*” (p.286).

Por último, en éste enfoque biológico se puede decir que existen diversas investigaciones acerca del delito, sobre la biología y la conducta

desviada, sin embargo hasta el momento no existen estudios de genética ni biológicos que comprueben, afirmen o generalicen la correlación con la conducta delictiva, es por ello que las teorías sociales son tan importantes en este aspecto.

3.2.3. Teoría de la personalidad

Al igual que en la teoría anterior, ésta se basa en los rasgos individuales. No obstante, aquí se toma en cuenta la personalidad del individuo, pues éste es el agente causal o como lo mencionan Macionis y Plummer (1999), son los problemas en la formación de la personalidad, los causantes o factores para que un individuo cometa actos delictivos.

En esta teoría se hablará acerca de diferentes corrientes psicológicas y por lo tanto de diferentes autores, los cuales pueden o no coincidir en cuanto a la personalidad criminal.

La parte psicológica comienza a tomarse en cuenta a partir de que la teoría lombrosiana que no parecía terminar de explicar crímenes con poca coherencia, los cuales tenían motivaciones extrañas y diferentes a las estudiadas con anterioridad.

Como menciona Rodríguez Manzanera (1993), en su libro de Criminología: “Los psicólogos buscan descubrir esos móviles ocultos en los lugares más recónditos de la mente humana y en su inquietud constante, aportarán notables conocimientos y nuevas técnicas a la ciencia criminológica” (p.367).

Para poder hablar de la personalidad es necesario conocer su definición, la cual proviene del latín *persona* que se refiere a una máscara utilizada por actores, y definida por Schultz (2002, p.10), de la siguiente manera: “Los aspectos únicos, internos y externos, relativamente perdurables del carácter de una persona, que influyen en su comportamiento en distintas situaciones”.

Existen algunos rasgos de personalidad, los cuales son hereditarios, y otro tanto se basan en las experiencias personales, ejemplo de ello son, temperamento y carácter. El primero puede ser definido como las cualidades o características genéticas del comportamiento humano y las formas innatas de reacción, por lo tanto es heredado. El segundo, es la transformación de esas mismas características a través del tiempo en la vida del sujeto y las interacciones del individuo en la sociedad. Por lo tanto, visto desde este punto, la conducta desviada es el resultado de una socialización fallida.

La personalidad puede ser estudiada desde diversas corrientes psicológicas y a continuación se hace mención a las más relevantes para la criminología y por lo tanto importantes en el estudio del delincuente debido a los aportes por parte de diferentes autores e investigadores.

3.2.3.1. Psicoanálisis

Esta teoría es una de las más amplias al hablar acerca del delincuente, por lo tanto se encuentran varios autores que la explican ya sea desde la perspectiva ortodoxa del psicoanálisis o bien, desde la perspectiva reformada y adicionada de éste.

Para comenzar, se hablará de Freud y las importantes aportaciones que realizó en cuanto a la personalidad del delincuente.

Para hablar de esta teoría es necesario conocer conceptos básicos para conocer mejor la personalidad, estos elementos de la teoría son conocidos como parte del aparato intrapsíquico que Freud lo dividía en tres niveles:

1) *Conciente*: según Schultz (2002), “[...] Incluye todas las sensaciones y experiencias de las que estamos al tanto en cualquier momento. [...] solo tenemos conciencia de una pequeña parte de nuestros pensamientos, sensaciones y recuerdos” (p.51).

2) *Preconciente*: Rodríguez Manzanera (1993) y Schultz (2002), concuerdan al definir el preconciente de Freud: es donde se guardan o almacenan las percepciones, pensamientos, sentimientos, a los cuales no se tiene acceso en el momento pero que se pueden traer al consciente con facilidad con el simple acto de voluntad.

3) *Inconciente*: “[...] Éste es el foco de atención de la teoría psicoanalítica. [...] aquellos deseos y anhelos que dirigen nuestra conducta [...]” (Schultz, 2002, p.51).

Esta teoría hace mención a que las vivencias no se olvidan sino que van al inconciente. “Este descubrimiento abrió un mundo para la exploración de la Criminología: todo delito tiene una motivación inconciente, profunda, desconocida aun para el mismo criminal” (Rodríguez Manzanera, 1993, p. 375).

Así también el aparato psíquico se encuentra dividido por tres instancias que son:

a) *Ello*, es en donde residen los instintos, fantasías, afectos, las pasiones, las pulsiones y es totalmente inconsciente, éste está regido por el principio del placer.

b) *Yo*, este se encuentra en contacto con el medio ambiente, este se va formando a la par del individuo. Este defiende a la personalidad contra las pulsiones del ello a través de los mecanismos de defensa. Es más organizado y coherente que el ello. El Yo posee funciones conscientes como la percepción, inteligencia y memoria. Se rige por el principio de realidad.

c) *Superyo*, Es el aspecto moral de la personalidad, es la interiorización de los valores y normas de la sociedad en la que vive el sujeto.

“[...] la primera hipótesis psicoanalítica en materia criminológica fue que el criminal era un hombre desprovisto de Super Yo. Después se comprobaría que muchos criminales están lejos de carecer de Super Yo, al contrario hay algunos que tienen una hiper-moral justiciera” (Rodríguez Manzanera, 1993, p.376).

Otro punto importante a mencionar para esta teoría es el Complejo de Edipo, en el cual se refiere a la atracción sexual que el niño desarrolla por su madre, y en donde se odia al padre, esto es de manera inconsciente. Esta fase debe ser superada sino se pueden generar

anomalías y la personalidad se encontrará mal estructurada como menciona Rodríguez Manzanera (2002), “[...] podrá llegar al crimen, en ocasiones por sentimiento de culpa. El criminal es pues, un sujeto que no resolvió su problema edípico” (p. 372).

Freud (1915, citado por Marchiori, 2000), hace mención al sentimiento de culpabilidad que proviene del complejo de Edipo:

“[...] por paradójico que parezca el sentimiento de culpa existía antes del delito y no procedía de él, por el contrario, el delito es el que procedía del sentimiento de culpabilidad. Tales sujetos pueden ser designados con el nombre de “delincuentes por sentimientos de culpabilidad” (p.202).

De la misma manera, Freud hace mención de los delincuentes que cometen delitos y los cuales no poseen sentimientos de culpabilidad. Él pensaba que estos sujetos no habían desarrollado inhibiciones morales o bien creen que su conducta es justificada, a esto actualmente se le conoce como personalidad psicopatológica (Marchiori, 2000).

Freud hablaba también de los instintos “*eros*” (instinto de vida) y “*thanatos*” (instinto de muerte o agresión), y entre ellos se contraponen. Este punto le da fuerza a la teoría psicoanalítica ante la criminología, pues Freud refiere que una persona que delinque tiene predominio del *thanatos* sobre el *eros*.

Por último en la teoría Freudiana se habla de las etapas de desarrollo psicosexuales, Freud las denomina de tal manera, pues considera que en la formación de la personalidad, el sujeto pasa por etapas en donde existen “zonas erógenas” que en determinado momento son de interés

para la persona, y en cada etapa existe un conflicto que debe ser resuelto antes de que se pase a otra etapa. Las etapas son las siguientes:

a) Etapa oral, la boca es el centro del placer, Schultz (2002), menciona que esta etapa puede ser dividida en dos, la primera denominada oral incorporativa (succión), y la segunda oral agresiva o sádica (morder o escupir).

b) Etapa anal, la zona erógena como su nombre lo dice es el ano, y el placer proviene del control de sus esfínteres. Esta etapa es dividida en dos, la primera denominada “retentiva” y la segunda “expulsiva”.

c) Etapa fálica, el pene y el clítoris en esta etapa son la fuente del placer para los niños de aproximadamente entre tres y cinco años. Durante esta etapa es donde el complejo de Edipo se encuentra más claro.

d) Periodo de latencia, éste no es una etapa sino un lapso de tiempo en donde el instinto sexual se encuentra inactivo.

e) Etapa genital, comienza en la pubertad y adolescencia, en esta etapa renace el interés por los órganos sexuales, sin embargo a diferencia de la etapa fálica aquí se alcanza la madurez sexual.

La relación con la Criminología y las etapas psicosexuales, es que Freud hace referencia a un término muy importante que puede ser la fuente del delito y eso es la fijación que Schultz (2002, p.60), denomina

de la siguiente manera: “Una condición en que una parte de la libido permanece invertida en una de las etapas psicosexuales por la frustración o la gratificación excesiva”. Esto es que el sujeto puede no resolver el conflicto de alguna de las etapas y quedar “fijado” en alguna de ellas, esto puede suceder por frustración o bien por una excesiva gratificación. Esto puede aclarar o explicar algunos delitos o conductas delictivas.

“Así los sujetos fijados en la etapa oral caerán en desviaciones como el alcoholismo, en conductas como el tabaquismo y la onicofagia, o en delitos como injurias, calumnias o difamación. [...] el individuo fijado en la fase anal es el delincuente contra la propiedad, así como retiene el excremento (anal retentiva), así desea bienes materiales, el usurero, el ladrón, el defraudador, son tipos anales. Aquí se explica también cómo el ladrón gasta fácil lo que obtuvo fácil, con el mismo placer que el niño al defecar (anal expulsiva). Los sujetos fálicos pueden ser los que cometen delitos sexuales del tipo violación, estupro, y el tan temido incesto, ya que no utilizan el pene para su función reproductiva, sino simplemente placentera” (Rodríguez Manzanera 1993, p.374).

Por otro lado, existen psicoanalistas que hablan de la criminalidad, sin embargo lo hacen desde una perspectiva diferente a la de Freud y en este caso es Alfred Adler.

Las diferencias entre sus teorías, se encuentran en que Adler rechaza la sexualización de la teoría, la cual se ve sustituido por un impulso de poder. Menciona que lo que mueve al hombre es su ambición de poder y que el sexo sólo es una de las formas de poder (Rodríguez Manzanera, 1993).

Una de las diferencias más grandes entre estas teorías radica en que Adler muestra aceptación por los factores sociales y ambientales como influyentes en la formación del carácter de la persona y en este caso del delincuente.

Adler nombra a su teoría “Psicología individual”, y esta psicología tiene tres principios que moldean o determinan la conducta:

1° Sentimiento de inferioridad: éstos se ven condicionados por la situación, este sentimiento es universal en el hombre. Para Adler todos los hombres se sienten inferiores con relación a algo o a alguien.

2° Impulso o Ambición de poder: es un esfuerzo por compensar el sentimiento de inferioridad.

3° Sentimiento de comunidad: éste atenúa los sentimientos de inferioridad y controla o modera el impulso de poder.

Marchiori (2000), hace referencia a la teoría de Adler el cual mencionaba lo siguiente:

“Adler sostiene en su trabajo que todas las cuestiones de la vida quedan subordinadas a: vida social, trabajo y amor. La conducta ante estos tres problemas es nuestro estilo de vida. Este estilo de vida distorsionado sumado a factores exógenos, son los que conducen a la extinción del sentimiento de crueldad y lleva al individuo a desarrollar conductas delictivas. Según Adler, una tarea que exige cooperación y solidaridad es siempre lo que desencadena el síntoma de insuficiencia, la neurosis y la neuro-psicosis, el suicidio, la delincuencia, las toxicomanías y las perversiones sexuales” (p.207).

Para Adler, el delincuente es un enemigo de la sociedad y posee una inteligencia privada, una lógica propia que rompe con la lógica de la vida. Los delincuentes poseen un fuerte sentimiento de inferioridad, la aspiración de superación personal y un sentimiento deficiente se comunidad. Y la antisocialidad que dirige hacia los demás la adquiere de manera precoz. Considera a las personas objetos de su pertenencia y esto lo exterioriza amenazando con su actitud al trabajo, la salud y la vida de los demás. Y este comportamiento depende del grado de sentimiento de comunidad que posea (Rodríguez Manzanera, 1993; Marchiori, 2000).

Alder hace mención al delincuente de la siguiente manera:

“Adler dice que su *complejo de superioridad*, procede de la convicción de que son superiores a sus víctimas y de que con cada delito que llevan a cabo les hacen una nueva jugada a las leyes y a sus defensores. En efecto, quizá no haya un solo criminal que no se jacte de haber cometido más delitos de los que se le acusa. El criminal realiza su delito en la seguridad de que no será descubierto si hace las cosas bien. Si es atrapado infraganti se verá completamente convencido de que lo que perdió fue la omisión de algún nimio detalle” (Adler, 1970, citado por Rodríguez Manzanera, 1993, p.389).

El *complejo de inferioridad* puede conducir a una agresividad negativa, sentimiento que es genuino para el sujeto pues siempre lucha por la superioridad, y cuando el sujeto hace conciente su debilidad trata de compensarla, ésta lo conduce a la supercompensación (lo opuesto a la inferioridad).

La importancia de la teoría de Adler radica en que este *complejo de inferioridad* puede conducir a cometer crímenes, ya que es un medio para lograr llamar la atención, compensando así la inferioridad personal. Así mismo, la frustración también conducirá a la agresión (Barrita López, 2003).

Además de Freud y Adler existen otros autores que hablan acerca de la personalidad criminal desde la perspectiva psicoanalítica. Por ejemplo Alexander y Staub, los que hicieron mención acerca de que el hombre es innatamente criminal, en otras palabras, un inadaptado, y conserva esta tendencia a través de los primeros años de vida y la adaptación llega posterior al haber superado el complejo de Edipo (Marchiori, 2000).

Según Alexander y Staub (1961, citados por Rodríguez Manzanera, 1993) señalan:

“La única diferencia que hay entre el delincuente y el hombre normal consiste en que éste domina parcialmente sus instintos motores criminales; pero los desvía hacia otros fines socialmente inocuos, adquiriéndose este dominio y esta desviación permanente de las tendencias primitivamente antisociales en el transcurso de la educación del individuo. Por lo tanto, la diferencia entre el delincuente y el hombre normal representa, generalmente, no una falta congénita, sino un defecto de la educación [...]” (p.381).

Así como estos cuatro anteriores representantes del psicoanálisis, existen otros tantos que hablan acerca de la personalidad del delincuente, sin embargo a consideración de la autora, éstos son los más representativos y en los cuales se puede ver una clara influencia de sus teorías en el momento de hablar de la personalidad del delincuente,

siendo ésta una manera de explicar el por qué del comportamiento o bien de donde surge éste.

El psicoanálisis como se puede apreciar, es la punta de flecha para nuevas teorías y corrientes que hablen o expliquen al delincuente, no viéndolo solo desde el lado jurídico, fisiológico o biológico, sino partiendo del hecho de que el delincuente es individual y de que los motivos por los cuales delinque no siempre son los mismos para todos ellos, pero que si pueden surgir de varios elementos conjuntados que forman la personalidad del sujeto y esto lo hace proclive a cometer el acto delictivo.

Como toda teoría, ésta tiene sus desventajas y una de ellas puede ser que como el inconsciente no es conocido por el sujeto no puede ser revelado a las autoridades, por lo que se requeriría de un proceso de análisis para convertir lo inconsciente en consciente, lo cual es poco práctico y mucho menos conveniente, pues es siempre indispensable la cooperación voluntaria y libre del sujeto, además de que implica costos elevados así como un tiempo prolongado.

3.2.3.2. Conductismo

Ésta es otra de las corrientes psicológicas que han tenido una inmersión importante en la criminología, pero para conocerla, es preciso tener una idea muy general de los conceptos que la caracterizan.

John Broadus Watson, fue un psicólogo estadounidense, al cual se le considera el fundador del conductismo, niega por completo la existencia de un inconsciente y cree solo en lo observable y medible. Los métodos

que utiliza para obtener los datos son la observación, los test, entre otros.

Watson estudia la relación entre una situación y la reacción que ésta provoca, estudia el estímulo-respuesta y hace referencia a que el hombre es solo un conjunto de reflejos innatos y condicionados. La modificación de la conducta es la finalidad del conductismo.

También creía que él podía criar a cualquier bebe sano y convertirlo en lo que quisiera desde un médico, hasta en ladrón independientemente de su herencia, talentos y predisposiciones (Rodríguez Manzanera, 1993).

Posteriormente, Burrhus Frederic Skinner retoma los estudios de Watson. Él no niega la existencia de manifestaciones internas de la conducta.

Skinner consideraba importante para la psicología el estudio de los “[...] *refuerzos* que tienden a configurar el comportamiento humano y la forma de aplicación de dichos refuerzos. Así, la Criminología viene siendo la ciencia del *control social* el cual se logra por medio de *refuerzos* [...]” (Rodríguez Manzanera, 1993, p.395).

Como mencionan González Vidaurri y Sánchez Sandoval (2005),

“Si se observan las reacciones humanas se obtiene constantes [...] todos los individuos de las mismas costumbres sociales, reaccionan a los estímulos externos de igual manera. Las respuestas varían solo al cambiar

las condiciones económicas y sociales en las cuales el individuo se mueve”
(p.97).

Según lo que menciona Rodríguez Manzanera (1993), el conductismo tuvo un gran éxito por la simplicidad de la teoría, en donde el hombre es un conjunto de reflejos y hábitos que pueden ser manipulados, pero que solo con la observación no se puede catalogar a una persona. Esto quiere decir que no se puede confiar en la observación y en la medición por completo para procesar o bien para sentenciar a un acusado, lo cual es la desventaja mas grande en esta teoría, por que solo podría ayudar a explicar por que un sujeto se convirtió en delincuente o por que cometió tal acto.

Esto, no obstante, no ayuda para su proceso judicial y mucho menos en su rehabilitación, ya que se ha demostrado que el estímulo-respuesta, premio-castigo, no es tan confiable ni ha funcionado adecuadamente con las personas antisociales.

Estas dos corrientes psicológicas son las de mayor predominancia al hablar de psicología y su relación con la criminología. Existen otras tantas que han tenido su incursión en los terrenos de la criminología sin que haya sido tratado el tema tan ampliamente como en estas dos corrientes.

Lo importante de hacer mención del psicoanálisis y del conductismo, es que aportan conocimientos y dan pie a nuevas investigaciones por parte de otros autores, con el fin no solo de entender la personalidad de estos sujetos, sino también de crear y reformar métodos de readaptación para estas personas, intentando que los centros de readaptación sean

eso y no solo un centro de reclusión, en el cual mantener a “raya” al criminal o delincuente sea el principal objetivo.

3.2.4. Teoría sociológica

Toda teoría trata de explicar el por qué de la persona delincuente, pero cada una intenta explicarlo desde su punto de vista, muchas veces negando la existencia de otras teorías como la razón o parte de la personalidad delincuente.

Para estos momentos no es suficiente creer que solo una teoría explica de principio a fin este tipo de personalidad, ya que se está lejos de poder generalizar el punto, siendo que cada una de estas teorías ha tenido un aporte significativo y esto mismo pasa con la teoría social, en donde los autores de esta consideran que la sociología puede resolver grandes dudas a cerca del comportamiento de estas personas y explicar el por qué de sus actos.

No se descarta que ésta pudiera ser una de las teorías con mayor peso al momento de explicar el comportamiento del delincuente. Es de importancia la siguiente teoría ya que toma en cuenta aspectos del medio ambiente, educativos, económicos, geográficos, familiares, entre otros muchos. Por lo tanto es necesario otorgarle la importancia que requiere a su estudio.

Si se toma en cuenta que esta teoría proviene del contexto social de la persona, Macionis y Plummer (1999), refieren lo siguiente: “Aunque todos tenemos cierta tendencia a pensar en las desviación como el

resultado de opciones o fracasos puramente personales, la conducta desviada [...] viene en gran parte determinada por el contexto social” (p.208).

Para ello la teoría anterior se explica a través de tres razones o premisas:

- 1) *Lo que se entiende como conducta desviada varía según las normas sociales de la sociedad en la cual vivimos.* Por lo tanto ningún pensamiento o acción es desviado por sí solo, esto quiere decir que siempre va en relación a algo y ese algo son pautas culturales que son distintas dependiendo la sociedad. En cada sociedad se valora o se hace un juicio de valor distinto, por lo cual también contiene variaciones.
- 2) *Solo cuando los demás la definen así, la conducta de uno es una conducta desviada.* Las conductas que presentan muchas veces pueden ser infracciones a las normas y leyes, sin embargo el enfoque que den las personas y la sociedad misma entiende y define esta conducta y la gravedad del acto.
- 3) *La capacidad de elaborar reglas, así como de quebrantarlas no está igualmente distribuida entre la población.* En pocas palabras esto quiere decir que las normas y su aplicación no son indiferentes a las pautas de desigualdad social.

