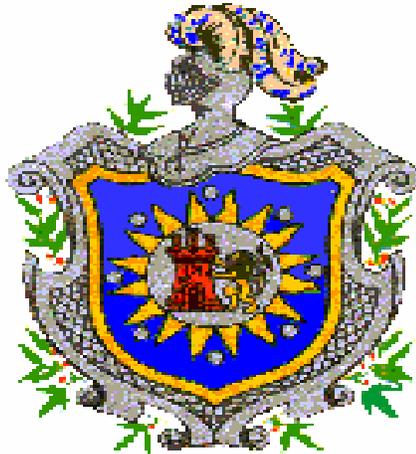


Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
UNAN – León.

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.



Tema: Importancia de las Pruebas Psicológicas en las sentencias judiciales

Autores:

- ❖ Br. Altamirano Fuentes Lucia Valeria
- ❖ Br. Aguado Méndez Nidia Jemalú

Tutor: Msc. Braulio Espinoza Mondragón

Agosto de 2006

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPITULO I. IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS EN LAS RESOLUCIONES JUDICIALES.

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINAS</u>
1- Importancia de las pruebas Psicológicas.....	3
2- Conducta	4
2.1- Conducta Humana	4
2.1.1- Causas Biológicas	5
2.1.2- Causas Sociológicas	11
2.1.3- Causas Psicológicas	15
2.2- Conducta Adaptativa	19
2.3- Conducta Desadaptativa	20
2.4- Conducta Anormal	24
3- Trastorno de la Conducta	24
3.1- Etiología de los Trastornos de Conducta	25
3.2- Tratamiento de los Trastornos de la Conducta	25
4- Psicología	26
4.1- Psicología Anormal	27
4.2- Psicología Criminal	27
4.3- Psicología Criminológica	28
4.4- Psicología Judicial	29
4.5- Psicología de los Jurídicos	29
4.6- Psicología Forense	30

CAPITULO II. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS EN LOS JUICIOS.

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINAS</u>
1- Evaluación Psicológica	32
2- Funciones del Psicólogo Forense	38
3- Intervención Psicológica	40
4- Historia de las clasificaciones de los Trastornos Mentales	42
5- Sistema de clasificaciones de Enfermedades Psicológicas	42
5.1- DSM-I	43
5.2- DSM-III	43
5.3- ICD-9	44
5.4- DSM-IV	44
5.4.1- Características del DSM-IV	46
5.4.2- Clases de Diagnosticos del DSM-IV	46
6- Trastorno de Personalidad	50
7- Enfermedades Mentales	54
7.1- Psicosis	55
7.2- Esquizofrenia	59
7.3- Neurosis	63
7.4- Epilepsia	65
7.4.1- Características de la Epilepsia	68
7.4.2- Estado Mental en el momento del hecho	70
7.4.3- Psicógenesis Delictiva	70
7.4.4- Estado Peligroso o Peligrosidad	70
7.4.5- Trastorno Mental Transitorio	71
7.4.6- Retardo Mental	71
8- Simulación de Enfermedad Mental	72
8.1- Tipos de Simulación	72
9- PCL-R	74
9.1- Codificación del PCL-R	75

10- SARA	77
10.1- Características del SARA	77
10.2- Codificación del SARA	78
10.3- Aplicación del SARA	88
10.4- Credibilidad del SARA	89
11- Credibilidad de las declaraciones de Víctimas y Victimarios	90
11.1- Exploración sistematizada del individuo	90
11.2- Estructura	94
12- Criterio de credibilidad de los testigos	95
13- Validez y Confiabilidad de los Instrumentos para las pruebas y valoraciones Psicológica. 98	
13.1- Análisis de contenido basado en criterios	101
14- Indicadores Conductuales de la Mentira	102
14.1- Análisis del Estrés de la voz	104
14.2- Entrevistas asistidas con Drogas	104

CAPITULO III: APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINAS</u>
1- Caso Práctico	106
1.1-Informe Psicológico (Imputado).....	106
1.2 Informe Psicológico (Imputado).....	112
2- Interpretación del caso.....	115
3- Evaluación SARA	117
CONCLUSIÓN	119
RECOMENDACIONES	121
BIBLIOGRAFÍA	123
ANEXOS	127

INTRODUCCIÓN

Las pruebas psicológicas han sido un tema preponderante en la actualidad, por lo cual hemos decidido abordarlo, ya que estas pruebas o valoraciones pueden ayudar a esclarecer un trastorno conductual, sea éste enfermedad mental o cualquier otro tipo de trastorno, en un ambiente en el que tanto a juristas como agentes policiales se les pueda facilitar comprender los complejos problemas mentales, tanto en el caso de violencia sexual, violencia doméstica, como en cualquier otro caso, en el cual las pruebas psicológicas sirvan de apoyo para poder aplicar apropiadamente una determinada pena, que por sus implicaciones para la víctima y las muchas dificultades para el mundo de sociedades complejas en que vivimos, se hace necesario la aplicación de éstas, así como también de los criterios de credibilidad de los testigos.

A como citamos anteriormente, éste tema es de gran importancia, ya que en nuestro sistema, aún no se utilizan las valoraciones de las pruebas o evaluaciones psicológicas elaboradas por psicólogos forenses o psiquiatras forenses (solamente son tomadas en cuenta las realizadas por los psicólogos y médicos forenses, ya que la psicología forense es un área muy reciente de la psicología) aun que los psicólogos siempre han ocupado un espacio preponderante en los sistemas judiciales, asesorando con sus valoraciones en los distintos casos a la sentencia que emite el juez, tendrá una repercusión para el resto de la vida ya sea de la víctima o del victimario, puesto que en muchas ocasiones el juez solamente actúa apegado a un sin número de artículos.

La capacidad de la víctima y del victimario solamente puede ser determinada a través de exámenes o valoraciones psicológicas, que son instrumentos psicológicos entre los cuales podemos citar el DSM-IV y el SARA.

Planteamos el tema de la psicología desde un punto distinto, y de ahí abrir el camino hacia una psicología diferente, en donde los juristas basaran sus alegatos no solo en lo legal, sino también en lo psicológico, enfocándose en la conducta (con los distintos trastornos de conducta y personalidad)

Por todo lo antes expuesto, basamos nuestra investigación en los distintos temas más importantes acerca de la Psicología, los cuales los abordaremos en los siguientes capítulos: En el capítulo primero, se expone y analiza la conducta en sí, los tipos de éstas; los trastornos y tratamiento que se derivan de ésta; brevemente enfocamos el concepto de Psicología y sus tipos. En el capítulo segundo, se examinan las distintas teorías, evaluaciones, funciones, métodos y procedimientos para una adecuada aplicación en los juicios; de igual manera también se examina la credibilidad, validez y confiabilidad, tanto de víctimas y victimarios como de los instrumentos para las pruebas y valoraciones psicológicas. Y en el capítulo tercero, se analiza un caso práctico, en el cual es utilizado uno de los instrumentos psicológicos como es la SARA.

La investigación realizada sobre el tema de la psicología es de tipo analítico-descriptivo, porque partimos del análisis de la importancia de la importancia de las pruebas psicológicas en las sentencias judiciales.

Deseamos patentizar nuestro agradecimiento a: Nuestro Tutor Msc. Braulio Espinoza Mondragón por su ardua labor de enseñanza, a nuestras familias, a todos nuestros amigos (as); a nuestros esposos por su inestimable ayuda a lo largo de la preparación de nuestra tesis monográfica. No podríamos dejar de agradecer a DIOS, ya que él nos da la sabiduría y las ganas inmensas de superarnos y salir adelante en nuestras vidas, ahora como profesionales en el grandísimo mundo del Derecho.

CAPITULO I

IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS PARA LAS RESOLUCIONES JUDICIALES.

1-IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

La evaluación psicológica juega un papel fundamental en el proceso de toma de decisiones legales que cotidianamente se ve en los distintos ámbitos de la administración de justicia.

En este medio cualquier psicólogo puede ser requerido para actuar como perito, lo cierto es que no existe una tradición de trabajo pericial psicológica y muchas veces, éste queda supeditado al trabajo que realiza el psiquiatra forense, sub- utilizándose este valioso recurso. Por esto el trabajo del psicólogo y del psiquiatra forense en el campo del Derecho Penal se halla condicionado con variables propias de la antigüedad del instrumento legal.

Cada día la Psicología tiene una gran influencia en el tema de la ley. La tarea de las ciencias psicológicas en el campo forense, es encontrar causas y explicaciones determinantes, acerca de las conductas relacionadas con la actitud de los delincuentes. Por lo general, la detención de un criminal se ha producido mediante el uso de técnicas de análisis de la personalidad.

El tema de la Psicología Forense es verdaderamente interesante.

La Psicología Forense tiene como objetivo dotar al proceso judicial de técnicas e instrumentos psicológicos que permitan una valoración más objetiva de la conducta humana y ayude al juez a dictar sentencias más acordes con las demandas de los imputados. Para dicha

valoración se requieren del informe pericial y del informe clínico, los cuales son emitidos por un psicólogo, un médico forense o un psiquiatra.

El informe pericial elaborado por el psicólogo forense, constituye un documento escrito en el que el perito expone sus consideraciones y conclusiones sobre los hechos que han sido objetos de la pericia.

El psicólogo también, puede intervenir emitiendo un informe clínico. Se trata por lo general, de casos que han sido atendidos por él, con ocasión de su ejercicio profesional clínico y que recibe la solicitud de un informe que verifique el tratamiento dispensado y las causas que lo originaron.

El psicólogo para poder realizar estos informes debe valorar al individuo empezando por analizar su comportamiento, para ello evalúa su conducta.

2- CONDUCTA:

Modo de comportarse o proceder de una persona, manera de regir su vida y acciones, comportamiento del individuo en relación con su medio social, la moral imperante, el ordenamiento jurídico de un país y las buenas costumbres¹.

2.1-Conducta Humana: Existen muchas causas para la conducta humana en toda su diversidad, y lo mismo aplica específicamente a la conducta criminal. El incremento de la violencia, a escala global así como en los delitos y actos criminales, recibe ya atención prioritaria. Es así como la Convención Anual de Psiquiatría, APA (American Psychiatric Association), realizada en Pensilvania en el año 2002, estudió la relación de los trastornos mentales con la violencia y la conducta agresiva. Otras profesiones, gobiernos, países y

¹ Grijalbo Mondadori, S.A. "Diccionario Enciclopédico" Pág. 478.

organizaciones, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han visto obligados a atender urgentemente el fenómeno, dado su amenazante y constante incremento. En Puerto Rico, ya desde el 1983 se había celebrado el Primer Congreso sobre la Criminalidad en el Colegio de Abogados.²

En la conducta humana se pueden identificar algunas causas de tipo biológicas, sociológicas y psicológicas.³

2.1.1- Causas Biológicas:

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

La biología no puede darnos la explicación total a la conducta criminal, pero igualmente es mandatorio que todo profesional del campo de las Ciencias Sociales se actualice en estos nuevos descubrimientos e hipótesis, por cuanto es objetivo y competente reconocer aquellas condiciones fisiológicas, neurológicas, cromosómicas y anatómicas que puedan determinar algunos de los muchos casos de conducta criminal.

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

² [Http/WWW. Social_sciencie/psychology/disciplines/health-psycology/](http://WWW.Social_sciencie/psychology/disciplines/health-psycology/)

³ 17 Links para sites con estudios clínicos: [http://WWW. medlibrary.com/medlibrary/clinical-trials/](http://WWW.medlibrary.com/medlibrary/clinical-trials/)

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

Entre los estudios realizados, en esta área de estudio, en relación entre factores orgánicos y conducta criminal, se encuentra:

◆ Trastornos bioquímicos: Serotonina (Serotina)

Se ha encontrado que dietas de alto carbohidratos y bajas proteínas afectan los niveles normales de la serotonina, neurotransmisor natural que cuando está en niveles alterados o anormales tiene efectos cerebrales asociados con tendencias suicidas, agresión y violencia, alcoholismo y conducta impulsiva. Las funciones normales de la serotonina son la regulación de la excitación, los estados de ánimo, la actividad sexual, la agresión y el control de los impulsos. Algunos estudios asocian niveles bajos de serotonina con la conducta violenta-aberrante. Se realizaron comparaciones en niños agresivos con no agresivos, ambos con diagnósticos de ADD (déficit de atención) combinado con diagnósticos de hiperactividad, se les administró la droga fenfluramina, que provoca respuestas en el sistema serotoninérgico, los resultados mostraron cambios positivos en los niños agresivos al bajarle los niveles de serotonina.

• *El Dr. Matti Virkkunen* cree haber identificado variaciones genéticas específicas que predisponen algunos individuos hacia la conducta suicida. Tomando casos de jóvenes ofensores violentos, descubrió que una variante del gene THP (tryptophan hydroxylase) cuyos códigos producen una enzima necesaria para la biosíntesis de la serotonina, estaba asociada fuertemente con los intentos suicidas irrespectivo a sí los jóvenes eran, o no, impulsivos. Un segundo estudio demostró que bajos niveles del metabolito 5-HIAA (localizado en el líquido

cerebro espinal) están asociados con pobre control de la conducta impulsiva (sobre todo en alcohólicos).

◆ Condiciones Congénitas: Síndrome fetal alcohólico

Estudios realizados por el *Dr. Ann Streissguth* encuentran que el 6.2% de los adolescentes y adultos que muestran niveles significativos de conducta mal adaptativa nacieron bajo condiciones de Síndrome Fetal Alcohólico. Esta conducta evidenciada incluye impulsividad, falta de consideración con los demás, mentir, engañar, robar, y adicción al alcohol o drogas. También mostraron dificultad de vivir independientes a los padres, pobre de juicio social y dificultades en la conducta sexual, soledad y depresión. No obstante, aunque siempre se ha pensado que el alcoholismo de la madre es lo que más afecta, también se han comenzado estudios sobre el papel del alcoholismo en el padre.

• Estudios realizados por *Theodore Cicero* encuentran que los hijos de hombres alcohólicos tienden a mostrar problemas de conducta y problemas en las destrezas intelectuales. Cicero sugiere que esto está directamente relacionado con el efecto del alcohol sobre los espermatozoides o las gónadas. Cicero dice que los hijos varones de padres alcohólicos tienden a dar pobres ejecuciones en los "tests" de aprendizaje y destrezas espaciales. También demuestran tener niveles más bajos de testosterona y beta-endorfinas. Las hijas muestran niveles hormonales alterados en hormonas relacionadas a tensión, reaccionando de forma distinta a situaciones de estrés a las féminas que no tienen el factor de padres alcohólicos.

◆ El efecto de golpes-traumas y alteraciones del lóbulo frontal

Alan Rosebaum realizó un estudio en los que descubre que los traumas cerebrales anteceden cambios de conducta, predisponiendo hacia un incremento en violencia. Muchas de estas lesiones fueron adquiridas en la infancia, tanto bajo juegos como en accidentes o producto de maltrato infantil. Su estudio fue realizado con 53 hombres que golpeaban a sus esposas, 45 hombres no-violentos y felizmente casados, y 32 hombres no-violentos, pero

infelizmente casados. 50% de los agresores habían sufrido algún tipo de lesión en la cabeza, previo a sus patrones de violencia doméstica.

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

- Estudios de *Antoine Bechara* confirman la correlación entre lesiones de la corteza en el lóbulo frontal y conductas peligrosas tales como "hacer daño solo por divertirse".

- Estudios con PET (tomografía de emisiones positrónicas; mide el insumo de glucosa al cerebro) realizados por *Adrian Raine* demuestran que niveles bajos de glucosas a la corteza pre-frontal son frecuentes en los asesinos (sus estudios son preliminares; la muestra fue de 22 asesinos confesos con 22 no-asesinos de control) Bajos niveles de glucosa están asociados con pérdida de auto-control, impulsividad, falta de tacto, incapacidad de modificar o inhibir conducta, pobre juicio social. Los autores de este estudio plantean que esta condición orgánica debe interactuar con condiciones negativas del ambiente, para que la persona cree un estilo de vida y personalidad delincuente y violento de forma más o menos permanente.

- ◆ Efectos de Medicamentos-Drogas

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

◆ Efectos Nutricionales:

Katherine y Kenneth Rowe estudiaron grupos de niños diagnosticados con hiperactividad. Los padres les daban alimentos con colorantes como parte de sus dietas regulares. El estudio consistió en una dieta con el colorante Amarillo #5 y placebos para el grupo control; el reporte de los padres y observadores, fue que se manifestó un incremento en conductas de llanto frecuente, rabietas, irritabilidad, inquietud, dificultad al conciliar el sueño, pérdida de control, y expresiones de infelicidad. Muchas de estas conductas son precisamente las que les crean problemas de ajuste escolar, limitando su aprendizaje e integración a las reglas del salón de clases.

◆ Trastornos Hormonales:

Ante el hecho obvio de que el hombre tiende a mostrarse más agresivo que las mujeres, las hormonas masculinas - la testosterona- ha sido objeto de estudio en la conducta violenta. *James Dabbs* estudió 4,462 sujetos masculinos, encontrando una alta incidencia y correlación entre delincuencia, abuso de drogas, tendencias hacia los excesos y riesgos en aquellos que tenían niveles más altos de lo normal y aceptable en la testosterona. En las cárceles encontró que aquellos convictos de crímenes más violentos fueron los que más altos niveles de testosterona reportaron. También encontró en los estudios de saliva de 692 convictos por crímenes sexuales que estos tenían el nivel más alto entre todos.

◆ Alteraciones en conducta por Hiperactividad Orgánica

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

◆ Daño Cerebral:

Estudios demuestran que daños cerebrales son la regla entre asesinos y no la excepción. *Pamela Blake* estudió 47 asesinos con ayuda de la tecnología médica y con pruebas psiconeurológicas; estos habían sido acusados de ser miembros de maras, violadores, rateros, asesinos seriales, asesinos en masa, y dos habían asesinado a sus hijos. En veinte (20) de estos casos se pudo establecer diagnósticos neurológicos claros. Cinco (5) casos demostraron efectos de síndrome fetal alcohólico, nueve (9) casos mostraron retardo mental, 1 caso tenía perlesía cerebral, uno (1) caso tenía hipotiroidismo, un (1) caso tenía psicosis leve, una (1) caso tenía microadenoma en la pituitaria con acromegalia y retardo mental fronterizo, otro (1) tenía hidrocefalia, tres (3) mostraron epilepsia, tres (3) lesiones cerebrales y dos (2) demencia inducida por alcohol, algunos mostraron combinaciones. 52% mostraron anormalidades en el lóbulo frontal y 29% parecían tener defectos en lóbulo temporal. 19% sujetos mostraron atrofia o cambios en la materia blanca del cerebro. El 83.8% de los sujetos mostraron abuso en sus infancias, y 16.2% habían sido abusados sexualmente.

◆ Intoxicaciones y Contaminación Ambiental

Es de reciente interés el estudio del efecto de diversas fuentes de toxicidad sobre la humanidad. Un estudio formal sobre el efecto del plomo, indica que produce alteraciones en la conducta hacia la violencia y la conducta antisocial. En este estudio, 212 varones de la escuela pública en Pittsburg, entre las edades de 7-11, fueron evaluados en cuanto a la concentración de plomo en sus huesos mediante pruebas de rayos X's fluorescentes. El plomo es acumulado a través de los años por diversas fuentes que incluyen la exposición a pinturas, y se observó que con el pasar de los años, según aumentaba la cantidad acumulada de plomo aumentaban los reportes de agresividad, delincuencia, quejas somáticas, depresión, ansiedad, problemas sociales, déficit de atención, entre otras. Aunque los autores creen que hay factores del ambiente social que contribuyen a estas conductas, enfatizan en la importancia de prevenir la toxicidad cerebral por plomo.

◆ Condiciones y Trastornos Mentales

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

2.1.2 - Causas Sociológicas

Así como desde la biología y la genética podemos explicar las causas de la conducta criminal como aquella que es causada por factores de herencia, anormalidades, influencias de toxicidad, anormalidades producidas por golpes, lesiones y traumas craneales, o por instintos de la especie animal, podemos analizar las causas (etiología) desde las Ciencias Sociales; desde la Sociología y la Psicología.

La criminalidad legal, es la guía de referencia al orden público social que ayuda a identificar cuáles conductas son inaceptables, por tanto se formulan en normas y leyes, donde la violación de cualquiera de las reglas conlleva penas y culpas. Todo Código, en este caso el Penal, es producto de unos acuerdos histórico-sociales. Son producto humano y constituyen la solución propuesta para buscar, perpetuar y garantizar un cierto orden social.

Desde tiempos inmemorables los filósofos llamaron a estos acuerdos el "contrato social". No obstante, en todo grupo social y en toda época histórica, hemos confrontado la realidad de individuos que han mostrado serias dificultades de ajuste, acatamiento o adaptación a las reglas; o sea, que alguna forma de violación, o crimen, siempre ha estado presente. Algunas formas de no-acatamiento no son necesariamente crímenes, sino el embrión de cambios sociales necesarios ante la insuficiencia del sistema prevaleciente en un momento dado. Por tanto, nos enfocamos en el crimen cuando representa peligro hacia los demás, y no

persigue como objetivo favorecer o crear condiciones para cambios sociales al colectivo, sino resolver problemáticas, necesidades o intereses individuales.

Para poder explicar mejor las causas sociológicas, es necesario analizar la teoría sociológica y los factores que favorecen a la criminalidad.

Algunas teorías sociológicas establecen las causas de la criminalidad en diversos procesos o factores de la estructura social:

A- La pobreza- clases sociales bajas:

La pobreza, la participación desigual en los recursos económicos existentes, contribuye a alienar y perjudicar a las personas que pertenecen a las clases sociales bajas. Esta teoría plantea que la persona pobre está sobre-expuesta a limitaciones y frustraciones que les hacen reaccionar de tres formas:

- (1) Tratar de lograr las metas y aspiraciones aprendidas socialmente usando medios desviados e ilegítimos, por ejemplo, con la venta de drogas;
- (2) Puede reaccionar agresivamente ante la frustración de sus metas no logradas, ejemplo, desahogando su coraje en vandalismo;
- (3) Se adaptan a su pobreza con resignación, fatalismo, pasividad, falta de Fé hacia su futuro, falta de confianza, entre otras cosas; por ejemplo, viendo el delito, pero no haciendo nada por detenerlo.

B- El crimen-problema de estructura social:

El estado criminaliza los actos de la población con una lamentable tendencia a hacerlo en mayor proporción con los sectores en pobreza. Las definiciones del delito son instrumentos normativos que favorecen a los controles e intereses de las clases dominantes. Los gobiernos han usado estrategias de corte mecanicistas en el manejo de la criminalidad, que en vez de prevenir, lo que muchas veces hacen es estereotipar aún más las comunidades pobres.

(Ejemplos: los proyectos comunales). La única respuesta ha sido aumentar el sistema de control represivo (más cárceles, más delitos, etc) en vez de bajar y prevenir la conducta y sus causas. Por otra parte, el sistema de justicia criminal ha sido demasiado complejo, grande, lento, inoperante y hasta injusto en sus sistemas de manejo y aplicación de castigos; la presencia de un estado asistencial, la desmoralización de la gente, la falta de una distribución apropiada de los recursos, contribuyen a perpetuar la hostilidad, los conflictos y la desigualdad, que en algunos individuos puede provocar conducta antisocial como la única vía de salida.

C- Culpabilidad de la víctima:

Existe una tradición de "culpabilizar a la víctima", que consiste en atribuir responsabilidades a la pobreza y/o las minorías raciales y nacionales, sin plantearse un análisis, ni alternativas de cambios, sobre las condiciones que crearon las mismas. La política gubernamental de ofrecer justicia como un favor humanitario (estado benefactor) y no como un derecho humano ha contribuido a cargar negativamente la justicia social. La función de los profesionales se ha limitado a la identificación de la víctima como ofensor y no la de prevenir las situaciones/ condiciones que estimulan el conflicto.

La culpabilización de la víctima tiende a afectar doblemente a los individuos en condiciones de pobreza, ignorando la violencia institucional y confinándola falsamente a solo ciertos sectores.

D- Crímenes de los poderosos

Se considera que parte del problema de la criminalidad, es que muestra una tendencia de dejar fuera de su definición los crímenes de los poderosos. La población clase media y pobre ve, como pasan impunes delitos cometidos por gente de la clase económica alta, cómo las medidas punitivas son más severas con el pobre y demasiado laxas con el rico, y ésta desigualdad en la administración y aplicación de las leyes crea descontento y hostilidad.

En estas posturas reseñadas hasta aquí existe un elemento común: el delito ocurre porque la sociedad permite, mantiene o fomenta ciertas condiciones de desigualdad al acceso o garantía de satisfacciones mínimas, básicas entre los individuos que componen la sociedad, y permite y legitima, de esta forma, la carencia de recursos, dejándoles a estos individuos la posibilidad de optar por estrategias ilegales, para conseguir la satisfacción de sus necesidades. Otras posturas culpabilizan a patrones y actitudes modernos como el consumerismo.

El antropólogo social puertorriqueño, Dr. Seda Bonilla, plantea que los valores han sido sustituidos de aquellos del bien común y del crecimiento del ser por aquellos que tienen que ver con lo que se tiene materialmente. Es su planteamiento que hemos cambiado la cultura del ser por la cultura del tener. Este cambio ha hecho que la obtención de valores materiales se convierta en una meta superior a otras como la honradez, la sencillez, la humildad, entre otras.

La tendencia hacia el urbanismo, con sus consecuentes variables como hacinamiento, individualismo, industrialización no-planificada, el centralismo, ha sido una de las consecuencias de la transformación social y económica del país, el crecimiento desmedido poblacional en la zona urbana, creó zonificaciones que dejaron sin núcleos tradicionales a estas áreas (las plazas, los parques, etc.) creando núcleos de urbanizaciones inconexas, haciendo que se pierda el espacio público del compartir social. Los mecanismos tradicionales de las comunidades rurales o de menor población se pierden en estos centros de masa. Entre los fenómenos que incrementan urbanamente está la comisión del delito y la dificultad de identificar a los delincuentes.

Los factores del conflicto social son otra forma de identificar causas de la criminalidad desde la perspectiva sociológica. Podemos observar como los elementos estructurales y funcionales de todo sistema social tienen tendencia a integrarse por consenso social lo que lleva a la consecución de un orden social. La dinámica misma de la sociedad y la cultura provocan tensiones que se expresan en diversos conflictos sociales.

La historia de la humanidad, es la historia de la confrontación de intereses entre los diversos grupos que han existido, creando diversos tipos de conflicto por presión poblacional, por estratificación social, por control del poder o por escasez de recursos. Los efectos que provocan los conflictos como guerras, revoluciones, o anomia social son parte de lo que puede incrementar violencia y en otros casos crímenes. El conflicto social a veces es manejado con violencia y actos delictivos como forma de resolver los problemas interpersonales.

Sobre este asunto se desarrolla una teoría del conflicto social, que se resume así: las personas son intrínsecamente sociables, pero también están predispuestas al conflicto en sus relaciones sociales, puesto que el conflicto suele producirse al nivel de las relaciones sociales, porque una o muchas personas tienen siempre la posibilidad de utilizar la coerción violenta en su interacción. Las personas persiguen su propio interés; así, los conflictos son posibles por que los conjunto de intereses pueden ser radicalmente opuestos.

Tres puntos son importantes en esta teoría:

En (1) primer lugar: creía que la teoría del conflicto debía centrarse en la vida real mas que en las formulaciones abstractas. Que las personas no son totalmente racionales y reconoce que son vulnerables a impulsos emocionales en sus esfuerzos por lograr la satisfacción.

En (2) segundo lugar: una teoría de la estratificación desde la `perspectiva del conflicto debía examinar los factores materiales que influyen en la interacción;

(3) en tercer lugar: en una situación de desigualdad, los grupos que controlan los recursos suelen intentar explotar a los que carecen de ese control.

2.1.3- Causa Psicológica:

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

a)- Como reacción orgánica: Desde el modelo Psico-biológico

Plantea que las causas de la conducta están en la herencia, en la genética, en daños congénitos (ocurridos durante el embarazo o en el parto), en exposición a ambientes de contaminación ambiental; por defectos, mutaciones, anormalidades físicas, accidentes, traumas fisiológicos o daño cerebral. Para entender la conducta criminal desde una perspectiva orgánica, debe hacerse una evaluación clínica médica que pueda confirmar o descartar la presencia de alguna de estas condiciones, antes de partir a diagnosticarla, como conducta de causas psicológicas. Si se confirma la causa orgánica, la persona se considera enferma y no debería ser tratada como un delincuente común, ya que la raíz de su conducta está determinada por impulsos y condiciones deterministas, que nada tendría que ver con sus capacidades mentales, su raciocinio, o libre voluntad. Estas condiciones orgánicas le harían no responsable de sus actos, por tanto, podría cualificar para defensas tales como (culpable, pero incompetente mental)

b)- Como reacción emocional: Desde el modelo intra-psíquico (Freudiano):

Plantea que las personas son particularmente vulnerables en la primera infancia a traumas, complejos, conflictos no resueltos que quedan archivados en el inconsciente. Personas que sufren maltrato infantil, crianzas rígidas o extremadamente laxas (sin estructura ni reglas parentales) relaciones inadecuadas con los adultos, dificultades en la identificación sexual correcta, tienden a desarrollar respuestas emocionales disfuncionales mientras crecen. De no ser atendidas correctamente estas experiencias negativas y ansiógenas, permiten el desarrollo de reacciones neuróticas, psicóticas en algunos extremos, que habrán de manifestarse en la vida a partir de la adolescencia. Para muchos freudianos la conducta antisocial es la base de la conducta criminal, y para que esto ocurra, la persona debe haber desarrollado una personalidad antisocial. Ésta a su vez es el resultado de los traumas inconscientes que dominan la conducta adulta, aunque la persona desconozca (o no reconozca) las causas en su pasado. La persona que comete delitos es una persona con un problema médico-psicológico. Se considera enferma emocionalmente.

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

C)- Como reacción aprendida: Desde el modelo conductista

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

Por tanto, en este modelo, la conducta criminal es adquirida mediante aprendizaje, si resultara útil, adaptativo e instrumental hacia metas (que también son aprendidas) Ésta concepción es mecánica y plantea que el ser humano, cuando comete delitos, lo hace como reflejo de lo que ha aprendido en su ambiente social. En el sistema penal, la persona es responsable de su conducta aprendida y debe ser sometida a los procesos correspondientes de justicia.

d)- Como reacción a la socialización- Aprendizaje Social: Desde la perspectiva Psico-social;

En este modelo se combinan dos modelos(cognoscitivo y conductual) planteando que el ser humano adquiere la conducta mediante un proceso de exposición, moldeamiento e internalización de valores, actitudes, conductas y normas (socialización primaria y secundaria) Se plantea que puede ocurrir por imitación, en donde hay presentes tres factores:

- Un motivo que induzca al cambio, conciente o inconsciente.
- Un modelo que indique la dirección del cambio (quiero comportarme como alguien que he visto)

- Una recompensa (sí me comporto como esa persona, lograré el mismo beneficio que él logró con esa conducta)

e)- Aprendizaje Vicario

Es otra forma de aprendizaje social, que consisten en aprender por las experiencias ajenas, sin tener que pasar directamente por la experiencia (por ejemplo, lo que vemos en la TV o en el cine) También, puede aprenderse mediante la necesidad por el equilibrio cognoscitivo.

