

Este libro hace un estudio clínico descriptivo de las características de los delincuentes con personalidades psicopáticas, psicóticas, neuróticas, con retardo mental, senil, conflictividad sexual y adictiva.

Al analizar el problema de la delincuencia desde una perspectiva clínica, destaca que en todas las culturas y sistemas sociales se centra la atención en el tratamiento del delincuente, en tanto que es escasa la información sobre su personalidad.

En la investigación clínica criminológica, el objetivo principal es la comprensión del hombre en su modo social de existencia, del hombre real, concreto, en relación con un medio ambiente con determinada estructura histórica, social, cultural y económica.

La clínica criminológica nos permite entender los procesos patológicos individuales y sociales. Mediante un enfoque histórico-genético, se busca conocer al hombre que cometió algún delito y el significado que tiene para él esa conducta.

Primera reimpresión

9 789700 754088

HILDA MARCHIORI

PERSONALIDAD DEL DELINCUENTE

EDITORIAL PORRÚA
AV. REPÚBLICA ARGENTINA 15
MÉXICO

HILDA MARCHIORI

PERSONALIDAD DEL DELINCUENTE

Séptima edición
Primera reimpresión



EDITORIAL PORRÚA
AV. REPÚBLICA ARGENTINA 15
MÉXICO, 2011

Primera edición: 1978

Copyright © 2011
HILDA MARCHIORI
Av. Morelos 1610, depto. 4
Toluca, México

Esta obra y sus características son propiedad de
EDITORIAL PORRÚA, SA de CV 6
Av. República Argentina 15 altos, col. Centro,
06020, México, DF
www.porrua.com

Queda hecho el depósito que marca la ley

Derechos reservados

ISBN 970-07-5408-1

IMPRESO EN MÉXICO
PRINTED IN MEXICO

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN XI

CAPÍTULO I

PERSONALIDAD PSICOPÁTICA Y CRIMINALIDAD

Concepto y aspectos clínicos 1
Características psicopatológicas 10
Características de la conducta delictiva psicopática 14
Comportamiento en la institución penitenciaria 17
Datos históricos sobre estudios de la psicopatía 18

CAPÍTULO II

EL DELINCUENTE SEXUAL

Diversas clasificaciones de delitos sexuales 23
Violación: psicopatología. Personalidad del violador 25
Incesto. Características del núcleo familiar 28
Impudicia con niños: psicopatología 32
El exhibicionista. Características clínicas 34
Prostitución. Estructura psicológica 35
Características psicopatológicas del delincuente sexual 38
Características de la conducta delictiva sexual 40
Comportamiento en la institución 43
Datos históricos sobre estudios del delincuente sexual 44

CAPÍTULO III

PSICOSIS Y CRIMINALIDAD

Conceptos generales 47
Esquizofrenia 48

Pág.
Psicosis con síndrome orgánico 52
Psicosis alcohólica 53
Psicosis senil 54
Psicosis infecciosa 55
Psicosis debida a traumas físicos 55
Psicosis maniaco-depresiva 55
Características de la conducta delictiva psicótica 57
Comportamiento en la institución 65
Datos históricos sobre psicosis 67

Capítulo IV

NEUROSIS Y CRIMINALIDAD

Características clínicas 69
Neurosis de angustia. Sintomatología. Victimología 71
Neurosis fóbica. El mecanismo psicológico de evitación 72
Neurosis histérica. Psicopatología 76
Formas de histeria 78
Búsqueda de identidad 79
Mecanismos de seducción y engaño 80
Relación con la víctima 82
Neurosis obsesivo-compulsiva 84
Síntomas 86
La actividad compulsiva 86
Neurosis depresiva 87
Neurosis hipocondriaca 89
Características de la conducta delictiva del neurótico 89
Comportamiento en la institución 91
Datos históricos en relación a neurosis 92

Capítulo V

RETARDO MENTAL Y CRIMINALIDAD

Aspectos clínicos 95
Determinación del grado intelectual 97
Diferentes niveles de retardo mental 100
Características psicopatológicas 105

Pág.
Características de la conducta delictiva del débil mental 107
El débil mental como autor del delito 107
El débil mental como víctima del delito 109
Comportamiento en la institución 109
Datos históricos sobre retardo mental 110

Capítulo VI

PERSONALIDAD SENIL Y CRIMINALIDAD

Envejecimiento. La problemática existencial 113
Concepto sobre envejecimiento 116
Reminiscencia 118
Características psicopatológicas 120
Demencia senil. Formas clínicas 123
Comportamiento antisocial en la vejez 126
Comportamiento en la institución 131
Datos históricos sobre ancianidad 132

Capítulo VII

TRASTORNOS CONVULSIVOS Y DELINCUENCIA

La epilepsia y su relación con la criminalidad 135
Crisis epilépticas generalizadas. Formas convulsivas 136
Crisis epilépticas generalizadas. Formas no convulsivas 137
Epilepsia psicomotora 138
Personalidad epiléptica 140
Conductas delictivas en epilépticos 143
Comportamiento en la institución 145
Datos históricos sobre epilepsia 146

Capítulo VIII

PERSONALIDAD DEPENDIENTE Y CRIMINALIDAD —TOXICOMANÍAS—

Toxicomanías 147
Clasificación de drogas. Estupefacientes 148
Psicotrópicos 149

Pág.
Volátiles inhalables 152
Psicología de la drogadicción 154
Alcoholismo 159
Conductas delictivas en la personalidad dependiente 163
Comportamiento en la institución 166
Datos históricos sobre toxicomanías 166

BIBLIOGRAFÍA 169

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo intenta comprender los aspectos más generales de la Criminología Clínica. El estudio de las características de personalidad partiendo de observaciones en internos procesados y sentenciados implica replantear interrogantes desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico del individuo con una conflictiva antisocial.

El estudio clínico descriptivo sobre los rasgos del delincuente, de la conducta delictiva, de la estructura familiar y social, están analizados en lo referente a las personalidades psicopáticas, psicosis, neurosis, retardo mental, personalidad del anciano, del individuo con una conflictiva sexual y de la personalidad dependiente (toxicomanías).

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

La delincuencia siempre involucra un doble fracaso, por una parte desde un enfoque individual, es el fracaso de los mecanismos de defensa psíquicos que controlan los impulsos agresivos que están presentes en todo individuo pero que en el delincuente se proyectan realmente de un modo destructivo.

El planteamiento individual está en relación a los aspectos de la personalidad de cada individuo, que es único en sus procesos de formación y evolución, es decir los factores bio-psico-sociales que configuran una personalidad son diferentes en cada persona.

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

En la investigación clínica criminológica, el objetivo principal es la comprensión del hombre en su modo social de existencia, del hombre real, concreto, en relación con un medio ambiente con determinada estructura histórica, social, cultural y económica.

A través de la clínica criminológica se llega a comprender más claramente los procesos patológicos individuales y sociales. Se intenta conocer al hombre que cometió el delito, qué significado tiene para él esa conducta, es decir aclarar este significado desde una perspectiva histórica-genética. Es relacionar la conducta delictiva en función de la personalidad y del inseparable contexto social en que el hombre esta interactuando.

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

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

Se observa que el hombre con una conflictiva delincuencial presenta una historia personal caracterizada por un inadecuado

control familiar debido a la falta de uno de sus padres o al abandono de que fue objeto. Se encuentran deprivaciones a sus necesidades externas, es decir falta de vivienda, ropa, alimentación, de cuidados, de posibilidades de instrucción, pero también, fundamentalmente privaciones afectivas, de cuidado, de protección para un sano desarrollo psíquico y social. Se observan problemas de agresión en la adolescencia, fugas escolares, comienzan los robos y las conductas agresivas, los valores morales y sociales están distorcionados y existe un fuerte sentimiento de autodestrucción.

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

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

Pero debe aclararse que la agresividad no es solamente matar o agredir físicamente sino que existen otros tipos de agresión, la autoagresión del drogadicto, la agresión a nivel del engaño del otro que se dan en las estafas, la agresión al quitarle objetos al otro, el robo, la agresión a nivel sexual, las perversiones con menores, el daño, la destrucción de objetos.

Es evidente que todas esas conductas señalan que este individuo que realiza esta agresión, presenta determinada carac-

terísticas de personalidad, de historia y de desarrollo, es una personalidad conflictiva, es una persona que para realizar esta conducta vivencia una problemática grave a nivel de procesos mentales y procesos afectivos.

Al referirnos al delito y a la personalidad podemos decir:

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

PROLOGO A LA SEGUNDA EDICION

El objetivo principal de este libro es el estudio clínico descriptivo sobre los rasgos de personalidad del delincuente, de la conducta delictiva, en lo referente a personalidades psicopáticas, psicosis, neurosis, retardo mental, personalidad del anciano, del individuo con una conflictiva sexual y de la personalidad dependiente (toxicomanías). —Es decir, el análisis de la relación criminalidad-psicopatología—.

En la complejidad, cada vez mayor, de los procesos que llevan al delito y las dificultades para comprender el desarrollo de los desencadenantes individuales, familiares y sociales, creemos que la clínica-criminológica permite un acercamiento a esos procesos pero tenemos conciencia que representa sólo una parte de una situación-fenomenológica-existencial planteada en una epistemología caracterizada por las abstracciones y "misterios" de la conducta violenta de un hombre hacia otro.

El conocimiento científico está estrechamente relacionado a la conducta concreta de un hombre, de su medio familiar y social, es el aquí y ahora de la historia de un hombre, de sus pensamientos, de sus emociones, de sus vivencias, de sus relaciones interpersonales que proyectan, en el caso del hombre con una conflictiva antisocial, la naturaleza y grado del vínculo existencial.

HILDA MARCHIORI

Toluca, febrero de 1982.

Capítulo I

PERSONALIDAD PSICOPÁTICA Y CRIMINALIDAD

La psicopatía o personalidad psicopática es la enfermedad más frecuente en el ámbito carcelario y la de mayor significación en la psicopatología criminal.

Si se parte de la observación de que el delito es una conducta caracterizada por una acción agresiva (apoderarse de objetos, matar, etc.), y esta conducta implica una insensibilidad hacia los demás y un apartarse de la norma cultural, es evidente que muchas personas con una conflictiva antisocial presentan rasgos psicopáticos. Pero debe aclararse que indudablemente es diferente un rasgo o una conducta psicopática a una personalidad con una estructura básicamente psicopática.

La personalidad psicopática es una entidad clínica válida, que identifica a un sujeto con características psicológicas particulares.

El psicópata según todas las investigaciones, se aparta físicamente de lo normal, si bien esta desviación es a menudo difícil de especificar, es comúnmente un individuo flexible ágil y se mueve más rápidamente que los demás.

Cleckly[1] expresa que el psicópata es una persona asocial, altamente agresiva e impulsiva, que carece de sentimientos de culpa, que es incapaz de crear lazos duraderos de afecto.

McCord dice que el psicópata parece frío y carente de compasión, trata a las personas y a los objetos como medios para su placer, y a pesar de que puede llegar a crear fugaz-

[1] Ver H. Cleckley, *Psychopathic State*. American Handbook of Psychiatry, New York, 1959.

mente ligaduras, éstas carecen de profundidad emocional y terminan en explosiones agresivas.[2]

Presenta una enorme dificultad para colocarse en el lugar del otro, es decir no puede identificarse, de ahí su falta de culpa por sus conductas agresivas. Muestra una capacidad de afecto seriamente dañada. El psicópata es una persona muy agresiva que no puede soportar que la sociedad ponga trabas a sus deseos y necesidades y esto conduce a que aproveche por la fuerza a las cosas y a las personas, que para él son meros objetos.

Es impulsivo, sus actos y conductas carecen de una verdadera meta. Echegoyen [3] señala que la conducta irresponsable del psicópata llama la atención por la carencia de plan y la despreocupación prácticamente total de las consecuencias.

Zac dice [4] que el psicópata posee una estructura narcisística, cuyas ansiedades básicas primarias son de características francamente persecutorias que pueden alcanzar gran intensidad, y es por ello que necesita agredir a los demás. Es intolerable a la frustración, una mínima privación le produce un intenso sufrimiento yoico. De tal manera que una necesidad insatisfecha es rápidamente transformada en una vivencia de extrema urgencia vital, que además se convierte en una injuria narcisística intolerable. Por lo tanto sus sentimientos agresivos emergen muy intensamente ante la frustración o la demora. Esto determina su irritabilidad y su excitabilidad.

El lenguaje del psicópata es el de la acción, por lo tanto cabe esperar de él conductas imprevisibles. Siente enorme placer por la aventura, por la excitación y es por ello que a sus satisfacciones las siente como efímeras y busca constantemente otros ambientes y nuevas situaciones, de ahí su inestabilidad; él experimenta placer en el cambio constante y la búsqueda de situaciones nuevas.

El individuo normal aprende a controlar su agresión, reacciona a la perturbación con la sublimación, con la acción

[2] W. McCord y J. Mac Cord, *El Psicópata*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1966.

[3] Ver H. Echegoyen, *Comentarios sobre el análisis de un psicópata*. Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1960.

[4] Zac, Joel, *Psicopatía*. Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1973.

constructiva, con la evasión, pero pocas veces con una agresión violenta de carácter verbal. El psicópata por el contrario reacciona a la frustración con la agresión, esta conducta puede ser el resultado de recompensas muy tempranas recibidas por dicho comportamiento, a menudo cuando los otros métodos han fallado, él logra atraer la atención, por medio de la agresión, la atención así lograda es generalmente represalia, pero prefiere el castigo antes que el descuido total.

Se encuentra en el psicópata una necesidad de afirmación de la propia personalidad, sintomática de una escasa capacidad de adaptación a la disciplina en general, necesidad de evadirse de las normas y de vivir una vida aventurera por el placer del riesgo.[5]

El Dr. Patiño [6] manifiesta en un claro análisis que el psicópata presenta las siguientes características:

- Inmadurez de la personalidad.
- Funciones intelectuales dentro de niveles normales.
- Incapacidad total para adaptar su comportamiento a las normas culturales del grupo.
- Conducta sistemáticamente antisocial y parasocial.
- Incapacidad de regir su comportamiento por pautas morales.
- Incapacidad de asimilar experiencias que orienten la trayectoria vital.
- Conducta anormal desde la infancia.
- Tendencia a la satisfacción inmediata de sus caprichos.
- Poco o ningún sentimiento de culpa.
- Incapacidad de afectos profundos o duraderos.
- Mitomanía y mundo fantástico.

Erikson [7] señala que existe un molde de desconfianza básica, que se transforma en el modelo de posteriores relaciones

[5] Ver Mac Cord y J. McCord, *ob. cit.*

[6] Ver Patiño, José L., *Apuntes de Psiquiatría clínica*. Publicación Departamento de Enseñanza, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México, 1975.

[7] Erickson E., *Infancia y Sociedad*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1961.

perturbadora. Así la hostilidad proyectada, tiene como resultado un exagerado temor a la autoridad, la venganza no sólo es esperada sino que es provocada como un mecanismo de compulsión a la repetición.

Para Solomon [8] el psicópata ignora los códigos sociales y los valores. Actúa solamente en respuesta a sus propios deseos e impulsos. El castigo no lo conmueve y la experiencia no la asimila. No puede resistir la tentación puesto que no tolera la frustración, y culpa a otros hábilmente cuando es aprehendido. Es incapaz de posponer el placer inmediato o la gratificación de un impulso, carece de la capacidad para mantener una relación cercana con los demás y no siente ni culpa ni ansiedad acerca de sus actos antisociales.

Stone y Church [9] expresan que el psicópata carece habitualmente de una conciencia o de un super yo y aunque pueda hablar fácilmente al referirse a los valores hace promesas y resoluciones superficiales. Nunca tiene dificultades para ver su propia responsabilidad porque su inteligencia está dentro de los límites normales, pero es esencialmente superficial y externa. A pesar de su habilidad para aprender cosas, no obtiene provecho de las lecciones de su propia experiencia, de manera que su conducta no es paralela a lo que abstractamente conoce.

La comunicación del psicópata es actuación, si desea expresar verbalmente un sentimiento lo actúa. Liberman,[10] dice que el psicópata es un desadaptado social como consecuencia de un déficit de aprendizaje en la comunicación verbal, por eso presenta fallas en la formación del pensamiento verbal y como consecuencia su lenguaje verbal carece de la función instrumental de trasmitir información. El psicópata tiene un escaso desarrollo en esta serie de procesos comunicativos interpersonales y pasa casi sin transición de la percepción a la

[8] Ver Solomon Patch, *Manual de Psiquiatría,* Ed. Manual Moderno, México, 1972.

[9] Ver Stone y Church, *Niñez y Adolescencia,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1963.

[10] D. Liberman, *La comunicación en terapéutica psicoanalítica,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1962 y *Patología del pensamiento e identificación proyectiva en psicopatías.* Psicoanálisis de la manía y la psicopatología, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.

acción. El ambiente familiar en que se ha desarrollado es en gran parte responsable de esto, generalmente la infancia del psicópata transcurrió en un ambiente de mucha inestabilidad con figuras parentales cambiantes.

El psicópata es inestable en su trabajo, no ha podido realizar un aprendizaje normal, una adaptación social en ese aspecto. Si bien tiene avidez y excitación por la aventura parece no recibir satisfacción alguna del trabajo productivo, esta característica ha sido descrita por Freud, Horney y Marlow como una ausencia del impulso a la autonomía e independencia que constituye la motivación de la persona psicológicamente sana.

Externamente el psicópata muestra una frialdad [11] embotamiento moral y ético y una falta de simpatía hacia los demás. La vida emocional es superficial y afectivamente anestesiada, parecen incapaces de establecer relaciones emocionales maduras, por su inestabilidad y rebeldía.

Zac señala muy acertadamente que los aspectos más específicos y a la vez más descriptivos del psicópata corresponden a su actitud básicamente antisocial y agresiva. El comportamiento es aloplástico, concreto, no simbólico y tiene generalmente un secreto significado taliónico. Tiende a provocar sorpresa y miedo en "el otro" y asimismo a ser explosivo en intervalos irregulares. Su conducta revela una incapacidad casi absoluta para hacerse cargo y cumplir con una tarea útil con características estables.[12]

El psicópata es un individuo celoso, autodestructivo, con una comunicación alternativa, tendiente a sorprender. El contenido es sádico, irónico en la formulación de las ideas y planteando siempre la duda con la persona que habla, en ese sentido es sumamente agresivo con el núcleo familiar externo, es decir de los otros, pero sabemos que en el fondo es una proyección de una conflictiva inter-familiar, y una búsqueda de relación materna.

[11] Schneider K. *Las personalidades psicopáticas.* Ed. Científico Médica, Barcelona, 1962.

[12] Ver Joel Zac, *Psicopatía,* Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1973 y *Consideraciones sobre la psicopatología de las psicopatías en psicoanálisis de la manía y la psicopatía.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.

En la comunicación intenta constantemente colocar en ridículo al otro, especialmente a personas que confían en él, pero se advierte que posee habilidad para detectar la problemática de los demás y de ese modo los agreden y menosprecian pero también los seducen. Tiene una gran capacidad para pasar de las situaciones de agresión a la de amabilidad y seducción.

Las personas que lo rodean se sorprenden de esa manera de reaccionar del psicópata que es totalmente inesperada. En el fondo lo que realmente predomina es una autodestrucción por eso agreden a sus amigos y a los familiares. Tiene conciencia de las agresiones dirigidas a las personas que quiere y las autojustifica a través de probar a las personas si realmente lo aceptan. Es un mecanismo sádico pero que implica una angustia que se da a través de las agresiones.

Es sumamente exigente con las personas que quiere y les exige una definición del todo o nada, porque él está dispuesto al enfrentamiento y la agresión.

La angustia del psicópata, que sí existe pero que está manifestada de un modo diferente a la del neurótico y psicótico, es una angustia centrada en el temor de quedarse solo y aislado afectivamente. La conflictiva con los valores del medio social está dado justamente en ese planteamiento de fantasear, temer quedarse solo y es ahí donde responde con la agresión verbal y física hacia los demás.[13]

La relación entre el sentimiento de culpa y la psicopatía es muy significativa. Son conocidos los trabajos psicoanalíticos sobre el tema que han posibilitado mayor claridad a la comprensión del delincuente y a su inevitable necesidad de castigo.

La culpa es la expresión de la tensión entre el yo y el super-yo como resultado de las fantasías agresivas contra el padre. Freud señala en su trabajo "Los delincuentes por sentimiento de culpa",[14] que la culpa es anterior al delito y que éste es la consecuencia. El delito es cometido ante todo por ser prohibido y porque su ejecución procura un alivio psíquico al autor. Este individuo sufre un penoso sentimiento de culpabilidad de origen desconocido y una vez cometida una falta concreta sienten mitigada la presión del mismo. Por paradógico que parezca expresa Freud el sentimiento de culpa existía antes del delito y no precedía del sentimiento de culpabilidad, y es el que lo lleva a buscar el castigo.

Posteriormente los trabajos de Alexander y Staub[15] realizados en diferentes casos criminales, han llevado a los autores a expresar que el sentimiento de culpabilidad procede de deseos inconscientes que el propio yo condena más aún que la acción real. El sujeto tiene una conciencia de especial rigor y por lo mismo sufre más miedo ante su propia instancia moral que ante los tribunales. El castigo significa para el psicópata una ventaja moral, porque con la pena expía sus deseos inconscientes y así puede apaciguar su sentimiento de culpabilidad.

El psicópata es indiferente a las agresiones dirigidas a otras personas y también a las consecuencias, miente aun cuando no exista una razón lógica para haberlo, puede llevar a cabo un daño físico de una manera casual y sin pensarlo, no es que específicamente desee hacer mal a la gente sino que las necesidades y los sentimientos de los demás no tienen un sentido inmediato para él, sólo sus propias necesidades y deseos son importantes y absolutos. Presenta por esto, un narcisismo marcado.

Muestra una actitud rebelde hacia la autoridad y la sociedad y está identificado con un comportamiento agresivo.

El psicópata por lo general califica narcisísticamente, admirativamente su obrar delictivo e indudablemente, tiene conciencia de que siente al margen de los valores sociales y culturales.

La conducta valorativa del psicópata, podemos tratar de explicarla desde dos enfoques:

El individuo tiene conciencia de que tiene sentimientos al margen de los valores sociales de su cultura, porque él posee valores contrarios.

En el delincuente que tiene una actitud valorativa frente al actuar delictuoso, existe un equilibrio (de oposición) entre su estructura cultural y las normas institucionales. Es decir entre

[13] Ver H. MARCHIORI, *Psicología Criminal*, Ed. Porrúa, México, 1975.

[14] FREUD, *Los delincuentes por sentimiento de culpabilidad*. Ed. Biblioteca Nueva, tomo II, 1968.

[15] ALEXANDER y STAUB, *El delincuente y sus jueces desde el punto de vista psicoanalítico*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1961.

la escala de valores que gobiernan la conducta del grupo al cual pertenece este delincuente que desea alcanzar ciertas metas de la estructura social convencional, que son las normas institucionales que definen el modo aceptable de alcanzar los objetivos o metas.

En la conducta delictiva el individuo lesiona o destruye valores comunes a la estructura social convencional porque él se halla sometido a ciertas normas y valores distintas a las primeras. Para el psicópata es legítima tal conducta debido a que él se siente perteneciente a otro grupo identificado con otro modo de vida.

Ya hemos mencionado que el psicópata manifiesta una actitud de inestabilidad, de rechazo hacia el trabajo, expresa su desprecio hacia las personas que lo hacen, especialmente aquellos que se encuentran en una situación de dependencia. Tienen su propia escala de valores respecto a esto; y él cree lícito su modo de vida para proveerse de los medios necesarios.

El psicópata posee escasos antecedentes de trabajo estable no ha podido realizar un aprendizaje normal, una adaptación social en ese aspecto. Si bien tiene una avidez por la excitación y la aventura parece no percibir satisfacción alguna del trabajo productivo. De ahí también la dificultad que en los establecimientos carcelarios desarrolle una actividad.

El psicópata se autopercibe como singular debido a su narcisismo y a medida que reincide en sus conductas rebeldes, se consolidan sus actividades hostiles y típicamente antisociales, se acentúa esto hacia las figuras revestidas de autoridad, particularmente los agentes de la policía, guardia-cárceles, podríamos decir que mantienen constantemente una lucha contra las autoridades.

En este delincuente, se observa una desviación de las normas sociales, él se ha adaptado a las normas y valores de una subcultura que podríamos llamar delictiva.

Todas las modalidades del psicópata son formas de manifestar el valor contrario al valor legitimado por la cultura, pero como lo hemos expresado, a pesar de significar la plena adhesión al grupo que participa de ellos, es un rechazo de los valores de su propia cultura. Pero esta conducta está relacionada a la historia personal del psicópata, caracterizada por

contínuas frustraciones y la carencia de un auténtico afecto.

Se caracteriza por haber tenido una infancia desfavorable para el desarrollo de una personalidad sana, inadecuado control familiar debido a la falta de uno de sus padres o al abandono familiar de que fue objeto, frustraciones a sus necesidades internas por la carencia de una adecuada protección y también frustraciones a sus necesidades externas, es decir falta de vivienda, ropas, cuidados, posibilidades de instrucción de aprendizaje de un oficio. Estas situaciones llevaron al niño y al adolescente a realizar conductas rebeldes hacia la familia y la escuela.

A la edad de 9 o 10 años, ya manifiestan sus conductas asociales, problemas escolares, fugas, agresiones, etc., presentando una historia familiar y social marcadamente inestable. Comprobamos que sus historias infantiles son regularmente traumáticas, se descubren repetidos rechazos, castigos frecuentes y privaciones reales. Los datos revelan a menudo a padres que trataron inadecuadamente a sus hijos, castigos y distanciamientos en su relación afectiva. Se observó en los padres (de acuerdo a la percepción de los psicópatas) que no habían podido dar amor para estimular al niño y superar sus conflictos, sino también que les habían reforzado la fijación de actitudes agresivas hacia la sociedad.

Importantes periodos de la infancia de muchos psicópatas había transcurrido en instituciones de menores o a cargo de distintos padres adoptivos lo cual había sido un real obstáculo, para lograr identificaciones positivas y perdurables. Lamentablemente la influencia de instituciones correctivas en estos jóvenes fue en la mayoría de los casos negativa.

Según Noyes, el individuo que en el futuro desarrollara una personalidad psicopática a menudo proviene de un hogar donde los padres no deseaban su nacimiento.[16] Los primeros años de la vida del niño para la madre han sido conflictivos y existe el deseo de escapar de sus padres. Si permanece con los padres, se ve expuesto a temperamentos violentos. En este tipo de familia, no se establecen con claridad objetivos de

[16] NOYES y KOLB. *Psiquiatría Clínica Moderna.* Prensa Médica, México, 1971. Asimismo véase A. LINDER, *Psicopatía en neurosis, psicopatía y psicosis,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.

autoridad y las reglas que se dictan nunca se basan en un afecto mutuo, ternura y confianza. Los padres a menudo muestran indiferencia desafío franco o antagonismo ante las tentativas de las autoridades escolares para controlar la actitud del niño.

El niño se ve privado de otras fuentes que le ayuden a establecer identificaciones saludables con personas que aceptan los valores sociales de las comunidades. Incluso en la niñez el futuro psicópata muestra signos de desadaptación emocional y rasgos agresivos en la personalidad.

Johnson ha encontrado que la figura de la madre ha fomentado inconscientemente la conducta moral y antisocial en el niño, aunque verbalmente la madre o el padre repudia dicha conducta ante el niño y ante otras personas, la acepta con un sentimiento de complicidad, como la complicidad del padre o madre es insegura e incompleta el niño es contradictorio y confuso y posteriormente como adulto conserva las mismas características.

Observamos en las historias clínicas que al psicópata no se le había dado oportunidad para adquirir y desarrollar un código consistente y cohesivo de normas éticas y de valores. Sin tan código se le privó de un instrumento valioso que le permitiera formar un yo integrado y adaptado. Y cuando un individuo con un yo no controlado se enfrenta con una conflictiva familiar y social, surge una situación de la que muy probablemente conduzca a una conducta agresiva.

El delincuente que califica admirativamente el obrar gravemente delictuoso de otros y que tiene conciencia de que estima o aprecia al margen de los valores sociales es un individuo que emerge por lo general de una situación de miseria, las condiciones en que se desarrolla su vida están regidas por la subalimentación, el analfabetismo, la ignorancia y las continuas frustraciones.

CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS

Podemos resumir las características psicopatológicas del psicópata en las siguientes consideraciones:

— Es una persona con una marcada inestabilidad en todas sus conductas que proyecta una personalidad con una grave conflictiva interna que se traduce especialmente en la relación interpersonal agresiva y autodestructiva.
— El psicópata presenta dificultades en el pensamiento, en especial en relación a un pensamiento lógico debido a que se mueve en un plano bastante inmaduro e infantil. Existen alteraciones en el desarrollo de la simbolización que afectan la posibilidad de formular el pensamiento verbalizado.
— El juicio está en desconexión con la realidad y esto posibilita las fantasías y ansiedades persecutorias. Las características están dadas por la permanente hostilidad y los juicios que hace están en función de esa hostilidad, de manera que existe un nivel consciente de distorsión frente a las amenazas que la sociedad representa para él.
— La comunicación: es inestable y predomina un contenido verbal sádico e infantil, tiende a una manipulación y burla de las personas, especialmente en el plano familiar.
— El lenguaje: es particular, propio de una subcultura delictiva, es un lenguaje concreto, cortado, autoritario.
— Es inestable en su comportamiento y tiene una enorme facilidad de pasar a la acción (acting-out).
— Afectividad: el sentimiento de culpa está muy disminuido en el psicópata, con escasa capacidad para experimentar emociones normales de depresión.
— La angustia: que sí se manifiesta [17] está proyectada por una búsqueda constante de una relación de dependencia, por lo común se manifiesta a través de sus conductas agresivas y sádicas que le proporcionan un alivio a sus estados de angustia y ansiedad.
— Frente a los demás, el psicópata parece frío duro, rígido, pero es una coraza externa para protegerse de sus sentimientos infantiles.

[17] Casi todos los estudios sobre psicopatías señalan la carencia de culpa, angustia y sentimientos de amor, nosotros pensamos que se expresa por otras vías, es decir, no a través de un lenguaje sino a través de la conducta agresiva.

— Existen fuertes sentimientos internos de minusvalía e inferioridad, de ahí la necesidad del comportamiento agresivo para equilibrar en el plano de las fantasías su narcisismo.
— Orientación espacio-temporal: el psicópata no presenta trastornos en la orientación espacio-temporal, pero es notoria su fálta de consideración real de la dimensión temporal, ya sea del presente, de la relación con el pasado (por los problemas en la asimilación de las experiencias) o del futuro. En su conducta no sigue ningún plan o meta establecida o deseada.
— Conciencia: el psicópata presenta una alteración de la conciencia que lo conduce a perturbaciones en su adaptación social. Especialmente son indiferentes a lo que piensan los demás y muestran tendencias a las relaciones superficiales. No presentan alteraciones en el plano de la percepción, memoria, conación.
— La atención es dispersa disminuida por su gran inestabilidad.
— La adaptación a la realidad es especial, debido a que prevalecen sus deseos y fantasías y por lo tanto no se puede adaptar al medio ambiente familiar y social o a la cultura en que vive porque su interpretación de la realidad es fantaseada.
— Desde el punto de vista del interjuego de roles podemos decir que los psicópatas no se adaptan ni a las personas ni a los grupos, muestran una oposición constante hacia la autoridad. Presentan una clara perturbación en la estructura de la identidad.
— Psicomotricidad: el psicópata es hiperactivo, se mueve constantemente y busca nuevos ambientes y situaciones.
— Deterioro: se advierte el deterioro en el plano moral y ético, existe una acentuada distorsión de los valores de la cultura a la cual pertenece.
— Marca su cuerpo a través de tatuajes y cortes que son conductas de identificación y autodestrucción. La influencia del tatuaje como alteración del esquema corporal es importante, y sumamente significativa. La temática del tatuaje consiste generalmente en: tatuajes iniciales (del propio sujeto, de la madre, de los hijos), tatuajes con los nombres de familiares; tatuajes frases ("recuerdo de mi madre", madre amor divino, etc.), tatuajes con figuras humanas (preferentemente mujeres), tatuajes objetos (ancla, estrella, puñal, etc.), y especialmente tatuajes con dibujos en forma de corazón (corazón atravesado por una flecha, con alas, etc.). También se observan tatuajes de fechas y de animales.

La mayoría de los individuos tatuados se hacen el tatuaje en establecimientos carcelarios. Esto indudablemente está muy relacionado con el hecho de que el tatuaje está en estrecha relación con una situación de "aislamiento" social.

Observamos que el rol del tatuador en la cárcel adquiere un significado especial. Esto podría tal vez relacionarse con la necesidad de que otro sujeto lo marque. Pensamos que se trata de una relación sadomasoquista por la índole de la conducta (provocar dolor, marcar), es decir que el sujeto que se tatúa necesitaría experimentar dolor, porque ese dolor le causaría un determinado placer, relacionado con sus características de personalidad. Esta tendencia masoquista también se podría vincular a una búsqueda de castigo, es decir sentir dolor, sentirse marcado.

Asimismo cabe señalar que estos sujetos solamente se dejan marcar por individuos que están dentro de su misma problemática y situación de encierro. Esta relación interpersonal entre tatuador y tatuado es sentida por este último como muy gratificante ya que el tatuador deja cosas, le da objetos.

Muchos sujetos se tatúan ellos mismos, esto implicaría que en estos individuos existe una necesidad tal de autocastigo que necesitan marcarse, posiblemente porque se sienten delincuentes, marginados, es decir, no pueden aceptar que otros lo marquen sino que en su búsqueda de castigo necesitan hacerlo ellos.

Sabemos que de por sí, el tatuaje implica dolor ya que consiste en la introducción de agujas en la piel. Los delincuentes manifiestan frecuentemente que no sienten dolor durante el tatuaje, es significativo que no obstante ser una conducta donde ellos saben que les producirá daño, aceptan

someterse a ella. Esto podría relacionarse como hemos visto con una tendencia de autocastigo y también con componentes masoquistas de la personalidad y con los sentimientos de culpa subyacentes y la necesidad de marcarse, en esto no sólo como algo que los identifica sino también como la necesidad de sentir dolor por su conducta.

Entre algunos de los significados psicológicos en relación al tatuaje pueden mencionarse:

- —El tatuaje expresa la búsqueda de una relación permanente con los objetos que no posee (madre, afecto de familiares, etc.) y a la vez una autoafirmación.
- —Como expresión del temor a la pérdida y al robo de los personas queridas y también como expresión de su sentimiento de pertenencia al grupo.
- —Como expresión de la búsqueda de su propia identidad, de su necesidad de identificación.
- —El tatuaje como forma de comunicación de sus propios conflictos a través de un lenguaje simbólico.
- —La marca, el tatuaje como expresión de autocastigo ("la cruz la hice cuando nació mi hijo, fue la forma de manifestar mi alegría en medio de la tristeza de la cárcel, como no le podía ofrecer nada, le regalé este sacrificio).

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DELICTIVA PSICOPÁTICA

La conducta delictiva del psicópata tiene una significación mágica: exaltar o restaurar un sentimiento primitivo de omnipotencia y esto le da una visión distorsionada de la realidad.

La conducta delictiva que más frecuentemente se manifiesta en el psicópata es el *robo,* y esta conducta indudablemente representa una actitud, una conducta particular del sujeto con referencia a la propiedad ajena, a los bienes del otro.

¿Qué busca el psicópata, en la conducta de robar? En una primera consideración puede ser estimada su acción como

una conducta utilitaria, debido a que se trata de objetos que tienen valor de venta, o de algo que sirve para satisfacer sus necesidades; pero esta finalidad utilitaria aparece en el análisis psicológico como cobertura de motivaciones más difíciles de captar. Se encuentra en estas conductas un deseo disimulado de seguridad, falta de lazos afectivos. Todos estos factores impulsan al psicópata a veces a interesarse por los bienes ajenos considerados como objetos a "poseer", más que como un medio de satisfacer necesidades materiales.

Hay casos, comenta Hesnard,[18] en los que el afán de seguridad puede conducir a robos habituales, que presentan las características de asegurar imaginariamente incluso a veces místicamente una tendencia particular a poseer un capital. Es decir, que el hecho de acumular dinero no tiene solamente una motivación utilitaria (dinero, medios para procurarse satisfacciones materiales) sino que significa en ciertos psicópatas la vivencia de "poseer objetos". Este interés excesivo por los objetos que satisfacen en los ladrones su deseo de posesión y de seguridad se manifiesta constantemente en los ladrones habituales.

Las modalidades del robo representan múltiples formas y técnicas pero por la frecuencia debe mencionarse especialmente: el robo de automóviles donde hay que distinguir:

- —Los "préstamos", es decir, la sustracción para tenerlo por un tiempo determinado para cuyo fin es otro delito, por lo común el robo o asalto a un banco (este delito lo prepara y realiza una banda, un grupo especializado y el robo del auto es un medio para el objetivo).
- —El robo para utilizar el auto para un viaje, esta conducta es realizada por lo común por un adolescente, quien busca el automóvil como un medio para fugarse de su ambiente familiar, el automóvil significa su independencia.
- —El robo de auto después del cual el vehículo es siempre desarmado y vendidas sus piezas, generalmente lo realiza un grupo organizado para tal fin.

[18] Ver HESNARD, *Psicología del crimen,* Ed. Zeus, Barcelona, 1955.

Hemos observado que muchos psicópatas se "especializan" en determinados objetos, por ejemplo: el robo de neumáticos de autos, vestimentas, radios, etc. El análisis de estas conductas delictivas debe relacionarse siempre a la ontogénesis del individuo, es decir, "por algo" este individuo que presenta determinados rasgos, roba casas deshabitadas, es que el robo de determinados objetos posee para ese individuo un significado especial. Este significado, solamente puede ser comprendido e interpretado a través de la historia del individuo.

— El robo de carteras representa una conducta especial. El carterista se destaca especialmente dentro de los ladrones profesionales o habituales; raras veces trabaja solo, más bien forma parte de un grupo. Tiene como afirma Von Henting,[19] la técnica más depurada, ya que el campo de trabajo del carterista son las grandes aglomeraciones. Por lo común hurta carteras, pero también sustrae relojes de mano, a veces se hace una distinción entre el carterista habitual y el que actúa en bandas en las que predomina una rigurosa disciplina y cuyas empresas son preparadas cuidadosamente.

La mayoría de los carteristas son hombres, las mujeres intervienen solamente como "colaboración" con los carteristas y sólo en raros casos en el "tomar".

El psicópata atenúa el rechazo social buscando más el poder, el cual le hace sentir que él puede decidir qué es malo y qué es bueno.[20] Para obtener tal poder comete repetidos delitos tratando de reprimir sus sentimientos de culpa.[21] En este sentido opina Fenichel, el escape al acto delictivo es similar a cualquier actuación neurótica que sirve para compensar tensiones y conflictos.[22]

[19] VON HENTING, *Estudios de psicología criminal*, Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1960, tomo I.

[20] T. REIK, *Psicoanálisis del crimen*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1949.

[21] P. GREENACRE, *Trauma, desarrollo y personalidad*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1960.

[22] Ver FENICHEL, *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.

Relación con la víctima: el psicópata por lo general desconoce a la víctima, ésta es alguien a quien podría llamarse ocasional, no es elegido, sino que le interesa el objeto y no la persona.

Instrumentos: son múltiples con preferencia, armas de fuego. El psicópata se siente seguro cuando posee un arma o algún instrumento para defenderse porque piensa que todos actúan igual que él, es decir, a través de agresiones. Debido al profundo narcisismo del psicópata, éste actúa solo o busca erigirse en líder.

Comportamiento en la institución penitenciaria

El psicópata es la persona que aparentemente menos angustia manifiesta en la institución carcelaria, sin embargo, su angustia se proyecta porque continúa con sus conductas rebeldes e inestables. Cabe aquí diferenciar:

El psicópata ladrón ocasional: mantiene relaciones interpersonales conflictivas, es inestable e irresponsable, busca la protección y la relación con personas de su mismo delito, desprecia a los otros internos expresando que no tienen sus valores, su modo de vida. Debe mencionarse que el ladrón ocasional cuando llega a la institución, presenta ya valores sociales distorsionados, sus robos comienzan a los nueve o diez años, ya entonces se advierten problemas de conducta y antecedentes en instituciones correccionales de menores.

En la cárcel intenta la especialización delictiva en instrumentos y técnicas porque el ladrón, prepara su futuro delito dentro de la cárcel. No crea problemas de violencia o de agresividad, pero observa, desea tener experiencia y ser aceptado por los integrantes de un grupo delictivo.

El psicópata ladrón habitual: este interno presenta marcadas normas y valores de vida asociales, es reacio al trabajo, la escuela y a toda actividad estable. El delito es su forma de vida, están identificados con el comportamiento antisocial, podemos decir que inclusive su núcleo familiar proviene de

zonas marginadas, carentes de posibilidades para un sano desarrollo social.

Es evidente que la desconfianza básica que presenta el psicópata como consecuencia de un desarrollo emocional conflictivo se manifiesta en las dificultades para establecer relaciones interpersonales estables y esto también se proyecta dentro de la institución penitenciaria.

DATOS HISTÓRICOS SOBRE ESTUDIOS DE LA PSICOPATÍA

1801. PHILIPPE PINEL, observó que ciertos pacientes no tenían perturbaciones en su razonamiento, pero sus conductas eran desadaptadas como otros enfermos mentales, los describió como manía sin delirio.

1812. BENJAMÍN RUESCH, utiliza por primera vez la noción de idiotez moral o imbecilidad moral para describir a los pacientes que cometían actos impulsivos, antisociales desde muy temprana edad.

1835. PRITCHARD, introdujo al término locura moral, ya que observó que algunos pacientes mostraban carencias de sentimientos, falta de autodominio y ausencia de todo sentido ético.

1870. KRAFT EBING, denominó a los estados psicopáticos estados de degeneración.

1870. KANDINSKY, en su trabajo denominado "Estados psicopáticos" dice que la psicopatía empieza en los primeros años de vida del sujeto.

1878. GOUSTER, describió un cuadro de demencia moral como un trastorno del juicio provocado por la perversión moral.

1880. LOMBROSO, publicó un capítulo titulado "psicopatías" donde define a los psicópatas como de origen innato y congénito y se refiere a la locura moral. Los describió como: impulsivo, cruel, indolente, con ausencia de inhibiciones, inestables, con inclinación a la supertición y al uso de la jerga para hacerse entender, opinión exagerada del propio valor.

1883. KORSAKOV, en su libro "Curso de psiquiatría" incluye un capítulo sobre "Las psicopatías degenerativas ordinarias", la constitución psicopática está vinculada con la vida psíquica del individuo, las personas que sufren de psicopatía están en el límite entre lo normal y lo psicótico, sus manifestaciones son

las anomalías del carácter, el equilibrio insuficiente, la mala adaptación al medio y una reacción incorrecta a los distintos estímulos.

1885. BECHTEREV, escribió un libro llamado "la psicopatía", donde señala que son personalidades extrañas, enigmáticas, las cuales sienten, piensan y actúan de un modo distinto que la gente sana, a menudo desde la infancia son seres profundamente viciosos, enfermos mentales. Menciona dos tipos de psicopatías: *a)* psicopatías congénitas con una organización de la personalidad congénitamente insuficiente, con un defecto de la organización cerebral; *b)* psicopatías adquiridas como resultado de enfermedades generales graves, alcoholismo, traumas, etc.

1893. KOCH, utilizó el término inferioridad psicopática para pacientes con graves defectos de conducta. Describió a las psicopatías como variantes anormales de carácter en su mayor parte congénitas.

1896. KRAEPELIN, en su capítulo sobre "Estados psicopáticos" los describe como: mentirosos, inestables, criminales, innatos.

1923. SCHNEIDER, publicó su obra "Personalidades psicopáticas". Definía a estas personalidades como aquellas que hacen sufrir a la sociedad, los psicópatas son personalidades anormales en sus sentimientos, valoraciones y tendencias.

1928. TRILLAT, distingue cinco clases de reacciones características de estas personalidades: *a)* fugas; *b)* suicidio; *c)* fenómenos ambivalentes; *d)* alcoholismo y toxicomanía; *e)* conductas antisociales y anormales.

1939. HENDENSON, describió tres tipos de psicópatas: *a)* inadaptado; *b)* agresivo; *c)* creativo.

1944. CLECKLEY, afirma que tradicionalmente en psicopatología es la persona que se expresa a través de la acción, pone el énfasis sobre el comportamiento premeditado, hostil, falta de afecto y de moral. El psicópata no da la importancia de estar mentalmente enfermo, aun después de un cuidadoso examen psiquiátrico ni de estar impedido o emocionalmente afectado, tampoco muestra actitud o aspecto que indicaría que carece de conciencia, su razonamiento parece ser normal a pesar de esto su conducta pasada y futura mostrará una conducta destructiva.

1946. BOWLBY, observó la gran importancia de la separación de la madre en ladrones juveniles.

1947. KATE FRIEDLANDER, estudiando jóvenes delincuentes, se refiere a una formación caracterológica antisocial, los niños que reciben el efecto de un ambiente criminal lo traducen en su

formación caracterológica antisocial y son incapaces de una ulterior adaptación a un código ético normal.

1948. BENJAMÍN KARPMAN, expresa que es una personalidad particular y cuyo aspecto más destacado es la asociabilidad, es decir existe un absoluto predominio de las tendencias egocéntricas, instintivas, carentes de toda inhibición.

1952. GREENACRE, dice que los psicópatas se caracterizan por una conducta antisocial, impulsiva y una marcada irresponsabilidad, los estados emocionales son intensos pero lábiles.

1956. MCCORD, dice en su libro "El psicópata", que éste es una persona asocial, agresiva, muy agresiva, muy impulsiva que siente poca o ninguna culpa y que es incapaz de formar vínculos de afecto duraderos con otras personas.

1957. RUESCH, denomina al psicópata personalidad de acción y enfatiza la perturbación de la comunicación.

1958. ACKERMAN, señala en los procesos de socialización del psicópata perturbaciones, con deformación en las pautas de identificación. El individuo permanece fijado en un nivel de adaptación a su medio ambiente humano infantil, egocéntrico, omnipotente, dominador. Intenta reestructurar al medio para acomodarlo a sí mismo.

1959. ROBERT LINDNER, expresa que el psicópata es en esencia un niño, con la impaciencia, la megalomanía, los accesos de cólera, el divorcio de las exigencias de la realidad, la estrechez del sentido del tiempo y aún la difusa psicosexualidad que caracterizan al niño.

1960. STONE y CHURCH, se refieren a una delincuencia psicopática, el individuo es incapaz de tener verdaderos sentimientos por los demás y carece de ligaduras emocionales fuertes con la realidad expresan que los psicópatas infantiles proveen el grueso de la población de delincuencia adulta.

1960. HENRY EY, las personalidades psicopáticas presentan una inadecuación a la vida social y se caracterizan por la facilidad del pasar a la acción.

1960. H. SULLIVAN, existe una falta de estabilidad en las relaciones interpersonales del psicópata, viven a través de un gran número de relaciones fugaces con otras personas.

1962. LIBERMAN, estudia las perturbaciones de la comunicación del psicópata, que pasan casi sin transición de la percepción a la acción.

1966. MINUCHIN, los procesos de socialización en familias desorganizadas son deficientes para transmitir normas que puedan ser internalizadas.

1966. ZAC JOEL, describe la estructura endopsíquica básica del psicópata, resultante de la interacción del niño en su evolución con el medio familiar y ambiental; señala un déficit en la estructuración yoica.

Capítulo II

EL DELINCUENTE SEXUAL

Los delitos caracterizados por una problemática sexual de tipo agresivo y violento los realizan individuos que presentan una honda conflictiva en la personalidad. En casi todos los casos se advierte de qué manera en la historia del sujeto existía la conflictiva sexual, mucho tiempo antes de que la desencadenara.

La conducta sexual agresiva se caracteriza por ser sumamente repentina, impulsiva, sin control y muchas veces con un marcado sadismo.

Según Karpman un delito sexual es un acto que atenta contra las costumbres sexuales de la sociedad en la que el individuo vive, ofende principalmente porque genera ansiedad entre los miembros de esa sociedad.[1]

El delincuente sexual es aquel cuya conducta sexual en tanto se explica anormalmente daña y ofende a la sociedad en que vive.

Para Wolbarst las perversiones más graves son el maltrato sexual a niños, el incesto, la relación sexual con un cadáver y el exhibicionismo, todos estos actos son motivados por una personalidad patológica.[2]

Bromberg agrupa los delitos sexuales en cinco categorías: violación, delitos sexuales asociados con fuerza pedofilia, actividad homosexual e incesto.[3]

---

1 Ver Karpman, *El delito y los delincuentes sexuales*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1973.

2 Ver Karpman, *ob. cit.*

3 Bromberg, *Estudio psiquiátrico del homicidio*. Ed. Morata, Madrid, 1963.

Gross, son delitos: violación, exhibicionismo, incesto, corrupción moral y prostitución.[4]

East señala: sadismo, masoquismo, fetichismo, transvestismo, necrofilia, voyeurismo, bestialismo.[5]

Para Selling los delitos sexuales pueden ser clasificados en tres grupos: *a)* delitos contra la decencia, ejemplo exhibicionismo; *b)* delitos contra la moral de los niños; *c)* violación.

C. Braham los clasifica:

1. Delitos debidos a los instintos compulsivos.
2. Delitos que parecen estar biológicamente determinados.
3. Delitos que son aislados premeditados o debidos a una sobreexcitación.
4. Delitos accidentales.
5. Delitos cometidos por psicóticos, débiles mentales, toxicómanos y alcohólicos deteriorados.

Franz Alexander clasifica los delitos sexuales de acuerdo con la perturbación del vínculo y del objeto.[6]

1. Vínculo perturbado (sadismo, masoquismo, exhibicionismo).
2. Objeto perturbado (homosexualidad, pedofilia).
3. Ambos, ejemplo fetichismo.

Para Thompson los delitos sexuales son clasificados:

1. Comercio ilegal:

   a) donde el método es la característica. Ejemplo: violación, prostitución;
   b) donde la relación o el estado (posición) de los individuos es la característica. Ejemplo: incesto.

[4] GROSS, *Criminal Psychology*. Ed. Patterson, U.S.A., 1968.
[5] EAST, *Sexual Offenders en Mental Abnormality and Crime*. Londres, 1944.
[6] Ver ALEXANDER, *Crime and the human mind*. Ed. Petterson, E.U.A., 1969.

2. Prácticas antinaturales.
3. Tentativas de los delitos mencionados.
4. Aquello que no implique contacto físico. Ejemplo: exhibicionismo.
5. Delitos con motivaciones sexuales como el homicidio, la piromanía, el robo, secuestro.
6. Delitos contra los niños.

Karpman clasifica las siguientes conductas: [7]

1) incesto; 2) sadomasoquismo; 3) violación; 4) necrofilia; 5) fetichismo; 6) homosexualidad; 7) sodomía y pederastia; 8) transvestimos; 9) pedofilia; 10) zoofilia; 11) obcenidad y pornografía; 12) exhibicionismo; 13) voyeurismo y escoptofilia; 14) rapto y seducción; 15) el mal trato indecente.

En la dinámica de las conductas sexuales se encuentran dos elementos de importancia: la particular sexualidad individual y el comportamiento de la víctima. Tal vez en este tipo de conducta se puede observar con mayor claridad la actuación de la víctima, como valor determinante de la conducta delictiva.

En este capítulo nos referiremos a las siguientes conductas sexuales: violación, incesto, impudicia con niños, exhibicionismo y prostitución.

Violación

Es la relación sexual impuesta y consumada con violencia, en la cual la víctima es forzada a realizarla.

Las modalidades de la conducta de violación varían mucho, según el agresor y las circunstancias. A veces se trata de la violación llamada clásica: conducta primitivamente agresiva. Existen violaciones particularmente sádicas. En estos casos el estudio de la conducta revela que la satisfacción ha sido producida más por la experiencia de la agresión violenta y sádica sobre el cuerpo de la víctima que por la significación genital

[7] Ver KARPMAN, *ob. cit.*

...b. La conducta: algunos individuos se complacen sin llegar a la ...dolo por ...herir a la mujer, golpearla o matarla.[8]

...El homicidio es a veces expresión de una sexualidad anómala[9] ya que sólo a través de él consiguen el orgasmo algunos individuos. Hay que distinguir este homicidio del perpetrado durante la violación y que está dirigido a vencer la resistencia de la víctima o impedir que llame la atención (casos de homicidios de niños).

Entre las denuncias por violación que llegan a la policía y las sentencias que realmente se producen existe una significativa diferencia numérica. Esta llamativa discrepancia descansa en las considerables dificultades de esclarecimiento, al problema de si la víctima ha prestado en realidad una auténtica resistencia.[10]

En otros casos la denuncia de la víctima está motivada por el rechazo y el abandono del seductor, también se observan denuncias presentadas por mujeres histéricas.

Hesnard menciona el impulso epiléptico que da lugar a las diversas conductas agresivas entre ellas la de violación.[11] Se ha discutido a menudo la cuestión de si un automatismo comisial tan complejo como el que permite un acto sexual, podría ser atribuido a la descarga epiléptica y a su inconsciencia total. Como los homicidios, la violación se explica entonces por la predisposición, a veces sólo latente, se trata de una descarga el acto se vive entonces como más o menos incontrolable.

También se han observado casos de violaciones cometidas por débiles mentales, aunque lo más común en estos casos es que la víctima posea esa característica. Algunos individuos sólo pueden superar su vivencia de sentimientos de inferioridad violando a su pareja, otros "deben agredir sexualmente a la mujer de otro individuo".[12]

[8] Ver A. GARMA, *Sadismo y masoquismo en la conducta humana*. Ed. Nova, 1960.

[9] R. PELLEGRINI, *Sexología*. Ed. Morata, 1968.

[10] Según SUTHERLAND la violación forzada es casi imposible a menos que la mujer esté casi inconsciente.

[11] Ver HESNARD, *Psicología del Crimen*. Ed. Zeus, 1963.

[12] J. BAJARLIA, *Sadismo y Masoquismo en la conducta criminal*. Ed. Abeledo-Perrot, 1959.

Según Bromberg la víctima del crimen sexual es colocada en una posición inferior y degradante para satisfacer la necesidad que tiene el delincuente de ocupar una posición que le permita ejercer un dominio sexual.[13]

Debido a esa sensación de dominio disminuye y satisface sus impulsos hostiles hacia las mujeres. Los impulsos sádicos que suelen determinar la violación violenta tratan de compensar los sentimientos de inferioridad sexual del delincuente.

El mecanismo de la violación está basado en sentimientos agudos de inferioridad, en el temor oculto en las actitudes masculinas frente a la mujer.

Los individuos que cometen violación no pueden aceptar las pautas sexuales de la masculinidad porque se sienten acosados por el temor de exteriorizar su ineficacia sexual.

En los delincuentes condenados por haber realizado una violación, es frecuente encontrar tendencias femeninas inconscientes.

Guttemachen señala los siguientes tipos de violadores: [14]

1. Aquellos para los que la violación representa una expresión explosiva de impulsos sexuales incontrolables, son los verdaderos delincuentes sexuales.
2. Violadores sádicos, la actividad sexual masculina es agresiva pero en algunos esta agresividad se presenta con características exageradas y llega a dominar todo el cuadro.
3. El criminal agresivo, que sin llegar a ser un verdadero delincuente sexual incurre en violación mientras se dedica al robo.

Según Karpman los homicidios cometidos inmediatamente después de la violación son, muchas veces, la exteriorización de una reacción sexual agresiva como respuesta al temor.[15] Los individuos que matan a sus víctimas después de violarlas actúan motivados por el temor a las consecuencias sociales y

[13] Véase BROMBERG, *ob. cit.*

[14] Citado por KARPMAN, *ob. cit.*

[15] Ver B. KARPMAN, *El crimen sexual y sus motivaciones*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1974.

por el que les produce la intensidad de su propia agresión sexual.

Muchas veces en la conducta agresiva sexual el delincuente puede inferir heridas o llegar a la mutilación o hasta el crimen violento.

En el crimen sexual se encuentran:

a) Estallidos periódicos provocados por una compulsión recurrente o por un deseo sexual paroxístico.
b) Mutilaciones o heridas en especial del busto o de los genitales.
c) Violación de la víctima.

Es evidente que en el delincuente sexual violador se observan dificultades en el desarrollo psicosexual, especialmente experiencias dentro del núcleo familiar en las que se internalizaron imágenes tanto reales como imágenes conectadas con los aspectos sexuales. La imagen en lo referente a lo sexual adquiere importancia porque son aspectos prohibidos pero paralelamente son aspectos imaginados con un grado de intensidad tal que se convierten en ideas obsesivos-compulsivas hasta que llega a un estado de descontrol casi total.

Resulta significativo en los aspectos de personalidad de los violadores, la marcada identificación homosexual que presentan, especialmente en la conducta de violación realizada por grupos.

Incesto

Es la relación sexual entre parientes consanguíneos. Von Henting manifiesta, que el incesto es un delito de aislamiento los autores de estas conductas tienen poco contacto con el mundo exterior, en la familia misma, frecuentemente la madre ha desaparecido como compañera y la hija a pasado a ocupar su lugar. En estos casos la madre tiene muchas veces una parte de culpa y responsabilidad porque tolera calladamente la relación de su marido con la hija, estas relaciones duran a veces años.[16]

[16] Las prohibiciones contra el incesto tienen un carácter esencialmente cultural. Mordock manifiesta: Los tabúes del incesto intrafamiliar tienen carácter universal. En ninguna de las sociedades se considera permisible la relación sexual o el matrimonio entre padre e hija, madre e hijo, hermano y hermana.