Otros puntos y teorías dentro de la sociología para definir al delincuente o para poder explicarlo son las siguientes:

3.2.4.1. Teoría funcionalista

Según esta teoría vista por Emile Durkheim, aunque parezca paradoja, la conducta desviada y delictiva contribuye a mantener el sistema social en equilibrio y es importante por que lleva a comprender el fenómeno criminal.

Durkheim distingue dos tipos de unidad en la sociedad:

- La solidaridad mecánica y
- La orgánica.

La primera se refiere a sociedades más sencillas, en las que no existe una conciencia colectiva basada en la igualdad. La segunda ejemplifica a las sociedades más complejas, basadas en la especialización de las funciones, esto según el punto de vista deriva que a mayor división del trabajo menor conciencia colectiva y mayores diferencias individuales (Marchiori, 2000).

Según González Vidaurri y Sánchez Sandoval (2005, p.78), Durkheim en su libros *“El suicidio”* publicado en 1892 y *Dos leyes de la evolución penal* manifiesta su oposición a considerar el delito como un fenómeno de anormalidad social, considerándolo, en cambio como un algo que hace parte integrante de toda sociedad”.

“El delito debe ser aceptado como un hecho social, como parte integrante de una sociedad, el cual no puede ser eliminado con un acto de voluntad. Por lo tanto, el delito es un hecho normal, no deduciéndose de esto que el criminal como individuo sea siempre normal desde el punto de vista

biológico o psicológico. Cualquier sociedad normal siempre ha tenido algunos individuos anormales.

Hacer del crimen una enfermedad social, dice Durkheim, sería admitir que la enfermedad no es cualquier cosa accidental, sino al contrario, deriva en ciertos casos de la constitución fundamental del ser viviente” (Rodríguez Manzanera, 1993, p.350).

Los principales puntos de vista a destacar sobre la teoría funcionalista de Durkheim según González Vidaurri y Sánchez Sandoval (2005), son los siguientes:

- 1) “La delincuencia es un fenómeno “normal”, no proviene de causas excepcionales, sino de la estructura misma de la cultura a la cual pertenece.
- 2) El delito es un hecho social connatural a toda sociedad sana.
- 3) Dado que la delincuencia es la resultante de las grandes corrientes colectivas de la sociedad, su existencia y sus relaciones con el conjunto de la estructura social presentan un carácter de permanencia.
- 4) El fenómeno criminal debe ser comprendido y analizado no en sí mismo, sino siempre con relación a otro, determinado en el tiempo y en el espacio. [...]
- 5) La desviación también puede ser portadora de innovaciones sociales; y esto ocurre sólo si permanece como un hecho excepcional respecto al cumplimiento de la norma. Si la desviación refleja una ausencia de normas sociales, el hecho es negativo por que se produce una disgregación social.
- 6) La criminalidad produce un reforzamiento en el sentimiento colectivo de los valores impuestos y generalizados en la sociedad; [...]
- 7) Durkheim, planteó además el concepto sociológico de *anomia* como una falta de la estructura social, por la carencia relativa de normas en un grupo o una comunidad” (p.79).

Por último en la teoría funcionalista de Durkheim, la desviación cumple cuatro funciones esenciales a las que se hará mención a continuación:

- 1) *“La desviación contribuye a consolidar los valores y las normas culturales. [...] toda definición de lo que está bien o es lícito solo se entiende en oposición a lo que está mal o es ilícito. [...]*
- 2) *La respuesta a la desviación contribuye a clarificar las barreras morales. [...]*
- 3) *La respuesta a la desviación fomenta la unidad social.* Normalmente la reacción de los individuos frente a los casos extremos de desviación fomenta un sentido de solidaridad colectiva frente al ultraje. [..]
- 4) *La desviación fomenta el cambio social.* Según Durkheim, los actos que transgreden las normas sociales invitan a reflexionar sobre la naturaleza de esas normas y sobre la convivencia de seguir manteniéndolas. Las conductas desviadas nos obligan a pensar y a repasar una y otra vez dónde ponemos los límites y que grado de tolerancia estamos dispuestos a mantener. [...]” (Macionis y Plummer, 1999, p.209)

Para finalizar esta teoría, Rodríguez Manzanera (1993), hace mención sobre la crítica que hace Pinatel a esta teoría. Menciona que Durkheim confundió los aspectos de normalidad con el sentido de constancia estadística, agregando que el crimen no es, ni puede ser un fenómeno normal.

Desde el punto de vista de la autora de este trabajo de investigación, se caería en un situación en donde nada sorprendería a la sociedad ni a las personas que la conforman. El homicidio, violación, robo, etcétera, serían normales en ella y esto no puede ni debe ser tomado así ya que estos actos y conductas perjudican y agraden tanto a los individuos como a la sociedad misma.

3.2.4.2. Teoría de la desviación de Merton

La siguiente teoría, según Rodríguez Manzanera (1993, p.358), Robert K. Merton “[...] desarrolló parte de su teoría a partir de Durkheim, y se ha convertido no sólo en toda una teoría criminológica, sino también en una aguda crítica a las sociedades industriales o post-industriales”

Esta teoría parte del término *anomia* de Durkheim pues coincide en que en una situación de falta de normas pueda surgir de un choque de aspiraciones y un desmoronamiento de normas reguladoras (Marchiori, 2000). Merton habla de la *anomia* como una discrepancia entre las normas sociales y las metas culturales, así como las capacidades sociales de los individuos. Por lo tanto, éste es un conjunto poco congruente entre las metas que deben lograr los individuos y los recursos y normas que promueve la sociedad para alcanzar tales metas.

Él consideraba que existen clases sociales más vulnerables que otras en el momento de poder alcanzar las metas, puesto que las posibilidades de tener tanto acceso a medios materiales, simplemente son muy limitadas. De aquí surgen las tendencias anómicas, puesto que los miembros de estos grupos se ven frustrados y, por lo tanto, obligados a romper las reglas socialmente impuestas, justamente para buscar los medios para alcanzar las metas y por lo tanto el éxito.

Se podría pensar que en las sociedades “marginadas” existen mayor número de delincuentes, sin embargo Merton pensaba lo contrario, él decía que las ciudades modernas, y por lo tanto crecientes generan grandes cambios rápidamente así como gran anormalidad, propiciando

que los sujetos que no logran obtener las metas de manera legítima, buscasen obtenerlas sin importar los medios, además de toparse con múltiples bienes que pueden hacer suyos y con la posibilidad de triunfar con un riesgo que si se pone en balanza sería mínimo en comparación con los beneficios posibles de obtener.

Su principio general es el siguiente: “Las estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas en la sociedad, induciéndolas a una conducta de rebeldía antes que de conformidad” (Marchiori, 2000, p.267).

Merton suponía que la conducta desviada varía dependiendo de la sociedad, así como del estatus étnico, entre otras características. “[...] *la conducta anómala de las personas puede considerarse desde el punto de vista sociológico como un síntoma de disociación entre las aspiraciones culturales prescritas y los caminos socialmente estructurales para llegar a dichas aspiraciones*” (Merton, 1964, citado por González Vidaurri y Sánchez Sandoval, 2005, p.90).

Y en su teoría, Merton plantea las siguientes categorías comportamentales de adaptación dependiendo el papel del sujeto en alguna situación que se le presente y no como parte de su personalidad:

Conformidad: Existe cuando se busca satisfacer algún objetivo lícito y está aceptado socialmente. “*Para alcanzar el éxito vamos por el buen camino, pero debemos seguir trabajando*” (González Vidaurri y Sánchez Sandoval, 2005, p.90).

Innovación: Conseguir objetivos por medios lícitos a través de medios ilícitos. Es conseguir un objetivo cultural convencional (riqueza) por medio de mecanismos poco convencionales (delito). *“Alcanzar el poder o la fama, justifica los medios ilícitos”* (González Vidaurri y Sánchez Sandoval, 2005, p.90).

Ritualismo: Es la imposibilidad de obtener éxito a través de mecanismos lícitos. En pocas palabras vivir respetablemente. *“no me interesa ser rico, lo que quiero es que me dejen seguir viviendo con mi trabajo”* (González Vidaurri y Sánchez Sandoval, 2005, p.90).

Retraimiento: El rechazo tanto de los objetivos culturales como de los medios para conseguirlos. Ejemplo de ellos son los alcohólicos, *“al diablo las falsas expectativas y los falsos caminos para alcanzarlas. Quédense con su bondad ideológica; yo no juego”* (González Vidaurri y Sánchez Sandoval, 2005, p.90).

Y por último un comportamiento adaptativo, **la rebelión**, supone el desenmascaramiento de la bondad y la virtud tanto de las metas como de los medios. Al igual que los anteriores rechazan tanto las definiciones culturales de éxito como los mecanismos para obtenerlos, pero ellos defienden alternativas al orden y las normas sociales existentes. [...]” (Macionis y Plummer, 1999).

Por este cambio en el planteamiento de Merton respecto a la anomia que antes había sido descrito por Durkheim como un defecto de la sociedad, ahora se convertiría en una acción individualizada frente a las estructuras sociales.

Merton realizó, además, estudios sobre la familia como factor importante de anomia y criminalidad. Refería que la familia es la primera en transmitir al sujeto las normas sociales y culturales, y es posible que el niño adquiriera normas implícitas que no fueron presentadas como reglas. Ejemplo de esto son las ambiciones de los padres, y son los padres frustrados quienes no son capaces de brindar al niño herramientas y medios para lograr triunfar, por lo tanto la familia es una fuente importante de la transmisión de la anomia (Rodríguez Manzanera, 1993).

3.2.4.3. Interaccionismo Simbólico

El interaccionismo simbólico hace una aportación tanto interesante como importante. Da pie a la teoría del etiquetaje y a su vez ha sido de gran importancia por su influencia a la criminología. Esta corriente afirma que tanto el hombre, su vida social y la misma sociedad, se encuentran siempre en continuo movimiento y no en equilibrio.

En esta teoría se investiga sobre la vida cotidiana de los individuos, manifestando que cada conducta tiene un significado que es interpretado por el sujeto por medio de su aprendizaje de símbolos, conductas y manifestaciones de la interacción humana. Este aprendizaje permite que los hombres interactúen y convivan y por lo tanto puedan predecir, adaptar y adoptar la conducta de los otros y de sí mismos.

Howard S. Becker, es el representante más importante del interaccionismo simbólico por sus estudios de desviación y desviados. Postulaba que eran la consecuencia de la interacción de las personas. Considera que la etiquetación es una manifestación de relaciones de

poder y no solamente depende del desviado, sino de la acción de otros sujetos que afectan a la vida social y no solo en parte de la vida social. Según Rodríguez Manzanera (1993), “[...] no toda conducta violatoria a las normas es señalada como desviada, ni todo sujeto infractor es captado como desviado; en sentido inverso, no todo aquel etiquetado como desviado ha violado una norma” (p.362).

La desviación depende primeramente de la etiquetación que los otros dan, en este caso de la sociedad misma, sin embargo puede surgir otra manera diferente de ser etiquetado y ésta es que el mismo sujeto se auto-etiquete como desviado.

Las etiquetas suelen controlar y llevar por un camino en donde la persona será reconocida como tal por todos los demás, lo cual limita, restringe, e imposibilita al sujeto para desempeñarse en otro papel que no sea su etiqueta social, ésta ha sido impuesta o bien adquirida por voluntad propia, esto también restringe el círculo en donde se pueda desempeñar y en donde pueda convivir, pues al estar estigmatizado o etiquetado será juzgado y criticado por la sociedad y tachado solo como desviado y por lo tanto imposibilitado o bien como sinónimo de una persona desagradable, de cuidado, temible, mala.

Por tanto, la misma sociedad etiqueta y restringe según los criterios comunes o impuestos por la autoridad.

De la misma manera pueden ser etiquetas bien o mal vistas dentro de la sociedad en la que se encuentre el sujeto, ya que la forma de funcionar, clasificar y castigar no es la misma en todas las sociedades.

3.3. Tipo de Delito

A lo largo de este capítulo se hace referencia al delincuente, su definición (según la teoría que se maneje), así como diversas características en general, sin embargo aun no especifica al delincuente según el delito cometido (según el Código Penal para el Estado de México), lo cual es necesario conocer para hacer un mejor manejo de la información que se presentará en los capítulos consecutivos.

A continuación se plasman las definiciones de cada uno de los delitos que son estudiados a lo largo de este trabajo.

3.3.1. Delito por Robo

Los artículos que hablan acerca del delito de robo en el Código Penal para el Estado de México (2009), van del 287 al 295, sin embargo no todos ellos son fundamentales en el desarrollo de esta investigación, por lo que se omitirán algunos de ellos o bien fracciones de los mismos.

Según señala el Código Penal para el Estado de México (Vigente en 2009), en el título cuarto denominado “Delitos contra el patrimonio” en el capítulo uno, define al delito de robo de la siguiente manera:

“Artículo 287. Comete el delito de robo el que se apodera de un bien ajeno mueble, sin derecho y sin consentimiento de la persona que pueda disponer de él, conforme a la ley. El robo estará consumado desde el momento en que el ladrón tiene en su poder el bien, aun cuando después lo abandone o lo desapoderen de él. [...]” (p.78).

Así mismo, el Artículo 288 del mismo Código señala en las respectivas fracciones que también comete el delito de robo aquel que:

“I. Se apodere o disponga de un bien mueble propio, que se encuentre en poder de otra por cualquier título legítimo [...]. III. Se encuentre un bien perdido y no lo devuelva a su dueño, sabiendo quien es” (p.78).

En cuanto al Artículo 290 y sus respectivas fracciones I a la XV y el Artículo 292 en las fracciones de la I a la VI, señalan lo siguiente:

Si el robo es cometido con violencia, cuando se comete en el interior de una casa habitación con o sin violencia, cuando por el robo se cause la muerte de una persona, el robo de un vehículo automotor o de la mercancía que éste transporta, así también cuando el delito es cometido al interior de un vehículo, el desmantelamiento del vehículo, el tráfico de las partes, el utilizar el vehículo robado en la comisión de otro u otros delitos.

Cuando el robo es cometido por un domestico o dependiente hacia el patrón o viceversa, cuando el delito es cometido por los trabajadores encargados, entre muchos otros.

Todas y cada uno de las modalidades que existen del robo como se hace mención en el párrafo anterior tienen una penalidad diferente, esto quiere decir que no todos son de la misma gravedad, por lo tanto las penas y las medidas de seguridad no son las mismas en todos los casos.

3.3.2. Delito de Secuestro

En segundo lugar, en la lista de delitos manejados en este trabajo de investigación se encuentra el delito de Secuestro, que es parte del Código Penal para el Estado de México (2009), en el título tercero, subtítulo tercero denominado “Delitos contra la libertad y la seguridad”, en su capítulo segundo en el “Artículo 259. Aquel que por cualquier medio prive a otro de la libertad, con el fin de obtener rescate o causar daños o perjuicios al secuestrado o a otra persona relacionada con éste [...]” (p.69).

De la misma manera que en los cuatro delitos mencionados con antelación, este delito posee diferentes sanciones dependiendo la manera en que el delito fuere ejecutado, así como también las modalidades de éste varían, por lo que la pena depende las atenuantes o agravantes que se presenten.

Ejemplo de ello es lo siguiente: que el secuestrador antes de cuarenta y ocho horas ponga en libertad al secuestrado sin haber recibido un rescate, o bien si el secuestrado sufre lesiones se toma en cuenta el tipo de lesiones que le fueron causadas, otro ejemplo de ello, cuando es causada la muerte del secuestrado, y cuando esta muerte se encuentra relacionada con el secuestro, entre otras.

De lo anterior es importante resaltar que las penas son impuestas dependiendo del delito cometido, así como las modificaciones, atenuantes y agravantes de cada uno de los delitos.

Por lo tanto, no es juzgado de la misma manera un ladrón que un homicida o un secuestrador y las penas dependen de la gravedad del delito, así como del lugar en donde fuera cometido, puesto que cada entidad federativa tiene un Código Penal y la gravedad del delito varía según ésta.

3.3.3. Delito por Homicidio

Según el Código Penal para el Estado de México (2009), en su título tercero en los delitos clasificados como “delitos contra las personas”, del subtítulo primero (delitos contra la vida y la integridad corporal), capítulo segundo, define al delito de Homicidio de la siguiente manera:

“Artículo 241. Comete el delito de homicidio el que priva de la vida a otro” (p.64).

La definición de este delito al parecer es bastante sencilla y al igual que todos los delitos tienen penalidades y sanciones diferentes en cada uno de los casos, (Ej. Cuando el homicidio es calificado como simple o calificado, entre otras). Existen de la misma manera atenuantes que se toman en cuenta por parte del juez al momento de juzgar y dictar sentencia, (Ej. Cuando el delito sea cometido en riña, siendo el homicida el provocado y la clase de provocación, entre otras).

3.3.4. Delito por Fraude

El Código Penal para el Estado de México (2009), en su título cuarto, capítulo cuarto, define al delito de Fraude de la siguiente manera:

“Artículo 305. Comete el delito de fraude el que ha engañado a otro o aprovecharse del error en que éste se halla, se haga ilícitamente de una cosa o alcance el lucro indebido para si o para otro” (p. 85).

En el Artículo 306. en sus diversas fracciones de la I a la XVI define al delito de fraude y modalidades de este, así como también las sanciones son diferentes en cada uno de los casos.

3.3.5. Delito por Violación

Para finalizar, así es definido el delito de Violación en el Código Penal del Estado de México (2009), en su título tercero, en el subtítulo cuarto (delitos contra la libertad sexual), capítulo cuarto:

“Artículo 273. Al que por medio de violencia física o moral tenga cópula con una persona sin la voluntad de ésta [...].

Comete también el delito de violación y se sancionará como tal, el que introduzca por vía vaginal o anal cualquier parte del cuerpo, objeto o instrumento diferente al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido.

Se equiparará a la violación la cópula o introducción por vía vaginal o anal cualquier parte del cuerpo, objeto o instrumento diferente al miembro viril, con persona privada de la razón, de sentido o cuando por cualquier enfermedad o cualquier otra causa no pudiese resistir o cuando la víctima fuere menor de quince años. [...].” (p.271).

De la misma manera que en los delitos anteriores, las penalidades y sanciones varían dependiendo de la circunstancia en la que fue

cometido el delito, así también existen circunstancias que modifican el delito, ejemplo de ello es cuando el delito de violación es cometido por dos o más persona, entre otros.

3.4. Familia y Características Psicológicas del delincuente según su delito

En años anteriores se explicaba la conducta delictiva desde la base biológica, éste fue el punto de partida para poder explicar esta conducta como hace referencia anteriormente en este capítulo, no obstante, posteriormente surgieron las posibilidades psicológicas, las psicobiológicas, de control social y por último la visión humanista-existencial (Blackburn, 1994, citado por Soria Verde, *et al.*, 2006, p.222).

En este apartado se hace referencia a las características de los delincuentes en cuanto a su perfil psicológico y sus características psicopáticas, así como también el ambiente que posiblemente ayudó a estos individuos a delinquir (familia, educación, condición económica, sociedad, entre otras).

Soria Verde *et al.* (2006), refiere lo siguiente:

“Sin duda la familia es uno de los pilares básicos en el desarrollo y crecimiento en una persona, constituye una parte importantísima en el ambiente psicológico del individuo, por ello [...] no sólo un foco de aprendizaje de normas y maneras de comportarse sino que a su vez puede transmitir destrucción y problemas que quedaran reflejados en quienes viven en ese ambiente” (p.223).

Soria Verde *et al.* (2006, p. 224), cita a Marchiori (2002), respecto a la familia remarca la importancia del hogar, las relaciones con los padres, el clima afectivo, así como la situación económica y social del delincuente.

Advierte que las costumbres, tradiciones y actitudes inciden claramente en la determinación de la conducta delictiva y esta última autora hace una clasificación de familia en los delincuentes: las desintegradas y las integradas.

La primera tiene como características la marginación, violencia y la desconfianza, esto puede ser causado por el abandono de alguno de los padres, el fallecimiento de ambos o alguno de los padres, o separación de éstos.

En esta última la familia pareciera estar integrada, con todos su miembros, sin embargo existen carencias afectivas o bien los hijos pueden ser blancos de sobreprotección o indiferencia.

Por lo anterior es importante hacer mención de lo que sucede en el núcleo familiar de estos sujetos dependiendo del delito que éstas hayan cometido. “Es evidente que en la complejidad de los procesos familiares están insertos gran parte de los motivadores de la conducta criminal” (Marchiori, 2001, p.35).

