



INSTITUTO DE ESTUDIO E INVESTIGACIÓN JURÍDICA
FUNDADO EN 1985

INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATÍA



ÁLVARO BURGOS MATA

ALVARO BURGOS MATA

Catedrático Derecho penal y Criminología, Universidad de Costa Rica
y del Instituto de Estudio e Investigación Jurídica

Introducción a la psicopatía



Autor : Alvaro Burgos Mata
Diseño interior : Alicia Casco Guido
Diseño de portada : Eduardo Espinales

ISBN: 978-99924-21-08-6

Todos los derechos reservados conforme a la Ley

© INEJ, 2009

Impreso en Nicaragua
por Servicios Gráficos

Esta investigación y publicación fue posible gracias al apoyo económico de la Asamblea Nacional, a través de la Comisión Económica, con base a la Ley No. 646/2008, Ley anual de presupuesto general de la República de Nicaragua 2008, anexo No. I-A Asociaciones y Fundaciones, publicada en La Gaceta, Diario Oficial de la República, No. 41 el día 27 de febrero de 2008, en concepto de darle continuidad al desarrollo del programa de gobernabilidad, desarrollo y Estado social de derecho.

El contenido de la presente publicación es responsabilidad exclusiva de su autor, y en ningún caso debe considerarse que refleja la opinión de la Asamblea Nacional ni del Instituto de Estudio e Investigación Jurídica (INEJ).

Índice

Introducción

CAPÍTULO I

Las alteraciones del comportamiento humano..... 11

Sección 1. La Psicopatología 11

Sección 2. Trastornos 16

2.1 Trastornos de la Personalidad..... 16

a. El trastorno paranoide de la personalidad 18

b. El trastorno esquizoide de la personalidad 18

c. El trastorno esquizotípico de la personalidad 19

d. El trastorno antisocial de la personalidad..... 19

e. El trastorno límite de la personalidad..... 20

f. El trastorno histriónico de la personalidad..... 21

g. El trastorno narcisista de la personalidad..... 21

h. El trastorno de la personalidad por evitación 22

i. El trastorno de la personalidad por dependencia..... 22

j. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad..... 22

k. El trastorno de la personalidad no especificado..... 23

2.2 Principales Trastornos de Ansiedad..... 24

a. La crisis de angustia o trastorno de Pánico..... 25

b. La agorafobia..... 26

c. El trastorno de angustia sin agorafobia 26

d. La agorafobia sin historia de trastorno de angustia 27

e. La fobia específica 27

f. La fobia social 28

g. El trastorno obsesivo – compulsivo..... 29

h. El trastorno por estrés postraumático 31

i. El trastorno por estrés agudo..... 33

j. El trastorno de ansiedad generalizada 33

k. El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica..... 33

l. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias..... 33

m. El trastorno de ansiedad no especificado..... 34

2.3	Trastornos Afectivos	34
a.	Trastornos depresivos.....	34
b.	Trastornos bipolares	39
2.4	Trastornos Somatoformes y Disociativos	42
a.	Trastornos Somatoformes.....	42
b.	Trastornos Disociativos	46
2.5	Trastornos de la conducta sexual.....	47
a.	Trastorno de erección en el varón.....	49
b.	La eyaculación precoz.....	51
c.	Método teórico de Masters y Johnson.....	52
d.	Terapias para disfunciones sexuales.....	56
e.	Parafilias.....	56
2.6	Trastornos alimentarios	58
2.7	Trastornos Mentales en la Niñez	58
CAPÍTULO II		
La Esquizofrenia y la Sociopatía como perturbaciones de la personalidad		63
SECCIÓN 1. Esquizofrenia.....		63
1.	Definición y Conceptuación Sindrónica de la Esquizofrenia.....	63
	Criterios de diagnóstico clínico de la esquizofrenia.....	68
Sección 2. Psicopatía- Sociopatía:		69
2.1	Aproximación conceptual	69
2.2	Características clínicas	76
	Impulsos	76
	Afectos	76
	Relación de objeto	77
	Patrones de conducta antisocial	78
Conclusión.....		82
Bibliografía.....		85

Introducción

El presente trabajo, ha contado para su desarrollo y publicación con la valiosa e indispensable colaboración del **Instituto de Estudio e Investigación Jurídica (INEJ)**, y en especial con la de su Rector, ex Magistrado de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica, el Dr. Mario Houed Vega, y de su gestor y promotor fundamental, el Magistrado y académico Sergio Cuarezma Terán, reconocido penalista y criminólogo de la hermana República de Nicaragua.

El estudio de la psicopatología es una búsqueda de la razón por la cual la gente se comporta, piensa y siente de maneras inesperadas, en ocasiones extravagantes, y casi siempre perjudiciales. Se sabe mucho menos de lo deseable. Este trabajo intenta ocupar las formas en que los psicopatólogos han tratado de averiguar las causas de la conducta anormal, y lo que saben acerca de la misma.

Se examinaron varios componentes de la anormalidad, tales como: violación de normas sociales, aflicción personal, incapacidad o disfunción, e imprevisibilidad. Cada una de estas características indica un rasgo de lo que se puede considerar como anormal, pero cualquier concepción cambia con el tiempo, y debido a ello es imposible formular una sola definición que abarque todos los aspectos de la conducta anormal.

La investigación científica fue expuesta como una manera especial en la que los seres humanos adquieren conocimientos acerca de su mundo. En un sentido muy importante, la gente sólo ve lo que está preparada para ver, y ciertos fenómenos pueden pasar inadvertidos, debido a que los científicos sólo pueden descubrir aquéllos acerca de lo cual poseen ya alguna idea general. En la ciencia

existe subjetividad del mismo modo que en la percepción y la solución de problemas cotidianos.

La visión realista de este problema nos debe llevar a la posición de conocerlo, para luego, enfrentarlo con actitudes que tiendan a una apropiada conducción de los factores que le conciernen, para con ello lograr, consecuentemente, los efectos prácticos que reflejen una reducción sustancial de conductas anormales, y sobre todo la búsqueda insaciable de una sana convivencia.

El Código Procesal Penal de la República de Nicaragua (Ley No.406), establece en su artículo 97 establece en relación con la capacidad del acusado, en una misma categoría tanto la “incapacidad mental sobreviviente”, como la “perturbación” y la “alteración de la percepción”, lo cual consideramos que no necesariamente representan desde el punto de vista técnico lo mismo, señalando que dicha situación producirá desde el punto de vista procesal la “suspensión” del proceso hasta que desaparezca dicha “incapacidad”, pero no aclara qué pasa en los casos en que la incapacidad mental cognitiva y/o volitiva no “desaparece” con el tiempo, por ejemplo en el caso de la esquizofrenia, y el mismo artículo aclara que no se impide la continuidad de la investigación de los hechos, ni la continuidad del proceso con relación a otros acusados, si es que existieran más de uno, por lo que no queda tampoco claro qué pasa cuando el proceso esta suspendido, pero se requieren actos procesales concretos para continuar con la investigación, incluso con participación de las partes, por ejemplo un allanamiento, una intervención telefónica, un peritaje criminalístico, incluso en casos en que el mismo imputado pudiera servir como objeto de prueba o sujeto de prueba, y ni siquiera pudiera manifestar su deseo o no de participar en dichos actos.

Además el artículo 97 apuntado del código procesal penal de Nicaragua, indica que la “incapacidad” psíquica debe ser declarada con fundamento en un dictamen de un médico forense, rendido en una audiencia pública ante el juez, con la intervención de las partes y en donde incluso se le podría imponer una medida cautelar al imputado. Lo cierto es que sí llama la atención es que sea únicamente un médico forense quien pudiera dictaminar en dichos casos, puesto que el psicólogo forense podría perfectamente ser el perito indicado para determinar dicho extremo en razón de la naturaleza de su función profesional, y más bien, el psiquiatra forense, que es un médico forense, podría intervenir en casos mayormente ligados a problemas de tipo orgánico, puesto que incluso generalmente estos últimos tampoco tienen formación amplia en aspectos relacionados con psicometría, un elemento fundamental en la determinación de elementos psicopatológicos.

El artículo 203 del Código Procesal Penal nicaragüense, faculta al juez para poder admitir la intervención de un perito dentro del juicio, cuando es “necesario o conveniente poseer conocimientos especiales en alguna ciencia, arte, técnica o materia para conocer o apreciar un elemento de prueba”, y el artículo 204 del mismo cuerpo legal antes citado, establece la necesidad de que el perito sea “idóneo”, lo cual debe ser probado a satisfacción del juzgador.

En aras de conocer esas conductas anormales, donde se encierran las psicopatías, este estudio está dividido en dos capítulos, el capítulo primero: comprende el concepto de Psicopatología, y subdivide específicamente los diferentes trastornos psicológicos que existen identificados hasta el momento.

En el segundo capítulo, se estudia la esquizofrenia y la Psicopatía como perturbaciones de la personalidad. Esto

con el fin de que el lector se ubique dentro del tema con facilidad.

Finalmente, se plantean las consideraciones finales de la investigación.

Las alteraciones del comportamiento humano

Sección 1. La Psicopatología

En primer lugar, la Psicopatología debe delimitar con precisión las diversas categorías o entidades gnoseológicas (psicopatía, neurosis, etc), lo que, a su vez, presupone una definición de anormalidad y de enfermedad mental, de salud psíquica y de trastorno. En segundo lugar, ha de analizar con instrumentos fiables y en términos comparativos la relevancia etiológica de tales patologías en la *población reclusa* y en la *población no penal*, cuantificando uno y otra. Por último, y en segundo caso, especificará las correlaciones constatadas entre cada una de las diversas entidades psiquiátricas y en las correspondientes conductas delictivas.¹

Desde que en 1896 definiera KRAEPELIN la personalidad psicopática, la doctrina psiquiátrica ha tratado de verificar la relación existente entre ciertas anomalías o trastornos psíquicos y el comportamiento delictivo. La psicopatía, en este sentido, ha polarizado desde entonces la discusión científica, convirtiéndose en el eje de la polémica.

1. Cfr. García-Pablo De Molina, Antonio. Tratado de Criminología (Introducción. Modelos teóricos explicativos de la criminalidad. Prevención del delito. Sistemas de respuesta al crimen). Valencia, España. Editorial Tirant Lo Blalo Blanc, 1999,p.536.

Pero tampoco hay consenso alguno en torno al concepto de *psicopatía* ni, por tanto, a la eventual relevancia criminógena de ésta a su correlación en el delito. Con razón se ha dicho que no existe el psicópata², ni dos psicópatas iguales.

El *número y heterogeneidad* de las personalidades psicopáticas elaborado por la doctrina científica, la etiología muy diversa que ésta atribuye a tales patologías y las características, comportamientos y peculiaridades que las distintas clasificaciones describen, demuestran la complejidad del problema.

En la actualidad, *psicopatía, sociopatía y personalidad antisocial*, se utilizan como conceptos sinónimos,³ mereciendo amplio reconocimiento la definición que ofrece el DMS, de la Asociación Americana de Psiquiatría:

“El término se reserva a individuos que están básicamente sin socializar y cuyos patrones de conducta les llevan a continuos conflictos con la sociedad. Son incapaces de una lealtad relevante hacia individuos, grupos, valores sociales. Son extremadamente egoístas, insensibles, irresponsables, impulsivos e incapaces de sentirse culpables y de aprender de la experiencia y del castigo. Su (nivel de) tolerancia de frustraciones es bajo. Tienden a culpabilizar a los otros o a racionalizar de modo plausible su propia conducta”.⁴

2. Cfr. Goppinger, H., *Criminología*, cit., págs. 111 y ss. (y bibliografía allí citada). Por todos Moreno, J.L., *Gruppenpsychotherapie und Psicodrama*, Stuttgart, 1959.
3. Cfr. García-Pablo De Molina, Antonio. *Tratado de Criminología*, cit. pág. 538. En este sentido, Vold, G.B., *Theoretical Criminology*, cit. pág. 148.
4. *Diagnostic und Statistical Manual Of Mental Disorders*, 2 da. ed., 1968, Washington, D.C.(American Psychiatric Association), Pag. 41.