De este aprendizaje vicario encontramos tres teorías predominantes:

- ◆ Teoría del equilibrio: de *Fritz Heider*. se pierde el equilibrio cuando alguna necesidad no está satisfecha y las relaciones (condiciones) de vida no son positivas y en donde pertenecer a algún grupo es importante, por tanto "el enemigo de mi amigo es mi enemigo".
- ◆ Teoría del equilibrio cognitivo-afectivo: De *Rosemberg y Abelson*: debe haber consistencia entre lo que se piensa y lo que se siente, tanto a nivel personal como en la relación del individuo con los grupos. Si se quiere aquello que no te permite satisfacer una necesidad, o si lo que te satisface no se quiere, se crean condiciones de desequilibrio que hacen que la persona caiga frecuentemente en contradicciones e inconsistencias.
- ◆ Teoría de la disonancia cognoscitiva: De *León Festinger*: la persona advierte que las creencias pueden chocar entre sí, y la tendencia natural es a romper la incongruencia con carácter de urgencia.

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

En cada una de las perspectivas de las causas, se encontró que el grado de responsabilidad sobre los actos humanos varía. En las biológicas y freudianas, la persona que comete un delito bajo efectos de una condición, o en un estado mental disfuncional, está muy enferma y no puede enfrentar las consecuencias de sus acciones, ni un proceso judicial; en cambio, en las perspectivas conductistas y sociales, la persona aunque reconocida como "víctima" de un ambiente en el que puede haber estado expuesto a circunstancias negativas y deformativas, se considera responsable de sus acciones.

2.2 - Conducta Adaptativa:

La gran mayoría de conducta que estudia la Psicología Anormal se relacionan con la falta y deficiencia del hombre. Estos errores en la vida se deben sobre todo a las fallas en la adaptación.

La Adaptación comprende el equilibrio entre lo que la gente hace y desea hacer por un lado; y por el otro lo que el ambiente (la comunidad) requiere. La Adaptación es un proceso dinámico, cada uno de nosotros respondemos a nuestro ambiente y a los cambios que ocurran en este. Que nos adaptemos o no, depende de dos factores:

- a- Nuestras características personales.
- b- La naturaleza de las situaciones que enfrentamos

En ocasiones los científicos hacen una distinción entre adaptación y ajuste. El termino adaptación, se debe a la supervivencia de las especies; en cambio el ajuste se refiere al dominio del ambiente y a la sensación de estar en paz consigo mismo.

La idea de que un fracaso pueda afectar en la supervivencia tiene algo de cierto, ya que los sentimientos de fracaso del individuo pueden dañar sus relaciones sociales, y la población de seres humanos se puede ver afectada por el hecho de que las personas no se casen, ni

tengan hijos. Dejando a un lado los factores biológicos, la forma en que vivimos y como nos sentimos son factores importantes para la adaptación del hombre.

El término Adaptación se refiere a la capacidad o incapacidad que tienen las personas de modificar su conducta en respuesta a los requerimientos del ambiente en constante cambio.

2.3 - Conducta Desadaptativa:

Toda Conducta desadaptativa es una conducta desviada, pero, la conducta desviada o poco común no necesariamente es una conducta desadaptativa. Describir la conducta como desadaptativa, implica que existe un problema, también sugiere que ya sea la vulnerabilidad del individuo; su incapacidad para el afrontamiento o el estrés excepcional en el ambiente son los que han provocado el problema para vivir.

Los estudios de la conducta desadaptativa se interesan en especial en la conducta que no solo es diferente o desviada, sino, que, además, representa un motivo de preocupación para el individuo, así como también para su familia, amigos y la sociedad.

Existen muchas causas para la desadaptación, en algunos casos, en el daño cerebral se descubre una causa orgánica. En otros, pueden estar implicadas relaciones sociales indeseable, presentes o pasadas, como una relación de incesto. Existen otros casos, en que juega un papel decisivo una combinación de factores aunada a un evento estresante, como la muerte de un ser querido o el nacimiento de un hijo.

Las inadaptaciones varían desde los temores crónicos, que causan los problemas, pero no representan ningún impedimento mayor, hasta la distorsión severa de la realidad y la incapacidad de funcionar en forma independiente. Una persona puede sentirse simplemente infeliz por su conducta desadaptada o quizás la comunidad se preocupe por lo que pueda suceder si el individuo no se aleja de la sociedad.

Existen distintas clases de Conductas Desadaptativas en conjunto con las reacciones sociales que provocan:

- **ESTRÉS:** Este término se refiere a las reacciones de la gente ante situaciones que representan exigencias, apremios u oportunidades que deban aprovecharse. La gente tiende a experimentar estrés psicológico, cuando experimentan un cambio inesperado o fuera de lo común, como por ejemplo un desastre natural. Es probable que experimenten un estrés aún mayor, cuando el cambio ocurre al mismo tiempo que una crisis severa en su vida, como la muerte de un ser querido o al principio de un período crítico del desarrollo como la adolescencia.

- **AFRONTAMIENTO:** Se refiere a la forma en que las personas manejen las dificultades y tratan de superarlas. Las capacidades de afrontamiento, son las técnicas disponibles para que un individuo haga esos intentos. Varias habilidades generales son útiles para el manejo de las situaciones estresantes; éstas incluyen el pensamiento constructivo y el manejo de los problemas conforme se presentan, el comportamiento flexible y el ofrecimiento de retroalimentación para sí mismo acerca de qué tácticas funcionan en una situación determinada y cuáles no. Lo útil que sea cualquier habilidad en particular dependen de la naturaleza de la situación y de las vulnerabilidades y cualidades del individuo.

- **VULNERABILIDAD:** Este término se refiere a qué tan probable es que respondamos de manera desadaptada a ciertas situaciones. Un individuo puede controlar una situación en forma efectiva, pero no otra situación. La vulnerabilidad puede aumentar por la herencia, así como tener un padre esquizofrénico; por ciertas características de personalidad como la tendencia a preocuparse o sentirse ansioso por la falta de ciertas habilidades como tomar decisiones con tranquilidad o por la acumulación de experiencias negativas inesperadas, algunas personas son más vulnerables en todas las situaciones, debido a que manejan de manera menos

efectiva lo que les sucede en la vida cotidiana y otros lo son debido a una combinación de sucesos estresantes recientes.

Ciertas condiciones de la vida incrementan la vulnerabilidad de la gente y el riesgo que corren de presentar una conducta desadaptada; las personas que comparten éstas condiciones se convierten en parte de un grupo de alto riesgo, que es más propenso a experimentar los efectos negativos del estrés, que el resto de la población. Los que pueden ser de alto riesgo para ciertas condiciones incluyen a niños y adolescentes, ancianos e inválidos y la minoría en desventaja.

Un problema en la investigación psicológica, es que la gente no puede ser observadores imparciales de sí mismo. Los valores objetivos e intereses personales en conjunto con las normas culturales ejercen una influencia en nuestros juicios a cerca del éxito o el fracaso de la adaptación humana. La desadaptación de la conducta que puede ser adaptativa en una sociedad, puede constituir un fracaso en otra.

Existen diferentes tipos de métodos para conocer mejor la conducta desadaptada, los más comunes en las observaciones clínicas son: ⁴

1) Estudio de caso: Comprende observaciones detalladas de un solo paciente, en la mayoría de los estudios de casos las explicaciones de los sucesos se presentan después del hecho y existe poca oportunidad de eliminar otras explicaciones posibles mediante el control, aún el estudio más profundo del caso de un individuo no puede asegurarnos que aislemos las verdaderas causas de la conducta de éste. No obstante, esos estudios pueden proporcionar guías importantes para la investigación más controlada, con mucha frecuencia las personas con problemas psicológicos no proporcionan cierta información importante al contar su historia a los

⁴ Bleger José. La Conducta. 1983. Pág. 226.

clínicos, ya que siempre olvidan experiencias significativas; los pensamientos y sentimientos que se relacionan con ellos, por tanto, cada estudio es único.

2) Estudio de Correlación: Los investigadores estudian las relaciones entre los eventos que están fuera de control, pero no explican que factores causan cada uno. Un estudio de correlación puede identificar una relación significativa entre el estado civil o el nivel socioeconómico y la gravedad de una psicopatología, a pesar de que no sabemos cuál es el factor que contribuye, se señala una relación importante en potencia. Tanto los estudios de casos, como de correlación, proporcionan las bases para las hipótesis, ya que al evaluar las hipótesis es importante decidir sobre las observaciones que son más relevantes para éstas y las condiciones en las cuales se debe realizar esas observaciones.

3) Estudio de Evaluación: El propósito de éste es proporcionar una explicación efectiva de la conducta en cualquier momento determinado. Los métodos de evaluación varían desde el registro de la frecuencia con que ocurren ciertas respuestas en las situaciones naturales, hasta las indicaciones de los tipos de conductas, si encontramos una correlación positiva podríamos vernos tentados a llegar a una conclusión, pero es importante recordar, que correlación no es lo mismo que causa.

4) Estudios Experimentales: Comprenden la observación y la evaluación de la conducta, pero con un ingrediente adicional importante en los estudios experimentales. Los Experimentadores pueden comprobar los valores, pueden aislarlas y registrar con mayor facilidad las causas de las conductas que observan.

Las variables que manipulan los investigadores en los experimentos, son independientes y dependientes, son éstos los cambios observados en los comportamientos como resultados de la manipulación, los cuales están diseñados para descubrir las relaciones entre las condiciones del ambiente y de la conducta.

2.4 - Conducta Anormal:

Es probable que los trastornos mentales como todo aquello que no es muy común, nos haga sentir incómodos e incluso un poco atemorizados, sin embargo, una persona enferma mental no se debe considerar como mala, sino simplemente diferente.

3 - Trastornos de la conducta:

Este término abarca gran diversidad de conducta poco inhibida, no existe una definición única. Esta categoría tan general y ambigua, enfoca aspectos tales como: agredir, mentir, destruir, vandalizar, hurtar y faltar a clases. Ésta gama de conductas, tiene como denominador común el violar normas sociales y derechos básicos de los demás.

Los trastornos conductuales, se caracterizan por la ocurrencia frecuente de conductas antisociales antes mencionadas, más que cualquier otro trastorno de la niñez, los problemas de conducta están definidos por el impacto de la conducta del menor y sus hábitos. Es claro que la concepción que se tiene de estos trastornos encierra juicios morales, ya que el mismo término de conducta tiene connotaciones de bueno y malo, por otro lado, gran parte de la conducta considerada problemática muestra una alta tasa base en la población en general, quizás debería ser considerado cierto grado de agresividad o desobediencia.

En el tratamiento exitoso de un trastorno por déficit de la Atención con Hiperactividad, con frecuencia se emplean sistemas de puntos y gráficas para compensar a los pequeños por realizar sus tareas, o poner atención y permanecer sentados. Muchos con problemas conductuales, también manifiestan otras dificultades, se menciona el alto grado de traslapo entre los trastornos conductuales y el déficit de la atención con Hiperactividad.

El abuso de sustancias, es otro problema conductual que suele coexistir con los problemas de conducta. Los investigadores que realizaron un estudio longitudinal de problemas

conductuales en varones jóvenes, encontraron un nexo muy estrecho entre el uso de sustancias y los actos delictivos.

Debido a problemas de definición es casi imposible estimar con precisión la prevalencia de trastornos de conductas, eso si son muy comunes.

3.1 - Etiología de los Trastorno de Conducta:

Existen numerosas teorías sobre la etiología de los trastornos de conducta. Los trastorno de Personalidad Antisocial en padres de niños con trastornos de conducta, se transmiten por genéticas. Diferente es el caso de los niños que son dados en adopción, ya que los padres adoptivos de los niños con trastornos de conducta no presentan problemas de conducta antisocial, ni alcoholismo, los problemas de conducta parecen ser cuando menos parcialmente genéticos.

Los estudios con gemelos, indican tasas de concordancias más altas de conducta antisocial en parejas de gemelos idénticos, más que en los fraternos.

Los efectos de la crianza son puestos de manifiesto por hallazgos en que las familias son poco unidas. Otro hecho del trastorno de conducta, es el experimentado por el Estrés de la discordia Marital y el Divorcio.

3.2 - Tratamiento de los Trastornos de Conducta:

El manejo de estos trastornos constituye un reto de gran magnitud para la sociedad. Sociólogos y políticos lo mismo que psicólogos bajo la suposición que las malas condiciones económicas provocan la mayor parte del problema, abogan porque se elaboren programas a largo plazo, para mitigar la falta de recursos materiales de las clases inferiores, en donde es más frecuente la delincuencia, aún cuando los factores sociológicos deben entrar en la

planificación de tratamientos, los métodos psicológicos deben enfocar de preferencia a cada persona y a sus familias.

Uno de los problemas más apremiantes de la sociedad, es como manejar a gente con una conciencia social tan rudimentaria. Algunos de los métodos más prometedores de tratar el trastorno de conducta, requiere trabajar con los padres o familias de los niños antisociales. Las sesiones incluyen prácticas de las técnicas, en donde se les enseñan principios de aprendizaje social a través de lecturas y seminarios, así como un debate acerca de dificultades que puedan haber al aplicar los métodos.

Al llegar a la edad adulta, ciertas personas con trastornos conductuales se convierten en Psicópatas, debido en parte a la ineficacia de las instituciones para rehabilitarla; en el caso de la agresividad proactiva, el tratamiento enfocaría la recompensa esperada de la conducta antisocial; en tanto que en la Agresividad Reactiva, habría que considerar como tratar las intenciones de sus semejantes, en especial cuando son ambiguas.

La conducta sobreinhibida, por lo general crea más problema para el niño que para los demás, sin embargo, no se debe subestimar las dificultades que representan para los demás. Los problemas específicos sobre la conducta sobreinhibida son con frecuencia:

- a- Temores de la niñez.
- b- Aislamiento Social.
- c- Depresión.

4 - PSICOLOGÍA:

Es la ciencia o estudio del alma. En posición más materialista, es el estudio sistemático, imaginación, memoria, pensamiento, raciocinio, conducta voluntaria, actitudes, deseos, opiniones y demás manifestaciones anímicas. Sentimientos o creencias de una persona.

Conjunto específico de los caracteres espirituales de una nación. Ésa micro síntesis, muestra una vez más el universo encerrado, invisible e imponible, dentro de cada hombre y mujer. ⁵

Jiménez Asúa, recuerda que el delito supone para los psicoanalistas un fenómeno de inadaptación social en que la parte atávica de la personalidad anímica, vence al súper yo, excepción hecha del caso en que los delincuentes tengan un súper yo criminal o en aquellos otros muy excepcionales, en que carezcan del yo superior. ⁶

4.1- Psicología anormal:

Es el área de la Psicología que se enfoca hacia la conducta desadaptativa, sus causas, consecuencias y tratamiento. La Psicología anormal trata de cómo se siente ser diferente, lo que significa serlo y cómo trata la sociedad a las personas que se consideran distintas. El espectro de la diferencia es amplio, ya desde delirio que distorsiona la realidad y la debilitación severa, hasta las preocupaciones y peculiaridades en la conducta que sería mejor no tener, pero que no interfieren de manera significativa con nuestra vida diaria.

4.2- Psicología Criminal:

Es la especialización de los estudios psicológicos en los delincuentes e individuos propensos a la delincuencia por razones hereditarias o de ambiente. Los estudios específicos, tienden más a la prevención que a explotar las posibilidades de enmienda del infractor una vez producido el delito, y a trabajar en los reflejos y cualidades salvadas del terreno criminal, para encauzar al rehabilitado e impedir la reincidencia, para facilitar su reintegración a la sociedad, singularmente con el logro de un trabajo honrado.

⁵ <http://WWW.ohsu.edu/wwwv1/>

⁶ Jiménez de Asúa, “Compendio de Criminología”.1959. Pág. 12

En otro aspecto, está al servicio de la investigación de descubrir las sutilezas y maniobras características de la delincuencia, para contenerla en lo posible a evitar el impunidad.

4.3 - Psicología criminológica:

Es la teoría de las manifestaciones del delito que estudia la dinámica del fenómeno criminal en su totalidad biopsicosocial. Ésta psicología investiga " las motivaciones de determinados delitos y las causas de la delincuencia en general, es decir sus factores endógenos y exógenos, como predisposición hereditaria, influencia del medio, enfermedades (psicosis, alcoholismo), las influencias sociológicas, la relación con la edad y el sexo, la estación del año, la menstruación, el embarazo (La condición socio económica, la victimología, desde la perspectiva de la normativa legal. En consecuencia intenta buscar las leyes y relaciones que guarden ciertos fenómenos con respecto al crimen como conjunto psico-social. Otra área de esta especialidad es el estudio de las características psíquicas del delincuente, su posición frente a la sociedad, etc."

Es desde la psicología criminológica que se deben debatir y priorizar los principales problemas de nuestra sociedad en el plano criminológico. La posición que asumen los ciudadanos desde el punto de vista victimo lógico y sus intenciones de tomar la justicia por sus propias manos, fundamentalmente si ha vivido una experiencia menor; así como la rehabilitación efectiva de los delincuentes y otros problemas más, ante los cuales la sociedad ha reaccionado sin convicción de mejoras. Pese al hecho como señala Whittaker, (1990) de que el crimen se ha considerado como uno de los problemas sociales principales, que exige rehabilitación efectiva y grandes programas de prevención, las respuestas de la sociedad a tal problema a menudo se han basado más en la ignorancia, en el temor y el enojo que en las teorías desapasionadas y en la real investigación objetiva. Debemos de tomar en cuenta que la

sociedad es compleja y que los problemas históricamente han avanzado más rápido que sus soluciones, por lo que creemos que éstas son sus limitaciones, pero los alcances son muchos.⁷

4.4 - Psicología Judicial:

Del latín forum mercado o sala de juicio, rama de la Psicología aplicada que se ocupa de determinadas cuestiones legales a petición de justicia, la abogacía, del estado y los tribunales, que implican conocimientos sobre la conducta humana. La Psicología forense forma parte de la Psicología judicial o legal, también denominada Psicología criminal.⁸

Toda intervención forense significa una ayuda profesional y técnica especializada en el servicio de la administración de justicia, concretamente al juzgador; supone, además, un proceso jurídico y en consecuencia un conflicto, factor común que determinará el análisis y abordaje de la intervención psicológica.

4.5- Psicología de los Jurídicos:

Es la teoría que intenta aplicar la metodología, los conocimientos y los resultados de la Psicología a la práctica del derecho.

Se diferencian tres matices:⁹

- Psicología del Derecho: Tiene la finalidad de explicar la esencia jurídica, enfocando primordialmente el problema de la normativa y el derecho, es decir, pretende valorar la norma en función de la operatividad social vigente o funcionalidad social del discurso jurídico; las penas por ejemplo, se aplican para provocar un cambio en la conducta del ser humano o de prevenir una conducta que la sociedad considera inadecuada.

⁷ Whittaker, J. O. 1990. La psicología social en el mundo de hoy. 2da. Edición.

⁸ Enciclopedia de Psicología Océano. 1983. Tomo V y VI. La Psicología y su evolución.

⁹ Ronald Lin Chiong Céspedes: psicología Forense, principios fundamentales. Pág. 26, 27.

- La psicología en el derecho: se basa en que la mayoría de las normas jurídicas, están impregnadas de conceptos de índole psicológica y constituyen estímulos que intentan evitar las conductas antisociales; la aplicación de esas normas exige un conjunto de conductas condicionadas por factores personales y ambientales; en definitiva, la psicología se convierte en una herramienta imprescindible para la actuación de los mecanismos legales.
- La psicología para el derecho: Es como ciencia auxiliar interpretadora de hechos concretos y le sirve al derecho para esclarecer sus objetivos. Ésta es una psicología probatoria; abarca la investigación de la idoneidad jurídica desde una perspectiva psicotécnica, es decir, valora las condiciones de los jueces acerca de "juicios concretos" o más bien aquellos que han sido considerados como procesos judiciales ejemplares o también, desde una perspectiva psicodiagnóstica (valora el psiquismo de los jueces en proceso de sentencia y la oportunidad de poder juzgar debidamente)

Este ámbito de la psicología "del", "en", "para", el derecho se funda en la validez del derecho; es un área en la que se debe crear espacios, foros, talleres, etc.; para la continua revisión de las normas jurídicas, con el propósito de que las instituciones legales sean socialmente cada vez más funcionales; de la permanente revisión de estos aspectos dependerá no sólo la validez del derecho, la justicia social, sino todas las consecuencias sociales que existen desde el punto de vista de la paz social en la disputa de los derechos del imputado y la víctima.

4.6 - Psicología Forense:

A esta pertenecen entre otras cuestiones, la aptitud del delincuente para asumir su culpabilidad, la madurez de los jóvenes y adultos reincidentes, y la credibilidad de los acusados y los testigos. La psicología forense es una de las disciplinas auxiliares del Derecho Penal y del Derecho Procesal, cuyo objeto es el estudio psicológico de diversas personas que participan de alguna forma en las actividades judiciales: Jueces, Funcionarios auxiliares de la administración

de justicia, Testigos, Peritos, etc. La psicología judicial aspira a comprender dentro de sí a la psicología criminal, aunque esto último reviste destacada importancia.

La Psicología Forense es un tema más amplio que la psicología pericial forense, disciplina aplicada de la administración de justicia. La Psicología Forense se circunscribe dentro del marco de un proceso judicial, policial, victimológico y otros campos criminológicos; la Psicología pericial forense, proporciona fundamentalmente peritajes psicológicos para que el juzgador pueda tener una asesoría en cuanto a criterios técnicamente psicológicos.

La psicología pericial forense a diferencia de la psicología criminológica, centra su análisis de forma más individual en lo que probablemente ha sido uno de sus mayores aportes para el derecho, la conciencia de la ejecución del acto, en cuanto a la imputabilidad y sus grados o a la inimputabilidad. Este punto es central para la determinación de la pena, y es un aspecto muy delicado por las tonalidades de culpabilidad, que serán determinadas según el tipo de delito o conflicto con la ley. Esta ciencia, también ofrece pronósticos sobre alternativas de resocialización, procedimientos o sanciones que permitan al imputado un proceso de aprendizaje que le ayude a su reinserción social. La psicología forense se nutre de la psicología de la personalidad, la experimental, la educativa, la social, la clínica, la psicología del desarrollo y la pericial, aplican estos conceptos al servicio de la administración de la justicia.

CAPITULO II
PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS EN LOS
JUICIOS.

La exploración Psicológica como peritaje se centra fundamentalmente en el análisis de la responsabilidad de un individuo sobre su conducta, la conciencia que posee de sus acciones y cuán imputable les puede ser, es decir, la conciencia misma de ejecución del acto. Ésta conciencia se sustenta en tres grupos de capacidades muy complejas y específicas; la cognición, la volición y el juicio.¹⁰

Las capacidades cognitivas: En ellas se influyen todas las aptitudes con que el sujeto cuenta para incorporar la información que el medio emite, por ejemplo, todos los procesos Sensorperceptivos y la capacidad intelectual del sujeto. Éstas aptitudes determinan sí el sujeto comprende lo que está haciendo.

Las capacidades volitivas: Comprenden todos los aspectos motivacionales que subyacen una conducta, como la voluntad de ejecutar un acto, es decir, si se desea o no hacer.

La Capacidad de Juicio: Analiza la congruencia de la conducta que presenta un individuo en relación con la resolución de los problemas que genera el medio, es decir, decide y emite su conducta según su criterio e interés.

1- Evaluación psicológica:

La evaluación psicológica juega un papel fundamental en el proceso de tomas de decisiones legales en torno a una gran variedad de situaciones que se enfrentan

¹⁰ Aguilar Mainor. 1996. Principios de Psicología forense: 25 años de servicio, su experiencia. Pág. 14 y 15.

cotidianamente en distintos ámbitos de la administración de justicia. El campo de la psicología forense está referido precisamente al nexo que se establece entre las necesidades del sistema de justicia por un lado y el instrumental técnico de la ciencia psicológica por otro.

La evaluación psicológica comprende una variedad de procedimientos que son utilizados de distintas formas para lograr propósitos diversos. Del mismo modo la evaluación psicológica se ha equiparado algunas veces con la aplicación de pruebas psicológicas, sin embargo, el proceso de evaluación es algo mucho más complejo que va mucho más allá de únicamente la administración de pruebas de este tipo. La evaluación psicológica es una actividad compleja que requiere una comprensión sofisticada de la personalidad y de la psicopatología de la persona a quien se le realiza.

La evaluación psicológica es entendida como la resolución de problemas o la respuesta a preguntas enfocadas, lo cual trasciende la mera recolección de información o la simple asignación de categorías diagnósticas. Ésta involucra la integración de información obtenida no solamente de los protocolos de las pruebas, sino también de las respuestas a la entrevista, la observación conductual, los reportes de información colateral y documentos históricos sobre el evaluador.¹¹

El proceso de evaluación psicológica requiere de una serie de conocimientos y habilidades que hacen de esta labor algo muy especializado, quehacer que trasciende la visión simplista de que cualquier psicólogo o psicólogo clínico es por definición un evaluador psicológico competente.

¹¹ Weiner, 2003; Cohen y Swedlik, 2001. Citado por Ching Céspedes Ronald Lin. Psicología forense. Principios Fundamentales. Pág. 118

La falsa equiparación entre evaluación psicológica y evaluación psicométrica representa uno de los obstáculos más significativos que impiden una comunicación adecuada entre los especialistas en psicología y los distintos profesionales que intervienen dentro del sistema de justicia. Tanto la evaluación psicológica como la psicometría no deben ser confundidas, ya que la evaluación psicológica es únicamente una herramienta que le permite al psicólogo la elaboración de hipótesis que deberá someterse a comprobación empírica a través del uso de estrategias de evaluación; la evaluación psicométrica es solamente una faceta del proceso de evaluación psicológica.

Los profesionales que intervienen dentro del sistema de justicia deben aprender a reconocer la distinción entre “aplicar pruebas o tests psicológicos”, ésta ha llevado a algunos críticos a cuestionar la utilidad de este tipo de herramientas.

La confiabilidad es uno de los aspectos más importantes a evaluar en una prueba psicológica, ésta se refiere a las consistencias de las puntuaciones obtenidas por los mismos sujetos cuando se les evalúa en distintas oportunidades con las mismas pruebas.

El aspecto más importante en la evaluación de una prueba psicológica es su validez. Una prueba psicológica puede tener muchos tipos de validez en función de los propósitos específicos con los que se diseñó, la población a la que se dirige y el método para determinarlas. No se puede afirmar que una prueba psicológica es válida en un sentido abstracto absoluto, solamente podría considerarse su validez en un contexto particular y para un grupo específico.

Un elemento importante a considerar es que una prueba psicológica puede ser confiable sin ser válida, mientras que caso contrario no podría ser válida si no es confiable, ya que un requisito fundamental de la validez es que la prueba debe haber alcanzado un nivel adecuado de confiabilidad.

El establecimiento de la validez de la prueba psicológica es algo extremadamente difícil, especialmente si se considera que las variables psicológicas usualmente consisten en conceptos abstractos tales como la inteligencia, la ansiedad o la personalidad.

Se han establecidos tres métodos fundamentales para establecer la validez de una prueba:¹²

1. Validez de contenido: se refiere a la representatividad y relevancia del instrumento de evaluación en relación con el constructo que se está midiendo.
2. Validez de Criterio: establece la validez de un instrumento comparándolo con algún criterio externo al mismo tiempo (a esto se le llama validez concurrente) o el criterio se fija en el futuro (a esto se le llama validez predictiva)
3. Validez de Constructo: es el grado en que puede afirmarse que el instrumento mide un rasgo teórico.

Desde el 2001 han surgido demandas explícitas sobre la utilización de métodos de evaluación con bases empíricas. La evaluación psicológica actual requiere no solamente el uso de pruebas psicológicas, sino que también de un nivel de rigurosidad metodológica, se han desplazado de igual forma al ámbito de la entrevista clínica.

La entrevista estructurada adquiere un papel fundamental en la evaluación psicológica en la medida que proveen una evaluación sistemática al estandarizar el lenguaje específico del interrogatorio clínico. Ésta estrategia de evaluación es probable que contribuya con la disminución de diagnósticos equivocados.

¹² Anastasi y Urbina, 1998, Kerlinger y Lee 2002. Citado por Ching Céspedes Ronald Lin. Psicología Forense. Principios Fundamentales. 2002. Pág. 196

En la evaluación psicológica se incluye un proceso psicomático y estandarizado de recolección de datos a través de distintas fuentes, esto cuando son válidos y confiables, (la integración y el análisis de la información), lo que entraña un proceso complejo que en ámbito de acción forense, plantea desafíos metodológicos, aún mucho más importante debidos a las implicaciones legales que este tipo de evaluaciones representan.¹³

La evolución psicológica forense difiere significativamente de las evaluaciones clínicas tradicionales en una serie de dimensiones, tales como los objetivos, alcances y productos de la evaluación, así como el papel de evaluador y la naturaleza de la relación entre el evaluador y el evaluado. Entre las más importantes evaluaciones psicológicas forenses se encuentran:
Eje: al cual se le da un concepto clínico de psicodiagnóstico, ajuste de personalidad; y un concepto forense determinado por un sistema legal.

Importancia de la perspectiva del evaluado: con un concepto clínico que dice que lo más importante es la perspectiva y visión del mundo del evaluado; y un contexto forense de que lo más importante es la credibilidad de la información.

Voluntariedad: Contexto Clínico relación usualmente voluntaria; contexto forense usualmente es a pedido de una autoridad judicial.

Ritmo y Contexto de la evaluación: Contexto Clínico, la evaluación sigue un ritmo lento y él diagnóstico puede ser reconsiderado en el curso del tratamiento; Contexto forense, el acceso al evaluado en múltiples ocasiones es bastante limitado debido a factores como tiempo y recursos.

¹³ Melton, Petrila, Poythress, & Slobogin, 1997. Citado por Ching Céspedes Ronald Lin. Psicología Forense. Principios Fundamentales. Página 42.

Estas son algunas de las evaluaciones entre otras.¹⁴

En este mismo sentido otros autores, han indicado que un evaluador forense competente debe ser escéptico, verificar en la medida de lo posible la información que reporta del evaluado obtenida a través de distintos métodos y llegar a conclusiones adecuadas y objetivas, aunque no necesariamente terapéuticas.

Por otro lado, en la evaluación psicológica forense, el evaluado puede presentar una motivación obvia, deliberado de una imagen distorsionado de sí mismo. La recolección de información proveniente de terceras partes, tal como la revisión de expedientes médicos, judiciales, penitenciarios, educativos o laborales así como la entrevista a víctimas, testigos o parientes es una característica central de la evaluación forense que la distingue de la evaluación terapéutica tradicional.

La selección de un test específico esta en función de la pregunta de referencia legal.

Recientemente ha emergido un amplio grupo de investigaciones que proveen información acerca de características clave de las evaluaciones forenses, incluyendo datos que se enfocan en la calidad de contenido de los reportes remitidos a los encargados de tomar decisiones legales. Además la frecuencia con la cual instrumentos psicológicos son incorporados en las pruebas para distintos tipos de evaluaciones forenses tiene implicaciones importantes de estándares profesionales así como la investigación psicolegal.

Lo psicolegal, es en este contexto entendido como la evaluación de conexiones causales entre *condiciones clínicas y habilidades funcionales del sujeto*, que son directamente relevantes para el asunto legal.

¹⁴ Ib idem. Página 42.

Hay varios aspectos del razonamiento científico que son particularmente relevantes en la evaluación forense, tales como la operación de variables, la formulación de hipótesis, la falsa habilidad, la parsimonia en la interpretación y el reconocimiento de las limitaciones en la exactitud y en la aplicabilidad de investigación nomotética al caso inmediato.