3.4.1. Delincuente por Robo

Tanto Soria Verde como Marchiori en su respectivos libros hacen mención a la familia de los sujetos sentenciados por robo ambos

coinciden en que estos sujetos se caracterizan por haber tenido una infancia desfavorable.

Marchiori (2000), hace referencia a la familia de los delincuentes sentenciados por robo de la siguiente manera:

“[...] hemos observado que se caracterizan por haber tenido una infancia desfavorable para el desarrollo de una personalidad sana, inadecuado control familiar, debido a la falta de uno de sus padres o al abandono familiar de que fue objeto, frustraciones a sus necesidades internas por la carencia de una adecuada protección y también frustraciones a sus necesidades externas, es decir, falta de vivienda, ropas, cuidados, posibilidades de instrucción, de aprendizaje de un oficio [...].

Estas situaciones llevaron al niño y al adolescente a realizar conductas rebeldes hacia la familia, escuela, la sociedad. Son personalidades inestables, inmaduras, siendo sus aspectos más acentuados: su escaso sentido de responsabilidad y sobre todo una gran rebeldía hacia las normas sociales, tienen mínimos sentimientos de culpa por sus delitos, no tienen remordimiento por sus actos y conductas asociales” (p.28).

Existe una coincidencia entre Soria Verde *et al.* (2006), y la última autora mencionada. Al respecto, el primero hace referencia a que el sujeto que cometió el delito de robo padeció circunstancias familiares muy particulares, con una inestabilidad constante, con una historia familiar traumática así mismo padeciendo de castigos y rechazos, este sujeto comienza a delinquir a una temprana edad (entre los 9 y 10 años).

Así también las familias y los sujetos mismos presentan otras muchas características que se mencionan a continuación.

“[...] muestra conductas antisociales, problemas escolares y continuamente agresiones. Generalmente su infancia transcurre en una familia desorganizada, caracterizada por la inestabilidad, la frialdad y la falta de cuidados hacia el menor, no representa seguridad y estabilidad. El delincuente está rodeado de continuos cambios de vida, por ello suele abandonar el hogar y pasa a formar parte de las numerosas instituciones. La familia no colabora en el tratamiento penitenciario ni ayuda al interno” (Soria Verde, *et. al.* 2006, p.224).

Se puede concluir que estos sujetos parecen estar “predestinados” a ser delincuentes, puesto que todas las condiciones se conjuntan para formar o desarrollar esta personalidad, así como también, la influencia de la familia es contundente en su desarrollo personal así como también en el tratamiento penitenciario.

Se cree que la persona que roba en una ocasión comete el delito nuevamente a pesar de haber estado recluido ya en un centro penitenciario.

A pesar de ser personas que fueron juzgadas por el delito de robo, estos crímenes pueden acrecentarse si estos individuos conviven con las personas con patologías aun más severas que las propias o bien estos sujetos al cometer el robo por “accidente” cometer delitos aun más graves como el homicidio, al intentar robar y salirse de las manos, éstos cometen un segundo delito que puede ser igual o más grave que el primero.

Marchiori (2000, p.29) cita a Cleckly (1959), cuando menciona que la personalidad del ladrón se asemeja a la personalidad de un psicópata, “el psicópata (ladrón) asocial altamente agresivo e impulsivo que carece

de sentimientos de culpa y que es incapaz de crear lazos duraderos de afecto con otros seres humanos”.

Este sujeto se presenta como un sujeto frío carente de culpabilidad por lo cometido, utiliza a las personas solo como fuente para satisfacerse a sí mismo. Este sujeto carece de relaciones profundas y emocionales, parece tener dificultad para identificarse con los sentimientos de las personas, es un individuo agresivo e impulsivo (Marchiori, 2000).

Según Etchegoyen (1960, citado por Marchiori, 2000, p.29), señala que: “la conducta irresponsable del psicópata llama la atención por la carencia de plan y la despreocupación prácticamente total de las consecuencias”.

A modo de conclusión se puede definir como compleja, inestable, desorganizada, traumática, falta de amor y comprensión, es la situación individual y familiar de estos sujetos desde su niñez.

3.4.2. Delincuente por Secuestro

Es importante mencionar que para este apartado no se cuenta con suficiente información bibliográfica, pues los autores a los que se acudió en la revisión de los otros cuatro delitos no hacen mención ni referencia al delito de secuestro. Como punto relevante a este delito sería conveniente realizar futuras investigaciones acerca del perfil de este tipo de delincuentes, su móvil, personalidad, familia, entre otros.

La psicóloga mexicana García López (2008, 17 de septiembre), es una de las pioneras en México al hacer investigación profunda respecto a la personalidad de los delincuentes. Esta psicóloga después de llevar a cabo un estudio (a través de entrevistas) que duró más de cinco años, con 178 reos de alta peligrosidad, (homicidas, violadores, pederastas, traficantes de drogas, secuestradores, entre otros), en varias cárceles de México.

García López logra concluir en cuanto al perfil del secuestrador lo siguiente: Estos sujetos tienden a disfrutar de su actividad, es acechar a su víctima, de estudiar sus costumbres, movimientos, etc. Al parecer disfrutaban de la capacidad de poder doblegar a la familia de la víctima para pagar el rescate todo esto mediante actos de crueldad.

García López asegura que estos sujetos a pesar de que tengan cómplices siempre son egocéntricos y tienen planes individuales y son jactanciosos en las habilidades que poseen.

En cuanto a la formación que estos sujetos obtuvieron en su infancia: La investigadora asegura que son sujetos carentes de formación ética, por lo que siempre buscan romper las reglas que les son impuestas esto a su conveniencia propia.

Esta actividad junto con el narcotráfico en México son las actividades criminales mejor remuneradas, sin embargo para estas personas no existe una total satisfacción aunque posean bienes, riquezas y una posición acomodada dentro de la sociedad, su pasión es quebrantar las normas, esto afirma García, los hace sentir vivos.

Para poder cometer este delito hay que poseer una inteligencia notable para no “caer” en la cárcel y hay que estar bien relacionado políticamente para poder quebrantar las reglas sin ser atrapados, o bien ocupar un cargo el cual permita hacerlo con libertad, esto lo afirma la psicóloga García López.

Estos sujetos no tienden a improvisar, sus movimientos son mecánicos, repetitivos y planeados. Según la investigación realizada en Bogotá Colombia por el Lic. Díaz del Castillo (2001), la víctima para el secuestrado llega a ser un objeto para ser manipulado y negociar con ella como una mercancía a la que hay que cuidar y proteger.

“[...] El secuestrador asimila los padecimientos súplicas y ruegos del secuestrado como si se tratara de hechos aislados, con una aparente insensibilidad, y suele utilizarlos para controlarlo y someterlo, y lograr sus objetivos finales” (Meluk, 1998, citado por Díaz del Castillo, 2001).

Este sujeto no se identifica con su víctima, es decir no se coloca en el lugar de ésta, simplemente no le parecen relevantes las suplicas y peticiones de ésta, así como tampoco las de la familia. Para estos sujetos la víctima solo es el medio para conseguir el fin.

3.4.3. Delincuente por Homicidio

Según menciona Marchiori (2000), el sujeto homicida suele tener hábitos, conductas y normas socialmente aceptadas por la sociedad, es un sujeto bien adaptado a su ambiente. Sus costumbres son bien adaptadas. Al parecer no tienen problemas por delitos anteriores pero al

profundizar en las historias clínicas se pueden observar numerosas dificultades en vida pasada, frustraciones de necesidades, acumulación de tensiones causada por una agresividad reprimida y controles sociales que pueden tener fallas en ocasiones, todos y cada uno de los homicidas parecen poseer una vida rica en obstáculos y estos sujetos solo pueden agredir como respuesta a las circunstancias que se le presentaron.

Para Marchiori (2001), existen diferentes tipos de homicidio puesto que sus móviles son diferentes, por ejemplo, existen los homicidas individuales que al parecer es cometido el homicidio por algún conflicto interpersonal. Existe el homicida por riña, por alcoholismo, por búsqueda de dinero (muchas veces cometido por sujetos reincidentes o bien para ocultar otro crimen como el robo), psicótico (al parecer sin ninguna razón manifiesta), homicida pagado (regularmente el homicida no conoce a la víctima, solo ejecuta el acto por una suma de dinero).

En cuanto a la familia de estos individuos suele mostrarse como integrada, permanece pasiva y observadora ante la desorganización psíquica del individuo (Soria Verde, *et. al.* 2006).

Siguiendo a la familia y el comportamiento de los sujetos homicidas Marchiori (2001), menciona lo siguiente:

“El homicidio está relacionado a procesos individuales de desinhibición y fallas en los mecanismos de defensa, que provoca la conducta violenta en extremo irracional, sin control, [...]. En la historia clínica se observan depravaciones internas y externas, alto alcoholismo, deterioro, pero el individuo parece integrado a la familia. [...]. La conducta homicida es generalmente impulsiva y no planificada” (p.41).

La familia al estar integrada apoya al delincuente durante su reclusión, lo asisten en el centro penitenciario y en su futura reintegración social.

3.4.4. Delincuente por Fraude

Esta conducta figura dentro de los delitos contra la propiedad, tal delito presenta una serie de peculiaridades que lo separan de las conductas punibles.

Este delito no se encuentra particularmente visto con peligrosidad por la falta de violencia, ya que el que comete este delito utiliza tácticas de seducción y engaño. Este individuo posee un comportamiento de seguridad en sus actos, es natural y se le facilita exponer sus invenciones y engaños, es un persuasivo y convence fácilmente aun a las personas inteligentes (Marchiori, 2000).

Según Lombroso (1889, citado por Marchiori, 2000), etiqueta al estafador de la siguiente manera: “Tiene un aspecto y un carácter agradable que le es necesario para conquistar la simpatía y la confianza indispensables para una más fácil realización de su delito” (p.36).

Este sujeto es cuidadoso de todos los aspectos de su engaño, desde la imagen que debe brindar (vestimenta, arreglo personal), reacciones que debe poseer, se vale de objetos y documentación falsa. Comúnmente suele ser un sujeto observador, inteligente, de buena memoria y constantemente imaginativo, sabe utilizar el lenguaje verbal a su favor. Para él el engañar es una forma de vida.

Mantiene una relación estrecha con la víctima y crea una dependencia sobre ésta, es decir una relación irracional y malsana entre ambos.

Este sujeto suele ser poco tolerante a la frustración y narcisista. Posee tendencias a la racionalización o intelectualización de sus conductas delictivas, además de no sentir remordimiento o culpa por tales acciones.

La familia de estos individuos presenta irregularidades, y con una infancia poco favorable, el estafador según Soria Verde, *et al.* (2006),

“Proviene de un estatus socioeconómico y cultural medio, en el que su núcleo familiar presenta habitualmente situaciones de pérdida o separaciones de alguno de los padres, generalmente ha sido víctima de una infancia severa o sobreprotegida, con continuas prohibiciones y frustraciones. Su educación ha sido rígida y estricta.

El comportamiento habitual que ha mantenido en la familia es de engaño y mentira, las cuales gradualmente será protegida. Justifica su comportamiento y le permiten continuar con ese modo de vida” (p.225).

Regularmente hay sobreprotección por parte de la madre, un padre déspota, lo cual favorece el desarrollo de una patología en este individuo. “[...] Familia con comportamiento habitual de engaño y mentira y donde gradualmente las mentiras del niño, futuro estafador son protegidas” (Marchiori, 2001, p.43).

Como se puede observar, estos sujetos hacen uso cotidianamente de sus “encantos” para poder “seducir” a sus víctimas. Sus planes no solo

son estructurados, sino que ellos mismos están convencidos de éstos, por lo cual es más fácil convencer a su víctima de estos planes. Estos sujetos pueden o no ser inteligentes, pero el “encanto” los caracteriza.

Dentro del Centro de Readaptación Varonil Barrientos, en donde se realizó esta investigación, la realizadora de este trabajo logró confirmar tales características en uno de los sujetos que estaba sentenciado por el delito de homicidio (sin embargo, él sujeto escribió en su papeleta que se encontraba sentenciado por el delito de robo en grado de tentativa), con una pena de 28 años 10 meses. Este sujeto tenía 25 años (en el momento de la aplicación del instrumento) y había realizado estudios en la Licenciatura en Administración de Empresas realizándola en el Tecnológico de Monterrey campus Ciudad de México (según refiere él mismo).

Este sujeto terminó de contestar correctamente el inventario en aproximadamente 50 minutos, posterior a eso se acercó a la investigadora y comenzó a platicar de la “prueba” que se le había aplicado, mostró interés en los fines de ésta. Después habló de su delito, el mencionó que se le había juzgado por un delito que no había cometido (homicidio), y que tampoco había cometido el delito que el escribió en su papeleta y que simplemente todo había sido una trampa que le habían tendido otros sujetos.

Al mencionar lo anterior el sujeto se mostraba completamente seguro de lo que decía, no dudaba en sus explicaciones, ni en las respuestas que daba a las preguntas que se le hacían respecto a los detalles de lo ocurrido.

Al transcurrir los días, el sujeto acudía a la biblioteca con el fin de sentarse con la investigadora a “platicar”. Contestaba las preguntas que ésta le hacía, habló de la dinámica dentro del reclusorio, sobre los reclusos, trato que se les daba a los reclusos cuando ingresan a la institución, en su estancia, así como también del lenguaje que estos tienen entre ellos, sobre los delitos de algunos de sus compañeros, las jerarquías que existen, entre otras cosas.

Habló de su familia, de que su papá había abandonado a su madre, a él y a su hermana mayor desde hacia muchos años, que su madre y su hermana lo visitaban frecuentemente y que lo apoyaban, lo cual concuerda perfectamente con la descripción que se ha dado de los sujetos sentenciados por fraude.

Presentaba una actitud seductora para con la investigadora, trataba obtener información acerca de domicilio, número telefónico, nombre, edad, ocupación, entre otras cosas sobre ella. “Trataba” de ayudar en la investigación con el fin de obtener algún beneficio. Fue amable y cooperador en todo momento.

Al hablar con el psicólogo correspondiente de su tratamiento, comentó que al principio comenzaba a sentirse envuelto con las explicaciones de este sujeto pues parecía convincente y bien estructurada su explicación, pero que al momento de aplicarle algunos test (Machover, Bender, WAIS, entre otros), se percató de que éste sujeto mentía y que lo ocultaba astutamente pues presentaba un alto coeficiente intelectual, por lo que en sus explicaciones tenía mucho cuidado de no contradecirse y siempre tenía una explicación a todo.

El último día de la realización de la aplicación en el Centro de Readaptación, intentó reiteradas ocasiones obtener información de la investigadora, “adulándola” de diferentes maneras y tratando de “ayudarla” a obtener la mayor cantidad de información sobre los reclusos y el movimiento de la institución.

Como observación personal, se puede concluir que este sujeto podía envolver a las personas con gran facilidad, era amable, cooperador y dispuesto a responder las preguntas, era inteligente y adulador. Este individuo podía “leer” a las personas y conocía sobre relaciones interpersonales.

3.4.5. Delincuente por Violación

Como se ha podido observar todos y cada uno de los delitos anteriores poseen características personales y familiares peculiares y particulares. De la misma manera sucede con el delito que a continuación se describirá.

“Las modalidades de la conducta de violación varían mucho, según el agresor y las circunstancias. A veces se trata de la violación llamada clásica: conducta primitivamente agresiva. Existen violaciones particularmente sádicas. En estos casos el estudio de la conducta revela que la satisfacción ha sido producida por la experiencia de la agresión violenta y sádica sobre el cuerpo de la víctima que por la significación genital de la conducta, algunos individuos se complacen sin llegar a la violación en herir a la mujer, golpearla o matarla” (Garma, 1960, citado por Marchiori, 2000, p.43).

El homicidio no siempre es fin último de la violación, sin embargo algunos violadores sólo consiguen obtener un orgasmo matando a la víctima, o bien el homicidio solo sirve para acallar a la víctima y no llamar la atención o simplemente para romper las resistencias de la víctima a la violación.

Un dato interesante y al cual se hace mención con anterioridad en este capítulo, es la epilepsia y al que hace referencia Hesnard (1963, citado por Marchiori, 2000), “[...] el impulso epiléptico que da lugar a las diversas conductas agresivas, entre ellas las de violación” (p.43).

La violación por sí misma es un delito agresivo, pero se considera mayor la patología sexual del sujeto según las características que la víctima posea, por ejemplo, ancianos, niños, entre otros (Marchiori, 2001).

La personalidad de estos sujetos se encuentra marcada desde la infancia, estas características no surgen en el momento de cometer el acto, sino que son hechos que han marcado al individuo desde su niñez. Estos sujetos tienen una gran inmadurez emocional, desequilibrio afectivo, son tímidos, con inseguridades constantes, retraídos e inhibidos. Lo anterior parece contradecirse con el delito que cometieron, sin embargo esto es como una revelación hacia los sentimientos que el sujeto guarda.

En cuanto a la familia de estos sujetos, tanto Marchiori (2001), como Soria Verde *et al.* (2006), consideran que estas familias son

desintegradas, con marcada carencia de afecto, supervisión cuidados, rodeada de condiciones poco favorables para el individuo.

Este sujeto presenta reacciones hostiles hacia las figuras de autoridad, esto como respuesta a la falta de seguridad y afecto.

La familia no participa en la rehabilitación del individuo, lo rechazan y se distancian de éste, la falta de apoyo hacia estos individuos normalmente repercute en la reincidencia.

Todas estas características marcan el rumbo del niño hasta convertirse en un delincuente. Sin duda, la familia es un factor importante para estos individuos, desde la infancia en su formación hasta la rehabilitación después de haber cometido el delito, pero en el caso de los delitos sexuales, este apoyo suele ser nulo por el rechazo que muestran hacia el individuo.

3.5. Diagnósticos

3.5.1. Reacción emocional ante el ingreso a la institución penitenciaria.

En este apartado se hace una revisión del tipo de reacciones emocionales que el delincuente puede presentar al momento de ser ingresado a una institución penitenciaria según Hilda Marchiori (2001), y Silva Rodríguez (2003a), no perdiendo de vista que estas posturas se contraponen con otras teorías como lo es el psicoanálisis.

Marchiori (2001), refiere que una de las situaciones de mayor stress en la vida de una persona es la pérdida de la libertad, la incomunicación que esto implica, así como el distanciamiento familiar, cambios en las relaciones interpersonales, limitaciones diversas, en sí el cambio radical que implica el ingresar a una institución penitenciaria.

“El ingreso a una institución penitenciaria siempre implica un cambio existencial de modo de vida, provoca una intensa angustia y un temor indiscriminado y general” (Marchiori, 2001, p.1).

“Al ingresar el individuo a una institución penitenciaria se presenta, como hemos señalado una intensa situación de stress y un bloqueo emocional, especialmente en los que ingresan por primera vez. [...]” (Marchiori, 2001, p.2).

Al igual que Marchiori, Silva Rodríguez (2003a), menciona que una de las experiencias más importantes e impactantes en el comportamiento de un sujeto posterior al ingresar a prisión por primera vez es el impacto de conocer el sistema, en estos primeros días la perspectiva del sujeto debido al impacto que genera el recogimiento y la institucionalización.

Inminentemente existe un deterioro de la persona y que éstos son inherentes a la pena, como son efectos psicológicos, sociales, de salud, entre otros.

De acuerdo con Yela (1998), citado por Silva Rodríguez (2003a, p.280), “los efectos psicológicos pueden manifestarse por el deterioro

progresivo de la imagen del mundo exterior, debido a la vida monótona y minuciosamente reglada, la acentuación de la ansiedad, la depresión, el conformismo [...]”

Blackburn (1993, citado por Silva Rodríguez, 2003a, p.298), “[...] menciona que la angustia, la depresión, la desesperanza y el riesgo de suicidio aparecen en un alto grado durante la primer etapa del encarcelamiento, pero en lo sucesivo la tres primeras tienden a desaparecer conforme transcurre el tiempo”

Lo mencionado por Blackburn coincide con lo dicho por Marchiori en el párrafo siguiente, en cuanto a que el ingreso a una institución penitenciaria puede provocar en el sujeto altos índices de depresión y ansiedad.

Hilda Marchiori (2001), hace mención que al ingresar a una institución penitenciaria el sujeto puede presentar ansiedad y depresión, puesto que es una situación de stress, en donde si va a encontrar privado de su libertad, aislado de su familia, con temor a lo venidero y en si sufrirá un cambio radical en su vida.