En la conducta de incesto se superponen dos fenómenos: la deshonestidad con menores y el propio incesto.

Contemplado de manera puramente psicológica frecuentemente las jóvenes rechazadas por la madre buscan refugio en un hombre mayor que bajo determinadas circunstancias es el padre.

Entre los padres incestuosos se encuentra que han pertenecido a familias numerosas o que han pasado por instituciones de menores; su nivel intelectual es muy bajo, su actividad no es técnica, por lo general realizan tareas rurales, sin embargo sus relaciones interpersonales son estables.

Hesnard señala [17] que la exploración psicoanalítica en la conducta de incesto puede revelar en ciertos incestuosos mecanismos psíquicos particularmente especiales, un padre se ocupa de una o varias hijas después del abandono de los hijos por la mujer y este interés adquiere progresivamente un matiz erótico.

Hemos observado que en determinadas zonas rurales existe un número muy significativo de delitos de incesto. Esto hace plantear dos aspectos importantes en este delito, por un lado las características de la estructura familiar, esto es la relación tan especial del triángulo padre-madre-hija que provoca el delito y un segundo término el medio social por lo común con características rurales y geográficamente aislados de núcleos urbanos. En el análisis de los delitos de incestos se observa que la conducta se produce cuando la esposa ya no representa más una relación de pareja y esto puede acontecer por diversos motivos: la esposa no es pareja sexual, por motivos de enfermedad o de edad; la esposa siente un rechazo; la esposa abandona el hogar o por causa de fallecimiento. El individuo entonces se siente solo y sin posibilidad de establecer una pareja por su grave incomunicación y sus problemas afectivos y es por ello que al no poder enfrentar una relación fuera del núcleo familiar "elige" quedarse en el intragrupo

[17] HESNARD, *Psicología del crimen*. Ed. Zeus, Barcelona, 1963.

familiar. En todos los casos es evidente que la hija sustituye a la esposa.

El núcleo familiar plantea en estos casos un grave problema en los niveles terapéuticos, ya que el autor y víctima pertenecen a la misma estructura, es la patología familiar la que se desencadena en un delito, donde a veces la ingesta de alcohol es un factor determinante en los aspectos de desinhibición así como defensas psicológicas no adecuadamente estructuradas.

Son personalidades que presentan una grave deprivación sociocultural y económica, que han sufrido serios conflictos en sus historias personales, carencias de oportunidades y con una escasa interacción social fuera de su grupo familiar.[18]

El delito de incesto está a veces relacionado con el infanticidio. Cuando la hija tiene el bebé la pareja lo mata para ocultar la relación.

El incesto madre-hijo es infinitivamente más raro. Es comprensible que así sea ya que esta clase de tabú es considerado colectivamente con mucha mayor severidad que el incesto padre-hija y sobre todo que el incesto hermano-hermana, aunque éste tiende a ser disimulado.

En el caso de una relación incestuosa madre-hijo en el que la madre sedujo al hijo en la adolescencia, se comprobó que el rasgo más importante de la personalidad de la madre era su narcisismo.

La relación incestuosa es sólo una pauta de promiscuidad en la que las tendencias edípicas no resueltas y el sentimiento de hostilidad desempeñan papeles muy importantes.[19]

Freud fue el primero en demostrar la relación implícita entre miedo intrapsíquico e impulsos sexuales reprimidos, la intensidad del temor es proporcional a la culpa de los deseos incestuosos.[20]

[18] Son muy importantes ciertos factores tales como la promiscuidad o las manifestaciones de curiosidad sexual de los adolescentes. Tienen mucha importancia las influencias culturales y sociológicas, especialmente las que se identifican con una organización familiar primitiva, en la que el padre ocupa la posición de un patriarca.

[19] KARPMAN, *El psicópata sexual*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1975.

[20] Ver FREUD, TOTEM y TABÚ, *Obras completas*.

E. Jones continuando con los estudios psicoanalíticos realiza un extenso y minucioso análisis sobre las creencias supersticiosas en relación al incesto.[21]

No es fácil describir los aspectos relacionados a lo que sucede dentro del núcleo familiar para que se produzca la situación incestuosa. Podríamos decir que la madre que en la mayoría de los casos ha muerto o ha abandonado al esposo, pasando la hija a ocupar su lugar, juega permanentemente un papel importantísimo dentro de toda esa historia familiar. El triángulo madre-padre-hija es a nivel de imágenes algo real que lleva a la conducta incestuosa.

En numerosos casos que hemos observado se detectan los siguientes aspectos:

Padre. Personalidad que está consciente de la situación no la niega, procede por lo general de un medio rural aunque hay que distinguir claramente el incesto de zona rural al de zona urbana. Padre con un escolaridad baja, con medio ambiente con carencias materiales y una acentuada deprivación.

Los autores insisten en que el incesto es una situación que se da en medios apartados y lejos de los poblados, nosotros consideramos en base a una experiencia que no es sólo que la familia viva lejos sino que aun con vecinos muy cercanos se advierte un apartarse y un deseo de incomunicarse con el resto de las personas. Esto implica una total simbiosis del núcleo familiar que no siente la necesidad de relacionarse con el medio ambiente ni con ninguna persona fuera del núcleo familiar.

A veces se observa que la familia continúa con el mismo modo de vida, aunque se advierte claramente que se desea una marginación para proteger esa relación incestuosa. También se observa en relación a las denuncias que éstas casi provienen de personas ajenas al núcleo familiar, por ejemplo: vecinos o de familiares lejanos y muchas veces esto acontece porque la joven queda embarazada.

La primera relación incestuosa es sumamente impulsiva, irracional, en estado alcohólico y como venganza de la esposa y siempre se toma a la hija como sustituto de la esposa. Pos-

[21] ERNEST JONES, *La pesadilla*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.

teriormente se hace consciente esta situación pero no se rechaza sino que se estabiliza con el consentimiento de la hija. También los otros hijos aún los adolescentes aceptan la relación.

La hija es una adolescente que toma el lugar de la madre en las tareas de la casa y asiste al padre en esto. Lo notable en estos casos es que no existe conciencia por parte de ella y en relación a la vida en común con el padre, lo observa de una manera natural y sin perjuicios.

La impudicia con niños. Es un delito que cometen casi exclusivamente los individuos de sexo masculino. También es un delito típico de la ancianidad, entre los aspectos determinantes de esa conducta debe mencionarse la demencia senil en sus diversos grados.

Por lo general se encuentran en aquellos individuos a quienes les es difícil conseguir una pareja adulta y por ello siguen la línea de menor resistencia y buscan a un niño, a un adolescente.[22]

Se ha observado que la mayoría de estos sujetos no tenían antecedentes penales y sus costumbres eran adaptadas al medio y su vida laboral estable, sin embargo presentaban perturbaciones en su vida matrimonial.

Lawrenz distingue dos grupos en su estudio con respecto a la criminalidad en edad avanzada.[23]

Los que tienen una mayor edad, ellos refieren que mucho antes de la comisión del hecho, se había extinguido la potencia y la líbido.

El llamado resurgimiento del interés sexual manifestado en la deshonestidad con víctimas jóvenes es considerado por estos individuos como un fenómeno sorprendente. Este grupo está constituido predominantemente por aquellos delincuentes en los que se ven con mayor claridad los síntomas de un catabolismo demencial.

---

[22] Ver MIDDENDORFF W., *Sociología del delito.* Ed. Occidente, Madrid, 1961.

[23] Ver BURGER, PRINZ y LEWRENZ, *Criminalidad en edad avanzada.* Sexualidad y crimen. Ed. Zeus, 1969.

El segundo grupo de individuos es más joven y donde las referencias a una pérdida de la líbido son más escasas. El delito suele ser tan incompatible con su anterior actitud y modo de vida como entre los autores del primer grupo.[24]

Existe un número considerable de ancianos, hombres ya mayores que han sufrido las consecuencias de los cambios seniles y no pueden controlar las manifestaciones de patología sexual.

Las tentativas de violación o estupro, ataques indecentes, exhibicionismo, son muestras de senilidad en el hombre. Muchos de los delitos que cometen se limitan a juegos sexuales y en muy pocas oportunidades se encuentran constancias de delitos anteriores.

La rapidez del deterioro es también variable, se ha comprobado que el senil menos sospechoso suele ser capaz de cometer crímenes más graves. El delito más común en la demencia senil es la pedofilia o algún otro tipo de transgresión sexual que exprese una regresión a un nivel anterior.[25]

Muchos delincuentes mayores son tímidos y experimentan un sentimiento agudo de ineficiencia sexual. Los hombres solteros o sin hogar sufren de carencias que los inducen a buscar objetos sexuales con poca capacidad de discriminación.

Kinsey dice que los individuos ancianos que han cometido delitos sexuales son personas incapaces de despertar el interés de mujeres adultas, existe una declinación de la reacción erótica, limitación de la vida emocional.

El ataque indecente a niños es consecuencia de tendencias agresivas. Busca a alguien ante quien pueda mostrarse impotente sin sentirse inferiorizado.

Los homicidios en niños que responden a una causa sexual son cometidos para evitar que sean denunciados, pero también por el temor a la reacción del medio social con respecto al ataque sexual.

Los delincuentes jóvenes que agreden sexualmente a niños son frecuentemente personalidades pasivas, inmaduros inseguros, para mantener contacto sexual con adultos.

---

[24] Ver BURGER, PRINZ y LAWRENZ, *ob cit.*

[25] Ver KARPMAN, *ob. cit.*

En los que agreden a los niños podemos ver una personalidad que percibe su propia inmadurez y selecciona personas inmaduras como objetos sexuales. Estas personas muestran una considerable inmadurez psicosexual que se integra en la organización de la personalidad. Tienen dificultades en establecer relaciones interpersonales, la mayoría de sus relaciones se fundan sobre identificaciones y gratificaciones narcisísticas.

El exhibicionista

Es un individuo que obtiene satisfacción exponiendo los genitales. Esto va acompañado generalmente de gestos sugestivos y comúnmente de masturbación.

East manifiesta que el exhibicionismo es la exposición indecente de los genitales hecha a niñas, adolescentes o mujeres.[26]

Karpman: El exhibicionismo se define comúnmente como la exposición por parte de un individuo de sus órganos genitales, muy frecuentemente ocurre en lugares públicos. Es un acto compulsivo.

Allen dice que el exhibicionismo tiene por objeto obtener placer y para ello debe ser pública y observable.

Los autores señalan que la característica de esta conducta es la estereotipada naturaleza del acto que ocurre siempre en el mismo lugar, a la misma hora y a veces delante de la misma persona.

Rickles define el exhibicionismo como una condición patológica caracterizada como la compulsión a la exposición periódica de los genitales masculinos para lograr el alivio de una tensión interna.[27]

El exhibicionista raramente tiene antecedentes de otro delito, excepto repetición de esa conducta.

La mayoría de los exhibicionistas son incapaces de ofrecer cualquier razón más allá de seguir un impulso abrumador que escapa a su control. Son individuos ansiosos que realizan sus conductas con la esperanza de librarse a sí mismo de la tensión y recuperar su autoestima.

[26] EAST, *ob. cit.*
[27] KARPMAN, *La psicopatología sexual*. Ed. Hormé, Buenos Aires.

El proceso mental es impulsivo y repetitivo, se destaca el papel que desempeña la madre muy cariñosa que suele jugar con el cuerpo desnudo del niño. El exhibicionismo es considerado como un sustituto de los deseos incestuosos, una regresión a la niñez. Se considera que los impulsos del exhibicionista son el resultado de fantasías incestuosas.[28]

Muy a menudo el individuo lucha por ese deseo de exponerse, la tensión que sobreviene se eleva y ésta se alivia solamente al ceder a este deseo. Cuando se le presenta la oportunidad de exhibirse, la posibilidad de ser detenido puede aumentar la tensión y hacer infinitamente más dificultosa la resistencia al impulso, por el gran alivio que produce. El exhibicionismo está profundamente unido a una obsesión.[29]

Por extraño que parezca el exhibicionista proviene generalmente de una familia puritana, excesivamente "moralista" ante los problemas sexuales, no es agresivo por el contrario tiende a ser cauteloso y tímido.

Muchos exhibicionistas han comenzado a serlo como consecuencia de ciertos castigos infligidos, que se relacionan con la masturbación, en cuyo contenido estaba la amenaza de castración.

Generalmente el exhibicionista no suele ser acusado por otro tipo de delito, no es agresivo como otros delincuentes sexuales (violador) y no es tan peligroso.

Prostitución

La forma más común de la delincuencia femenina es la del comportamiento sexual antisocial. Lo sorprendente de la prostitución no es sólo la entrega onerosa sino sobre todo la breve vinculación y el continuo cambio de pareja. Es evidente que el hecho de que una mujer se entregue corporalmente para ganar un sustento tiene un valor sintomático. ¿Qué lleva a la joven a realizar esta conducta? Más allá de las múltiples circunstancias descubrimos una tendencia a la autodestrucción, que está presente en las pautas psicológicas de todas las prostitutas.

[28] Ver KARPMAN, *ob. cit.*
[29] Véase F. ALEXANDER, *Neurosis, sexualidad y psicoanálisis de hoy*. Ed. Paidós, 1958.

La joven puede hallarse en oposición frente a sus padres o frente a su ambiente, se siente tratada injustamente, ha tenido experiencias traumatizantes y ahora se venga cayendo en la prostitución. Aquí se hace visible un paralelo con los suicidios de jóvenes que actúan por venganza, la venganza va dirigida contra las personas injustas que gozan de autoridad, contra la familia, contra la figura materna o paterna. Comúnmente esto se traduce en "quise degradar a la hija de mi padre" destruyéndome lo destruyo a él, en cada hombre a quien desprecio en cada cliente expreso mi odio a mi padre".

La mayoría de las prostitutas son hijas ilegítimas o han tenido una mala relación con su padre. La autodegradación es la reacción de la joven al ser privada del amor de su padre, las experiencia traumatizantes pueden impulsar a la joven hacia conductas masoquistas de autodestrucción. La caída en la prostitución puede ser considerada en estos casos como equivalente al suicidio.[30]

La prostitución puede también tener su origen en una forma de expresión infantil, neurótica, en la que la prostituta traslada a lo corporal sus necesidades afectivas.

Si bien es cierto que debe tenerse en cuenta la situación socioeconómica, los determinantes esenciales son psicológicos, ya que la prostitución es una forma de autodestrucción y su forma de vida sexual es un mecanismo de defensa contra la desintegración del yo.

La joven prostituta, sobre todo cuando su inteligencia es inferior, tiene una tendencia a identificarse con mujeres mayores que viven románticamente, quieren ser admiradas y deseadas, sus sueños son la riqueza y el lujo.[31] La mayoría de las jóvenes que llegan a la prostitución tienen una edad entre los catorce y veintiún años.

Glover opina que la prostituta ha roto aparentemente con su familia, siendo por lo general muy joven, y continúa existiendo en ella una fuerte fijación a la fase edípica. Se comprueba que la joven ha tenido un gran disgusto con el padre, mientras que las relaciones con la madre están impregnadas

[30] S. NARCHT, *El masoquismo*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1968.
[31] Véase M. CHOISY, *Psicoanálisis de la prostitución*. Ed. Paidós, 1964.

de hostilidad, estos hechos adquieren mucha importancia en relación con el factor homosexual inconsciente de la prostitución.

En la psicología de la prostituta, señala Glover, se produce la separación entre los aspectos físicos o sexuales y los idealistas y afectivos del amor infantil. Se ocupa de esa ruptura que tiende a persistir en la vida adulta, cuando el conflicto originario vinculado con los aspectos del amor infantil ha llegado a ser excesivo y afirma que en esos casos el adulto puede tener objetos idealizados por el amor pero es incapaz de mantener relaciones sexuales con ellos.[32]

Según Glover, la importancia real de las rupturas persistentes y patológicas estriba en que están destinados a cumplir una función esencialmente protectora, disociando los deseos sexuales de los objetos parentales a los que estaban vinculados.[33]

La imagen de una madre frustante se equipara a la de una prostituta, por eso el hombre que experimenta un interés compulsivo por las prostitutas busca sin saberlo satisfacer en la vida adulta los deseos prohibidos de la infancia. De manera similar, la prostituta busca en su cliente la imagen deteriorada de su padre y experimenta al mismo tiempo una desaprobación violenta por el matrimonio de la madre.

La promiscuidad sexual es un recurso protector inconsciente. En la promiscuidad sexual compulsiva el mecanismo de desplazamiento puede ser útil no sólo a los propósitos de defensa, sino también a los impulsos reprimidos. La promiscuidad ayuda a negar que en cierto momento hubo un objeto parental único, que fue destinatario del amor infantil. Representa también un nivel inconsciente, la búsqueda del amor único y prohibido.

Las prostitutas tienen una problemática psíquica grave. La prostitución debe estar orientada preventivamente en lo general y terapéuticamente en lo individual como es dable observar ante cualquier enfermedad; desde un punto de vista político cri-

[32] Ver GLOVER, *The Psychopathology of Prostitution*. Londres, 1957.
[33] Ver GLOVER, *ob. cit.*

minal el tratamiento de la prostitución no es un problema jurídico penal sino psicológico y social.[34]

La prostitución condiciona el fenómeno del individuo que "protege" a la prostituta o facilita los clientes.[35]

Mergen observó en estos individuos, vagancia, un gran deseo de enriquecerse, una inclinación al juego, inseguridad con respecto a la capacidad de amar; algunos eran físicamente impotentes.[36] Personas narcisistas, tienen una homosexualidad latente, esto se observa por su relación con la prostituta, es decir, una mujer que tiene relación sexual con muchos hombres, su inmadurez se evidencia a través de esta relación de dependencia.

M. Choisy señala que estos individuos tienen por lo general una madre posesiva.[37] La fijación en la madre es la principal característica, como asimismo su ansiedad ante la castración, inhibición en el desarrollo genital, su relación con la prostituta es complementaria de su personalidad.

CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS

La historia de los delincuentes sexuales muestra hogares deshechos, falta de supervisión y carencia de afecto y cuidados, rodeados durante la infancia de condiciones muy poco favorables. A consecuencia de las condiciones soportadas durante la primera infancia se sentían confundidos en relación con el papel sexual que debían desempeñar.

Para Gross, los delincuentes sexuales llegan a convertirse en tales como consecuencia de la negación de dos necesidades fundamentales: seguridad y afecto.[38]

Para Abrahamsen, todos los delincuentes sexuales exteriorizan hostilidad y resentimiento frente a la autoridad, todos han sufrido por carencias emocionales en la infancia, todos han sido afectados por la conducta de uno o de ambos padres, de

[34] Ver A. MERGEN. *La prostitución, sexualidad y crimen.* Ed. Zeus, 1969.
[35] Véase C. LOMBROSO. *Medicina Legal.* Ed. España Moderna, Madrid.
[36] MERGEN, *ob. cit.*
[37] M. CHOISY, *ob. cit.*
[38] GROSS, *ob. cit.*

características sádicas y dominantes.[39] La continuación interrumpida de experiencias emocionales negativas, o la falta de sentimientos de independencia, determinan el temor y la inseguridad que constituyen la base de la conducta delincuente anormal. Las necesidades y deseos emocionales son en gran medida responsables de la tendencia a cometer delitos. La personalidad de los padres, especialmente la madre, con una imagen masculina, limitadora, el padre débil, ineficaz, con tendencias femeninas latentes. Asimismo los traumas psíquicos, las consecuencias de las experiencias sexuales de la infancia, el hecho de que un niño pequeño quede expuesto a los efectos de la conducta anormal de algunos compañeros mayores puede resultar muy grave.

La problemática sexual en este delincuente es solamente la proyección de una conducta que la realiza un individuo con una profunda conflictiva patológica, especialmente en agresiones sexuales contra los niños.

La personalidad del delincuente sexual se caracteriza por una acentuada inmadurez emocional, existiendo un desequilibrio afectivo que se proyecta en las conductas repetitivas.

La inseguridad básica que presentan, hace que su comportamiento sea tímido, retraído, inhibido, este comportamiento resulta paradojal con el ataque sexual, pero debe comprenderse que las fallas en la comunicación interpersonal del delincuente sexual como consecuencia de su historia personal, la desconfianza, falta de afecto y posibilidades de un desarrollo normal, lo han llevado a disociar ambas situaciones, de ahí que él pueda manifestar una sádica agresividad frente a sus víctimas.

El pensamiento del delincuente sexual es un pensamiento con ideas obsesivas en relación a los aspectos sexuales, tiende a ser ilógico porque es el de una personalidad inmadura y conflictiva.

La comunicación: tiende a ser infantil, con dificultades para una intercomunicación en el plano verbal tanto en el contexto familiar como fuera de él.

[39] ABRAHAMSEN, *Delito y Psique.* Fondo de Cultura Económica, México, 1964.

El lenguaje: es precario o por el contrario de un gran detallismo, como en el caso de los adultos mayores y los ancianos.

Afectividad: con un grave trastorno base de su conflictiva sexual. Es una persona que presenta sentimientos de inferioridad, existe una búsqueda de dependencia y afecto distorsionada, la angustia que proyecta el delincuente sexual está manifestada por la necesidad de controlar sus impulsos sexuales y no poder hacerlo.

Conciencia: presenta una alteración de la conciencia y niega sus conflictos y comportamientos asociales y agresivos. Por lo general para disminuir sus sentimientos de culpa atribuye su ataque sexual al comportamiento de la víctima. En lo que respecta a la percepción y atención, el delincuente sexual tiende a relacionar sus percepciones con su problemática sexual.

Psicomotricidad: en los jóvenes delincuentes sexuales se manifiesta una hiperactividad, se mueven constantemente y esto debe relacionarse a la personalidad inmadura e inestable.

La inteligencia es por lo general inferior a lo normal, aunque no es tan grave que implique un retardo.

La adaptación a la realidad, como consecuencia de su problemática es precaria, inestable y evidenciando profundas dificultades para mantener relaciones estables.

El deterioro de los valores morales y sociales es progresivo y se acentúa a mayor edad, lo que señala, a nuestra consideración, los aspectos de peligrosidad.

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DELICTIVA

En la conducta delictiva sexual la consideración es distinta e implica una interpretación y peligrosidad particular cuando el sujeto actúa solo o con un grupo.

Se observa que dentro del contexto y complejidad de un grupo el individuo realiza conductas violentas que muy probablemente no las realice solo, esto significa que el grupo le brinda seguridad y cierta protección pero también una intensa presión social para que agreda.

Estas conductas son típicas en violaciones de grupo, especialmente de adolescentes. Se advierte en estos casos paradojalmente a la conducta agresiva y llevada a cabo con violencia y fuerza que existen fuertes aspectos homosexuales.

El individuo que actúa en grupo en la violación es un sujeto con una acentuada inadecuación sexual, con una actitud de desprecio y marginación de la mujer y un temor a enfrentarse a relaciones interpersonales, precisamente por las dificultades que presenta a ese nivel y también por su inseguridad para poder establecer una vinculación de pareja.

La conducta delictiva implica no sólo la problemática sexual sino también una conducta de extrema agresividad, en la que no suele sorprender los detalles de crueldad y verdadero sadismo, especialmente en los casos en los que se mata a la víctima.

Es claro que en la gran parte de los casos de violación por grupos, la víctima presenta mínimas defensas y enorme peligrosidad para su vida, esta peligrosidad está atenuada cuando el sujeto actúa solo, a excepción de casos de niños o personas con un déficit mental físico o imposibilitadas. Las circunstancias y la relación de conocimiento entre el autor y la víctima son aspectos de mucha importancia para una verdadera valoración de peligrosidad.

Muchas veces la agresión sexual se inicia con una conducta de engaño, en la cual la víctima confía y ante la situación de agresión esa confianza inicial se convierte en una situación de *strees* que sorprende y paraliza a la víctima para toda defensa.

En muchas situaciones de agresión surge el interrogante del porqué la víctima pudiendo defenderse no lo intentó, cabe aquí pensar en una reacción de estupor, de inhibición generalizada que provoca inmovilidad.

La edad y el nivel mental de las víctimas son datos importantes para una mayor comprensión de la agresión. Esto cuando la víctima es menor o cuando es adulto pero presenta claras muestras de deficiencia mental.

Muchas personas con un déficit intelectual están propensas a agresiones físicas, por la carencia de preveer situaciones o por su escasa capacidad para autoprotegerse pero también por

la desprotección social de la cual son objetos tanto familiar como socialmente.

Estas circunstancias de desprotección y las limitaciones de defensa que tiene la persona con un retardo mental son explotadas por el agresor, quien conoce con anterioridad la particular situación en la que se encuentra la víctima.

Casos similares son los de víctimas ancianas, que físicamente no pueden defenderse o ancianas que viven solas. También en estas situaciones se advierte que el autor tiene conocimiento del modo de vida y de la desprotección de la víctima.

Podríamos decir que cuando en la conducta agresiva sexual interviene sólo una persona, éste conoce con anterioridad las costumbres y hábitos de la víctima, en cambio cuando es realizada por un grupo frecuentemente la víctima es desconocida y el ataque sorpresivo.

La muerte de la víctima luego del ataque sexual es realizada por situación de pánico del autor, ante los gritos de la víctima o el acercamiento de otras personas al lugar o porque la víctima lo ha reconocido. Golpes a niños para que no llore o no grite conducen al autor a una agresión mayor y al homicidio.

En los ataques sexuales a niños, se observa una profunda patología afectiva de parte del individuo y la carencia de relación sexual o de una pareja adulta estable. Son individuos con una conflictiva en las relaciones interpersonales, especialmente con la figura femenina.

En los efectos sufridos por las víctimas Karpman señala trastornos mentales y emocionales que pueden dejar una impresión permanente, aún en los casos en que no se ha producido daño físico, pueden resultar perturbaciones mentales graves.[40]

Algunos niños que han sido víctimas de varios ataques sexuales, muestran una marcada disminución de su sentido moral y pueden convertirse en un peligro para otros niños.[41]

Karpman manifiesta en un estudio de víctimas que muchos niños mostraban una marcada regresión en su comportamiento,

[40] Ver KARPMAN, *El crimen sexual y sus motivaciones*. Ed. Homé.
[41] Investigación realizada por Bender.

niños inteligentes quedaban con gran ansiedad y preocupación determinadas especialmente porque el agresor había sido un familiar.[42]

Los efectos físicos también pueden ser muy graves las lesiones físicas pueden ser traumáticas.

La actitud de la sociedad siempre es de gran rechazo hacia este tipo de delincuentes, por lo tanto el individuo con una conflictiva sexual está más expuesto que los demás delincuentes a una severa aplicación penal.

La actitud de estos delincuentes hacia el delito sexual, es que lo niegan totalmente o lo atribuyen al alcohol o circunstancias especiales o colocan toda la responsabilidad en la víctima. Karpman [43] dice que el delicuente sexual mantiene una actitud defensiva ya que su temor a la censura pública está muy profundamente arraigado. La negación es una de las características más frecuentes y consideran muchas veces que sus víctimas son personas agresivas y seductoras que los han obligado a cometer el delito.

Comportamiento en la institución

Dentro de la institución carcelaria, se advierte que la problemática de personalidad del delincuente sexual está centralizada en el área sexual, es decir que todos los demás niveles de la conducta pueden presentar un modo de vida pseudoadaptada: área laboral, educacional, familiar. Sin embargo los rasgos de personalidad inmaduros e infantiles y sus impulsos sexuales no controlados lo conducen a proyectar agresiones sexuales.

El delincuente sexual utiliza diversos medios para sus conductas sexuales, ya que es consciente de que no controla sus impulsos y su actitud es de una permanente búsqueda de pareja sexual.

Aun cuando el individuo puede presentar antecedentes de alcoholismo o drogadicción, el delincuente sexual difícilmente es traficante, a excepción de que esté involucrado su objeto

[42] Ver KARPMAN, *ob. cit.*
[43] Ver KARPMAN, *ob. cit.*

sexual, también es poco frecuente que manifieste un comportamiento agresivo con las autoridades y tratará de no ser visto por los otros internos al realizar conductas sexuales dentro de la institución.

En los casos de los ancianos que están por delitos de violación o impudicia, se advierte un acercamiento hacia los internos que tienen visitas de familiares o niños.

También se advierte conjuntamente a este impulso sexual una necesidad de búsqueda de protección tanto de parte de los internos líderes como de las autoridades, de ahí se explica el comportamiento pasivo y dependiente de estos individuos dentro de la institución.