Hay inquietudes acerca de todo lo anterior, una de ellas se refiere a la *relevancia para la pregunta legal específica*. Los evaluadores forenses deben estar al mismo de la investigación específica que establecen asociaciones en las pruebas psicológicas con asuntos legales relevantes. Si existen buenas investigaciones que muestran una correlación positiva entre los resultados de una prueba determinada y comportamientos legalmente relevantes, su uso es recomendado.

Algunos autores señalan que la comunidad legal es conservadora y quizás inclinada a visualizar muchos de los métodos utilizados por la psicología exotéricos probablemente prefieren simulaciones explícitas basadas en datos bibliográficos (en los que subyacen, guías consensuales y juicios clínicos) mas que en datos nomotéticos (en los que subyacen guías empíricas y reglas estadísticas). Así los jueces y los abogados en general comprenden la técnica de la entrevista pero están menos familiarizados con la mancha de tinta.

2- Funciones del Psicólogo Forense:

Tomando como referencia los avances alcanzados en los EEUU, en materia de Psicología forense, donde, al menos algunos profesionales han llegado a ser "super-especialistas con grados posdoctorales ", o lo que es igual al papel y status de eminencias y autoridades en la materia. En ese mismo país, el consejo americano de Psicología forense, creados en 1978, el cual se dedica a estudiar y centralizar todas las competencias de la Psicología en este ámbito; este consejo posee una gran influencia en el resto del mundo, por lo

que retomaremos y ampliaremos las funciones que enumeró esta organización en 1987, sobre el Psicólogo forense definidas de la siguiente manera: ¹⁵

- ◆ Responder las consultas y enseñar a los abogados, estudiantes de leyes, procuradores y otras áreas a fines como criminólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, etc.
- ◆ Responder a todas las consultas de los juristas, tales como:
- ◆ Establecer la imputabilidad de un acusado.
- ◆ Aclarar la credibilidad de un testigo y la veracidad de sus declaraciones.
- ◆ Verificar la sospecha de un abuso sexual de un niño y de la responsabilidad correspondiente.
- ◆ Determinar después, de un divorcio, cual de los padres es más idóneo o cual cuenta con los mejores recursos para tener, en el futuro, la patria potestad sobre los niños.
- ◆ Servir a los amicus curie (amigos de la curia o tribunales)
- ◆ Servir en las consultas de la justicia criminal y a los sistemas correccionales,
- ◆ Servir a las consultas del sistema de salud mental (cuando responda)
- ◆ Servir a todas las consultas y enseñar del personal ejecutor de la ley (policía, investigadores, auxiliares de justicia, etc.).
- ◆ Diagnosticar, pronosticar y tratar a la población criminal.
- ◆ Diagnosticar, pronosticar y hacer recomendaciones en todo aquello que tenga que ver con el estado mental del sujeto.
- ◆ Analizar todos aquellos problemas y dar las recomendaciones pertinentes en lo que a responsabilidad, salud mental y seguridad del sujeto se refiere.
- ◆ Conducir, realizar y analizar estudios para proveer a los abogados de todos los datos psicológicos necesarios en el proceso.
- ◆ Servir como expertos en todos los casos psicológicos civiles y criminales que la administración solicite.

¹⁵ Urrea & Vásquez. Manual de Psicología Forense, 1993; Pág. 5

- ◆ Evaluar y tratar a cualquier personal de la administración justicia que tenga que ver con un proceso.
- ◆ Servir como maestros especializados en cualquier tribunal judicial o administrativo.
- ◆ Mediar entre diferentes servicios judiciales en conflictos psicológicos que surjan en el área legal.
- ◆ Investigar en las ciencias de la conducta para entender los compartimientos legales del sujeto.
- ◆ Formar en los programas de la policía a todos aquellos sujetos que tengan que ver con los procesos legales.
- ◆ Enseñar y supervisar a otros psicólogos en formación.

Hasta el momento, estas funciones enunciadas han sido una de las más típicamente utilizadas por los diferentes tribunales del mundo; sin embargo, con el tiempo y con la especialización del psicólogo en el ámbito jurídico, las demandas de la autoridad judicial son menores los temas como daño moral o daños psicológicos, son temas mucho más complejos y en los que menos se requiere de peritos especializados en esta materia.

3- Intervención Psicológica:

Para ubicar la intervención de la Psicología forense se hace necesario remitirnos a los objetivos principales de un proceso judicial: identificar a los autores de un hecho, establecer el tipo de delito y los componentes de culpabilidad (culpa, preterintención y dolo) y determinar las sanciones, según la gravedad de la lesión y la intencionalidad del ilícito, con miras a proveer patrones punitivos y resocializantes, como uno de los objetivos últimos, o bien, determinar la inocencia del acusado aunque sea ésta derivada de una duda razonable a su favor (in dubio pro reo), averiguar la verdad real de los hechos.

Para entender y contextualizar aún más el que hacer de la ciencia psicológica, ubicaremos el tipo de derecho y la teoría del delito que sustenta el discurso jurídico en los países latinoamericanos, como el nuestro, en un derecho fundado en las normas escritas y heredado de las concepciones de derechos romano y absorbidos de la corrientes del derecho Francés y Español.

Para las concepciones penales Latinas, el ilícito debe de estar normado o tipificado previamente a su comisión por parte del sujeto activo, de conformidad con el Principio de Legalidad y Tipicidad penal; de lo contrario, no existe delito, como lo consignan nuestro código al consagrar el Principio Nulla Pena sine Lege. En otras concepciones como la Anglosajona (la Norteamericana por ejemplo) el derecho posee un referente más de casuística y costumbrismo, dándose mayor importancia a la jurisprudencia y a las costumbres, como fuente de derecho, que a la misma ley como ocurre en nuestro medio.

En las ciencias sociales, no hay fórmulas exactas y acabadas, según lo refiere Zaffaroni (1990) ¹⁶: El derecho, en nuestros países debe de ir incorporando los datos sociales y hacerse cargo de las críticas descubridoras del ejercicio de poder del sistema penal. Debemos asumir las ilegitimidades del discurso penal que no pocas veces se desmoronan ante el más leve roce con la realidad, empezando por el objetivo último de la pena: resocializar por medio de lo que conocemos como las cárceles u otros nombres más encubridores (penitenciarias, reformas, centros de orientación de varones como le llaman a los centros penales juveniles en Costa Rica).

El Derecho Penal como parte de los mecanismos sociales tienen por finalidad obtener determinados comportamientos individuales en la vida social, como los señala Bacigalupo(1989)¹⁷ en este sentido el derecho cumple con una Psicología social propia de su

¹⁶ Zaffaroni Eugenio Raúl. En busca de las penas perdidas. 1990. Pág. 15

¹⁷ Bacigalupo Enrique. Manual de derecho penal (parte general) 1989. Pág. 67

disciplina y comparte su tarea con la ética y la moral. Exteriormente el derecho penal procura alcanzar sus fines declarando ciertos comportamientos como indeseables y amenazando su realización con sanciones de un rigor considerable.

4 -Historia de las Clasificaciones de los Trastornos Mentales:

Los esfuerzos para clasificar las enfermedades mentales han existido durante miles de años, las referencias de demencias senil, melancolía e histeria, datan del año 3000 antes de Cristo, los antiguos Griegos o Romanos describieron 5 categorías de trastornos, incluyendo Frenitis, manía, Melancolía, histeria y epilepsia, mientras algunos sistemas favorecen un gran número de trastornos limitadamente definidos, otras se basan en conceptualizaciones más inclusivas y amplias. Phyllipe Pinel, en el siglo XVIII propuso un sistema de solo 4 sistemas incluyendo manía melancolía, demencia e idiotismo. Los sistemas de clasificación también han variado hasta el punto en que la categorización de trastornos pueden basarse en la etiología.

A finales del siglo XIX Emil Kraepelin desarrolló un sistema que tomó varios de estos enfoques, Kraepelin estudió grupos de pacientes, cuyos trastornos tenían el mismo curso para determinar sus características clínicas compartidas, este enfoque total, se conservó grandemente en el desarrollo del sistema DSM actual.

5- Sistema de clasificación de enfermedades psicológicas: ¹⁸

La clasificación de las enfermedades psicológicas es un campo muy complejo y aún en crecimiento. Las enfermedades no se manifiestan en formas puras, sino por medio de tendencias hacia algunas de ellas. Existen muchas clasificaciones; algunos surgieron desde el nacimiento de la medicina Mediterránea y Grecolatina: La epilepsia, La histeria, El delirio, La oligofrenia y otras, las cuales fueron las enfermedades psiquiátricas que por sus síntomas

¹⁸ González Hernández, Pablo. Maestría en Criminología. Antología: 06251. Psicopatología. Pág. 89-102

parecieron claros a los médicos de la antigüedad, por lo cual se les facilitó llamarles por sus nombres.

Muchos sistemas desarrollados en Estados Unidos anteriores al DSM se idearon principalmente para recolectar información estadística e incluir manuales desarrollados por la armada de los Estados Unidos, la OMS (Organización Mundial de la Salud) e intentos anteriores de la Asociación Psiquiátrica Americana en conjunto con la academia de medicina de New York.

5.1- DSM – I:

Publicada en 1952 por la asociación Psiquiátrica Americana, presentó un corto glosario de definiciones de 106 trastornos mentales y fue la primera clasificación que enfatizó la utilidad clínica. Este sistema fue una variante de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS. La sexta edición del ICD (International Clasificación of Desease) fue la primera en incluir una sección de trastornos mentales. El término Reacción se uso a lo largo del DSM – I en gran medida sobre las bases del punto de vista psicológico; los trastornos mentales incluyen reacciones de personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

La relación entre el sistema ICD y el sistema DSM: En 1968 se publicaron el ICD – 8 y el DSM – II. Del DSM – I al DSM – II se añadieron 76 categorías representando avances en el campo que permitieron una mayor especificidad. De manera adicional el DSM – II ya no incluía el termino reacción que se utilizó en el DSM – I.

5.2- DSM – III:

Publicada en 1979 represento un cambio importante en el acercamiento hacia el diagnóstico psiquiátrico e incluía muchas innovaciones importantes. El criterio explicito sugerido anteriormente se incorporó en la definición de cada trastorno, se agregó al valoración multiaxial, guiando al clínico en la comprensión de la valoración del caso, usando dominios de información

múltiple. El sistema también establecía un acercamiento descriptivo que era neutro en relación con la etiología; el desarrollo del DSM – III también fue el primero en incluir ensayos de campo.

5.3- ICD – 9:

No incorpora el criterio explícito o la valoración multiaxial, principalmente debido a que su uso fue la recolección estadística, mientras que el DSM – III había sido desarrollado específicamente para investigadores y clínicos, al igual que para propuestas de codificación estándar. Debido a los problemas en la compatibilidad terminológica, en la medicina de los Estados Unidos se desarrolló una modificación clínica (MC) del ICD – 9, para usarse ahí mismo (ICD – 9 MC), que permitiría los términos específicos del DSM–III, para que se incorporara en el sistema de codificación del ICD. El DSM–III – R se desarrolló para corregir algunos errores verdaderos e inconsistencia que reveló el uso del DSM–III, el DSM-III- R se publicó en 1986.

Existe una clasificación que goza de gran reconocimiento, es la de americana Psychiatric Association (APA) con el Diagnostic and Statistical, Manual of Mental Disorders (DSM) conocida en su última versión como el DSM- IV (1994) ver figura N° 1

5.4- DSM-IV:

El trabajo en la revisión del DSM-III-R comenzó en 1988 y fue completado por el deseo de lograr una mayor compatibilidad con el ICD-10 que había comenzado a desarrollarse en ese entonces. El proceso de desarrollo del DSM-IV es el fruto de un inmenso trabajo en equipo de más de mil personas y más de sesenta organizaciones de reconocida trayectoria profesional. La confiabilidad y utilidad del DSM-IV publicada en 1994 se centra en los objetivos clínicos de investigación y educacionales que incluyen criterios compatibles ante una amplia diversidad de contextos; es decir, para ser utilizado por profesionales de muy diferentes orientaciones del ámbito de la psicología y ciencias afines.

El DSM- IV estableció una metodología sistemática para considerar cambios al sistema mediante un proceso empírico de tres partes. El proceso también dirigió las preocupaciones del campo de que los cambios arbitrarios en el sistema interrumpiría la investigación, la educación y la práctica clínica.

El trabajo comenzó con la cita de 27 miembros del equipo que trabajaría el DSM-IV. Muchos consejeros internacionales también eran miembros del equipo del ICD-10 de la OMS. Las personas que estuvieron desarrollando el DSM-IV y el ICD-10 sostuvieron muchas reuniones para reconciliar diferencias significativas en los sistemas.

El proceso empírico de tres pasos incluían:

- 1) 150 revisiones bibliográficas, sistemáticas y completas; dirigiendo temas psicológicos de mayor preocupación y relevancia para el campo.
- 2) Reanálisis de grupos de datos existentes pero no analizados antes para proporcionar información adicional relevante para los temas del DSM-IV
- 3) En los ensayos de campos que valoran la confiabilidad de varios grupos de criterios sugeridos incluyendo el DSM-III, el DSM-III-R, el ICD-3 y el DSM-IV. La evaluación de esta evidencia científica, su compatibilidad con el ICD-10 y lo poco que se conserva del DSM-III-R y su utilidad clínica fueron factores importantes para considerar los cambios de un sistema existente, también se buscó la interacción y el impulso del campo, a través de diversas presentaciones y publicaciones.

Los trastornos del DSM-IV se caracterizan de acuerdo a una descripción de síntomas que surgen de un determinado patrón o grupo. En la mayoría de los casos este sistema descriptivo intenta ser natural en relación con una patología fundamental (el trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia del estado de ánimo depresivo o la pérdida de una unión interesante con síntomas tales como insomnio, pérdida del apetito y otros.)

Hay algunas excepciones para este enfoque general, los trastornos mentales debido a un trastorno medico general especifican una etiología y se distinguen del trastorno mental principal más común, para el cual no se ha determinado una etiología mas especifica.

5.4.1- Característica del DSM-IV:

El DSM-IV se organiza de acuerdo a 16 clases principales de diagnostico. Se incluye una sección adicional para trastornos que pueden ser focos de atención clínica, pero no se consideran trastornos mentales. A excepción de los trastornos que se diagnostican primero, en la infancia o en la adolescencia y los trastornos mentales debido a alteraciones medicas generales, trastornos mentales inducidos por sustancias y trastornos de adaptación, las clases de trastornos se agrupan de acuerdo a los síntomas que presentan en común para facilitar el diagnostico diferencial.

5.4.2- Clases de diagnósticos del DSM IV:

Entre las principales clases del diagnostico del DSM-IV se encuentran:

- ◆ Trastorno de personalidad
- ◆ Trastornos facticios
- ◆ Trastornos por ansiedad
- ◆ Trastornos somatoformes
- ◆ Trastornos del estado de ánimo
- ◆ Trastornos disociativos
- ◆ Trastornos de la alimentación
- ◆ Trastornos del sueño
- ◆ Trastornos adaptativos
- ◆ Trastornos del impulso y el control
- ◆ Trastorno de la identidad sexual y de genero
- ◆ Esquizofrenia y otros trastornos sicóticos

- ◆ Trastornos relacionados con sustancia, delirio, demencia, amnesia y otros trastornos cognoscitivos
- ◆ Trastornos mentales debido a alteraciones médicas generales
- ◆ Trastornos que por lo general primero se diagnostican en la infancia, niñez y adolescencia.

En el DSM-IV se define el retraso mental como un funcionamiento intelectual, significativamente inferior al promedio aunado a déficit de la conducta adaptativa antes de los 18 años de edad.

La siguiente figura citada por T Millón y R. Davis, autoridades mundiales en investigaciones sobre la personalidad. Millón es uno de los autores del reconocido " Test Millón". Según el DSM- IV publicado en 1995, las enfermedades mentales se clasifican.

Es una idea sintetizada de cómo se clasifican las enfermedades mentales según el DSM-IV publicado en 1995.

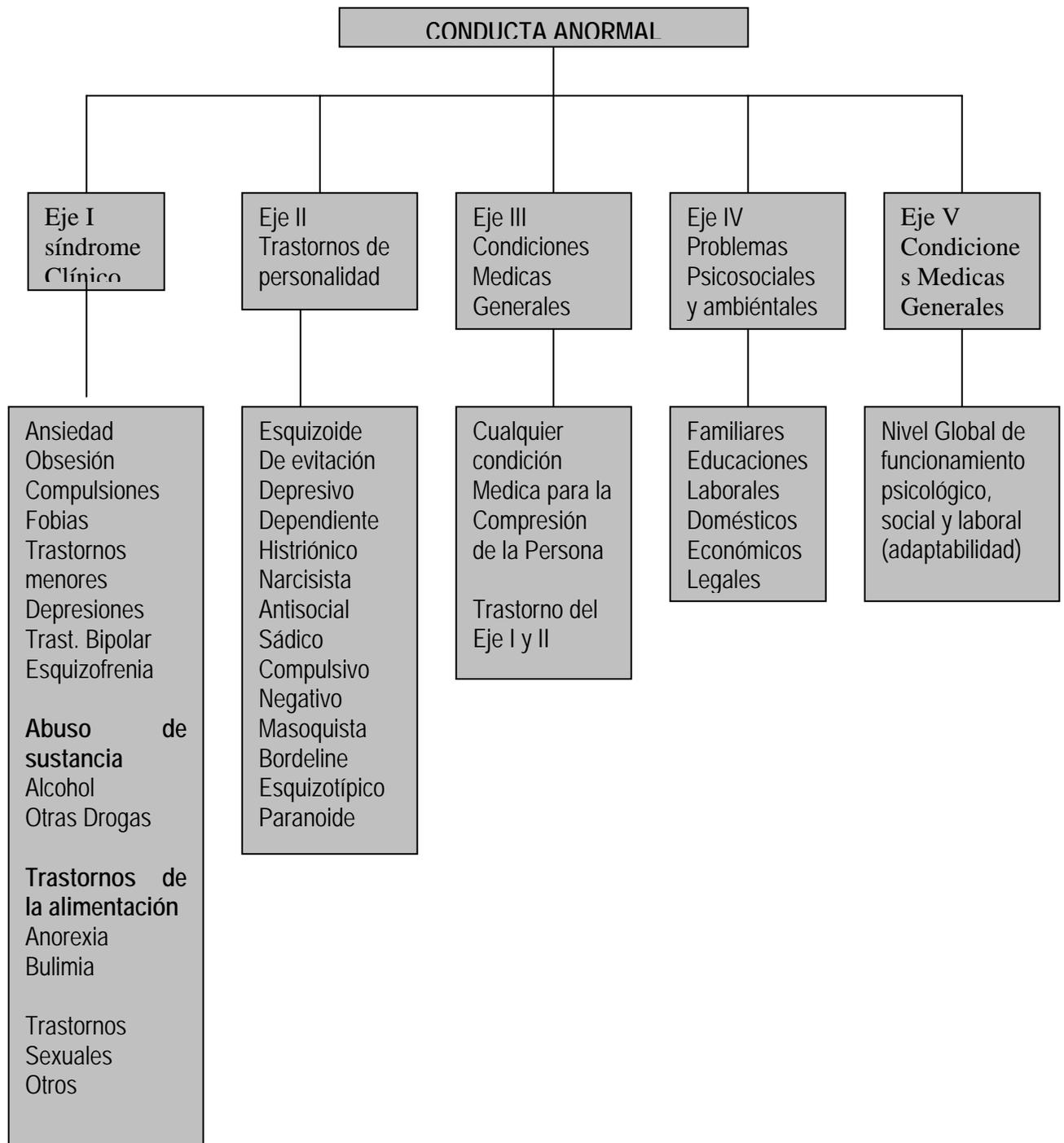


Figura Número 1 del DSM -IV

Tomado de Ching Céspedes Ronald Lin. Psicología Forense. Principios Fundamentales. 2002.

Ejemplo de uso del eje V:

UBICACIÓN DE NIVELES	EJEMPLO EN EL ADULTO	EJEMPLO EN EL NIÑO O EN EL ADOLESCENTE
<p>1-Superior: Financiamiento inusualmente eficaz en las relaciones sociales, la vida laboral y el empleo del tiempo libre. No hay malestar alguno asociado al funcionamiento ocupacional.</p>	<p>Un padre que se adapta muy bien en el trabajo, que atiende muy bien a los niños, tiene varios amigos íntimos y es aficionado a la música.</p>	<p>Niño de 12 años que saca notas muy buenas, en la escuela tiene mucho amigos y se destaca en deportes.</p>
<p>2- Muy bueno: Funcionamiento superior al normal en las relaciones sociales, el funcionamiento ocupacional y el uso del tiempo libre.</p>	<p>Un padre que hace todo lo anterior, pero se queja de sentirse aturdido por el trabajo.</p>	<p>Un niño de 12 años que hace todo lo anterior, pero se queja de cierto malestar para rendir en la escuela y en el deporte.</p>
<p>3- Bueno: No más de un leve deterioro en el funcionamiento social o laboral.</p>	<p>Un padre que funciona bien en el trabajo, cuida muy bien a sus hijos, tiene varios amigos íntimos, pero no tiene actividades recreativas.</p>	<p>Un niño de 12 años que participa en las actividades y deportes del colegio, tiene muchos amigos, pero con ciertas dificultades para mantener una nota de aprobado alto.</p>
<p>4- Medio: Moderada alteración de las relaciones sociales o el funcionamiento ocupacional o ligera alteración de ambos.</p>	<p>Un padre que solo tiene dificultades en cumplir las tareas de su trabajo, tiene varias amistades, pero no amigos íntimos.</p>	<p>Un niño de 12 años que tiene notas justa solo para aprobar de año, solo tiene un amigo y no participa en actividades sociales.</p>
<p>5- Mediocre: Notable deterioro de las relaciones sociales o el funcionamiento ocupacional o moderada alteración de ambos casos.</p>	<p>Un padre que solo tiene dificultades para mantener un trabajo más de unas semanas.</p>	<p>Un niño de 12 años que no tiene amigos y reprueba algunas de las asignaturas.</p>
<p>6- Muy mediocre: Marcada alteración de las relaciones sociales y el funcionamiento ocupacional.</p>	<p>Un padre que tiene las mismas dificultades anteriores, no tiene conocidos y sufre frecuentes brotes de cólera con sus vecinos y familiares.</p>	<p>Un niño de 12 años que no tiene amigos y reprueba todas las asignaturas.</p>
<p>7- Alteración muy importante: Grave alteración virtualmente en todas las áreas de funcionamiento.</p>	<p>Un padre que es ineficaz de cuidar su hogar, su higiene personal y suele ser incoherente</p>	<p>Un niño de 12 años que es incapaz de ir a la escuela, de cuidar de su higiene personal y se niega a hablar con su familia y amigos.</p>

6- Trastorno de la personalidad

◆ Personalidad anormal: Toda persona tiene distintos tipo de personalidad, cada individuo actúa y se desenvuelve de una manera diferente con respecto a otro y otros posee conductas anormales que los conllevan a cometer ciertos actos ilícitos de los que muchas veces pueden llegar a arrepentirse pero cuando lo hacen puede ser demasiado tarde, de esto se trata una personalidad anormal.

Concepto de Personalidad anormal: Son aquellos conjuntos de rasgos y características distintivas de la actitud o conducta de un individuo que por obra de una permanente interrelación de factores biopsicosociales, determinan una relación distorsionada de tal individuo con la realidad social e interpersonal en la que actúa.¹⁹

¹⁹ Alarcón, R. Caracterización Clínica de la personalidad anormal. Anales V Quinto congreso Peruano de psiquiatría. Neurología y neurocirugía. 1974. Pág 51-62

Modelo de clasificación de las personalidades anormales.

Según Schneider	OMS (CIE-9)	APA (DSM-III)	Según Millón
Hipertimica	Paranoide. Esquizoide. Afectiva	Paranoide. Esquizoide Esquizotípica	Paranoide. Evasiva. Cicloide
Deprimida Insegura	Anáncastica	Compulsiva	Conformista
Fanática. Maniático de la notoriedad. Inestable	Histérica	Histriónica Nacista Limítrofe	Gregaria
Explosiva	Explosiva. Antisocial	Antisocial.	Agresiva
Anética Abúlica Astenica	Asténica	Dependiente. Evasiva	Asocial. Sumisa
	Inmadura	Pasivo-Agresiva Atípica o Mixta	Negativista

Los cuatro modelos principales de clasificación de personalidades anormales son por orden de antigüedad: La tipología de Schneider (de difusión en Europa Continental), la clasificación de la organización mundial de la salud (CIE-9), El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Siquiátrica Americana (3ra edición, DSM-III) y la clasificación de Millón, de orientación interpersonal y conductista. Se presentan estos cuatro modelos enfatizando más las semejanzas que las diferencias, hay algunas variedades que aparecen solo en una de las clasificaciones, revelando con ello diferencias de frecuencia, de ideología o tal vez del contexto cultural en el que las diferentes personalidades actúan o son detectadas.

Los factores biológicos a nivel genético, fundamentalmente, jugarán un rol decisivo en la conformación de las personalidades Esquizoide, Paranoide y explosiva. El componente socio genético tendría que ver fundamentalmente con la personalidad antisocial, para algunas llamada "neurosis del carácter".

- Tipo de personalidad anormal.²⁰

1 – Esquizoide: Originado en la psicología Europea de comienzos de siglo, el concepto ha sido estudiado como un estilo de interacción social, un estadio del desarrollo personal o de una entidad genéticamente vinculada a la esquizofrenia. El rasgo principal de ésta es su intenso grado aislamiento social, se percibe así mismo como "solo en el mundo" y percibe la realidad exterior como adversa o puramente objetal.

2 – Paranoide: Con acentuado ánimo persecutorio, el individuo de personalidad paranoide se ve a sí mismo como VICTIMA de fuerzas, seres o personas superiores. Sus rasgos son la presencia acuciante de suspicacia y desconfianza no justificada, hipersensibilidad interpersonal, soledad, restricciones extrema de experiencias afectivas, (su suspicacia y desconfianza lo tornan defensivo o peligrosamente agresivo) y gran temor a la cercanía o intimidad. Siempre se encuentran propensos a crisis de celos y a la envidia, siempre critica a otros por sus fallas o errores, generan una relación distorsionada con la realidad circundante y el uso masivo de negación, proyección y racionalización.

3 – Compulsiva: Meticulosa, detallista, perfeccionista, distante, rígida, obstinada, actúa como compelida por un exigente sentimiento del deber; este tipo de personalidad exhibe una significativa restricción en la capacidad de expresar calidez y ternura, de ahí el limitado ámbito de interacción social. Su obstinación los hace insensible a los sentimientos de otros. Son

²⁰ Schneider, K. las personalidades psicopáticas. Madmorata, 1948. Pág. 17-20

propensos a presentar reacciones ansiosas y depresivas; poseen mecanismos defensivos tales como: aislamiento, formación reactiva y retracción; emociones internas tales como hostilidad y resentimientos

4 – Histérica: Las características fundamentales son: histrionismo o tendencia a la dramatización, egocentrismo, dependencia, relaciones interpersonales huecas o superficiales, tendencia a la manipulación, impulsividad, irritabilidad fácil y hostilidad hacia el sexo masculino. La preponderancia de este desorden en el sexo femenino parece tener su contraparte en los sociópatas o antisociales del sexo masculino. La personalidad histérica parece resultar tanto en exceso como de privación de afecto en etapas tempranas de la vida.

5 – Dependiente: El individuo dependiente carece de confianza en sí mismo, aún en grados mínimos; este experimenta incomodidad intensa cuando se le deja a su libre albedrío, aún por periodos breves. En este sentido el diagnostico diferencial se extiende desde otros desordenes de personalidad, tales como el histriónico hasta los desordenes afectivos mayores o esquizofrenia crónica, pasando por los desordenes somatoformos tipo hipocondría.

6 – Ciclotímica: La nueva clasificación Norteamericana acepta plenamente la descripción de ésta categoría diagnostica, pero la ubica no como un desorden de la personalidad, sino como un desorden efectivo "menor", una forma menos intensa de trastorno maníaco – depresivo, el desorden ciclotímico se ve enmascarado por conductas aparentemente antisociales, manifestación atípica de la fase hipomaníaca.

7 – Explosiva: Incluida en DSM-III en rubro de desorden explosivo intermitente (perteneciente al grupo de desórdenes de pérdidas del control), la personalidad explosiva es propensa a reacciones violentas, súbitas, desproporcionadas al estímulo, de duración generalmente corta. En los periodos intercríticos su actividad es anormal o a veces más bien superficialmente cortés, ceremoniosa, exageradamente afable o afectada, al punto de generar rechazo en

quienes alternan con ella. Se ha mencionado repetidas veces su relación con condiciones clínicas como la epilepsia psicomotora; ésta personalidad no es generalmente propensa a la conducta antisocial.

8 – Pasivo – agresivo: Fue hasta la mitad de la segunda Guerra Mundial que supieron explicar los conceptos de este desorden de la personalidad y detectaron que es un tipo de reacción neurótica al estrés rutinario, manifestada por sentimiento de desamparo, pasividad, obstruccionismo y explosiones agresivas. El pasivo agresivo despliega una forma particular de hostilidad, expresada conductualmente, esto, dentro de los límites de lo legal y socialmente aceptable. El pasivo – agresivo presenta también incapacidad para experimentar afectos bien diferenciados, tiene dificultades en el trabajo y claras restricciones en la estimulación imaginativa; es propenso a reacciones disfónicas y a frecuentes problemas somáticos. El pasivo – agresivo se defiende de ansiedad y depresión por medio de la exterminación y el desplazamiento somático.

9 – Narcisista: Una de las tres nuevas variedades de personalización anormal adoptadas por DSM-III, se caracteriza por un sentimiento grandioso de auto importancia o singularidad, preocupación por fantasías de éxito ilimitado, necesidades exhibicionistas de atención y admiración constante, emociones conflictivas en respuesta a otros (indiferencia, frialdad, cólera, vergüenza, humillación.) Presenta frecuentemente cuadros depresivos y dolorabilidad difusa; uso continuo de racionalizaciones y en ocasiones, mentiras abiertas.

10 – Evasiva: reconoce una profunda experiencia de soledad agravada por un intenso deseo de ser aceptado, pero en conflicto con una gran hipersensibilidad al rechazo.

7- Enfermedad Mental:

Un concepto limitado de enfermedad mental deriva de la idea de que no hay enfermedades sin sustrato somático, corporal u orgánico. La idea, ya enunciada por Kraepelin,

se desarrolla ulteriormente por Kurt Schneider. Según ello la enfermedad sólo existe en lo corporal. Por consiguiente, una manifestación psíquica morbosa(enfermedad mental) sólo es tal cuando está condicionada por alteraciones o modificaciones patológicas en el cuerpo, esto es, por procesos morbosos en el cerebro; Por enfermedades de cerebro mediatas o inmediatas cuyas manifestaciones anatómicas-progresivas son en parte demostrable por los sentidos en la autopsia o a través del microscopio.

Conforme a este concepto restringido de la enfermedad mental, las "variantes de la personalidad" o "formas de ser de la constitución espiritual", consistentes en simples valoraciones cuantitativas de lo normal (desviaciones de la norma) y que no exhiben peculiaridades específicas de las psicosis, tales como la oligofrenia, las personalidades psicopáticas, las neurosis, no son enfermedades mentales genuinas, sino meros estados anormales del psiquismo.