Esta depresión y ansiedad pueden presentarse al mismo tiempo, sin embargo, estos individuos no tienen los mismos recursos que las personas “libres” para poder expresar las sensaciones, ni liberar la tensión, es por ello que muchos de los reclusos llegan a generar algún tipo de trastorno en su personalidad, y poder llegar a generarse depresiones, trastornos de ansiedad, psicosis, neurosis, entre muchas otras consecuencias (Silva Rodríguez, 2003a).

Justamente porque cada individuo es único y diferente, las historias de vida, condiciones familiares, entre otras variables, las reacciones que cada uno de éstos puede presentar varían en el momento en el que ingresan a la institución penitenciaria. Algunas de estas reacciones son las siguientes.

Reacción depresiva

Según Marchiori (2001), este tipo de reacción tiene como características las siguientes:

“El individuo se siente sumamente desvalorizado en su personalidad, está triste, no habla o el lenguaje está lentificado, la psicomotricidad, percepción, atención pensamiento presentan también una marcada lentificación. Existen sentimientos de culpa, de minusvalía, de soledad y aislamiento. Hay una situación afectiva de aflicción, siente que el ambiente (familia, institución penitenciaria) le exige demasiado y él no puede responder. Verbaliza que no hay motivos para seguir viviendo, su futuro [...]. El núcleo familiar lo ha abandonado o siente vergüenza y culpa por el delito.

Las situaciones o reacciones depresivas tienen por lo general una serie de consecuencias que están dadas principalmente por: abandono de la persona de sí mismo, higiene, alimentación (se debilitan) se enferman físicamente. No tienen intereses, no desean trabajar ni participar en ninguna actividad.

La comunicación es lenta, con mucha dificultad y tienden a aislarse. Pueden llegar a desarrollar una enfermedad mental [...].

Pueden llegar al suicidio. Estos suicidios suelen ser inmediatamente al llegar a la institución, la vivencia del ingreso a la cárcel provoca ideas de muerte” (p.5).

Lo dicho por Marchiori y Silva Rodríguez se contrapone con otras teorías, como por ejemplo con el psicoanálisis, que menciona que estos sujetos carecen de un *super yo* que les ayude a modular su conducta y a distinguir lo socialmente aceptado.

Y que estos sujetos tienen un sentimiento de culpa por lo cual delinquen y no de manera contraria. Freud mencionaba que estos sujetos posiblemente tiene inhibiciones morales o bien lo consideran una acción con justificación.

Por otro lado Adler hacia referencia a que una persona delinque por ambición de poder, tratando de compensar sentimientos de inferioridad, y que para estos sujetos el enemigo es la sociedad.

En cuanto al conductismo, Watson decía que el hombre es un conjunto de reflejos innatos y condicionados así como de refuerzos, por lo cual el sujeto que delinque solo es la suma de lo aprendido y si en su sociedad o medio ambiente en el que se desarrolló valoraba estos actos como “normales”, para el sujetos también lo serán y por lo tanto no hay algo que le indique que debe sentir culpas, mucho menos sentir depresión y ansiedad por los actos cometidos (delinquir).

Existen otras teorías que hablan sobre el por que el sujeto delinque (para mas detalle revisar apartado 3.2 y sus derivados), sin embargo ninguna de estas es determinante para concluir el por que el sujeto

delinque, así como tampoco se puede generalizar para todos y cada uno de los sujetos que cometieron un delito.

Reacción Impulso-Agresiva

La angustia que estos individuos presentan al ingresar a la institución puede presentarse como una reacción impulsiva de tipo agresiva que puede ser dirigida hacia empleados, custodios y hacia los propios internos, estas agresiones pueden ser de tipo verbal (insultos, amenazas, entre otras), tipo físico (golpear, pegar, etcétera) (Marchiori, 2001, p.6).

Reacción de Pasividad

Básicamente en este tipo de reacciones el individuo accede a obedecer las ordenes que se les den, acatan normas, y reglamentos. Dentro de la institución el sujeto solicita asistir a la escuela o realizar algún trabajo. No es conflictivo (Marchiori, 2001, p.6).

Reacción de Manipulación

La actitud de estos individuos es de manipulación hacia las personas que les rodean, desde los propios internos hasta las personas representantes de la autoridad. Seductor es un adjetivo que define a estos sujetos, esto con el fin de obtener información, beneficio económico, o de posición.

Llega a sorprender su conducta, ya que a los pocos días de su ingreso demuestra estar bien adaptado y reconoce las características de los internos, así como el “movimiento” de la institución y de los propios custodios. Normalmente suelen ser individuos inteligentes y con un alto nivel cultural (Marchiori, 1982, p.7).

Reacción de oposición

Este tipo de reacción se caracteriza por un comportamiento de rebeldía ante la autoridad, normalmente rechaza y se opone a todo tipo de estudio (psicológicos, médico, entre otros).

Presentan tendencias a la autodestrucción, que se manifiestan en forma de perforaciones, tatuajes, mala alimentación, heridas y marcas hechas por ellos mismos (Marchiori, 2001).

3.5.2 Diagnóstico clínico-criminológico

Un establecimiento idóneo para la ejecución de la pena privativa de la libertad debe poseer diferentes departamentos o áreas, esto con el fin de que el estudio de la personalidad del delincuente tenga un tratamiento, seguimiento y una secuencia lógica, esto lo establece la Ley de Normas Mínimas sobre Readaptación social del Delincuente en su artículo 6. (García Andrade, 2002).

Las áreas son las siguientes:

- a) Área de Ingreso

- b) Centro de observación y clasificación
- c) Dormitorios
- d) Área de visita familiar
- e) Área de visita íntima
- f) Centro escolar
- g) Área de talleres

Cada una de las áreas del centro del sistema penitenciario son importantes, pero para fines prácticos de este trabajo solo se hace mención de ellas y se profundiza en algunas de ellas, como por ejemplo, en el Área de ingreso, “[...] es el espacio dentro de la institución penitenciaria en la que se encuentran los indiciados, es decir, es decir aquellas personas que durante el término constitucional de las 72 horas [...] están a disposición del órgano jurisdiccional [...]” (García Andrade, 2002, p.79).

En este momento el equipo técnico interdisciplinario (psicólogos, médicos, criminólogos, trabajadores sociales entre otros) actúa con propósitos fundamentales como lo son el conocer la salud del indiciado, evitar la depresión y posibles intentos de suicidio, entre otros.

A partir de que el juez dicta el auto de formal prisión, se traslada al presunto responsable a la siguiente área que es el Centro de Observación y Clasificación (C.O.C.), en donde nuevamente el equipo interdisciplinario evalúa al preso, con la diferencia de que ahora evalúan y proporcionan un diagnóstico y un tratamiento a seguir.

C.O.C. también se encargará asignar el dormitorio, según las características del individuo, (económicas, sociales, personales, escolaridad, etc.).

Solo se hace mención de las otras áreas del centro de readaptación en este trabajo de investigación pues no compete al mismo profundizar en tales, sin embargo se puntualizan como importantes para la readaptación del individuo.

En cuanto al área técnica y equipo interdisciplinario, son los encargados de las actividades escolares, laborales, recreativas, culturales, trabajo social, pedagógicas, psicológicas, criminológicas, médicas, entre otras.

Para fines de esta investigación solo se revisará lo referente a la oficina de Psicología y las actividades que le compete.

Esta área es la encargada de realizar **fichas de ingreso** de los internos, junto con la impresión general y de las funciones mentales de éstos, apariencia física, rasgos de personalidad, estado anímico, entre otros datos. **Estudio psicológico**, comprende la aplicación de batería de pruebas psicológicas y entrevista, esto permite tener un perfil del individuo y a partir de esto obtener un diagnóstico y pronóstico y sugerir un tratamiento (García Andrade, 2002).

Marchiori (2001, p.79), cita a Anatasi (1964), que refiere dos razones importantes para controlar el empleo de los test psicológicos: “1. Impedir la familiaridad general con el contenido del test, que podría invalidarlo.

2. Asegurarse que el test es utilizado por un examinador calificado para ello, es decir por un técnico en la psicología”.

Esto implica que el técnico debe tomar en cuenta las características (nivel de alfabetización, edad, idioma, etc.) del sujeto para la aplicación del test y por lo tanto de la batería que le será aplicada.

Es de suma importancia que el psicólogo o técnico que aplique la batería tome en cuenta las condiciones en las que se aplica el inventario pues ésta podrían invalidar la prueba. También es importante para la entrevista y para la aplicación de la batería, el que el psicólogo realice un adecuado *rapport*, esto con el fin de ganarse la confianza del preso y ganar la cooperación de éste en el momento de responder a cualquier tipo de prueba que le fuere aplicada.

Los test que son aplicados dentro de la institución penitenciaria varían según las características de cada sujeto, éstos pueden ser test de personalidad, de inteligencia o bien de intereses, actitudes y aptitudes.

Dentro de los test de personalidad se pueden aplicar test proyectivos o técnicas proyectivas, como son la Autobiografía, Asociación de palabras, Test de frases incompletas, Test de completamiento de historias, Test de frustración de Rosenzweig, Test de Rorschach, Machover, Test de apercepción temática (T.A.T.), Test del árbol, Test de la casa, árbol, persona (HTP, por sus siglas en ingles), entre otros.

En cuanto a otros inventarios o test de personalidad pueden ser utilizados los siguientes: Inventario de personalidad de Mooney, Test de

ascendencia –sumisión de Allport, Inventario de Cattell, Inventario de personalidad de California, Inventario de depresión de Beck, Escala de Hamilton para Ansiedad, 16 FP, Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (Marchiori, 2001), este último no suele ser tan utilizado a pesar de que arroja información importante sobre la personalidad del sujeto pues consta de muchos reactivos y el tiempo para la aplicación puede prolongarse dependiendo del sujeto y sus características, sin embargo es una fuente de información importante y en ocasiones puede aplicarse la versión abreviada del inventario.

En cuanto a los inventarios o test que son aplicados según Marchiori (2001), para la inteligencia, para detectar un posible daño cerebral, aptitudes, escolares, entre otros, se encuentran los siguientes: Test de Wechsler, Test de Matrices progresivas de Raven, Test verbal rápido, Test Gestáltico Visomotor de Bender, Test de Wisconsin, Test de Aptitudes Diferenciales (DAT), Inventario de Intereses de Kuder, Intereses profesionales de Strong, entre muchos otros.

Otras de las funciones que lleva a cabo el departamento de Psicología es la participación en la **clasificación de los internos, dinámicas grupales** (apoyo en doble A, recuperación en adicciones, entre otras), **recorridos por los dormitorios**, dar **seguimiento al tratamiento** de readaptación de los internos esto incluye revaloraciones, **terapia** como tratamiento particular a cada preso.

El Psicólogo debe cumplir con un papel clínico según Soria Verde, *et al.* (2006, p.232), “ya que muchos de los internos padecen trastornos

clínicos como fobias, ansiedad, depresión y gran cantidad de trastornos psicopatológicos”.

El psicólogo penitenciario cumple otras tantas funciones importantes dentro del reclusorio, como es el realizar y enviar informes para los juzgados y audiencias, entre otras funciones, sin embargo este psicólogo siempre debe tomar en cuenta cuatro directrices fundamentales en la intervención psicológica en prisiones:

“1. Respecto a los derechos constitucionales, legales y reglamentarios del recluso.

2. Individualización de la intervención, según las características personales y situaciones de cada interno.

3. La propia especialización profesional de cada psicólogo.

4. Seguir las líneas generales de actuación señaladas por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias” (Soria Verde *et. al.* 2006, p.232).

Al igual que el departamento de psicología, debe hacer un “chequeo” del sujeto al ingresar a la institución penitenciaria, es necesario que se haga una revisión en otras áreas del Centro de Readaptación.

Al interno se le realiza un **estudio o valoración médica**, en donde se lleva a cabo una exploración y observación física, es decir considerar su estado general de salud, como son: su peso, estatura, antecedentes personales y familiares, agudeza visual, temperatura, entre otras, además de tener la obligación de enviar a los internos para la realización de exámenes de laboratorio y gabinete con relación a su estado clínico

consulta externa y preventiva, así como dar seguimiento y tratamiento a cada uno de los internos si éstos llegaran a tener problemas referentes a esta área, por último realizar historias clínicas que integran parte del expediente del interno.

Existe el **estudio odontológico**, donde se realiza una revisión odontológica y se realiza la historia correspondiente en donde se plasman las condiciones, problemas o diagnóstico y tratamiento a seguir.

También se realiza un **estudio psiquiátrico**, donde el examen médico-psiquiátrico acentúa la observación en relación a una sintomatología psicopatológica.

En el **estudio pedagógico**, es en donde se lleva a cabo una historia escolar, se evalúa la edad y escolaridad del sujeto, problemas de aprendizaje, información cultural, el tiempo de reclusión probable y este estudio se complementa con los estudios médicos, psicológicos y psiquiátricos realizados, esto con el fin de poder ofrecerle al sujeto la posibilidad de ubicarlo en un dormitorio y dar seguimiento o complementación a sus estudios.

El **estudio laboral**, consiste en llevar a cabo un estudio laboral de los antecedentes del recluso, así como sus intereses y aptitudes para planear un tratamiento como capacitación, esto considerando la procedencia y trabajo del interno, así como las posibilidades con las que se cuente dentro de Centro de Readaptación.

Por otro lado, se realizan **estudios familiares, estudios deportivos, estudio religioso, estudio jurídico**, entre otros más que integran el expediente del recluso y los cuales son parte importante para el diagnóstico y tratamiento de readaptación dentro de la institución penitenciaria.

En la experiencia de García Andrade (2002), el expediente penitenciario de cada uno de los internos debe poseer los siguientes apartados:

- 1) Identificación del interno
- 2) Antecedentes familiares
- 3) Antecedentes personales
- 4) Antecedentes pedagógicos
- 5) Vida delictiva
- 6) Examen médico
- 7) Notas psiquiátricas
- 8) Naturaleza de la criminalidad
- 9) Peligrosidad

Todo esto con el fin de tener un diagnóstico y un posible tratamiento a seguir en cada caso.

El tratamiento penitenciario no compete al desarrollo de esta investigación, sin embargo se puede mencionar que es la base para la readaptación de cada uno de los reclusos, y que en este tratamiento se ven implicadas las diferentes áreas del reclusorio y que el departamento o área de psicología es clave fundamental para éste.

Junto con las áreas de trabajo, social, laboral, psicológica, médica, psiquiátrica, entre otras, la familia es punto crucial en el tratamiento para la readaptación, sin embargo no en todos los casos se cuenta con el apoyo de ésta para el tratamiento y mucho menos para la reinserción en la sociedad de estos individuos.

CAPÍTULO 4
PROCEDIMIENTO

En este capítulo se aborda la metodología con la que se llevó a cabo esta investigación, además de describir con mayor amplitud el instrumento que fue utilizado así como las características de la muestra. Se definen la pregunta de investigación, los objetivos, las hipótesis, así como las variables que fueron tomadas en cuenta.

4.1. Paradigma de Investigación

La presente investigación se encuentra basada o sustentada con el enfoque cuantitativo, puesto que sigue cada uno de los pasos y elementos con los cuales se identifica este enfoque.

El enfoque cuantitativo sigue una serie de pasos secuenciales, en donde se parte de una idea y al ser delimitada ésta, se establece un objetivo y una pregunta de investigación, posteriormente se parte de realizar un marco teórico, subsecuente a esto el objetivo(s) y la pregunta de investigación se puede transformar en hipótesis, que son deducciones que uno puede llegar a obtener después de haber revisado toda la información teórica.

Al concluir lo anterior, se determina la población que será utilizada para la investigación y por último, se recolecta los datos a través de algún instrumento de medición, los cuales se analizan estadísticamente para contestar la pregunta de investigación y confirmar o rechazar las hipótesis planteadas.

Lo anterior es una breve síntesis de los pasos que se realizaron para esta investigación.

Según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2003), en esta investigación se hace uso de la recolección y análisis de datos que se utilizarán para contestar a la pregunta de investigación que se tiene formulada, así como también con el propósito de probar la hipótesis establecida.

Este enfoque confía en la medición numérica, y por lo tanto se apoya de la estadística para que los resultados sean confiables y realmente se compruebe lo que se planteó como pregunta de investigación al igual que en las hipótesis.

Lo que se pretende al utilizar este enfoque en la investigación es medir con *precisión* las variables de estudio.

De la misma manera las hipótesis se sometieron a prueba, en donde se utilizaron los métodos apropiados o convenientes para poder aprobarlas o rechazarlas.

Este enfoque está sustentado o basado en la realidad objetiva, algo que se puede observar y a la vez comprobar en diversos momentos. Tales estudios aportan evidencia a una teoría que se tiene acerca de algún fenómeno.

Este enfoque está asociado directamente con las encuestas, entrevistas estandarizadas, con preguntas cerradas, o bien con instrumentos de medición estandarizados.

En el caso de la presente investigación se utilizó el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI-2), que es un instrumento bien conocido ya por psicólogos y especialistas como psiquiatras, entre otros.

4.2. Tipo de Estudio

Por su profundidad

Éste es un estudio de tipo descriptivo ya que tiene como fin especificar propiedades, características, cualidades, perfiles, índices, etc. del fenómeno, así como también el medir las variables.

Se conoce al objeto sin embargo, no conoce el por qué de éste. Desde el punto de vista científico, describir es recolectar datos en el caso cuantitativo.

Se buscó conocer cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno, así también pretende recoger información acerca de las variables que se están manejando en la investigación, en el caso de la presente investigación, se hace referencia a la depresión y la ansiedad de los primodelincuentes.

El valor máximo de este tipo de estudio es: medir con la mayor precisión posible, es por ello que en este caso se hace uso de un programa estadístico, para lograr el menor índice de error.

En esta investigación se analizaron tales variables con la ayuda del instrumento ya mencionado (MMPI-2), posterior a esto se hizo el análisis de los datos obtenidos a través de un programa estadístico llamado SPSS en su versión 15. Tal análisis se retomará posteriormente con mayor detalle.

Por el Tiempo

Por el tiempo en el que ocurrieron los hechos, se trata de un estudio prospectivo, esto quiere decir que el fenómeno fue estudiado mientras éste ocurría, en el tiempo presente, en el aquí y en el ahora. Esta investigación se llevó a cabo con una población de primodelincuentes sentenciados en ese momento, y con determinadas características que posteriormente se abordarán en el tipo de muestra que fue utilizada.

Por el número de veces que se recolectará información

Esta investigación se trata de un estudio transversal, ya que es un periodo de tiempo en particular y determinado en donde se recolectó información, esto quiere decir que el fenómeno no fue estudiado a través del tiempo.

Para esta investigación se asistió en cuatro ocasiones al Centro de Readaptación Varonil Barrientos, los días de aplicación fueron

subsecuentes, y se aplicó el instrumento en una sola sesión a todos y cada una de las personas que conforman la muestra.

En la primera sesión se aplicó el instrumento a 12 sujetos, en la segunda se aplicó a 15 individuos más, en la tercer sesión se les aplicó a 14 sujetos y por último en la cuarta sesión el instrumento fue aplicado a 19 de los sentenciados, dando esto en total de 60 sujetos que conforman la muestra.

Por la técnica de investigación que se emplea

Este trabajo de investigación es de tipo documental, ya que se requirió de bibliografía para construir un marco teórico como sustento, esto implicó el análisis de teorías, investigaciones y antecedentes (que componen los tres capítulos anteriores) que existían hasta el momento, esto sirvió como marco de referencia para este trabajo.

De la misma manera, también es una investigación de campo ya que se aplicó un instrumento a una determinada población. Se acudió al Centro de Readaptación Varonil para la obtención de los datos y su posterior análisis.

Por el tipo de diseño

Éste es un estudio no experimental, ya que el fenómeno se estudió en condiciones naturales, no se modificó ninguna de las variables, ni se tuvo control sobre éstas, así como no se crearon escenarios a propósito o con el fin de estudiar el fenómeno.

4.3. Pregunta de Investigación

En este estadio de investigación, se pretende solamente conocer si la Depresión y la Ansiedad en los primo-delincuentes es o no significativa dentro de los primeros años de reclusión, para varones de entre 18 y 60 años de edad, por lo tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existen índices significativos de Depresión y Ansiedad en primodelincuentes del Centro de Readaptación Varonil Barrientos?

4.4. Objetivos

Objetivo General

Medir los índices de Depresión y Ansiedad en primodelincuentes sentenciados del Centro de Readaptación Varonil de Barrientos y concluir si éstos son o no significativos.