DATOS HISTÓRICOS SOBRE ESTUDIOS DEL DELINCUENTE SEXUAL

1886. KRAFFT EBING. Estudio sobre psicopatología sexual.
1888. LACASSAGNE realiza un análisis sobre el exhibicionismo y la delincuencia. Propone el término exhibicionismo para este tipo de perversión sexual.
1893. C. LOMBROSO y FERRERO. Estudio descriptivo sobre la mujer delincuente referido especialmente a la prostitución.
1898. HAVELOCK, ELLIS. Estudios sobre patología sexual.
1905. FREUD. Analiza las causas de las perversiones sexuales clasificándolas de acuerdo a los sujetos que tienen un objeto sexual anormal y los sujetos que tienen un fin sexual anormal.
1910. ABRAHAM. Realiza el estudio de un caso de fatichismo del pie y del corsé.
1910. ERNEST JONES. Estudio sobre las pesadillas y las creencias en relación al incesto.
1910. WULFFEN. Estudios sobre el criminal sexual.
1911. FERENCZI Análisis sobre el significado psicológico de las palabras obscenas.
1912. FREUD. En *Totem y Tabú* realiza un estudio sobre la horda primitiva y el parricidio.
1923. KARPMAN. Análisis sobre un caso de redacción de cartas obscenas.
1924. EAST. Estudio sobre el exhibicionismo. Analiza dos grupos: los psicopáticos y los depravados.
1924. PECK. Descripción de un caso de exhibicionismo.

1925. KARPMAN. Vincula el exhibicionismo a componentes sádicos de la personalidad criminal.
1925. RICHMOND. Estudios sobre delincuencia sexual en los adolescentes.
1925. VON HENTING y VIERNSTEIN proponen la siguiente clasificación: 1) el tipo brutal, y 2) el deficiente sexual, el cual en particular comete delitos de una naturaleza sexualmente anormal.
1926. HADLEY. Analiza un caso de pedofilia desde un enfoque psicoanalítico.
1926. KARPMAN. Estudio sobre psicopatología del exhibicionismo, señalando aspectos de narcisismo y regresión de la personalidad.
1934. KARPMAN. Estudio sobre sadismo, masoquismo y fetichismo.
1938. SELLING. Estudio sobre crímenes cometidos por delincuentes sexuales, especificando la pequeña proporción de crímenes violentos cometidos por delincuentes sexuales.
1938. POLLENS. Análisis psiquiátrico sobre delincuentes sexuales y su peligrosidad.
1938. DOSHAY. Estudios sobre el delincuente sexual joven y la influencia del ambiente familiar.
1939. EAST y HUBER. Análisis de los delitos sexuales en relación al sado-masoquismo.
1939. HENNINGER. Estudio descriptivo de los delincuentes sexuales seniles.
1939. OBERNDORF. Analiza el voyeurismo y el exhibicionismo, así como el carácter compulsivo de ambas conductas.
1939. RATTENHUBER establece seis tipos principales: 1) pervertido, generalmente paidófilo; 2) individuos sexualmente anormales; 3) seniles; 4) alcohólicos; 5) libertinos; 6) personas en las cuales el delito sexual es un substituto de las relaciones sexuales.
1940. BONK. Estudio sobre la castración de los delincuentes sexuales.
1940. GROSS y HENRY relacionan la violación, el estupro y la corrupción de la moral a un sentimiento de inseguridad.
1941. RUSKIN. Estudio sobre delincuentes sexuales psicóticos.
1941. BRILL. Análisis sobre dos casos de necrofilia.
1941. WAGGONER y BOYD. Estudian la conducta sexual aberrante entre los jóvenes dividiéndolos entre los que presentan una inmadurez y los que presentan trastornos en la organización de la personalidad.
1941. WILE. Analiza las clasificaciones de los delincuentes sexuales y el tratamiento que generalmente se les aplica.
1942. ROMM. Estudio sobre el exhibicionismo relacionándolo a elementos del narcisismo, temor a la castración y masoquismo.

1942. RAPAPORT. Estudios psicoanalítico sobre la necrofilia.
1943. GLOVER. Estudio analítico sobre la prostitución y las características psicológicas, señalando la manifestación regresiva que indica el retraso en el desarrollo.
1944. APFLBERG, SUGAR y PFEFFER. Encuentran en su investigación que entre los delincuentes sexuales existe un alto porcentaje de acusaciones formuladas por delitos previos.
1944. CENICERO. Estudio sobre un delincuente sexual neurótico.
1944. HONIGMANN. Estudio sobre la obscenidad partiendo de un punto de vista antropológico.
1947. BUTTS. Estudio sobre prostitución masculina desde un enfoque sociológico.
1947. TAYLOR. Descripción estadística de los delincuentes sexuales.
1947. GLOVER. Análisis entre las anormalidades sexuales y la relación con los delitos sexuales.
1948. BROMBERG. Estudio del psicópata sexual con una orientación psicodinámica.
1948. CAPRIO. Relaciona el exhibicionismo con fantasías incestuosas.
1948. KINSEY. Informe estadístico sobre la conducta sexual.
1949. CONN. Trabajo sobre psicoterapia y sus efectos en los delincuentes sexuales.
1949. TAPPAN. Realiza observaciones sobre distintos tratamientos en el delincuente sexual.
1950. CRUVANT, MELTZER y TARTAGLINO. Describen también los métodos de terapia en el delincuente sexual.
1950. HARTWELL. Análisis con un criterio psiquiátrico sobre la delincuencia sexual.
1950. MARKEY. Compara los delincuentes sexuales con la delincuencia general.
1950. RICKLES. Estudio sobre exhibicionismo relacionándolo con conductas compulsivas.
1950. SUTHERLAND. Analiza la complejidad de los aspectos de la delincuencia sexual.
1950. DEUTSCH. Señala que los delincuentes sexuales son tímidos, retraídos y demasiados inhibidos para tener una interacción normal.
1965. GAGNON. Estudio sobre desviación sexual y delincuencia.
1967. FERRACUTI. Investigación sobre incesto (padre-hija).
1967. WHISKIN. Estudio sobre ancianos sexuales agresivos.
1972. CHATZ. Delincuentes sexuales adolescentes.
1972. RUSSELL. Tratamiento en exhibicionistas.

CAPÍTULO III

PSICOSIS Y CRIMINALIDAD

El síndrome de psicosis resulta de suma importancia para la comprensión de la dinámica criminológica, ya que existe una estrecha relación entre conductas delictivas principalmente el homicidio y los procesos psicóticos.

Consideramos que la conducta de agredir de un modo destructivo, físico total como lo es la conducta homicida, solamente la puede proyectar un individuo con graves problemas psíquicos, el descontrol psicológico que permite la descarga de impulsos primitivos y destructivos se estruturan a través de múltiples, variadas y complejas circunstancias pero donde predominan elementos psicópatológicos confusionales y psicóticos.

Es evidente que en la conducta homicida nos sorprenden los aspectos de: descontrol, marcada insensibilidad y sadismo que se proyectan con enorme significado simbólico, que en la mayor parte de las veces permanece inexplicable. De ahí la situación sorpresiva, incluso para el mismo homicida.

Podríamos decir que la conducta de homicidio es una conducta auténticamente producto de una psicosis aguda, su periodo abarca antes del delito, hace explosión en él y se observan algunas conductas confusionales durante los primeros meses en la institución.

El estudio de los procesos psicóticos nos aclaran entonces múltiples problemas de la dinámica criminal. En general los trastornos psicóticos se caracterizan por un grado variable de desorganización de la personalidad, se destruye una relación con la realidad y existe una incapacidad para el trabajo, es decir que el psicótico entra en una etapa de improductividad

y de un casi total aislamiento psíquico y social, de ahí la marginación de que es objeto.

Esquizofrenia

Es uno de los trastornos más graves de la personalidad e implica una desorganización en los aspectos intrapsíquicos de tal profundidad que modifica su relación con el medio.

La esquizofrenia se caracteriza por un proceso de disgregación mental que ha sido llamado alternativamente demencia precoz, discordancia intrapsíquica o disociación autística de la personalidad.[1]

La Asociación Psiquiátrica Americana, define la esquizofrenia como un grupo de trastornos manifestados por problemas en la ideación y de la conducta.[2] Los trastornos en la ideación están caracterizados por alteraciones de la formación de conceptos los cuales conducen a una mala interpretación de la realidad y en ocasiones a ideas delirantes y alucinaciones. Como consecuencia natural de los cambios afectivos se presenta una respuesta emocional ambivalente, reducida e inadecuada y pérdida de empatía con otros.

La conducta puede estar retraída, regresiva y extravagante.

Ey define la esquizofrenia como una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad. La persona cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario, este proceso es más o menos lento, progresivo y profundo.[3]

Para Laing, la palabra esquizoide designa a un individuo en el que la totalidad de su experiencia está dividida de dos maneras principales: en primer lugar hay una brecha en su relación con el mundo y en segundo lugar una rotura en su relación consigo mismo. Desde una fenomenología existencial, Laing manifiesta que el esquizofrénico se experimenta a sí mismo en una desesperante soledad y completo aislamiento;

[1] Ver Ey Henry, *Tratado de Psiquiatría.* Ed. Torray Masson, Barcelona, 1961.

[2] Ver Solomon, *Manuel de Psiquiatría.* Ed. Manual Moderno, México, 1972.

[3] Ey Henry, *Tratado de Psiquiatría.* Ed. Torray Masson, Barcelona, 1961.

además no se experimenta a si mismo como una persona completa sino más bien como si estuviese dividida de varias maneras.[4]

En la esquizofrenia los trastornos psicopatológicos invaden todas las áreas de la personalidad, así observamos alteraciones en el pensamiento caracterizado por disociación e incoherencia, está fragmentado y resulta por lo tanto incoherente, representando las ideas delirantes, una proyección más de la conflictiva mental. Las ideas delirantes se traducen en delirios de grandeza, de invención, de celos, místicos, de persecución, sin lugar a dudas los de mayor peligrosidad ya que el individuo siente que "debe" defenderse de los que lo espían o lo controlan.

El esquizofrénico presenta graves problemas de memoria, amnesia o una marcada hipoamnesia como consecuencia también del delito, no recuerdan, no reconocen, no saben qué edad tienen, no saben en qué lugar se encontraban; esta pérdida de memoria está vinculada asimismo a la desorientación espacio-temporal. En algunos casos se han observado una hipermnesia, especialmente en relación a delitos sumamente sádicos y violentos, en estos casos el autor detalla de una manera asombrosa datos en especial relacionados al delito. Ejemplo: "ella estaba mirando a su padre mientras yo tomaba el cuchillo y comencé a darle de puñaladas, mientras el hombre gritaba que no lo hiciera pero la segunda vez le dí en el estómago y luego en el brazo y después en el cuello".

En relación a los aspectos perceptivos en el esquizofrénico existen generalmente alucinaciones pudiendo ser: visuales, auditivas, olfativas, pero por lo general predominan las visuales. Ejemplo: madre de tres niños que alucinó hombre encapuchado vestido de negro que deseaba robarle a los hijos y para impedirlo ahogó a los niños. Esta mujer continuó con las alucinaciones en la institución penitenciaria.

La afectividad en el psicótico está alterada, existen sentimientos nuevos extraños y una marcada indiferencia (aparente) inestabilidad, todo está traducido por símbolos afectivos, es

[4] Laing *D. El yo dividido.* Ed. Fondo de Cultura, México, 1964, y *Esquizofrenia y presión social.* Ed. Tusquets, Barcelona, 1972.

decir, su conducta incomprensible en relación a los aspectos emocionales que proyecta tienen un significado simbolismo, que en muchos casos nos ayudan a entender la conducta delictiva.[5] Esta anestesia afectiva se observa especialmente en crímenes en donde el autor permanece frío e insensible a los pedidos de clemencia de las víctimas o cuando en las conductas predelictivas existe un "juego" con la víctima y sorpresivamente las mata. Esto se entiende especialmente en los homicidios en los que el autor mantiene una relación afectiva íntima con la víctima y donde la conducta agresiva aparece de pronto de manera brusca e inesperada.

En el esquizofrénico se observan conductas extravagantes, realizan sus actos de manera repetida, por lo tanto los aspectos de conación están sumamente alterados. Realiza, dentro de la misma conducta criminal, actos repetidos sin que tengan un fin coherente, ejemplo: abrir o cerrar cajones, reunir mantas en una habitación, juntar sillas, en todas estas conductas sin un fin comprensible se advierte un gran simbolismo, incoherencia y confusión. El lenguaje adquiere características infantiles incoherente, a veces ceremonial y formal, con repetición de palabras y con un vocabulario que incluye palabras nuevas. Denomina a sus víctimas de una manera extraña así como a su familia.

El estrechamiento de la atención resulta de las preocupaciones autísticas, vive en un mundo de fantasía y por lo tanto existe una falta de concentración a nivel externo.

En la asociación de las ideas no existe lógica, es decir, se encuentra una desorganización total de la personalidad. La secuencia del pensamiento es difusa y desorganizada, la actividad no es concreta, no puede realizar una actividad estable, existe amaneramientos, estereotipias, posturas. Como consecuencia de todas sus perturbaciones existe una desorientación temporo-espacial.

La clasificación que se utiliza más frecuentemente para especificar los tipos de esquizofrenia: [6]

[5] Ver ROHEIM GEZA, *Magia y esquizofrenia*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1959, y REIK, T. *Psicoanálisis del crimen*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1949.

[6] Ver NOYES y KOLB, *Psiquiatría Clínica Moderna*. Prensa Médica, México, 1971.

a) *Simple.* El individuo se va apartando paulatinamente de sus actividades y del contacto con las demás personas, comienza a disminuir su rendimiento, afectivamente disminuye su resonancia afectiva, pierde interés en las cosas, la actividad tiende a ser escasa. El trastorno es gradual donde se advierte un empobrecimiento de su personalidad. El crimen especialmente en el adolescente señala el desencadenamiento de un proceso mental más profundo y grave.

b) *Esquizofrenia hebefrénica.* El comienzo es brusco, agudo en sus reacciones y la desorganización de la personalidad y el deterioro es más rápido. Se observa una impulsividad extrema, comportamiento infantil, alucinaciones, ideas delirantes, pensamientos incoherentes y acentuados rasgos regresivos. La conducta delictiva está muy relacionada a esta crisis impulsiva y agresiva y especialmente a sus ideas delirantes y a las alucinaciones.

c) *Catatónica.* Caracterizada por perturbaciones en el control de movimientos y por el pasaje de una etapa depresiva, estupor y excitación. En la etapa depresiva el individuo permanece quieto, existe un negativismo marcado, indiferente a los estímulos, falta de interés, llega a perder todo control.

En el estupor existe un total aislamiento y un proceso regresivo con pérdida del sentido de realidad.

En la excitación catatónica es de mayor significación criminológica ya que el individuo entra en una fase de gran actividad motora en la mayoría de los casos con marcadas características de agresividad. Implica una desorganización con conductas impulsivas y alucinaciones, es evidentemente la fase de agresiones inesperadas, que pueden ir desde daños a objetos a lesiones y conductas de homicidios. Por lo común no existe una discriminación y selección de objetos y personas sino que la agresión se lleva a cabo de modo violento e incoherente lo que traduce aspectos de desorganización de la personalidad.

d) *Esquizofrenia paranoide.* Posiblemente la de mayor vinculación con conductas delictivas de carácter violento. La

sintomatología principal de este síndrome son las ideas persecutorias y delirios sistematizados que se van estructurando y se transforman en delirios sistematizados. Existen alucinaciones y trastornos afectivos como consecuencia de la conflictiva interpersonal. Es una personalidad fría, retraída que reacciona por mínimos estímulos. La desorganización es gradual así como su hostilidad y agresión.

Las conductas delictivas se caracterizan por ser de extrema violencia hasta llegar a ser totalmente sádicas.[7] Son los crímenes llevados a cabo hacia personas conocidas e inclusive hacia el grupo familiar. Las alucinaciones e ideas paranoides hacen que la agresión se proyecte de un modo a veces inesperado porque el individuo siente que debe matar a esa persona que lo está "persiguiendo". Es una conducta anticipatoria a nivel de los procesos persecutorios y por ello son inesperadas aunque en la práctica el delito y las alucinaciones ya están estructuradas desde un tiempo, así como la desorganización de la personalidad. Aquí como en muchos casos la conducta agresiva traduce la verdadera dimensión de la enfermedad mental.

Psicosis con síndrome orgánico

Resultan de una afección física, en la sintomatología principal se encuentran trastornos de orden físico a consecuencia de traumas, estados tóxicos, trastornos degenerativos.

En los trastornos de personalidad se observa un deterioro; trastornos que pueden ser desde aspectos leves a un deterioro y desorganización grave de la personalidad.

Existen problemas en las áreas de pensamiento, memoria, a veces esto es el signo más característico de la psicosis, una confusión progresiva, desorientación espacio-temporal. Se observa una diferencia entre la información cultural que tenía el individuo entre antes y después de la psicosis orgánica, el deterioro y los trastornos en los aspectos intelectuales es evidente.

[7] BAJARLIA, *Sadismo y masoquismo en la conducta criminal.* Ed. Abelardo Perrot, Buenos Aires, 1959. Véase los trabajos de LACAN sobre el crimen paranoico.

Se deteriora la apariencia corporal y sus relaciones con el medio ambiente sufren transformaciones, el contacto se hace distante infantil y dependiente.

Puede desarrollar actividades mínimas o por el contrario una actividad exagerada, el *stress* físico también repercute con su comportamiento casi a todos los niveles de la personalidad que inclusive, no sólo pueden desarrollar conductas violentas sino autoagresiones y llegar hasta el suicidio.

Encontramos en la psicosis de tipo orgánico: psicosis alcohólica, psicosis degenerativa, psicosis infecciosa.

Psicosis alcohólica. La desorganización de la personalidad no se da necesariamente en los adictos crónicos, porque es evidente que la tolerancia al alcohol cambia de un individuo a otro, podríamos decir que en determinados individuos con una estructura de personalidad con ciertas características psicológicas y con una adicción alcohólica grave se pueden producir psicosis alcohólicas.

En los trastornos de orden físico se observa que disminuye toda la capacidad funcional, existen problemas psicomotores.

En los aspectos mentales: un deterioro intelectual sumamente marcado que también se le observa en el plano de las relaciones interpersonales trastornos graves en el área de la memoria, percepciones y lenguaje. Las alucinaciones y delirios sistematizados son de tipo persecutorio, lo que hacen a nivel criminológico el cuadro más grave y peligroso.

Se observa en los aspectos de personalidad, tendencias compulsivas, individuos dependientes, pasivos agresivos, especialmente con el núcleo familiar, trastornos de valores sociales y éticos y una progresiva desintegración de la personalidad.

El alcohólico presenta en general una actitud hostil y agresiva, consecuencia de sus sentimientos de inferioridad y de su necesidad de dependencia relacionada a una historia personal integrada con imágenes de frustración y de rechazo. Bajo esta serie de imágenes el individuo busca el alcohol como un sustituto a una necesidad afectiva. Cuando no puede distinguir ni controlar sus impulsos de tipo agresivo, la conducta violenta se desencadena al igual que en todas las psicosis, de una manera violenta, indiscriminada (aunque prevalece la

agresión hacia el núcleo familiar por las ideas persecutorias que presenta) y a veces sumamente sádica y compulsiva.

La conducta delictiva del alcohólico se caracteriza por no ser planeada aunque existe un resentimiento hacia las personas que lo rodean, o desplaza ese sentimiento destructivo hacia personas que no conoce. La desorientación espacio-temporal, explica de alguna manera el deterioro y la desorganización de la personalidad en estos individuos.

Psicosis senil. Los procesos del envejecimiento en relación a problemas de delincuencia, están mencionados en el capítulo VI de una manera más amplia. La psicosis senil comienza en ciertos individuos a partir aproximadamente de los 65 años. Los trastornos físicos son sumamente notables y se caracterizan por una declinación de funciones y por el proceso de envejecimiento.

En los aspectos de personalidad se observan múltiples trastornos una percepción lentificada, memoria parcializada, pensamiento con ideas ilógicas, tendencias paranoides, depresivas, que pueden llevarlo a una conducta de suicidio. El proceso de deterioro es gradual y lento y se observa desorientación espacio-temporal.

Cuadros clínicos de la psicosis senil: [8]

a) *Deterioro simple:* es la forma más frecuente que se manifiesta la demencia senil y se caracteriza por una disminución progresiva de la memoria lentitud del pensamiento, intereses limitados y trastornos en el área de la comunicación y afectividad.

b) *Tipo delirante y confuso:* aquí se manifiestan alucinaciones, desorientación espacio-temporal y una acentuada confusión, el individuo se mueve sin metas fijas determinadas y el deterioro es muy marcado.

c) *Tipo deprimido y agitado:* la pérdida de la memoria, las ideas delirantes y el empobrecimiento intelectual es la sintomatología más frecuente, así como un marcado egocentrismo.

[8] Ver NOYES y KOLB, *ob. cit.*

d) *Tipo paranoide:* se manifiesta principalmente por ideas de carácter persecutorio y una conducta agresiva, irritable ante mínimos estímulos ambientales, él piensa que lo tratan mal y le ocultan cosas.

En la psicosis senil, al igual que en las personalidades ancianas el delito es de tipo sexual,[9] aunque los delitos contra las personas, el homicidio, se manifiestan igualmente aunque en menor proporción.

Psicosis infecciosas. Aquí se refiere a cualquier tipo de infección que puede desencadenar desorganización de la personalidad. Los trastornos de tipo físico son notables. En los aspectos de personalidad, las dificultades en el orden intelectual, especialmente memoria y pensamiento suelen ser los primeros en manifestarse. Presenta dificultad para establecer un juicio lógico y la información general de índole cultural sufre significativos cambios. Existe desorientación temporo-espacial. Cabe señalar que en estas psicosis se pueden producir estados violentos e impulsivos y una conducta sádica que se manifiesta en un ensañamiento con la víctima.

Psicosis debida a traumas físicos. Traumatismos cerebrales a raíz de accidentes o caídas, pueden implicar serios cambios en el comportamiento y una actividad descontrolada que conduce en determinados casos a una conducta agresiva por los estados de miedo y pánico que sufre el individuo.

Psicosis maniaco-depresiva. Es una psicosis de tipo afectiva que se caracteriza por un aumento o disminución en la actividad que expresa el estado mental que prevalece. Se observan dos fases: maniaco o hiperactiva y depresiva.[10]

a) *Fase maniaca.* Esta reacción se divide en hipomanía que está traducida por una exaltación en forma atenuada pero donde se advierte que el individuo está sumamente optimista, ríe con facilidad, nada le preocupa, y desarrolla una intensa actividad. El pensamiento es superficial, se irrita ante la menor contrariedad y su sensibilidad le puede llevar a

[9] Ver H. BURGER-PRINZ y LAWRENZ, *Criminalidad en edad avanzada, sexualidad y crimen.* Ed. Zeus, 1969.

[10] Ver NOYES y KOLB, *ob. cit.*

ataques de carácter agresivo. Aunque aparentemente nada le molesta puede reaccionar de manera desproporcionada y aquí está el peligro al proyectar una conducta agresiva.

El ataque maniaco que puede seguir a la hipomanía está caracterizado por una exaltación a todos los niveles y una psicomotricidad intensa. El pensamiento es incoherente e ilógico.

En la manía delirante aguda el individuo está intensamente activo, con ideas delirantes, alucinaciones y confuso a todos los niveles de la personalidad. La psicomotricidad es intensa y sus impulsos incontrolados pueden ser de tipo agresivo relacionados a sus ideas y alucinaciones.

b) *Fase depresiva.* Se observa: depresiones leves que se establecen gradualmente (víctima o suicidio) el individuo está triste, ansioso, se preocupa por pequeños incidentes, la actividad se reduce, el habla es lento, le es difícil concentrarse, pierde interés hacia el medio. Puede intentar conductas suicidas pero también bajo un aparente encubrimiento puede llegar a ser víctima de delitos, es decir que su estado depresivo y cierta confusión en su personalidad le hacen perder las defensas psicológicas de control y sus imágenes tienden a ser autodestructivas; el individuo no desea vivir, no sabe, no conoce las causas, propiciando de manera inconsciente conductas agresivas.

En la depresión aguda, los pensamientos suicidas son más claros y frecuentes pudiendo llegar a manifestarse en forma concreta, en ésta la actividad disminuye, pierde el sueño, no come, el pensamiento es muy lento, así como el lenguaje presenta dificultad para realizar actividades y todos sus niveles disminuyen, tiene sentimientos de culpa por acontecimientos sucedidos hace varios años y relaciona estos sucesos para justificar sus ideas suicidas. En el estupor depresivo se encuentra un estado de inhibición profunda, con alucinaciones, ideas de muerte, trastornos de memoria desorientación espacio-temporal y una confusión psíquica muy intensa.

La desorganización de la personalidad en este tipo de psicosis no es tan profundo como en la esquizofrenia, pero existen trastornos graves en los aspectos especialmente de la afectividad.

La conducta delictiva se da de una manera impulsiva y violenta en las crisis maniaca, con un marcado sadismo en las fases depresivas que se caracterizan por conductas pensadas, planeadas. Son los crímenes en los que se mata a los niños para que en un futuro no sufran, el padre o la madre presenta una grave depresión, con ideas suicidas que van abarcando paulatinamente el núcleo familiar, las ideas delirantes que se van estructurando de una manera sistemática. El individuo desea que su familia no sufra y es por ello que los agrede.[11] Este tipo de crímenes que se realizan de manera violenta y de un modo inesperado para las demás personas termina en la mayoría de los casos con el suicidio del autor. Aparece el crimen de un modo inexplicable y no se comprende la conducta violenta con los aspectos de personalidad del autor, cuyos rasgos de persona no agresiva, adaptada al medio, con valores sociales y morales, sin antecedentes penales, con una actividad laboral estable contrasta de manera notable con la conducta destructiva del núcleo familiar. Sin embargo cabe observar que los aspectos depresivos y confusionales ya se habían formado desde mucho tiempo, así como una gradual desorganización de la personalidad.

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DELICTIVA PSICÓTICA

Lógicamente es difícil y sumamente complejo caracterizar la conducta del psicótico en relación a una agresión determinada, por el hecho de que estamos frente a una desorganización de la personalidad, pero es indudable que el homicidio,[12] conducta violenta en extremo, irracional, sin control, con una disgregación psíquica en la que predomina un odio y autodestrucción intensa es una conducta psicótica.

---

[11] DI TULLIO B., *Principios de Criminología Clínica y Psiquiatría Forense.* Ed. Aguilar, Madrid, 1966.

[12] Existen numerosas clasificaciones en relación al homicidio. Así DI TULLIO señala: "homicidio altruita, homicidio por celos, homicidio por vendetta, homicidio por perversión instintiva". VON HENTING: "asesinato por lucro, asesinato por conflicto, asesinato por cobertura, asesinato sexual". HESNARD: crímenes esquizofrénicos e impulsivos, crímenes de paranoicos y de delirantes crónicos, crímenes en los accesos maniaco-depresivos y en las psicosis agudas".

La psicosis puede desencadenarse en el homicidio, como un verdadero proceso agudo, el individuo tiene hasta ese momento hábitos y normas sociales adaptadas a su medio ambiente. Sus costumbres son socialmente adaptadas (vida laboral, familiar, social) carecen de antecedentes policiales y penales, aunque la observación más minuciosa de sus historias revela también que estos individuos tuvieron numerosas dificultades en su vida de relación, una historia de frustraciones a sus necesidades, acumulación de tensiones como consecuencia de una agresividad reprimida y defensas psicológicas que fallan en determinadas circunstancias pero que implican un gran simbolismo para el individuo. El hecho desencadenante entonces suele ser aparentemente sin importancia, aunque sí lo es para el individuo que en ese momento representa una enorme tensión de carácter incontrolable.[13]

También se observan casos en que el individuo reacciona ante situaciones cotidianas con una mayor agresividad que concluye en la conducta violenta para luego volver a su comportamiento anterior. En estos casos el homicidio, aparece como una manifestación brusca, violenta, destructiva, incontrolable, en contraste con la historia pasiva del sujeto, quien no ha proyectado conductas agresivas de índole grave. La percepción de imágenes persecutorias, en la mayoría de los casos lleva a una tendencia a descargar esa agresión, que está muy unida a la frustración de necesidades internas y externas, el hecho, el lugar, la relación con las víctimas, es decir las circunstancias predelictivas, componen una circunstancia "especial" para él, que prepara esa reacción tan patológica. Ejemplos clásicos son los homicidios cometidos por individuos alcohólicos y por homicidios por celos.[14, 15]

ABRAHAMSEN: "homicidio por celos, homicidio cometido en el curso de un delito sexual, homicidio en estado de embriaguez, homicidio sustituto, homicidio originado en un sentimiento de inferioridad física, homicidio por móviles pecuniarios y homicidio por móviles desconocidos".

[13] Ver H. MARCHIORI, *Psicología Criminal, ob. cit.*

[14] Véase D. ABRAHAMSEN, *Delito y Psique.* Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1964.