7.1- Psicosis:

Enfermedad mental que altera profundamente la vida psíquica normal. Se distinguen diversos tipos de psicosis, endógenas, de las cuales se supone que existe una etiología somática (ejemplo; psicosis maníaco-depresiva, esquizofrénica, paranoide), y psicosis exógenas, cuyas causas son externas (ejemplo; Psicosis por agotamiento y por infecciones tóxicas). En general, se distinguen de la neurosis (no sin una cierta dificultad), por ser de carácter orgánico, por su mayor gravedad, por ser el enfermo ajeno a su enfermedad y por no poder acceder éste a los niveles de vida psíquica. Sintomatológicamente; Pérdida del sentido de la vida psíquica en forma de delirios crónicos o agudos (aparición de experiencias psíquicas ilógicas, independientes, vividas como ajenas). Las formas más graves son la esquizofrenia (escisión de la personalidad, absurdidad, extrañeza) y la psicosis maníaca- depresiva, en la que se presentan en el mismo sujeto fases maníacas y fases depresivas, en forma cíclica. ²¹

²¹ Grijalbo. Diccionario Enciclopédico. 1996. Pág. 1518

Según se ha dicho existen tres grupos de psicosis, a saber:

- a) Psicosis orgánicamente condicionada.
- b) Psicosis tóxicamente condicionadas.
- c) Psicosis funcionales.

Los dos primeros grupos integran las denominadas psicosis exógenas, mientras las del tercero muestran esencialmente una raíz endógena.

Dentro de las psicosis endógenas y exógenas se encuentran los siguientes grupos, en primer lugar están:

a- Las psicosis orgánicamente condicionadas constituyen el modelo exacto de la enfermedad mental en el sentido riguroso y tradicional. En ellas un tosco proceso morboso(exógeno) prende en el mecanismo encefálico normal y lo destruye o lo perturba al menos. Se trata especialmente de las demencias en todas sus variedades.

b- Las psicosis tóxicamente condicionadas, a su vez, comprenden las perturbaciones producidas por envenenamiento, especialmente las que se producen por el uso excesivo de alcohol y otros tóxicos. Constituyen un eslabón intermedio entre la psicosis orgánicamente condicionadas y las funcionales.

c- Las psicosis funcionales o endógenas, son perturbaciones anímicas que carecen de anatomía alguna de la especie de la psicosis orgánicas; su asiento no está en toscas irrupciones en la incolumidad del órgano nervioso central, sino en algo funcional. Integran este último grupo especialmente, la esquizofrenia y la psicofrenia (locura circular o maníaca depresiva), a las que Mezger añade la epilepsia verdadera o genuina, ciertos procesos psicóticos en el ámbito de la histeria y algunas formas típicas de la paranoia.

Dentro del grupo de las psicosis endógenas o funcionales corresponde aquí mencionar, en segundo lugar, los círculos de las formas maníacas- depresivas. Se halla constituido por trastornos anímicos que se caracterizan principalmente por fluctuaciones notorias del estado de ánimo, que surgen sin un motivo reconocible (endógenas), que en general se desarrollan en fases y que, en principio, son curables.

Cuando las fluctuaciones de ánimo alcanzan la intensidad de la psicosis se habla de "locura maníaco-depresiva" (a pesar de lo inapropiado del vocablo locura) mientras que las leves fluctuaciones del estado de ánimo son expresivas de meras "ciclotimias" caracterológicas o temperamentales o de una personalidad psicopática "cicloide".

Comúnmente se distinguen tres cuadros sintomáticos o tipos de estos trastornos. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, separa una psicosis maníaca-depresiva de tipo maníaco, otra de tipo depresivo y una tercera de tipo circular. Importa caracterizar brevemente los tipos fundamentales o fases definidas de la psicosis maníacos-depresivas.

El estado o fase maníaca(manía), que aparece por lo general entre los 20 y 50 años de edad, consiste en un estado de hiperexcitación de las funciones caracterizado por la exaltación del humor y el desencadenamiento de las pulsiones instintivo-afectivas. El maníaco dá la impresión de una aceleración de los procesos psíquicos en su totalidad.

La fase o cuadro de melancolía se opone casi punto por punto a la manía. Se trata de un "estado de depresión intensa vivenciado con un sentimiento de dolor moral y caracterizado por el aflojamiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras. Por su peculiar gusto el maníaco(gustos dispendiosos, compras innecesarias, regalos generosos, etc.) se inclina especialmente a los delitos contra la propiedad: estafas, defraudaciones, cheques sin fondos, abusos de confianzas, pero así mismo robos y delitos contra la moralidad. No le son

ajenos los delitos violentos, pero raramente desembocan al homicidio, salvo que se encuentren alcoholizados.

En tercer lugar integran los cuadros de las psicosis el grupo de los llamados delirios crónicos. Entre ellos nos ocuparemos únicamente de las denominadas psicosis delirantes sistematizadas (psicosis paranoicas). *La paranoia* es un trastorno mental crónico de desarrollo insidioso, y se caracteriza por ideas delirantes persistentes, inalterables, sistematizadas y lógicamente razonadas. El comportamiento general, el habla, y las reacciones emocionales y de conducta no se alteran, excepto por la influencia que sobre ellas ejercen las creencias anormales, que se vuelven el motivo predominante y la guía de la vida del enfermo y pueden, por lo tanto, alterar gravemente la prudencia.

El paranoico genuino, suele ser persona de dotación intelectual superior, la que puede permanecer sin alteraciones. En algunos caso, al igual que en otras reacciones paranoicas, la fuente psicopatológica parece encontrarse en impulsos homosexuales reprimidos. En muchos otros, la psicosis parece derivar del mecanismo por medio del cual los impulsos que inspiran culpa se repudian por el sujeto que los proyecta en un perseguidor(mecanismo de proyección). Otro proceso importante consiste en la racionalización: defiende tan vigorosa y convincentemente sus ideas delirantes, cuando trata de convencer a otros, que efectivamente las presenta revestidas de tal grado de verosimilitud que sus propios amigos y allegados acaban aceptándolas como reales.

La importancia criminógena, de las psicosis paranoicas es considerable. Los paranoicos son los sujetos más peligrosos entre los enfermos mentales. La gama de infracciones y de delitos posibles abarca todo el ámbito penal, siendo los delitos contra las personas, en todas sus formas, los más frecuentes. Naturalmente lo que es más de temer es el asesinato, especialmente cuando se trata de los "perseguido-perseguidores", bien porque

conscientemente los delirantes quieren vengarse de sus enemigos, bien porque inconscientemente desean castigarse a sí mismos.

7. 2- La esquizofrenia:

Se trata de una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunidad con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir, en un caos imaginario. Según su definición clínica corriente se entiende por tal un conjunto de trastornos en los que domina la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas, y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido de desapego y de la extrañeza de los sentimientos; trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y una disociación de la personalidad.

La esquizofrenia rara vez se presenta ante de los quince y después de los cuarenta y cinco a cincuenta años. Entre los quince y treinta cinco años es cuando la morbilidad es más elevada. Según algunos autores, además, es una enfermedad hereditaria sin ningún género de duda.

Según la variada sintomatología existen diversas formas clínicas de la esquizofrenia que, al parecer, dependen de la edad en que aparece la dolencia. Las formas más graves son *la hebefrenia* (que se manifiesta en la pubertad o inmediatamente después de ella) y *la catatonía* (enfermedad de la tercera década de la vida). La forma menos grave, *paranoica* o paranoide, se desarrolla generalmente en la cuarta década de la vida o más tarde.

La forma hebefrénica es la "demencia precoz de los jóvenes". Se distingue por la predominancia del síndrome negativo de discordancia y la rapidez de su evolución.

La forma catatónica, se caracteriza por la predominancia de los trastornos psicomotores. Es una esquizofrenia grave. Las remisiones son más raras que en las formas paranoides pero la enfermedad tiene a veces una evolución clínica. Espontáneamente la evolución se hace progresivamente hacia la demencia, generalmente en 3 ó 4 años.

La forma paranoide, es en general de pronóstico más favorable que las anteriores. Se caracteriza fundamentalmente por la viveza de las ideas delirantes (que suelen ser numerosas, ilógicas, y no toman en consideración la realidad), asimismo por las alucinaciones y el habitual trastorno esquizofrénico de las asociaciones y del afecto, junto al negativismo.

Desde del punto de vista criminológico la importancia de las esquizofrenias es considerable. Los delitos contra la vida y la integridad corporal, así como los incendios se sitúan en primer término. En ellos llama la atención la rudeza, crueldad y frialdad de los actos de violencia. Fuera de estos el esquizofrénico puede cometer toda clase de delitos, contra la propiedad, moralidad, injurias, incendios, etc.

Dentro de la esquizofrenia se derivan diversos tipos de personalidades en las psicopatías:

- Las personalidades psicopáticas: se trata de anomalías constitucionales del carácter que derivan, por variaciones simplemente cuantitativas, de la personalidad normal. El concepto se vincula, en consecuencia, con la difícil noción de normalidad.

No existe entre psicopatía y enfermedad un límite tajante. Se trataría, por el contrario, de estados fronterizos que transcurren gradualmente y que se hallan en un punto intermedio entre salud y enfermedad, tendiendo a acercarse a la psicosis a través de estadios sucesivos. Esta transición gradual entre los diferentes de la serie nosológica es la opinión mayoritaria de los autores modernos.

- Personalidad mitómana o confabuladora: Caracterizada por la frecuencia y riqueza de las llamadas confabulaciones, esto es, la frecuente deformación de la realidad bajo el influjo de una tendencia afectiva (mecanismo catafórico) que conduce al sujeto a tener como verdaderas meras creencias, total o parcialmente falsas. En este proceso existe cierta confusión de los planos objetivos y subjetivos de actuación, producido por la supresión de la función auto-crítica, que permitiéndose de ese modo la satisfacción de una tendencia afectiva.
- Personalidad histórica o histeroide: Son sus características más típicas, un gran auto y heterosugestibilidad, un total predominio de los factores afectivos en la vida psíquica, la insuficiente diferenciación de planos, real y autística, la tendencia a la disociación de la personalidad, la superficialidad y exageración de sus reacciones psíquicas(dramatismo) y, por fin, la ideoplástia, esto es, la extrema facilidad para transformar todo estado psíquico en cambio somático.
- Personalidad explosiva o epileptoide: Caracterizada por lo violento de sus relaciones afectivas que se concentran para descargarse bruscamente y en desproporción a los estímulos externos. La reacción es siempre sorpresiva y contrasta con cierta pereza y lentitud psíquica que es la peculiar. Durante el raptus son capaces de cometer los actos más atroces sin recordar nada o casi nada de lo ocurrido.
- Personalidad paranoide: a diferencia de las anteriores, aparentemente afectados de un profundo desequilibrio afectivo, el paranoide aparece como un individuo equilibrado y razonador, veraz y justo, un examen profundo demuestra, sin embargo, que únicamente lo es, en cuanto a lo que de acuerdo a su muy exclusivo modo de ver constituye lo verdadero y lo justo. Es característico del paranoide el partir de hechos ciertos que interpreta torcidamente, o de la torcida observación de hechos que luego tiene por verdaderos. Pero en modo alguno debe confundirse estas peculiaridades con los procesos delirantes. Lo que define es el uso de la

función denominada de auto justificación y la extraordinaria energía para imponer a los demás su manera de pensar.

- Personalidad compulsiva: Es razonadora como la anterior pero a diferencia de ella, su agresividad no se dirige hacia fuera sino hacia el interior. El aspecto positivo y negativo de sus juicios se opone tan fuertemente que determina una verdadera duda obsesiva que produce indecisión y falta de eficiencia práctica.

- Personalidad hermética o esquizoide: se trata del tipo más difícil. Se caracteriza por la contradicción perpetua de la conducta que excluye toda previsión lógica. Su actitud social es extraña, dando la impresión de un vivir al lado, pero sin convivir con los demás hombres. Se caracterizan por ser originales, caprichosos, bruscos, de conducta extremadamente incoherente. Su comprensión es sumamente difícil y no es posible saber lo que piensan, sienten o quieren, ni siquiera saber si lo hacen. A veces parecen exageradamente sensibles ante un estímulo que inmediatamente los deja indiferente sin causa aparente.

- Personalidad cicloide: En oposición al anterior, se encuentra la personalidad cicloide. Mientras la vida psíquica del esquizoide transcurre en el plano subjetivo, la del cicloide se exterioriza en el plano objetivo. Aquel es fundamentalmente introvertido; este es el extrovertido, se adapta y sintoniza con el mundo externo. Su característica esencial radica en el perpetuo alternar de estados de excitación e hiperactividad con estados de tristeza y depresión (las llamadas olas cicloides).

- La personalidad asténica: Se peculiariza por el agotamiento rápido de sus ciclos de actividad psíquica que no llegan, en general, a ser expresiones motrices adecuadas a los estímulos externos.

- Personalidad inestable: Se trata de personas ligeras, frívolas, indiscretas, que se continúan sin transición con el círculo histeroide. Sin embargo, frente a estos, le es característico más bien que un comportamiento de fingimiento y simulación una tendencia a enredar. Son más bien hiperemotivos.
- Personalidad hipocondríaca: caracterizada por una perturbación o alteración del sentimiento cenestésico; la extrema preocupación por la propia salud y, en general, por la integridad y el funcionamiento del organismo, y con menor frecuencia, de la propia mente; sentimiento que puede hallarse asimismo en otras enfermedades mentales como la esquizofrenia, la histeria, la psicosis maniáco depresiva, etcétera.
- Personalidad perversa: Su característica dominante es la carencia total de sensibilidad. Sin la concurrencia necesaria al menos aparente, de un desmedro de las funciones intelectuales, el rasgo peculiar es la ausencia de sentido moral (moral sense) y, por consiguiente, la capacidad irreversible de participaciones en las valoraciones morales y ético-sociales de la comunidad social en que vive.

7.3- Las Neurosis:

La Organización Mundial de la Salud caracteriza a las neurosis como “un trastorno mental, sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede mostrar considerable discernimiento y su apreciación de la realidad no está alterada en el sentido de que, en general, no confunde sus experiencias subjetivas morbosas y fantasías con la realidad externa. El comportamiento puede estar grandemente afectado aunque por lo común permanece dentro de límites socialmente aceptables, pero la personalidad no está desorganizada.

Lo diversos tipos de neurosis son:

- Neurosis de angustia: es la forma básica y más simple de la neurosis. Constituye una especie de tronco común de la organización neurótica y se caracteriza por un fondo permanente y por crisis de angustia.
- Neurosis histérica: en esta especie de neurosis la angustia se neutraliza o se convierte por su enmascaramiento en expresiones psicósomáticas artificiales. Los síntomas constituyen fenómenos de conversión, en el plano somático, de ideas, imágenes, afectos o conflictos inconscientes.
- Neurosis fóbica: se trata de un estado neurótico con miedo anormalmente intenso hacia ciertos objetos o situaciones específicas que normalmente no causarían dicho efecto. De ese modo la angustia referente a ciertas personas, cosas, situaciones o actos, se convierte en el objeto de un terror paralizador: miedo a los espacios abiertos(agorafobia)etc.
- Neurosis obsesiva-compulsiva: en este tipo de neurosis la angustia se controla de manera automática, cuando se asocia a pensamientos y actos que se repiten en forma persistente. El enfermo reconoce que los pensamientos y actos rituales que no desea tener, son irracionales, pero no puede controlarlos.
- Neurastenia: La OMS dice de ella que es un neurótico caracterizado por fatiga, irritabilidad, dolor de cabeza, depresión, insomnio, dificultad para la concentración mental y falta de capacidad para el placer(anhedonia). Puede ser consecutiva a una infección, a fatiga o surgir a causa de tensión emocional continua.
- Neurosis hipocondríaca: sus características conspicuas son la preocupación excesiva por la salud propia en general o por la integridad y el funcionamiento de alguna parte del propio

cuerpo o, con menos frecuencia, de la propia mente. Usualmente está asociada con ansiedad y depresión.

- Neurosis depresiva: depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecuencia a una experiencia aflictiva. No comprende entre sus características ideas delusivas ni alucinaciones, y, a menudo hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad: por ejemplo, pérdida de una persona querida o de una propiedad. Es frecuente que se manifieste también ansiedad.

7.4- La Epilepsia:²²

Las alteraciones psicopatológicas presentes en pacientes epilépticos pueden agruparse en ictales, preictales, e interictales, según la relación que guardan con las crisis epilépticas. Entre las primeras, destacan las alteraciones de conciencia, el estupor y la obnubilación, los movimientos automáticos propios de descargas psicomotoras, algunas descargas que producen pautas típicas de expresión emocional, como llanto, risa, cólera, etcétera, y descargas autonómicas como la epilepsia abdominal que puede confundirse con trastorno psicósomático.

La psicopatología preictal, constituida por auras de tipo autonómico, visceral, perceptual desde distorsión de la experiencia a complejas alucinaciones- y emocional. Auras que preceden crisis abortivas son de particular interés, por la dificultad diagnóstica que presentan en ausencia del ataque epiléptico clínico. La psicopatología preictal y postictal más importante la constituyen los delirios confesionales, en ocasiones acompañados de serias manifestaciones agresivas. Las alteraciones interictales son las que no guardan relación temporal directa con el ictus epiléptico, e incluyen caracteropatías, psicosis (generalmente esquizofreniformes), y síndromes dementiformes, por lo que su interés en el área de la psiquiatría legal y forense resulta evidente.

²² Arcia Callejas Álvaro José. Análisis de la importancia del médico forense en el derecho penal Nicaragüense. 1997. Pág. 27-63

Existe controversia sobre si el origen causal de estos trastornos ha de buscarse en las raíces biológicas de la epilepsia o en la reacción psicosocial suscitada por la enfermedad. Las modificaciones metabólicas inducidas por la medicación antiepiléptica juegan también un papel en ciertas alteraciones psicopatológicas.

Una solución a la controversia es sugerida por Gibbs, indicando que los trastornos intelectuales y del comportamiento asociados con el síndrome epiléptico son de hecho sólo comunes entre los pacientes que sufren de epilepsia psicomotriz.

Bajo el nombre común de "epilepsia" se engloba un gran número de síndromes, consistentes en manifestaciones muy diversas, con muy distintas etiologías y mecanismos patogénicos, hasta el punto que el gran neurofisiólogo y epileptólogo Herbert Jasper insiste en que se hable de la epilepsia en plural, esto es las epilepsias, para recalcar el aspecto heterogéneo de los trastornos reunidos bajo este nombre común.

Falret agrupó los trastornos psíquicos asociados con la epilepsia en tres categorías, dependiendo de la relación temporal de la anormalidad psíquica con la crisis epiléptica. Su clasificación de los trastornos mentales del epiléptico en ictales, periictales e interictales tiene todavía vigencia.²³

Fenómenos psíquicos ictales: el más obvio y evidente de todos es la alteración de la conciencia que puede ir desde el coma profundo del "gran mal" hasta ligeras obnubilaciones que pueden pasar desapercibidas para el paciente y para los que los rodean, y cuya frecuencia sólo puede ser medida mediante el electroencefalograma, ayudado técnicas telemétricas. Son estas pequeñas alteraciones de la conciencia las que tienen más importancia psiquiátrica, puesto que pueden explicar fenómenos alarmantes para el paciente, tales como encontrarse

²³ Ib ídem. Pág. 27-63.

frente a un armario abierto sin saber que iba a buscar, o para los demás, tales como la queja frecuente de los padres de niños como formas leves de epilepsia no convulsiva de que " no escucha lo que se le dice".

El estupor ictal consiste clínicamente en obnubilación de la conciencia, de un tipo más ligero que en la típica ausencia o crisis de petit mal, que puede durar horas o días. En contacto con el medio, el enfermo es capaz de mantener los ojos abiertos, comer y beber, y de responder a preguntas sencillas, siempre que sean hechas con insistencia. El lenguaje es lento, la articulación defectuosa y el comportamiento extraño y desprovisto de sentido, aunque no suele haber automatismos.

Manifestaciones psiquiátricas periictales: Este grupo de fenómenos psíquicos puede ser subdividido en dos grupos: .

A) Preictales: Un cierto número de epilépticos, especialmente aquellos cuyas crisis no son muy frecuentes o cuya epilepsia es de corta duración, experimentan signos premonitores de una crisis inminente, el aura epiléptica. Este aura es el único síntoma subjetivo para la mayoría de los epilépticos, y su descripción es de gran importancia para la localización de la zona del cerebro donde se origina la descarga, antes de que esta se generalice.

B) Postictales: Algunos pacientes sienten alivios después de una crisis, sin embargo, algunos se sienten peor, sus trastornos característicos e intelectuales se agravan y pueden mostrar otros signos y síntomas de interés psiquiátrico. Este último tipo de epilépticos es el que Alonso Fernández considera como que sufre de "epilepsia estacionaria", en contraposición de los del primer grupo, que sufriría de "epilepsia procesal". Después de una crisis de gran mal el paciente puede caer en un sueño de varias horas e incluso días de duración, con recuperación paulatina de la actividad cerebral.

Manifestaciones psiquiátricas interictales: pertenecen a este grupo de alteraciones de la personalidad, el intelecto, la vida emocional y el comportamiento que permanecen más o menos estables y llevan una existencia relativamente independiente de las crisis epilépticas, aunque pueden acentuarse transitoriamente en el período preictal y agravarse progresivamente en cada fase postictal.

Desde hace casi cien años se discute el problema de una "personalidad epiléptica o trastorno caracterial peculiar y específico de los epilépticos, aunque con un enfoque cambiante en el tiempo.

Actualmente resulta claro que los epilépticos, como todo el mundo, pueden presentar una gran variedad de trastornos psiquiátricos, sin que en general se pueda hablar de un tipo específico de patología exclusivamente relacionada con la epilepsia.

7.4.1- Características de la Epilepsia:

- 1- Independencia de circunstancias exteriores.
- 2- Ausencia de motivos.
- 3- Ausencia de premeditación.
- 4- A menudo, en desacuerdo con las tendencias o habilidades del individuo.
- 5- Inicio repentino.
- 6- Ejecución automática.
- 7- Amnesia parcial o total del hecho.
- 8- Intervención motora y psíquica en los actos.
- 9- Ausencia de cómplices.
- 10- Palidez o cianosis en le rostro.
- 11- Mirada extraviada o fija, con nistagmo.
- 12- Violencia exagerada y brutalidad del acto agresivo.
- 13- Repetición fotográfica.

- 14- Duración breve de la crisis.
- 15- Terminación brusca.
- 16- Confusión o somnolencia al terminar.

Las reacciones delictivas durante las crisis comiciales se caracterizan por la extraordinaria violencia y el furor brutal de la reacción que pueden llegar a homicidios con descuartizamientos o mutilaciones. Esto puede ocurrir especialmente al salir de la crisis, cuando se comporta como "Una bestia feroz desencadenada". Cuando el delito se comete antes, durante o inmediatamente después de los paroxismos en estado crepuscular, en fuga epiléptica o existen rasgos demenciales acentuados, cabe declarar al individuo como inimputable, por que no esta en capacidad de controlar sus impulsos.

En cuanto a los delitos cometidos en los intervalos interparoxísticos, si el acto ha sido premeditado, discutido y realizado con lucidez, procede la imputabilidad, hostilidad, irritabilidad, desconfianza, brutalidad, etc. conviene declarar la imputabilidad disminuida.

El perito psiquiatra tiene por objeto:

- Ser auxiliar del juez, a quien ilustra sobre aspectos mentales del imputado en relación con el delito cometido.
- Aportar los fundamentos científicos para el tratamiento del enfermo mental.
- Establecer la capacidad mental de una persona en el grupo civil.

Para ser responsables de sus propio actos ante la ley, todo individuo debe estar conciente del mundo que lo rodea, razonar y juzgar acerca de lo que es moralmente correcto y controlar su propia conducta (conciencia, lucidez, raciocinio, juicio e impulsividad) en:

7.4.2- Estado mental en el momento del hecho:

Es un problema difícil tratar de establecer el estado mental del imputado en el momento de la acción criminal, basándose en un examen que el perito realiza semanas, meses o más de un año después, para ello conviene que el perito siga estas reglas:

- a- No limitarse al examen de las actuaciones que motivan el juicio.
- b- Recabar las actuaciones del imputado que figuran en el momento del hecho, se debe obtener de parientes, conocidos, compañeros de la víctima, una sencilla descripción de las actuaciones, declaraciones y comportamiento del imputado.

7.4.3- Psicogénesis delictiva:

En esta se estudian los mecanismos psicológicos de la conducta anti jurídica del delincuente u en relación con ellos, la naturaleza psíquica del acto delictivo y el estado del individuo al momento de delinquir.

Todo constituye un proceso que va desde el momento de la sugerencia o intuición del objetivo(intelección) hasta aquel en que se decide la ejecución del delito.

7.4.4- Estado peligroso o peligrosidad:

Para el maestro Guillermo Uribe Cualla, esta es la capacidad de una persona para convertirse probablemente en autora de delitos.

Para Julio Romero Soto, es la probabilidad de que puedan llegar a cometerse infracciones a la ley penal. Según Luis Jiménez de Asúa, consiste en la probabilidad de que un individuo cometa o vuelva a cometer un delito.

Existen factores que se involucran:

1. El trato brutal de los padres a estos individuos en la infancia.
2. Esquizofrenia (paranoide)

3. Condiciones orgánicas.
4. Alcohol y drogas.

La peligrosidad si bien en su origen es jurídica es también médica, pero en su diagnóstico.

7.4.5- Trastorno mental transitorio: es una entidad psiquiátrica forense que puede considerarse como eximente o atenuante de responsabilidad penal.

Gisbert Calabuig define esta entidad como "Estados de perturbación mental pasajeros y curables, debidos a causas ostensibles sobre una base patológica probada, cuya intensidad llega a producir anulación de libre albedrío con su consiguiente repercusión en la imputabilidad".

Características :

1. Desencadenado por una causa inmediata y de fácil demostración.
2. Aparición brusca o por lo menos rápida.
3. Curación breve.
4. Curación rápida, completa, sin secuelas y sin probabilidades de repetición.
5. Base patológica probada.
6. Anulación completa del libre albedrío e inconsistencia u obnubilación temporal.

7.4.6- Retardo mental:

Es un defecto en las funciones mentales superiores, especialmente al nivel de la inteligencia. Puede ser congénito (deficiencia mental) o adquirido sobre todo por causas ambientales (retardo mental). A veces se asocia con defectos físicos (rasgos toscos, alteraciones en los ojos, dedos cortos y gruesos, desproporción en las medidas del cuerpo). El criterio fundamental de clasificación es el coeficiente de inteligencia (C.I) que es la relación

entre la edad mental y la edad cronológica. Otros criterios que deben tomarse en cuenta son las características de desarrollo y las posibilidades de aprendizaje.

La alteración intelectual que se desarrolla por una lesión o enfermedad mental después de la adolescencia, es demencia y no, defecto mental. El retardo mental padece un defecto en la capacidad de razonar, planear y construir y una pobreza de información general.

8- Simulación de enfermedad mental:

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - IV) la característica de la simulación es la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una conducta criminal u otras.

Debe sospecharse simulación si existe alguna de las combinaciones presentes: ²⁴

- ◆ Presentación de un contexto legal o valoración psicológica forense.
- ◆ Discrepancia observada entre el estrés y la alteración explicada por la persona y los datos objetivos de la exploración psicológica.
- ◆ Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
- ◆ Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad.

8.1- Tipos de simulación:

De acuerdo con la literatura analizada, puede encontrarse varias formas de simulación, pero fundamentalmente puede resumirse en tres tipos.²⁵

²⁴ Ingegneros, José. Simulación de la locura ante la criminología, la medicina legal y la psiquiatría. 1997. Pág. 17-23.

²⁵ García Andrade, José Antonio 1996. Psiquiatría criminal y forense. Madrid: editorial centro de estudio Ramón Areces, S.A. Pág. 50-60

1. La simulación: Es aquella en que el individuo conscientemente finge y se hace pasar por alguien que sufre una enfermedad mental, síndrome o estado mental determinado, con el objetivo de obtener un beneficio, eludir una sanción o perjudicar a otro.

2. La pre-simulación: es la simulación previa al hecho delictivo, normalmente incorporada en el discurso de un imputado que trata de atenuar su sanción, buscando un estado mental de alineado que se encuentra en los casos que aducen estar drogados en el momento de la comisión del acto ilícito. Esta situación muchas veces es cierta, pero no en las dimensiones que relata el individuo y mucho menos, como para disculpar su conducta ilícita.

3. La disimulación: Es la cara opuesta de la simulación en cuanto que para obtener un beneficio del diagnóstico oculta síntomas de enfermedades mentales o patológicas sociales vergonzantes como son las desviaciones sexuales, o en el caso de los depresivos, para reducir su vigilancia y continuar con sus actos suicidas, o drogadictos, con el fin de que no sean identificados como tales o para evitar internamientos en centros de restauración.

Generalmente los casos de simulación son lentos de diagnosticar, fundamentalmente por dos razones: **Primero** porque la confianza y sinceridad ante la investigación psicológica que se dan por supuestas en otros contextos, no se dan en el contexto legal. **Segundo** porque en el contexto en que se dan estos cuadros (psicológico forense) el diagnóstico no empieza desde el principio de la intervención, sino a partir de la inconsistencia que empiezan a aparecer.

El perito psicológico debe recorrer todas las etapas del diagnóstico diferencial de la simulación de enfermedad mental, dentro de las características del hecho delictivo pueden ser: de motivación y contenido psicológicamente comprensible, en el primer caso, el autor puede estar mentalmente sano o no. En el segundo caso, la motivación para el delito puede ser de contenido patológico, lo que atestigua que el autor está, pasajera o permanentemente enfermo

de la mente, es decir, presenta anomalía y deficiencias mentales. Ejemplo de delito de motivación y contenido psicopatológico son los casos de Homicidio o agresión física hacia un desconocido, que no ha sido precedido de incidente verbal o de otra índole y del que el autor no obtiene ninguna utilidad (satisfacción de alguna de las tendencias primitivas de reacción: Aseguramiento de la propia integridad física, adquisición de un bien físico, consecución de un objeto sexual).

Es de máxima importancia en algunas enfermedades, observación de la conducta inmediatamente post- delictiva como: en caso de paranoia (delirio de persecución) esquizofrenia (enfermedad mental en la que se escinde de la realidad) y en las situaciones de alteración de la conciencia, en las cuales se presentan unas características concretas.

9- PCL – R:

Debido a la gran necesidad en el campo de la psicología forense de contar con criterios científicos que apoyen las distintas decisiones que se deben de tomar en el ámbito legal y profesional, es que investigadores y clínicos se han dado a la tarea, de validar empíricamente las teorías que han venido utilizando. El PCL desarrollado por Hare (1980) y su revisión posterior.

PCL – R (Robert Hare 1991) es utilizado ampliamente con propósito de investigación y para la toma de decisiones en los campos de salud mental y el sistema de justicia criminal en algunos países incluyendo Norte América.

Un fuerte predictor de reincidencia y de violencia en ofensores y pacientes psiquiátricos, por lo que forma parte de las metodologías especializadas para la evaluación del riesgo. Al igual que todos los trastornos de la personalidad, la psicopatía tiene un origen temprano. Sus síntomas son evidentes en la niñez y puede ser evaluada confiablemente en adolescentes. Es

un trastorno crónico y generalmente persistente en la edad adulta, aunque puede haber algunos cambios en el patrón de síntomas aproximadamente a los 45 años.