Objetivos Específicos

- Identificar algunos de los instrumentos existentes para medir la depresión y la ansiedad y su utilización práctica.
- Hacer una comparación entre las posturas teóricas respecto a las causas de la depresión y la ansiedad que pueden o no presentar los primodelincuentes al ingreso a la institución penitenciaria.
- Determinar a través del instrumento MMPI-2 los índices de depresión y ansiedad en la muestra seleccionada.

- Identificar si existe diferencias entre los índices de Depresión y Ansiedad con la variable independiente tiempo de reclusión a la fecha, y las variables dependientes como, edad, escolaridad, estado civil, tipo de delito, años de sentencia.

4.5. Hipótesis de Investigación

Lo que se quiere probar con esta investigación, se ve reflejado en estas dos hipótesis, que son la explicación tentativa al fenómeno que se estudia.

Hipótesis alternas

Hi = Sí existen índices significativos de depresión en primodelincuentes del Centro de Readaptación Varonil Barrientos.

Hi = Sí existen índices significativos de ansiedad en primodelincuentes del Centro de Readaptación Varonil Barrientos.

Hipótesis nulas

H0 = No existen índices significativos de depresión en primodelincuentes del Centro de Readaptación Varonil Barrientos.

H0 = No existen índices significativos de ansiedad en primodelincuentes del Centro de Readaptación Varonil Barrientos.

4.6. Variables

En este apartado se hace mención a las variables que son tomadas en cuenta para esta investigación, por lo que es conveniente definir qué es una variable: “Una variable es un fenómeno cualquiera que puede tomar diversas magnitudes o categorías” (Arias Galicia, 2001, p.305).

Por otro lado, el mismo Arias Galicia (2001, p.305), cita a Ghiselli (1964), haciendo referencia a la variable de la siguiente manera: “Generalmente en las ciencias del comportamiento se entiende por variable una propiedad o un atributo con respecto al cual difieren los individuos de un conjunto dado”.

Teniendo definido lo que es una variable se procede a definir las utilizadas para este trabajo.

4.6.1. Definición Conceptual

Para fines de este trabajo de investigación es necesario definir las variables que fueron utilizadas lo cual se lleva a cabo a continuación.

a) Variable Independiente

Se entiende por variables independientes aquellas que son manipuladas por el investigador, que son objetivas, y se manifiestan en una investigación *ex-post-facto* por lo tanto son reales (Arias Galicia, 2001), la variable independiente utilizada para este trabajo de investigación es la que se describe a continuación:

La variable independiente seleccionada para los fines anteriores es la siguiente:

- **Tiempo de reclusión a la fecha:** para esta variable era necesario tomar en cuenta a sujetos con una estancia de entre uno y tres años y medio, y como característica necesaria es que estuvieran sentenciados.

De acuerdo con lo anterior, es necesario catalogar a las siguientes variables como variables intervinientes, ya que estas puede o no intervenir en la investigación (en el momento de medir los índices de depresión y ansiedad).

De la misma manera, es importante hacer mención que al correlacionar estas variables intervinientes (edad, estado civil, escolaridad, años de sentencia y tipo de delito cometido), con las variables dependientes (depresión y ansiedad), al igual que la variable dependiente con la independiente (tiempo de reclusión a la fecha), se logra hacer una ampliación del estudio programado para este trabajo de investigación y no sólo se contesta a la pregunta de investigación y se acepta o rechaza una hipótesis, sino que también se observan las diferencias en los grupos (por medio de la correlación) entre las variables dependientes y la variable independiente y las intercurrentes (para mayores detalles es necesario revisar el capítulo 5 de resultados).

b) Variables Dependientes

Para este apartado se tienen dos variables que son la depresión y la ansiedad, las cuales se definirán según Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán (2003), puesto que se hace uso del inventario que estas autoras adaptaron para la población mexicana.

Como se hace referencia tanto en los capítulos uno y dos respectivamente, existen cuatro subescalas para medir la depresión y la ansiedad.

Para la depresión existe dentro de las Escalas Básicas o Clínicas, la subescala Depresión (**D**) y dentro de las Escalas de Contenido, la subescala Depresión (**DEP**).

La escala **D** evalúa la depresión sintomática. Esta sub-escala se encarga de medir rasgos como los siguientes: estado de ánimo bajo, sentimientos de infelicidad, desinterés por el medio que rodea al sujeto, apatía, insatisfacción por las actividades que realiza así como por la propia vida.

Estos son individuos que llegan a denominarse a sí mismos como infelices, tienden a presentar síntomas somáticos como es el cansancio o fatiga, falta de energía, son sujetos con poca confianza en sí mismos, les cuesta trabajo el tomar decisiones, con tendencias constantes a preocuparse, esto les impide la concentración en las actividades que realiza.

Tienden a ser personas retraídas, tímidas, introvertidas y sienten la necesidad de aislarse a sí mismos. Esta escala tiene relación con la angustia y la ansiedad.

En cuanto a la escala contenido **DEP** las autoras mencionan las siguientes como características: básicamente presentan un desinterés por la propia vida, con un vacío interno, sienten incertidumbre por las situaciones futuras que se les puedan presentar, son personas que caracterizan por el desinterés propio así como el desinterés por las personas que les rodean, tienden al suicidio puesto que tienen constantes bombardeos de pensamientos depresivos y sentimientos de desesperanza.

En cuanto a la variable dependiente de Ansiedad, se analizaron los datos correspondientes a las subescalas de contenido **ANS** y la subescala suplementaria de **A**, Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán (2003), concluyen lo siguiente:

Para la subescala de **ANS** los síntomas son los siguientes: existen percepciones de malestares somáticos como son la falta de aire, sensación de tensión, palpitaciones o taquicardias, entre otros, con dificultad constante para lograr la concentración, preocupaciones constantes, alteraciones en el sueño o dificultad para conciliarlo.

Estos individuos pueden sentirse a sí mismos o a sus pensamientos como desadaptados. Ven la vida como una constante dificultad, esto puede conllevarlos a muchos de ellos a presentar dificultad en el momento de tomar decisiones. Como rasgo importante es que estas

personas se percatan y son conscientes de sus propios síntomas y problemas.

Para la subescala de contenido **A**, las autoras consideran como ya se mencionó en el capítulo dos, que esta subescala presenta una correlación con otras escalas, en especial con la escala **Pt** (psicastenia) pues los síntomas que detectan ambas son muy similares. Como síntomas se destacan los siguientes:

Se caracterizan estas personas por sentirse ansiosas e incómodas, sus pensamientos son pesimistas, son sumisos y complacientes para con los otros, volubles y sugestionables, sienten confusión ante las situaciones estresantes, les cuesta trabajo adaptarse a las situaciones nuevas y a las circunstancias que se presentan, indecisos, temerosos, con dudas acerca de sus capacidades.

Por lo tanto, los síntomas de la escala **A** se refiere más a problemas psicológicos y **ANS** a síntomas somáticos.

c) Variables Intervinientes o Intercurrentes

Para definir a las variables intervinientes hace falta tener como punto de partida la definición según Arias Galicia (2001),

“Al planear una investigación, se determinan las situaciones que deben permanecer constantes. Esta determinación incluye algunos atributos o situaciones que, se prevé pueden intervenir directamente [...] se seleccionan circunstancias que, de acuerdo con el marco teórico de referencia, pueden contar como variables [...]” (p.308).

- **Edad:** ésta es diferente en cada sujeto y puede influir en la manera de contestar el inventario, por lo tanto, los resultados pueden ser diferentes en cada uno de ellos.
- **Escolaridad:** este dato revela la condición escolar que poseen los sujetos de la muestra y varía desde nivel básico hasta posgrado. Esto también influyó en el tiempo que requirieron para contestar a las preguntas.
- **Estado Civil:** existen seis opciones de respuesta, que son: soltero, casado, divorciado, separado, unión libre y viudo.
- **Delito cometido:** para esta variable se tomaron en cuenta cinco delitos, robo (en donde se engloban todos los tipos de robo), violación, fraude, secuestro y homicidio.
- **Años de sentencia:** esta varía dependiendo del delito cometido y las penas establecidas en el Código Penal para el Estado de México. Estas varían en la población desde 1 año a 50 años.

Aunque Hilda Marchiori (2001), sólo hace referencia a que los individuos pueden presentar depresión y ansiedad al ingresar al centro de readaptación y no hace referencia a un tiempo específico en que los síntomas puedan presentarse, por lo que sería conveniente realizar estudios posteriores para poder determinar en qué periodo de tiempo pueden presentarse estos y poder concluir si el tiempo de sentencia influye en los resultados.

4.6.2. Definición Operacional

Las variables dependientes se evaluaron a través de la aplicación, calificación, graficación, interpretación del Inventario Multifásico de la Personalidad y por medio del análisis estadístico de SPSS en su versión 15.

Esto se evalúa a través de las cuatro subescalas ya mencionadas anteriormente (**D**, **DEP**, **A** y **ANS**).

En cuanto a los datos específicos de la población (variables independientes) como son la edad el estado civil y la escolaridad, son variables que la misma hoja de respuesta del inventario proporciona para que el individuo conteste según sus características.

Para su análisis se tomó en cuenta cada uno de los inventarios, en el caso de la edad, se crearon cuatro rangos que contienen las edades de todos los sujetos y que éstas van desde los 18 años a los 60 como tope máximo (véase grafica 5.1). En el caso del estado civil y la escolaridad, sólo se contabilizaron las respuestas correspondientes a cada una de las opciones y posteriormente se graficó.

Para las últimas dos variables independientes y la variable interviniente se realizó una papeleta (véase anexo 1), que contenía cuatro preguntas, la primera abarcaba el delito que cometieron y por el cual fueron sentenciados, el cual se pudo agrupar en cinco tipos de delitos, esto para el análisis estadístico.

La siguiente pregunta hacía referencia a los años de sentencia que les fueron asignados a cada preso por el delito que cometieron (pena o sentencia).

La tercera pregunta se refería a la fecha de ingreso a la institución, esta pregunta no se evaluó para fines estadísticos, sin embargo sirvió como comprobación de la pregunta cuatro que es el tiempo que los sentenciados tenían recluidos hasta la fecha.

Cabe mencionar que a los sesenta sujetos se les aplicó el mismo instrumento, así también la papeleta fue la misma. De los resultados de ambas se descartaron a algunos de los sujetos por no ser primodelincuentes o bien por alguna otra inconsistencia.

4.7. Técnicas de recolección de datos

4.7.1. Tipo de muestra

Para esta investigación era necesario seleccionar una muestra, es decir, un subgrupo la población de la cual se recolectan datos, la cual debe ser representativa de la población.

Para este trabajo se hizo uso de un muestreo no probabilístico esto quiere decir, que se hizo uso de un proceso de selección informal de los participantes en la aplicación del test, en este caso, los participantes fueron seleccionados por los mismos psicólogos del Centro de Readaptación Varonil Barrientos, y que estos reclusos cumplieran los

criterios que se les proporcionaron (los criterios son mencionados posteriormente).

Este tipo de muestra tiene ventajas y desventajas como todos los métodos de muestreo. Una desventaja es que no se puede obtener o calcular el error estándar pues la muestra no fue probabilística, esto quiere decir, que no se puede calcular con qué nivel de confianza se hace una estimación. Por lo tanto, la prueba estadística tiene limitantes respecto a la muestra, más no a la población, luego entonces, los datos no pueden generalizarse a la población total.

Según Hernández Sampieri *et al.* (2003, p.237), se debe recordar lo siguiente cuando se hace uso de una muestra no probabilística:

“[...] en las muestras de este tipo, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores.

La ventaja bajo el enfoque cuantitativo de una *muestra no probabilística* es su utilidad para determinado diseño de estudio que requiere no tanto una – representatividad- de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente [...]”.

Muestra:

A continuación se presentan las características de la muestra:

- La muestra de los sujetos que realizaron la prueba constó de sesenta varones **primodelincuentes sentenciados** (se hace énfasis

en lo anterior como requisito primordial) del Centro de Readaptación Varonil Barrientos, con una edad de entre 18 y 60 años de edad.

- Otro requisito, fue que tuvieran un grado mínimo de alfabetización (que sepan leer y escribir), puesto que la prueba requiere que cada sujeto lea la pregunta y conteste en el número correspondiente en la hoja de respuestas. Para agilizar el proceso es necesario que la persona lea con fluidez, así como para que comprenda el sentido de las preguntas y las dobles negaciones que presenta la prueba.
- De la misma manera, es requisito que estos sujetos tuvieran el menor tiempo posible de reclusión a la fecha, así mismo que estos presenten una sentencia mayor a 3 años.

4.8. Instrumento

El instrumento que fue utilizado para la presente investigación (como se ha mencionado con antelación y en reiteradas ocasiones), es el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI-2), por lo que se resume brevemente parte de su historia y sus características a continuación.

Este inventario fue creado (principios de 1940) por Starke Hathaway y J. C. McKinley con en los hospitales de la Universidad de Minnesota, con el propósito de que los psiquiatras y psicólogos clínicos pudieran proporcionar psicodiagnósticos apropiados de manera rápida contestando sólo un cuestionario, esto dio pie a la creación del MMPI.

A través de los años este instrumento fue modificándose, al igual su utilización se fue ampliando, no sólo se utilizó en el área clínica, sino que también con personas en unidades de tratamiento de drogadicción y alcoholismo, evaluaciones militares, así también en el área laboral para elegir a los candidatos más aptos para puestos que requerían características específicas, entre otros.

En la década de los 60's el Dr. Rafael Núñez publicó la versión en español para la población mexicana, esta versión fue realizada a través de una primera versión en español realizada en Cuba, sin embargo, se continuaba evaluando con normas estadounidenses, y los resultados de la población mexicana eran superiores, para lo cual se requería de hacer ajustes en la evaluación e interpretación, no obstante, no todos los evaluadores realizaban estos ajustes, lo que provocó que la población tuviera puntuaciones más elevadas de lo normal y esto reflejara una patología que no era cierta (Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán, 2003).

La Dra. Lucio Gómez-Maqueo, se percató del potencial de la escala y la necesidad de adaptarla y validarla para la población mexicana. Para lo anterior, en el año de 1995 publicó el Manual para MMPI-2.

Posterior a esto la Dra. Lucio Gómez-Maqueo en colaboración con la Dra. León Guzmán, se dieron a la tarea de realizar la normalización, confiabilidad, validez y estandarización del instrumento para la población mexicana.

Actualmente el MMPI-2 consta de 567 reactivos de tipo dicotómico, con tres escalas, las *clínicas o básicas* que constan de 13 subescalas, las *suplementarias* con 18 subescalas, y por último, las de *contenido* que a su vez se dividen en 15 subescalas, dando un total de 46 subescalas, así como también existen las escalas de validez (ya contempladas en las escalas suplementarias y básicas), que proporcionan la confiabilidad de la prueba (Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán, 2003).

Su aplicación puede ser de manera grupal o individual, sólo se necesita que el sujeto tenga un grado mínimo de alfabetización, así como se debe proporcionar el cuadernillo de preguntas, lápiz, la hoja de respuestas y las hojas graficadoras que dan un panorama más sencillo para su interpretación.

4.9. Procedimiento de aplicación

En este apartado se describe el procedimiento de aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota versión revisada y estandarizada para población mexicana (MMPI-2), el cual fue aplicado a 60 sujetos sentenciados del Centro de Readaptación Varonil Barrientos.

A cada sujeto se le entrego el cuadernillo de preguntas, una hoja de respuestas y un talón con datos necesarios para la investigación. Cada sujeto contestó de manera individual el instrumento y el talón que se le proporcionó.

La aplicación del instrumento se hizo dentro de las instalaciones del Centro de Readaptación. Por parte de la institución se proporcionaron

las instalaciones (biblioteca y salones) necesarias para la aplicación del instrumento. Estas aulas fueron diferentes, tanto en la primer como en la segunda sesión se llevaron a cabo dentro de la biblioteca, la tercer y cuarta sesión fue realizada en uno de los salones que son utilizados para la impartición de clases de los diferentes niveles.

Cabe señalar que existieron algunas complicaciones en la aplicación pues los pupitres que se encontraban en las aulas se mostraban deteriorados y esto resultaba incómodo al momento de responder el cuestionario.

4.10. Procedimiento para el manejo de datos

Posterior a la aplicación del instrumento se calificaron todas y cada una de las 60 hojas de aplicación, esto se llevó a cabo con las 46 plantillas para cada una de las escalas del instrumento.

Al obtener las puntuaciones de cada hoja de respuesta, se realizaron las tres gráficas correspondientes, (esto ayudó a descartar instrumentos no válidos), al término de esto se capturaron en el programa estadístico de SPSS versión 15 todos las puntuaciones naturales obtenidas por los sujetos.

Después de la captura de las puntuaciones se llevó a cabo el análisis de distribución de frecuencias, se obtuvieron las medidas de tendencia central. Se determinó la media de la población en cada una de las variables dependientes (depresión y ansiedad) y se compararon con los

puntos de corte, que marca la misma prueba como puntajes significativos.

El análisis estadístico se llevó a cabo por medio del análisis de varianza (ANOVA), con esto se pudo evaluar el efecto de dos o más variables intervinientes (edad, estado civil, escolaridad, delito cometido, años de sentencia y tiempo de reclusión a la fecha), sobre las variables dependientes (Depresión y Ansiedad), además del análisis post-hoc (Scheffé) para detectar grupos que puedan marcar diferencias.

CAPÍTULO 5
RESULTADOS

En este capítulo se hace la revisión, descripción y análisis de los resultados obtenidos a través del inventario aplicado (MMPI-2, a los primodelincuentes de la muestra) para las variables depresión y ansiedad, la variable independiente (tiempo de reclusión) y los datos generales de la población (variables intervinientes) como son su edad y escolaridad, entre otras, recordando que los resultados de cada una de estas variables es un aporte adicional al trabajo de investigación, ya que el fin primordial era conocer **si los niveles de depresión y ansiedad eran significativos** (por arriba de T65 en MMPI-2), como lo refieren la pregunta de investigación y las correspondientes hipótesis)

Por lo tanto, la investigación se ve ampliada y no solo se dan a conocer si los resultados son significativos o no, sino que también se hace una diferencia estadísticamente significativa entre de las variables dependientes (depresión y la ansiedad) y la variable independiente y las variables intervinientes, todo esto con el fin de poder observar en que grupo de edades, estado civil, tipo de delito, etc, predomina la depresión y la ansiedad, así como identificar en qué grupos se encuentran los niveles mas bajos.

5.1. Descripción y Análisis de resultados

La muestra que se utilizó para realizar esta investigación, como ya se mencionó anteriormente se encontraba constituida por 60 primodelincuentes sentenciados del Centro de Readaptación Varonil

Barrientos, sin embargo, la muestra se vio reducida a 53 sujetos pues al tomar en cuenta los criterios de validez del inventario (**L**, **F**, **K**, **Fp**, **INVER**, **INVAR** y por último el índice **F-K**) se descartaron a 4 sujetos, pues no se encontraban dentro de los límites permitidos en estas escalas de validez, así como también 3 de ellos se descartaron por no ser primodelioencuentres, haciendo esto un total de 7 sujetos que no fueron tomados en cuenta en el análisis de resultados.

Como nota importante a tomar en cuenta, a partir de este momento hasta el término de este capítulo dentro de las gráficas, estadísticas, comparaciones, entre otras, son basadas únicamente con los 53 sujetos resultantes y restantes de utilizar los criterios de evaluación.

5.1.1. Criterios de Validez

Los criterios de validez fueron utilizados para dar a conocer resultados fidedignos del inventario que fue aplicado a los sujetos muestra, para ello, como se mencionó anteriormente, el propio MMPI-2 tiene escalas para conocer la validez de éste o bien para descartar los inventarios que no se pueden interpretar pues se encuentran fuera de los límites permitidos.

Las tres escalas principales encargadas de la validez, como se mencionó anteriormente, son: **L**, **F** y **K**, sin embargo, existen algunas escalas que se añadieron en el MMPI-2 como son: **INVER**, **INVAR**, **Fp** y **F**.

Los criterios que son utilizados en la escala **L** (mentira) (consta de 15 reactivos), según Emilia Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán (2003), son los siguientes: quien obtiene una puntuación elevada en **L** trata de mostrarse en forma favorable y evitan admitir fallas, esta escala evalúa como la persona quiere ser vista como un sujeto virtuoso. Se invalida a partir de T 80 puesto que puede haber mentido al contestar. De T 70 a T 79 se consideran cuestionables sus respuestas, a partir de T 70 hacia abajo pueden interpretarse los resultados.