[15] VON HENTING, *Estudios de Psicología Criminal. El Asesinato.* Ed. Atalaya, Buenos Aires, 1948.

Las conductas criminales pueden desarrollarse sin ninguna razón manifiesta. Casos de homicidios inesperados, cometidos por esquizofrénicos. Se trata de conductas impulsivas, de crímenes cometidos aparentemente sin vacilación, el desencadenamiento imprevisto es propio de la impulsividad esquizofrénica, que puede manifestarse en el odio agresivo con respecto a un miembro de la familia o a un desconocido.[16]

Hemos observado casos de homicidio sustituto, es decir: la muerte de una persona que sustituye al individuo al que se pensaba matar. A primera vista el homicidio parece cometido en el curso de una agresión, o algún otro delito, sin embargo es posible que al realizarse un examen psíquico puede descubrirse una relación de carácter simbólico entre el autor y la víctima en que se pensaba primeramente.

Hesnard manifiesta que las diversas formas de paranoia pueden dar lugar a conductas delictivas.[17] La afección comienza a menudo después de un periodo de depresión y de concentración afectiva con tentativa de explicaciones de sus sufrimientos personales y morales mediante una conducta delirante que involucra a los otros en forma de uno o varios perseguidores.

Si se trata de un delirio de interpretación, el enfermo funda su convicción en multitud de signos, de deducciones, falsas coincidencias y razonamientos tendenciosos, descubre poco a poco que le siguen los pasos que le acusan de algo, que comprometen su honor, etc., estos enfermos a veces disimulan largo tiempo y perfectamente su delirio, pero muchos de ellos acaban señalando entre sus enemigos a un adversario principal, único y es entonces cuando piensan en hacerlo desaparecer y pasan al acto homicida.

Si se trata de alucinaciones, el enfermo no sabe en un principio que es lo que le persigue, es un alguien anónimo, pero pronto sus alucinaciones auditivas psicomotrices (hablan por él por su boca) e incluso olfativas (le espían le lanzan malos olores) le señalan ciertos individuos que conspiran contra él y cuando aumenta esa certeza concentrada en un

[16] BROMBERG W., *Estudio psiquiátrico del homicidio.* Ed. Morata, Madrid, 1963.

[17] Ver HESNARD, *Psicología del Crimen.* Ed. Zeus, 1963.

solo perseguidor el enfermo llega a la conclusión absoluta, evidente de que es preciso que uno de los dos (él o el otro) desaparezcan.

Todos los perseguidores tienden a vengarse, al cabo de un cierto tiempo de delirio, a veces después de intentar en vano que les hagan justicia deciden tomarse la justicia por sus propias manos, entonces entran en un periodo de lucha activa que se proyecta en el crimen.

Hesnard también se refiere a los accesos maniaco depresivos y a la psicosis aguda: en ésta sus formas más agudas se manifiestan por una agitación desordenada, el enfermo tiende más a romper y volcar automáticamente los objetos que tiene a su alcance que a ejecutar sobre todo a planear conductas homicidas.[18]

El verdadero acto criminal, es siempre en ellos bastante raro, debido a que el enfermo llama siempre la atención, desde el principio de su acceso y puede ser asistido a tiempo.

Por el contrario el estado de depresión, el acceso melancólico opuesto a la forma maniaca se da de otra forma. Uno de los síntomas habituales es un sufrimiento moral que impone al sujeto la convicción de ser indigno, culpable y de merecer la muerte (estado que a veces conduce al suicidio y que puede en ciertos casos llegar a homicidio). Es un crimen muy particular, inspirado por el deseo de evitar a un ser querido la angustia y los sufrimientos experimentados por el propio sujeto.

H. Ey, expresa que se puede describir toda una serie de actos homicidas, patológicos, avanzado desde el más automático, al más consciente. Distingue: [19]

a) Homicidios que son cumplidos en un estado de inconsciencia total o casi total, esto es el caso de los asesinatos en el curso de los estados confusionales o en los estados crepusculares epilépticos, en este caso es habitual la amnesia posterior.

b) En un nivel de trastornos menos profundos señala los actos homicidas perpetrados por enfermos demenciales o confusos cuyas impulsiones agresivas escapan al control de su inteligencia.

[18] Ver A. HESNARD, *ob. cit.*
[19] HENRY, EY, *Tratado de Psiquiatría, ob. cit.*

c) El homicidio puede estar también determinado por una motivación delirante, depende principalmente de sentimientos o ideas de persecución, de celos o de envenenamiento.

d) Al igual que el suicidio, el homicidio puede presentarse como una obsesión, impulsión, a la cual el sujeto se resiste hasta el límite de lo posible.

Es decir, en el homicidio patológico se observa una súbita impulsión homicida como resultado de sus delirios, o bien, sin motivo definido. En el inicio de las evoluciones esquizofrénicas existen crímenes particularmente dramáticos y paradógicos que se denominan homicidios inmotivados.

Hemos observado en la conducta post-delictiva de ciertos individuos que han realizado un crimen al que podríamos denominar psicótico los siguientes aspectos.[20]

a) Que realiza una conducta post-delictiva particular, que no se manifiesta de ese modo en otros delincuentes. Esta observación parece obvia, pero existen ciertas características comunes, propias en los ladrones, violadores, estafadores, etc., en función de la conducta delictiva, inclusive la conducta post-delictiva del homicidio pasional, no es la misma que la del homicidio por robo, etc.

b) Una de sus manifestaciones más peculiares es que el sujeto realiza una conducta "opuesta" a la que cabría esperar que realice una persona que acaba de matar a otra.

c) Surgen las expresiones artísticas.

d) Pensamos que la conducta de matar, en estos individuos es una reacción agresiva ante un estado extremo de ansiedad, es una crisis en la cual la conducta homicida es una defensa frente a la disgregación de su personalidad. La conducta pos-delictiva es la de una personalidad totalmente psicótica.

Bernardo de 30 años, escolaridad primaria incompleta, padre alcohólico, familia paterna con tendencia al suicidio (dos tíos se han suicidado). Costumbres socialmente adaptadas; trabajó en tareas agrícolas y desde los 17 años como chofer de camiones. No presenta antecedentes policiales ni penales. Se casó con Paula, de 16 años, porque estaba em-

[20] Ver I. MARCHIORI, *La conducta post-delictiva en homicidios de psicóticos*. Universidad de Córdoba, Argentina, 1970.

barazada; a los dos años se separaron porque Bernardo comprueba que Paula recibe a otro hombre cuando él está de viaje. De los dos hijos del matrimonio, Alberto queda con los abuelos paternos y Elena con los abuelos maternos.

A los 21 años Bernardo comienza a convivir con Dora, prima hermana (los padres de ambos son hermanos). Tienen un hijo, José L., a quien reconoce como único hijo.

Alberto, de 11 años, vivió con parientes, en instituciones y escuelas de menores hasta que su padre lo confió al cuidado de la familia C., por lo que debía pagar una pensión. Transcurridas varias semanas, la familia C., le avisa que la criatura es rebelde y que debe retirarlo. Bernardo lo busca en el camión y al decirle al menor que irán a su casa, éste se niega a acompañarlo y le pide que lo lleve a P., donde tenía parientes de su madre. Bernardo le dice que lo llevará a esa localidad, pero que antes debe cumplir un encargo de su patrón. Se dirige a barrio Y., da unas vueltas (es de noche) y toma el camino a J. C. y cerca de esa zona se baja a realizar una necesidad fisiológica, haciendo lo mismo Alberto. Bernardo saca del camión una barra de hierro que llevaba en el piso y mata a su hijo con golpes en la cabeza. Luego arrastra el cuerpo a través del cerco que separa las vías del ferrocarril del camino y lo coloca encima de los rieles para que aparezca como un accidente. Bernardo regresa a su casa y se acuesta a dormir. Al levantarse y ante la pregunta de Dora sobre Alberto, le responde que el niño se le ha escapado una vez más, que no se aflija, que ya aparecerá. Bernardo parte esa mañana para L. R., por cuestiones de trabajo, prosigue su vida en forma "normal", realiza el viaje en el mismo camión y regresa sin que en ningún momento su acompañante notara en él intranquilidad, sobresalto o nerviosismo.

Cuando regresa se lo detiene en un puesto policial para informársele del hecho y ante la sorpresa de todos confiesa que él ha matado al niño; manifiesta: "Lo maté porque me tenía cansado."

En la cárcel Bernardo escribió el diario de su vida, cartas y poemas.

Manuel de 42 años, escuela primaria incompleta, es el quinto de 8 hermanos. Padres fallecidos. Manuel trabajó como

jornalero. Se casó a los 20 años, tuvo tres hijos y se separó. Se trasladó a B. donde vivió varios años. A los 38 años se trasladó donde vivía su hermana Elinda. Manuel trabajaba en una fábrica de máquinas de coser. No presentaba antecedentes policiales ni penales.

El hecho ocurrió alrededor de las 9 de la mañana, en el domicilio de Enrique A., quien se encontraba unido en concubinato con Elinda y que a pesar de haberse disuelto esa relación seguía viviendo en la misma casa. Manuel se instaló allí, en un cuarto que le había facilitado su hermana, por haberse quedado sin trabajo. El suceso tuvo el desarrollo siguiente: Manuel se acercó a su hermana que se encontraba en la cocina sola, y provisto de un hacha que de antemano había escondido; le asestó desde atrás un golpe en la cabeza, desmayándola. Arrastró a Elinda hasta el dormitorio de ella y colocándola entre la cama y la pared le aplicó otro golpe con la misma hacha y a consecuencia de esos traumatismos falleció casi instantáneamente. Después de matarla, Manuel sustrajo de entre las ropas de Elinda, dinero y de un ropero una radio. Después de haber limpiado la sangre salpicada en la cocina y el pasillo, cerró la habitación con llave y procedió a cambiarse de ropa en el cuarto donde vivía. Con el dinero en su poder se dirigió al centro de la ciudad y se compró ropa en la tienda y pilas para la radio. Después regresó al domicilio de su hermana y esperó a Enrique A., quien llegó a las 11.30 horas. Al llegar éste se ponen a conversar y al interrogarlo sobre su hermana, Manuel le contesta que viajó a la ciudad. Alrededor de mediodía van juntos a almorzar donde Enrique A., almorzaba y cenaba desde hacía más de un año. Allí Manuel comparte la mesa con los agentes de policía y les refiere que su hermana ha viajado y que él piensa viajar para buscar trabajo. Terminado el almuerzo regresan, pero como en el camino Manuel le manifestó que viajaría, Enrique A., se ofreció a ayudarlo, dándole camisas y para tal fin se dirije al dormitorio de su concubina y es entonces cuando descubre el cuerpo de la víctima. Inmediatamente se le acerca Manuel y le manifiesta que él es el autor del hecho y le revela la forma en que se llevó a cabo. Enrique se dispone a dar cuenta a la policía, Manuel le enseña la

radio diciéndole que la utilizaría para escuchar la transmisión del crimen. Manuel logró escapar, tomar un tren donde permaneció varios días y juntamente con una persona y su familia, a la que conoció en el transcurso del viaje, gastó en comidas y diversiones casi la totalidad del dinero. Regresando fue detenido.

Nicolás, 46 años, es el menor de 10 hermanos. Su madre falleció cuando él tenía un año. Trabajó en una carpintería y en una fábrica de zapatos. A los 22 años se casó con Teresa, quien tenía dos hijos de una unión anterior. A los 36 años ingresa a la cárcel por el delito de violación calificada en la persona de su hijastra de 14 años, fue condenado a 12 años de prisión. No obstante ser la que presentó la denuncia, Teresa continuó visitándolo en la cárcel.

Nicolás manifestó que había empezado a notar que su esposa estaba relajada, gastada, lo que la hizo pensar que había tomado por el mal camino, pero no le decía nada al principio y que lo que le hizo pensar más en el hecho fue que en la visita íntima ella era más fría y no le retribuía. Por eso comenzó a aconsejarla que se portara bien, más que todo por los hijos. Que el día del delito su esposa se acostó, oportunidad en que empezó de nuevo a aconsejarla que se portara bien y que ella respondió "que era dueña de andar con quien quisiera y que, además, él ya había perdido todo el derecho que tenía sobre ella y entonces él se quiso dar vuelta y ella sin ningún motivo, le plantó las uñas en su brazo derecho cerca de la muñeca, y entonces ya enceguecido por lo que le había hecho y el fuerte rasguño recibido, la tomó del cuello con sus manos y lo apretó fuertemente por un rato, sintiendo que ella se orinaba; que a dejarla ya no se movía y entonces tomó un cinto y la envolvió dándole dos vueltas, pero sin apretarla mucho y así la dejó. La conducta homicida ocurrió a las 20 horas en la habitación para la visita íntima de los sentenciados. Nicolás dio aviso a las 8 horas del día siguiente al custodio. Había permanecido toda la noche al lado de su víctima. Expresó que había dormido profundamente. El custodio de turno que recibió la denuncia del hecho se sorprendió ante la tranquilidad del autor.

La conducta delictiva irrumpe en estos sujetos de una manera brusca no acorde con su modo de vida, podemos decir que estos individuos utilizan su agresión hacia el mundo exterior, con el objeto de impedir la disolución de su personalidad.[21] El tremendo esfuerzo realizado en la conducta homicida conduce generalmente al individuo a descansar a dormir, es decir, a negar psíquicamente la conducta delictiva, anular esa conducta.[22] Apenas ingresan a la cárcel, estos individuos solicitan trabajo, de no obtenerlo el homicida duerme diez, quince y en algunos casos hasta dieciocho o veinte horas diarias.

Hemos podido observar a través de esas breves descripciones que la conducta post-delictiva revelaría especialmente en estos casos de crímenes psicóticos una coherencia con la patología expresada a través de la conducta delictiva y con rasgos de la personalidad anterior al delito. Esto es lo que nos permite plantear que la conducta delictiva en estos sujetos se da de alguna manera como defensa frente a una eminente desintegración de la personalidad.

Mayores estudios sobre la personalidad de este tipo de homicidas y sobre las características de la conducta delictiva con un criterio psicopatológico permitirían precisar más estas observaciones.

Muchas veces los problemas confusionales se detectan a través de la relación de pareja. Es muy frecuente que la esposa o la pareja del psicótico sea también un enfermo mental. Son parejas sumamente simbióticas en la que el cuadro de la enfermedad, es decir la sintomatología está muy vinculada a la pareja. Es por ello que en los comienzos de la enfermedad no se detectan, porque la esposa no los puede percibir.

Comportamiento en la institución

La conducta en la institución de los psicóticos, a los que siempre se los lleva a una sección especial caracterizada por el encierro y la marginación (actitud represiva y común a los

[21] Ver E. JACOBSON, *Conflicto psicótico y realidad*. Ed. Proted, 1970.

[22] TILLMAN, manifiesta que es un acto de violencia extrema, una descarga, el sujeto se encuentra en los límites de una descompensación psicótica.

enfermos mentales) presenta múltiples formas pero que se pueden caracterizar por:

— Comportamiento de negativismo: se niegan a comer.
— La comunicación es precaria, infantil, incoherente.
— Por lo general no sólo solicitan objetos o hacen demandas, permaneciendo largos periodos de tiempo en sus celdas.
— Se observan conductas mágicas y con un significado simbólico.
— Conductas opuestas: o son muy limpios y aseados en sus celdas, vestimentas y habitad o por el contrario no aceptan bañarse y su cuarto es cubierto a través de periódicos o queman objetos.
— No participan en actividades institucionales, por los problemas en la comunicación que presenta, pero también por la marginación de que son objetos.
— La alimentación es precaria o voraz por días, duermen poco, caminan en un perímetro sumamente limitado.
— Las pocas tareas que realizan son casi estereotipadas. Cuidar flores (pero sólo un limitado tipo) conductas ceremoniales.
— No realizan actividades escolares, aunque sí pintan y escriben.
— No dan muestra de interesarse por su situación judicial ni por la familia. Aunque es común que la familia lo haya abandonado.
— Existe una carencia del núcleo familiar en muchos casos. No reciben visitas y desconocen el domicilio de la familia.
— La relación con los otros internos se caracteriza por situaciones de pasividad, explotación, son víctimas pasivas de ataques sexuales, son objeto de robos permanentes.
— En los sujetos violentos, impulsivos existe un temor en casi todos los internos y se les respeta es decir no se les molesta, se apartan de él.
— A nivel de autoridades existe una indiferencia casi total no intenta dirigirse a las autoridades y en general están apartados, no se comunican con el personal.
— El comportamiento tiende a ser mágico y autodestructivo.

Pero también se observa que las instituciones no realizan ningún intento para asistir a estas personas, sólo la marginación y tratamiento farmacológico en la mayoría de los casos.

Por lo común en la mayoría de las instituciones, los enfermos mentales son considerados peligrosos (por la más diversa índole y criterio) y se les trata de una forma bastante similar que consiste básicamente en:

a) Alojamiento en sectores de máxima seguridad.
b) Privación de visitas.
c) Impedimento para trabajar, leer y desarrollar otras actividades deportivas, recreativas o culturales.
d) Precaria atención de servicios asistenciales.

A estos individuos que son los marginados, no se les ofrece asistencia técnica, sino sólo una actitud represiva. A través de un mecanismo de racionalización son separados porque se cree que ya no se pueden "rehabilitar" que no modificarán su patología, pero en esta conducta existe también un fuerte sentimiento de retaliación que impide asistir al individuo enfermo.[23]

DATOS HISTÓRICOS SOBRE PSICOSIS

1860. MOREL. Utiliza el término demencia precoz para casos de psicosis.
1861. FALRET. Estudio de la psicosis maniaco-depresiva.
1871. HECKEL. Describió el estado hebefrénico.

[23] Claro está como dice Basaglia: "Cárcel y manicomio, cuando estuvieron separados siguieron conservando todavía la misma función de tutela y defensa de la norma. Todas las formas de asistencia pública alcanzan su más amplia configuración institucionalizada en el momento en que se separa lo productivo de lo no productivo. Ver BASAGLIA, *La asistencia psiquiátrica como problema anti-institucional*. Ed. Cuadernos Anagrama, Barcelona, 1972.

1874. KAULBAUM. Describió el estado mental que llamó catatonía.
1896. KRAEPELIN. Proporcionó una descripción fenomenológica y clasificó la esquizofrenia en: simple, hebefrénica, catatónica y paranoica.
1911. BLEULER. Propuso el término esquizofrenia que significa división de la mente.
1911. GROSS. Psicología criminal, análisis de delincuentes.
1915. HEALY. Diagnóstico del individuo delincuente.
1917. HEALY. Conflictos mentales del delincuente.
1928. HOLLANDER. Estudio de los traumatismos cerebrales (psicosis) y los delitos.
1932. LACAN. Publica un estudio sobre la psicosis paranoica y su relación con la personalidad, trabajo basado en 30 casos de pacientes psicóticos.
1932. BREARLEY. Estudio sobre homicidas.
1933. LACAN. Analiza el crimen realizado por dos hermanas psicóticas paranoicas.
1936. KRETSCHMER. Estudio sobre la psicosis y las características corporales.
1941. BURGER-PRINZ. Investigación sobre esquizofrenia y delincuencia.
1942. KANNER. Describió el síndrome de autismo infantil.
1944. ABRAHAMSEN. Estudio psiquiátrico del homicidio.
1946. COHEN y COFFIN. Estudio sobre delitos cometidos por enfermos mentales.
1949. HELWELG. La agresión en relación a pacientes esquizofrénicos.
1960. LAING. Estudio sobre esquizofrénicos crónicos desde una perspectiva fenomenológica.
1969. MCDONALD. Enfoque psiquiátrico del delincuente.
1972. CURTIS. Estudios del criminal violento.

CAPÍTULO IV

NEUROSIS Y CRIMINALIDAD

Las neurosis representan desde el punto de vista criminológico los aspectos más difíciles y complejos de determinar, debido a que resulta en la mayoría de los casos, sumamente delicada la tarea diagnóstica. Las neurosis son reacciones complejas de la personalidad que suelen describirse como alteraciones o trastornos que se refieren comúnmente a problemas de la afectividad.

Las alteraciones neuróticas surgen del esfuerzo que el individuo realiza para poder controlar la angustia y la situación vivencial caracterizada, por lo tanto, por una nueva imagen que presenta de las relaciones interpersonales y de su modo de vida.

A diferencia de otras enfermedades que se presentan de manera impulsiva, violenta, la neurosis se va estructurando paulatinamente, donde el individuo es consciente del proceso psíquico interno.

En la neurosis la personalidad permanece organizada desde el punto de vista social, es decir que las experiencias interiores de angustia no afectan profundamente la conducta externa, el individuo puede distinguir entre experiencias subjetivas y experiencias reales, presenta por lo tanto un contacto con su realidad histórica.

Casi todos los autores señalan que la sintomatología de estos trastornos consisten en una manifestación de angustia o bien en los esfuerzos por controlar la angustia por medio de defensas de tipo psicológico. El neurótico es incapaz de dominar su situación de *strees* por eso se considera que la angustia es la fuente dinámica común de la neurosis.

En el neurótico el contenido del pensamiento puede presentar ciertos trastornos de carácter leves, ejemplo: ideas sobrevaloradas pero no llegan a formar delirios.

— Las asociaciones son normales y lógicas.
— No hay trastornos en la conación, es decir el neurótico puede dirigirse voluntariamente en función de sus intereses.
— No se observan trastornos en la adaptación a problemas sociales y su nivel intelectual, aunque en algunos casos con un rendimiento menor producto de su bloqueo afectivo, no sufre deterioro.
— No se producen alteraciones en la memoria.
— Afectivamente el neurótico siente intensamente su angustia, que progresivamente ocupa el centro de su modo existencial.
— Comúnmente el neurótico manipula su medio familiar a través de sus síntomas para lograr un control y llamar la atención.
— El neurótico no sufre trastornos a nivel de la orientación espacio-temporal. No presenta alteraciones graves en su atención y psicomotricidad.

Los diversos tipos de neurosis, muchas veces no se encuentran suficientemente delimitados, es por ello que existen múltiples clasificaciones de neurosis, aquí nos referimos a:

Neurosis de angustia.
Neurosis fóbica.
Histeria.
Neurosis obsesivo-compulsiva.
Neurosis depresiva.
Hipocondriaca.

Estas diferentes formas constituyen variantes de reacción provocadas por diversos factores causales que indudablemente son particulares en cada individuo.

NEUROSIS DE ANGUSTIA

Esta reacción neurótica está caracterizada por una acentuada intranquilidad y un estado de tensión excesiva que se acompaña por un temor constante e inexplicable. Desde el punto de vista criminológico es tal la patología de su angustia que lo lleva a una verdadera actitud de víctima, es decir en un primer momento a través de su imagen de víctima para luego poteriormente proyectar conductas sado-masoquistas y esto hace que se convierta en una víctima real.

El neurótico proyecta su angustia a través de la queja, es decir un lamentarse continuo que va invadiendo paulatinamente su marco existencial, especialmente en sus relaciones interpersonales, por lo que provoca con su estado de angustia situaciones límites para el otro, que lo hacen sumamente vulnerables a situaciones delictivas.

La neurosis de angustia puede surgir en cualquier situación que constituye una amenaza (a veces es sólo simbólica) para la personalidad. El individuo se muestra tenso, sensible, con agudos sentimientos de inferioridad, llantos frecuentes y ante pequeños acontecimientos se angustia [1] manejan una imagen social sumamente especial, por los temores constantes que experimentan ante cualquier situación, el temor ante los demás los hace ser detallistas y con conductas por momentos obsesivas, pero también suele ser incapaz de mantener una actividad con cierto ritmo y estabilidad por los momentos de gran angustia que no le permiten controlarlos. En esas fases presentan síntomas depresivos, insomnios, indecisión para realizar las tareas, crisis de agresividad (de tipo verbal) y ataques de llanto.[2]

---

[1] FREUD fue quien al igual que en todas las manifestaciones neuróticas, dio las mayores aportaciones en el estudio de las neurosis de angustia. Los síntomas neuróticos más significativos están constituidos por las manifestaciones de una angustia permanente. El individuo se muestra intranquilo, con un estado de tensión excesiva que se acompaña de un temor inexplicable.

[2] Según Ey la neurosis de angustia comparte una crisis sobre un fondo de inestabilidad emocional, cuando la crisis es importante tiene lugar al cuadro del acceso de angustia agudo. Éste se caracteriza por: Síntomas respiratorios (disnea) síntomas cardiovasculares (palpitaciones, taquicardia); síntomas digestivos (espasmos gástricos, náuseas, vómitos, diarreas); síntomas urinarios, síntomas neuro-

Los sentimientos de culpa están vinculados a sus aspectos masoquistas que se verbalizan en la queja y que como hemos mencionado conducen a la persona a un sinnúmero de actos y conductas, propiciadores de agresiones.

Podríamos decir que el estudio de una neurosis de angustia en la criminología es un verdadero análisis victimológico. Dentro de las manifestaciones de la neurosis de angustia los ataques de angustia se caracterizan por un estado casi de pánico, donde el paciente sufre de taquicardia, náuseas, diarrea, sensación de ahogo o sofocación. Puede sufrir temblores o mareos desmayos y una sensación de muerte, estos ataques suelen ser frecuentes en individuos con una neurosis de tipo crónico, con problemas de memoria, inestabilidad en cuanto a un rendimiento intelectual, problemas en la comunicación interpersonal y donde la tensión y angustia es tan significativamente vivida por el paciente que lo lleva a situaciones de mayor *strees* o incontrol. Aquí pueden manifestarse conductas o intentos de suicidio en donde el paciente percibe su soledad, incomprensión y sus sentimientos de inferioridad, pero también paralelamente su deseo de llamar la atención y de agredir a los que él siente que no lo ayudan según su imagen exigente. El suicidio tiene entonces un verdadero significado agresivo, que paradójicamente se da a través de la propia destrucción.

NEUROSIS FÓBICA

Caracterizada por una reacción defensiva en la cual el paciente en su intento de manejar la angustia, desplaza una idea que rechaza en un miedo neurótico específico hacia un objeto o situación.

musculares. También se manifiestan peyoración imaginaria de la existencia, es decir, que la angustia crea y mantiene una serie de sentimientos pesimistas. Existe una imagen interior de desvalorización y pesimismo. El individuo se encuentra en un estado de espera de un peligro, de ahí su inquietud, temor y miedo. Existen presentimientos de que a él o a su familia le pasará algo malo. La neurosis de angustia puede complicarse a una neurosis fóbica, en la cual el sujeto desplaza y condensa su angustia sobre un objeto. Pueden desarrollarse síntomas hipocondriacos, pero las complicaciones más frecuentes son los trastornos psicosomáticos. El neurótico se convierte en un ulceroso o en un asmático. Pueden desarrollarse crisis depresivas.

El individuo está consciente de que no existe peligro real pero la angustia que le provoca la situación o el objeto fóbico, es incontrolable desde el punto de vista emocional.

Diferente de la neurosis de angustia, el fóbico puede llegar a cometer agresiones violentas y hasta homicidios sádicos para aliviar su tensión frente a la situación fóbica, ya que ésta le crea una gran tensión emocional de origen desconocido para él, de tipo inconsciente que provocan su impulsividad. El fóbico es al igual que todas las personalidades neuróticas sensible y manifiesta un gran monto de angustia en las relaciones interpersonales.

Presenta una imagen introyectada de suma vulnerabilidad por mecanismos sumamente mágicos. Alivia la tensión y la angustia precisamente a través de su objeto fóbico o situaciones fóbicas que como lo demuestran los estudios psicoanalíticos representan para él un significado que está relacionado a sus primeros años y a sus relaciones familiares.

Por medio de defensas caracterizadas por desplazamientos y simbolizaciones, el paciente logra una precaria defensa contra la angustia que de alguna manera le resulta útil ya que ésta alivia las situaciones de tensión.

El neurótico con una fobia es consciente de ello en el sentido de que representa algo sin sentido y sin peligro real pero también es consciente de que no puede controlar su temor, de ahí sus sentimientos de culpa y sus actos restrictivos. Existe una limitación en sus conductas y una permanente evitación que podríamos decir de modo sistemática teme al enfrentamiento y hace todos los rituales para evitarlo, provocándole un alivio en sus tensiones.[3] Esto, claro está, representa un verdadero círculo pero que paulatinamente va englobando todos los aspectos de la personalidad del individuo hacia esa actitud o conducta fóbica. La conducta delictiva puede desencadenarse imprevistamente porque el neurótico fóbico al entrar en una situación o relación que le causa la angustia realiza un impulso incontrolable para salir de esa situación fóbica y an-

[3] Según LIBERMAN, el fóbico se encuentra en un estado de alerta crónico que ha desorganizado su psiquismo y que le mantiene permanentemente frustrado. Sus posibilidades de recibir, valorizar y responder se encuentran bloqueadas por la sobre-excitación que padece.

gustiante para él, pero que la lleva a cabo a través de la agresión. Es decir, que las circunstancias que provocan el delito representan para la persona un verdadero encierro constituyendo el acto agresivo una solución, una salida para él. Claro está que todo es mucho más complejo y entran en situaciones de *strees* y fallas de defensas ante los impulsos de carácter destructivos.