El PCL – R es una escala de 20 ítem que se completa con base en una entrevista semi-estructurada y una revisión detallada de información colateral o e expedientes. El puntaje total, el cual varía de 0 a 40, provee un estimado de hasta qué punto un determinado sujeto se asocia con el prototipo de psicópata. Para propósitos de investigación, un puntaje de 30 es usualmente indicativo de psicopatía.

9.1- Codificación del PCL – R:

El PCL-R: Está formado por una escala de 20 ítem que requiere un juicio clínico experto, basado en toda la información disponible obtenida, se compara con las definiciones detalladas del manual de codificación:

2 = El ítem aplica en la mayoría de los aspectos.

1 = El ítem aplica en cierta medida pero no en el grado requerido, hay correspondencia en algunos aspectos, pero con muchas excepciones o dudas, (información conflictiva).

0 = El ítem no aplica al individuo.

El rango de puntaje es de 0 a 40. El puntaje clínico límite =30.

Los datos deben ser obtenidos de 2 fuentes primarias:

- Revisión de la historia del caso. (requerido)
- Entrevista / observación. (recomendado)

Los datos se obtienen por medio de una entrevista en la cual se abordan temas como: historia educativa, laboral, familiar, relaciones interpersonales, adolescencia y conducta

antisocial; Con el propósito de observar el estilo interaccional, evaluar la consistencia, obtener información histórica.

Además, es necesario evaluar su comportamiento; registros policiales, penitenciarios, judicial, evaluaciones psiquiátricas / psicológicas entrevistas con familiares y amigos, empleadores, educadores. Con estos datos se obtiene información histórica, se evalúa la credibilidad y se evalúa el estilo interpersonal.

La Puntuación del ítem, se basa en el funcionamiento usual del sujeto, se evalúa el comportamiento de la persona en la mayoría del tiempo y situaciones a través de su vida.

Al PCL – R le subyace una estructura estable de dos factores. **El factor 1-** consiste en un conjunto de ítem que se relacionan principalmente con aspectos afectivos – interpersonales de la psicopatía (egocentrismo, tendencia a la manipulación y al engaño, emociones superficiales y ausencia de empatía, remordimiento o culpa). **El factor 2.** Se relaciona con aspectos conductuales (impulsividad, irresponsabilidad, estilo de vida inestable, Así como la violación persistente de normas sociales) Algunos estudios han indicado que el factor 1 correlaciona positivamente con evaluaciones clínicas de psicopatía, por su parte el factor 2, esta positivamente correlacionado con diagnósticos de trastornos de personalidad antisocial y conducta criminal.

Las propiedades psicométricas del PCL – R están bien establecidas con ofensores y pacientes forenses masculinos, existen también evidencia suficiente de su confiabilidad y validez con ofensores y pacientes psiquiátricos. Del mismo modo con unas pequeñas modificaciones, el PCL–R ha probado ser útil con ofensores adolescentes. Una versión breve de 12 ítem ha sido desarrollada (PCL: Screening versión) ésta sirve como filtro para evaluar psicopatía en poblaciones forenses o como instrumento de investigación con no criminales, los requerimientos de confiabilidad y validez fueron alcanzados satisfactoriamente.

10- SARA:²⁶

Es una guía de evaluación del riesgo de violencia domestica. Formada de 20 ítem; El termino de violencia domestica se refiere a tal violencia. La violencia domestica es definida cualquier intento, amenaza o daño físico real perpetrado por un hombre o mujer en contra de alguien con quien él o ella tiene o ha tenido una relación sexual intima. Esta definición es inclusiva: no está limitada a actos que resulten daños físicos, no está limitado a relaciones donde los compañeros están o han estado legalmente casados; y no está tampoco limitada por el género de la victima o del perpetrador.

La predicción de violencia familiar seria de gran asistencias para las cortes, sistemas correccionales, victimas y discutibles pero importante incluso a la gente que es violenta contra sus compañeros e hijos. La tarea de la predicción clínica ayuda a aislar las variables clave que puede acentuar o disminuir la posibilidad de violencia.

El conocimiento de tales factores es obviamente importante por razones de prevención de violencia y por lo tanto es una parte crucial del planteamiento de tratamiento; el SARA presenta un marco de trabajo dentro del cual evaluar el riesgo de violencia futura en personas arrestadas por violencia al compañero sentimental.

10.1- Las características del SARA

Incluyen las siguientes:

- Una herramienta diseñada específicamente para evaluar riesgos de asalto marital.
- Permite una evaluación comprensiva y sistemáticas de asuntos relevantes.
- Se basa en factores de riesgo que han sido clínica y empíricamente identificados como aquellos mas predictivos de abuso marital.

²⁶ Saborio Valverde Carlos. Introducción a la Psicología Forense. Maestría en Criminología. Curso de Psicología Forense.

- Utiliza formas simples y se enfoca en información generalmente recolectada rutinariamente durante evaluaciones, lo cual minimiza una carga de trabajo adicional.

El SARA es una lista clínica de factores para asalto doméstico, se comprende de 20 ítem individuales identificados por una revisión extensiva de la literatura empírica y por una revisión de artículos escritos por clínicos con extensiva experiencia en evaluar personas que abusan de sus parejas.

Cada ítem SARA es calificado en una escala ordinal de 3 puntos sobre 0⁰ hasta el cual el comportamiento del acusado concuerda con la descripción del ítem. La calificación del ítem es subjetiva y requiere inferencias y juicios considerables, los puntajes del "2", "1" y "0" son definidos en cada uno de los 20 ítem que siguen el razonamiento para cada ítem es explicado y la calificación bajo la cual cada ítem cae es provista entre paréntesis.

10. 2- Codificación del SARA:

A continuación explicaremos, de manera breve cada uno de los 20 ítem y su codificación:

1. Agresiones en el pasado de la familia: (historia criminal) uno de los descubrimientos, más comunes en la investigación, es que los ofensores con una historia de violencia son más propensos a involucrarse en violencia futura que aquellos sin tal historial, parece que un cierto subgrupo de ofensores, pueden actuar violentamente, sólo hacia miembros de la familia, ésta violencia tiende a ser repetitiva, también los abusadores domésticos que tienen una historia de violencia sexual o física contra miembro de la familia, están en un incrementado riesgo de reincidencia de violencia.

Los puntajes de codificación:

2 = Asalto real o intento de asalto a miembros de la familia en el pasado.

1 = Amenaza de asalto a miembros de la familia en el pasado.

0 = Ningún asalto real, intento o amenaza de asalto a miembros familiares en el pasado.

Debemos aclarar que al utilizar la palabra "asalto", incluye asalto sexual, físico y el uso de cualquier arma; "miembros familiares" incluyen parientes biológicos y legales (padres, padrastros, hermanos, etc.) así como de hijos de compañeros sentimentales actuales o pasados.

2 – Agresiones en el pasado a extraños o conocidos: (historia delictivas) ofensores con una historia de violencia están en un incrementado riesgo de violencia marital, aun si la violencia pasada no fue dirigida hacia compañeros íntimos o miembros familiares. La gente "generalmente violenta" (aquellos que son violentos dentro y fuera de la casa) está implicada en violencia marital más frecuente y más severa que otros abusadores domésticos.

Codificación:

2 = Intento de asalto o asalto real a extraños o conocidos en el pasado.

1 = Amenaza de asalto a extraños o conocido en el pasado.

0 = Ningún asalto real, o intento o amenaza de asalto a extraños o conocidos en el pasado.

3 – Violación en el pasado de libertad condicionada o supervisión en la comunidad. (Historia delictiva) Ofensores que han violado los términos de libertad condicional (libertad bajo palabra) o supervisión comunitaria (libertad bajo fianza) son más propensos a reincidir que otros ofensores.

Codificación:

2 =Arresto(s) pasados por violar los términos de una libertad condicional o suspensión comunitaria.

1 =Violaciones pasadas de los términos de una libertad condicional o supervisión comunitaria que no terminaron en arresto.

0 =Ninguna historia de violación de términos de libertad condicional o supervisión comunitaria; debe aclarar si un individuo que no a tenido contacto con las cortes o policía ante de su ofensa índice, debe recibir un código 0.

4 – Problemas de pareja recientes: (ultimo año) ajuste psicosocial: ofensores con relaciones intimas inestables tienden a tener historias criminales más extensas, una frecuencia más alta de ofensas violentas, y una tasa más alta de frecuencia de reincidencia general o violenta que aquellos con relación estable. Con respecto a los abusadores domésticos, muchos doctores han observado que el riesgo de violencia parece ser más alto bajo las siguientes circunstancias:

- 1-El hombre viviendo con su compañera, pero ella desea terminar la relación.
- 2-El hombre esta separado de su compañera pero quiere renovar la relación.
- 3-Ha habido una repentina y/o reciente separación.

El homicidio de una mujer por su compañero sentimental es más probable de ocurrir en el contexto de una separación marital o divorcio. A un nivel más general sé a discutido que los hombres abusadores han marcado déficit en su habilidad para comunicarse con sus compañeras.

Codificación:

- 2= Separación del compañero o conflicto extremo en relación con el estado de la relación dentro del año anterior.
- 1 = Conflicto moderado en relación con el estado de la relación dentro del año previo.
- 0 = Ningún cambio en el estado marital y ningún ó un conflicto leve en relación con el estado en el año previo.

Nota: Se debe hacer la codificación del ítem con la severidad en el año previo, sin importar si la pareja recibió tratamiento o si el conflicto resultó de la ofensa índice o principal.

5 – Problemas laborales reciente- desempleo / inestabilidad en el ultimo año: (Ajuste psicosocial). El desempleo está asociado con un incrementado riesgo de reincidencia general, los ofensores desempleados, también son más propensos a reincidir violentamente, un bajo ingreso y estrés financiero, un cambio repentino; pueden ser despedidos recientemente, puede

estar asociado con un incremento de riesgo de violencia. En general se piensa que algunos hombres pueden desplazar su frustración relacionado con el trabajo y su furia en sus familiares.

Codificación:

- 2 = Actualmente sin empleo, con una historia de empleo inestable dentro del año previo.
- 1 = Sin empleo, con una historia de empleo inestable; o actualmente empleado, con una historia de empleo inestable dentro del año previo.
- 0 = Actualmente empleado con un historial de trabajo estable dentro del año previo.

6 – Victima o testigo de violencia familiar cuando niño o adolescente: (ajuste psicosocial) Ser victima o presenciar violencia familiar cuando niño o adolescente, está asociado con un incrementado riesgo de asalto domestico de adulto. El riesgo de reincidencia violenta en los abusadores domésticos también ha sido relacionado con sufrimiento o testigo de violencia familiar cuando niño o adolescente.

Codificación:

- 2 = Victima y/o testigo de violencia familiar frecuente o seria cuando niño o adolescente.
- 1 = Victima y/o testigo de violencia familiar infrecuente o menos seria cuando niño o adolescente.
- 0 = Nunca fue victima de y/o testigo de violencia familiar cuando niño o adolescente.

7 – Abuso / dependencia reciente de sustancias: (Ajuste psicosocial) ofensores con una historia de violencia familiar son más propensos que aquellos sin tal historia, al mal uso de sustancias. El abuso del alcohol es considerado uno de los tres factores prominentes para la violencia doméstica y su uso crónico puede inducir a discusiones familiares sobre el beber excesivamente.

Codificación:

- 2 = Abuso de sustancia o dependencia de sustancia seria dentro del ultimo año.
- 1 = Abuso de sustancias menos seria dentro del ultimo año.
- 0 = Ninguna evidencia de abuso de sustancia o dependencia durante el ultimo año.

8 – Ideación / intento reciente de homicidio o suicidio: (ajuste psicosocial) la conexión entre suicidio y riesgo de violencia es menos obvia, el suicidio es con frecuencia un indicativo de una situación “crisis desesperada para el ofensor y es generalmente considerado un factor de riesgo. Hombres que asesinan a sus compañeras íntimas, con frecuencia reportan experimentalmente ideas o intento de suicidio antes de cometer sus ofensas; de hecho, no es inusual para estos hombres intentar o incluso completar el suicidio luego de asesinato.

Codificación:

2 = Idea (intento suicida u homicida).

1 = Idea / intento suicida u homicida menos serio.

0 = Ninguna idea / intento suicida u homicida.

9 – Síntomas psicóticos y/o maniáticos recientes. (Ajuste psicosocial) Estos síntomas están específicamente asociados con abuso doméstico.

Codificación:

2= Serios síntomas psicóticos o maniáticos. Los síntomas psicóticos incluyen, habla fuertemente desordenada e ilógica; ilusiones, alucinaciones, comportamiento fuertemente extraño. Los síntomas maniáticos incluyen euforia extrema o irritabilidad, grandiosidad, pensamiento y habla apresurados, hiperactividad motora.

1 = Síntomas psicóticos o maniáticos menos serio dentro del año previo.

0 = Ningún síntomas psicóticos o maniáticos menos serio dentro del año previo.

10 – trastorno de personalidad con ira, impulsividad o inestabilidad conductual: (Ajuste psicosocial) los desordenes de personalidad está asociada con un incrementado, riesgo de comportamiento criminal incluyendo violencia y reincidencia violenta; es un factor de riesgo para asalto doméstico. Este ítem debería ser codificado sobre la base de evaluación de salud mental pasado o actuales. Si ninguna está disponible, el ítem debería ser codificado en consulta con un profesional en salud mental.

Codificación:

2 = Desorden de personalidad caracterizados por serios problemas de furia, impulsividad o inestabilidad comportamental.

1 = Desorden de personalidad caracterizados por problemas menos serios de furia, impulsividad o inestabilidad comportamental.

0 = Ningún desorden de personalidad caracterizados por problemas crónicos de furia impulsiva o inestabilidad comportamental.

11 – Ataque físico en el pasado: (historia de violencia doméstica) Hombres que han demostrado un comportamiento abusivo ya sea con relaciones íntimas en el pasado o actualmente, están en riesgo de violencia futura.

Codificación:

2 = Abuso físicamente de compañero(s) íntimo(s) pasado o actuales.

1 = Intentó abusar físicamente de compañero(s) íntimo(s) pasado o actuales.

0 = Ningún intento de abuso físico o abuso real de compañero(s) íntimo(s) pasado o actuales.

12 – Ataque sexual en el pasado / celos sexuales extremos: (historia de asalto doméstica) Las topologías de abusadores domésticos con frecuencia indican que los patrones más severos implican asalto sexual y extremos celos sexuales, aún más, hombres que han asaltado sexualmente a sus compañeras y/o han demostrado unos celos sexuales significativos, están en mayor riesgo de reincidencia violenta.

Codificación:

2 = Asalto sexualmente a compañeras íntimas actuales o pasadas, o al menos un asalto físico ocurrido en el contexto de celos sexuales serios.

1 = Intentó Asalto sexualmente a compañeras íntimas actuales o pasadas, o tiene una historia de celos sexuales serios.

0 = Ningún intento de Asalto sexual real de compañeras íntimas pasadas o actuales y Ninguna historia de celos sexuales serios.

13 – Uso de armas en el pasado y/o amenazas de muerte creíbles: (historia de asalto doméstico) Los abusadores domésticos que han usado un arma en asaltos pasados a compañeras íntimas u otros, a quienes han amenazado con el futuro uso de un arma están en incrementado riesgo de reincidencia violenta.

Codificación:

2 = Usos de armas o amenazas creíbles de muerte en el pasado.

1 = Amenazó con el futuro uso de un arma o amenazas creíbles de serio daño corporal en el pasado.

0 = Ninguna evidencia de uso o amenaza del uso de un arma y amenazas creíbles de serio daño corporal o muerte en el pasado.

14 – Escalación reciente en frecuencia o severidad del asalto: (historia de asalto doméstico) En un asalto doméstico los patrones distintivos o ciclos de violencia, frecuentemente caracterizan las relaciones abusivas en una reincidencia violenta es esencial revisar todo los registros relevantes cuando se evalúan patrones de violencia. Tal ejercicio mostrará una trayectoria de violencia en el tiempo.

Codificación:

2 = Definitiva escalación en la frecuencia y/o severidad del comportamiento abusivo.

1 = Posible incremento en la frecuencia y/o severidad del comportamiento abusivo.

0 = Ningún incremento en la frecuencia y/o severidad del comportamiento abusivo o no historia aparente de comportamiento abusivo pasado.

15 – Violaciones pasadas de orden de "no contacto": (historia de asalto doméstico) Los abusadores domésticos con una historia de violación de ordenes de restricción, ordenes de no - contacto o una orden penal o civil (Libertan bajo fianza, libertad restringida, orden de restricción) debería de estar en riesgo de reincidencia violenta.

Codificación:

2 = Arrestos pasados por violar órdenes de "no contacto" por orden de una corte penal o civil, que no resultaron en arresto.

1 = Violaciones anteriores de órdenes de "no contacto" por orden de una corte penal o civil, que no resultaron en arresto.

0 = Ninguna violación de no contacto por orden de una corte penal o civil, o el individuo nunca a tenido tal orden.

16 – Minimización o negación extrema de historia de violencia domestica: (Historia de violencia doméstica) los ofensores más serios o persistentes rutinariamente se ven envueltos en una minimización y/o negación de su comportamiento antisocial, esta actitud de los abusadores están asociadas con una falta de voluntad para desistir de su comportamiento abusivo o entrar en un programa de tratamiento y con un riesgo incrementado de reincidencia violenta.

Codificación:

2 = El individuo niega mucho de los asaltos pasados, niega responsabilidad personal por muchos y todos los asaltos pasados.

1 = El individuo, niega algunos asaltos pasados, pero admite otros, niega responsabilidad personal en las acciones de algunos asaltos pasados, pero acepta responsabilidad por otros, niega consecuencias serias de algunos de los asaltos pasados, pero acepta consecuencia de otros asaltos pasados.

0 = Poca o ninguna discrepancia entre la historia del individuo de los asaltos anteriores y la historia documentada.

17 – Actitudes que apoyan o condonan la violencia domestica: (historia de asalto doméstica) Un hilo común en dichas actitudes es que apoya o condonan el asalto domestico apoyando implícita o explícitamente al patriarcado y/o el uso de violencia para resolver conflictos.

Codificación:

2 = Respalda explícitamente actitudes que apoyan o condonan el asalto doméstico.

1 = Aparenta o implícitamente respalda actitudes que apoyan o condonan el asalto doméstico.

0 = Ninguna evidencia de actitudes que apoyan o condonan el asalto doméstico.

18 – Ataque severo y/o sexual: (ofensa más reciente más actual) Están asociado con un riesgo incrementado de violencia fura, este ítem debe ser codificado sobre la base de la ofensa índice solamente

Codificación:

2 = Violencia severa (la victima sufrió heridas físicas serias por lo cual requirió atención medica) y/o sexual en la ofensa índice.

1 = Violencia menos seria en la ofensa índice.

0 = Ninguna violencia física o sexual en la ofensa índice.

19 – Uso de armas y/o amenazas de muerte creíbles: (ofensa más reciente o más actual) El uso de armas y amenazas de muerte que causan miedo en la victima están asociados con un incrementado riesgo de violencia futura.

Codificación:

2 = Uso de un arma o amenaza creíble de muerte en la ofensa índice.

1 = Amenazó con un futuro de armas o amenazas creíbles de daño corporal en la ofensa índice.

0 = Ninguna evidencia de uso o amenaza de uso futuro de un arma o amenaza creíble de daño corporal serio en la ofensa índice.

20 – Violaciones de orden de no contacto: (ofensa más reciente o más actual) Violaciones previas de órdenes de no contacto, pueden estar asociada con un riesgo incrementado de violencia futura.

Codificación:

2 = La ofensa índice incluye un arresto por violar la orden de no contacto emitida por una corte civil o penal.

1 = La ofensa índice implica violación de una orden de no contacto emitida de una corte civil o penal, que no resultó en arresto.

0 = La ofensa índice no implica violación de una orden de no contacto de una corte civil o penal, o el individuo nunca tuvo tal orden.

El SARA, permite que importantes factores de riesgo sean registrados. La identificación y codificación del ítem se deja al juicio del experto evaluador. Ellos pueden basarse en historias pasadas comportamiento reciente o la ofensiva índice. Incluyen pero no están limitados a lo siguiente:

- Crisis emocional actual: Alguien que requirió tratamiento psiquiátrico interno.
- Historia de tortura o desfiguración de compañera íntima.
- Víctima o testigo de persecución política, tortura o violencia (en los casos de inmigrantes y sus familias, refugiados políticos)
- Sadismo sexual.
- Fácil acceso a armas
- Acoso.

Estas otras consideraciones pueden ser revisadas como factores de riesgo crítico, cuando sea apropiado, pero no están incluidos, en la calificación SARA. El SARA no es un examen o una escala en el sentido usual de estos términos. Su propósito no es promover una medida absoluta o relativa de riesgo usando puntaje corte o normas.

10. 3- Aplicación del SARA.

El SARA se aplicara a los abusadores domésticos siendo formalmente procesados por el sistema de justicia criminal, ha resultado ser un método con una gran demanda (en los países donde esta siendo utilizado) las evaluaciones de riesgo de justicia criminal son conducida típicamente en uno de 4 contextos mayores:

- Aplicaciones pre-juicio: Cuando alguien es arrestado por ofensas relacionadas con asalto doméstico, la naturaleza de los supuestos actos o de la historia del acusado pueden levantar la pregunta de sí a él o ella debería negársele liberación antes de juicio, basado en que él o ella es un riesgo íntimamente de daño para personas identificables (la pareja o los hijos) o sí él o ella debería tener libertad condicional antes del juicio.
- Aplicaciones pre- sentencia: Las evaluaciones de riesgo son solicitadas a veces cuando el caso de un acusado ha procedido a juicio. Si el acusado no ha sido condenado aún, los resultados del SARA pueden ayudar a los jueces que están considerando la diversión o el descargo condicional o incondicional del acusado. Si el acusado ya ha sido condenado los descubrimientos podrían ayudar a los jueces a decidir entre sentencia alternativa establecer o recomendar condiciones para supervisión comunitaria (órdenes de restricción)
- Aplicación para entrada a una cárcel, prisión o correccional: Luego de la condena las evaluaciones de riesgo pueden ser útiles para el personal correccional que conduce las evaluaciones primarias en dichos centros. Las evaluaciones pueden ser utilizadas en el desarrollo de planes de tratamiento, así como para determinar conveniencia o establecer condiciones de visitas conyugales, visitas familiares y ausencias temporales.
- Aplicación de libertad de una correccional: En los casos de ofensores que han sido encarcelados, las evaluaciones de riesgos anteriores a la libertad o liberación, pueden ayudar a

los oficiales de correccionales a determinar la conveniencia o establecer condiciones para libertad condicional.

El SARA fue diseñado como un medio para recolectar datos comprensivos en relación con riesgos y no fue diseñado como una prueba psicométrica, por eso el SARA tiene propiedades psicométricas altamente satisfactorias y ha sido bien investigado y formulado.

El SARA es un set de guías profesionales que pretende ayudar a la toma de decisiones en un amplio rango de contextos. Es importante enfatizar dos cosas aquí; primero, no hay método de combinar los puntajes de ítem SARA individual, para obtener una decisión final, segundo, en algunos casos los puntajes SARA de individuos pueden no ser usados para toma de decisiones sobre ello. Estas consideraciones hacen al SARA deferente de la mayoría de los tests psicológicos, los cuales tienen puntajes que son interpretados con respecto a un set de números representativas o un criterio extra test.

10 .4- Confiabilidad del SARA:

La confiabilidad estructural de los puntajes SARA, fue analizada usando las muestras normativas, las cuales dieron respuestas a muchas interrogantes, con relación a la vida o manera de llevar la vida de los ofensores domésticos, estuviesen cumpliendo o no una condena por abuso doméstico o violencia doméstica a como lo conocemos nosotros; estas muestra revelaron la vulnerabilidad de los ofensores de reincidir con otro ataque domestico; con el SARA se hace entrar en razón al atacante, del error que cometió en el pasado y su posibilidad de volver a cometerlo, además que nos permite (SARA) analizar el porque de esa actitud, desde cuándo y dónde surgen esos instintos violentos (consecuencias).

Además de los sistemas que se utilizan para clasificar las enfermedades psicológicas ya mencionados, daremos otros métodos aar ves de los cuales se puede verificar si son creíbles o no, las declaraciones de víctimas, victimarios y testigos.

11- Credibilidad en las declaraciones de víctimas y victimarios

Hace 3000 años los chinos decidían sobre la honestidad del testigo haciéndole masticar polvo de arroz para posteriormente escupirlo. Si el polvo salía seco quedaba comprobado que el testigo había mentido, es decir, los problemas en la deglución era signo de mentira. Otras culturas dejaban este trabajo a los dioses.

Emociones negativas como el miedo, la ira, la depresión, pueden ocurrir a pesar de los esfuerzos que hagamos para evitarlas: además, están los cambios conductuales asociados a la mentira, es inevitable controlar, al igual que tampoco podemos controlar nuestra expresión tan fácilmente cuando las estamos experimentando.

Entre las conductas tradicionalmente asociadas a la mentira están las siguientes: manos en continuo movimiento, aumentos de los movimientos oculares, dilatación de pupilas, encogimiento de hombros, evitación de contacto visual. También existen otras variables para detectar un testimonio veraz, objetivo, como el lenguaje, se puede detectar por la tardanza para responder a las preguntas fundamentalmente si la persona no es muy inteligente, gran número de pausas al hablar y alteraciones en el tono de voz.

11.1- Exploración sistematizada del individuo:

Se recaban los antecedentes mediante entrevistas psicológicas del individuo, dedicándole todo el tiempo necesario. Por lo general es conveniente ampliar el historial de la enfermedad y evolución de condiciones y antecedentes psicosociales, anamnesis con información obtenida de familiares.

La actitud y la apariencia son muy significativas. Es muy importante observar la expresión, la mirada, los gestos, los movimientos, la vestimenta, ya que eso ayuda a tener referencia el aspecto general. Por Ejemplo: Se puede diferenciar la mirada amenazante de

quien padece delirio de persecución y la mirada reticente (que apenas se asoma como para indicar algo) del simulador. Además, hay que diferenciar dos palabras claves, hipoquinesia: Es la falta de movimiento; y la Astenia: Es una debilidad física y mental, ya que estas nos van a ayudar a diferenciar al auténtico deprimido del que actúa voluntariamente de forma inadecuada y la falta de colaboración del que finge.

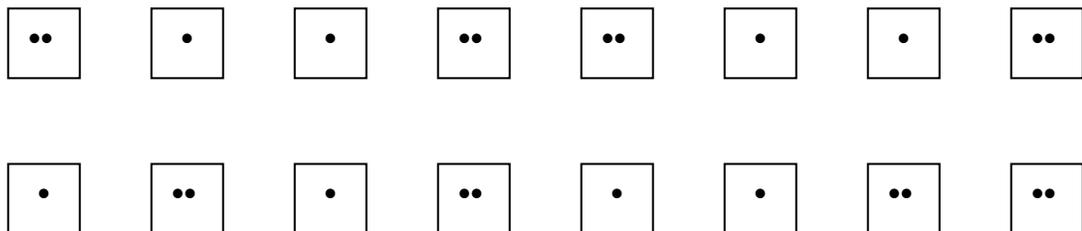
La característica de la mirada tiene mucha importancia, la del auténticamente alienado se caracteriza por su fijeza y expresión extraviada, es una mirada especial (con peculiaridad según la enfermedad) que no se confunde una vez observada. La mirada del simulador es menos franca, se muestra con una expresión de desconfianza, como temeroso de ser descubierto; además, si ha sido interrogado largo tiempo, acaba por cansarse y dirige alguna que otra mirada a hurtadillas, distinta de la que tenía habitualmente o es rencorosa y retadora si cree que ha sido descubierto su engaño. Si el perito deja entrever que está convencido de la locura del observado, se podrá percibir la interior alegría del simulador, que se traduce en sus miradas en la calma o exageración de sus movimientos, de sus disparates, etc.

Uno de los aspectos de vital importancia es el Interrogatorio: en muchos casos, puede solucionar el problema sin necesidad de recurrir a otros exámenes, pero se le debe dedicar tanto tiempo y tantas sesiones como sean necesarias para aclarar el problema de lo sucedido o de sus motivaciones. Se procurará mediante la conversación conquistar la confianza del individuo con habilidad y tacto dejando entreve que no sospechamos, de lo contrario le pondríamos en guardia y dificultaríamos la tarea de desenmascararlo. Conviene hablar mucho con el presunto enajenado, dejando que se explique para seguir su pensamiento, hay que insistir varias veces en los temas que expone después de haberle distraído con algún tema nuevo. En estos casos la intervención efectiva será directa y lo más prolongada posible; y de

este modo y sin hacer más que observar, el simulador se descubre y confiesa su engaño o desiste poco a poco²⁷.

Existen pruebas específicas para demostrar que están simulando, dentro de las pruebas más simples se encuentra: ²⁸ la de Identificación de objetos: consiste en mostrar objetos de uso cotidiano: bolígrafo, cartera, corbata, pañuelo, papel, etc.; se le pide a la persona que los identifique o se le pregunta, de qué color es la nieve, el mar, los árboles, la sangre, un tomate, etc., cualquier persona sana responde satisfactoriamente (salvo que presente una grave alteración de conciencia que sería tan evidente que no requeriría mayor valoración) el simulador burdo es muy posible que manifieste que no sabe o se equivoca.

Otra es la de Storing: Se le hace calcular al individuo, cuando son $4 + 5 + 3 + 6 + 8 + 10$ los simuladores manifiestan no acordarse de esas operaciones aritméticas o se equivocan en un número. También se le puede pedir a la persona que señale en un impreso donde hay numerosos cuadros con dos puntos y otros con un punto, los que tienen dos puntos; el individuo sano y el enfermo mental (con tal que no este obnubilado lo que se nota fácilmente) los acierta todos o casi todos un fallo en proporción elevada, superior al 50%, es propio del simulador.



También esta la prueba de los Dígitos: También llamada de Ziehen, consiste en pronunciar lentamente 6 u 8 dígitos y pedir a la persona investigada que los repita. El sujeto

²⁷ Citado en Ching Céspedes Ronald Lin. Psicología Forense. (Marcó, J.; Marti, J.L & Pons, R 1990. Psiquiatría Forense, Barcelona Salvat Editores.)

²⁸ Ching Céspedes Ronald Lin. Psicología Forense. Principios fundamentales. 2002. Pág. 207-208.

normal los repite casi todos, se podría decir con un margen de 80% de números captados, los enfermos psíquicos, incluso con deterioro mental, repite como mínimo tres dígitos. Por el contrario el simulador dice no poder recordar ni una sola cifra o falla siempre en dos cifras situadas en el mismo lugar en el número.

682173

493013

47318241

45679012

La prueba de Krafft- Ebing: consiste en comentarle a un colega o ayudante, delante de un presunto simulador (en tono supuestamente confidencial, pero asegurándose de que nos esta oyendo) estar convencido de la realidad de la locura del examinado, pero extrañado de que no se haya presentado un determinado síndrome que debería exhibir el individuo, en aquella entrevista o en la siguiente, el sujeto presentara el síntoma a no ser que el sujeto sea muy listo algo que no es muy frecuente.

Hay que tener presente que el informar de que determinado individuo es un simulador de enfermedad, no es efectuar un diagnostico psicológico. Si el simulador es un individuo mentalmente sano, al descubrirlo (con confesión de engaño o sin ella) y agotarse las posibilidades de ventaja en el proceso penal, la simulación suele terminar.