En la escala **F** (Infrecuencia) (consta de 60 reactivos), se evalúa hasta qué punto la persona exagera sus síntomas, una F muy elevada muestra que el sujeto posiblemente contestó al azar, por lo que no puede interpretarse los resultados. Es importante considerar que una razón por la que puede elevarse la **F** es que la persona tenga una capacidad de lectura limitada.

A partir de T 110 el perfil es inválido, de T 100 a T 109 es posiblemente inválido, estos resultados pueden ser parte de “La tendencia a fingir o exagerar es importante de evaluar en algunos casos, como en los delincuentes que prefieren simular un problema psicológico para evitar un castigo” (Lucio Gómez-Maqueo, León Guzmán, 2003, p. 65).

“[...] pero algunos perfiles de pacientes psiquiátricos hospitalizados o de delincuentes admitidos recientemente en la cárcel, pueden ser interpretados hasta 109 si **INVAR** está dentro de un rango válido” (Lucio Gómez-Maqueo, León Guzmán, 2003, p. 67).

De T 99 a T 91 los resultados pueden interpretarse pero con precauciones. De T 90 a T 81, existe una validez limítrofe, de T 80 a T 65 son válidos los resultados, sin embargo, se presenta exageración de síntomas. A partir de T 64 los resultados son válidos.

La escala **K** (corrección, consta de 30 reactivos). Las puntuaciones mayores o iguales a T 65 son un indicador de posibles respuestas defensivas y una actitud poco cooperadora. La elevación puede deberse a contestar la mayoría de los reactivos como falso, o si el sujeto trató de dar una buena imagen de el mismo. Con una T de entre 64 y 56, el individuo presenta una defensiva moderada.

La escala **Fp** (Infrecuencia posterior) consta de 40 reactivos y la mayoría de éstos se encuentran posteriores al reactivo 370. Esta escala tiene como finalidad conocer si la persona contesta al azar la segunda parte de la prueba. Si la puntuación T de esta escala es mayor a 110 la segunda parte no puede ser interpretada.

Con esta escala también es utilizada la escala **F** puesto que si ambas se encuentran por debajo de T 89 el protocolo de la prueba es valido por lo que pueden interpretarse las escalas básicas, las de contenido y las suplementarias.

Otro criterio es si **F** es menor a T 89 pero **Fp** es mayor a 90, esto indica que el individuo puede estar simulando sus respuestas a partir de la segunda parte del inventario, o bien puede estar contestando al azar o por cansancio, por lo que no deben interpretarse las escalas

suplementarias y de contenido. En el caso de que **F** y **Fp** se encuentren elevadas no siempre se debe a confusión o respuestas al azar, sino a una patología real, en tal caso el protocolo puede ser interpretado siempre y cuando **INVER** e **INVAR** se encuentren dentro de los límites de validez.

Para la escala de **INVER** (Inconsistencia en las respuestas Verdadero), esta escala contiene 23 pares de reactivos y evalúa la tendencia de los individuos a responder de manera inconsistente. Con un T mayor a 80 el sujeto contestó todo verdadero y con una T menor a T 50, se visualiza un patrón de todo falso. Para considerar la prueba valida la T debe oscilar entre 50 y 75.

Para **INVAR** (Inconsistencia en las respuestas variables, la constituyen 67 pares). Cuando una persona contesta al azar la T suele resultar igual o mayor a 95. Si **INVAR** y **F** se encuentran elevadas, esto quiere decir que fue contestada al azar.

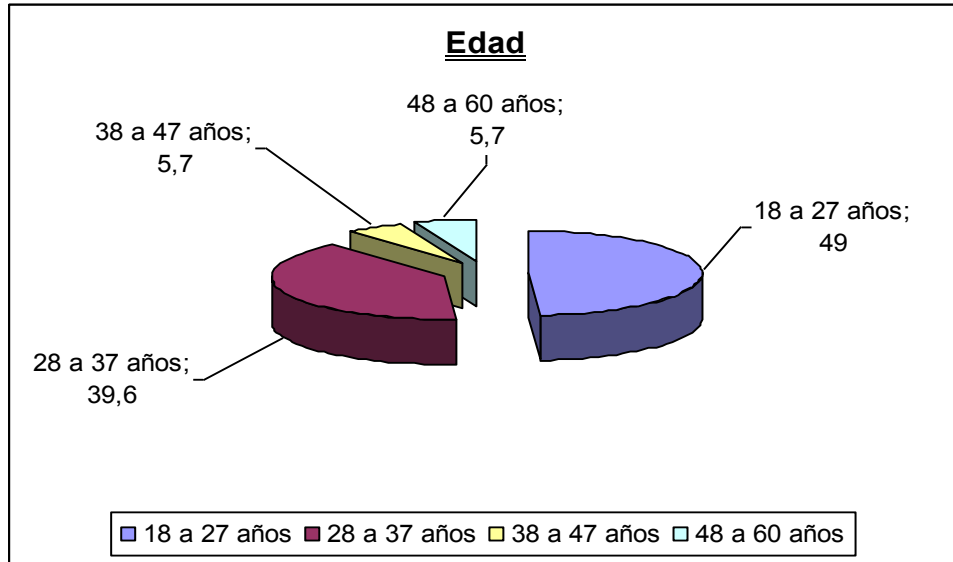
Por otro lado, si **F** se muestra elevada pero **INVAR** no, puede ser interpretado de dos manera, la primera que la persona presenta síntomas o la segunda, es que la persona fingió sentirse mal, pero no que respondió al azar (Lucio Gómez-Maqueo, León Guzman, 2003).

5.1.2. Características de la muestra

Las gráficas que a continuación se muestran, describen los datos que se obtuvieron de las variables intercurrentes o intervinientes. Estas variables son edad, estado civil, escolaridad, tipo de delito, años de

sentencia, y como variable independiente tiempo de reclusión a la fecha, sin embargo cada una de éstas será descrita con mayor detalle en las siguientes páginas de esta investigación.

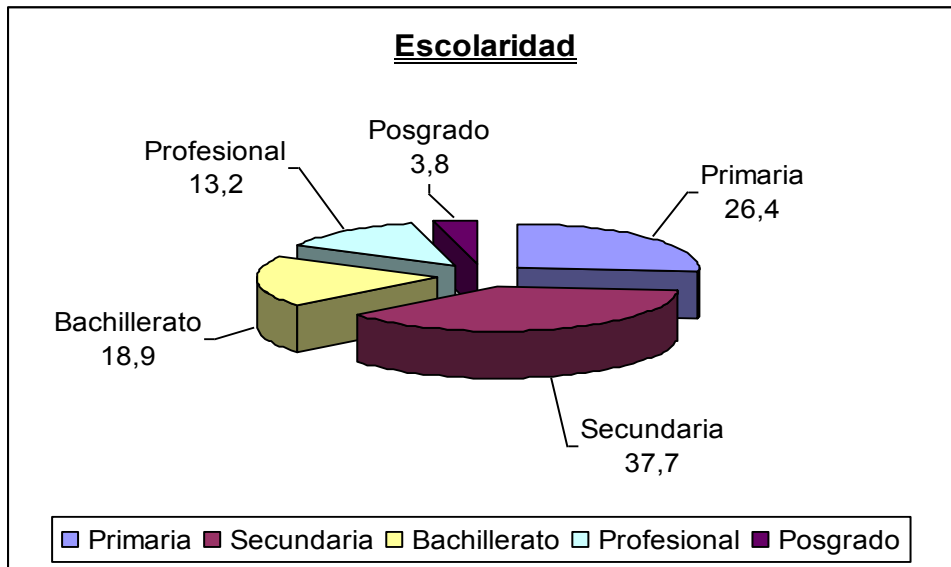
Gráfica 5.1 Edad



La gráfica anterior (5.1) refiere los datos obtenidos en cuanto a la edad. Para fines prácticos y para un mejor manejo de los datos, los sujetos fueron divididos en cuatro rangos que abarcan de los 18 a los 60 años, en el primer rango se encuentran los sujetos con edades de entre 18 y 27 años, como se refleja en la gráfica. Existe una mayor población con edades en este rango con casi el 50%, el siguiente rango con edades de entre 28 y 37 años y por último con la misma cantidad sujetos los rangos tres (38 a 47 años) y cuatro (48 a 60 años) con un 5.7%.

Lo anterior indica que la muestra es de una población joven, que no pasa de los 30 años, con una media de 29.91.

Gráfica 5.2 Escolaridad

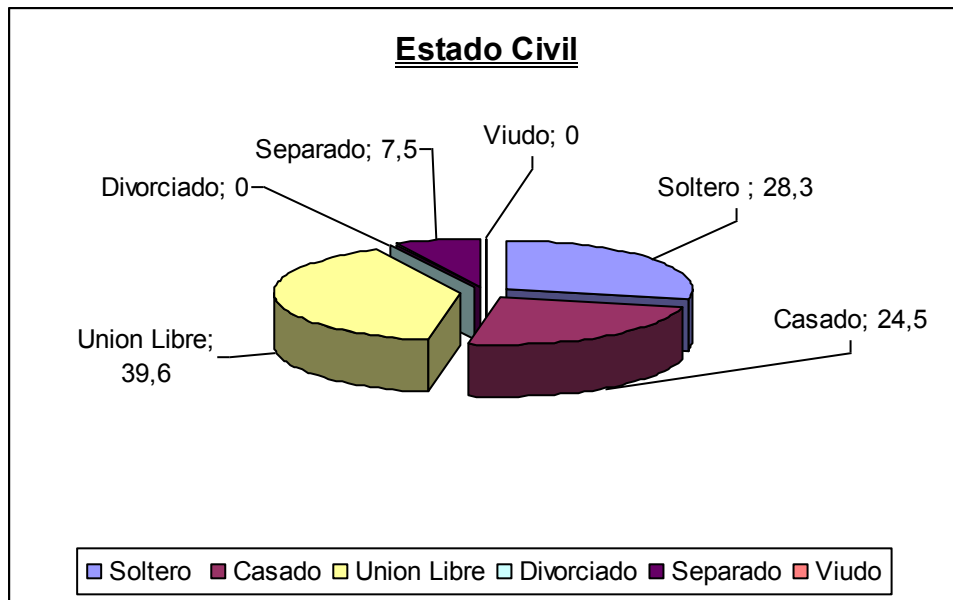


En la gráfica 5.2 se presenta la escolaridad de los sujetos de la muestra, estos datos de la misma manera que en la variable anterior, se encuentran acomodados por rangos. Esta variable consta de cinco rangos que van desde una escolaridad de primaria, hasta estudios superiores como lo es un posgrado.

Se encontró que la población con mayor porcentaje es la que llegó a concluir únicamente secundaria (37.7%), seguida de nivel primaria con un 26.4% y solo dos sujetos llegaron a estudios posteriores a los universitarios. Esto indica que se tiene un nivel bajo de educación escolar, pues más del 50% de la población terminó únicamente la educación básica. Éste podría haber sido uno de los motivos por los cuales algunos de los sujetos tardaron más del promedio de tiempo esperado en contestar el inventario. (En ocasiones la aplicación llegó a tardar poco más de 4 horas).

Como se ha mencionado el lenguaje del inventario es sencillo, sin embargo podría llegar a ser confuso ya que contiene dobles negaciones y un lenguaje a veces poco conocido para personas con una cultura y educación de nivel básico.

Gráfica 5.3 Estado Civil



En cuanto al estado civil, existen seis rangos que se manejaron en esta categoría, el primero es soltero, seguido de casado, subsecuente unión libre, es este rango en donde se encuentra la población con mayor porcentaje (37.7%), el siguiente rango es divorciado, posterior separado y por último viudo, no obstante, en el rango de viudos y divorciados no existe ningún sujeto con esta característica. Para apreciar con mayor claridad los datos y porcentajes véase la gráfica 5.3.

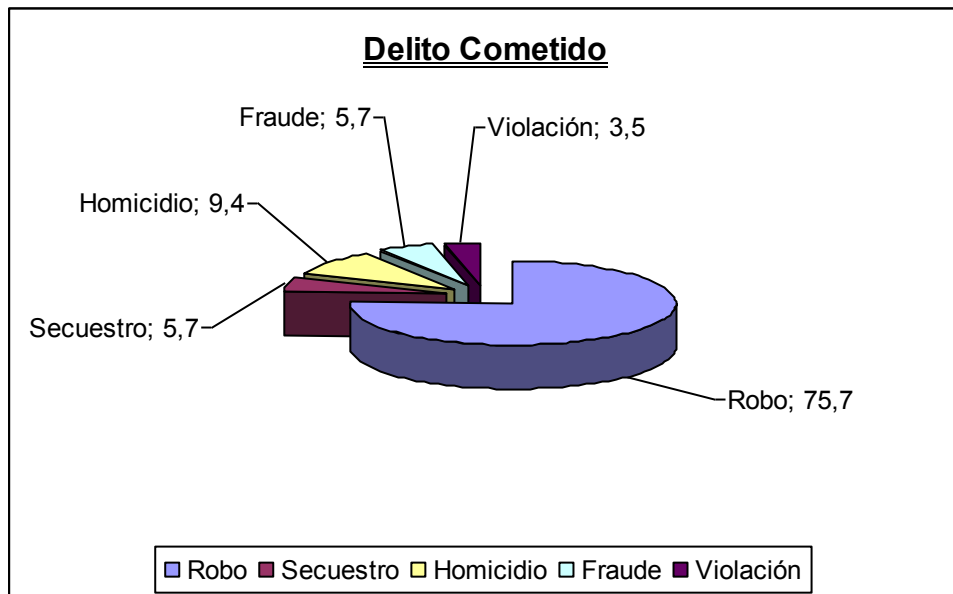
La hoja de respuesta del inventario presenta las variables edad, escolaridad y estado civil, en donde en cada una de éstas el sujeto debe elegir la opción de acuerdo a sus características, sin embargo para las siguientes tres variables que se muestran en las gráficas que prosiguen,

fue necesario utilizar una papeleta (véase anexo 1) en donde los sujetos contestaron el tipo de delito que cometieron (véase gráfica 5.4), los años de sentencia que les fueron asignados (gráfica 5.5.) y por último el tiempo que tienen reclusos a la fecha (véase gráfica 5.6).

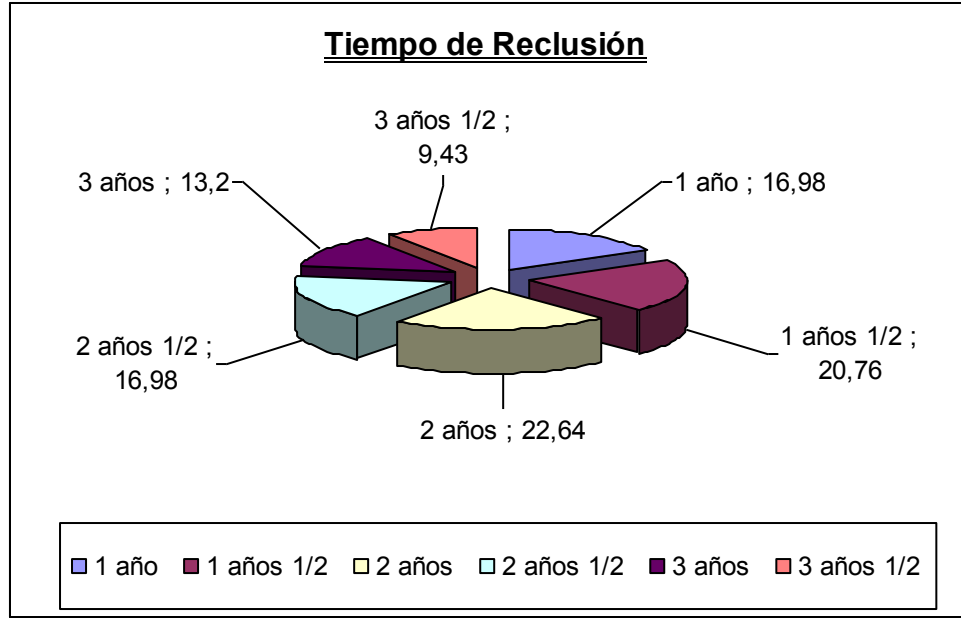
En cuanto al tipo de delito cometido, los datos fueron clasificados en cinco rangos que se pueden apreciar en la gráfica 5.4. El mayor porcentaje de sujetos cometió el delito de robo pues en este delito se incluyeron todos los tipos de robo que los sujetos expresaron haber cometido que en su caso fueron los siguientes: robo a casa habitación, robo de vehículo, robo a transeúnte, robo de autopartes, robo a transporte público y, por último, robo a comercio.

Por otro lado, el delito de violación es el que presenta un porcentaje menor, puesto que solo dos de los sujetos de la muestra se encuentran sentenciados por este delito.

Gráfica 5.4 Delito cometido



Gráfica 5.5 Tiempo de reclusión a la fecha de aplicación del inventario



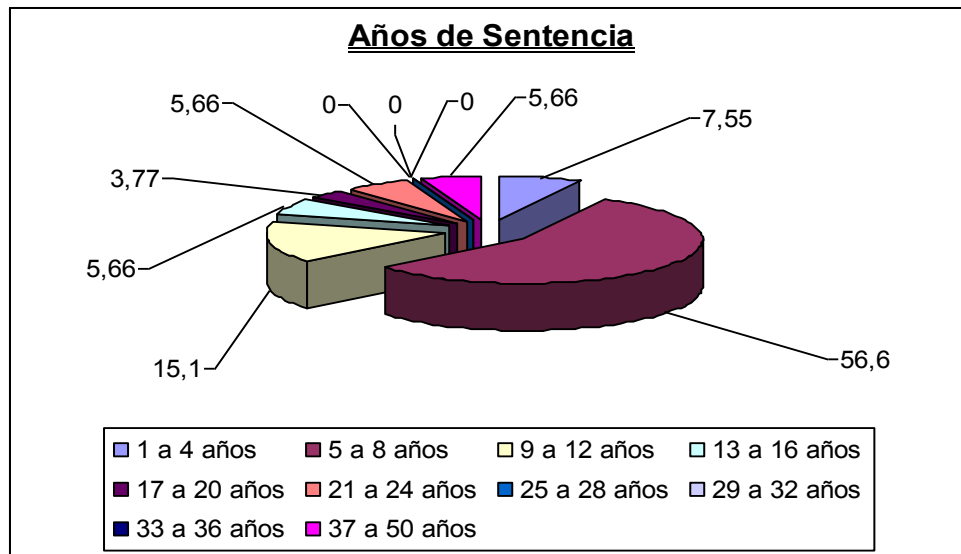
Por otro lado, al revisar y hacer análisis de otra de las variables, se puede apreciar que la mayoría de los sujetos tiene en promedio de 1 y medio años a 2 años reclusos hasta el momento de la aplicación del inventario, así también, los porcentajes que le siguen a estas cifras, son los que se encuentran reclusos aproximadamente desde hace 1 año o bien, reclusos desde hace 2 años y medio.

El tope máximo que se aceptó para que los individuos fueran parte de la muestra de esta población fue 3 años y medio.

Por último se analiza los años de sentencia que le fueron asignados cada uno de estos sujetos. Dentro de la gráfica se puede observar que la sentencia más aplicada es de entre 5 a 8 años, sin embargo, se tomaron en cuenta sentencias desde 1 a 50 años (ésta como pena máxima en México).

Para lograr hacer el análisis de estos datos fue necesario dividir nuevamente los datos por rangos, para esta variable fue necesaria dividirla en diez grupos. Se mostraron rangos o casos en donde no había sujetos que presentasen esta cantidad de años como sentencia, ejemplo de ello el rango de entre 29 a 32 años, así como otros dos rangos más.

Gráfica 5.6 Años de sentencia que le fueron asignados



Por otro lado, y verificando la hipótesis en donde se tenía como supuesto que la depresión y la ansiedad tenían niveles significativos se tiene la tabla 5.1 para especificar la media resultante de los sujetos a los que se les aplicó el inventario.

5.2 Discusión de los resultados

Para medir las variables principales de este trabajo de investigación se tomaron en cuenta cuatro escalas para poder medirlas, estas escalas son **D** y **DEP** para depresión, **ANS** y **A** para ansiedad.

Como se muestra en la siguiente tabla (5.1), existe una media resultante que es el punto de corte o bien, llamada “T” natural, y dentro de cada una de estas cuatro escalas los sujetos obtuvieron puntuaciones menores, por lo que la depresión y la ansiedad en estos sujetos no es significativa, en el caso de la **D** (escala básica de depresión) se esperaría una media o una t de 27 y el promedio de los sujetos es de 21.5 lo que indica que el promedio está 5.5 puntos por debajo de lo esperado para que los resultados fueran significativos.