Se han descrito un gran número de tipos de neurosis fóbica, entre las más frecuentes y en relación a los aspectos criminológicos podemos mencionar: temor a los lugares cerrados, miedo a la suciedad, en este caso al contacto, contagio de enfermedades, temor de armas de fuego o a los objetos punzocortantes.

El enfrentamiento a estas situaciones representan verdaderos *strees,* que dan origen a conductas de tipo persecutorias, lo que explica de alguna manera la situación de carácter agresivo. El fóbico siente angustia ante el temor a la desorganización e incontrol de sus aspectos impulsivos, lo que hace que el individuo sea en esos momentos peligroso desde el punto de vista criminológico, por el descontrol por las ideas de tipo paranoide y la necesidad de salir de esa situación de cualquier modo.

La neurosis fóbica implica según Ey [4] conductas de evitación, es decir, la persona se comporta de manera que evita encontrar el objeto fóbico, lo que conduce a conductas de fuga muy diversas. La situación fóbica conduce a la búsqueda de conductas de tranquilización o seguridad, intenta estar con personas o en determinados lugares, pero todo lo anterior hace que el fóbico se encuentre en un permanente estado de alerta. Tiende a proyectar fuera de sí la angustia que vive y por ello niega el mundo imaginario. Existe una actitud de huída ante la situación fóbica, esta actitud puede ser pasiva, de inhibición y aislamiento o por el contrario, una actitud de desafío, pero que reviste el mismo monto de angustia. Es decir, que la neurosis fóbica está caracterizada por la sistematización de la angustia sobre personas, situaciones o actos que se convierten en el objeto de un terror a veces paralizador.

[4] Ey, *Tratado de Psiquiatría.* Ed. Toray, España, 1969.

La clínica de esta neurosis muestra situaciones donde al simbolismo del objeto de la fobia se mezcla un complejo afectivo particular del sujeto. Estas situaciones según Ey,[5] se reducen a un número pequeño de temas y de conductas tabús.

El tema más frecuente se refiere a la fobia del espacio. Se manifiesta en el miedo de salir o angustia de las calles, en el miedo de las montañas, de los ascensores; miedo a la oscuridad, concebida ésta como un espacio amenazador, el miedo de los medios de transporte. Otra categoría de fobia se refiere esencialmente al miedo social, a las relaciones interpersonales, constituyen el objeto de una angustia. Fobia al enrojecimiento, fobia al contacto humano.

Pero también pueden persistir en el adulto fobias que son consideradas como experiencias infantiles. Ejemplo:

Restos de fobias de la primera infancia que conciernen a los grandes animales conocidos por el niño por experiencia directa o relatadas (caballo, león, lobo) estos animales son imaginados en actitudes amenazadoras de devoración, de persecución.

Fobias a animales pequeños: ratones, insectos, cuya amenaza es sentido como un atentado a la integridad corporal.

Es importante la visión y la imagen introyectada en el fóbico, ya que todos los síntomas están en relación con situaciones visuales. Cada objeto fóbico aparece como una imagen única que lógicamente está relacionada con la historia del individuo, pero la posición neurótica fóbica es la misma y consiste en desplazar la angustia con un pretexto.[6]

Por medio de los mecanismos de desplazamiento y simbolización el paciente logra una defensa contra la angustia. Es decir, que la angustia se desliga de su fuente real y se desplaza hacia una situación que suele simbolizar la tendencia o deseos amenazadores.

Si el neurótico fóbico se expone a la situación específica que provoca su miedo, el fóbico experimenta desmayo, fatiga, palpitaciones, transpiraciones, náuseas y temblores, es posible que el individuo no pueda continuar con la tarea que esté desempeñando y sea presa de pánico.

[5] Ey, *ob. cit.*
[6] Ver Ey, *ob. cit.*

El individuo también se castiga constantemente por sus impulsos y tendencias inconscientes a través de las penosas restricciones y los sufrimientos que su fobia impone.

Una parte importante de la neurosis fóbica es la evitación sistemática. Cuando el individuo evita enfrentarse a la situación la persona o la idea que teme logra un control parcial de la angustia y durante un tiempo alivia sus temores, no obstante con mucha frecuencia la evitación fóbica falla y el paciente sufre una crisis de angustia que lo proyecta en la conducta delictiva.

NEUROSIS HISTÉRICA

Esta neurosis es desde una perspectiva criminológica una de las más interesantes porque intervienen elementos de una personalidad seductora, inteligente y manipuladora.

Es una personalidad con aspectos ambivalentes inestables, actitudes omnipotentes y con características mágicas tal vez el aspecto más impactante del histérico, es el juego que realiza a través de su imagen, especialmente a nivel de la imagen corporal, que constituye un elemento importante para la seducción. El histérico desea llamar la atención, es inestable, seduce y abandona una vez que el objeto elegido (porque existe una elección de objeto) es seducido. Paralelamente también en esa seducción proyecta su necesidad de dependencia y protección, esto se observa en las conductas y comportamientos infantiles e inmaduros del histérico.

El hábil y seductor manejo de las relaciones interpersonales lo conducen a una actitud de llamar siempre la atención tanto en un manejo verbal como a través de sus posturas corporales. En este juego de seducción puede ser sumiso, agresivo, silencioso, violento. Existe un acentuado narcisismo que hace que tienda a mostrar sus emociones en público casi siempre en una forma infantil y dramática pero para esto necesita de personas a su alrededor.

El histérico por su estado de angustia y su omnipotencia desea la inmediata satisfacción de sus deseos, no puede esperar

es por lo tanto una persona que frecuentemente no puede controlar sus impulsos.

Intenta llamar la atención[7] para ello desarrollan conductas de simpatía y de confianza, pero también utilizan otros medios para centralizar esa atención en su persona y llegar hasta la amenaza o mostrándose como personas enfermas.

Son personalidades superficiales con actitudes y sentimientos polarizados, es decir que cambian en breves momentos de decisión y estados de ánimos.

Para Ey, la histeria es una neurosis caracterizada por la hiperexpresividad somática de las ideas, de las imágenes y de los afectos inconscientes.[8] Para este autor existen tres aspectos fundamentales del carácter histérico:

a) *Sugestibilidad,* es decir influenciable e inconsciente ya que su personalidad no consigue fijarse en la autenticidad de una identidad personal firmemente establecida.

b) *Mitomanía.* El histérico por sus comedias, sus mentiras y sus fabulaciones no cesa de falsificar sus relaciones con los demás. Se ofrece siempre como un espectáculo, ya que su existencia es a sus propios ojos una serie discontínua de escenas, de aventuras imaginarias.

c) *Alteraciones sexuales.* Las expresiones emocionales tienen algo teatral, que contrastan con fuertes inhibiciones sexuales.

Esto trae como consecuencia una inconsistencia en el individuo que no ha conseguido organizarse conforme a una identificación de su propia persona. En el histérico la máscara del personaje oculta completamente a la persona. Todo el conjunto de la persona del histérico refleja esta falsedad y su sistema de organización se desarrolla construyendo un falso personaje.

---

[7] LIBERMAN, manifiesta que los histéricos tienen necesidad de llamar la atención en forma permanente, necesitando de un público para cumplir con estos propósitos. El histérico tiene una fuerte tendencia a la dramatización y como tiene un alto nivel de simbolización, todo su esquema corporal y todos los medios de comunicación los utiliza para transmitir sus fantasías y en cierta medida para movilizar el ambiente.

[8] EY, *ob. cit.*

Formas clínicas:

Como en todos los síndromes, en la neurosis histérica existen varias formas, aquí sólo mencionaremos:

Neurosis histérica disociativa.

Neurosis histérica de conversión.

a) *Neurosis histérica disociativa.* Su característica principal es la angustia que es de tal intensidad que provoca aspectos de desorganización en la personalidad. Existen problemas de memoria (aunque leves) trastornos de la conciencia y un lenguaje maniaco.

En ciertos casos se produce una reacción denominada fuga disociativa con un súbito cambio en el estado de conciencia, en la cual el paciente se permite actos que sólo eran fantasías, puede reaccionar también perdiendo su identidad, olvidando su nombre, se produce no una pérdida de personalidad sino un cambio en la identidad, el paciente toma un nombre falso y se identifica con la persona cuyo nombre adopta.[9]

Muchas veces en estos cuadros se manifiestan estados de simulación donde existe una alteración de la conciencia pero donde es muy obvio el propósito del enfermo de simular. Claro está que a través de estas proyecciones el paciente atenúa su angustia.

b) *Neurosis histérica de conversión.* Aquí la angustia se traduce en síntomas funcionales que afectan el organismo a través de su cuerpo, el paciente controla parcialmente su angustia.

La variedad de los síntomas es extensa pero los más frecuentes síntomas motores son: tics, temblores, parálisis de músculos; síntomas sensoriales: sensaciones de sordera, ceguera.

Desde el punto de vista criminológico es evidente que las conductas de estafas son realizadas por personalidades histéricas.

La conducta de estafa figura dentro de los delitos contra la propiedad, este delito presenta una serie de peculiaridades

[9] Ver NOYES, *ob. cit.*

que lo separan de las restantes conductas punibles. Particularmente en esta conducta delictiva falta la percepción de la peligrosidad general que alarma en los delitos de violencia. Esto es debido a que el estafador actúa mediante medios como el engaño, el artificio y el enredo.

Lombroso refiriéndose al estafador decía: "Tiene un aspecto y un carácter agradable que le es necesario para conquistar la simpatía y la confianza, indispensables para una más fácil realización de su delito.[10]

El estafador por su comportamiento seguro, por la facilidad y naturalidad con que expone sus invenciones, sus engaños, llega fácilmente a persuadir y a convencer incluso a personas inteligentes. La fascinación de su personalidad radica en la fuerza de autosugestión para convencerse a sí mismo de la verdad de sus palabras y de sus hechos.

Búsqueda de identidad

El estafador es la contrafigura del individuo sospechoso que se presenta pobremente vestido y que no tiene meta ni ocupación fija, por ejemplo: el vagabundo. Para el estafador es necesario brindar una imagen que represente un *status* social elevado.[11]

Prepara cuidadosamente los dispositivos engañosos, vestimenta, medios de movilidad, relaciones con personas vinculadas a altas esferas socioeconómicas y políticas y también utiliza instrumentos como el estampillado, fotografías, falsos telegramas, pasaportes, cartas comerciales, cartas de recomendación, etc. Esta imagen de solvencia que desea exhibir tiene el efecto de que se rechacen las sospechas hacia él.

Helen Deutch, señala que el estafador (impostor) siempre busca una identidad para justificar su narcisista concepción de sí mismo, pero que a la vez niega su propia identidad. Necesita satisfacer fantasías de grandeza actuando y tratando de demostrar su concordancia y semejanza con el ideal del yo.[12]

[10] LOMBROSO, *L'vomo deliquente.* Ed. Bocca Torino, 1889.
[11] Ver VON HENTING, *Estudios de Psicología.*
[12] Véase H. DEUTCH, *ob. cit.*

El estafador asume identidades de otros, debe enmascararse para poder concretar su fantasía.[13] Realiza esa conducta debido a que su propio yo es desvalorizado y por eso elige y usurpa el nombre de otro (real o imaginado) quien cumple los requisitos de su propio ideal.

Por lo común es inteligente, observador y entre sus rasgos más acentuados encontrámos una imaginación exhuberante un sentido exagerado de la propia personalidad y una gran avidez. Otra de las características que presenta es su capacidad para utilizar el lenguaje verbal como técnica de acción sobre los demás.[14]

Mecanismos de seducción y engaño

El estafador explota la credulidad humana a través de sus mecanismos de seducción y engaño, es difícil que dejen de estafar pese a los tratamientos o a las sentencias. Evidentemente el engaño es su forma de vida. Se percibe frente a este hecho una falta de control social al engañar a las víctimas. Existe una disminución de sus normas, falta de consideración e insensibilidad ante la situación del otro.

Utiliza para su conducta delictiva instrumentos subjetivos, explota la situación afectiva a que ha sido llevada la víctima, creando así una situación de dependencia, es decir una ligazón afectiva y racional entre ambos.

No nos debe asombrar su gran capacidad para detectar necesidades y conflictos en sus víctimas que él utiliza eficazmente, la comunicación interpersonal en este tipo de personalidad se sobrepone a la intrapersonal.[15]

El estafador no puede soportar la tensión ni la frustración, demuestra un tipo particular de actitud hacia sus objetos, se dirige a las personas utilizándolas para sus fines, presenta una específica combinación de defensas basadas en la omnipotencia, que se manifiesta particularmente por su actitud de racionalizar o intelectualizar sus conductas delictivas.

Según Bergler, el estafador herido profundamente en su narcisismo utiliza una técnica especial para enfrentar la decepción.[16]

1. Crea situaciones en que todos lo quieren y confían en él.
2. Engaña precisamente a quienes agradó.
3. Busca inconscientemente el castigo.

El estafador no quiere realmente amor, quiere sólo pruebas de que puede provocar amor y confianza para reparar su narcisismo. El sentido de culpa es solucionado por su búsqueda inconsciente del castigo.[17]

Bergler destaca la importancia real de la capacidad que el niño tuvo para "asimilar" la decepción de su megalomanía, por una real o fantaseada carencia de amor. Cuando ha logrado "la prueba" de que todos los demás lo aman, eso mismo pierde importancia y la búsqueda narcisística recomienza.[18]

El estafador tiene escasos sentimientos de culpa por sus acciones, ya que posiblemente debido a su omnipotencia a su sentido exagerado de su propia personalidad, niega sus aspectos negativos y los atribuye a los demás.

En nuestra experiencia hemos encontrado que los estafadores provenían de familias de *status* socioeconómico y cultural medio, el núcleo familiar primario presentaba irregularidades, dándose situaciones de pérdida o separación de uno de los padres, han tenido una infancia desfavorable, por lo general con una educación rígida y estricta, es decir padres que los frustraban con prohibiciones severas.[19]

Deutsch, manifiesta que la privación emocional, la combinación de indulgencias y severa disciplina de los padres la situación de sobreprotección materna equivalente para ellos

[13] JOEL ZAC, *El Impostor*. Ficha No. 159, Departamento de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

[14] Ver D. LIBERMAN, *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Eudeba, 1962, y J. RUESCH, *Comunicación terapéutica*. Paidós, 1964.

[15] LIBERMAN, *ob. cit.*

[16] BERGLER, *El jugador, un neurótico mal comprendido*. Revista del Psicoanálisis, Argentina, 1944-45.

[17] J. ZAC, *ob. cit.*

[18] BERGLER, *ob. cit.*

[19] H. MARCHIORI, *Notas sobre el estafador*. Revista de Criminología No. 3, Córdoba, Argentina, 1970.

a la privación y un padre despótico que tiraniza a los hijos y a la madre son situaciones que incrementan el narcisismo infantil y dificultan la adaptación a la realidad y las relaciones objetales. El padre despótico aumenta la pasividad y facilita la identificación narcisista, favoreciendo el desarrollo patológico. Enfermedad, daño o muerte del padre interrumpe la maduración del yo, la frustración intensa aparece como consecuencia de perder el objeto por haberlo abandonado, lo que cimienta su creencia en la desvalorización de su yo.[20]

Hemos observado que las dificultades en la adaptación social de los estafadores se acentuaban en la tarea que emprendían (carencia de un trabajo estable) y en las relaciones con los demás (relaciones interpersonales superficiales).[21]

Relación con la víctima

Como hemos expresado en toda estafa existe una relación interpersonal muy particular entre el estafador y su víctima, ésta es seducida, convencida y llevada conscientemente al acto delictivo.

El estafador confía en su habilidad para influir sobre la víctima, su trabajo consiste en estimular la codicia y el deseo de confiar en ésta, lo hace con una habilidad tan consumada que la conciencia lógica y juicio de realidad de la víctima están totalmente a su merced. Su conducta agradable y simpática inspira también confianza por su firmeza y seguridad. Un estafador reincidente se autopercibía de la siguiente manera: "En donde estoy no soporto que alguien sea más que yo en el sentido del trabajo, soy incapaz de decir un discurso pero analizo y contesto rápido. Mi moral siempre ha sido sagrada, la moral es lo principal para una persona, es superior a la honradez, soy nervioso, siempre he sido superior en todo, porque mi carácter es jovial, no hayo amigos enseguida, sé por donde puedo llegar en las personas, me gusta ser curioso, salir de lo común, innovar."

En la estafa la actitud indecorosa y deshonesta de la víctima que piensa en obtener un provecho ilícito, garantiza un

[20] Ver H. DEUTSCH, *ob. cit.*
[21] ERIKSON, *Infancia y Sociedad*. Ed. Hormé, 1961.

alto grado de inmunidad para el estafador, muchos no se quejan a las autoridades porque se dan cuenta de que ellos mismos no son completamente inocentes. El estafador conoce este fenómeno bien por eso puede continuar delinquiendo con muy pocos riesgos.

En su conducta no tiene remordimientos, engaña a la gente y le quita el dinero y los bienes porque según él la gente parecería pedirle que lo haga.[22] Casi todos los autores que se refieran a la estafa coinciden en que la víctima perfecta de las grandes operaciones es el hombre en cuyo interior está la idea

[22] Las estafas en el ámbito universitario especialmente en el área de investigaciones son frecuentes. El estafador con el pretexto de un programa de investigaciones mutila trabajos originales de colegas o de alumnos a quienes además ordena la recopilación de datos utilizándolos para sus propias publicaciones sin reconocer que es trabajo de otras personas. Esta conducta típicamente una estafa intelectual se lleva a cabo mediante un aparente asesoriamiento de trabajos y una apariencia de seriedad, honestidad y manejo bibliográfico desconocido para el alumno. El estafador opera y no sólo utiliza el trabajo ya realizado sino que seduce de tal manera que las personas continúan aportándole datos e investigando sin ningún reconocimiento por ello. Se ha visto especialmente en áreas universitarias de estas estafas, en las que se aprovechan tesis y trabajos inclusive a nivel profesional pero que son inéditos. Estos estafadores presentan indudablemente la misma patología que el estafador común, su apariencia "intelectual" es eso, una imagen corporal que proyecta un hábil manejo a nivel de las relaciones interpersonales, una enorme capacidad para manipular y seducir a personas inteligentes y profesionales. Este mecanismo de seducción y engaño que es contradictorio con el rol y función de estas personas representa una clara patología mental. Son personas que presentan un pensamiento rápido pero superficial con una ambivalencia en cuanto a los valores morales y éticos y con una autovaloración exagerada, en donde ellos creen que su alto nivel intelectual les permite manipular y engañar impunemente a los demás pero donde se advierte una acentuada insensibilidad emocional. Esta clase de estafador está convencido que los otros deben trabajar para él en tareas rutinarias de extraer datos, observar, recopilar y sistematizar, algo que él no puede realizar porque se aburre y por su inestabilidad laboral. Él se siente que simultáneamente puede realizar múltiples actividades y todas creativas. La deshonestidad de estas personas, la insensibilidad y la patología a nivel emocional son los aspectos más significativos de su trastorno de personalidad pero donde se advierte también un marcado sentimiento de inseguridad, temor a dar a conocer sus propias ideas (por ello necesita el trabajo de otros, si es criticado, él sentirá que es del otro) por un gran miedo a la persecución de tipo interno, es decir en lo básico una enorme inseguridad ontológica, que le hacen formar estos mecanismos de defensas tan patológicos como son las conductas de engañar y estafar. Al estafador lo ayuda en este caso no sólo su apariencia de profesor o investigador sino el mismo recinto universitario y es por ello que la víctima se conduce con mayor ingenuidad y pasividad que en otras situaciones.

de enriquecerse aunque sea de modo ilícito, es decir una estafa está condenada al fracaso si la presunta víctima no piensa en obtener una ganancia ilícita.

En este sentido los estafadores son constantes creadores en la invención de las situaciones. Es significativa la actitud de la sociedad hacia este tipo de delincuencia que difiere de las demás figuras delictivas, por ejemplo: el homicidio y el robo, ya que en los casos de estafa la víctima "colabora en la realización del delito. La reacción de la comunidad es entonces relativamente ligera, falta la sensación de peligrosidad general que alarma en los delitos de violencia o en los delitos contra la propiedad.

NEUROSIS OBSESIVO-COMPULSIVA

En este tipo de neurosis la angustia se controla a través de mecanismos de repetición cuando se asocia a un pensamiento y actos que provocan angustia.

El paciente reconoce que los pensamientos y actos rituales son irracionales pero es consciente que no lo puede controlar y está el temor de que el no hacerlo representa para él una mayor angustia y miedo de que le sucederá algo si no lo realiza. Siente que necesita repetirlo una y otra vez. Es una personalidad con muchos aspectos mágicos y elementos rituales. En el caso de los delitos se muestra claramente como no puede controlarse porque es mayor la angustia ante sus ideas obsesivas. Realiza la conducta porque le produce un alivio psíquico y el delito es evidentemente una conducta destructiva simbólica detallista, con proyección de sus núcleos psicóticos en los casos de crímenes.

Formas clínicas:

a) La reaparición persistente de un pensamiento desagradable, y a menudo inquietante por ejemplo; cuando se piensa insistentemente en que se matará a alguien de la familia, aun cuando sepa que no lo hará el individuo sufre constantemente ante la idea de que lo pueda llevar a cabo.[23]

[23] NOYES, *ob. cit.*

b) En el individuo existe una necesidad de realizar un acto repetitivo y estereotipado; ejemplo: limpiar las baldosas de la celda con un cepillo de dientes. Estas conductas están íntimamente relacionadas a actos ceremoniales rituales que la persona se siente en la necesidad de hacerlo aun cuando no encuentre razón alguna para realizarlas.

El individuo desea rechazar o no realizar esa actividad porque es consciente (en un principio) que es algo irracional pero la angustia es tal que vuelve a repetir sus conductas, ejemplo: cerrar y abrir las puertas para comprobar si ya las cerró con llave.

En un principio estos actos repetitivos pueden ser simples pero a medida que se establece la neurosis estos actos se vuelven más elaborados y complicados constituyendo entonces verdaderos ceremoniales.

El fin de estos actos repetitivos y ceremoniales es anular mágicamente las ideas y los impulsos obsesivos que lo angustian.

c) En esta forma clínica el pensamiento del paciente reaparece persistentemente pero va acompañado de la compulsión de ejecutar un acto repetitivo. La diferencia es muy importante en relación a las otras dos formas, aquí el individuo siente un temor y miedo intenso que lleva a cabo en la práctica sus impulsos.

Es desde el punto de vista criminológico la fase de mayor peligrosidad porque no existe control de parte del paciente que se ve en la necesidad de realizar la agresión.

La neurosis obsesiva se define por el carácter forzado (compulsivo) de los sentimientos, ideas o de las conductas que se imponen al sujeto y que llevan a una lucha permanente.[24]

La neurosis obsesiva se caracteriza clínicamente:

a) Por la emergencia de fenómenos obsesivos (obsesiones de limpieza, de culpabilidad) que se refieren a una idea, representación o situación, convertida en situación exclusiva.

[24] Ver NOYES, *ob. cit.*

b) Por los mecanismos de defensa del obsesivo contra su propia obsesión.
c) Por una clase de trastornos intelectuales y afectivos (duda, perplejidad, sentimientos de irrealidad).

Síntomas

El individuo es invadido por ideas obsesivas, que se le imponen a pesar de él, es el pensamiento compulsivo.

Experimenta una tendencia a los actos agresivos impulsivos, particularmente temidos o no deseados, es lo que constituye la actitud compulsiva.

Se siente forzado a realizar actos repetitivos de carácter simbólico, son los ritos del pensamiento mágico.

Esta lucha agotadora es causada por la angustia.

La actividad compulsiva

La indefinida manipulación y ambigüedad del obsesivo conduce a encontrar todo tipo de dificultades para la decisión y para la acción. Ésta es contenida, pero aparecen las obsesiones impulsivas, verdadera intención de acciones.

El obsesivo establece una especial relación mágica con el mundo.

Cuando el ritual obsesivo es complicado, constituye un verdadero ceremonial una especie de liturgia en que los actos se ordenan en una serie de obligaciones y de prohibiciones.

La actividad está ritualizada: el trabajo, las distracciones se convierten en conductas rígidas.[25]

Obsesiones más frecuentes

Delirio del tacto. Viven en el temor de los microbios, se entregan a complicados lavados.

Obsesión de conductas prohibidas. Representa una especie de tragicomedias de acciones criminales deseadas y temidas a la vez.

[25] Ey, *ob. cit.*

Puede ocurrir que el sujeto pase a realizar la acción para aliviar su conciencia paradójicamente, de ahí el carácter de "descanso" que conlleva la ejecución de la conducta criminal.

Obsesiones aritméticas. Contar o manejar cifras, el obsesivo halla en las operaciones aritméticas un alivio a su angustia. Cuenta, suma, divide y multiplica hasta el infinito, es decir, fragmenta todas las posibles formas de sus actos.

Todo el comportamiento del obsesivo se caracteriza por una rigidez, meticulosidad, detallismo y un excesivo orden. Para Liberman,[26] la omnipotencia de pensamiento y de la palabra se pone de manifiesto por el cuidado del paciente en tener un vocabulario apropiado. Su ideal perfeccionista interfiere de esta manera en la eficacia del intercambio comunicativo, pero cuando por alguna razón se perturba dicho equilibrio narcisista pierde su capacidad de control.

NEUROSIS DEPRESIVA

En esta neurosis la angustia implica una conducta de depresión y tristeza relacionados a complejos procesos de culpa. Suele comenzar por una pérdida real, que el individuo no puede elaborar pero la diferencia entre una depresión diríamos real es que ésta tiene un tiempo de elaboración del duelo[27] que en el caso de la neurosis se prolonga, asociado a un sentimiento de empobrecimiento y de inferioridad que lo hace alejarse lentamente de sus actividades cotidianas y de las relaciones interpersonales para gradualmente acentuar el proceso de la angustia y de la depresión.[28]

[26] Liberman, *ob. cit.*

[27] Freud comparó la depresión con un fenómeno normal similar: El duelo.

[28] En el paciente depresivo el proceso de autoestima adquiere marcada intensidad y unida a ésta presenta un grado de sensibilidad extrema ante dichas oscilaciones. Durante la depresión se observa una disminución cuantitativa en los mensajes que la persona depresiva recibe y trasmite. Es exigente y sensible. Los sentimientos de tristeza, envidia, odio, los autoreproches, así como toda la gama de emociones y sentimientos dan lugar a una inaccesibilidad parcial o total para determinados estímulos y ello es debido a dos motivos:

El paciente tiene conciencia de que su estado se debe, por ejemplo: separación, divorcio, muerte o enfermedad de alguien importante para él. Al parecer en el desencadenante del proceso depresivo de tipo neurótico siempre existen elementos de pérdidas que pueden ser pérdidas reales pero que en algunos casos el paciente sobrevalora la situación de abandono. El individuo se lentifica en sus actividades presenta problemas para trabajar y dormir, el lenguaje es lento, depresivo, con un quejido constante e ideas hipocondriacas. Se siente abandonado, pesimista con dificultades para establecer una relación social, sus percepciones están lentificadas así como su psicomotricidad.

Las reacciones a este proceso de depresión suelen ser diversas, el paciente intenta vencer la angustia y la tensión por medio del alcohol o drogas. Es una conducta de autoagresión, que está relacionada a sus percepciones de autodesvaloración [29] y de menosprecio a sí mismo, pero también esto implica una agresión hacia el medio ambiente, en especial con las personas cercanas a él, un deseo de llamar la atención, que muchas veces se traducen por intentos de suicidios.[30]

Otras reacciones están sumamente vinculadas a ideas y conductas hipocondriacas en donde el depresivo realiza un desplazamiento de su angustia a través de la queja relacionándolo con su cuerpo. Otras reacciones depresivas tiene un carácter criminológico ya que el paciente proyecta conductas agresivas y marcadamente antisociales y patológicas por medio de agresiones y lesiones o por simples robos que presentan característica de tipo neurótico.

La conducta del neurótico depresivo puede desencadenar múltiples formas de agresión: desde el suicidio [31] en un estado de profunda depresión, o el componente de una imagen de

a una desconfianza defensiva y a su falta de iniciativa para entablar una comunicación. Véase LIBERMAN, *ob. cit.*

[29] FENICHEL manifiesta que si las necesidades narcisísticas del depresivo no son satisfechas, su autoestima desciende hasta un punto peligroso, para evitarlo está dispuesto a hacer cualquier cosa, una tendencia a reaccionar a las frustraciones con la violencia.