No se puede conceder valor o resultado legal la simulación no es admisible que el perito psicólogo o psiquiatra ni siquiera insinué la posibilidad de circunstancias agravantes por el hecho de simular; tampoco puede servir de circunstancia atenuante.

La simulación es un principio natural de lucha por la existencia, en principio legitimo, y en el orden procesal, jamás le sirvieron a un acusado sus medios de defensa para valorarle o

calificarle la sanción; la simulación de una enfermedad, no modifica la imputabilidad del individuo; sólo nos da la idea de la credibilidad o falta de ella.

Lo más importante sobre todo es aclarar al juez y explicarle para que pueda resolver con mayor justicia, cómo las características biopsicosociales del individuo, actuaron en el hecho criminal y si hubo o no, participación de alguna patología que anulara o disminuirá su capacidad cognoscitiva y volitiva. Es bueno recordar que explicar no es absolver y que la sentencia de mayor o menor inimputabilidad es una labor del juez y no del perito, y por último lo más importante no es el médico psiquiatra el que juzga, es el juez quien condena o absuelve. A los psicólogos forenses no les compete tal cometido.

11.2- Estructura.

Las infracciones a las normas del ordenamiento jurídico, se caracterizan, por manifestaciones, causas, mecanismos y efectos de orden físico o corporal; También, por expresiones anormales de causa, mecanismos y efectos en el ámbito psico- social de las personas.

La psicología forense a desarrollado conocimientos relativos a las causas de los delitos o infracciones a la ley en su aspecto médico originario; analiza el modus operandi que se sigue en la comisión de la infracción, ayuda a calificar el grado de responsabilidad del infractor, orienta sobre recuperabilidad de los delincuentes, hace pronósticos sobre peligrosidad, grado de riesgos que se presentan para ellos y la sociedad.

En su campo de acción la psicología forense, interactúa con ciencias sociales como criminología, antropología, sociología, derecho, pero sin perder su característica de disciplina médica, desarrollada por psicólogos especializados en el campo médico-forense.

La psicología forense diseña el diagnóstico psicológico para satisfacer la demanda de los tribunales sobre el estado de salud mental de los individuos que han delinquido provocando un problema judicial.

Los pronunciamientos que se refieren a discernimiento, imputabilidad y capacidad civil, corresponde a la ejecución de enjuiciamiento médico-psicológico que por su esencia son de manejo exclusivo para respaldar su eficacia de especialistas en la psicología forense.

En psicología no se usa el término discernimiento como categoría definitoria, pero si puede homologar a un estado de desarrollo psicológico del individuo que precisa madure biológica y mental suficiente para poder distinguir el bien y el mal, o la ilicitud de un hecho punible por las normas jurídicas.

En otras palabras, para ser responsable de sus propios actos ante la ley, todo individuo debe ser consiente del mundo exterior, razonar y juzgar acerca de lo que es moralmente correcto y controlar su propia conducta.

12- Credibilidad de los testigos:

No podemos dejar por fuera a los testigos, ya que cuando un testigo declara la verdad, está recordando hechos que realmente ha percibido, mientras que si miente, su declaración está basada en sucesos que no han ocurrido y, por tanto, sólo existen en su imaginación (sucesos imaginados) ya que la veracidad de los testigos se puede comprobar con una de las mayores claves de honestidad, es el contacto visual durante todo momento, aquí se dan 3 niveles:

1° Criterios fundamentales: aquí se toma en cuenta si los contenidos de la declaración y de los hechos se sitúan en un lugar concreto en un momento determinado. La riqueza de detalle

y fundamentalmente la originalidad de las expresiones utilizadas, todos estos criterios favorecen la credibilidad de un discurso.

2° Manifestación especial de los criterios anteriores: la mención de complicaciones inesperadas en donde los relatos aumentan en extensión con respecto a otros detalles; también la inestabilidad con que se narran los hechos y su diferencia con otros detalles menos impactantes, referencia de estado de ánimo.

3° Criterios negativos: Se citan la falta de consistencia, discrepancia con las leyes de la naturaleza psíquica esperables ante ciertos eventos traumáticos, discrepancia con otros hechos ya probados.

Existen dos ejes sobre la credibilidad del testimonio de los testigos:

1 – La exactitud versus la inexactitud: parte del supuesto de que el testigo es honesto, pero su memoria está sujeta a errores como es muy frecuente en los infantes.

2 – La veracidad versus la falsedad: no se debe confundir con la inocencia vs. la culpabilidad; nos permite establecer una continuidad entre la verdad y la falsedad del testimonio: no permite ver las versiones más o menos modificadas, de un testigo honesto y también las versiones falsas de un testigo que tiene la intención de mentir. Según el psicólogo Burkhard Shade (1998) director de un reconocido instituto forense en Alemania, la persona que está mintiendo está tan concentrada en imaginar que todo su discurso sea consistente, que se refiere a detalles pequeños que no podrían ser irrelevantes como prueba, pero que son fundamentales para la credibilidad de su discurso.

Por Ejemplo.

a). Abrí la puerta y vi al tipo con la pistola; claro lo hice con cuidado para que no se diera cuenta como cualquiera lo haría (este es un relato imaginado).

b). Oí unos ruidos, era una puerta celeste, despintada, la abrí con cuidado y me asuste al ver al tipo con una pistola (relato vivido) como se puede observar en este segundo relato indicar que "la puerta era celeste y despintada y me asuste" ello en nada constituye a inculpar a alguien, son detalles de experiencia perceptiva y efectos vividos, lo cual indica sinónimo de un discurso creíble.

Son criterios de credibilidad (no debe asumirse la palabra credibilidad como sinónimo de la verdad, sino como mayor probabilidad de acercarse a ella) los siguientes cuatro subgrupos y aclaramos que aunque fueron utilizados para la aplicación en la práctica de psicología forense del testimonio de niños, son de gran utilidad para establecer parámetros de cualquier testigo en general:

Criterios generales del curso del testigo:

- ◆ Capacidad de declaración general.
- ◆ Consistencia lógica.
- ◆ Presentación mal estructurada (fundamentalmente niños (as))
- ◆ Grado de concretización y claridad de detalle.

No podemos obviar a la víctima, pues también al igual que al delincuente o victimario, se le debe de practicar un proceso, aquí no es para ver si miente (a como se puede dar el caso) sino que para su aparición nuevamente ante la sociedad. Aquí existen tres etapas consecutivas tras el delito en la víctimas:

1- El Shock: se produce inmediatamente después del delito, puede durar desde minutos a horas, pero raramente supera las 24 horas. Las emociones contrapuestas denominan todo el comportamiento de la víctima, que muestra una gran vulnerabilidad, impotencia, aislamiento y bloqueo afectivo.

2- La reorganización: Se caracteriza por un intento por comprender el hecho; su duración aproximada fluctúa entre semanas a meses y durante este periodo la víctima intenta unificar lo sucedido y los intentos por encontrar la causa. También influye de forma poderosa los temores antiagresiones posteriores de parte del autor del delito.

3- La readaptación: En esta última fase, la duración puede prolongarse meses o años durante esta etapa el conflicto se resuelve al adoptar una revisión de sus valores iniciales y integrar lo sucedido a la vida cotidiana de la persona.

El principal y más importante trastorno mental que mostrarán las víctimas es el síndrome de estrés postraumático seguido por los de la depresión, cuadros de ansiedad. No todos los delitos son iguales, ni todas las víctimas tienen los mismos efectos, ni los mismos problemas derivados de la victimización. Eso se debe a la influencia de múltiples factores:

En primer lugar: Debemos considerar que como persona posee recursos económicos y psicológicos diferentes.

En segundo lugar: No todos los actos poseen la misma intensidad ni en su realidad objetiva ni mucho menos en la subjetiva.

En tercer lugar: tras la victimización, la víctima y su entorno social, reaccionan de forma diferente.

13- Validez y confiabilidad de los instrumentos para las pruebas y valoraciones psicológicas.

Por su preparación y sentido vocacional, los psicólogos clínicos son los peritos idóneos, para efectuar los estudios de personalidad donde se evalúen las capacidades, habilidades e intereses de la persona desde tres aspectos principales:

Biológicos: este lo utilizan para conocer la existencia de alteraciones orgánicas.

Psicológicos: este para distinguir estados emocionales, comportamientos y alteraciones en la conducta.

Sociales: sirven para señalar la relación en el grupo y la aceptación de normas y valores.

Algunas técnicas como la evaluación de la inteligencia, puede hacerse en un tiempo específico; existen otras que involucran el nivel proyectivo del individuo. La persona a quien se le aplica la prueba, será la que determinará el ritmo y tiempo que durará la intervención del perito, hay que recordar que no es posible fijar tiempo preciso para cada prueba. Lo importante es la evaluación del expediente para obtener un perfil psicodinámico del ilícito, es decir, desentrañar desde el punto de vista psicológico, los móviles que indujeron a la comisión del delito.

El psicólogo debe intervenir emitiendo un informe clínico. Se trata por lo general de casos que han sido atendidos por el profesional con ocasión de su ejercicio profesional clínico y que recibe la solicitud de un informe que verifique el tratamiento dispensado y las causas que lo originaron.

El trabajo del psicólogo como experto asesor en los procesos legales, es un trabajo clínico y diagnóstico en el que emite su juicio profesional acerca del estado mental de las personas implicadas de alguna manera en proceso legal pertinente.

Para comprobar la veracidad, validez y confiabilidad de los instrumentos para las pruebas y valoraciones psicológicas, es importante hacerse la pregunta de ¿cuándo un indagado o un testigo está diciendo la verdad? Este ha sido uno de los requerimientos más frecuentes del derecho hacia la psicología, en otro aspecto el derecho puede mostrarse reticente a aceptar la ayuda de la psicología, pero ante un aspecto crucial y plenamente humano resulta atraído por el conocimiento de ésta disciplina; a esto se suma el mito de los psicólogos, tienen estrategias mágicas para conocer a profundidad a las personas, cuando realmente se ha hecho es una

observación sistemática que permitió identificar indicadores conductuales, lingüísticos y fisiológicos de la verdad.

Hay métodos que son utilizados por los psicólogos, para poder determinar dicha veracidad, validez y confiabilidad de los instrumentos para las pruebas y valoraciones psicológicas como el polígrafo, comúnmente denominado detector de mentiras, de la hipnosis, del análisis de contenidos basados en criterios de los indicadores conductuales de la mentira, del análisis del estrés de la voz y de la entrevista asistida con droga.

Polígrafo: Este es un instrumento de medición de respuesta fisiológicas, pulso y respiración comúnmente, pero puede incluir otro tipo de respuestas del sistema nervioso central como la respuesta galvánica de la piel, la tensión arterial. Se basa en el principio de que el hecho de mentir genera una mayor actividad autónoma central que no se aprecia a simple vista, sino que se mide a través de instrumentos adecuados, que se utilizan mientras que se formula un cuestionario verbal de preguntas de sí o no.

La aplicación de esta prueba requiere el establecimiento de una línea de base, es decir, de la medición de las respuestas fisiológicas ante preguntas neutras. De esta manera, se superan las críticas con respecto a sujetos ansiosos que por su neurobiología presentarán respuestas elevadas y serán clasificados como mentirosos; este procedimiento eleva la validez de la técnica, porque aplica un procedimiento justo de no comparación, respecto a las respuestas de otros, contra la respuesta de sí mismo.

La hipnosis: consiste en una técnica de sugestión que lleva al hipnotizado a estado de relajación que se acompañan de un menor autocontrol y favorecen elicitación de los recuerdos. El hecho de que las técnicas de relajación elevan la capacidad de rememoración es reconocido por las culturas orientales, asiáticas y occidentales, en nuestro meridiano se ha conocido como una técnica derivada del psicoanálisis y se ha explicado como un adormecimiento del súper ego

y del yo y por ello una burla de los filtros psicológicos que impiden el recuerdo. A esto se le agrega que no todos los sujetos son susceptibles de ser hipnotizados, porque esto depende del nivel de sugestionabilidad de cada sujeto, es decir, su capacidad para ser hipnotizado.

Otra de las críticas que ha recibido este método, es que, es una estrategia que favorece la sugestión y así puede inducir información deliberada o involuntariamente, todo lo cual va en detrimento de la preservación de la prueba y de la cadena de custodia. Esta información inducida posteriormente pueden ayudar a que se cometan injusticia, más que descubrir la verdad.

Se ha determinado que la declaración previa a la hipnosis se debe preservar en un video, al igual que deben ser gravadas las sesiones de hipnosis para su posterior análisis crítico, la sesión debe ser realizada por un psicólogo o psiquiatra con experiencia, que debe ser un profesional independiente, es importante que durante la sesión sólo estén presentes el sujeto y el hipnotizador.

A nuestro modo de ver, ésta estrategia presenta mayores debilidades que otras y creemos que pueden usarse métodos alternativos mayormente "objetivos", para favorecer el recuerdo como la relajación, la entrevista cognoscitiva, etc.

13.1- Análisis de contenido basado en criterios.

Este implica el análisis del relato de los hechos posterior a la entrevista con base en la presencia o ausencia de 19 indicadores de realidad propuestos por los psicólogos Stéller y Kohenken en (1994) en los cuales, se detalla una estructura lógica, elaboración inestructurada, cantidad de detalles, engranaje contextual, descripción de interacciones, reproducción de conversaciones complicaciones inesperadas, detalles inusuales, detalles superfluos, incomprensión de detalles relatados con precisión, asociaciones externas relacionadas, relatos del estado mental subjetivo, atribuciones del estado mental del autor del delito, correcciones

espontáneas, admisión de falta de memoria, dudar del propio testimonio, auto desaprobación, perdón al autor del delito, detalles característicos de la ofensa.

Este tipo de estrategia nació en Alemania hacia el año de 1950 y se ha utilizado específicamente para evaluar la veracidad, validez y confiabilidad del testimonio de niños abusados sexualmente. Existe documentación de que ésta técnica se utiliza en países de diversas culturas, tales como: Canadá, Japón España, Bélgica, entre otros. Lo cual indica su posibilidad de aplicación transcultural, también existe varios estudios de validez que confirman su eficacia y confiabilidad, no obstante existen también informes de sus dificultades, como por ejemplo. Que sólo se puede utilizar en niños abusados, se cree que existe subjetividad en la clasificación del forense en cada uno de los criterios, debido a la falta o imposibilidad de operacionalización de cada uno de ellos; La diferencia entre un criterio y otro es la ponderación diferencial de los criterios, ya que unos tiene mayor peso psicológicamente que otros. Esta técnica no ha sido validada para la población Nicaragüense, por lo cual se justifica el hecho de no utilizarla.

14- Indicadores conductuales de la mentira.

Consiste en la observación de aspectos no verbales y verbales (esto debido a que el contenido verbal es más rico en información para saber si una persona está mintiendo). De la conducta de una persona que puede indicar que está mintiendo, es común entre los abogados y policías la creencia de ciertas conductas que acompañan la de mentir, pero las investigaciones indican que los estereotipos sobre la conducta engañosa son inválidos.²⁹

²⁹ Garrido Massip Eugenio J. 2001, enuncian indicadores de la perspectiva de Zuckerman, de Paulo y Rosenthal como elevación de la activación, filtración de emociones que se acompañan de un distanciamiento del emisor con su discurso (referencia grupales “nosotros” en ves del “yo”, respuestas evasivas, evitación del contacto ocular y distanciamiento interpersonal)

De todo lo anterior se puede decir que se da una sobre carga cognoscitiva o gran demanda de recursos cognoscitivos durante el engaño (acompañada por aumento en la latencia de respuesta, dilatación pupilar, disminución de contacto pupilar), control de conducta generando poca espontaneidad y discrepancia, inhibición conductual extrema en los canales de respuesta que tenemos control y aumento de conducta no controlable.

Se dice que para proteger la imagen personal (a sentir, sonreír, etc.), además de filtraciones No estratégicas con manifestaciones de activación autónoma y nerviosismo (parpadeo, aumento de tono de voz.)

El reconocido psicólogo Alemán Ekman decía (1989) con su hallazgo de que el cuerpo es una fuente de información más rica que el rostro para detectar el engaño, debido a que culturalmente hay mayor aprendizaje y control de la expresión facial, es decir, el rostro es un buen simulador, por ejemplo encontraron que las expresiones faciales genuinas durante 5 y 4 segundos, las simulaciones pueden ser más duraderas o más breves.³⁰

Para su utilización hay que decir que no existe ningún sistema estandarizado para evaluar los indicadores conductuales de la credibilidad y confiabilidad, lo que existen son teorías basadas en estudios que carecen de validez, que requieren de una amplia investigación y que su aplicación puede resultar extremadamente costosa en cuanto a tiempo de entrenamiento de la prueba y análisis exhaustivo de cada evaluado.³¹

³⁰ Garrido Massip Eugenio J. Evaluación de la credibilidad del testimonio. 1998. pág 30-33

³¹ Garrido y Massip (2001), señalan también la perspectiva de Buller y Burgoon (1998) sobre la mentira como comunicación estratégica para manipular la verdad, para dar la impresión de decir la verdad (poca variedad léxica, pocas afirmaciones tajantes, pocas referencias, experiencias propias y al pasado)

14.1- Análisis del estrés de la voz.

A este tipo de análisis también se le conoce con el nombre de ESTILOMETRIA, y consiste en realizar un análisis de la prosodia (lo no verbal) como el tono, las pausas, la latencia de respuesta, etc. A decir verdad se desconoce la amplitud de su utilización en el mundo.

Consideremos que la deficiencia de la difusión de ésta técnica, está relacionada con la inexactitud de sus hallazgos y que esto dificultaría su implantación en Nicaragua.

14.2- Entrevistas asistidas con droga.

El uso de Barbitúricos como el Amobarbital sódico "o comúnmente llamado suero de la verdad" ha sido conocido por amplias décadas y recomendado para encontrar la verdad en casos de trastornos disociativos, psicóticos, postraumáticos, de amnesia o de simulación.³²

La investigación científica sobre este tipo de entrevistas asistidas con drogas presenta deficiencias debidas a la falta de rigor experimental, a la variedad de la dosis y a efectos particulares como la personalidad del paciente y la relación Médico – paciente, adicionalmente su uso en las investigaciones judiciales se ha desestimado.

Dicho todo lo anterior sobre el tipo de métodos que pueden ser utilizados por los psicólogos para determinar la verdad, valides y confiabilidad de los instrumentos para las pruebas y valoraciones psicológicas, hemos visto que todas estas estrategias han implicados monumentales esfuerzos por parte de los profesionales de la psicología y los hallazgos no son proporcionales a dicha abnegación, es evidente que la realidad ha presentado acertadas criticas y limitaciones a cada una de éstas técnicas, de modo que humilde y sensatamente la psicología debe aceptar que aún no puede responder con exactitud tecnológica a la respuestas sobre la veracidad del testimonio de alguien y es probable que nunca lo pueda hacer.

³² Rogers y Wettstein (1997) Citado por Garrido Massip. La evaluación de la credibilidad del testimonio en contextos judiciales apartir de indicadores conductuales.2001. Pág. 93-131.

Con esto no pretendemos desalentar los esfuerzos de los investigadores por desentrañar los misterios de comportamiento humano, sino que aceptar que el comportamiento humano es tan complejo y variado que será bastante difícil obtener una técnica exacta para medir la veracidad, validez y confiabilidad del testimonio.

CAPITULO III

APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

1- CASO PRÁCTICO

1.1- INFORME PSICOLÓGICO: (MENOR)

Fecha: 19-09-2004

Nombre de la menor: Jacqueline Miranda Marín.

Edad: 16 años

Nombre de los padres: Sonia Marín Azofeifa y Secundino Miranda Sotela.

Guardadores: Nuria Marín Azofeifa y Jorge Acosta Vargas.

Tipología: Tratamiento post-abuso sexual.

Acciones realizadas: Entrevista a la madre, entrevista a la menor, entrevista a la tía Nuria Marín, sesiones de terapia con la menor.

- **Motivo de la atención.**

Se presentaron la progenitora, la tía y la menor para que se le orientara sobre el posible abuso sexual que había sufrido la menor por parte de su padre. Al entrevistar a la joven ella comentó que sufría abuso sexual por parte de su progenitor desde hace cuatro años aproximadamente. Se abre el expediente para brindarle el tratamiento por el abuso sexual que sufrió.

- **Antecedentes**

En el año dos mil dos (2002) se atendió en esta oficina la situación del hermano menor por problemas de conducta. En esa ocasión se detectó que los padres tenían dificultades para manejar a los hijos, exhibiendo el progenitor patrones de crianzas rígidos, siendo autoritario con respecto a Alexis (el hijo menor) incluyendo a Jacqueline (ofendida), no permitiendo que ésta última asistiera a la escuela.

Entre la pareja se observó que predominaba la autoridad el señor Miranda (imputado) en tanto que su esposa en forma pasiva aceptaba todo lo que él le imponía. Ante toda esta situación la pareja se mostró resistente al tratamiento, sobre todo la madre quien no se presentaba a la cita.

- **Actitud, conducta y rasgos de personalidad**

Jacqueline es una adolescente de dieciséis años (16) aunque aparente una edad facial menor, indumentaria, conservadora y adecuada para la situación de entrevista. Impresiona como de inteligencia promedio, se observó introvertida y tímida.

Se refiere a la situación en voz baja y temblorosa. No obstante, se mostró comunicativa y espontánea. Durante las entrevistas pudo detectarse que la joven presenta secuela del abuso que sufrió, además de sentirse deprimida por haber tenido que abandonar a su familia para protegerse ella misma del abuso que sufría. Cabe mencionar, que refiere la joven que el haber tenido que irse de la casa le ha afectado, ya que ella no estaba acostumbrada a estar fuera de la casa, ni siquiera a hacer salidas si no era acompañada de alguno de sus progenitores.

- **Situación presentada e intervención realizada**

En cuanto al abuso sexual propiamente, Jacqueline manifestó, que cuando ella contaba con unos once o doce años aproximadamente, su padre la llamó para que fuera al baño, cuando llegó él estaba de pie y comenzó a tocar sus pechos por sobre la ropa, luego la amenazó y le dijo: " No le diga a su mamá, por que ya usted verá lo que le pasa, usted sabe como soy yo ". Jacqueline comenta que esa primera vez se puso a llorar en la cama y no dijo nada. Refiere la menor que únicamente esa vez le tocó sólo los pechos.

Agregó que cada vez que su madre salía su padre buscaba la forma de quedarse solo con ella y así aprovechar para tocarla en los pechos, la vagina y el resto del cuerpo.

Aseguró que al inicio le tocaba sobre la ropa, pero aproximadamente, desde hace cinco meses, comenzó a quitarle la blusa y la tocaba, si tenía puesto un short se lo bajaba, o si estaba en faldas metía las manos por debajo.

Informó que después del primer año, su padre le comenzó a quitar toda la ropa y la obligaba a ir a la cama, amenazándola con faja, y en ocasiones le pegaba. Ya en ese tiempo su padre inició una relación diferente donde le besaba la boca, los pechos y la vagina, intentando luego introducirle el pene. Añadió que como ella se trataba de quitar él le pegaba. No obstante, su padre logró introducirle el pene y ella sintió dolor, en esa época, cree que tenía unos trece años, pues ya había menstruado. Comentó que debido a la resistencia que ella ponía a que su padre le introdujera el pene, éste logró hacerlo unas tres veces. Sin embargo, el resto del tiempo la desnudó y le besó la boca y los órganos genitales. Continua diciendo la menor, que en el mes de marzo del año 2004 ella deseaba estudiar, por lo que era necesario presentar algunos documentos, su padre le dijo que lo esperara para acompañarla al Instituto y así hablar con el director. Comentó que posteriormente la llevaría a comer pollo, pero donde la llevó fue al hotel Asia ubicado en San José. Agregó la menor que ella subió unas gradas como hasta la mitad y su papá subió todas las gradas del hotel y habló con el dueño, luego bajaron las gradas y al final había una puerta en donde su papá la metió, habían varios cuartos, la metió en uno de ellos y le quitó la ropa. Manifestó la joven que en ese momento se sintió con más valor para negarse, pues por debajo de la puerta del cuarto ella pudo ver pasar unos pies y pensó que era el dueño, ella le dijo a su papá "Usted no se va a salir con la suya" y su padre le contestó "No le diga nada a su mamá". Aseguró que posterior a eso continuó buscándola para quitarle la ropa y tocarla, sin embargo, en el mes de junio su padre se dio cuenta que ella tenía novio y dejó de buscarla y tocarla, intentándolo nuevamente el 15 de agosto, pero ella se fue a su cuarto y cerró la puerta. Su padre salió de la casa y posteriormente llegó una prima a quien ella le contó todo lo ocurrido, y ésta se lo comentó a su mamá. Su tía Nuria, creyó en ella por lo que le ofreció su casa para que viviera, pues ella le manifestó que no deseaba vivir más en la casa mientras estuviera su padre; razón por la cual ella decidió irse a vivir a la casa de la tía, quien le brindó apoyo y ayuda,

la progenitora manifestó que su hija decía que su esposo la había abusado sexualmente, pero que eso había que investigarlo para ver si eso era cierto, pues ella no creía que su esposa era capaz de eso. Durante las dos sesiones realizadas con la madre de la menor, se comprobó que no creía en su propia hija, asumiendo una actitud escéptica y hasta retadora, pues en todo momento se sintió agredida cuando se le preguntaba al respecto. Manifestó que debía ser la ley la que sacara de su casa al supuesto abusador, que ella no creía nada.

En las últimas sesiones la menor ha manifestado que su madre le ha pedido que regrese al hogar y su padre le ha dicho que le compraría todo lo que ella quiera, con tal que regrese. Además, informó que desde hace algún tiempo ella tiene un novio y sus padres la amenazaron con decir que ella había tenido relaciones sexuales con él, cosa que la menor dice que nunca ha ocurrido por que el joven la ha respetado. Por otra parte, hasta la fecha, la progenitora convive con el imputado, por lo que no es conveniente que la menor ofendida regrese al hogar.

- **Impresión diagnóstica**

Menor de dieciséis años, supuestamente fue abusada sexualmente y violada por su progenitor. En cuanto a la situación de abuso sexual que aparentemente sufrió Jacqueline, pudo detectarse en la madre una actitud de desconfianza hacia ella, no le brindó apoyo, por el contrario la menor fue revictimizada, ya que tuvo que salirse del hogar para protegerse del abuso sexual. Jacqueline se encuentra afectada por el abuso sexual que sufrió, mostrándose insegura, temerosa y culpable, como es común que ocurra con las menores que sufren un acto de traición a la confianza que brindan a una persona cercana y querida por ellas; esperando de éstas afecto, seguridad y protección, lo que no ha ocurrido con los progenitores de ésta joven, ya que su padre abusó de ella y su madre no le cree, rechazándola y aislándola, lo que viene a ser una revictimización. Sin embargo, la menor es aceptada, querida y apoyada por sus tíos y actuales guardadores.

◆ INFORME PSICOLÓGICO DE ACTUALIZACIÓN (08-11-2004)

- **Evaluación del tratamiento**

El tratamiento de la menor se inició trabajando los sentimientos de culpa. La menor en todo momento identificó a su padre como el culpable del abuso sexual. Se utilizaron varios recursos para que la joven pudiera manejar en forma adecuada la situación de abuso. Una fue el indicarle escribir una carta dirigida al abusador y se discutiera en la sesión. La menor la hizo y consideró que era una buena forma de expresar sus sentimientos. Pudo evidenciarse que la menor ha logrado referirse adecuadamente al abuso sexual y la violación de que fue víctima, sin embargo, se observa resentimiento abierto y expresado hacia el abusador. Pudo detectarse que Jacqueline se encuentra afectada emocionalmente, por la actitud asumida por su progenitora, quien vive al lado del supuesto abusador no creyendo en lo manifestado por su hija.

Durante varios meses la menor ha vivido en casa de su tía Nuria, revictimizándose así, pues es ella la que salió del hogar posterior a la violación y siendo así separada de su familia. Lo anterior afectó a la menor, ya que llora mucho y se siente triste por no estar al lado de la madre. Es indispensable que la joven regrese al lado de su madre, ya que constituye un derecho inalienable del niño el vivir con su familia biológica.

◆ INFORME PSICOLÓGICO DE AVANCE (14-06-2005)

- **Resumen de la situación presentada**

Desde el momento en que la adolescente comentó que fue abusada sexualmente y violada, se inició el tratamiento en forma grupal e individual. Durante la intervención se ha podido constatar que la menor presenta un estado depresivo permanente, por lo que se coordinó con la psiquiatría de la clínica Ricardo Jiménez Núñez, a fin de que le brinden una cita, lo cual se logró.

En el mes de octubre de 2004, la joven mencionó a su madre lo ocurrido con el padre y fue a partir de ese momento que la menor se trasladó a vivir a la casa de sus tíos Jorge Acosta y

Nuria Azofeifa, a quienes se les dio el depósito provisional. A finales del mes de febrero la adolescente manifestó su deseo de alejarse de la casa y no vivir con su tía, que deseaba ingresar a un centro del PANIC, no obstante, se le explicó a la joven que no había cupo, por lo que se le recomendó que gestionara por su cuenta cupo en el lugar Santa Eufrasia. Posteriormente a que la joven ingresó al centro en mención, se realizó entrevista con la madre superiora del mencionado hogar, con el objetivo de conocer la situación de la adolescente. Informó la superiora que Jacqueline era una adolescente educada, tímida e introvertida, pero que se le veía un resentimiento y odio hacia las demás personas, durante su permanencia se disgustó con algunas de sus compañeras del hogar y en una oportunidad tuvo un fuerte altercado con una de ellas, lo que ocasionó que no le permitieran estar en dicho centro. A raíz de esto la madre superiora llevó a Jacqueline donde la tía con quien está actualmente de nombre Ana Delfina Miranda. Manifestó Jacqueline que durante el tiempo que estuvo ingresada su madre la visitó en varias oportunidades y hasta fue de paseo con ella. Jacqueline en todo momento ha manifestado su deseo de estar con su madre. La menor en una oportunidad salió del internado con su madre y no visitó a los depositarios señores Acosta Azofeifa, quienes la esperaban y se preocuparon por la situación; ante tal hecho decidieron no continuar con el depósito de Jacqueline.

Continuando con la situación ocurrida, Doña Delfina manifestó que Jacqueline estuvo pocos días en su casa, posteriormente a que la madre superiora la llevara, ya que decidió irse para la casa de su madre. Pero luego a pesar del que él, juez le indicó al progenitor que debía salir de la casa, él continuaba llegando, por lo que la niña decidió irse a vivir a la casa de su abuela y de su tía, sin embargo, la niña de vez en cuando visita la casa de su madre e incluso a veces cuida a sus hermanos menores cuando la madre tiene que salir.

- **Evolución del tratamiento**

Durante la intervención se ha trabajado con Jacqueline sobre las secuelas del abuso sexual y violación que sufrió, enfocándose en el nivel individual así como en terapia de grupo.

Se ha utilizado la relajación para así disminuir la tensión y ansiedad que le provoca hablar sobre el tema. También se coordinó con el departamento de psiquiatría de la clínica Ricardo Jiménez para que atienda con prioridad a la niña, quien ha presentado un estado depresivo, por lo que requiere medicación.

- **Conclusiones**

Jacqueline continúa en tratamiento psicológico y psiquiátrico, debido a que presenta un estado depresivo permanente. Actualmente no existe ningún depósito judicial. A esta fecha 14-05-2005, la joven se niega a vivir con su madre, argumentando que el progenitor sigue visitando su casa, a pesar de la orden judicial que tiene de no acercarse.