La escala con una diferencia mayor entre la media resultante de 10.6 y la media esperada de 20, es la escala suplementaria de A (ansiedad), por lo que hay una diferencia de aproximadamente de 10 puntos que es la mitad de lo esperado. Para mayor detalle véase la tabla 5.1, en donde se describen los datos con una mayor amplitud.

Tabla 5.1 Media resultante de las escalas de Depresión y Ansiedad

Escalas de Depresión y de Ansiedad	Media Resultante	Media Esperada
Escala Básica de Depresión (D)	21.51	27
Escala de Contenido Depresión (DEP)	7.72	12
Escala de Contenido de Ansiedad (ANS)	7.32	13
Escala Suplementaria de Ansiedad (A)	10.6	20

A continuación se muestra una tabla en donde se dan a conocer los índices de significancia encontrados en las variables **D**, **DEP**, **A** y **ANS**, respecto a las variables intercurrentes de edad, estado civil, escolaridad, delito cometido, años de sentencia y tiempo de reclusión a la fecha.

Tabla 5.2 Índices de significancia de Depresión y Ansiedad

Escala Básica de Depresión (D)					
Variable	SC	GL	MC	F	Sig.
Edad	941.245	52	18.982	.195	.899
Escolaridad	941.245	52	18.368	.811	.524
Estado Civil	941.245	52	18.509	.618	.607
Delito Cometido	941.245	52	18.559	1.402	.248
Tiempo de reclusión	941.245	52	17.800	1.176	.335
Años de sentencia	941.245	52	18.368	.902	.502

Escala de Contenido (DEP)					
Variable	SC	GL	MC	F	Sig.
Edad	810.755	52	15.809	.762	.521
Escolaridad	810.755	52	13.044	3.538	.013
Estado Civil	810.755	52	16.356	.189	.903
Delito Cometido	810.755	52	16.119	.547	.683
Tiempo de reclusión	810.755	52	15.637	.969	.446
Años de sentencia	810.755	52	16.706	.422	.861

Escala de Contenido (ANS)					
Variable	SC	GL	MC	F	Sig.
Edad	671.547	52	12.800	1.155	.336
Escolaridad	671.547	52	11.446	2.668	.043
Estado Civil	671.547	52	13.661	.805	.497
Delito Cometido	671.547	52	13.484	.451	.701
Tiempo de reclusión	671.547	52	12.961	.963	.450
Años de sentencia	671.547	52	13.555	.591	.736

Escala Suplementaria (A)					
Variable	SC	GL	MC	F	Sig.
Edad	1.836.830	52	37.302	.081	.970
Escolaridad	1.836.830	52	32.154	2.281	.074
Estado Civil	1.836.830	52	35.629	.852	.473
Delito Cometido	1.836.830	52	35.641	.884	.481
Tiempo de reclusión	1.836.830	52	35.045	1.083	.382
Años de sentencia	1.836.830	52	36.940	.621	.703

Como se observa en la tabla 5.1, los resultados que se obtuvieron corresponden a las escalas de depresión y de ansiedad, éstos son notablemente menores a los esperados, lo cual indica que NO existen índices significativos de depresión ni de ansiedad, con lo cual se responde a la pregunta de investigación planteada para este trabajo de investigación y que se encuentra plasmada en el capítulo correspondiente a la metodología (capítulo 4) al igual que se acepta una de las hipótesis.

Los resultados contradicen lo dicho por Marchiori (2001), y Silva Rodríguez (2003a), entre otros, sobre que el ingreso a una institución penitenciaria puede influir para generar depresión y ansiedad en los primodelincuentes sentenciados.

Los resultados obtenidos concuerdan mejor con lo que refiere García Andrade (2002), en su libro del sistema penitenciario:

“Sobre el procesado opera un principio de presunción de inocencia y su condición anímica, de angustia e incertidumbre, tendencias depresivas y hasta suicidas. No sabe cuando pero desea abandonar la prisión a la brevedad.

En el caso del sentenciado opera el principio de culpabilidad jurídicamente demostrada, su condición anímica es de aceptación y conformismo, tendencia hacia la adaptabilidad carcelaria sin importar normas y valores solo importa la sobrevivencia. Sabe cuando va a salir de prisión, aprende práctica de derecho penal, sabe si tiene posibilidades de excarcelación anticipada” (p.72).

Lo anterior permite reconocer que el sentenciado deja de tener esa incertidumbre, miedo, y sobre todo depresión y ansiedad, como lo presentan los procesados, y no al momento de pasar de ser procesado a ser sentenciado, que es lo que la investigadora proponía como supuesto.

Por otro lado, Silva Rodríguez (2003a), concuerda en que la frustración generada por el encarcelamiento, así como los altos niveles de ansiedad, va disminuyendo conforme el interno se va adaptando a su medio.

Sin embargo, si se analizan las variables **D**, **DEP**, **A** y **ANS** de manera conjunta con las variables edad, escolaridad, estado civil, delito cometido, tiempo de reclusión a la fecha y años de sentencia que les fueron asignados como pena, se demuestra que existen pequeños cambios entre los resultados.

Es importante resaltar que los resultados que se presentan a continuación, forman parte de la ampliación que se hace al trabajo originario de investigación, sin embargo los resultados no son contundentes, por lo que estos pueden ser una fuente para futuras investigaciones en las cuales se profundice más al respecto.

Recordando que **D** hace referencia a la depresión somática y hace referencia a una persona que se siente infeliz y desdichada, en cuanto a **DEP**, se refiere a personas autocríticas y con poco interés en la vida, al mismo tiempo que para **A** los síntomas son somáticos y para **ANS** los síntomas son más “emocionales”.

Comenzando con la variable de **D** y la **edad**, (con una significancia de .899) que como se mencionó con anterioridad, la edad de los sujetos va de los 18 a los 60 años y para lo cual se dividieron en cuatro rangos diferentes y de los cuales se desprende la siguiente información: El rango 2 (con sujetos de entre 28 y 37 años) es el más cercano a la media esperada con un 22.05 que se podría denominar al grupo “más” deprimido, y el rango con menor índice de depresión es el 1 (sujetos de 18 a 27 años) con 21.08.

De acuerdo con **DEP** y la **edad**, se tiene una significancia se .521, esta cifra indica que los resultados no son significativos, de la misma manera arrojan que para esta variable el rango 1 (18 a 27 años) es el más cercano a la media con 8.32, cuando la media esperada es de 12, por otro lado, el rango más alejado de la media es el 4 (48 a 60 años), pues su media es de 5.33. Todo esto va de acuerdo a lo definido en el capítulo uno y dos en donde se define la variable según el inventario aplicado.

Para la variable de ansiedad medida con la escala de **ANS** en correlación con la **edad**, los resultados arrojados son los siguientes: el rango 3 (38 a 47 años) es el que posee una media menor al igual que en la escala suplementaria de **A**, con 4.33 y 8.67 respectivamente y con una media esperada de 13 para **ANS** y 20 para **A**, en la primer variable el grupo 4 (28 a 60 años) se muestra como el “más” ansioso y en la segunda variable el grupo 1 (18 a 27 años) y 4 tienen una diferencia mínima de .02 (10.33 para el grupo 4 y 10.35 para el grupo 1), que son los rangos con una media de ansiedad más elevada. Con una significancia de .336 para **ANS** y .970 de **A**.

En cuanto a la **escolaridad** relacionada con **D**, a los sujetos se les clasificó en cinco grupos dependiendo de la escolaridad que poseían (véase grafica 5.2). El grupo que más se acerca a la media esperada es el 3 (bachillerato) con 22.60 con una escolaridad de bachillerato y el más alejado de ésta es el 2 (secundaria) con 20.20, lo cual indica que el grupo “menos deprimido” tiene una escolaridad de secundaria.

Para **DEP**, el grupo “más deprimido” es el grupo 1 (primaria) con una escolaridad de primaria el cual obtuvo una media de 9.50, este resultado no es significativo, sin embargo, es el más cercano a la media. En cuanto al más alejado de la media es el grupo 3 (bachillerato) siendo completamente contrario a lo obtenido en **D**, no obstante debe tomarse en cuenta que las variables cambian pues no miden exactamente lo mismo (revísese capítulo 1, pagina 7). Este último grupo obtuvo una media de 5.00, lo que es menos de la mitad de la media esperada (12).

En cuanto a la ansiedad en la escala de **ANS** y **A** correlacionadas con la **escolaridad**, ambas escalas tienen a los mismos grupos como los más cercanos y los más alejados de las medias esperadas, en este caso el grupo 4 (profesional) como el más alejado de la media con 5.29 en **ANS** y 6.43 de **A** y el grupo más cercano a la media es el 1 (primaria) con 9.29 para la primera y 12.43 para la segunda variable. Con una significancia de .043 y .074 respectivamente.

Lo anterior indica que el grupo “más ansioso” es donde se encuentran personas que solo tienen el grado de primaria, y el grupo “menos ansioso” es donde se encuentran los sujetos que son profesionistas.

Para la tercer variable que es **estado civil**, fueron clasificados los sujetos en seis grupos (véase grafica 5.3 para mayor detalle), sin embargo, solo se obtienen datos de los grupos 1, 2, 3 y 5.

En **D** se tiene una significancia de .607, lo cual se encuentra muy alejado de la significancia esperada. En cuanto a la media esperada es de 27 y el grupo que se encuentra más cercano a esta es el quinto (separados) con una media de 24.25, esto quiere decir los separados presentan mayor índice de depresión que otros sujetos con otro tipo de estado civil y en contraste con los casados que son el grupo con una media menor (21.00).

También es necesario hacer mención sobre los individuos que se encuentran en unión libre (grupo 3), que es el segundo grupo con una media de 21.30, que no es muy diferente a la media de los casados, esto podría indicar que los sujetos que poseen una pareja (independientemente del estado civil que tengan), se encuentran menos deprimidos que los sujetos que no tienen una pareja, según lo definido por el MMIP-2 para **D** (véase capítulo 1).

Esto se relaciona con lo dicho por Hurwitz (1956), citado por Reyes Echandía (2003 p.106), “en el sentido de que la vida matrimonial, la paternidad etc., fortalecen las tendencias sociales, y por tanto poseen una influencia preventiva sobre las tentaciones y tendencias criminales”

En la variable **DEP**, los resultados son un poco diferentes pues el grupo con una media más elevada y cercana a la media esperada

coincide (grupo 5) con una media de 8.75 para esta escala, no obstante hay un cambio entre el grupo de los casados y los que pertenecen al grupo de unión libre, estos resultados se invierten en esta escala, teniendo al grupo 3 (unión libre) como el grupo “menos deprimido” con una media de 7.35, seguido del grupo de casados con una media de 7.54.

Lo cual reafirma que los sujetos que se encuentran en algún tipo de relación de pareja se encuentran menos deprimidos que los que no la tienen, a pesar de que la prueba arroja resultados no significativos (.903) y menores a la media esperada, se puede llegar a esta conclusión, que no es determinante pero si importante a tomar en cuenta.

En cuanto a la ansiedad relacionada con el **estado civil** se observa que el grupo más ansioso según lo descrito para **ANS** (véase el capítulo 2 pagina 56) es el grupo 5 (separado) a donde perteneces los sujetos separados tienen una media de 9.50 y una media esperada de 13, con una significancia de .497, lo cual indica que no es significativo, sin embargo se hace notar el hecho que el grupo 1 (soltero) es el menos ansioso con una media de 6.60.

A y **ANS**, miden diferentes síntomas, la primera corresponde a la somatización y la segunda a síntomas emocionales (véase capítulo 2 para más detalle), lo cual puede ser una de las razones por la que los resultados son diferentes entre estas dos escalas. Puesto que en **A** el grupo más cercano a la media esperada es el 1 (solteros con 11.94 de media), que no es significativo en lo absoluto, pero si es el grupo más

ansioso, en comparación con el grupo de los separados (8.50) con la media menor en comparación a los otros grupos. La significancia que esta escala tiene es similar a la anterior (.473).

Hablando del **tipo de delito** que estos sujetos cometieron, se había mencionado con anterioridad que se agruparon los delitos en cinco diferentes grupos (véase gráfica 5.4) y los resultados que obtuvieron para **D** en los diferentes grupos son menores a los esperados, con una significancia de .248 y con una media de 25.51.

No obstante si se revisan los datos de manera separada cada uno de los delitos, se podrá observar que el grupo 5 correspondiente a los sujetos que cometieron el delito de violación, la media se encuentra por arriba de la esperada con 27.50 (que indica que este grupo por separado es significativo véase anexo 6), sin embargo al momento de conjuntarla con los otros cuatro grupos se obtiene una media menor a la requerida para que los resultados fueran significativos.

Lo anterior indica que los sujetos sentenciados por el delito de violación muestran una depresión mayor (depresión somática) que otros sujetos sentenciados por otro tipo de delitos.

De manera opuesta en el grupo 1 que corresponde al delito de robo (véase gráfica 5.4) son los sujetos “menos deprimidos” con una media de 20.98, la cual se aleja notoriamente de la media esperada, así también el grupo 4 (sentenciados por fraude, véase anexo 2) son el segundo grupo con una media más baja de la esperada (21.67).

Para la sub-escala de **DEP** (que corresponde a síntomas emocionales), en relación al **tipo delito** que cometieron estos sujetos, se obtuvo una significancia de .683.

DEP y **D** coinciden en que el grupo 4 (fraude) es uno de los grupos con una media menor y el grupo 5 (violación) con una de las media mayores, no obstante para **DEP** las medias obtenidas se alejan más de las medias esperadas, que las obtenidas en **D**.

En cuanto al **tipo de delito** cometido en relación con **ANS** y **A** (con una significancia de .701 y .481 respectivamente) ambas coinciden en que el grupo “más” ansioso es el 1 (delito por robo), tomando en cuenta y teniendo como antecedente que ninguna de las dos sub-escalas llega a obtener la media esperada, pues ambas se encuentran por debajo de lo requerido para ser significativas.

Ambas sub-escalas también coinciden en los grupos con media menor, que corresponden a los grupos 2 y 4 (secuestro y fraude respectivamente), esto indica que son los sujetos con una “menor” ansiedad ya sea somática o emocional.

Observando la variable de **tiempo de reclusión a la fecha**, en relación, a las escalas de **D** y **DEP** del inventario utilizado, se obtuvo la siguiente información:

Para **D** se tiene una significancia de .335 y para **DEP** .446, esto indica que el tiempo de reclusión no influye en las emociones y sentimientos del sujeto como para desarrollar una depresión que

podiera llamarse significativa, sin embargo existen grupos que presentan índices más altos en algún tipo de síntoma.

Ejemplo de lo anterior es el grupo 6 (3 años y medio) en **D** con una media de 24.80, que es la media más cercana a la media esperada de 27 puntos, y de manera opuesta el grupo más alejado de la media el 1 (1 año), con una media bastante alejada de la esperada 19.44.

Para **DEP**, los resultados son opuestos a **D**, el grupo 1 (1 años) en esta variable el que posee una media mayor (9.78), y el grupo 6 (3 años ½) obtuvo una media de 6.40, que es la más baja para la variable de tiempo de reclusión a la fecha relacionada con **DEP**.

Se podría pensar que los resultados de estas variables (que aunque ambas miden depresión, hay que tomar en cuenta que miden síntomas diferentes) cambian según el tiempo que el sentenciado tenga recluido, para entender mejor los resultados resulta conveniente revisar el anexo 7 y la gráfica 5.5.

Sin embargo para las variables de **ANS** y **A**, los resultados son muy similares pues el grupo más cercano a la media es el 1 (1 año) y el más alejado es el grupo 3 (2 años). La significancia para la primera es de .450 y para la segunda es .382.

ANS en el grupo 1 (1 años) con una media de 8.89 y el grupo 3 (2 años) con 6.00 y una media esperada de 13, que indica que aun el grupo más alto se encuentra muy por debajo de lo esperado

(estadísticamente hablando), pero que si existen diferencias entre los grupos y esta variable.

Lo mismo se puede determinar para **A**, en donde el grupo 3 (más bajo o menos ansioso), tienen una media de 7.00 y el grupo 1 (más alto, o más ansioso) tiene una media de 12.89, y se esperaba obtener una media de 20 para que los resultados fueran estadísticamente significativos.

Por último, se revisan los datos obtenidos respecto a los **años de sentencia** que les fueron asignados a cada uno de los sujetos por su delito cometido y la variable de **D** (con una significancia de .502).

Para esta variable se obtiene una significancia de .502, lo que indica que los resultados no son estadísticamente significativos, no obstante como ocurrió en otras variables, los resultados varían entre grupos, en el caso de esta variable el grupo 10 (con años de sentencia que van desde 37 a 50 años), son los sujetos que presentan una mayor depresión somática, con una media de 26.00, que es menor a la esperada solo por un punto.

El grupo “menos deprimido” es el 1 (de 1 a 4 años de sentencia), con una media de 19.50, con una significancia de .861.

Para **DEP** el panorama es diferente, pues el grupo “más deprimido” es el 2 (de 5 a 8 años), con una media de 8.40 y el grupo “menos deprimido es el 6 (de 21 a 24 años de sentencia), con una media de que es la mitad exacta de la esperada.

Al igual que en el tiempo de reclusión, los años de sentencia podrían ser “tan” diferentes debido al tipo de síntomas que cada una de las sub-escalas mide.

En cuanto a las escalas que miden la ansiedad: se encuentra una coincidencia en **ANS** y **A** en los grupos “menos ansioso” que son el 5 en primer lugar (17 a 20 años de sentencia) y el grupo 6 (de 21 a 24 años), para **ANS** el grupo 5 y 6 ambos obtuvieron 6.00 como media y para **A**, el grupo 5 tuvo 5.50 y para el 6 una media de 7.33, con una significancia para **ANS** de .736 y para **A** de .703.

La diferencia en estas sub-escalas radica en el grupo con medias más altas; para **ANS**, la media más alta que representa a los “más ansiosos”, es de 10.33, que no logra ser estadísticamente significativo pero que demuestra que los reclusos con sentencias más amplias pueden llegar a sentirse más ansiosos y presentar síntomas relacionados con problemas somáticos.

En cuanto a los síntomas relacionados con problemas psicológicos en la escala de **A**, el grupo “más deprimido” es el 4 (de 13 a 16 años de sentencia), con una media de 13.00, cuando se esperaba una media de 20, lo cual la coloca siete puntos por debajo de lo esperado.

Para cualquier duda en cuanto a los rangos utilizados y resultados obtenidos es conveniente revisar los anexos.

CONCLUSIONES

Para finalizar con este trabajo de investigación corresponde hacer mención de las conclusiones a las que se llegó después de todo el proceso que se realizó a lo largo de esta investigación.

Como primer punto y para responder a la pregunta de investigación se concluye lo siguiente:

- La Depresión y la Ansiedad en primodelincuentes sentenciados del Centro de Readaptación Varonil Barrientos NO son *estadísticamente significativas*, sin embargo, como se puede apreciar en los resultados que se proporcionaron en el capítulo 5°, los sujetos a los que se les aplicó el MMPI-2, presentan índices de ansiedad y depresión, no obstante, éstos no llegan a los niveles mínimos para poder declararlos como estadísticamente significativos o bien no superan la T 65 que marca el mismo instrumento.

Los resultados no concuerdan con lo dicho por Hilda Marchiori (2001) y por Blackburn (1993 citado por Silva Rodríguez, 2003a, p.298), al mencionar que los sujetos que ingresan a una institución penitenciaria pueden sufrir altos índices de Depresión y Ansiedad.

Cabe señalar que los dos autores anteriores mencionan que “al ingreso a una institución penitenciaria” los sujetos pueden

presentar altos índices de depresión y ansiedad, sin embargo, no refieren el tiempo de sentencia que se le asigna al sujeto, ni el tiempo que tiene recluido como para presentar dichos síntomas, esto es algo que se debe tomar en cuenta para determinar hasta qué momento los sujetos dejan de sentir tales síntomas y comienzan la adaptación a su medio.

Como conclusión del punto, ningún autor citado hace referencia a los niveles de depresión y ansiedad que se puedan encontrar en los delincuentes, este punto es fundamental puesto que hay una “línea” que divide los síntomas de tristeza y angustia y un trastorno depresivo o ansioso.

Sin embargo como se observó en el capítulo 5° existen diferencias entre los índices de depresión y ansiedad y los grupos de variables intervinientes, que aunque pequeñas estas diferencias, podría ser un campo nuevo de investigación.