En este sentido, CRAFT,⁵ después de revisar el desarrollo del concepto de “psicopatía”, ha concluido que existen dos rasgos distintivos de la personalidad psicopática (primarios): una incapacidad de responder *emocionalmente*. De tales características primarias se derivarían otras secundarias: agresividad, ausencia de sentimientos de culpa, imposibilidad de ser influido por e castigo o por consecuencias aversivas del comportamiento antisocial y una falta de motivación o pulsión positiva.

Según ésta, por otra parte, existe una correlación indiscutible entre psicopatía y delincuencia, empíricamente constatada.⁶ Pues aun cuando las investigaciones hasta ahora realizadas deben completarse con un más matizado análisis factorial, la imagen de un prototipo de delincuencia mal socializado, extrovertido, neurótico e impulsivo goza de gran predicamento, así como la hipótesis de que los psicópatas representan en términos cuantitativos, el subgrupo más importante del total de la población criminal.⁷

Sin embargo, ésta es sólo una de las innumerables acepciones del concepto “psicopatía”. Sin duda, tenía razón CASSON cuando lamentaba que a mediados del presente siglo más de doscientos términos distintos e incluso contrapuestos se utilizasen como sinónimos de psicopatía, atribuyéndose casi sesenta características diversas y contradictorias a la personalidad psicopática y una treintena de comportamientos supuestamente típicos a esta anormali-

5. Graft, M., *Psychopatic disorders and their assessment*, Londres, 1966 (Pergamon).
6. Cfr. Aubrey, J. Yates, *Terapia del Comportamiento*, 1980. (5ta reimpresión), México, Ed. Trillas, Pág. 241.
7. Cfr. Aubrey, J. Yates, *Terapia del Comportamiento*, cit., pág. 251.

dad. Desde KRAEPELIN (modelo médico), cuya clasificación de 1899 contemplaba ya los “estados psicopáticos” como una de las trece categorías básicas, casi todas las tipologías de la primera mitad del presente siglo se refieren de uno o de otro modo a las “psicopatías”, “sociopatías” o de “personalidades anómalas”.

La posterior evolución de la doctrina psiquiátrica no ha contribuido a clarificar significativamente el concepto de psicopatía.

DI TULLIO (1967), que sitúa éste en el ámbito de la patología psicológica, distinguía tres tipos de psicópatas con relevancia penal: ciertos hipertímicos, los lábiles y los histriónicos.⁸

SCHNEIDER consideraba personalidades psicopáticas, según una famosa fórmula, a aquéllas que sufren por su anormalidad o hacen sufrir a la sociedad por la culpa de su inadaptación.⁹ Una definición tan ambigua e imprecisa obligaría al autor a descubrir diez tipos de personalidades psicopáticas: hipertímicos, deprimidos, miedosos, fanáticos, vanidosos, lábiles de humor, explosivos, fríos, abúlicos y asténicos.

Una tipología semejante, falta de sistemática, es la introducida por CATALNO y CERQUE TELLI (1953), que distinguen doce tipos de psicópatas (hipertímicos, deprimidos, lábiles de humor, anacásticos, inquietos, asléxicos, histriónicos, fanáticos, inestables, crueles, extraños e hipoevolucionados); o la de KAHN (1969), quien se refiere a tres tipos de psicópatas: psicópatas del instinto (im-

8. Cfr. García-Pablo De Molina, Antonio. Tratado de Criminología, cit. pág. 540.

9. Idem

pulsivos y proclives a una reacción violenta), del temperamento y del carácter.¹⁰

Particular interés tienen las investigaciones empíricas llevadas a cabo en Tübingen por GÖPPINGER, al objeto de precisar los subgrupos de personalidades “anómalas”, sus respectivas características psíquicas y proyección de las mismas, caso a caso, en la vida social del individuo.¹¹ Parte de GÖPPINGER de una postura crítica respecto a cualquier clasificación unitaria y global del delincuente y, sin apartarse apenas de la fisiología de K. SCHNEIDER¹², mantiene que las descripciones de determinados rasgos de la personalidad, obtenidas a partir de amplios y diversificados conocimientos empíricos, pueden llegar a ser útiles para la Criminología, al informar sobre diversos “tipos”, sus reacciones en la convivencia social, eventuales posibilidades terapéuticas y expectativas de pronóstico, lo que, a su juicio, vale tanto para la clasificación de “personalidades anómalas” de K. SCHNEIDER como para la de “caracteres” de KRETSCHMER.¹³

10. - Idem

11. - Cfr. Goppinger, H., Criminología, cit., págs. 173 ss.

12. - Cfr. Goppinger, H., Criminología, cit., págs. 174 ss.

13. - En cuanto a psicopatías se refiere, se ampliará más adelante, en el Capítulo II.

Sección 2. Trastornos

2.1 Trastornos de la Personalidad

El DSM- IV¹⁴ explica que por personalidad entendemos una serie de importantes líneas diferenciales de los seres humanos. Se basan también en ciertos atributos físicos también diferenciadores. Determina en gran medida la manera de actuar del ser humano, sus logros y realizaciones y la forma en que es visto por los demás. La unión de todos estos rasgos junto con los aspectos físicos da lugar al perfil de personalidad.

Los rasgos de personalidad no aparecen accidentalmente, ni son congénitos, sino que se desarrollan progresivamente como pautas más o menos fijas y estereotipadas de actitud y respuesta ante los estímulos externos e internos.

Conceptualizando así que es la personalidad, vemos coincide en gran manera con el concepto del YO. Las pulsiones instintivas son, con algunas diferencias cuantitativas, las mismas para todos los individuos. Lo que varía, son las formas con estas pulsiones, en interacción con las exigencias y presiones del medio ambiente, se exteriorizan y satisfacen, se inhiben o se modifican y cambian sus fines. Cualquier forma de conducta es el resultado de la adecuación entre los impulsos y la realidad externa a través de la actividad del YO.

14. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A., Barcelona, 1995, p.645 y ss.

Todos los rasgos de personalidad pueden ser reducidos en esencia a tres tipos: los rasgos de tipo sublimado, la reacción caracterológica y la neurosis de carácter.

Los rasgos de tipo sublimado son el resultado de labor organizadora del YO. Este ha logrado que los impulsos destructivos queden neutralizados por los eróticos o de vida. El predominio de estos rasgos es lo que da lugar a la normalidad psíquica.

En la reacción caracterológica, los rasgos son el resultado de un compromiso entre la pulsión (instinto) primaria y represión por una contrapulsión, motivo por el cual se denominan también rasgos defensivos o reactivas de carácter o de la personalidad. Aquí la represión ha obtenido un mayor éxito que en la neurosis, pero pueden ser considerados, hasta cierto punto, como sustitutos o equivalentes de los síntomas neuróticos.

Los síntomas neuróticos son siempre consecuencia de un fallo de la represión. Muchos individuos presentan así durante suficiente tiempo un carácter reactivo, sin síntomas neuróticos, hasta que con ocasión de sobrecarga emocional (fracasos, éxitos, cambios existenciales importantes, climaterio, enfermedades, accidentes, etc) aparece la neurosis manifiesta.

El carácter o personalidad de tipo reactivo, es rígido e inmodificable, poco eficiente, pues tiene como una especie de coraza en la cual quedan encerradas las aptitudes y capacidades creadoras del individuo. Los impulsos rechazados se abren paso entre las defensas caracterológicas y se mezclan de alguna forma con ella, lo que intensifica la constante actitud de control de vigilancia en que desgastan el YO de estas personas.

De acuerdo con las diferentes formas de reacción caracterológicas existen tipos de personalidad con una estruc-

tura patológica, entre los cuales mencionaremos la personalidad: paranoide, antisocial, esquizoide, narcisista, entre otros.

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene un inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios del sujeto.¹⁵

El trastorno paranoide de la personalidad

Es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás. Pueden leer mensajes ocultos en ciertos sucesos, por ejemplo, creen que el perro del vecino ladra, deliberadamente temprano para molestarlos. Este diagnóstico se traslapa bastante con los trastornos límite y por evitación de la personalidad. La personalidad paranoide es más común entre los parientes en primer grado de pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia, lo cual sugiere un vínculo genético entre ellos.

El trastorno esquizoide de la personalidad

Es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional. El individuo da la impresión de ser taciturno, e indiferente sin sentimientos cordiales ni tiernos hacia otras personas, estos pacientes casi nunca muestran emociones fuertes, no les interesa el sexo y desempeñan pocas actividades de disfru-

15. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A., Barcelona, 1995, p.645 y ss.

te, como a esta gente no le interesan los elogios, críticas o sentimientos de los demás, son solitarios y cultivan actividades individuales.

El trastorno esquizotípico de la personalidad

En un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Las personalidades esquizotípicas pueden mostrar pensamiento mágico, supersticiones e ideas de que son clarividentes y telépatas, e ilusiones recurrentes. Pueden sentir la presencia de alguna fuerza o persona que en realidad no está ahí. Su conducta y apariencia también pueden parecer excéntricos, por ejemplo: hablan consigo mismas o visten ropas desaseadas o desaliñadas; así mismo, son comunes las ideas de referencia, la creencia de que los hechos comunes tienen un significado peculiar y particular para la persona, suspicacias e ideas paranoides.

El trastorno antisocial de la personalidad

Es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta.

Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. Puesto que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno antisocial de la personalidad. Puede ser especialmente útil integrar la información obtenida en la evaluación clínica sistemática con la información recogida de fuentes colaterales.

El concepto actual de trastorno antisocial de la personalidad que aparece en el DSM-IV¹⁶ abarca dos componentes principales: el primero se refiere a la presencia de un trastorno conductual antes de los quince años de edad. Los criterios incluyen faltar a clases, fugarse de casa, mentir con frecuencia, robo, incendios intencionales y daño deliberado en propiedad ajena. El segundo implica la continuación de este patrón de conducta antisocial en la edad adulta. La personalidad antisocial adulta alude a una conducta irresponsable y antisocial que consiste en ser inconstante en el trabajo, violar leyes, ser irritable y mostrar agresividad física, no saldar deudas y ser desconsiderado. La persona es impulsiva y nunca planifica de ante mano, además de no importarle mentir ni arrepentirse e sus malos actos.

Por ejemplo: El personaje protagonizado por Anthony Hopkins en la película, EL SILENCIO DE LOS INOCENTES,¹⁷ manifiesta muchas características del psicópata, en especial su total falta de respeto por los derechos ajenos.

El trastorno límite de la personalidad

Es patrón de inestabilidad en las relaciones Interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. Sus actitudes y sentimientos hacia otra gente pueden variar considerable e inexplicablemente en períodos cortos. Las emociones también son irregulares, y pueden cambiar súbitamente, en particular a ira. Las personalida-

16. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 662.

17. Película Norteamericana protagonizada por Anthony Hopkins como y Judy Foster.

des limítrofes discuten mucho, son irritables y sarcásticas. Su conducta impredecible e impulsiva como apostar, derrochar el dinero, tener relaciones sexuales indiscriminadas y la glotonería, es potencialmente auto agresiva. Estos individuos no han desarrollado un sentido claro y coherente de su identidad, y no definen sus valores, afiliaciones ni actividad profesional. No soportan hallarse a solas.

Por ejemplo: El personaje protagonizado por la actriz Glenn Close en la película *ATRACCIÓN FATAL*,¹⁸ presenta muchas de las características de la personalidad limítrofe.

El trastorno histriónico de la personalidad

Es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención. Estos individuos, aunque hacen despliegues extravagantes de emoción, en realidad sorprenden por su falta de emotivita. Son egocéntricos, se preocupan demasiado por el atractivo físico, y les desagrada no ser el centro de atención. Pueden ser sexualmente provocativos y seductores en ocasiones poco apropiadas, y es fácil influir en ellos.

El trastorno narcisista de la personalidad

Es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. Se enfrascan en fantasías de grandes triunfos, y buscan a toda costa la admiración y atención de los demás. Sería poco decir que se sienten el centro del universo.

Sus relaciones interpersonales se ven afectadas por su falta de empatía, sus sentimientos de envidia, temperamento explosivo, abuso de los demás y sentimientos de que lo

18. Película Norteamericana protagonizada por la actriz Glenn Close.

merecen todo y esperan que los demás les hagan favores especiales y totalmente desinteresados.