1.2- INFORME PSICOLÓGICO (IMPUTADO)

Fecha: 06 de Febrero de 2005.

Nombre: Secundino Miranda Sotela.

Edad: 42 años.

- **Motivo de la valoración.**

Con relación a los hechos, indica que es acusado por una hija de 16 años por haberle faltado al respeto y de haberla violado, lo que "afirmó que ante Dios y ante su madre, no es cierto". Luego se dedica a dar detalles de comportamientos inadecuados de la hija, que según refiere que la hija mantuvo relaciones sexuales a los 10 años con un sobrino de 11 años, que "él se dio cuenta y la castigó". Es poco consistente y contradictorio en su relato, en un momento dijo que es buena muchacha, después que ella siempre buscó malas amistades y salir a fiestas. Insiste que en el caso debe tomarse en cuenta que la hija tuvo un novio a escondidas durante un año y tres meses, y pudo haber tenido relaciones sexuales con él, ya que andaban solos en partes lejanas.

- **Antecedentes personales no patológicos**

Etilismo: inició a los 18 años, toma cada quince días cuatro o cinco cervezas. Niega tener otras adicciones.

- **Antecedentes personales patológicos.**

Tuvo trauma craneal a los diez años sin pérdida de conciencia. Ha tenido problemas visuales. Padece de gastritis, sinusitis. A la edad de 20 años tuvo una fractura en un pie y trauma cráneo encefálico con pérdida de conciencia. Niega cardiopatías, diabetes, cirugías, enfermedades venéreas, internamientos y control psiquiátrico. A los 22 años estuvo en prisión por 15 días, ya que una muchacha lo hizo responsable de embarazarla y quería que le diera pensión para la criatura, lo cual no consiguió. No hay historial de abuso sexual.

- **Grupo familiar e historia personal.**

Es el segundo de seis hermanos, los padres eran casados. Oriundo de Liberia Guanacaste. El padre tiene 65 años, es de carácter fuerte, tomaba licor de joven, era mujeriego, fue dueño de fincas. El padre se divorció y luego estableció con una mujer, con la que procreó cuatro hijos más. La madre tiene 58 años, ella se dedicó a criar a sus hijos, se quedó sola, tenía buen carácter. Durante el embarazo del evaluado, el padre patió y empujó a la madre por celos, ya que era un hombre muy celoso. De niño era muy tranquilo, vivían en un sitio muy retirado, por lo que debían viajar lejos (más de dos horas) para ir a la escuela, tuvo mucha dificultad para el aprendizaje, lo que achaca a problemas visuales y a que le cuesta mucho asimilar. Desde que salió de la escuela se dedicó a jornalear, los padres ya se habían separado por lo que vivían con la abuela paterna. En su adolescencia le atraía ir a turnos y bailes en su tiempo libre. Tuvo varias novias, se casó a los 24 años con una mujer de 17 años, luego de dos meses de noviazgo, después de buena relación con la esposa, tienen las diferencias normales de una pareja (pleito, grito), nunca han gustado con familias numerosas, por cual solamente procrearon tres hijos.

Tiene 16 años de trabajar en Recope, de forma estable. Dice haber mantenido una buena relación con los hijos, tendía a cuidar el tipo de amistades que tenía la hija y nunca aprobó al novio, ya que este tenía pelo largo, antecedentes penales y era mayor que ella, tenía 24 años. Es muy contradictorio, ya que luego cuenta como la hija lo trataba muy mal, le tiraba las cosas, le decía que lo odiaba, esto el año y tres meses que estuvo de novia del muchacho. Se autodescribe ordenado, confiado, de pocos amigos, muy llevadero, cuesta que se enoje, cuando está enojado no come.

- **Examen mental**

Se presenta puntual a las citas, aparenta edad cronológica, viste de forma adecuada al sexo, su discurso está plagado de racionalizaciones y de explicaciones del origen del hecho. El lenguaje es sencillo y popular; el tono de voz a veces es alto, normobúlico. El afecto es ansioso. El pensamiento es real, tiende a la verborrea circunstancial, no estructura ideas delirantes, sin ideación suicida ni homicida. Sin alucinaciones. Consciente físicamente, orientado globalmente, abstrae de forma concretista, la memoria tardía y reciente con ligeras deficiencias, el cálculo sencillo lo realiza bien, la información general es acorde a su nivel educativo. El juicio crítico conserva la capacidad de distinguir entre el bien y el mal.

- **Comentario.**

Se trata de un hombre de 42 años, proveniente de un hogar con violencia doméstica, con problemas de aprendizajes. Contrae matrimonio, procrea tres hijos, con los cuales mantiene buena relación, una hija de adolescente lo acusa de violación, luego que el novio con quien salía no es aprobado por los padres. Se le detectan en el examen mental limitaciones intelectuales.

- **Impresión diagnóstica.**

Personalidad con rasgos paranoides y obsesivos.

- **Conclusión.**

Al momento de la evaluación, el evaluado conserva la capacidad de comprender el carácter lícito y/o ilícito de sus actos, así como las consecuencias de los mismos. En relación con los hechos, los cuales él niega, no existen elementos que indiquen que se encontraba en estado de enajenación mental durante los mismos, sí estos en efecto, hubieren ocurrido. En la versión que da tanto de los hechos, como de la relación con la hija involucrada, su relato es cambiante y poco consistente. Su personalidad con rasgos paranoides, tiende a crearlo una persona desconfiada.

2- ANÁLISIS INTERPRETATIVO DEL CASO:

El daño físico y psicológico que resulta de la violencia en relaciones íntimas, está vinculado con el término violencia doméstica, la cual es definida como cualquier intento, amenaza o daño físico, real, perpetrado por un hombre o mujer en contra de alguien con quien él o ella tiene o ha tenido una relación sexual íntima.

Partiendo del grupo familiar o historial personal del imputado, se observa que tiene antecedentes de violencia paterna, una inestabilidad emocional, padres separados (falta de la figura paterna), poca atención de parte de los padres en sus dificultades tanto para el aprendizaje (asimilación), como por el problema visual que presentaba de niño.

Además de la violencia vivida en su niñez, a la edad de 10 años sufre un trauma craneal, sin perder la conciencia, a raíz de lo cual, ha sufrido dichos problemas visuales presentados desde niño hasta la actualidad, presentando aún más acrecentado el problema de aprendizaje y asimilación, en lo cual se observa que no hay discernimiento, sino una habilidad de auto protección; es a la edad de 20 años sufre otro trauma, cráneo encefálico, el cual si le produce pérdida de conciencia, a consecuencia de estos traumas sufridos, es que el señor Secundino Miranda presenta un cambio en su personalidad, observándose que dos años después estuvo

en prisión por negarse a pagar pensión alimenticia, logrando salirse con la suya (no accedió a pagarle), siendo él , el padre del menor.

El señor Miranda presentaba en su relación afectiva un profundo desequilibrio. Mostrando aparentemente una buena relación y diferencias normales como en toda pareja; siendo una persona con un buen razonamiento, ordenado, confiado, llevadero, con buenas relaciones sociales, todo este comportamiento era únicamente, (para a su manera de ver las cosa), dominar e imponer su manera de pensar, hasta el punto de hacer que su esposa confiara en él y no en su propia hija.

Según la impresión diagnóstica se comprueba que el imputado en su relato es cambiante, basándose en hechos consistente, conservando la capacidad de comprender el carácter lícito y/o ilícito de sus actos, siendo ésta característica del tipo de trastorno de personalidad encontrada en él (personalidad con rasgos paranoides y obsesivos) lo cual lo convierte en una persona desconfiada, con pensamientos reales, auto justificando sus actos en su manera de ver los hechos, según lo que para él es verdadero.

Este tipo de personalidad con rasgos paranoides, se encuentra dentro de las clasificaciones de las enfermedades mentales, específicamente dentro de la esquizofrenia, la cual se trata de un tipo de psicosis que altera profundamente la personalidad y se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, enfocando esto en el caso del imputado, pudimos observar la transformación progresiva y profunda de su personalidad (con esto no pretendemos decir que él no conservaba su capacidad de distinguir entre el bien y el mal) con todo lo acontecido desde su niñez.

3- EVALUACIÓN SARA:

- **Historial delictiva:**

De la información obtenida no hay un registro criminal previo, e incidentes previos de abusos físicos estuvieron ausentes (es decir "0") De este modo todos los factores de riesgos en esta sección de la historia delictiva, se calificaron "0".

- **Ajuste psicosocial:**

En esta sección, los *problemas laborales recientes e ideación/ intento de suicidio u homicidio* fueron calificados como ausentes (es decir "0"). El señor Secundino Miranda ha permanecido con un empleo estable y los reportes de sus empleadores son buenos; ya que aunque éste presenta síntomas psicológicos no ha presentado ideación o intento de homicidio o suicidio.

Problemas reciente en la relación, *abusos de sustancia reciente y trastornos de personalidad con ira, impulsividad y/o inestabilidad conductual*, fueron calificados parcial o posiblemente reciente (es decir "1") Con respecto a los problemas de parejas, podemos decir que estos han tenido las diferencias normales de una pareja (pleitos con enojos, gritos, pero sin golpes). El trastorno de personalidad que padece el señor Miranda, fue a causa del factor *victima o testigo de violencia familiar cuando niño o adolescente*, ya que él fue sujeto y testigo de violencia por parte de su progenitor, el cual actuaba violentamente en contra de su madre y hermanos, producto de dicha violencia es que el factor *síntomas psicológicos y/o maníacos recientes* fue calificado como definitivamente presente (es decir "2")

- **Historial de violencia doméstica:**

En los siete ítem en esta sección presentados, fueron calificados ausentes (es decir "0") a pesar de la enfermedad mental que padece (de personalidad con rasgos paranoide y obsesivos) este no utilizó ataques físicos, ni actitudes de violencia doméstica (ya que este tipo de personas hacen creer al resto que construyen su mundo en conjunto con ellos, no

demostrando lo que realmente son). En relación con el ítem # 15 *violencia pasadas en ordenes de "no contacto"*, se observa que el imputado sí tenía una orden judicial de no acercarse a la casa de la víctima, pero ésta orden no era pasada, sino reciente, ya que éste no presentaba antecedentes delictivos anteriores de violencia doméstica.

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo investigativo, explicamos de una forma sencilla, que en algunos delincuentes puede advertirse la existencia de un sentimiento de culpa, previo a la comisión del delito, con el que se logra cierto alivio del sentimiento; en cuanto a que la neurosis cumple la función de mantener al sujeto en el padecimiento, como castigo ante sus culpas inconscientes (Se ha podido desconfundir la causa inconsciente con la existencia real de carencias en el desarrollo del súper yo, ya que esa culpa inconsciente solo podría ser demostrada si se lograra volverla consciente durante la psicoterapia psicoanalítica, cosa que nunca ocurre con los pacientes que presentan una conducta psicopática severa) esto permite de forma simultánea, cierto equilibrio interno y externo.

Esto no significa que el amor se encuentre ausente en el criminal, sino que está escondido y enterrado en forma tal que solo el análisis que le hace el psiquiatra o psicólogos pueden traerlo a la luz.

Es cierto que no todos los delincuentes "padecen" un trastorno de la personalidad y que no todos los sujetos con un trastorno de la personalidad, son delincuentes. Pero, se ha observado en innumerables ocasiones cómo, en momentos de crisis social, sujetos que hasta ese momento se consideran normales, pueden expresar la destructividad más descarnada y de esto podemos concluir que la tendencia antisocial no es un diagnóstico puesto que puede existir en neuróticos, psicóticos y normales.

Debido a los tipos de trastornos presentados se pueden observar una serie de mecanismos para poder determinar más concretamente un diagnóstico, para observar si estos están presentes o no en el sujeto esta siendo evaluado. Y de igual manera si está simulando algún tipo de trastorno para no asumir el ilícito cometido.

Cabe señalar que los instrumentos utilizados para tales valoraciones nos permiten distinguir entre un simulador y una persona que realmente sufre de una enfermedad o trastorno mental; a como se observa en el caso práctico expresado en el capítulo tercero en donde el sujeto a simple vista posee la capacidad de distinguir entre lo ilícito y/o lícito, pero efectivamente por la impresión diagnóstica realizada por el psiquiatra que lo atendió, este presenta un tipo de personalidad con rasgos paranoides y obsesivos.

Para concluir esta tesis monográfica, vemos que las pruebas psicológicas son de gran importancia en el campo del derecho, ya que representan un aporte al momento de juzgar, pero dicho aporte se basa en la defensa para condenar al imputado, dejándolo así desprotegido.

RECOMENDACIONES

1. Los jueces, magistrados, agentes del Ministerio Público y abogados que litigan en el fascinante campo del proceso penal, aportando datos suficientes para una aplicación adecuada de las penas, conozcan sobre psicología jurídica para que de esta manera puedan equilibrar los distintos aspectos que se perfilan en el sujeto que comete una infracción penal.
2. Los periodistas que ejercen una poderosa influencia en la opinión pública, ya sean a través de la información escrita, oral, o televisiva, deben tener conocimientos básicos de psicología, para no fomentar una prensa amarillista o morbosa y servir de vehículo formativo y eficaz en la prevención de los delitos y conductas desviadas.
3. Observar la participación de las personas del pueblo que en algunos países como el nuestro, participan en la administración de justicia, cuando existen jurados populares, para que sus decisiones no se basen en conductas emotivas, sino que se basen en la realidad de los hechos que se están llevando a cabo en el juicio.
4. Crear un cuerpo de psicólogo y psiquiatras forenses, para que el diagnóstico del evaluado sea completo y más acorde a la pena impuesta al mismo.
5. Creemos que sería bueno para los concursos de elección de los jueces que tuviesen conocimientos sobre las enfermedades mentales.
6. Las pruebas psicológicas deberían ser aplicadas también al reo, una vez que ha sido sentenciado, dándole un seguimiento para que este al cumplir su condena se reintegre a la sociedad con éxito y sin peligro de reincidir nuevamente.

7. Que los abogados defensores tengan un mayor conocimiento acerca de los diagnósticos o evaluaciones obtenidas de las pruebas psicológicas para que en sus defensas utilicen alegatos basados en la psiquis o salud mental de su defendido (imputado).

BIBLIOGRAFÍA.

1. 17 Links para sites con estudios clínicos: [http:// WWW.medlibrary.com/medlibrary/clinical-trials/](http://WWW.medlibrary.com/medlibrary/clinical-trials/)
2. Aguilar Mainor. Principios de Psicología Forense. Veinticinco años de servicios, su experiencia. 1996
3. Alarcón Renato D. Psiquiatría. 2005
4. Alarcón, R. D. Caracterización clínica de la personalidad anormal. Anales V congreso Peruano de psiquiatría. Neurología y Neurocirugía, Lima, tipografía Offset Peruana. 1974.
5. Alvarado Morán Guillermo A. Medicina Jurídica. San Salvador, El Salvador. Editorial Entro Rafico. S.A. de C.V. 1978
6. Arcia Callejas Álvaro José. Análisis de la importancia del médico forense en el derecho penal nicaragüense. 1997. Tesis monográfica para optar al título de licenciado en derecho.
7. Bacigalupo Enrique. Manual de derecho penal. Parte general. Bogotá: Editorial- Temis. 1989.
8. Biblioteca virtual de medicina: <http://WWW.ohsu.edu/cliniweb/www1/>
9. Bleger José. Psicología de la conducta. Segunda edición. Buenos Aire, Argentina. Editorial Piados. 1983.
10. Cabanellas Guillermo. Diccionario Enciclopédico de derecho usual. P-Q. Tomo VI. Editorial Hellastas. SRI. 21va. Edición. 1989
11. Cabanellas Guillermo. Diccionario Enciclopédico de derecho usual. C-CH. Tomo II. Editorial Hellast. SRI. 21va. Edición. 1989
12. Carrión Mercedes. Sistema penitenciario de Nicaragua. Tesis monográfica para optar al título de Licenciado en derecho. 1999.
13. Castellón Barreto Ernesto. Apuntes de derecho penal. Editorial Universitaria. Segunda edición 1999.

14. Ching Céspedes Ronald Lin. Psicología forense. Principios fundamentales. San José, Costa Rica. Primera Edición. Editorial Universidad Estatal a distancia (EUNED). 2002
15. Código Penal vigente de la República de Nicaragua.
16. Código Procesal Penal (CPP) de la República de Nicaragua.
17. Couture Eduardo J. Vocabulario Jurídico, cuarta. Reimpresión, Editorial Depalma, Buenos Aires, Argentina. 1991
18. Directorio de sitios médicos internacionales: <http://WWW.hon.ch/cgi-bin/find>
19. Dorsh Friedrich. Diccionario de Psicología. 1996
20. Editorial Universidad Estatal a Distancia (EUNED) Primera. Edición. San José, Costa Rica 2002.
21. Enciclopedia jurídica. Omeba. Tomo XIX. Argentina. 1964
22. Enciclopedia de Psicología. Editorial Océano. Tomo V –VI. La Psicología y su evolución. 1983
23. Frías Caballero, Imputabilidad penal. Editorial 1981
24. García Andrade José Antonio. Psiquiatría criminal y forense. Editorial Centro de estudios Ramón Araces, S.A. 1996
25. Garrido Massip E. J. Evaluación de la credibilidad del testimonio. Una revisión de los fundamentos teóricos, origen, evoluciones y estado actual del análisis de contenido basado en criterios. Trabajo presentado en el V Congreso de evaluación psicológica. Benalmadena, Málaga, 30 de Abril- al 3 de Mayo. 1998
26. Garrido Massip E. J. La evaluación de la credibilidad del testimonio en contextos judiciales a partir de indicadores conductuales. Presentado en anuario de Psicología jurídica en el año 2000.
27. González Hernández Pablo. Maestría en criminología. Antología: 06251 "Psicopatología " Editorial Hispamer 2005.
28. Gorpehe Francois. Las resoluciones Judiciales. Estudio psicológicos y forense.
29. Grijalbo Mondadori, S.A. Diccionario Enciclopédico. Edición actualizada 1996. Editorial Cargraphics S.A, Colombia.

30. Hechos clínicos útiles: <http://WWW.weber.u.Washington.edu/~momus/pb/tableofc.htm>
31. <http://WWW.google.com>
32. http://WWW.social_sciencie/psychology/disciplines/health-psicology/
33. Ingegneros José. Simulación de la locura anta la criminología, la medicina legal y la psiquiatría. 1997
34. Jiménez de Asúa Luis. Eestudio de derecho penal y criminología. Tomo III.
35. Krauskopf DINA. Adolescencia y educación. San José Costa Rica. Editorial EUNED. 1985
36. Librería Virtual WWW: <http://WWW.w3.org>
37. Lombroso César. Medicina legal. Segunda. Edición. Madrid, España.
38. Medicina en línea: <http://WWW.priory.com/med.htm>.
39. Mora Carlos Federico. Manual de medicina forense. Guatemala 1931.
40. Mora Carlos Federico. Medicina forense. Tercera. Edición. Guatemala. 1958
41. Morris R. La admisibilidad de pruebas derivadas de la hipnosis y el polígrafo. En Raskin, D. Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales. Impreso Bilbao, DDB. 1994.
42. Navarro Bátres Tomás Baudilio. Importancia del Informe Médico Forense en la Administración de Justicia. Tesis monográfica para optar al título de Licenciado en derecho.1990
43. Página de Educación Médica: <http://WWW.scomm.net/~greg/med-ed/>
44. Piga Antonio. Manual teórico práctico de medicina forense. Madrid, España. 1925
45. Psicología de la salud: http://WWW.social_sciencie/psychology/disciplines/health-psicology/
46. Raskin D. Técnicas poligráficas para la detección del engaño. Primera Edición. 1988.
47. Rizo Castellón, Simeón. Escritos Criminológicos/. Segunda edición – Managua: Hispamer 2002.

48. Rizo Castellón, Simeón, Estudios Criminológicos/ Primera. Edición – Managua: Hispamer 2003.
49. Saborío Valverde Carlos. Estrategias de evaluación psicológicas en el ámbito forense.
50. Saborío Valverde Carlos. Introducción a la Psicología forense. Universidad estatal a distancia. Maestría en criminología. Curso de Psicología forense.
51. Schneider, K: Las personalidades sicopáticas. Editorial Madmorata. 1948.
52. Teke Schlicht Alberto. Medicina legal. Facultad de medicina de la Universidad de Chile. 1993
53. Urrá & Vásquez. Psicología forense 1993.
54. Valladares Abad. Medicina legal general.
55. Vargas Alvarado Eduardo. Medicina legal Segunda edición. San José, Costa Rica. Editorial Lehmann, Editores. 1980
56. Vargas Alvarado Eduardo. Medicina legal. Tercera. Edición. Tomo XIX, Argentina 1983.
57. Whittake J. O. La Psicología social en el mundo de hoy. Segunda edición. 1990
58. Zaffaroni, Eugenio Raúl. En busca de las penas perdidas. Segunda. Edición- Perú. Editorial AFA. 1990.
59. Zaffaroni, Eugenio Raúl. Manual de derecho Penal. Editorial AFA. 1999.

ANEXOS

GLOSARIO

- ✚ Abúlico (abulia): abolición total o parcial de la voluntad, o incapacidad patológica de adoptar decisiones que se observan en algunas psicosis y neurosis.
- ✚ Acaece: pasar, ocurrir.
- ✚ Adaptativo: acomodar o ajustar dos cosas. Amoldarse a una circunstancia
- ✚ Afable: sociable, afectuoso en el trato.
- ✚ Aforar: (del lat. Forum, plaza). Tr. Dar o recibir una heredad aforo. // tasar las mercancías. // pagar especialmente una deuda.
- ✚ Aforismo: (del griego aphorismo, definición). M. máxima o sentencia que se expresa con pocas palabras.
- ✚ Agorafobia: Temor a los espacios abiertos
- ✚ Alienado: que sufre alienación (acción y efecto de alienar o alienarse). Volverse loco.
- ✚ Alzheimer: Enfermedad degenerativa progresiva del cerebro, caracterizada por la desorientación y pérdida de la memoria.
- ✚ Ambivalencia: capacidad de algo de ser interpretado o usado de dos formas distintas. En psicoanálisis, actitud efectiva caracterizada por la presencia simultánea de sentimientos opuestos (amor – odio; atracción – miedo, etc.)
- ✚ Anamnesis: parte del examen clínico o recapitulación de todos los datos personales y familiares del enfermo anteriores a la enfermedad actual. Historia clínica. Rememoración.
- ✚ Aneurisma: Bolsa formada por dilatación o rotura de las paredes de una arteria o vena y llena de sangre circulante.
- ✚ Anomia (o anomia): repudio mas o menos severo de las normas sociales: es la actitud con que ciertos individuos pretenden manifestar su disconformidad con la moderna cultura de masas. Concepto empleado por primera vez por Durkheim.(1893)
- ✚ Anorexia nerviosa: Enfermedad que se caracteriza por el miedo intenso a

ganar peso y por una imagen distorsionada del propio cuerpo.

- ✚ Anticonvulsivo: se dice de sustancias o fármacos que actúan sobre una convulsión, el más importante son los anti-epilepticos. Químicamente pueden ser barbitúricos, bromuros, acetazolamidas, etc.
- ✚ Antisocial: (Antes conocida como psicopatías) Se caracteriza por violar los derechos de los demás y no respetan las normas sociales.
- ✚ Aorta: Arteria principal del cuerpo, que nace del ventrículo izquierdo y da origen a todas las arterias del sistema circulatorio. Termina a nivel de la cuarta lumbar, donde se bifurca para formar las iliacas primitivas
- ✚ Apergaminado: Se dice de la persona flaca y de piel a cantonada (un aspecto enflaquecido)
- ✚ Astenica: falta de fuerza del organismo, o respuesta insuficiente de este a un estímulo determinado. Puede deberse a alteraciones del sistema nervioso, a un proceso infeccioso, a fatiga o a agotamiento
- ✚ Atingente: avasallar, oprimir, preocuparse
- ✚ Aunadas: reunir cosas o esfuerzos para alcanzar un objetivo
- ✚ Auras: conjunto de fenómenos subjetivos que anuncian y preceden a ciertas enfermedades, especialmente los accesos epilepticos
- ✚ Autista o autismo: se refiere a su expresión ausente o perdida, patrón de desarrollo desigual, repuesta ritualista a los estímulos del medio y resistencia a cualquier variación del medio.
- ✚ Autonómico: relativo a la autonomía. Se dice de las unidades lingüísticas cuando pueden aparecer en distintos puntos del enunciado sin que se modifiquen su papel o aceptación propia.
- ✚ Barbitúrico: denominación genérica del ácido y sus derivados. Los que se forman por condensación del ácido malónico, o sus derivados, con la urea. Se utilizan como fármacos (luminal, veronal, dial, pentotal) con acción hipnótica, anestésica o sedante. Son sólidos, cristalinos, de sabor débilmente amargo, pocos solubles en agua, excepto sus sales soditas. Están cayendo en desuso por los peligros que entraña su abuso por la dependencia física y psíquica que ocasionan barbiturismo; cuadro clínico

causado por la intoxicación de barbitúricos. En forma aguda se presenta con sueño profundo, falta de reflejos, hipotermia. La muerte suele producirse por complicaciones broncopulmonares u otras. El crónico debe ser considerado una forma de toxicomanía.

- ✚ Belicoso: de actitud o inclinación guerrera. Pendenciero, agresivo
- ✚ Bipolares: Fase de depresión aunque el paciente puede no ser consistente de su tristeza. Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades habituales. Los síntomas pueden incluir perturbaciones del sueño, pérdida del apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o tomar decisiones. Sentimiento de inutilidad, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo, disminución de interés sexual e ideas recurrentes de suicidio y muerte.
- ✚ Bulimia nerviosa: Desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Son episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de provocación del vomito.
- ✚ Burdo: tosco, basto.
- ✚ Cata tónico: cuando psicomotor caracterizado por pérdida de la iniciativa motora
- ✚ Catarsis: (del griego catarsis, purga) f. purificación, recuperación de la calidad ética. Según Aristóteles, sentimiento de nobleza que producen las pasiones que se desarrollan en la tragedia. // liberación de una perturbación o purificación de la mente mediante el temor y la compasión. // en psicoanálisis, liberación de afectos inconscientes (método catártico). Se aplica a ciertos fármacos de efecto purgante.
- ✚ Catatonía: forma de esquizofrenia caracterizada por una alteración de la psicomotricidad (actitudes rígidas y estereotipadas y periodos de inmovilidad, etc.) y de la voluntad (negativismo)
- ✚ Cefalalgia o cefalea: dolor de cabeza. Jaqueca, migraña.
- ✚ Cianosis: f. coloración azulada de piel y mucosa por efecto de oxigenación de la sangre. Es signo de determinadas enfermedades pulmonares, cardíacas y vasculares. En ciertas cardiopatías congénitas la cianosis es muy intensa (niños azules)

- ✚ Citrino: M. variedad de cuarzo, amarilla o pardo transparente, piedra ornamental.
- ✚ Colgajo: Fragmento de tejido, principalmente cutáneo, separado de modo incompleto del organismo, que sirve para construir una superficie cruenta vecina.
- ✚ Conciencia: Implica un estado de percepción del mundo exterior y de la posición que en el ocupa el individuo. La alteración de la conciencia puede constituir atenuante ante la justicia.
- ✚ Condonan: perdonar una pena de muerte. Renunciar gratuitamente de un crédito.
- ✚ Contusión: tipo de lesión traumática causada por el choque violento con un objeto obtuso. Su gravedad es variable, pero puede existir lesión interna de vísceras.
- ✚ Corolario: teorema o proposición que se deduce fácilmente de otro ya demostrado.
- ✚ Cruenta: Sangrienta.
- ✚ Cuerpos romos: Adj. Sin puntas. // chato
- ✚ Cupabilizacion: calidad de culpable; es una de las características esenciales del delito.
- ✚ Deglución: proceso por el cual el bolo alimenticio pasa de la boca al estomago a través del esófago. Es un acto reflejo regulado por un centro nervioso situado en el bulbo raquídeo.
- ✚ Delación: f. acción y efecto de delatar.
- ✚ Demencia: Es la debilidad crónica, agresiva, destructiva, irreversible e incurable de las funciones mentales.
- ✚ Depresivo o depresión: Trastorno mental caracterizado por sentimiento de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda. Depresión psicológica: es una tristeza sin razón aparentemente, además persistente.
- ✚ Difusión: acción y efecto de difundir o difundirse. Profusión y extensión en

demasiá en el discurso oral o escrito. Distribución debida al movimiento térmico, de las moléculas de una sustancia en otra. Depende del peso molecular, de la temperatura y del gradiente de concentración

- ✚ Discernimiento: establecer la diferencia entre dos cosas. Encomendar el juez una tutela u otra comisión.
- ✚ Discrepancia: manifestar desacuerdo. Divergir una cosa de otra.
- ✚ Disociativas: Trastorno mental.
- ✚ Enajenación mental o alineación mental: Es una enfermedad transitoria o permanente que se desadapta socialmente al individuo y cuya conducta los torra mas o menos peligroso respecto de si mismo o de su ambiente.
- ✚ Encopresis: incontinencia de materia fecal
- ✚ Enuresis: Emisión voluntaria de orina, la enuresis diurna suele asociarse con alguna enfermedad de la vejiga urinaria. La nocturna ocurre casi siempre en la infancia que tiene su origen en alteraciones psicológicas del desarrollo.
- ✚ Equimosis: f. tipo de hemorragia en que la sangre extravasada (derramar) permanece en el espesor de los tejidos. // las equimosis cutáneas suelen deberse a rotura capilar y causan un punteado rojizo de la piel.
- ✚ Esquizoide: La pérdida de la capacidad e incluso el deseo de amor o de establecer relaciones personales.
- ✚ Esquizotipico: Se caracteriza por el pensamiento, el habla, la percepción y el comportamiento extraño.
- ✚ Estereotipado: tic (medicina). Movimiento involuntario limitado a un grupo de músculos sinérgicos.
- ✚ Exógeno: originado en el exterior del organismo como consecuencia de una causa externa; se dice especialmente de las intoxicaciones, para diferenciarla de los estados tóxicos originado por acumula patológico de alguna sustancia metabólica (endógeno).
- ✚ Fonológico, fonología: función de los sonidos del lenguaje elemental, de estudio de la fonética,

- ✚ Gregaria: que esta con otros iguales a el. Que dócilmente acepta el pensamiento o las ordenes de otros.
- ✚ Hidrocefalia: exceso de líquido céfalo raquídeo en la cavidad craneal por tumores o malformaciones.
- ✚ Hipocandriasis: La preocupación crónica por una enfermedad o síntoma para lo que no se ha encontrado ninguna causa orgánica específica.
- ✚ Hipocondría: Termino tradicional para una condición. Mórbida caracterizada por la simulación de síntomas de una o varias enfermedades,
- ✚ Histriótico: Se caracteriza por la teatralidad de su comportamiento y de expresión.
- ✚ Hurtillas: subrepticamente, de espaldas a algo.
- ✚ Impulsividad: Es un estado anormal, consiste en el impulso irresistible de atacar, tomar cosas ajenas, y disfrutarlas. Interesa en su diagnostico conocer antecedentes de viñas frecuentes en la niñez, repetidos accidentes de transito, conducta antisocial (disturbios, provocación de incendios, etc.) cruel con animales, asaltos sexuales, brutalidad criminal. Esta condición se observa en casos de retardo mental, lesión orgánica de lóbulos temporales del cerebro trastornos de personalidad; puede presentarse en algunas personas normales bajo gran tensión emocional o intoxicación alcohólica.
- ✚ Inclusiva: (adj. que incluye). O puede incluir determinada cosa
- ✚ Indemne: Adj. sin daño
- ✚ Inferência: (sust. fem.). Acción o efecto de inferir. // Llamacion.
- ✚ Interaccional: (sinon. de interacción). Acción reciproca entre cuerpos, partículas o sistemas. Las interacciones conocidas en la naturaleza son: gravitatorias, perceptibles entre grandes masas de materia; electromagnética que se ejerce entre partículas con cargas eléctricas
- ✚ Juicio: Es una de las funciones mas elevadas de la mente, consiste en la capacidad de entender y apreciar el valor de las cosas que el individuo piensa y sobre las cuales razona. En los aspectos legales, se debe investigar si el individuo diferencia entre lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto.