[30] En el suicidio la pérdida de autoestima es completa y representa una vuelta del sadismo contra la propia persona. Ver FENICHEL, *ob. cit.*

[31] DURKHEIM E., *El suicidio*. Ed. Schapire, 1965.

víctima pasando a ser una víctima real, a conductas de robos (verdaderos casos de cleptomanía, ya que el individuo roba objetos simbólicos y sin ninguna motivación económica por ejemplo: no roba el par de zapatos sino uno). Pero también el depresivo puede llegar a conductas impulsivas y violentas como consecuencia de sentirse solo, abandonado y reaccionando con conductas de resentimiento y agresión hacia el medio social, especialmente al medio familiar.

NEUROSIS HIPOCONDRIACA

Es una personalidad con acentuados rasgos de inmadurez, con sentimientos de minusvalía y temor a la muerte lo que la conducen a que tome su propio cuerpo como un medio de expresión de sus angustias. Es por ello que también en esta personalidad, como en el caso de la neurosis de angustia, la queja suele ser el elemento más importante donde proyecta su patología.

El paciente verbaliza permanentemente una preocupación por su propia salud y un temor a las enfermedades asociadas a preocupaciones e ideas de muerte. Todas sus relaciones interpersonales y sus procesos de comunicación están regidos por esta situación.[32] A nivel de elementos de criminología se advierte que el hipocondriaco suele ser la víctima, muchas veces de ataques sexuales fantaseados y de agresiones físicas, de robos, en la cual el individuo vuelve a convertirse en víctima y da juego a sus ideas y rumiaciones hipocondriacas y de desamparo.

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DELICTIVA DEL NEURÓTICO

Hemos mencionado que las características de la personalidad neurótica son sumamente complejas y abarcan múltiples

[32] Según Ey, existe una permanente preocupación por la salud que da lugar a una continua búsqueda de dolores y de sensaciones anormales. Se descarga la tensión ansiosa por medio de la inculpación de un órgano. Ver HENRY EY, *ob. cit.*

expresiones, estas diversas formas se observan también en las conductas delictivas.

El neurótico puede proyectar una conflictiva de extrema violencia y agresividad exterior como es el homicidio, una hábil e inteligente manipulación en las conductas de estafas hasta llegar a una problemática en su autoestima que lo conducen al suicidio.

Lo anterior plantea indudablemente que la angustia de la personalidad neurótica es tan intensa que se exterioriza por comportamientos violentos y en una conflictiva interpersonal especial. Es decir cabría pensar que la intensa angustia y frustración por sus vivencias e imágenes de desprotección interna, su inestabilidad emocional y la presión de las circunstancias ambientales se atenúan a través de la agresividad.

Existe una actitud de desprecio por la figura del otro como una proyección de su problemática interna, el neurótico llega al delito gradualmente, es decir existe un "tempo" predelictivo. El monto de la angustia y la imposibilidad de controlarla porque justamente las circunstancias de lugar, de tiempo, su relación con la víctima hace que se agrave la angustia y desencadene la agresividad hacia el otro o hacia sí mismo.

En la conducta delictiva del neurótico se advierte más que en otros individuos, conductas ambivalentes, conflictivas, sentimientos de culpa, dudas, especialmente la situación ambivalente, entre sus fantasías sadomasoquistas y su conducta real.

Los mecanismos neuróticos muchas veces ocultan los verdaderos motivos de la agresión. Esto se advierte especialmente en las estafas, comportamiento que requiere seducción para posteriormente engañar, pero donde el estafador necesita protegerse a través de un disfraz asumiendo una imagen externa diferente. Esta situación se repite permanentemente.

Las conductas de robo realizadas por neuróticos se caracterizan por la minuciosidad, detallismo y planeación, es frecuente observar que no actúa solo sino a través de grupos.

En los casos de personalidades con una neurosis de angustia, depresiva o hipocondriaca, son vulnerables a ser víctimas de los delitos como ya lo hemos mencionado, pero también en casos de extrema depresión o angustia llegan al suicidio.

Relación con la víctima. Frecuentemente existe una relación de conocimiento o una relación familiar entre autor y víctima, a excepción de las conductas de robo planeadas y esa relación tan estrecha es muchas veces una pareja simbiótica. Esto también se desprende de las conductas de estafas.

En los casos de suicidio se observa una actitud de castigo hacia las personas que lo rodean o hacia el grupo familiar.

Instrumentos. El neurótico no utiliza por lo común instrumentos primitivos (armas blancas) para sus conductas, prefiere armas de fuego y en muchos casos como en las estafas y robos, su hábil manejo de la relación interpersonal.

Comportamiento en la institución

La angustia del neurótico se identifica aún más dentro de la institución penitenciaria, se observan por lo tanto una alta frecuencia de problemas psicosomáticos, trastornos diversos: gastritis, úlceras, asma, problemas de inapetencia, problemas de obesidad, insomnios, pesadillas, etc. El neurótico vivencia tanto interna como externamente la situación de encierro y esto acentúa la angustia.

Su comportamiento habitual es de encierro, de permanecer la mayor parte del tiempo en su celda o intentar desarrollar una específica actividad laboral o educacional. Por lo general rechaza la comunicación con los internos y busca la compañía de uno o dos y rechaza la comunicación con el resto de internos.

No es agresivo con los demás porque en realidad su contacto y comunicación, tanto con internos como con el personal es limitado.

Debido a su intensa angustia y a los trastornos psicosomáticos que presenta acude frecuentemente a consulta médica pero también porque es consciente de sus problemas emocionales.

DATOS HISTÓRICOS EN RELACIÓN A NEUROSIS

1750. CULLEN. Crea el término neurosis para designar el conjunto de enfermedades nerviosas.
1801. PINEL. Publica el tratado médico filosófico sobre alineación mental. Clasifica las enfermedades mentales: neurosis de los sentidos, neurosis de las funciones cerebrales, neurosis de la locomoción.
1838. ESQUIROL. Distingue en las enfermedades mentales: delirio parcial, la manía, la demencia.
1848. MOREL. Relaciona enfermedad mental con los factores hereditarios.
1881. RIBOT. Publica sus estudios sobre enfermedades de la memoria.
1882. CHARCOT. Estudia la parálisis histérica a través del hipnotismo.
1889. PIRRE JANET. Realiza estudios sobre neuróticos. Publica el automatismo psicológico, planteando que las enfermedades mentales resultan de tensiones psicológicas. Da una gran importancia a la observación clínica.
1895. FREUD y BREUER. Estudios sobre la histeria.
1897. DUMAS. Realiza estudios sobre las emociones.
1900. FREUD. Publicación de "La interpretación de los sueños".
1908. ABRAHAM. Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz.
1909. FREUD. Publicación de "El hombre de las ratas", estudio de la neurosis obsesiva.
1911. FREUD. Analiza los aspectos de la neurosis paranoica en relación al caso Schreber.
1914. FERENCZI. Investigaciones en criminales anarquistas, señalando que cuando el yo real es débil se manifiesta el delincuente neurótico.
1915. WILLIAMS, HEALY. Estudia los factores neuróticos que llevan a la delincuencia.
1915. FREUD. Señala que los sentimientos de culpabilidad existen antes que se cometa el delito, éste se produce como una autobúsqueda de castigo. Artículo: "Los delincuentes por sentimientos de culpabilidad."
1917. DEVAUX y LOGRE. Estudios sobre la neurosis de angustia.
1925. REIK. Estudios sobre los indicios en la conducta criminal neurótica desde el punto de vista psicoanalítico.
1926. WULFFEN. Relación de los aspectos neuróticos y la criminalidad.

1928. FREUD. Analiza en "Dostoievski y el parricidio" los aspectos neuróticos.
1929. ALEXANDER y STAUB. Clasificación de la criminalidad neurótica con una etiología psicológica.
1934. PREYTZ. Estudia el caso de una neurótica cleptómana.
1935. ADLER. Describe los sentimientos de inferioridad, los impulsos de poderío y los sentimientos de comunidad en los delincuentes.
1943. GERLE. Relación entre las neurosis y las conductas de piromanía.
1943. ANNA FREUD. Observa niños criados en instituciones y la deprivación afectiva en relación a la delincuencia.
1946. KLEIN. Analiza las tendencias criminales en niños neuróticos.
1946. DICKMEISS. Estudio de mujeres neuróticas y cleptomanía.
1946. CHRISTIANSEN. Señala que las neurosis se encuentran en delincuentes inteligentes.
1946. DE GREEF, E. Estudios desde una perspectiva fenomenológica del criminal neurótico.
1947. FRIEDLANDER. En psicoanálisis de la delincuencia juvenil señala que la delincuencia neurótica va acompañada de un desarrollo antisocial del carácter.
1947. SUTHERLAND. Investigaciones sobre la edad en que se cometen los delitos relacionada a la actitud hacia la criminalidad.
1950. RICKLES. Las conductas compulsivas del neurótico se observan en casos de exhibicionismos.
1950. EY. Estudio sobre la neurosis de angustia.
1956. BOUVET. Investigaciones sobre neurosis fóbica.

Capítulo V

RETARDO MENTAL Y CRIMINALIDAD

En los aspectos relacionados a la criminalidad de personas con un retardo mental, se encuentra muy frecuentemente que las víctimas son las que reúnen esas características, especialmente en los delitos sexuales.

Es importante conocer entonces el grado del trastorno intelectual porque indudablemente que la gravedad de la sintomatología nos indicará con una mayor claridad la dinámica criminológica.

El concepto de retardo mental está circunscripto al individuo cuyas limitaciones en la personalidad se deben esencialmente a que su capacidad intelectual no se ha desarrollado lo suficiente para hacer frente a las exigencias del ambiente.

Para H. Ey,[1] los retrasos mentales son insuficiencias congénitas, de comienzo muy precoz del desarrollo de la inteligencia.

El débil mental es un enfermo de la inteligencia y esta enfermedad no le permite construir su personalidad integrando su sistema de valores propios en una buena estructuración lógica de sus conocimientos.

El retardo mental dice Frazier [2] se refiere a condiciones anormales caracterizadas por un defecto en el desarrollo intelectual que por lo común, existe al momento del nacimiento, o se presenta en la primera infancia y es provocado por enfer-

---

[1] Ver H. Ey, *Tratado de Psiquiatría.* Ed. Toray Masson, S. A., Barcelona, 1961.

[2] S. Frazier y Carr, *Introducción a la psicopatología.* Ed. Ateneo, Buenos Aires, 1975.

medad, lesión perturbaciones genéticas o carencia social extremada.

La alteración básica del retardo mental es el desarrollo intelectual detenido o retardado.

La deficiencia mental [3] es una condición o estado de inadecuación mental y social, producto de un desarrollo mental detenido o incompleto.

La Asociación Americana para la Deficiencia Mental, define a ésta como todo funcionamiento intelectual por debajo del promedio general, que se origina durante el periodo de desarrollo, asociado con la alteración de la conducta de adaptación.[4]

En la actualidad no existe acuerdo total respecto a la terminología y la clasificación adecuada de estos trastornos de la personalidad.

Por ejemplo: la Asociación Americana usa el término debilidad mental, mientras que otras asociaciones recomiendan que se utilice el vocablo "retardo mental", para designar un funcionamiento intelectual que en general es inferior al promedio o a lo normal.

Se considera que la limitación de la inteligencia también se llama idiocia, imbecilidad, debilidad mental, retardo mental, subnormalidad mental, hipofrenia, oligofrenia.

Se asocia a alteraciones de los siguientes factores: *a)* maduración; *b)* aprendizaje; *c)* adaptación social.[5]

Maduración. Durante los primeros años se produce una clara alteración en el desarrollo, el ritmo de la maduración, y esto constituye especialmente en los niños la base para proporcionar los datos para diagnosticar la debilidad mental. Por ejemplo al llegar a la edad escolar, el niño retardado generalmente experimenta por lo menos dos años de atraso.[6]

[3] KINDER E., *La debilidad mental* en Thrustone, La medición de la inteligencia, la aptitud y el interés. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.

[4] Ver ANASTASI A., *Tests psicológicos.* Ed. Aguilar, Madrid, 1964.

[5] NOYES KOLB, *Psiquiatría clínica moderna.* Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1971.

[6] Ver NOYES KOLB, *obt. cit.*

Aprendizaje. La incapacidad de adquirir y retener [7] conocimientos como resultado de la experiencia, indica la presencia de un defecto en la capacidad de aprender y se observa especialmente en el aprendizaje escolar. Pero cabe señalar que ya se detectan en los primeros años, en la psicomotricidad, lenguaje, en la incapacidad para jugar con otros niños, problemas en el desarrollo.

Adaptación social. Si el retardo mental es leve, el niño tal vez muestre pocos signos hasta que al entrar a la escuela se lo puede observar de un modo más claro. La adaptación social se vuelve importante como un índice de retardo mental, en especial al nivel adulto, pero se refleja desde antes en la incapacidad del individuo para relacionarse con sus padres y maestros y con personas de su mismo nivel.

En términos del funcionamiento intelectual al débil mental le es difícil retener y recordar, y por lo tanto es muy lento para adquirir información. Estas fallas a su vez limitan la capacidad de estos pacientes para analizar y sintetizar la información, es decir la experiencia por lo general no la asimilan. Cuando estos pacientes se encuentran frente a problemas que sobrepasan su capacidad intelectual se bloquean aún más en sus respuestas.

Determinación del grado intelectual

A veces no es fácil esta determinación de retardo mental e implica toda una tarea de diagnóstico diferencial, especialmente debe tenerse en claro no confundirlo con un cuadro confusional, psicótico, con una grave deprivación social.

Por eso con el fin de determinar si en realidad es débil mental,[8] es necesario conocer la personalidad del individuo y especialmente su núcleo familiar.

Las investigaciones médicas, señalan que los padres pueden por herencia trasmitir la debilidad mental si ellos o uno de los

[7] J. BECK, *El examen de la inteligencia y de la personalidad del niño.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.

[8] Ver L. M. TERMAN, *La inteligencia, el interés, la actitud.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.

padres es débil, es muy probable que el niño presente un desarrollo menor.

Sin embargo, hay que tener presente que los padres débiles mentales no sólo afrontan una herencia biológica sino que proporcionan un medio social deficiente, y con escasos estímulos intelectuales y sociales.[9]

En muchos débiles mentales existen secuelas de procesos traumáticos o infecciosos. Se ha mencionado que algunos aspectos físicos se correlacionan con retardo mental, por ejemplo: microcefalia, hidrocefalia, asimetría del cráneo,[10] la implantación frontal baja del cabello, las asimetrías de la cara, malformaciones del paladar.

Es notorio que en la mayoría de los individuos con un retardo mental existe también el antecedente de retardo en el desarrollo de las funciones psicológicas, fisiológicas y sociales.[11]

Por ejemplo en el recién nacido, los primeros indicios del déficit de succión, ausencia de los reflejos de presión, falta de llanto frente a estímulos dolorosos, incapacidad para cerrar los párpados.

El lactante muestra apatía, dificultad para mamar y posteriormente retardo en el comienzo del uso de su aparato motor.

Un niño sano al segundo mes suele sonreir, la cabeza y los ojos se vuelven hacia los sonidos; al cuarto mes comienza a mantener su cabeza erecta, sexto mes, ya se sienta; décimo mes, debe mantenerse en pie y a los doce meses ya comienza a decir algunas palabras.[12]

El retardo en la adquisición de estas habilidades motoras sugiere una alteración en el desarrollo que cuando es pronunciado puede representar un retardo psíquico.

Pero no siempre es fácil el diagnóstico en los primeros meses de vida, los antecedentes de embarazo patológico o traumatismo en el parto deben ser tomados siempre en cuenta en las historias clínicas. En general puede haber un retardo en

[9] Ver NOYES KOLB, *ob. cit.*

[10] Ver SALOMÓN-PATCH, *Manual de Psiquiatría,* Ed. El Manual Moderno, México, 1972.

[11] Ver LEO KANNER, *Psiquiatría Infantil.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1971.

[12] KANNER, *ob. cit.*

la conducta instintiva, tal como la succión, el llanto, la mímica o alteraciones en el ritmo del sueño en las primeras semanas y meses.

A los fines de detectar la normal evolución se han establecido diversas tablas para la valoración del desarrollo y la maduración, entre ellas; los estudios de A. Gessell,[13], Ch. Bühler,[14] Piaget.[15]

Gessell, Bühler, Piaget, todos ellos se basan en los términos medios del tiempo de adquisición de los movimientos de locomoción y precisión del conocimiento de su ambiente. Sin embargo es muy importante tener en consideración que el retraso en algunos de estos aspectos parciales no implica siempre el pronóstico de oligofrenia, pues el desarrollo de las distintas funciones neuropsíquicas no siempre es igual, por ejemplo: los padres se preocupan sobremanera cuando el lenguaje tarda en adquirirse.

Un retardo global puede observarse en enfermedades graves, infecciosas, en trastornos gastro-intestinales prolongados, lo mismo que en la carencia de alimentación y también en un medio familiar y social deprivado.

Existe coincidencia en que para diagnosticar una deficiencia mental se observa por: *a)* lentitud del desarrollo y la maduración neuropsíquica; *b)* por los signos clínicos y anormalidades físicas que pueden presentarse; *c)* en los casos medianos y leves por las dificultades a veces insuperables que tienen estos niños para afrontar las exigencias escolares en los aspectos intelectuales o de conducta sumamente lentificadas; *d)* por los *tests* psicológicos.

Existe una serie de cuadros en que el nivel mental, la etiología, y la patología son distintos de la debilidad mental, pero muchas veces estos individuos son diagnosticados con un déficit intelectual pero en realidad presentan lo que se llama pseudo-oligofrenias.

Son individuos que presentan un retardo en el desarrollo neuropsíquico o una lentificicación en la adquisición del len-

[13] Ver A. GESSLL, *Psicología evolutiva.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.

[14] CH. BÜHLER, *El niño y su familia.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.

[15] PIAGET, *Comunicación, inteligencia y educación del niño pequeño.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964.

guaje. Personas con defectos sensoriales, con retardo en el lenguaje pero con comprensión del mismo. Niños con dificultades en el aprendizaje escolar de la lectura y escritura por lesiones cerebrales mínimas. Niños con retardo por causas endócrinas o tóxicas por hipoalimentación.

Psicosis que a veces simulan oligofrenias, sobre todo cuando su aparición es muy precoz.

Personas con lesiones cerebrales que al presentar fallas en su percepción, gran distractibilidad y dispersión pueden ser confundidas con retardo mental, aun sin presentar ningún déficit en su inteligencia.

Tiene pues una importancia vital el diagnóstico diferencial.

Diferentes niveles de retardo mental

Se ha escrito mucho sobre los niveles de la debilidad mental, y existen numerosas clasificaciones que toman específicos aspectos. En este trabajo presentaremos algunas de ellas, por ejemplo según los grados o severidad del retardo, se hace la clásica división:

Significación en edades reales.

Idiota. No sobrepasaría un nivel mental de 3 años — C. I. 25.

Imbécil. Comprende una edad aproximada de 7 años — C. I. 30-40.

Débil mental. Llegaría hasta un desarrollo mental de 10 años — C. I. 50.

Según Binet[16] débiles mentales son los que sufren un retardo de dos años si son menores de 9 años y un retardo de tres años si tienen más de 9 años.

Las posibilidades sociales que presentan

Idiota. Es un individuo cuya deficiencia mental es muy profunda y por lo tanto no puede atenderse en lo más elemental y es incapaz de protegerse de los peligros físicos ordinarios.

[16] Ver ANASTASI, *ob. cit.*, y THURSTONE, *La medición de la inteligencia, la aptitud y el interés.* Ed. Paidós, 1967.

Imbécil. Puede atenderse a sí mismo y protegerse de peligros simples, pero necesita supervisión, cuidados y vigilancia, es incapaz de recibir la instrucción que se imparte en las escuelas comunes.

Débil mental. Puede atenderse a sí mismo, ser suficiente económicamente si tiene un aprendizaje adecuado, sin embargo, no puede competir con el resto de los niños o adultos, es evidente el retraso escolar, necesita ayuda y control.

Vermeylen y Simon,[17] distinguen en el retardo o debilidad mental dos tipos clínicos:

a) *Débiles armónicos:* en los cuales el déficit intelectual no va acompañado por defectos caracterológicos ni emocionales. Muestran cierto equilibrio en su conducta y actividad de acuerdo con el nivel que presenta. Son individuos tranquilos que se adaptan bien y son capaces de un aprendizaje con técnicas pedagógicas adecuadas.

b) *Débiles intelectuales desarmónicos:* en estos individuos la deficiencia se complica con fallas en la afectividad y conducta. Son niños inestables, de atención dispersa, motilidad exagerada o explosiva. En los individuos de mayor nivel intelectual la conducta es más difícil, presentan fugas, vagabundaje, mitomanías, son de difícil adaptación y escolaridad.

La clasificación propuesta por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud)[18] sin reemplazar a otras clasificaciones o nomenclaturas técnicas, ni implicar un diagnóstico sugiere una nomenclatura práctica. En una denominación de subnormalidad mental engloba:

a) Niños con retardo mental, es decir, los que presentan un rendimiento potencialmente menor a su capacidad.

b) Niños con defectos mentales, que presentan una dis-

[17] Ver HURWITZ, *Criminología.* Ed. Ariel, España, 1956.

[18] Ver NOYES, *ob. cit.*

minución de su capacidad por distintas causas patológicas, psicóticas o infecciosas.

c) Niños con distintas inhabilidades físicas, que conciernen a la subnormalidad: 1) por defectos sensoriales. 2) epilépticos que se convierten en subnormales. 3) espásticos.

La clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana,[19] junto a expertos de la O.M.S. se basa en el C.I. (cociente intelectual) con la salvedad de que este C.I. no puede ser el único medio utilizado para hacer el diagnóctico de deficiencia mental, sino que debe estar basado en estudios clínicos amplios. Esta clasificación es la más utilizada.

La Asociación Psiquiátrica propone cinco niveles:

Retardo mental fronterizo	C.I. 68-85
Retardo mental leve	C.I. 52-67
Retardo mental moderado	C.I. 36-51
Retardo mental grave	C.I. 20-35
Retardo mental profundo	C.I. menos-20

Retardo mental leve

Maduración y desarrollo: puede desarrollar comunicación social y habilidades. Retardo mínimo en las áreas sensorio-motoras, a menudo no se distingue del normal sino hasta edad posterior. Puede aprender habilidades escolares hasta el sexto años de primaria.

Adulto: puede alcanzar habilidades sociales adecuadas para un mínimo de autoapoyo pero necesita guía y ayuda cuando se encuentra en una situación de tensión.

Retardo mental moderado

Maduración y desarrollo: puede hablar o aprender a comunicarse; cognición social defectuosa; desarrollo motor adecuado.

[19] Ver NOYES, *ob. cit.*

Puede beneficiarse del aprendizaje en habilidades sociales y vocacionales. Difícil que progrese más allá del segundo año de primaria, puede aprender a viajar solo en lugares familiares.

Adulto: puede alcanzar automantenimiento en un trabajo que requiera pocas habilidades o ninguna habilidad bajo condiciones de alojo, necesita guía y supervisión cuando se encuentra en tensión.

Retardo mental grave

Maduración y desarrollo: desarrollo motor defectuoso, lenguaje mínimo, por lo general incapaz de beneficiarse del entrenamiento. Pocas o ningunas habilidades para comunicarse. Puede hablar o comunicarse a partir de los seis u ocho años, puede ser enseñado en hábitos elementales de higiene; se beneficia con el entrenamiento sistemático.

Adulto: puede contribuir parcialmente al automantenimiento bajo total supervisión; puede desarrollar autoprotección con un grado mínimo en medio controlado.

Retardo mental profundo

Maduración y desarrollo: retardo muy notorio, capacidad mínima para funcionar en las áreas sensorio-motoras, necesita cuidados de enfermería.

Adulto: algún desarrollo motor y del habla; puede alcanzar una autoprotección muy limitada; necesita cuidados de enfermería.

La clasificación propuesta por la American Association of Mental Deficiency,[20] ofrece un esquema de la amplia gama de alteraciones que pueden dar lugar a retardo mental.

1. Retardo mental asociado con enfermedades y estados debidos a infección:

[20] Ver SOLOMON, *Manual de Psiquiatría.* Ed. Manual Moderno, México, 1972, y AKINS, *Deficiencia mental,* cap. 33.

Encefalopatía congénita, asociada con infección prenatal.
Encefalopatía debida a infección cerebral, postnatal.

2. Retardo mental asociado con enfermedades y estados debidos a intoxicación:

Encefalopatía congénita, asociada con toxemia del embarazo.
Encefalopatía congénita, asociada con otras intoxicaciones de la madre.
Encefalopatía post-inmunización.
Encefalopatía de otros tipos, debido a intoxicación.

3. Retardo mental asociado con enfermedades y estados debido a traumas o agentes físicos.

Encefalopatía debida a lesión prenatal.
Encefalopatía debida a lesión mecánica durante el parto.
Encefalopatía debida a asfixia durante el parto.
Encefalopatía debida a lesión postnatal.

4. Retardo mental asociado con enfermedades y estados debidos a alteraciones del metabolismo, del desarrollo y la nutrición.

5. Retardo mental asociado con enfermedades y estados debidos a neoplasias.

6. Retardo mental asociado con enfermedades y estados debidos a influencias prenatales, por ejemplo, defecto cerebral congénito.

7. Retardo mental asociado con enfermedades y estados debidos a causas desconocidas o inciertas, con reacciones estructurales manifiestas.

8. Retardo mental debido a causa incierta con manifiesta reacción funcional solamente, por ejemplo, retardo mental cultural-familiar.

El débil mental es un niño que se desarrolla lentamente, con una inteligencia por debajo de lo normal, pero cuyas características individuales varían tanto como ocurre con los niños normales. Muchos de ellos presentan trastornos: estereotipia, dispersión, y fallas en la atención.[21] Otros son plácidos, tranquilos, pasivos.

[21] MAYER-GROSS, *Las enfermedades mentales en el niño y en el adolescente*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.

Los problemas escolares que presentan, son derivados de su ambiente con otros niños o ante exigencias que los llevan en algunos casos a situaciones de conflicto psíquico agravando su conducta o creando situaciones neuróticas o agresivas.

Los niños con déficit más profundo junto a su pobre inteligencia presentan una gran inmadurez emocional, son ávidos de protección y caricias, son pasivos y deben ser estimulados permanentemente por una actividad determinada.

Un pequeño porcentaje manifiesta en cambio una hiperactividad permanente y gran intranquilidad.

En los grados más bajos de la deficiencia mental predominan junto a los síntomas del déficit, anormalidades físicas.

La mayoría tienen su crecimiento detenido, muchos no caminan, otros no llegan a sentarse, en general no hablan. Sus movimientos son desordenados o presentan un balanceo rítmico persistente.

CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS

Las características principales del débil mental se relacionan a un desarrollo biológico retrasado, adaptación social inmadura e insuficiente.

El nivel intelectual inferior a lo normal le han impedido un aprendizaje de tipo escolar y laboral, sus actividades por lo tanto se encuentran limitadas y se desarrollan a través de una actitud pasiva, permisiva y presentan una actitud de carácter receptiva.

No se observa una marcada distorsión de los valores sociales y morales ya que no es agresivo en el plano verbal y no presenta conflictiva con la figura de autoridad; aunque existen casos en que por imitación del grupo delictivo se llega a una alta agresión.

No tiene conciencia de su proceder ni de las consecuencias. El alto alcoholismo, por influencia cultural que a veces presentan, acentúa el deterioro en los niveles de comprensión e intelectualización.

Desde el punto de vista criminológico se muestra impulsivo, irracional y con una conducta irreflexiva.

La comunicación así como el lenguaje es precario, es decir, presenta una conducta tímida, introvertida pero es por las dificultades en las relaciones interpersonales.

Dependencia con determinadas personas, es decir presenta una afectividad infantil inmadura con emociones que lo llevan a desarrollar conductas impulsivas.

Comunicación: a veces se expresan ruidosamente, tono alegre, o están marginadas. Existe disparidad en los campos sensoriales.

Atención: insostenida e incontante.

Interés: está sumamente limitado.

Se presenta agresividad física: mordiscos, golpes. Esta conducta puede aparecer en momentos de excitación general o sobrevenir en ausencia de estímulos externos.

Memoria: puede haber gran desarrollo de la memoria con respecto a un material específico.

Pensamiento: concreto, simple, limitaciones en la abstracción y juicio.

Psicomotricidad: hiperactividad hasta una limitación extrema de movimientos.

Sus actividades están estereotipadas.

El control postural varía pero es poco frecuente que haya coordinación.

Conciencia: se encuentra muy limitada por el déficil intelectual.

Orientación espacio-temporal: según el grado de retardo, pero en muchos existe desorientación espacio temporal.

Adaptación a la realidad: es sumamente precaria y depende por ello del medio ambiente familiar y social.

Deterioro: es muy marcado, y a medida que el individuo es de mayor edad se acentúa.

La familia del débil mental presenta muchas veces una deprivación sociocultural que dificulta aún más una labor asistencial y educativa.