El trastorno de la personalidad por evitación

Es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Son sumamente sensibles a la posibilidad de rechazo y humillación, por lo que se muestran renuentes a entablar relaciones, a menos de que se aseguren que serán aceptados. En situaciones de convivencia social, temen decir tonterías, ruborizarse o mostrar otros signos de ansiedad. Se sienten incompetentes e inferiores y generalmente exageran los peligros, riesgos o dificultades que representaría hacer algo fuera de su rutina.

El trastorno de la personalidad por dependencia

Es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado. Carecen de confianza en ellas mismas, y tampoco son autosuficientes. Pasivamente permiten que su cónyuge decida donde deben vivir, que empleo deben tener, y con quién deben entablar relaciones. Están de acuerdo con los demás aun si saben que están equivocados, y tienen problemas para tomar la iniciativa en cualquier actividad. Se sienten incómodos si están a solas, y les preocupa la idea de tener que cuidarse ellos solos.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. Son perfeccionistas, cuidadosas de los detalles, reglas, horarios y aspectos similares. Se orientan más al trabajo que a las diversiones, y tienen dificultades inusitadas por tomar decisiones y distribuir su tiempo.

Sus relaciones interpersonales son problemáticas porque exigen que todo se haga a su modo. Por lo general muestran seriedad, formalidad e inflexibilidad en particular en lo que respecta a aspectos morales, son incapaces de desechiar objetos gastados e inútiles, aun si carecen de valor sentimental, y con frecuencia acumulan dinero.

Esta atención disfuncional al trabajo y la productividad es más común entre varones que entre mujeres.

El trastorno de la personalidad no especificado

Es una categoría disponible para dos casos: El primero se refiere a un patrón de personalidad del sujeto, que cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad. En el segundo, el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación. (Por ejemplo: el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad)

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Hay que señalar que este sistema de agrupamiento,

si bien es útil a efectos de investigación o docencia, tiene importantes limitaciones y no ha sido validado de forma consistente. Además, es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos.

Principales Trastornos de Ansiedad

Tal vez no exista un tema más importante y controvertido en la psicología de la conducta anormal que el de la ansiedad. Este estado emocional es muy común en numerosas psicopatologías, y es uno de los aspectos principales de los diferentes tipos de trastornos que se estudian. Asimismo la ansiedad es un concepto fundamental en el estudio de la psicología de la gente normal, ya que nadie está exento de vivir ni siquiera una semana sin experimentar cierto grado de lo que todos suponen es la emoción llamada ansiedad o miedo. Sin embargo, los breves periodos de ansiedad afectan al individuo normal, rara vez se comparan en intensidad o duración (además de que no son debilitantes) con los que padece alguien con un trastorno por ansiedad propiamente dicho.

Un trastorno de ansiedad puede hacer que se sienta ansioso casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente. O las sensaciones de ansiedad pueden ser tan incómodas que, para evitarlas, usted hasta suspenda algunas de sus actividades diarias. O usted puede sufrir ataques ocasionales de ansiedad tan intensos que lo aterrorizan e inmovilizan.

En el “National Institute of Mental Health”, la agencia federal que lleva a cabo y apoya la investigación relacionada con trastornos mentales, la salud mental y del cerebro, los científicos están aprendiendo cada vez más y más respecto a la naturaleza de los trastornos de ansiedad, sus causas y cómo mitigarlos.

La crisis de angustia o trastorno de Pánico

Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque.

Cuando llega un ataque de pánico, lo más probable es que usted sufra palpitaciones y se sienta sudoroso, débil o mareado. Puede sentir cosquilleo en las manos o sentir las entumecidas y posiblemente se sienta sofocado o con escalofríos. Puede experimentar dolor en el pecho o sensaciones de ahogo, de irrealidad o tener miedo de que suceda una calamidad o de perder el control. Usted puede, en realidad, creer que está sufriendo un ataque al corazón o de apoplejía, que está perdiendo la razón o que está al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando. Mientras casi todos los ataques duran aproximadamente dos minutos, en ocasiones pueden durar hasta 10 minutos. En casos raros pueden durar una hora o más.

En síntesis, se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico,

sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.¹⁹

La agorafobia

La *agorafobia*, que frecuentemente acompaña al trastorno de pánico es el miedo que siente la persona de encontrarse en cualquier situación que pueda provocar un ataque de pánico o de la cual le sea difícil escapar si éste llegara a ocurrir.

Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares de angustia.²⁰

El trastorno de angustia sin agorafobia

Se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante o inesperado.²¹

19. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 662.

20. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 405.

21. Ídem

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia

Se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.²²

La fobia específica

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.²³

Muchas personas experimentan fobias específicas, miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes son: perros, espacios cerrados, alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar en carreteras, agua, volar y heridas que produzcan sangre. Las fobias no son únicamente miedo extremo, son miedo irracional. Usted puede esquiar en las montañas más altas con toda facilidad pero siente pánico de subir al 10° piso de un edificio de oficinas. Los adultos con fobias comprenden que sus miedos son irracionales pero frecuentemente enfrentarse a los objetos o a las situaciones que las ocasionan o siquiera pensar en enfrentarlos, ocasiona un ataque de pánico o ansiedad severa.

Por ejemplo: Tengo miedo de viajar en avión y por lo tanto ya no lo hago. Es una sensación horrible la que siento cuando se cierra la puerta del avión y me siento metido en una trampa. Mi corazón late fuertemente y sudo la gota gorda. Si alguien comienza a hablarme me pongo tenso y

22. Ídem

23. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 414.

me preocupo. Cuando el avión comienza a ascender no hace otra cosa que reforzar el miedo de que no puedo salir de ahí. Me imagino que estoy perdiendo el control, que mi mente danza como loca, que subo por las paredes, pero por supuesto, nunca lo hago. No me da miedo que el avión se estrelle o que nos toque clima turbulento. Es únicamente esa sensación de estar atrapado. Siempre que he querido cambiar de trabajo tengo que pensar “¿va a ser necesario viajar en avión?”. Por el momento solamente voy a lugares a los que pueda ir manejando o por tren. Mis amigos siempre me dicen que, de todas maneras, no podría salirme de un tren que va viajando a altas velocidades así que ¿por qué los trenes no me molestan? Yo les contesto que éste no es un miedo racional.

Las fobias específicas atacan a más de una de cada diez personas. Nadie sabe exactamente qué las ocasiona aunque parece que son hereditarias y que son más comunes en las mujeres. Generalmente las fobias aparecen primero en la adolescencia o en la edad adulta. Comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez; de las fobias de los adultos únicamente más o menos 120 por ciento desaparecen solas. Cuando los niños tienen fobias específicas, por ejemplo, miedo a los animales, esos miedos por lo general desaparecen con el tiempo aunque pueden extenderse a la edad adulta. Nadie sabe por qué persisten en algunas personas y desaparecen en otras.

La fobia social

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuestas a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamiento de evitación.

La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Frecuentemente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. La fobia social frecuentemente comienza alrededor del principio de la adolescencia o aún antes.

Si usted sufre de fobia social tiene la idea de que las otras personas son muy competentes en público y que usted no lo es. Pequeños errores que usted cometa pueden parecerle mucho más exagerados de lo que en realidad son. Puede parecerle muy vergonzoso ruborizarse y siente que todas las personas lo están mirando. Puede tener miedo de estar con personas que no sean las más allegadas a usted. O su miedo puede ser más específico, como el sentir ansiedad si tiene que dar un discurso, hablar con un jefe o alguna otra persona con autoridad, o bien aceptar una invitación. La fobia social más común es el miedo de hablar en público. En ocasiones, la fobia social involucra un miedo general a situaciones sociales tales como fiestas. Menos frecuente es el miedo de usar un baño público, comer fuera de casa, hablar por teléfono o escribir en presencia de otras personas, como por ejemplo, escribir un cheque.

El trastorno obsesivo – compulsivo

Se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y, o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).²⁴

24. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 428.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que usted siente que no puede controlar. Si usted padece de TOC, como se le conoce, puede estar plagado de pensamientos o imágenes persistentes indeseables o por la necesidad urgente de celebrar ciertos ritos.

Usted puede estar obsesionado con los gérmenes o la mugre y en ese caso se lava las manos una y otra vez. Puede estar lleno de dudas y sentir la necesidad de reconfirmar las cosas repetidamente. Puede estar preocupado por pensamientos de violencia y teme hacer daño a las personas que están cerca de usted. Puede pasar largos períodos de tiempo tocando las cosas o contando; puede estar preocupado por el orden y la simetría; puede tener pensamientos persistentes de llevar a cabo actos sexuales que le son repugnantes; o puede afligirle tener pensamientos que van contra su religión.

Por ejemplo: *No podía hacer algo sin un ritual. Estos rituales trascendían a todos los aspectos de mi vida. Para mí, era muy importante contar. En la noche, cuando ponía mi despertador, tenía que hacerlo en un número que no sumara un “mal” número. Si mi hermana tenía 33 años y yo 24, no podía dejar la televisión en el canal 33 o en el 124. Me echaba champú tres veces en lugar de una porque tres era un número de suerte y uno no lo era. Me demoraba mucho al leer porque contaba las líneas de cada párrafo. Si estaba escribiendo una tarea para mi examen en la escuela no podía tener cierto número de palabras en una línea si sumaban un mal número. Siempre estaba preocupada pensando que si no hacía cierta cosa mis padres iban a morir. O me afligía hacer algo que causara daño a mis padres lo cual era totalmente irracional. No podía usar nada que dijera Boston porque mis padres eran de ahí. No podía es-*

cribir la palabra “muerte” porque me preocupaba que algo malo sucediera.

El vestirme en las mañanas era muy del porque yo tenía una rutina y si me desviaba de ella, tenía que volverme a vestir.

Yo sabía que esos rituales no tenían sentido pero no parecía que pudiera sobrepasarlas hasta que me sometí a terapia.

El trastorno por estrés postraumático

Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.²⁵

El trastorno postraumático por tensión (TPT) es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente, las personas que sufren de TPT tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El TPT, conocido antes como sobresalto por proyectil o fatiga de batalla, fue traída a la atención pública por los veteranos de guerra pero puede ser el resultado de varios otros incidentes traumáticos. Incluyen raptos, graves accidentes como choques de automóviles o de trenes, desastres naturales como inundaciones o temblores, ataques violentos tales como asaltos, violaciones o tortura, o ser plagiado. El evento que desata este trastorno puede ser algo que amenace la vida de esa persona o la vida de alguien cercano a ella. O bien, puede ser algo que vio,

25. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 434.

como por ejemplo la destrucción en masa después de la caída de un aeroplano.

Cualquiera que sea la razón del problema, algunas personas con TPT repetidamente vuelven a vivir el trauma en forma de pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día. Pueden también experimentar problemas de sueño, depresión, sensación de indiferencia o de entumecimiento o se sobresaltan fácilmente. Pueden perder el interés en cosas que antes les causaban alegría y les cuesta trabajo sentir afecto. Es posible que se sientan irritables, más agresivas que antes o hasta violentas. El ver cosas que les recuerdan el incidente puede ser molesto, lo que podría hacerles evitar ciertos lugares o situaciones que les traigan a la mente esas memorias. Los aniversarios de lo que sucedió frecuentemente son muy difíciles.

Por ejemplo: Fui violada a los 25 años Por mucho tiempo hablé de esa violación a un nivel intelectual como si fuera algo que le hubiera pasado a otra persona. Yo sabía muy bien que me había pasado a mí, pero sencillamente no existía una sensación. Por un tiempo me saqué el bulto de encima.

Empecé a tener recuerdos retrospectivos. Me llegaban como un golpe de agua. Estaba aterrorizada. Repentinamente comencé a revivir la violación. Cada momento era sobrecogedor Sentía que mi cabeza se movía un poco, sacudiéndose, pero eso no era verdad Me sofocaba o se me secaba la boca y mi respiración cambiaba. Estaba como suspendida. No sentía el cojín sobre el cual estaba sentada o que mi brazo estaba tocando un mueble. Parecía estar dentro de una burbuja como si flotara. Era de dar miedo. Tener recuerdos retrospectivos puede causar opresión. Lo deja a uno agotado.