- ✚ Latência: (fem.). Calidad de latente. / incubación de una enfermedad. / sexual en psicoanálisis, período que va desde el final del complejo de Edipo hasta el inicio de la pubertad y durante el cual la energía sexual permanece apaciguada.
- ✚ Lingüista: persona que estudia leyes o jurisprudencia. // jurista.
- ✚ Lobezno: m. lobato; cachorro de lobo.
- ✚ Lucidez: Es la capacidad de atención, percepción y memoria, mediante la cual el individuo puede entablar relaciones con el mundo exterior e interior.
- ✚ Mórbidas: Ideas que pueden producir manifestaciones físicas, sin que hubiera en el paciente alteraciones estructurales orgánicas, ni cerebrales ni de otro tipo.
- ✚ Morbosa: adj. relativo o perteneciente a la enfermedad. // que es indicio o efecto de una enfermedad. // que se complace en lo nocivo. // que manifiesta inclinación por lo nocivo (perjudicial , dañino)
- ✚ Narcisista: Demanda la admiración y la atención constante.
- ✚ Neurosis: f. termino genérico que designa un extenso grupo de enfermedades mentales caracterizadas por la ansiedad y la percepción clara del conflicto subyacente, que se desarrolla por un mecanismo de defensa. A diferencia de la psicosis, el enfermo conoce la enfermedad y no existe una lesión orgánica subyacente. Existen cuatro tipos principales de neurosis: fóbica, de angustia, histérica y obsesiva.
- ✚ Nistagmo: M. fenómeno oftalmológico que consiste en movimiento involuntario del ojo por espasmo clónico de sus músculos motores.
- ✚ Obtuso: Adj. romo, que carece de punto. // se dice del estado de animo de disminución de la persona mental y la conciencia. Se caracteriza por la lentitud y dificultad de comprensión e ideación. // fig. lento de reflejos, bebo.
- ✚ Paramoides: Son ideas delirantes (creencias falsas, firmemente asentadas y resistente por ello a la critica)
- ✚ Parodias: (perversión sexual): excitación ante estímulos inapropiados y que no están socialmente aceptados

- ✚ Paroxismo: M. fase de una enfermedad o de un acceso en la que se produce la máxima intensidad de su sintomatología. // inflamación, exacerbación de las pasiones y sentimientos
- ✚ Patología: f. rama de la medicina que estudia todo lo referente a la enfermedad, especialmente desde el punto especial.
- ✚ Pedofilia: Atracción sexual por niños y niñas que no han alcanzado la pubertad. Se aplica al término a la atracción que sienten los adultos por los niños. Se hace referencia al mero deseo y no incluye el contacto sexual.
- ✚ Pick: Demencia presenil
- ✚ Ponderación: adj. imparcial, mesurado, (equilibrado juicioso)
- ✚ Prosodia: f. complejo de normas relativa a las vocales (cantidad, intensidad, evaluación y duración del sonido). En lo que se refiere a la verificación. // parte de la lingüística que se ocupa de la correcta pronunciación y acentuación de las palabras.
- ✚ Psicobiológico: estudio del individuo en la doble vertiente de su conexión con el ambiente y de su existencia como organismo físico.
- ✚ Psicométrico: rama de la psicología experimental que trata de la medida y elaboración matemática de los fenómenos psíquicos e interviene en la elaboración de los test.
- ✚ Psiconeurológicas: f. neurosis.
- ✚ Psicópata: Com. Persona que sufre trastornos mentales, especialmente de carácter criminal.
- ✚ Psicopatía: F. término genérico con el que se designa las enfermedades que presentan serios trastornos de conducta, sin que haya ninguna alteración intelectual.
- ✚ Psicopatológica: f. ciencia que estudia las enfermedades mentales
- ✚ Psicosis: Se caracteriza por desorganización de la personalidad en grado variable, el paciente no tiene conciencia de que sufre enfermedad mental.

- ✚ Raciocineo: Consiste en la capacidad de pensar y razonar acerca del mundo exterior.
- ✚ Resueltamente: Adj. valiente, intrépido. // presto. // rápido en el hacer
- ✚ Retardo mental: Es todo funcionamiento intelectual por debajo del promedio general que se asocia con alteraciones en la conducta de adaptación
- ✚ Reticencia: f. sospecha que uno tiene de que otro no habla con claridad y francamente de determinado asunto.// prevención, reserva que se hace al hablar sobre determinado tema.// figura retórica por la que se da la impresión de que no se dice todo lo que se sabe.
- ✚ Reticente: adj. que omite o calla las cosas.
- ✚ Serología: F. rama de la biología que se dedica al estudio de los sueros en general y de los sueros inmunoespecíficos en particular.
- ✚ Serotonina: **sustancia** con acción principalmente vasoconstrictora que se produce en el organismo durante el metabolismo del triptofano. (Forma parte de la vitamina PP; se usa en la medicina. Aminoácido aromático). Se forma en las células argentafines y enterocromafines del intestino y circula por la sangre transportado por las plaquetas
- ✚ Sicopáticos: f. término genérico con el que se designan las enfermedades que presentan serios trastornos de conducta, sin que haya ninguna alteración intelectual.
- ✚ Somatización: Los estados depresivos, o las obsesiones – compulsiones
- ✚ Subrepticio: que se hace, pretende o consigue de forma oculta y disimulada.
- ✚ Sucumbe: intr. Caber, rendirse. // abandonar la lucha o resistencia. // morir. // perder una querrela o pleito.
- ✚ Sugestión: f. acción y efecto de sugestionar.// proceso psíquico mediante el cual un individuo induce una idea o un sentimiento en otro individuo o en si mismo (autosugestión).
- ✚ Superfluos: adj. innecesaria, sobrante.

- ✚ Toxicomanía: f. inclinación irresistible a tomar sustancias (drogas) que estimulan e inhiben el sistema nervioso central. Se caracteriza por producir en el individuo una tolerancia y una dependencia física o psíquica a las drogas.

- ✚ Transgreden: tr. Infringir, vulnerar, violar un mandato, ley, disposición, etc.

- ✚ Traslapo: m. parte no vista de una cosa traslapada.

- ✚ Trastorno de personalidad: Tiene como sinónimo psicopatía y personalidad psicopática, de ahí el término de psicópata para el individuo que presenta este tipo de afección. Su personalidad tiene defecto en el desarrollo que la hacen no armónica o con tendencias anormales de conducta que dan origen a conflictos con los demás. Se consideran condiciones, por que pueden desembocar en psicosis.

- ✚ Trastorno psicofisiológico: Son repercusiones en el funcionamiento del organismo y de sus víctimas de alteraciones emocionales que actúan a través del sistema nervevegetativo.

- ✚ Trombo embolia: F. proceso de oclusión embólica de un vaso por un trombo arrastrado por la corriente sanguínea.

- ✚ Trombo: (del griego thrombos, coagulo) m. masa sólida formada en la luz del sistema vascular por los productos de la coagulación sanguínea

- ✚ Vasoconstrictora: se dice especialmente de fármacos hipertensotes, como la adrenalina o la vasopresina.

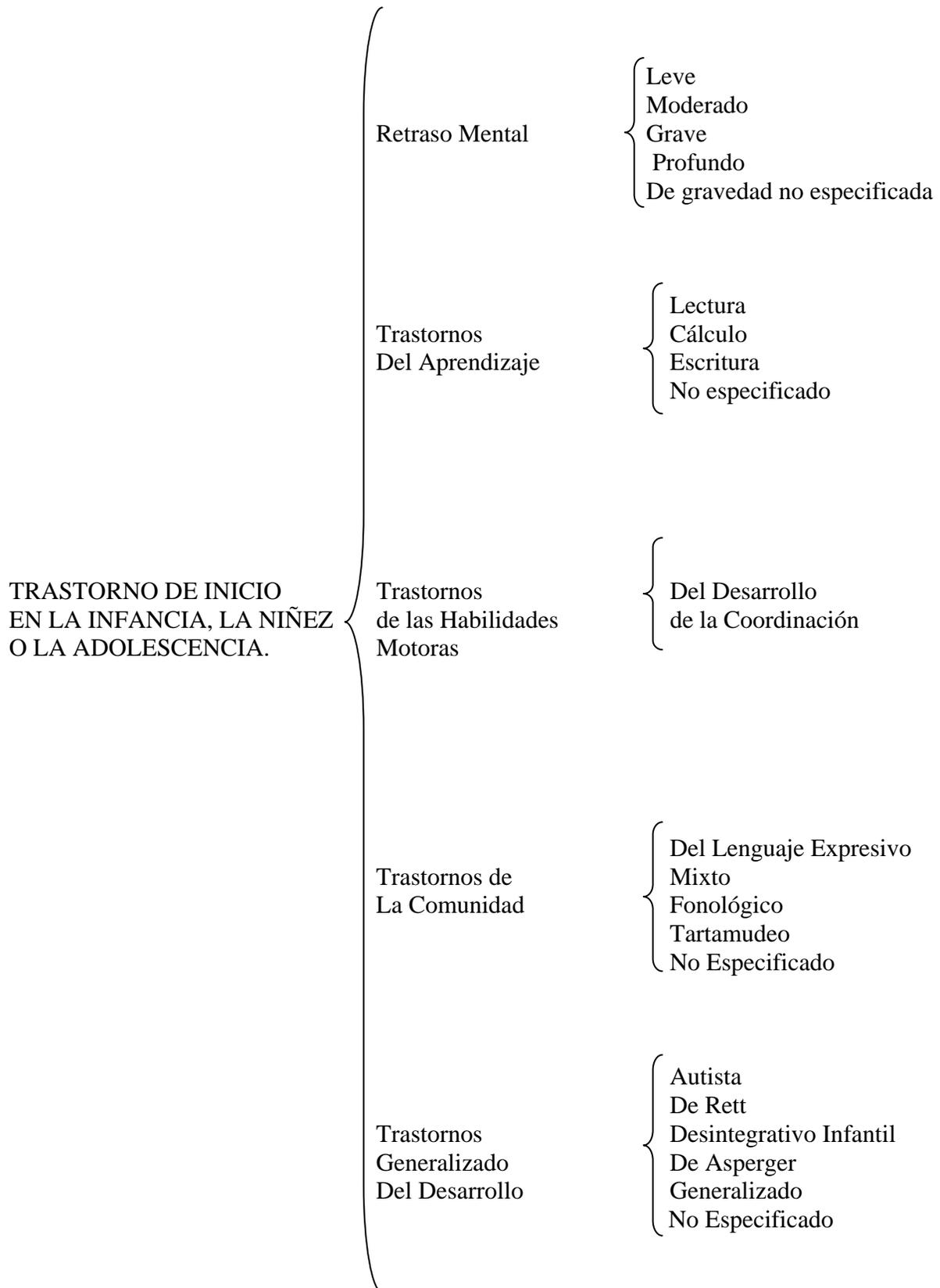
- ✚ Vesícula: F. órgano en forma de saco lleno de aire o líquido. // lesión cutánea, elemento de tipo ampolla, formada por una elevación circunscrita de la piel que contiene serosidad

- ✚ Volitiva: adj. relativo a la voluntad.

Efectos de Medicamentos – Drogas

DROGAS	TIPO	EFECTOS
Anfetaminas	Estimulante	Euforia, intranquilidad, agitación, insomnio. Convulsiones, alucinaciones, delirio, falsas percepciones tipo paranoide, psicosis alucinatoria.
Cocaína	Estimulantes	Excitación, ansiedad, verborrea, temblor, alucinaciones visuales y auditivas.
LSD	Estimulantes alucinógenos	“Despersonalización”, ilusiones, alucinaciones, felicidad, temor, depresión, torpeza mental, trastornos emocionales y de conducta semejante a psicosis, agresividad.
Marihuana	Estimulantes alucinógenos	Euforia, locuacidad, ilusiones, alucinaciones visuales y cinestésicas, desdoblamiento psíquico, trastorno de sensación espacio-tiempo, sugestionabilidad, amnesia retrógrada.
Fenciclidina	Alucinógeno	Mareos, nistagmo, ataxia, desorientación, alucinaciones, agitación, convulsiones, esquizofrenia aguda.
Hipnótico-sedantes	Depresores	Sedación incoordinación, ataxia, desinhibición de algunos neuróticos con manifestación de ira o agresividad.
Sedantes autonómicos	Depresores	Sedación menos placentera, confusión, alucinaciones, excitación paradójica.
Analgésicos narcóticos	Depresores analgésicos	Disminución de la atención, apatía, abulia, excitación, ansiedad, miedo, delirio.
Tóxicos inhalantes	Depresores	Euforia, náuseas, vértigo, visión borrosa, temblor, convulsiones, excitación, confusión, delirio, inconsciencia.

Anexo
**Esquema de Clasificación de las enfermedades,
Mentales según DSM - IV**



Alimentaría

Trastornos por Déficit
De Atención

Trastorno de ingestión
Y de la conducta alimentaría

Pica
Trastorno de Rumiación
De la Ingestión

Trastorno de tics

De la Tourette
Tics Motores o Vocales
Crónico.
Transitorios

Trastornos
De la eliminación

Encopresis
Enuresis

Otros Trastornos
De la infancia, La niñez
O la adolescencia

Ansiedad por separación
Mutismo Selectivo
Reactivo de la Vinculación
De Movimientos

eseriotipados
TRASTORNO DE INICIO
EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ
O LA ADOLESCENCIA

Delirium

Por enfermedad Médica
Inducido por Sustancias
Por Abstinencia de
Otras Etiologías

sustancias

Demencia

Alzheimer
Vascular
Debida a VIH
Por Traumatismo Craneal
Enfermedad de Parkinson
Enfermedad de Huntintong
Enfermedad de Pick
Enfermedad de Crewtzfeldt
– Jakob.
Inducida por sustancias
Otras Etiologías

Trastornos Mentales Debidos
A Enfermedades Médicas,
No Clasificados en otros apartados

Trastorno Catatónico
Por Enfermedad Médica
Cambio de Personalidad
Trastorno Mental
No Especificado

Trastornos Relacionados
Con sustancias

Alcohol
Alucinógenos
Anfetaminas
Cafeína
Cannabis
Cocaína
Fenciclidina
Inhalantes
Nicotina
Opiáceos
Sedantes Hipnóticos o Ansiolíticos
Otras Sustancias

Esquizofrenia
Y otros Trastornos

Paranoide
Desorganizado
Catatónico
Indiferenciado
Residual

Trastornos del
Estado de ánimo

Depresivos
Bipolares

Trastornos
De ansiedad

Trastorno de angustia sin agorafobia
Trastorno de angustia con agorafobia
Agorafobia sin historia de trastorno
De Angustia
Fobia Social
Trastorno Obsesivo - Compulsivo
Por Estrés Agudo
Por ansiedad a la enfermedad Médica
Inducido por sustancias
No Especificado

Trastornos Somatomorfos

Somatización
Conversión
Con déficit Motores
Con Crisis o Convulsiones
Con Síntomas Sensoriales
Por dolor
Hipocondría Dismórfico Corporal
No Especificado

Trastornos Facticios

Trastornos Facticios
Trastorno Facticio no especificado

Trastornos Disociativo

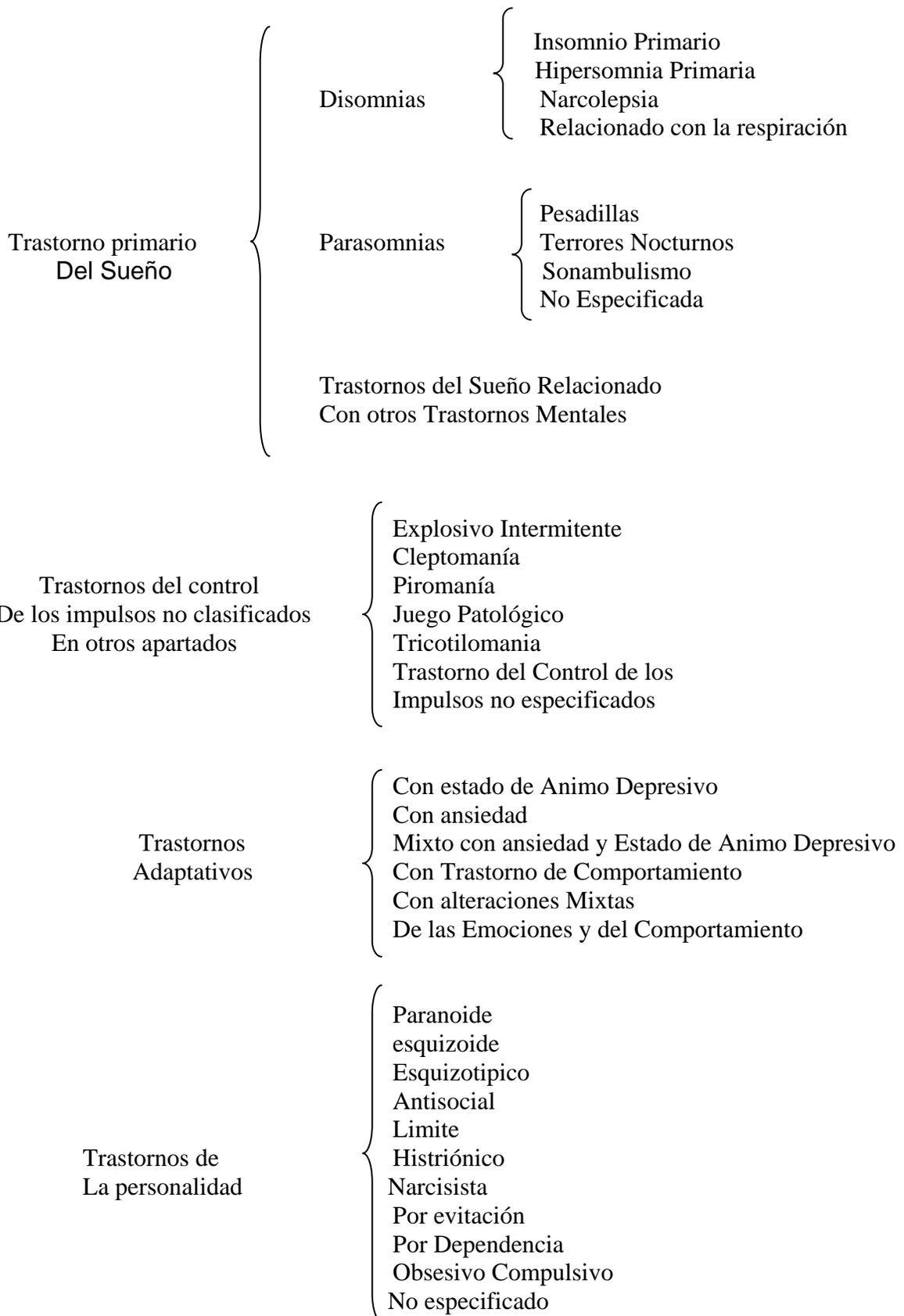
Amnesia Disociativa
Fuga Disociativa
Trastorno de identidad Disociativo
Trastorno de Despersonalización
No Especificado

Trastornos Sexuales
Y de la identidad sexual.

Trastorno de deseo sexual
Trastorno de la Excitación Sexual
Trastorno Orgánico
Trastorno Sexuales por Dolor
Trastorno Sexual debido a una
enfermedad Médica
Parafilias
Trastorno de la Identidad Sexual

Trastorno de Conducta Alimentaría

Anorexia Nerviosa
Bulimia Nerviosa
No Específicas



Breve descripción de 14 trastornos de personalidad Del DSM – III, DSM III– R y DSM- IV.

- **Esquizoide.** Indiferente, apartado, solitario. Ningún deseo ni necesidades de cariño. Coincidencia mínima de sus sentimientos y de los otros. Pocas o ninguna actividad recreativa y ambición.
- **Evitativo. Indeciso, conciencia de si mismo, avergonzado, ansioso.** Verdaderamente tenso y temeroso in situaciones sociales de rechazo. Plagued by constant performance anxiety. Invasión de constante ansiedad. Se ven así mismos como ineptos, inferiores y desagradables. Sentimiento de soledad y vacío.
- **Depresivo.** Sombrío, desanimado, pesimista, preocupante, fatalista. Se presenta a si mismo como vulnerable y abandonado. Sentimiento de minusvalía, culpable e impotente. Se juzga como si fuera digno de solo criticas y desprecios.
- **Dependiente.** Indefenso, incompetente, sumiso, inmaduro. Retirado de las responsabilidades adultas,. Se ven así mismo como débil y frágil. Procuran constantes palabras tranquilizadoras de figuras fuertes.
- **Histriónico.** Dramático, Seductor, superficial, buscan estímulos, vanidoso. Sobreactúa en acontecimientos menores. Exhibicionista como una medida de asegurar atención y favores. Se mira a si mismo como atractivo y encantador.
- **Narcisista.** Egoísta, arrogante, grandioso, indiferente. Preocupado con fantasías de éxito, belleza y logro. Se ven así mismos como admirables y superiores, y por lo tanto creen tener en derecho un trato especial.
- **Antisocial.** Impulso, irresponsable, desviado, rebelde,. Actúa verdaderamente sin consideraciones. Asumen obligaciones sociales solamente cuando les conviene. Despectivo de las normas , reglas y estándares sociales. Se ven a sí mismo como libres e independientes.
- **Sádicos.** Explosivamente hostiles, abrasivos, crueles y dogmáticos,. Propensos a súbitos arranques de furor. Se satisfacen así mismos a través de la dominación, intimidación y la humillación de otros. Son tercos y de mente cerrada.
- **Compulsivos.** Comedido, conciente, respetuoso y rígido. Mantiene un estilo dentro normas obsesivas. Se adhiere estrechamente a las convenciones sociales. Ve el mundo en términos de regulaciones y jerarquías. Se ven a sí mismos como devotos, fiables, eficientes y productivos.
- **Negativo.** Resentido, contrario, escéptico, descontento. Resiste a las gratificaciones de los otros. Deliberadamente ineficiente indirectamente una apertura a socavar las metas de otros humor cambiante e irritable, es decir antipático y reservado.
- **Masoquista.** Respetuoso, fóbico al placer, servil, culpable(blameful), borrar/ se anula(self-effacing). Animar a otros para obtener ventajas. Deliberadamente derrotar con propio logro. Busca condenar y maltratar su pareja.
- **Paranoides.** Resguardado, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilantes de los otros, por motivos indeterminados por hacerle daño. Siempre buscando evidencias confirmatorias de planes ocultos o conspiraciones, Sentimientos honestos pero persecutorios
- **Esquizotípicos.** Excéntricos, autoseparados / aparatos, bizarros, ausentes o distraídos. Exhiben peculiares manierismos y conductas. Interpretan a través de los otros. Preocupado con ilusiones y creencias extrañas. Borrosa línea(no distingue) entre la realidad y la fantasía.
- **Bordeline.** Impredicibles, manipuladores e inestables, frenéticamente temerosos al abandono y al aislamiento, Experimentan rápidamente fluctuaciones en el humor. Rápidos cambios entre el amor y el odio. Se ven así mismos y otros alternativamente(o radicalmente) como todo bueno o todo malo.

Guía de Evaluación del Riesgo de Violencia Domestica (SARA)

Información General

Nombre del Evaluado: _____

Fecha de Nac. ____/____/____/

Nombre del evaluador: _____ Puesto: _____

Firma: _____ Fecha de Evaluación ____/____/____

Procedimiento de Puntuación

El SARA es una lista de chequeo para apoyar la administración de casos en la determinación de riesgos de violencia que pudiera ocurrir en el contexto de agresión domestica. Es importante que el evaluador no sume los puntajes individuales para determinar el nivel de riesgo. Es decir, un ofensor puede tener solamente poco ítems puntuados con "2" y todavía representar un nivel de riesgo alto.

"0" – Ausente "1" – parcialmente o posiblemente presente "2" – Definitivamente presente

Historia Delictiva	Puntaje (0,1,2)	Item Critico
1. Agresión en el pasado a miembros de la familia		<input type="checkbox"/>
2. Agresión en el pasado a extraños o conocidos		<input type="checkbox"/>
3. Violación en el pasado de libertad condicional o supervisión en la comunidad		<input type="checkbox"/>
Ajuste Psico-social		
4. Problemas de pareja recientes (último año)		<input type="checkbox"/>
5. Problemas laborales recientes (desempleo / inestabilidad en el ultimo año)		<input type="checkbox"/>
6. Víctima o testigo de violencia familiar cuando niño o adolescente.		<input type="checkbox"/>
7. Abuso / Dependencia reciente de sustancias (último año)		<input type="checkbox"/>
8. Ideación / intento reciente de homicidio o suicidio (último año)		<input type="checkbox"/>
9. Síntomas Psicológico y / o maniacos recientes		<input type="checkbox"/>
10. Trastorno de personalidad con ira, impulsividad o inestabilidad conductual		<input type="checkbox"/>

Historia de Violencia Doméstica		
11. Ataque físico en el pasado		<input type="checkbox"/>
12. Ataque sexual en el pasado / celos sexuales extremos		<input type="checkbox"/>
13. Uso de armas en el pasado y / o amenazas de muerte creíbles		<input type="checkbox"/>
14. Escalamiento reciente en la frecuencia y severidad de ataques		<input type="checkbox"/>
15. Violencia pasadas en órdenes de "no contacto"		<input type="checkbox"/>
16. Minimización o negación extrema de historia de violencia doméstica		<input type="checkbox"/>
17. Actitudes que apoyan o condonan la violencia doméstica		<input type="checkbox"/>
Ofensa más reciente / Actual		
Completar esta sección si alguna de las ofensas actuales involucra agresión doméstica o si el ofensor cometió una agresión doméstica durante su último año en la comunidad		
18. Ataque severo y / o sexual		<input type="checkbox"/>
19. Uso de armas y / o amenazas de muerte creíbles		<input type="checkbox"/>
20. Violación de órdenes de " no contacto"		<input type="checkbox"/>
Otras consideraciones		
•		<input type="checkbox"/>
•		<input type="checkbox"/>
•		<input type="checkbox"/>

Riesgo de Agresión Doméstica			
	Bajo	Moderado	Alto
Riesgo de violencia hacia compañera (o) o ex -compañera (o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesgo de violencia hacia otros Incluye violencia contra alguien distinto a compañera(o) o ex – compañera(o) por ejemplo, niños, nueva pareja de ex – compañera(o) que podría ocurrir en el contexto de agresión domestica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar posibles víctimas:			

Estrategia de manejo de riesgo asociada con ítem SARA

ítem SARA	Naturaleza	Manejo
#1: Agresiones pasadas a miembros de la familia.	Estático	<ul style="list-style-type: none"> ● Encarcelamiento. ● Supervisión intensiva ● Tratamiento familiar ● Encarcelamiento de habilidades parentales.
#2: Agresiones pasadas a extraños o conocidos.	Estático	<ul style="list-style-type: none"> ● Encarcelamiento. ● Supervisión intensa. ● Tratamiento penitenciario para violencia.
#3: Violación pasada de libertad condicional o supervisión comunitaria.	Estático	<ul style="list-style-type: none"> ● Encarcelación. ● Supervisión intensiva. ● Programa correccional de reincidencia.
#4: Problemas recientes en la relación de pareja.	Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> ● Resolución de disputas. ● Programa grupal de violencia doméstica. ● Consejería de parejas. ● Consejería financiera. ● Consejería legal/ Corte familiar.
#5: Problemas laborales recientes.	Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> ● Consejería vocacional. ● Consejería financiera. ● Tratamiento drogas-alcohol. ● Intervención de trabajador(a) social.
#6: Víctima de y/o testigo de violencia familiar cuando niño o adolescencia.	Estático / Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> ● Terapia individual. ● Tratamiento de estrés post-traumático. ● Programa de grupo de violencia doméstica. ● Terapia familiar. ● Habilidades parentales.
#7: Abuso/ dependencia reciente de sustancias.	Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento drogas-alcohol. ● Abstinencia ordenada por la Corte. ● Monitoreo de orina.
#8: Idea/ intento reciente suicida u homicida.	Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> ● Consejería de crisis. ● Hospitalización. ● Medicación psicotrópica. ● Terapia cognitiva conductual. ● Restricción de arma. ● Tratamiento individual. ● Restricciones de alcohol y drogas.
#9: Síntomas psicóticos y/o maníacos recientes.	Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospitalización. ● Medicación psicotrópica. ● Tratamiento individual. ● Restricciones de alcohol y drogas.

Item SARA	Naturaleza	Manejo
#10: Trastorno de personalidad con ira, impulsividad, o inestabilidad conductual.	Estático/Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual a largo plazo. • Supervisión intensiva • Tratamiento especializada para desórdenes. de personalidad, por ejemplo, terapia conductual dialéctica, comunidad terapeutica
#11: Ataque físico en el pasado	Estático	<ul style="list-style-type: none"> • Encarcelamiento. • Supervisión intensa. • Programa psico-educacional. • Tratamiento de manejo de enojo.
#12:Ataque sexual en el pasado/ celos sexuales extremos.	Estático/Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> • Encarcelación/ supervisión. • Evaluación de desviación sexual. • Tratamiento para ofensor sexual. • Tratamiento grupal para el agresor doméstico con énfasis en poder y control. • Tratamiento de control del enojo.
#13: Uso de armas en el pasado y/o amenazas de muerte creíbles (Historia de ataque doméstico.	Estático	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción de armas. • Encarcelamiento. • Supervision intensiva.
#14: Escalamiento reciente en la frecuencia o severidad de ataques.	Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención de crisis. • Supervisión intensiva.
#15:Violaciones pasadas de ordenes de "no contacto".	Estático	<ul style="list-style-type: none"> • Encarcelamiento. • Supervisión intensiva. • No apoyar la confianza en futuras ordenes de no contacto.
#16:Minimización o negación extrema de historia de violencia doméstica.	Dinamico	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento grupal de violencia doméstica para trabajar o disminuir la defensividad. • Grupo psico-educacional.
#17:Actitudes pasadas de ordenes de no contacto.	Dinámico	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento grupal de violencia doméstica para agresores domésticos con énfasis en poder y control. • Grupo psico-social.
#18: Ataque severo y/o sexual.	Estático	<ul style="list-style-type: none"> • Encarcelamiento/ supervisión. • Evaluación de la desviación sexual. • Tratamiento grupal para agresores domésticos con énfasis en poder y control . • Manejo del enojo.
#19: Uso de armas y/o amenazas de muerte creíbles.	Estático	<ul style="list-style-type: none"> • Encarcelamiento/ supervisión. • Restricción de armas.
#20: Violencia de ordenes de "no contacto."	Estático	<ul style="list-style-type: none"> • Encarcelamiento. • Desanimar futuras órdenes de no-contacto.