- Por otro lado, las hipótesis alternas son rechazadas y se aceptan las hipótesis nulas, que declaran que no existen índices significativos de depresión ni de ansiedad en primodelincuentes del Centro de Readaptación Varonil Barrientos.

Esto reafirma el primer punto, puesto que los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos.

Una vez concluidas las partes fundamentales de este trabajo de investigación, se adjuntan conclusiones que por sí mismas no

representan la base fundamental del trabajo, no obstante son un aporte importante al conocimiento de la materia.

- No se encontraron diferencias importantes entre la edad de los sujetos y los índices de depresión y ansiedad que presentaban entre grupos. Posiblemente se podrían encontrar resultados un tanto diferentes con una muestra mucho mayor y con rangos de edad mucho más pequeños puesto que para esta investigación (por necesidades estadísticas las edades fueron agrupadas de esa manera) los rangos se encontraban constituidos por 10 años de diferencia aproximadamente.
- Los sujetos con una escolaridad menor se muestran como los “menos” ansiosos, lo que podría indicar, que entre menor sea la escolaridad las personas puedan llegar a sentirse más ansiosas que otras con escolaridades superiores.
- Es importante destacar que el sujeto que tiene una relación de pareja (independientemente del estado civil en el que su relación se encuentre), presenta índices menores de depresión y de ansiedad, lo cual es importante para la rehabilitación del sujeto, pues su estado emocional puede presentarse más adaptado, tener sentimientos de esperanza, motivaciones, anhelos y visiones futuras para con su pareja, lo cual ayuda en el proceso de adaptación al medio hostil al cual se enfrenta.

Como hace mención Exner (1946, citado por Reyes Echandía, 2003, p.105), “El matrimonio es la comunidad más íntima entre

dos seres humanos”, y este concepto no solo se limita al matrimonio, sino que se amplía a relaciones de pareja, ejemplo de esto, son las personas que viven el unión libre.

Éste sería un excelente tema para estudios posteriores, y como aporte al tipo de tratamiento a seguir de estos individuos (con pareja) dentro de su readaptación y estancia como recluso.

- Los resultados muestran que el tipo de delito que el sujeto cometió no es factor como tal para determinar si tal o cual individuo presenta índices significativos de depresión y de ansiedad, *pero*, si se toma en cuenta que existen diferencias en la forma de crianza, tipos de familia y ésta como apoyo en la readaptación, podría explicarse por que los sujetos que cometieron delitos de secuestro y fraude tienen índices menores de ansiedad y los sujetos que cometieron el delito de robo son los “más ansiosos”.

Los sujetos de ambos delitos (fraude y secuestro), tienen como característica una inteligencia notable, además de poseer seguridad en los actos que realizan. Posiblemente ésta sea una explicación del por qué estos individuos tengan un bajo índice de ansiedad, tienden a racionalizar sus actos, además de no involucrarse emocionalmente con la víctima (García López, 2008).

Por otro lado, los delincuentes sentenciados por robo, se caracterizan por haber tenido una infancia desfavorable, con condiciones peculiares y se caracterizan por inestabilidad emocional constante, problemas escolares y bien parecerían

“predestinados” a delinquir desde la infancia. La inestabilidad emocional de estos individuos podría explicar por qué estos sujetos pueden presentar los niveles más altos de ansiedad en comparación con los otros delitos analizados (Marchiori, 2001).

- Se puede concluir que a pesar de que los índices de ansiedad no son estadísticamente significativos, la ansiedad se encuentra presente mayormente en los internos con un menor tiempo dentro del centro de readaptación.

Esto es un punto a tomar en cuenta, puesto que es determinante para la readaptación de los sujetos, es importante tratar estos sentimientos de ansiedad en los internos en el momento en que ingresan al centro.

Si realmente se quisiera readaptar a los individuos que se encuentran reclusos, (se supone ésta es la función de los Centros de Readaptación), es necesario tomar en cuenta su estado emocional, lo que incluye sus sentimientos de ansiedad y depresión, primero para evitar el suicidio y segundo como una línea a tomar en cuenta en el tratamiento y tercero como método para evitar la reincidencia.

Por último, esta investigación sugiere líneas de investigación a seguir, que pueden dar un aporte más amplio al respecto del delincuente, la depresión y la ansiedad.

- Sería conveniente realizar un estudio para poder comparar las diferencias que existen de depresión y ansiedad entre sujetos que son procesados, primodelincuentes y reincidentes y aunado a esto qué tanto influyen los años de sentencia que les fueron asignados, así como qué tanto influye el tiempo que llevan recluidos y si los niveles de depresión y ansiedad se ven modificados.
- Es importante preguntarse qué sucedería si este mismo instrumento fuera aplicado a mujeres sentenciadas, tomando en cuenta que los índices de depresión y ansiedad en mujeres de una población “normal” son más altos que en los hombres (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003).
- Tomando en cuenta la crianza y el tipo de familia que se tenga, cultura y costumbres, así como la predisposición genética, factores biológicos, antropológicos, endocrinológicos, la propia personalidad, entre otros varios factores, estos resultados podrían variar de país en país, puesto que si no es determinante el tipo de familia, estilo de crianza, cultura y costumbres, para que una persona delinca, si es importante reconocer qué tanto influyen estos factores en un individuo para cometer el delito (cualquiera que este sea). Si se toma en cuenta que en cada país varían estos “estilos” de crianza como de cultura y costumbres.

Ejemplo de ello, se sabe que en Latinoamérica, el estilo de crianza aun es representado por dos figuras paternas y muchas veces familia compuesta tradicionalmente por abuelos, tíos, entre otros, y que en familias europeas estos esquemas o estilos han cambiado,

lo cual posiblemente influye en el estado emocional del delincuente.

- En el tercer capítulo se hace mención del delito de secuestro, del cual no existen gran cantidad de estudios, sobre la personalidad, familia, entre otros aspectos, sería importante seguir esta línea de investigación ya que en México este delito presenta un alto índice y en estos momentos ya existen diferentes modalidades de éste.

Finalmente, esta investigación aporta más que solo los resultados plasmados. Posiblemente se le pueda considerar como punta de lanza para futuras investigaciones en los ya mencionados campos. Los resultados no son estadísticamente significativos, sin embargo, no implica que no sean relevantes y mucho menos que no aporten información a dicha investigación, ni a investigaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

Arias Galicia, F. (2001). *Introducción a la Metodología de la Investigación en ciencias de la Administración y del Comportamiento*. (6^a.ed.). México: Trillas.

Brailowsky, S. (2002). *La sustancia de los sueños. Neuropsicofarmacología*. (3^a ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

Barrita López, F. A. (2003), *Manual de Criminología, y otras ciencias afines*. (3^a. ed.). México: Porrúa.

Caso Muñoz, A. (1989). *Fundamentos de Psiquiatría*. México: Limusa.

Cameron, N, A. (1990). *Desarrollo y psicopatología de la personalidad: un enfoque dinámico*. (2^a. ed.). México: Trillas.

Coon, D. (1999). *Psicología, Exploración y aplicación*. (8^a.ed.). México: Thomson Editores.

Davison, G., Neale, J. (1980). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa.

Davison, G., Neale, J. (2000). *Psicología de la conducta anormal*. (2^a. ed.). México: Limusa.

Díaz, L. A., Campo, A., Rueda, G.E., Barros, J.A. (2005). Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. [Versión electrónica]. *Revista Colombia Médica*, 3, Vol.36, 168-172.

Díaz Portillo, I. (1998). *Técnicas de entrevista psicodinámica*. México: Pax México.

Dicaprio, N. S. (2004). *Teorías de la personalidad*. (J. A., Velásquez y A.M., Palencia, Trads.). (2a. ed.). México: Mc Graw-Hill.

Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas. (1985), (Vol. I). México: Mc Graw-Hill.

Diccionario de Medicina Océano Mosby. (2002). (4^a. ed.). España: Océano.

Diccionario de Pedagogía y Psicología. (2004). España: Cultural.

Diccionarios del Saber Moderno. (1986). *La psicología del niño de la A a la Z*. Madrid: MENSAJERO.

Dorsch, F. (2002). *Diccionario de Psicología*. (8^a. ed.). Barcelona, España: Herder.

DSM-IV-TR. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (T., De Flores, J., Masana, E., Masana, J., Toro, J., Treserra, C., Udina, Trads.). Barcelona, España: MASSON.

- Enciclopedia Médica de Selecciones del Reader's Digest. (1971). *El Gran Libro de la Salud*. México: Reader's Digest.
- García Andrade, I. (2002). *Sistema Penitenciario Mexicano. Retos y Perspectivas*. (2^a. ed.). México: SISTA
- Garofalo, R. (1998). *Criminología. Estudio sobre el delito y sobre la teoría de la represión*. (P., Dorado Montero, Trad.). México: Ángel Editor.
- González Vidaurri, A., Sánchez Sandoval, A. (2005), *Criminología*. México: Porrúa.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, Pilar. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Harrison. *Principios de medicina interna*. (2002), (Vol. II). (15^a. ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Honorable Congreso de la Unión. (2009). *Ley Penal del Estado de México*. México: ISEF
- Kaplan, H., y Sadock, B. (1992). *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat.
- Lucio Gómez-Maqueo, E. y León Guzmán, M. I. (2003). *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*. México: Manual Moderno.
- Macionis, J., Plummer, K. (1999). *Sociología*. España: Prentice Hall.

- Marchiori, H. (1982). *El estudio del delincuente. Tratamiento penitenciario*. México: Porrúa.
- Marchiori, H. (2001). *El estudio del delincuente. Tratamiento penitenciario*. (3^a. ed.). México: Porrúa.
- Marchiori, H. (2000). *Psicología Criminal*. (7^a. ed.). México: Porrúa.
- Pasantes, H. (2003). *De neuronas emociones y motivaciones*. (2^a ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Phares, J. (1999). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica*. (2^a. ed.). México: Manual Moderno.
- Reyes Echandía, A. (2003). *Criminología*. (8^a.ed.). Bogota Colombia: Temis.
- Rios, L. (2003). Se disparan las enfermedades mentales. *Vértigo*, 140, 12-16.
- Rodríguez Manzanera, L. (1993). *Criminología*. (8^a. ed.). México: Porrúa.
- Rosenzweig, M. R., Leiman, A. I. (1992). *Psicología Fisiológica*. (M., Pérez y M. Escobar, Trds.). (2a. ed.). España: Mc Graw-Hill.
- Sánchez Pérez, J. A., López Cárdenas, A. (2005). Escalas Diagnósticas y de Evaluación que son Utilizadas en Atención Primaria para Depresión y Ansiedad. [Versión electrónica]. *Salud Mental: Atención primaria*, 3, 2-9.

- Sarason, I. G., Sarason, B. G. (1990). *Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada*. (3^a. ed.). México: Trillas.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. (1996). *Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada*. (7^a. ed.). México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Schultz, D., Schultz, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. (7^a. ed.). México: Thomson.
- Segal, H. (1987). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.
- Silva Rodríguez, A. (2003a). *Conducta antisocial: un enfoque psicológico*. México: Pax México.
- Silva Rodríguez, A. (2003b). *Criminología y conducta antisocial*. México: Pax México.
- Solís, Quiroga, H. (1977). *Sociología criminal*. México: Porúa.
- Soria Verde, M. A. et. al. (2006). *Psicología Criminal*. Madrid, España: Pearson Educación.
- Spielberger, C. D. (1975). *IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.

Fuentes Electrónicas:

Ansiedad. (2007). Recuperado el 24 de marzo de 2007, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad>

Antonini, C. (s.f.). *Que es la depresión*. Recuperado 10 de abril de 2007, de <http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php>

Asociación Española. Centros de Reconocimiento de Conductores. (s.f.). *Inventario de Depresión de Beck. Beck Depression Inventory (BDI)*. Recuperado 19 de abril de 2008, de <http://centros-psicotecnicos.es/ansiedad-depresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm>

Cano Romera, E. (1998). *Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg*. Recuperado 13 de septiembre de 2008, de <http://www.geocities.com/CapeCanaveral/Lab/4685/ansiedad.htm>

Depresión. (2007). Recuperado 14 de marzo de 2007, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n>

Díaz del Castillo, A. M. (2001). *Aspectos criminológicos del delito del secuestro*. Recuperado 12 de enero de 2009, de <http://www.elsecuestro.freeservers.com/aspectos%20criminológicos2.htm>

García López, L. (2008, 17 de septiembre). Psicóloga mexicana asegura que los secuestradores son psicópatas incurables. *La Tercera*. Recuperado 13 de enero de 2009, de http://tercera.cl/contenido/27_52002_9.shtml

Ministerio de Salud de Chile. (2006). *Depresión de Personas de 15 años y Más*. Recuperado 10 de abril de 2007, de http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas_ges2006/GUIA_CLINICA_GES_DEPRESION_OK_8_febrero_cls1.pdf

Purriños, M. J. (s.f). *Escala de Hamilton -Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*. Recuperado 13 de septiembre de 2008, de <http://www.meiga.info/Escalas/Depresion-Escala-Hamilton.pdf>

Saavedra Suárez G. (s.f). *Escala de Hamilton para Evaluación de la Ansiedad (HRSA)*. Recuperado 13 septiembre de 2008, de http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala_ansiedad0.htm

Schwartz, M. V. (2000). Las depresiones neuróticas. Recuperado 27 de abril de 2007, de http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?id_article=00253

Virues Elizondo, R. A. (2005). *Estudio sobre ansiedad*. Recuperado 13 de febrero de 2009, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de datos adicionales

Delito por el que fue Sentenciado: _____

Años de su Sentencia: _____

Fecha de Ingreso: _____

Tiempo de reclusión hasta la fecha: _____

ANEXO 2

Rangos utilizados para la variable independiente, así como las intervinientes

RANGOS/ VARIABLE	Rango 1	Rango 2	Rango 3	Rango 4	Rango 5	R 6
Edad	18 a 27 años	28 a 37 Años	38 a 47 años	48 a 60 años		
Estado Civil	Soltero	Casado	Union Libre	Divorciado	Separado	Viudo
Escolaridad	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Profesional	Posgrado	
Tipo de Delito	Robo	Secuestro	Homicidio	Fraude	Violación	

RANGOS/ VARIABLE	Tiempo de Reclusión a la fecha	Años de Sentencia asignados
Rango 1	6 meses a 1 año	De 1 a 4 años
Rango 2	De 1 año a 1 año ½	De 5 a 8 años
Rango 3	De 1 año ½ a 2 años	De 9 a 12 años
Rango 4	De 2 años a 2 años 1/2	De 13 a 16 años
Rango 5	De 2 años ½ a 3 años	De 17 a 20 años
Rango 6	De 3 años a 3 ½ años	De 21 a 24 años
Rango 7		De 25 a 28 años
Rango 8		De 29 a 32 años
Rango 9		De 33 a 36 años
Rango 10		De 37 a 50 años

ANEXO 3

Variable interviniente de EDAD

Escala Básica D		
Edad	N	Media
1	26	21.08
3	3	21.33
4	3	21.67
2	21	22.05

Escala de Contenido DEP		
Edad	N	Media
4	3	5.33
3	3	6.33
2	21	7.43
1	26	8.38

Escala de Contenido ANS		
Edad	N	Media
3	3	4.33
1	26	7.23
2	21	7.52
4	3	9.67

Escala Suplementaria A		
Edad	N	Media
3	3	8.67
2	21	9.86
4	3	10.33
1	26	10.35

* Nota:

N – esta columna hace referencia al número de sujetos estudiados en cada grupo.

Media – esta columna menciona la media obtenida para cada uno de los grupos en la variable estudiada.

Edad – la columna de encuentra por dada por rangos (véase anexo 2)

ANEXO 4

Variable interviniente de ESCOLARIDAD

Escala Básica D		
Escolaridad	N	Media
2	20	20.20
5	2	21.0
1	14	22.21
4	7	22.43
3	10	22.60

Escala de Contenido DEP		
Escolaridad	N	Media
3	10	5.00
5	2	5.71
4	7	5.71
2	20	8.80
1	14	9.29

Escala de Contenido ANS		
Escolaridad	N	Media
4	7	5.29
5	2	5.50
3	10	5.60
2	20	7.70
1	14	9.29

Escala Suplementaria A		
Escolaridad	N	Media
4	7	6.43
5	10	7.00
3	2	9.50
2	20	11.25
1	14	12.43

* Nota:

N – esta columna hace referencia al número de sujetos estudiados en cada grupo.

Media – esta columna menciona la media obtenida para cada uno de los grupos en la variable estudiada.

Escolaridad – la columna se encuentra dada por rangos (véase anexo 2)

ANEXO 5

Variable interviniente de ESTADO CIVIL

Escala Básica D		
Edo. Civil	N	Media
2	13	21.00
3	20	21.30
1	17	21.50
4	4	24.25

Escala de Contenido DEP		
Edo. Civil	N	Media
3	20	7.35
2	13	7.54
1	16	8.06
4	4	8.75

Escala de Contenido ANS		
Edo. Civil	N	Media
3	20	6.60
2	13	7.31
1	16	7.69
5	4	9.50

Escala Suplementaria A		
Edo. Civil	N	Media
4	4	8.50
3	20	8.95
2	13	9.92
1	16	11.94

* Nota:

N – esta columna hace referencia al número de sujetos estudiados en cada grupo.

Media – esta columna menciona la media obtenida para cada uno de los grupos en la variable estudiada.

Estado Civil – esta columna se encuentra dada por rangos (véase anexo 2)

ANEXO 6

Variable interviniente de DELITO COMETIDO

Escala Básica D		
Delito	N	Media
1	40	20.98
4	3	21.67
3	5	22.00
2	3	23.67
5	2	27.50

Escala de Contenido DEP		
Delito	N	Media
4	3	5.33
2	3	5.67
3	5	7.20
5	2	8.00
1	40	8.10

Escala de Contenido ANS		
Delito	N	Media
2	3	5.67
4	3	5.67
5	2	6.00
3	5	7.20
1	40	7.65

Escala Suplementaria A		
Delito	N	Media
2	3	6.00
4	3	7.33
3	5	8.00
5	2	8.50
1	40	10.90

* Nota:

N – esta columna hace referencia al número de sujetos estudiados en cada grupo.

Media – esta columna menciona la media obtenida para cada uno de los grupos en la variable estudiada.

Delito cometido – esta columna se encuentra dada por rangos (véase anexo 2)

ANEXO 7

Variable independiente de TIEMPO DE RECLUSIÓN A LA FECHA

Escala Básica D		
Tiempo. Reclu	N	Media
1	9	19.44
2	11	20.91
3	12	21.33
5	7	22.00
4	9	22.33
6	5	24.80

Escala Suplementaria A		
Tiempo. Reclu	N	Media
3	12	7.00
4	9	10.11
6	5	10.40
2	11	10.45
5	7	10.71
1	9	12.89

Escala de Contenido ANS		
Tiempo. Reclu	N	Media
3	12	6.00
5	7	6.29
4	9	7.00
2	11	7.82
6	5	8.60
1	9	8.89

Esacala de Contenido DEP		
Tiempo Reclu	N	Media
6	5	6.40
3	12	6.58
5	7	6.71
2	11	7.82
4	9	8.56
1	9	9.78

* Nota:

N – esta columna hace referencia al número de sujetos estudiados en cada grupo.

Media – esta columna menciona la media obtenida para cada uno de los grupos en la variable estudiada.

Tiempo de reclusión a la fecha – esta columna se encuentra dada por rangos (véase anexo 2)

ANEXO 8

Variable interviniente de AÑOS DE SENTENCIA ASIGNADOS

Escala Básica D		
Años de S.	N	Media
1	4	19.50
2	30	21.03
4	3	21.33
6	3	21.33
3	8	22.13
5	2	24.00
10	3	26.00

Escala de Contenido DEP		
Años de S.	N	Media
6	3	6.00
10	3	6.00
3	8	6.63
1	4	7.25
4	3	7.67
5	2	8.00
2	30	8.40

Escala de Contenido ANS		
Años de S.	N	Media
5	2	6.00
6	3	6.00
3	8	6.38
2	30	7.30
1	4	8.00
4	3	8.33
10	3	10.33

Escala Suplementaria A		
Años de S.	N	Media
5	2	5.50
6	3	7.33
3	8	8.50
10	3	8.67
2	30	10.67
1	4	11.75
4	3	13.00

* Nota:

N – esta columna hace referencia al número de sujetos estudiados en cada grupo.

Media – esta columna menciona la media obtenida para cada uno de los grupos en la variable estudiada.

Años de sentencia – esta columna se encuentra dada por rangos (véase anexo 2)