La violación tuvo lugar una semana antes de Navidad y me siento como un hombre lobo cerca de esas fechas. El cambio a ansiedad y miedo es increíble.

El trastorno por estrés agudo

Se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.²⁶

El trastorno de ansiedad generalizada

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos de seis meses.²⁷

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.²⁸

26. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 440.

27. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 444.

28. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 451.

El trastorno de ansiedad no especificado

Se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados. Debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia. La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo.²⁹

Trastornos Afectivos

a. Trastornos depresivos

Los tratados de psiquiatría, al definir la depresión, utilizan términos similares “anomalías del humor”, “tristeza.”, descenso del tono vital, “ideas de ruina”, incapacidad”, “culpa” y tendencia al suicidio.

La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad esta amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas.

29. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 456.

En los síndromes depresivos tempranos o moderados el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. Solicita ayuda de los demás trata de resolver sus problemas reconquistando mágicamente un objeto de cariño perdido o reforzando su vigor.

Al hablar de esta condición, se afirma que la depresión como síndrome puede, ser de origen endógeno o exógeno, siendo a menudo un conjunto de factores causales lo que la provoca.

Cuando se pretende hacer una clasificación de los diferentes tipos de depresión, hay tres puntos que deben tomarse en cuenta. Según Arieti. (1990)³⁰ el primero se refiere a la necesidad de establecer si la depresión es primaria o secundaria. Una depresión es primaria cuando constituye un componente esencial del síndrome por ejemplo, la depresión psicótica, la psicosis maníaco depresiva, la depresión profunda y la leve o relativa. En cambio, las depresiones secundarias acompañan a enfermedades neurológicas, por ejemplo, la que aparece en el curso de una epilepsia o un desorden endocrino (es más frecuente la segunda asociada a los diversos tipos de epilepsia). La evidencia sugiere que la depresión no se habría producido en ausencia del síndrome orgánico.

Luego se debe determinar si la depresión es profunda o leve, o lo que es lo mismo si es endógena o reactiva. La depresión endógena es la expresión de un patrón constitucional, poco afectado por los acontecimientos externos, y que está referido a un cuadro psicótico más grave. La depresión reactiva o exógena, al contrario, es una respuesta

30. Davidson , Gerald y Neale, John M.: Psicología de la conducta anormal, Ed. Limusa, Mexico, 1980.

a alguna experiencia dolorosa en la vida del paciente que precipita la enfermedad.

Otro aspecto por considerar, consiste en determinar si la edad del paciente o ciertas circunstancias de su vida son puntos de referencia suficiente para justificar una determinada clasificación, en este punto se observa si la depresión es postpuerperal, adolescente, involutiva o senil, entre otras.

Estos tipos de depresiones ameritan una clasificación especial, pues con frecuencia presentan características clínicas específicas.

Trastorno depresivo mayor

La característica esencial de este trastorno, es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo triste, o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los menores de edad el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de depresivo, el sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas del siguiente cuadro:

Uno o más episodios de ánimo reprimido, pérdida de interés, gozo o placer cuando menos 2 semanas; puede tener 4 o más de :
--

- | |
|---|
| ● alteración del peso |
| ● alteración del apetito |
| ● alterarán del sueño |
| ● fatiga |
| ● sentimientos de culpa |
| ● concentración alterada |
| ● agitación o retardo |
| ● intento de suicidio o rumiación suicida |

*Todos estos síntomas afectan el medio en el que se desenvuelve.
--

Para indicar la existencia de este trastorno, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos, con episodios leves la actividad puede parecer normal pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Trastorno distímico

Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o “desanimado”. En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de un año. Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismo como poco interesante o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (por ejemplo, “yo siempre he sido así”, “esta es mi forma de ser”), es frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador.

No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o el trastorno delirante, en cuyo caso se consideran características asociadas de estos trastornos.

Tampoco se diagnostica un trastorno distímico si la alteración es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (alcohol, medicamentos antihipertensi-

vos) o a una enfermedad médica (hipotiroidismo, enfermedad de Alzheimer). Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

<i>Distímia.</i> - Antes conocida como neurosis depresiva. Afecto reprimido por 2 años o más (unos días bien otros mal)
<ul style="list-style-type: none"> ● Hiperfagia, Hipersomnio, Baja autoestima, Dificultad para la toma de decisiones
<ul style="list-style-type: none"> ● Sentimientos de desesperanza (esperanza distinto a ilusión)
<ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida o aumento de apetito
<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de energía o fatiga
<ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad para concentrarse

Trastorno depresivo no especificado

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (por ejemplo, estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como

para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos una semana después de las menstruaciones.

Trastorno depresivo menor: episodios de al menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante doce meses (no asociados con los ciclos menstruales).

Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

Trastornos bipolares

Teóricos e investigadores en psicología han hecho caso omiso del trastorno bipolar, ya que de las personas que padecen de depresión solo un 5 a 10% sufren también accesos de manía. En general, las teorías sobre la fase depresiva del trastorno bipolar son semejantes aquellas relativas a la depresión unipolar. Entre los trastornos bipolares, encontramos:³¹

Trastorno bipolar I

La característica esencial del trastorno bipolar I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayo-

31. Ver al respecto, DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A., Barcelona, 1995, p.39.

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

Trastorno bipolar II

La característica esencial del trastorno bipolar II es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

Los sujetos con un trastorno bipolar II puede que no consideren patológicos los episodios hipomaníacos, a pesar de que los demás se vean afectados por su comportamiento cambiante. Con frecuencia los sujetos, especialmente cuando se encuentran en pleno episodio depresivo mayor, no recuerdan los períodos de hipomanía, a no ser por mediación de los amigos o los familiares. La información de otras personas suele ser crucial para establecer el diagnóstico de un trastorno bipolar II.

Trastorno ciclotímico

La característica esencial del trastorno ciclotímico es una alteración del estado de ánimo crónica con fluctuaciones que comprenden numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos. El deterioro puede presentarse como resultado de los períodos prolongados de cambios cíclicos, y frecuentemente impredecibles, del estado de ánimo (por ejemplo, la persona puede ser considerada temperamental, malhumorada, impredecible, inconsistente o poco fiable).

El trastorno bipolar no especificado

La categoría de trastorno bipolar no especificado incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico. Los ejemplos incluyen:

Alternancia muy rápida (en días) entre síntomas maníacos y síntomas depresivos que no cumplen el criterio de duración mínima para un episodio maníaco o episodio depresivo mayor.

Un episodio maníaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante, una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado.

Situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno bipolar, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por una sustancia.

Características generales:

Trastorno Bipolar.- Se dan episodios de manía y depresión.

Antes se denominaba como enfermedad maníaco-depresiva

La manía es tan peligrosa como la depresión

En la manía, el paciente se psicotiza

En los ataques de manía pueden quedarse sin dinero, arriesgar la vida.

En la **hipomanía**, el paciente puede funcionar

La **ciclomanía**...está contento, y se deprime

① Se puede presentar por primera vez de los 15-20 años

① De la clase media y alta, generalmente

① El uso de cocaína puede causar una manía

Bipolar I: Episodios de manía, con o sin depresión

Ciclotimia: Síntomas hipomaniacos y depresivos (o mayores) leves o moderados durante 2 años

Manía Pura: Euforia, irritabilidad

Cicladores rápidos: los cambios son espontáneos

Maníaco: expansivo, irritable, desinhibido, fuga de ideas, ideas y delirios de grandeza.

2.4 Trastornos Somatoformes y Disociativos

a. Trastornos Somatoformes

La característica principal de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de

una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.

Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El trastorno de Somatización

(Anteriormente histeria o síndrome de Briquet) es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los treinta años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor.

Trastorno de Somatización.- Síntomas físicos múltiples y vagos

- náuseas
- disnea
- cansancio
- irregularidades menstruales
- no obedecen a enfermedad médica
- su inicio es antes de los 30 años
- pacientes pobres
- la mayoría acuden a médico gal.
- Síntomas aumentan con el estrés

El trastorno somatoformo indiferenciado

Se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten al menos seis meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.

El trastorno de conversión

Consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o las disfunciones.

Trastorno de Conversión.- Lo caracteriza la pérdida motora de la función, o la sensorial (pérdida abrupta y dramática de un órgano o sentido).

- Puede padecer : parálisis, reflejos patológicos no presentes,

Combulsiones atípicas, globo histérico (sensación de que algo lo ahoga).

- Presentaciones sensoriales: parestesia, anestesia, problemas visuales.
- Muestran un estado que se llama “la belle indifférence”, estado en que algo no le preocupa a pesar de que es algo malo.
- Algunos tienen remisiones con hipnosis o con amorbabital sódico “droga de la verdad”.
- Gente que suele desmayarse en situación problemática.

El trastorno por dolor

Consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.

Trastorno del Dolor.- El paciente experimenta dolor intenso y prolongado sin causa física o no explicado por una enfermedad física.

- Puede ser crónico
- Puede estar presente durante 6 meses
- Puede coexistir con enf. Física
- Entre los 30 y 40 años

La hipocondría

Es la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.

Hipocondria.- Preocupación excesiva por la salud o la enfermedad; puede durar más de 6 meses.

- Más común en edad media y ancianos
- Igual en hombres y mujeres
- Se presenta por episodios

El trastorno dismórfico corporal

Es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

Trastorno Dismórfico Corporal.- Los pacientes con apariencia normal están preocupados con un defecto que generalmente es menor; generalmente están en la cara o cabeza.

Buscan cirugía plástica.

El trastorno somatomorfo no especificado

Se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos.

Trastornos Disociativos

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las fundaciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica.

La amnesia disociativa

Se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

La fuga disociativa

Se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra nueva.

El trastorno de identidad disociativo

(Antes personalidad múltiple) se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

El trastorno de despersonalización

Se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de realidad.

El trastorno disociativo no especificado

Se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

También hay síntomas disociativos en los criterios establecidos para el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de somatización. Cuando los síntomas disociativos se presentan exclusivamente en alguno de estos tres trastornos, no es necesario establecer el diagnóstico de trastorno disociativo adicional.

Para la evaluación de los trastornos disociativos debe tenerse en cuenta la perspectiva intercultural, ya que estos trastornos son una expresión frecuente y aceptada de las actividades culturales y de las costumbres religiosas de muchas sociedades. El trastorno disociativo no siempre debe considerarse patológico por sí mismo, ya que generalmente no produce malestar ni deterioro, no induce a la búsqueda de ayuda. Sin embargo, existe un número importante de síndromes definidos culturalmente, que se caracterizan por disociación, que provocan malestar y deterioro, y que son reconocidos por los individuos de una cultura determinada como manifestaciones patológicas.

2.5 trastornos de la conducta sexual

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por el dolor asociado con la realización del acto sexual. El

ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:³²

Deseo: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.

Excitación: Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.

Orgasmo: Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.

Resolución: Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante en ella los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un período de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases. Cuando hay más de una disfunción sexual, deben registrarse todas. En los criterios

32. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 505.

diagnósticos no se intenta especificar la frecuencia mínima de las situaciones, actividades o tipos de contacto sexual en los que puede aparecer la disfunción. Este juicio debe establecerlo el clínico, que ha de tener en cuenta diversos factores como la edad y la experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad. Las palabras “persistente, recurrente o recidivante” en los criterios diagnósticos señalan la necesidad de un juicio clínico. Si la estimulación sexual es inadecuada en cuanto al tipo, la intensidad o la duración, no debe establecerse al diagnóstico de disfunción sexual que implique la excitación o el orgasmo.³³

a. Trastorno de erección en el varón

El trastorno de erección en el varón solía llamarse “impotencia”. Surge cuando al hombre se le dificulta obtener mantener una erección hasta completar la actividad sexual. Algunos experimentan la erección fácilmente, pero la pierden a medida que penetran la vagina de su compañera. Otros tienen flácido el pene cuando es inminente la cópula, pero les es fácil mantener la erección durante la felación. Algunos varones logran la erección si la compañera domina la situación, en tanto que otros sólo si son ellos los que tienen el control de todo.

Algunas muestran una total incapacidad de erección y no la pueden mantener en ninguna circunstancia. Otros tienen dificultades sólo con personas que quieren profundamente. Por otra parte, un aspecto obvio del problema es que, de hecho es obvio.

33. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 505.

Una mujer puede, a pesar de todo, cumplir con su función durante la cópula, pero toda relación sexual queda imposibilitada si el hombre es incapaz de alcanzar la erección. Peor aún, si el pene está flácido cuando “debería” estar erecto. Por tal motivo, quizás, un varón “impotente” en ocasiones y por desgracia es considerado como menos que hombre. La impotencia da a entender que el varón carece de poder, control, o hasta virilidad, y apoya negativamente el concepto machista de masculinidad que muchos ya están cuestionando.

Estudios recientes sugieren que hasta dos tercios de los problemas de la erección tienen alguna causa orgánica, visualmente combinada con factores psicológicos. Cualquier enfermedad o desequilibrio hormonal que pueda afectar las rutas nerviosas o el suministro sanguíneo al pene puede contribuir a dificultades en la erección, por ejemplo, ciertos fármacos como el Mellaril y algunos medicamentos hipertensores, además de enfermedades tales como diabetes y alcoholismo crónico. Sin embargo, estos factores no actúan de manera independiente; más bien, los somáticos y psicológicos interactúan para producir y mantener estas anomalías de la erección.

Sin duda, los problemas de la erección son complicados. Puesto que el estado del pene es tan visible al hombre mismo como a su pareja, las presiones que ello le puede ocasionar no se comparan con las que experimenta la mujer con trastorno de la excitación sexual. Un pene flácido no sólo deteriora la autoestima de su poseedor; la pareja (sea del mismo u otro sexo) también duda de su suficiencia sexual, de su capacidad de provocar, de despertar cariño, de su creatividad y hasta de su liberalidad.

b. La eyaculación precoz

Se refiere a la incapacidad de hombre de eyacular dentro de la vagina. Masters y Johnson (1970)³⁴ la definen como la incapacidad del varón de inhibir su orgasmo el tiempo suficiente para que su compañera alcance el clímax en 50 por ciento de sus encuentros sexuales.

A mucha gente le preocupó abordar el problema de acuerdo con la capacidad de respuesta de su compañera. En el DSM-IV se tuvo en cuenta tal inquietud y ahora se consideran también los propios deseos y preferencias del hombre, además de factores tales como la edad y si se trata de una nueva pareja o situación sexual. Empero, en opinión de los autores,³⁵ es ingenuo pasar por alto la medida en que la compañera puede influir en el juicio del paciente, de que la eyaculación se realiza antes de que lo desee éste.

La eyaculación precoz es tal vez la disfunción sexual más frecuente entre hombres, pues la padecen 30 por ciento de ellos en cualquier momento dado. Existen algunas evidencias obtenidas en el laboratorio, de que los hombres con este trastorno eyaculan aun con niveles bajos de excitación y presentan períodos de abstinencia orgánica más prolongados que los sujetos que no padecen de eyaculación precoz.

En general, ésta se relaciona con un alto grado de ansiedad. En ocasiones, el individuo eyacula aún antes de

34. Billings, A. Conflict resolution in distressed and nondistressed married couples. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1979, 47, 368-376 pp.

35. Davisson, Gerald y Neale, John. *Psicología de la conducta anormal*. México D.F, México: Grupo Noriega Editores, 2000.

penetrar la vagina, pero más comúnmente a los pocos segundos de introducir su miembro en ella.

De hecho, la preocupación por eyacular “demasiado rápido” puede considerarse como parte de la importancia que indebidamente se ha conferido al coito como la razón final de la conducta sexual. El problema para las parejas que consideran la cópula convencional por sobre todas las demás actividades sexuales, es que la erección se pierde lentamente después de una eyacuación, y muchos hombres sienten malestar y hasta dolor si siguen siendo estimulados.

Si el coito se detiene cuando el pene deja de estar erecto, la eyacuación en verdad podría ser a veces prematura. Pero si, como señalan los terapeutas sexuales, las parejas amplían su repertorio de actividades para emplear técnicas que no requieran un pene endurecido, es posible gratificar a la compañía luego de que el varón alcanzó el clímax. En verdad, cuando el centro de atención deja de ser la cópula penevagina, las ansiedades de la pareja en relación con el sexo disminuyen lo suficiente como para permitir un mayor control de la eyacuación en el hombre, y un coito de mayor duración. Es interesante observar si los cambios en normas sexuales y sus prácticas, modifican el concepto de la eyacuación precoz.

c. Método teórico de Masters y Johnson

Masters y Johnson (1970)³⁶ emplearon un modelo de dos niveles que abarca causas históricas y actuales para conceptualizar la etiología de la insuficiencia sexual humana. Las variables actuales se pueden reducir a dos, temor

36. Cfr. Masters, W.H., & Jonson, V.E. Human sexual response. Boston: Little brown, 1966.

al desempeño sexual y la adaptación del rol de espectador. Ambas se refieren a un patrón de conducta donde la persona está tan preocupada por fracasar en su actuación con la pareja que se inhiben sus respuestas sexuales naturales. O, como lo expresan: “el temor a parecer incapaz es el mayor obstáculo conocido al funcionamiento sexual, simplemente porque distrae mucho al individuo temeroso de su respuesta natural, al bloquear la recepción de estímulos sexuales”.³⁷

Concebidas como las razones presentes o más directas de las disfunciones sexuales, el temor al desempeño y el rol del espectador parecen tener uno de varios antecedentes históricos, que se estudian a continuación.

Ortodoxia religiosa

Uno o ambos compañeros pueden abrigar actitudes negativas hacia el sexo, porque han crecido en medio de ideas religiosas muy estrictas, que condenan el gozo sexual.

Trauma psicosexual

Algunos pacientes suponen que sus temores al contrato sexual provienen de experiencias en particular desagradables o degradantes durante sus primeros encuentros sexuales. Un hombre joven había escuchado a una prostituta asegurarle que “El jamás podría satisfacer a ninguna mujer, si antes no lo hacía ahí y en esos momentos con una callejera”. Cierta mujer atribuía su vaginismo a una violación por una pandilla, donde sufrió graves daños físicos y psicológicos.

37. Idem

Inclinaciones homosexuales

Los varones con dificultades de erección y las mujeres que no alcanzan un orgasmo, pueden ser incapaces de disfrutar las relaciones heterosexuales porque tienen tendencias homosexuales.

Orientación inadecuada

Explicaciones erróneas proporcionadas por los especialistas pueden provocar o agravar las anomalías sexuales. Ciertos médicos dijeron a algunos hombres que los problemas de erección eran incurables, y otros que eran parte normal del proceso de envejecimiento. A algunos les han dicho los curas que todo es un castigo divino por sus pecados.

Ingesta excesiva de alcohol

En ocasiones un problema de erección comienza con cierta preocupación injustificada por una reducción normal en la respuesta sexual, provocada por beber en exceso.

Se sabe que altas dosis de alcohol interfieren con la erección, aunque al mismo tiempo, por irónico que parezca, disminuyen las inhibiciones. Luego de beber en exceso, el hombre puede ver que no alcanza la erección en la cama.

Sin embargo, en lugar de atribuir al alcohol su falta de excitación sexual, comienza a rumiar. Así aumenta su miedo, y después de varios fracasos puede creerse incapaz de lograr la erección. La esposa a menudo trata de ser comprensiva y proporcionar apoyo a su marido. Pero éste, por las razones que sean, interpreta esta solicitud como otro atentado a su virilidad. O también puede suceder que su mujer, preocupada de que ya no resulte atractiva a su esposo, presiona para que haya encuentros sexuales y empeora la situación. Pronto evitará todo tipo de contacto fí-

sico, aun de abrazos y besos amorosos, por temor de que su esposo interprete estas muestras como exigencias de una relación sexual. Así, se deteriora la comunicación entre la pareja y se intensifica la ansiedad del varón, lo que crea una situación que difícilmente se resuelve sin intervención del especialista.

Causas biológicas

Ciertos trastornos son atribuibles a daño físico.

La infección del glande del pene, que puede aparecer si no se le mantiene limpio, puede causar dispareunia en los varones. Se ha visto que una pequeña proporción de individuos con problemas de erección sufren de anomalías metabólicas por la diabetes, y en otros la excitación sexual se embota por el empleo de determinados tranquilizantes.

Factores socioculturales

Las creencias religiosas y los traumas sexuales muy posiblemente entorpecen la conducta sexual de la persona, de una manera muy directa e inmediata.

d. Terapias para disfunciones sexuales

A continuación se describen varios enfoques o procedimientos. El terapeuta puede decidirse por una sola técnica para un caso determinado, pero por su naturaleza a menudo tan complicada y multifacética, las disfunciones sexuales por lo general requieren varias de ellas.

- Educación sexual
- Reducción de ansiedad
- Masturbación dirigida
- Entrenamiento en habilidades y comunicación

- Procedimientos para cambiar actitudes y pensamientos.
- Terapia marital
- Técnicas psicodinámicas
- Procedimientos médicos y físicos

e. Parafilias

La presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo exitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Características:

A diferencia de otros trastornos, las parafilias se caracterizan porque las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos inusuales provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo.

Las fantasías y comportamientos asociados con las parafilias pueden iniciarse en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia, pero su desarrollo se define y elabora mejor durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta.

Las parafilias se dan principalmente en varones y aproximadamente la mitad son casados. A menudo les es difícil desarrollar una actividad recíproca y afectiva, por lo que pueden aparecer diversas disfunciones sexuales.

Los individuos que padecen estos trastornos pueden escoger una profesión, tener como “hobbie” u ofrecerse como voluntarios para trabajar en oficios que les permitan estar en contacto con el estímulo deseado, como por ejemplo vender artículos femeninos. (Ropa, Zapatos o Joyas).

Las fantasías e impulsos relacionados a estos trastornos son recurrentes. Pueden variar de modo sustancial según periodos de tiempo (disminuyen con el paso de los años; o estado de animo como por ejemplo: la respuesta a estímulos psicosociales estresantes, síntomas de depresión o la oportunidad de poder practicar la parafilias). (Impulsividad).

Sin embargo, cabe destacar que estos comportamientos sexuales inusuales pueden o no ser considerados como parafilias dependiendo de la cultura, religión, otros.

Tipos de Parafilias

Exhibicionismo: Exhibición de los propios genitales a una persona extraña.

Frotteurismo: Contacto y roce con otra persona en contra de su voluntad.

Fetichismo: El individuo se masturba frecuentemente mientras sostiene, acaricia o huele el objeto fetiche, o bien le puede solicitar a su compañero sexual que se lo ponga durante las relaciones.

Pedofilia: Supone actividades sexuales con niños pre-púberes.

Masoquismo Sexual: El acto de ser humillado, golpeado, atado o cualquier otro tipo de sufrimiento.

Sadismo Sexual: Implica actos en los que el sufrimiento Físico o psicológico de la víctima es sexualmente excitante.

Fetichismo Transvestista: consiste en vestirse con ropas del otro sexo.

Voyeurismo: Observar ocultamente a personas por lo general desconocidas, cuando están desnudas, desnudándose o en plena actividad sexual.

Entre las parafilias no especificadas se encuentran: la escatología telefónica (llamadas obscenas), parcialismo (atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo), entre otras.

2.6 Trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

La **anorexia nerviosa** se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

La **bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Aunque la obesidad simple está incluida en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM – IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico.

2.7 Trastornos Mentales en la Niñez

Retraso mental

Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente a setenta o inferior), con una edad

de inicio anterior a los dieciocho años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa. Se presentan códigos separados para **retraso mental leve, moderado grave y profundo**, así como para **retraso mental de gravedad no especificada**.

Trastornos del aprendizaje

Estos trastornos se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son: **trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado**.

Trastorno de las habilidades motoras

Incluye el **trastorno del desarrollo de la coordinación**, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dada la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

Trastornos de la comunicación

Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, e incluyen **trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo – expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado**.

Trastornos generalizados del desarrollo

Estos trastornos se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Los trastornos

específicos incluidos en este apartado son **trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.**

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

El **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**, que se caracterizan por síntomas manifiestos de desatención y, o de impulsividad – hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: **tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo – impulsivo y tipo combinado.** También se incluyen en este apartado los trastornos de comportamiento perturbadores: el **trastorno disocial** se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto; el **trastorno negativista desafiante** se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. Este apartado incluye asimismo dos categorías no especificadas: **trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.**

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.

Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son: **pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.**

Trastornos de tics

Estos trastornos se caracterizan por tics vocales y, o motores. Se han incluido los siguientes trastornos específicos: **trastornos de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.**

Trastorno de la eliminación

Se incluye la **encopresis**, la deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la **enuresis**, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

Otros trastornos de la infancia o la niñez

Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en los anteriormente citados. El **trastorno de ansiedad por separación** se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo concerniente a la separación respecto al hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. El **mutismo selectivo** se caracteriza por una persistencia incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. El **trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez** se caracteriza por una relación social manifestante alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y se asocia a una crianza claramente patógena. El **trastorno de movimientos estereotipados** se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, y no funcional, que interfiere marcadamente las actividades normales y, a veces, puede dar lugar a las lesiones corporales. El **trastorno de la infancia o la niñez no especificado** es una categoría residual para codificar trastornos que tienen inicio durante la infancia y que no

cumplen los criterios de ningún trastorno específico de esta clasificación.

Los niños pueden presentar problemas que requieren atención clínica y que no se definan como trastornos mentales (por ejemplo, problemas de relación, problemas relativos a abuso o abandono, duelo, capacidad intelectual límite, problema académico, comportamiento antisocial de un niño, problema de identidad).

La Esquizofrenia y la Sociopatía como perturbaciones de la personalidad

Sección 1. Esquizofrenia

Definición y Conceptuación Sindrómica de la Esquizofrenia

Enfermedad mental grave que presenta distorsión característica del pensamiento: delirios, alteración de la sensoropercepción, es decir alucinaciones e ilusiones, afecto normal consistente en pobreza afectiva o escasa modulación del mismo. Como consecuencias de lo anterior hay importantes alteraciones de la conducta. No todo cuadro clínico que presente delirios (ideas) y alucinaciones constituye una psicosis esquizofrénica. Es preciso que encontremos la alteración afectiva característica. Eugene Bleuler³⁸ presentó una ayuda diagnóstica diferencial consistente en buscar lo que él llamó síntomas primarios y secundarios de esquizofrenia.

Como síntomas primarios consideró la ambivalencia en el afecto, anhedonia, autismo y alteración en las asociaciones (nemotecnia: las cuatro aes). No obstante se conserva la capacidad intelectual y la claridad de la conciencia. El paciente puede creer que sus pensamientos y sen-

38. Weckman González, Cecilia. Psicología de la Conducta Anormal. México, D. F. Editorial Limusa, S. A. de C.V. Grupo Noriega Editores, 2000.

timientos son conocidos y desarrollar ideas para explicar cómo actúan esas fuerzas naturales y sobrenaturales.

El diagnóstico de esquizofrenia sólo debe hacerse cuando durante la misma enfermedad son evidentes las alteraciones del pensamiento, del ánimo, de la conducta o de la personalidad, de preferencia en por lo menos dos de estas áreas. Los síntomas esquizofrénicos se reconocen por su extravagancia, distancia del ambiente, suspicacia, períodos de destructividad impulsiva, despliegues emocionales exagerados e inmaduros, ambivalentes e inapropiados para quien los observa. Las relaciones interpersonales se distorsionan por los delirios y alucinaciones. Puede haber aislamiento en la fantasía y deterioro en los hábitos sociales y personales. Como síntomas secundarios consideró los delirios, alucinaciones, amaneramientos, catatonías, etc.

Visión histórica de la psicosis esquizofrénica. El psiquiatra belga Morel en 1860 interpretó esta desorganización esquizofrénica de la personalidad como una detención en el desarrollo y que debería agruparse junto con la debilidad mental con factores hereditarios y por tal razón la llamó demencia precoz. Kahlbaum en 1874 la describió “locura de la tensión muscular”. El paciente se sienta calladamente o mudo por completo, inmóvil, sin que nadie haga cambiar su posición, como absorto en la contemplación de un objeto, sin reacción ante las impresiones sensoriales y algunas veces con una flexibilidad crea completa, igual que en la catalepsia. Supuso que era el síntoma de una enfermedad de la estructura cerebral. Hecker en 1871 definió a la hebefrenia como una enfermedad progresiva de la pubertad y la adolescencia. En 1896 Kraepelin propuso que podría existir en común denominador en-

tre la hebreofrenia de Hecker y la catatonía de Kahbaum y muchas psicosis paranoides.

Punto culminante en esta evolución fue Bleuler (1857-1939) propuso en 1911 el término de Esquizofrenia: “División de la Mente” o división de la expresión psicobiológica del organismo que llamamos mente. Por eso se presenta desintegración de la Previa Síntesis Normal del pensamiento, el sentimiento y la actividad. Bleuler halló deterioro orgánico provocado por atrofia cerebral y por tanto opinó que era incorrecto el término de demencia precoz (demencia: mente disminuida). Hizo esta afirmación luego de observar numerosos enfermos mentales en el hospital de Rheinan, Suiza. Bleuler importante el estudio del contenido de los pensamientos, las tenencias, los instintos, sus antecedentes vitales, primeras esperanzas y primeros miedos al lado de sus padres y hermanas. En 1912 luego de haber conocido los trabajos de Freud sobre las neurosis y los sueños Bleuler publicó sus concepciones sobre la Esquizofrenia que fueron criticados por Meyer, como un dualismo no demostrable entre la mente y el cuerpo.

Meyer en 1906 describió la esquizofrenia como deformaciones e incongruencias fundamentales y organizadas en fantasías, más o menos ajenas a la vida de casi todos los individuos maduros en estado de vigilia. Estableció el concepto que el trastorno esquizofrénico es una función de la conducta biológica.

Hoy se consideran inadecuados los conceptos de Kraepelin, Meyer, Bleuler y Freud.

Se ha diagnosticado esquizofrenia en todas las culturas, influyendo la cultura en el contenido del material alucinatorio y de las ideas delirantes.

Como etiología actualmente se da importancia a fuerzas genéticas, deficiencias cualitativas n la relación Ma-

dre- Hijo lactante, relaciones interpersonales familiares y stress social en pocas de desarrollo. El esquizofrénico, el riesgo para los hermanos e hijos es del 16%, con dos progenitores enfermos del 40% y en gemelos monocigóticos del 85.8% (Kallmam).³⁹ Opina este autor que la esquizofrenia se da en un individuo predispuesto como resultado de la compleja interacción de factores constitucionales y ambientales posteriores.

Sobre este tema, el DSM- IV refiere que la esquizofrenia es un grupo de trastornos psicóticos que se caracterizan por perturbaciones marcadas de pensamiento desordenado donde no se relaciona con lógica las ideas; incapacidades de percepción y atención; perturbaciones extravagantes de la actividad motora; y afectividad aplanada o inapropiada. Ocasiona que el paciente se aleje de la gente y la realidad, para entrar con frecuencia en un mundo de fantasías delirantes y alucinantes. Es esencial recordar que la esquizofrenia no es lo mismo que el trastorno de la personalidad múltiple, aunque los medios de información suelen confundirlos.⁴⁰

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos seis meses.⁴¹

39. Escobar, Raúl Tomás. Elementos de Criminología. Buenos Aires, Argentina. Editorial Universidad Buenos Aires, 1997.

40. Cfr. Comité elaborador del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cit., pág. 280.

41. Idem

Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. La alteración no es explicable para un trastorno esquizoafectivo o una trastorno de el estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o una enfermedad médica. En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos un mes. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.⁴²

42. Idem

Criterios de diagnóstico clínico de la esquizofrenia

a. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- 1.ideas delirantes
- 2.alucinaciones
- 3.lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- 4.comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- 5.síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

b. Disfunción social- laboral: durante una parte significativa del tiempo desde le inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

c. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este período de seis debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

d. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en la relación con la duración de los períodos activo y residual.

e. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

f. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

Sección 2. Psicopatía- Sociopatía:

Aproximación conceptual

Psicopatía es un término ampliamente utilizado por los periodistas, con el cual denominan indiscriminadamente todo tipo de alteración mental y preferencialmente si esta es violenta.

Hoy por hoy se utiliza más en psiquiatría el término sociopatía, en substitución del más clásico de personalidad

psicopática. La ventaja del primero consistiría en enfatizar la problemática social de esta entidad.

El sociópata es asocial, al ser impulsado por tendencias de tipo primitivo y por un exagerado deseo de excitaciones. En su egocéntrica búsqueda de la satisfacción de sus tendencias *ignora conciente y voluntariamente* las restricciones del medio en que vive.

Es impulsivo, vive el momento presente desvinculado del pasado y del futuro. Sus acciones son improvisadas y guiadas por sus antojos. Es agresivo porque no ha aprendido formas socialmente aceptables para derivar sus frustraciones. Puede cometer los actos más execrables y desestabilizar las instituciones sin sentir remordimiento.

El Psychiatric Glossary de la American Psychiatric Association⁴³ define las personalidades psicopáticas como predominantemente amorales y antisociales. Con acciones fundamentalmente impulsivas, irresponsables y dirigidas a satisfacer sus inmediatos y narcisistas intereses, sin ninguna preocupación por las obvias e implícitas consecuencias sociales, con ausencia de manifestaciones externas de ansiedad o remordimientos por su conducta.

Carece de capacidad para relacionarse lealmente con los otros hombres. Con alguna frecuencia adquiere habilidad en técnicas sociales, con lo que encubre parcialmente su falta de sentimientos comunitarios.

Hervey Cleckley en su obra *The Mask of Sanity*⁴⁴ enumera los rasgos de la sociopatía así:

43. Durán Lisandro, Carreño María Idalid: Principios de Psiquiatría Forense, Ed. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1990.

44. Cleckely, H. *Mask of Sanity*, Mosby and Co. Saint Louis, 1964.

1. Superficial atractivo y buena inteligencia. En la práctica forense hemos visto desde inteligencia baja a inteligencia media.
2. Ausencia de ideas delirantes u otros trastornos del pensamiento.
3. Ausencia de manifestaciones psiconeuróticas.
4. Inconstancia
5. Insinceridad
6. Falta de vergüenza o remordimiento.
7. Conducta social inadecuadamente motivada.
8. Falta de ponderación e incapacidad de aprender con la experiencia.
9. Egocentrismo exagerado e incapacidad de amar.
10. Pobreza general de las reacciones afectivas.
11. Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales.
12. Tendencia a la conducta fantástica y chocante con o sin libaciones.
13. Raramente realiza suicidio.
14. Su vida sexual es impersonal, trivial y pobremente integrada.
15. No consigue persistir en un plan de vida.

Esta lista como puede observar comienza con rasgos normales, casi atributos, luego excluye los síntomas de los trastornos neuróticos y psicóticos; precisamente porque los impulsos instintivos se han integrado al YO, sin que exista el compromiso entre lo reprimido y la fuerza represora que origina el síntoma. Los sociópatas en sentido psicoanalítica no hacen síntomas, en general todas sus conductas son egosintónicas. Por tanto parecen casi normales.

La capacidad de empatía, entendida como “el sentir con”, “identificarse y compartir los sentimientos y emociones de otros y sentir juntamente con ellos”, se halla alterada en la psicopatía. La empatía es requisito esencial para el amor, el altruismo, la lealtad, educabilidad y adaptación al grupo social. El individuo con escasez de empatía no consigue sentirse a sí mismo incluido en el mundo de los otros, como tampoco podrá preocuparse por el mundo de otros. Al contrario se caracteriza por frío egoísmo, insensibilidad emocional, agresividad y violencia a los demás.

Debe diferenciarse el psicópata del delincuente profesional. La psicopatía predispone al delito, pero con frecuencia el delincuente profesional no suele ser un psicópata, ya que los códigos de conducta duros, estrictos y rígidos en la delincuencia profesional, serían incompatibles con la estructura de personalidad psicopática.

Un individuo sociopático muestra deficiencias en:
● La manera de tratar sus impulsos.
● Su afectividad incluidas ansiedad, culpa y capacidad para el placer.
● Sus relaciones de objeto.
● Patrones resultantes de la conducta manifiesta.

No hay un criterio unánime para definir las psicopatías, pero sí existe consenso en que éstas son anormalidades que inciden en la personalidad del sujeto, de forma tal que son personas que sufren y hacen sufrir a la sociedad.

La anormalidad de la psicopatía, se caracteriza por un desequilibrio cuantitativo de los distintos componentes de la personalidad (instintos, sentimientos, voluntad, etc).

Así, el psicópata es aquél que sufre un trastorno de la personalidad, cuyas características generales son:

- Presentan una personalidad claramente antisocial.
- Delinquen con mucha normalidad para satisfacer su déficit de estimulación.
- Manifiestan un profundo egocentrismo y conductas egoístas.
- Se comportan de forma agresiva.
- Son grandes manipuladores.
- Presentan un sentido de auto evaluación, que les hace pensar que son superiores a los demás.
- No sienten remordimientos por los hechos que realizan, ya que carecen de sentimientos afectivos.
- El psicópata realiza sus actos de forma consciente.
- Presentan un coeficiente intelectual superior a lo normal (casos de los llamados “asesinos en serie organizados”).
- Gozan de un afán de protagonismo.
- Manifiestan excesiva frialdad afectiva.

Es necesario destacar que entre las distintas psicopatías los llamados “psicópatas desalmados” constituyen uno de los casos de mayor peligrosidad, ya que pueden ser capaces de realizar los crímenes más atroces, sin que por ello experimenten remordimientos. La psicopatía no necesariamente implica la comisión de hechos delictivos de forma automática, pero sí indican un alto grado de peligrosidad criminal.

Como hemos mencionado, la psiquiatría moderna concibe que las psicopatías constituyen verdaderos “trastor-

nos de la personalidad”, razón por la cual se niega el carácter de enfermedad mental que suelen atribuirle.

Siguiendo la línea anterior, al admitirse que las psicopatías no son enfermedades mentales, sino trastornos de la personalidad, carece de sentido todo tratamiento curativo; además, hay que recordar que éstas no afectan la inteligencia ni la voluntad, sino sólo la afectividad, por lo que es comprensible que las psicopatías representen un problema jurídico penal de mucha complejidad.

Esta dificultad de las psicopatías, se incrementa en la medida en que no es fácil resocializar a un psicópata, ya que la ciencia aún no ha encontrado un mecanismo o tratamiento efectivo, pues la experiencia demuestra que cuando el sujeto asiste a las distintas actividades manifiesta pocos avances respecto de los demás. En definitiva, las medidas alternativas (trabajos comunitarios, libertad vigilada, terapias, etc) carecen de eficacia.

Sobre este tema el Lic. Ronald Lin Ching, se refiere: La psicopatía es un concepto aún no muy bien consolidado. Algunos autores utilizan psicopatía otros sociopatía o trastorno antisocial, como se le conoce actualmente en las Clasificaciones Internacionales reconocidas CIE – 10 (1992) y DSM – IV (1994). Ha sido difícil categorizar este concepto como enfermedad mental, primero porque sus síntomas, cualitativamente, difieren de la psicosis y las neurosis, y segundo, porque de acuerdo con sus nefastas consecuencias sociales no pueden dejar de considerarse como patológico.⁴⁵

Cuando escuchamos el concepto psicópata muchas veces lo asociamos con personas severamente desequilibra-

45. Lin Ching Céspedes, Ronald. Psicología Forense: principios fundamentales. San José, Costa Rica. EUNED, 2002.

das psicológicamente, con asesinos, criminales violentos y hasta con monstruos al estilo de las películas de detectives estadounidense. Automáticamente se nos vienen imágenes de sujetos con aberraciones sexuales, asesinos en serie, sujetos sin control alguno de sus impulsos agresivos que son fácilmente identificables debido a su evidente “desajuste” y que probablemente se encuentran internados en una institución psiquiátrica o reclusos en una prisión. Sin embargo, la investigación científica ha demostrado que los psicópatas son más comunes y difíciles de identificar de lo que se pensaba. Si bien es cierto que su trastorno de personalidad los hace más propensos a entrar en conflicto con la ley, es común encontrarlos en otros lugares en los cuales sus características les permiten surgir y ser exitosos.⁴⁶

Según lo anteriormente expuesto, se deduce la inexistencia de un acuerdo generalizado entre los investigadores y clínicos en cuanto a las causas o factores que determinan el surgimiento de una personalidad psicopática. En la literatura se pueden encontrar modelos explicativos de muy diversos enfoques. Algunos pueden enfatizar explicaciones psicodinámicas, interpersonales y evolutivas, mientras que otros integran modelos neuropsicológicos, psicoanalíticos; explicaciones cognitivas o teorías de procedimiento de información, son también comunes.

46. Lin Ching Céspedes, Ronald. *Psicología Forense: principios fundamentales*. San José, Costa Rica. EUNED, 2002.

Características clínicas

Impulsos

Son las representaciones mentales de necesidades y motivos que forman la fuerza impelente detrás de toda conducta. El psicópata es impaciente y hedonista y por tanto *puede ser agresivo si se le frustra* llegando a la crueldad y el sadismo sin presentar remordimientos por sus conductas. Sus episodios de agresividad pueden desaparecer repentinamente y no quiere comprender después por qué los demás atribuyen tamaño significativo a su violencia.

Afectos

Sus actuaciones van encaminadas a evitar la ansiedad. Para esto requiere gratificación constante: la buscan en el alcohol, las drogas, los placeres sexuales, el dinero, el bienestar físico, las conductas temerarias, la rebeldía, la intolerancia a las normas. Si esto falla desencadenan ansiedad, depresión, ira y conductas impulsivas. Los diversos autores convergen en que presenta una falta relativa de sentimientos de culpa. La fachada del individuo sociopático es a menudo convincente a primera vista por los sentimientos que hay detrás son superficiales y producen poca empatía.

Los tipos psicopáticos exhiben una cálida simpatía. Personalidad amable, complaciente y subyugante hasta cierto punto, locuaces, bien hablados, pero en el momento propicio esta máscara dará paso a conductas violentas, frustrantes que dejarán en desconcierto a la víctima y al observador no comprometido. *Como su encanto inicial era actuación, sin el correspondiente compromiso afectivo*, no tendrá entonces sentimientos de culpa, de remordimiento ni vergüenza. Son personas que no guardan lealtad con nadie.

El vacío interior de la vida del individuo lo desanima en su capacidad intelectual de abstraer, estimula su superficialidad y su falta de afectos.

Relación de objeto

Clasifica a las personas en dos: **a.** Aquellos que le dan placer, entonces se acerca a ellos, se aprovecha, los succiona y una vez que los siente empobrecidos los arroja. **b.** Aquellos que son fuente potencial de peligro; a estos los ataca físicamente o psíquicamente generándoles ansiedad.

Su interés emocional está centrado en sí mismo. Las demás personas son figuras transitorias en su vida: van y vienen, o las puede reemplazar con poco sentimiento de pérdida. Se preocupa más por la manera de satisfacer sus necesidades, de modo que su estilo básico en las relaciones interpersonales está en congraciarse, aprovecharse, explotar y manipular.

Existe una forma típica, una relación sado-masoquista entre el psicópata y uno de los progenitores. Cuando el psicópata se casa, esta actitud es desplazada hacia el cónyuge que se convierte tanto en la víctima como en el compañero silencioso de la conducta antisocial del sujeto.⁴⁷

Sus relaciones de pareja son cambiantes porque el espejismo de hallar el objeto amoroso idealizado, se convierte pronto, por su intolerancia, en desilusión. Establece lazos impersonales, falsos, superficiales, poco duraderos, ya que teme quedar dependiente del objeto del amor. Esto redundará en incapacidad para amar y falta de permanencia en los afectos.

47. Cfr. Rappoport, Jonas. En John Lion. Trastornos de Personalidad. Salvat Editores. Barcelona. 1978.

Exhiben una funcionamiento sexual perverso, poliformo y promiscuo, sin relación de objeto. Así el psicópata se manifiesta en lo que es: “verdadero explotador en forma continua de toda mujer u hombre que se encariña con él, o ella”. Los PSICOPATAS TIENEN UNA AGUDA SENSIBILIDAD PARA CAPTAR LA NECESIDAD NARCISISTA QUE SUS INTERLOCUTORES Y UNA GRAN CAPACIDAD PARA APARENTAR SATISFACERLA EN LA MEDIDA EN QUE ELLOS LA REQUIERAN...; de esta manera atraen y cautivan a la víctima.⁴⁸

La necesidad del psicópata de castigar a “los que quiere” es universal. Le teme a la pasividad y algunos episodios de violencia pueden ser desencadenados por amenazas directas o simbólicas que hacen que se sienta pasivo. *Como sólo le interesa por el beneficio que puede obtener, elige a personas de influencia o posición.* Su vida consiste en el juego del Impostor, en donde representa *conscientemente una falta de identidad.*

En el ejercicio psiquiátrico como un individuo es entrevistado con cierta profundidad y se encuentra al parecer sin conflicto psicológico alguno, ni siquiera con las tensiones ni las fatigas de la vida normal, habrá que sospechar una psicopatía subyacente, indagando afectividad y relaciones de objeto.

Patrones de conducta antisocial

Comprende una diversidad de alteraciones tales como el mentir, hacer trampa, robar, agredir física y psíquicamente, estafar, sobornar, traicionar, hacer uso del alcohol, las drogas y prácticas sexuales desviadas. Buscan evitar el cas-

48. Cfr. Mac Kinnon, Roger y Michels, Roberts. *Psiquiatría Clínica Aplicada*. Editorial Interamericana. México, 1973.

tigo y el inminente castigo es a veces el único factor que disuade su conducta. La incapacidad para diferir la satisfacción, su control deficiente de los impulsos, la falta de sentimiento de culpa de intolerancia de la ansiedad contribuyen a crear un ambiente propicio al delito, *pero si existe el controlador externo (Jefes, superiores, autoridad, policía, padres...etc) inhiben su comportamiento delictivo.*

Cuando sientan que sus malsanas motivaciones pueden ser descubiertas, apelan a despertar piedad y compasión. Buscan mediante la teatralización despertar lástima, conmiseración y auxilio en el otro, evadir la responsabilidad de su conducta y alimentar su narcisismo al conseguir que el otro se preocupe de él. Después se ríen por las lágrimas de cocodrilo con que engañaron al otro. “Son malos que ponen cara de buenos o enfermos”. Recuérdese a Oscar Wilde en su obra el retrato de Dorian Gray.⁴⁹ El protagonista, un sociópata tuvo un destello de querer ser bueno y fue a mirar el retrato para buscar en él una señal de bondad, pero lo que encontró en el retrato fue una mueca de cinismo. Un sociópata sindicado de doble homicidio, acceso carnal violento y hurto decía al psiquiatra: “ayúdeme doctor porque en la cárcel YO me voy a volver malo”.⁵⁰

Haciendo auto-stop una pareja lo recogió como pasajero. Con arma de fuego amenazó al conductor para que se detuviera porque esto era un robo. Como éste opuso resistencia disparó contra la pareja. Condujo el automotor y se

49. Cfr. Zac , Joel, Psicopatía. Tomo I. Ediciones Kargieman. Buenos Aires, 1977.

50. Cfr. Mac Kinnon, Roger y Michels, Roberts. Psiquiatría Clínica Aplicada. Editorial Interamericana. México, 1973.

detuvo cuando percibió que la mujer aun estaba viva. Entonces la accedió carnalmente antes de morir.⁵¹

El psicópata es maestro en el arte de manipular a la gente. La habilidad social, su encanto amable, sus maneras y modos cultivados hacen que tenga éxito superficial en el trato de otras personas. Al inexperto no le parece que sea sociópata.

“El observador se enfrenta con una convincente máscara de salud...lo que parece ser una firme y estructurada imagen de una persona sana y pensante” (Cleckley).⁵²

“El sociópata despierta en el entrevistador (Juez, Médico, etc) sentimientos de admiración inconsciente los cuales representan la aprobación, también inconsciente, por la osadía del sujeto de actuar tendencias latentes y prohibidas para el entrevistador. Es como si dijera “qué maravilla de hombre, este hace lo que YO no puedo hacer”.⁵³

Los mecanismos sociopáticos, en algunos casos, pueden conducir a rasgos útiles. La falta de ansiedad podrá ir acompañada de autocontrol y conducta osada, y así podrá destacar en algunas profesiones y actividades peligrosas.

El psicópata cree que “tiene derecho” a hacer lo que hace aunque admite que los otros estarán de acuerdo. Cree que ha sido tratado en forma injusta en el pasado y que su conducta actual es una compensación.

Dice Mora Izquierdo que el psicópata “conserva el pleno uso de sus funciones mentales superiores y puede obrar con pleno conocimiento de causa y libre capacidad de vo-

51. Idem

52. Cleckley, H. *Mask of Sanity*, Mosby and Co. Saint Louis, 1964.

53. Durán Lisandro, Carreño María Idalid: *Principios de Psiquiatría Forense*, Ed. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1990.

lición y además puede medir las consecuencias de sus actos o sea que en él se da por completo el elemento subjetivo del delito”.⁵⁴

Nosotros decimos que este funcionamiento sociopático pertenece a la vida psíquica consciente, con integridad de las funciones autónomas del YO. Ignora involuntariamente las restricciones del medio ambiente; sus actuaciones están encaminadas a explotar, aprovechar y manipular a sus interlocutores.⁵⁵

Utiliza su aguda sensibilidad para atraer y, cautivar sus víctimas.

Consciente exhibe una falsa identidad. Con especial encanto y seducción arma un vínculo afectivo para después traicionarlo. Cuando actúa agresivamente lo hace como respuesta a la frustración y con clara motivación de venganza. Una vez descubierto en su conducta es maestro en esquivar y burlar la autoridad.

Ellos demuestran la buena capacidad del psicópata para comprender la ilicitud u autodeterminarse de acuerdo con esa comprensión, aspecto importante en el derecho penal para la imputabilidad.

Finalmente, en U.S.A. dice Rappeport:⁵⁶ “Es cada vez mayor el número de jurisdicciones que pasan el criterio de Mc-Naghten al criterio del Código Penal del American Law Institute. Este criterio es:

54. Mora Izquierdo, Ricardo. Situación de las personalidades antisociales en el Código Penal. Revista de Medicina Legal, número 2, diciembre de 1977.

55. Cfr. Mac Kinnon, Roger y Michels, Roberts. Psiquiatría Clínica Aplicada. Editorial Interamericana. México, 1973.

56. Cfr. Rappeport, Jonas. En John Lion. Trastornos de Personalidad. Salvat Editores. Barcelona. 1978.

1. Una persona no es responsable de conducta criminal, si en el momento en que realiza esta conducta como consecuencia de una enfermedad o defecto mental, carece de capacidad real, ya sea para darse cuenta de la criminalidad (ilegalidad) de su conducta, o bien para adaptar su conducta a las exigencias de la Ley.

2. Los términos enfermedad o defecto mental no incluyen las anomalías que se manifiestan sólo repetidas conductas criminales o antisociales.

Una de las características del Psicópata es la repetida conducta antisocial por ello dentro del criterio mencionado “se decidió no incluir al sociópata” (Rappeport). El CIE-10⁵⁷ denomina esta alteración de personalidad trastorno disocial de la personalidad.

Conclusión

La categoría de las psicopatías es sumamente general y heterogénea. Existe poca información sobre la mayoría de las mismas y nisiquiera se ha podido concretar la creación de un concepto que pueda abarcarlas de manera general. Debido a que muchos diagnósticos se traslapan considerablemente, no es raro que una sola persona encuadre con los diagnósticos de varios trastornos de la personalidad. Esta alta tasa de comorbidez, además del hecho de que los rasgos de la personalidad son variables continuas, ha dado lugar a que se proponga la creación de un modelo dimensional de clasificación de estos trastornos.

El trastorno de la personalidad del cual se conoce más es la psicopatía; su característica dominante es conduc-

57. Clasificación Internacional de enfermedades, decimal revisión, dada por la Organización Mundial de la salud.

ta antisocial reiterada sin arrepentimiento ni vergüenza. Se piensa que los psicópatas son incapaces de aprender de sus experiencias, carecen de todo sentido de responsabilidad, y no establecen ninguna relación emocional genuina con otras personas. Al investigar sus familias, se observa que los sociópatas tuvieron padres antisociales, y que las medidas disciplinarias que les impusieron fueron inexistentes o inconsistentes. Los estudios genéticos, en particular aquellos realizados con el método de hijos adoptivos, sugiere que la predisposición a la sociopatía es hereditaria. Tal vez el problema esencial del sociópata es que el castigo correspondiente no le inhibe en modo alguno para cometer actos antisociales. Existen bastantes evidencias traslapadas que apoyan este punto: 1) los sociópatas reflejan una deficiencia en los procesos inhibitorios usuales; 2) los sociópatas aprenden muy lentamente a evitar los choques eléctricos, lo cual se puede remediar con aumentar el nivel de excitación fisiológica del sociópata; y 3) estas personas, según sus respuestas electrodérmicas, muestran escasa ansiedad, pero a juzgar por su ritmo cardiaco el cual es más elevado, parecen estar en mejores condiciones que la gente normal de “ahuyentar” los estímulos aversivos.

Se conoce poco acerca de terapias eficaces para los distintos trastornos de la personalidad por varias razones. La poca confiabilidad de los diagnósticos, así como la tendencia a suponer que esta categoría es “versátil”, impiden evaluar convenientemente los reportes de la terapia. Sin embargo, la terapia conductual dialéctica ofrece esperanzas para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Son pocas las probabilidades de que exista alguna terapia que surta efec-

to en los sociópatas. Además de lo arraigado y lo aparentemente intratable de su estilo de vida tan despreocupado y manipulador, la personalidad antisocial tiene por naturaleza muy pocas probabilidades de beneficiarse con la terapia. Las personas que suelen mentir, y que no perciben en verdad sus sentimientos ni los de los demás (y carecen de toda inclinación a examinar los sentimientos), difícilmente pueden establecer con el terapeuta una relación de trabajo en la que haya confianza y franqueza.

Bibliografía

Doctrina

- López-Ibor Aliño, Juan j. *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España. MASSON, S. A., 1995.
- Lin Ching Céspedes, Ronald. *Psicología Forense: principios fundamentales*. San José, Costa Rica. EUNED, 2002.
- Weckman González, Cecilia. *Psicología de la Conducta Anormal*. México, D. F. Editorial Limusa, S. A. de C.V. Grupo Noriega Editores, 2000.
- Escobar, Raúl Tomás. *Elementos de Criminología*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Universidad Buenos Aires, 1997.
- Garrido Genóves V. Psicópata. *Diagnóstico Psicológico y reeducación del delincuente más peligroso*. Valencia, España. Editorial Tirant Lo Blalo Blanc, 1993.
- Gómez López, Series Orlando. *El Delito Emocional*. Santa Fé de Bogotá, Colombia. Ediciones Doctrina y Ley, 1995.
- DSM-IV Diagnósticos. *Elementos de Criminología*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Universidad Buenos Aires, 1998.
- García-Pablo De Molina, Antonio. *Tratado de Criminología (Introducción. Modelos teóricos explicativos de la criminalidad. Prevención del delito. Sistemas de respuesta al crimen)*. Valencia, España. Editorial Tirant Lo Blalo Blanc, 1999.

- Tieghi, Osvaldo N. *Tratado de Criminología*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Universidad Buenos Aires, 1996.
- Buergoenthal, Thomas y otros. *La Protección de los Derechos Humanos en las Américas*. San José, Costa Rica. Editorial Juricentro, 1983.
- Burgoa, Ignacio. *Las garantías individuales*. México: Editorial Porrúa S.A., 1981.
- Carranza E.: *Criminalidad: su prevención o 'promoción'*. San José: EUNED, 1994.
- Cruz Castro, Fernando. *El claroscuro de la seguridad ciudadana en Costa Rica. Sus deficiencias históricas y las disfunciones de la reforma del proceso penal*, Profesor de post-grado- Universidad de Costa Rica, IIP, 2000.
- Davisson, Gerald y Neale, John. *Psicología de la conducta anormal*. México D.F., México: Grupo Noriega Editores, 2000.
- Fournier M. *Violencia Juvenil*. San José: Organización Panamericana de la Salud, Representación de Costa Rica, 1996.
- Fournier M, Pérez R. *Autoritarismo y Percepción de la Violencia Social: El caso de los Chapulines*. San José: IIP, 1995.
- Fournier M. *Los Retos de la Psicología ante las Grandes Transformaciones Mundiales*. San José: Organización Panamericana de la Salud, Representación de Costa Rica, 1996.
- Lombroso, César. *Los criminales*. España: Editorial Reus, 1927.
- Loundon D, Della Bitta A. *Comportamiento del Consumidor, Conceptos y Aplicaciones*. 3^a. ed. México: McGraw-Hill, 1995.

Mattelart, M, Mattelart A. *Los Medios de Comunicación de masas* 4° ed. Caracas: El Cid, 1977.

Robert, J. *Televisión, ideología y socialización*. El papel en la formación de la identidad personal y social del niño y la niña costarricenses. Aspectos teórico-metodológicos San José: IIP, 1994.

Tieghi, Osvaldo N. *Tratado de Criminología*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universidad, 1989.

Varios Autores. *Estudios Penales y Criminológicos*. Tomo XVI. Universidad Santiago de Compostela, 1993.

Zúñiga Morales, Ulises. *Código Penal Remunerado concordado con anotaciones sobre acciones de inconstitucionalidad*. San José, Costa Rica: Editorial Investigaciones Jurídicas S.A., 2000.

Legislación costarricense

Códigos

Código Penal, Ley n. ° 4573 del 4 de mayo de 1970, San José, Editorial Investigaciones Jurídicas, S.A., 1era. Edición, preparado por el Lic. Ulises Zúñiga, 2000.

Foro

Revista de temas Criminológicos y Penitenciarios, Publicada por la Dirección General de Adaptación Social y el Ministerio de Justicia. N, 1-2-3-4, mayo 1981.

Diccionarios

Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales. Manuel Osorio, director de la obra. Argentina: Editorial Heliasta, 1984.

Diccionario de criminología. Álvaro Pérez Pinzón, director de la obra. Colombia: Editorial Presencia, 1988.

Diccionario Hispánico Universal. Panamá: Editorial Volcán, 1976.

Internet

Periódico La Nación, violencia doméstica, inseguridad ciudadana, San José, Costa Rica. Servicios de búsqueda 2003 - 2004, www.nacion.com



El Instituto de Estudio e Investigación Jurídica (INEJ), Fundado en 1995 es una institución académica, autónoma y sin fines de lucro, que tiene por finalidad contribuir al desarrollo humano y económico de la nación y la región produciendo e innovando conocimientos a través de la investigación científica y los estudios de postgrado en los niveles de especialización, maestrías y doctorados, reconocidos a nivel nacional e internacional, en las diferentes áreas de las Ciencias Jurídicas y disciplinas afines.

La presente investigación sobre la psicopatología es una búsqueda de la razón por la cual la gente se comporta, piensa y siente de maneras inesperadas, en ocasiones extravagantes, y casi siempre perjudiciales; con el objetivo de conocer y enfrentar el problema con actitudes que tiendan a una apropiada conducción de los factores que le conciernen, para lograr, consecuentemente, los efectos prácticos que reflejen una reducción sustancial de conductas anormales, y sobre todo la búsqueda insaciable de una sana convivencia.

Álvaro Burgos Mata, es doctor en Derecho y Master en Psicología Criminal. Catedrático de Derecho Penal Especial, Criminología de la Maestría en Ciencias Penales de la Universidad de Costa Rica y de la de Psicología Forense del Doctorado en Derecho de la Universidad Escuela Libre de Derecho, y del Programa de Maestría en Derecho Penal y Derecho Procesal Penal del Instituto de Estudio e Investigación Jurídica (INEJ). Juez Coordinador del Tribunal Superior Penal Juvenil y Juez de Juicio del II Circuito Judicial de San José.

Instituto de Estudio e Investigación Jurídica
De la Rotonda Bello Horizonte, 3c al norte, 2c al este, K-I-2
Managua, Nicaragua

Teléfonos (505) 251 52 48 al 49
Telefax: (505) 244 44 77
www.inej.edu.ni

ISBN: 978-99924-21-08-6



978-99924-21-08-6