Por la debilidad de su yo y de su personalidad el débil es sugestionable y manipulable. Las reacciones del medio en que vive el débil mental determinan en gran parte los trastornos de su adaptación. El débil responde a la incomprensión con reacciones afectivas elementales que se orientan alrededor de tres tipos:

a) Reacción de disminución (renuncia) que va de la inercia al refugio en un mundo fantástico.
b) Reacción de oposición, enfado, cólera, rechazo.
c) Reacción de compensación, que puede llegar a conductas delictivas.

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DELICTIVA DEL DÉBIL MENTAL

Desde el punto de vista de la criminología es importante distinguir si es autor o víctima del delito.

Autor. La conducta delictiva llevada a cabo por una personalidad débil mental, es por lo general una conducta no reflexiva, impulsiva, carente de planificación y muchas veces llega a este comportamiento por la imitación de grupos delictivos. Tiene un conocimiento muy pobre de su propia personalidad y por consiguiente de la de los otros, resultándole muy difícil ponerse en el lugar del otro y es por ello que prevee mal sus reacciones.

El mismo se coloca en situaciones difíciles que no sabe resolver más que por la mentira o la violencia y esto es debido a que es incapaz de hacer frente a situaciones nuevas que exijan un análisis pasivo de sus dificultades.

Hemos observado que la personalidad con un retardo mental y con una conflictiva social desarrolla frente a determinadas

circunstancias, generalmente, delitos en propiedad ajena (daño). Esta conducta de daño consiste en destruir, inutilizar o de cualquier modo dañar un objeto ajeno; por ejemplo: romper una ventana, arrojar piedras, etc. Es una conducta impulsiva e incontrolada.

La conducta del dañador es impulsiva, destructiva, pero dirigida hacia objetos y no hacia personas.

El desplazamiento es un mecanismo psicológico mediante el cual una carga afectiva se transfiere de un objeto verdadero (persona odiada) a un elemento sustituto (casa de la persona odiada). Es decir que las características de un objeto (persona) se propagan a otros objetos (pertenencia de esa persona).

Las aspiraciones e intereses del dañador son limitados, y esto debe relacionarse también con la carencia de posibilidades de instrucción y económicas. Su nivel educacional (escolaridad alcanzada) es muy bajo analfabetas o semianalfabetas.

El dañador posee una personalidad inmadura e infantil, su pensamiento es lento, es sensible, el tipo de relación que tiene con su medio externo es más bien masoquista; no puede independizarse de su núcleo familiar, sino que utiliza la acción como medio de obtener satisfacción a sus necesidades.

La conducta delictiva no es planeada, es impulsiva y el dañador por lo general no utiliza armas, sus medios son primitivos, objetos o su propio cuerpo. Es una conducta que no tiene una víctima determinada sino que ésta es desconocida.

Cuando el débil mental realiza una agresión sexual (violación) es por lo común a niños porque se sienten más seguros, pero aun aquí es una conducta circunstancial no planeada.

El hurto o el robo se dan más por manipulación de otras personas hacia el débil mental que por una conducta espontánea de éste. Claro está que hay que señalar que las personalidades débiles mentales que han recibido una fuerte influencia del medio familiar con valores sociales y morales distorsionados continúan con estas conductas de hurto por un comportamiento imitativo.

Víctima

Observamos que frecuentemente la persona con un retardo mental es la víctima de delitos sexuales. Esto sucede por las dificultades en la comunicación (su lenguaje en precario) no pueden solicitar auxilio y por sobre todo el engaño fácil de la que son objetos.

El grado de retardo mental a veces es muy profundo como en los casos de débiles mentales con un C.I. bajo y esto representa enormes dificultades para su autonomía y resultan víctimas cuando se encuentran solos en lugares apartados.

La imposibilidad de poder defenderse se hace evidente en la característica de pasividad y en las dificultades psíquicas para reaccionar y autoprotegerse.

Existen en todos los casos, tanto cuando se es autor cuando se es víctima una pronunciada deprivación sociocultural que unida a su déficit intelectual representa a nivel de su personalidad débil mental imposible comprender y poder solucionar los problemas de agresividad que se le presentan y que en el autor significa una proyección de un estado patológico más grave, esto es la debilidad configurando una conducta agresiva; y en el caso de las víctimas débil mental una prueba de la marginación de que es objeto y por la falta de control y asistencia familiar.

Comportamiento en la institución

El débil mental continúa en su comportamiento pasivo, receptivo pero puede agredir, destruir, especialmente como imitación de otras conductas y para no sentirse marginado del grupo. Es un individuo fácilmente manipulable, que obedece ciegamente las órdenes de otra persona a la cual se siente ligado afectivamente.

Si el deterioro de la personalidad no es muy marcado puede desarrollar una labor, un trabajo, pero esta actividad es simple, y sumamente concreta.

La actividad escolar es difícil debido al déficit intelectual que presenta y a las dificultades en el aprendizaje y adquisición de conocimiento.

En realidad no es un individuo que presenta agresión ni conflictos grupales pero puede ser muy impulsivo y primitivo en su comportamiento. Posiblemente el mayor peligro está representado porque es él una víctima de otros individuos violentos o de grupos que lo utilizan como objeto sexual. Son frecuentes en los ambientes penitenciarios las violaciones a los jóvenes y a los débiles mentales justamente por la precariedad de sus defensas tanto físicas como psicológicas.

Cuando el débil mental llega a la institución penitenciaria la familia lo ha abandonado hace mucho tiempo. La carencia de afecto, control e interés de parte del núcleo familiar constituye uno de los factores más claros de la génesis delictiva del débil mental.

DATOS HISTÓRICOS SOBRE RETARDO MENTAL

1801. ITARD. Intento de enseñar a un joven con una profunda deprivación encontrado en Aveyron.
1806. PINEL. Lo clasifica como "idiota".
1839. ESQUIROL. Capítulo en su estudio sobre retraso mental.
1846. SEGUIN. Publicó la obra "Tratamiento moral y educación en idiota".
1866. LANGDON DOWN. Estudio del deficiente mongólico.
1882. F. GALTON. Establecimiento de un instituto antropométrico en Londres.
1890. J. MCCAHELL. Aplicación de test mentales en la Universidad de Columbia.
1895. A. BINET y TH. SIMON. Primeros trabajos dedicados a procesos mentales complejos.
1900. W. STERN. Psicología de las diferencias individuales.
1901. C. WISSLER. Correlación entre rasgos mentales y físicos.
1904. C. SPEARMAN. Formulación de la teoría bifactorial de la inteligencia.
1905. Primera publicación de la escala BINET-SIMON sobre inteligencia.
1908. TRELGOLD, quien distingue entre los casos de deficiencia mental hereditario y adquirida.

1909. DUPRE-MERKLEN. Debilidad motriz.
1915. YERKES. Desarrollo de una escala por puntos.
1916. TERMAN. Revisión de la escala Binet. Incluía 150 delincuentes juveniles.
1917. Desarrollo del Army Alpha.
1921. THORNDIKE, definió la inteligencia como el poder de dar buenas respuestas.
TERMAN, consideraba a un individuo como inteligente en la medida en que fuera capaz de un pensamiento abstracto.
CALVIN, la inteligencia en la habilidad para adaptarse al ambiente.
PINTNER, adaptarse a situaciones relativamente nuevas.
WOODROW, la capacidad de adquisición.
1924. L. THURTONE. La medición de la inteligencia.
1926. F. GOODENOUGH. Test del dibujo de un hombre para medir inteligencia.
1937. TERMAN y MERRILL. Nueva revisión de la escala Stanford-Binet.
1939. Escala WESCHESLER-BELLEVUE, para medir inteligencia.
1941. LONDON y ARTHUR. Estudio sobre pacientes con dificultades para la lectura.
1943. FREUD ANNA. Estudió los niños que residen en hospitales y que presentan características propias y tendencias asociales.
1943. GOLDFARB. Estudio de carencias afectivas y educativas.
1945. SPITZ. Importancia del primer año de vida.
1947. GESSELL. Escalas de desarrollo.
1951. BOWLBY. Influencia de las carencias de cuidados maternos.
1952. YOUNG. La debilidad mental y la delincuencia están bajo la dependencia de factores sociales patógenos.
1953. VINELAND. Escala de madurez social para retrasados mentales.
1955. BALL. La inteligencia en la infancia es cualitativamente diferente de la inteligencia en edad escolar.
1959. LEJEUNE-TURPIN. Alteraciones cromosómicas.
1959. HEBER. Estimación del factor deficitario y del factor relacional lo que plantea el cuadro clínico del retraso mental.
1960. ZAZZO. Concepto de heterocronía en el desarrollo de la inteligencia.
MANNONI. Las primeras relaciones del niño débil con sus padres pueden agravar el déficit intelectual.

Capítulo VI

PERSONALIDAD SENIL Y CRIMINALIDAD

Envejecimiento

En toda existencia humana hay periodos de transición, en los cuales se producen verdaderas crisis fisiológicas, que pueden desencadenar trastornos físicos, psíquicos y sociales.

Uno de los periodos más críticos es el comienzo de la vejez. Esta edad se caracteriza por determinados trastornos orgánicos, pero lo que los agrava es el valor simbólico que revisten, y que en algunos casos desencadenan conductas delictivas.

La vejez no es una etapa autónoma, es parte de un desarrollo, el de toda la vida pasada, incluso la herencia y se debe tener presente no sólo el estado físico y mental sino también su mundo circundante.[1]

La condición actual del anciano, depende de los valores genéticos, del carácter y temperamento, de las enfermedades sufridas, de las experiencias del estado socioeconómico, de sus nexos familiares y afectivos, de su soledad y posibilidades de comunicación.

El análisis prospectivo enfrenta al anciano con un futuro inmediato, el de su envejecimiento y con un futuro mediato, el de su muerte a plazo más o menos breve. El enfrentamiento con este doble análisis retrospectivo y prospectivo, es vivido por cada hombre en particular de acuerdo con su historia psicológica individual. Lo que un hombre ha sido de adulto determinará en gran medida lo que será de senescente. O sea

[1] *Personalidad del anciano.* Instituto de Seguridad Social del Estado de México (ISSEMYM), México, 1976.

que la personalidad pre-climatérica condicionará las características de su futuro desarrollo. Dichos factores pueden agruparse en factores constitucionales, las experiencias infantiles, las experiencias de adulto y las situaciones actuales.

El factor más angustiante es la vivencia del proceso de envejecer. Esto significa, como presente la disminución de las posibilidades del logro de gratificaciones corporales, psicológicas y sociales.

El envejecimiento de la persona no se produce simultáneamente sobre su totalidad, sino que comienza y predomina en alguno de sus campos fenomenológicos. El jubilado puede sentir que va envejeciendo físicamente pero conservando la sensación de estar sano mental y socialmente.

En otras ocasiones el envejecimiento corporal o mental puede ser compensado mediante la utilización hipomaniaca de determinados roles sociales. Éstos son instrumentados para lograr el prestigio ante sí mismo y ante los demás.

La ansiedad experimentada durante el proceso del envejecimiento puede ser muy intensa y obligar al sujeto a recurrir al empleo de mecanismos psicológicos defensivos de naturaleza agresiva, configurando los diferentes cuadros nosográficos de la Psicopatología, entre ellas las conductas criminales.

Al avanzar la edad hay una pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales que tiende a producir sentimientos de vulnerabilidad. Estos sentimientos a su vez crean angustia, que el individuo trata de vencer por medio de los mecanismos que desde hace mucho tiempo ha utilizado para adaptarse a la vida, a las situaciones nuevas.

En el envejecimiento se observa un retardo en la habilidad para responder a los estímulos. El aprendizaje en contextos familiares es más difícil para el anciano que para la persona adulta, y las respuestas a pruebas de inteligencia que implican un límite de tiempo son deficientes.[2]

En las personas "normales" alrededor de los 50 años de edad, tiene lugar una disminución progresiva de la agudeza visual y auditiva. Las personas de más edad, tienen especial

[2] GUILLY, PAUL, *La edad crítica*. Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1972.

dificultad para adaptarse visualmente a la obscuridad y para distinguir diversas intensidades de la luz.[3]

El *strees* de las limitaciones físicas y mentales es cada vez mayor. Además la soledad que resulta de la pérdida de amigos y parientes, y tal vez el rechazo de los hijos produce una angustia intensa.

En los ancianos existe una tendencia a un retorno al pasado y el embellecimiento del mismo, también se observa en algunas personas una proyección paranoide o llega al grado de un marcado autoritarismo, y en algunos casos a homicidios pasionales.

Se plantea la angustia que todo ser humano experimenta ante el comienzo del periodo provecto de la existencia. El miedo al envejecimiento y a la muerte, es tanto menor cuanto mayor ha sido el *cuantum* del amor que brindó durante el decurso de su vida a los diferentes miembros de su grupo familiar. En cambio cuanto mayor ha sido la frustración de sus vivencias mayor será su miedo a la muerte, porque la vivirá persecutoriamente y el anciano desarrollará un comportamiento paranoide y agresivo hacia el medio social.

Berman señala muy acertadamente que el anciano necesita un presente y un mañana, y más que otras edades una filosofía de la esperanza. Ya que el hecho esencial en la vida del anciano es que su fin se aproxima, la idea de la muerte inevitable le preocupa, le angustia. La idea de la muerte antes lejana y borrosa se va precisando con caracteres crecientes y concretos a través de la desaparición de sus familiares, de sus amigos, del deterioro de salud, de sus limitaciones cada vez mayores, del envejecimiento, de su modo de vida del anacronismo, de su escala de valores. Frente a todas las inseguridades internas y externas, una sola seguridad absoluta, la de la muerte.[4]

El anciano debe adaptarse a una nueva situación, la de sus limitaciones, tiene que crearse otro género de vida del que llevó hasta entonces, de acuerdo a sus condiciones, capacidades y medios. Con la edad se tiene que retirar a tiempo de las

[3] GUILLERME, JACQUES, *La longevidad*. Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1968.
[4] BERMAN, GREGORIO, *La psicoterapia de la niñez a la senectud*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1971.

tareas, irse desprendiendo de las relaciones y actividades que sobrepasan sus fuerzas, preparar un nuevo "tempo" de vida, que sea agradable y útil para sí y para los demás. Pero esto implica muchos sacrificios para el anciano, adaptarse a nuevas situaciones y experiencias, por eso la angustia y posterior depresión que esto les causa.

La depresión es el cuadro psicológico que domina prácticamente toda la patología psíquica del anciano.

Una de las características de la vejez o de la edad avanzada es que en gran parte de su existencia se ubica fuera del circuito de la producción y de la reproducción.[5] En este sentido se le puede considerar como un grupo marginal, aunque socialmente se le defina como sector "positivo".

Muchos de los conflictos psicológicos que aparecen en la vejez se relacionan con la marginación y la muerte involucrada en esta marginación: muerte social.

García Reynoso expresa que la sociedad tal cual está constituida, confunde la productividad con creatividad; o mejor dicho no toma en cuenta la creatividad de todo hombre y sólo le interesa la productividad, o sea su trabajo productivo de bienes. De esta manera un hombre que ya no produce, que ha ingresado en la clase "pasiva" cree, porque no lo sabe, que se ha transformado en alguien inútil. Nadie le ha dicho que posee capacidades creativas y que inclusive pueden ser incrementadas y que el ser viejo significa poder crear algo en la medida de sus posibilidades.[6]

Concepto sobre envejecimiento

El gerontólogo americano Lasing propone una definición del envejecimiento explicando: es un proceso progresivo desfavorable de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte.[7]

[5] Ver García Reynoso, Diego, *Geriatría, Prevención de la Salud Mental.* Memorias del Primer Congreso Nacional de Geriatría, México, 1976. Revista *Madurez,* Gobierno del Estado de México, 1977.

[6] García Reynoso, *ob. cit.*

[7] Ver Levin, Kahana, *Los procesos psicológicos en el envejecimiento.* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1973.

En el envejecimiento la apariencia del individua se transforma y permite asignarle con un margen de pocos años una edad. El pelo blanquea y es escaso por deshidratación y como consecuencia de la pérdida de elasticidad del tejido dérmico subyacente, la piel se arruga, se caen los dientes, de la pérdida de los dientes entraña un achicamiento de la parte inferior del rostro, de modo que la nariz se alarga a causa de la atrofia de los tejidos elásticos y se acercan al mentón. La proliferación senil de la piel produce que se formen bolsas debajo de los ojos. El labio superior se afina, el lóbulo de la oreja crece, el esqueleto también se modifica, los discos de la columna vertebral se comprimen, la anchura de los hombros se reduce, la de la pelvis aumenta, el tórax tiende a adquirir una forma sagital. La atrofia muscular, la esclerosis de las articulaciones acarrean trastornos de la locomoción, el esqueleto sufre de osteoporosis, la sustancia compacta del hueso se vuelve esponjosa y frágil, por eso la fractura del fémur que soporta el peso del cuerpo es un accidente frecuente. El corazón se altera, y pierde progresivamente sus facultades de adaptación. El sistema circulatorio presenta problemas y la circulación cerebral se hace más lenta.[8]

Se observan dentro de los síntomas, insomnios, en lo manifiesto se presenta como un "no poder" dormir, en tanto que en lo latente se trata de un "no querer" dormir. El insomnio es un mecanismo defensivo de evitación fóbica al dormir, por temor durante las horas nocturnas de las ansiedades ante el envejecimiento y la muerte.[9]

Su miedo es a enfrentarse con la soledad interna. Para evitar esto "decide" quedarse despierto, conectarse con el mundo exterior y vigilar como un centinela para defenderse de los posibles ataques externos.

Existe una escala gradual que llega al empobrecimiento extremo de los recursos mentales que caracterizan a la demencia senil, ésta se da en gran proporción en los ancianos, en especial en los individuos que han tenido dificultades y problemas neuróticos.

[8] Simone de Beauvoir, *La vejez.* Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1970.

[9] Levin y Kahana, *ob. cit.*

La transición entre la ancianidad habitual y la demencia senil es difícil de dividir, es decir, no existe una demarcación clara debido a que muchos síntomas predominan en ambos estados.

Entre la sintomatología más frecuente se observa: limitación en las ideas, alteración en la capacidad para el pensamiento abstracto, aparece cierta tendencia al aislamiento, habitualmente los sentimientos altruistas son los primeros en perderse mientras que los egoístas y egocéntricos se intensifican, es común la irritabilidad, ya sea como una expresión de las tendencias egocéntricas. Algunos ancianos se vuelven descuidados en sus hábitos de limpieza y en el vestir, pierden todo interés en su apariencia, a veces muestran tendencias a ser desconfiados, al grado de espiar a los demás. Es común que el anciano acumule dinero, objetos y tenga ideas delirantes de que lo quieren robar o envenenar. Emergen síntomas depresivos persecutorios e hipocondriacos que son los medios de que se vale la personalidad para defenderse contra el miedo a morir y el miedo ante la pérdida inminente de funciones y satisfacciones.

Henry Ey, dice que el proceso de la senescencia es un fenómeno biológico general, que se manifiesta en todos los niveles de integración del organismo, a escala molecular, a nivel de célula y de todos los tejidos del organismo, a nivel de la personalidad.[10]

La senescencia o envejecimiento es pues un fenómeno ligado a la vida, estado deficitario que por sus manifestaciones clínicas constituye una condición patológica. Si bien es probable que exista una senescencia "fisiológica" es difícil captar las condiciones y los límites de la misma, y se piensa que la senilidad patológica no es más que la simple exageración o aceleramiento de los procesos normales de la senescencia.

Reminiscencia

Una de las conductas más interesantes y comunes de los ancianos es su tendencia a recordar el pasado, es decir, existe

[10] HENRY, EY, *Tratado de psiquiatría*. Ed. Torray Masson, S. A., Barcelona, 1961.

una alteración en la memoria en que se olvidan los sucesos recientes y se recuerda con mucho detalle el pasado. Se ha discutido sobre el valor de esta sintomatología para la salud mental del anciano. En una interesante investigación de los doctores Mahow y Rhudick, llegaron a la conclusión que la reminiscencia sirve a la adaptación y de que los ancianos tienden a la reminiscencia en los estados depresivos. Se compara a la reminiscencia con el proceso de elaborar las pérdidas personales mediante el duelo.[11]

La reminiscencia se define como el acto o el hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatarlas, en especial las que se consideran más particularmente significativas.

Aunque la reminiscencia no se limita a la vejez se la reconoce como característica de esta etapa de la vida, observación que acentúa la impresión de que los ancianos viven en el pasado. El criterio popular la considera un signo creciente de deterioro mental. Se cree que la reminiscencia puede estar relacionada con el éxito o mecanismo en lo que se refiere a enfrentar el problema de la vejez.

En su descripción del efecto de las emociones sobre la memoria y el aprendizaje Stern explica que una función esencial del recuerdo es la de asegurar el propio pasado en forma adecuada y necesaria para uno mismo. El estado emocional en el presente y las esperanzas, temores y espectativas con respecto al futuro, determinan la forma en que los hechos del pasado se reviven o se evitan. Todo lo que no tiene esta relación con el presente se olvida porque carece de significado personal.[12]

En su examen de la relación entre las emociones y la memoria, Rapaport llega a la conclusión de que las emociones son tan importantes para determinar lo que se recuerda como para decidir lo que se observa. Así la memoria no sólo contribuye a un sentido de la continuidad sino también es selectiva con el propósito de conservar un sentido de significado personal.

[11] Ver MCMAHOW y RHUDICK, *Los procesos psicológicos en el envejecimiento*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1973.

[12] MCMAHOW y RHUDICK, *ob. cit.*

Para la persona que envejece, su significación personal se vincula sobre todo con hechos del pasado y esos hechos se convierten cada vez más en el tema de su percepción consciente.

Otro factor en la senectud que quizás contribuya al aumento de la reminiscencia es el aumento positivo del narcisismo. La pérdida de familiares y amigos con su consiguiente retiro de la líbido combinada con la mayor dificultad para encontrar objetos nuevos, favorece la reinversión de líbido con una imagen ideal de uno mismo en el pasado. El mayor egocentrismo contribuye aún más a la tendencia a la reminiscencia.

En las sociedades primitivas, las reminiscencias de los ancianos proporcionaban el principal eslabón entre el pasado y el presente y contribuían a un sentido de identidad grupal.

Los progresos de la ciencia y los métodos modernos de comunicación, han contribuido a que se respete en menor medida la reminiscencia en los ancianos.

La reminiscencia parece ser por lo tanto una actividad mental organizada y compleja que actúa bajo el control del yo y varía según la estructura de personalidad. Se correlaciona de manera positiva con la adaptación eficaz a la vejez y parece promover la adaptación mediante el mantenimiento de la autoestima, la reafirmación en un sentido de identidad, la elaboración y el dominio de las pérdidas personales y la contribución positiva a la sociedad. Sugiere por lo tanto la similitud entre la reminiscencia y los procesos adaptativos normales de la fantasía y el duelo.

CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS

Los aspectos más significativos del anciano, desde un punto de vista general son a nuestro criterio:

— El enfrentamiento con una problemática existencial caracterizada por una grave angustia y la marginación de que es objeto dentro del núcleo familiar y social.
— El deterioro progresivo de las facultades físicas y mentales y especialmente las limitaciones en relación a las actividades.

— El aislamiento, la marginación y su vivencia del proceso de envejecimiento.
— Los trastornos físicos y psicológicos que invaden toda la personalidad y que se traduce en que son personas desconfiadas, nerviosas, hipocondriacas, con tendencia a controlar sus miedos a través de mecanismos obsesivo-compulsivos, personalidades en las que se advierte un deterioro y una regresión a conductas anteriores, en su pensamiento, en sus actos, la regresión conduce en algunos casos a comportamientos infantiles.
— La necesidad de una comunicación con el medio ambiente y con las demás personas se hace evidente a través de su ansiedad por ser escuchado, por su lenguaje maniaco y a veces confuso, por las dificultades en las relaciones interpersonales.
— Los trastornos en la esfera afectiva, su soledad y aislamiento se proyecta en las tendencias hacia una relación masoquista, o por el contrario en un comportamiento agresivo en el plano verbal y en algunos casos en el plano físico.
— El miedo a quedarse solo, aumenta considerablemente su ansiedad que trata de manejar por mecanismos psicológicos de negación a una situación presente y a una vuelta al pasado y también del mecanismo de evasión y mecanismos mágicos (ideas místicas).
— El egocentrismo muy marcado del anciano así como las limitaciones de sus actividades, lleva a que sus relaciones interpersonales estén caracterizadas por patrones específicos, posiblemente esto se deba a la precariedad de sus aspectos sociales, el temor al rechazo de que puede ser objeto en la actual sociedad en la que él se siente extraño y no perteneciente.
— Existe una tendencia en los procesos intelectuales del ancianos y que están muy relacionados a sus vivencias actuales, a volver al pasado, lo que implica para el yo del anciano una menor angustia existencial.
— El anciano presenta trastornos en la memoria, especialmente acentuación de la memoria de fijación, es decir,

el proceso por el cual el individuo es incapaz de recordar sucesos recientes.

— El lenguaje presenta características a veces maniaco (aumento) y en otros ancianos disminución, es decir un lenguaje depresivo.

— *Pensamiento:* se observa una disminución de la agilidad mental, en especial de la asociación de ideas, presenta problemas de perseveración, inhibición, bloqueo, incoherencia, todo como consecuencia del progresivo deterioro. En cuanto al contenido del pensamiento, se advierten ideas obsesivas, autoreferencias, ideas narcisísticas e hipocondriacas.

— *Percepción:* la percepción está disminuida, es lento para la captación de estímulos y de los movimientos visuales. Presenta problemas leves en la orientación espacio-temporal, especialmente a veces confunden el año en que viven, fechas, etc. Pensamos que quizás los problemas en la desorientación espacio-temporal serían los últimos en presentarse en los ancianos, que estaría relacionado con un gran deterioro físico y psíquico, caso concreto en las demencias seniles.

— *Psicomotricidad:* se observan trastornos debido a que desarrollan movimientos inhibidos, con una marcada lentificación, esto debe interpretarse en el sentido de mayor deterioro físico y limitaciones en el área de movimientos (desplazamiento y actividades psicomotoras). Presentan movimientos rígidos y estereotipados o movimientos inútiles, es decir, no necesarios en determinadas tareas. Es dable observar una progresiva disminución de los movimientos, en general de sus actividades. Conductas en las que se desarrollan movimientos y esfuerzos motores, están sumamente limitadas.

— *Trastornos afectivos:* tiende a la depresión, esto a consecuencia de su problemática existencial. La depresión está caracterizada por un abrumador sentimiento de insuficiencia y una actividad psico-física muy disminuida. Es evidente que la depresión constituye el cuadro más frecuente en los estados preseniles y seniles.

— *Deterioro:* se observa en casi todas las áreas de la personalidad del anciano. El deterioro es la progresiva disminución de las facultades intelectuales, físicas, psicomotoras, sociales, etc., a consecuencia del proceso de envejecimiento, así se observan dificultades en los sentidos de la visión y audición también son importantes los problemas odontológicos, problemas de insomnio, alteraciones del sistema nervioso, del aparato digestivo, reumatismo, artritis, enfermedades del aparato respiratorio, etc.

La vivencia del envejecimiento es tan importante en las personas, que existen muchos síntomas hipocondriacos para llamar la atención y de ese modo aliviar sus tensiones.

— *Aspecto social:* reducción de sus intereses, dificultades para adaptarse a situación nuevas. Se percibe al medio social como hostil y agresivo y una problemática en la comunicación con lenguaje depresivo ansioso, etc. por la marginación de que es objeto del medio social.

Demencia senil

Según Ey, la demencia es un debilitamiento psíquico, profundo y progresivo que altera las funciones intelectuales y desintegra las conductas sociales.[13]

Cuando la demencia es poco profunda se emplea más bien el término de debilitamiento demencial o intelectual. Cuando es poco sensible y casi infraclínica se habla de deterioro.

La demencia fue definida en un principio por su carácter de decadencia irreversible, crónica, progresiva, incurable.

En la demencia senil, se observan que la actividad es desordenada, insólita, existe pérdida a la iniciativa y del interés por adaptarse, incapacidad de autoconducción, lenguaje incoherente.

---

[13] EY, *ob. cit.*, y CORRAL, JUAN, *Demencias Senil.* Revista Madurez, Gobierno del Estado de México, México, 1977.

La atención es difícil de fijar: existen trastornos del carácter, irritabilidad, autoritarismo, tendencia a coleccionar y es fácilmente irritable.

Los trastornos en el lenguaje se manifiestan por la perseveración, repetición; y se observa sobre todo trastornos en la memoria y en la orientación espacio-temporal.

Existen diferentes cuadros dentro de los procesos seniles la clasificación clásica reconoce cuatro tipos clínicos: [14]

1. *Deterioro simple.* Esta es la forma más frecuente de la demencia senil y se caracteriza por la disminución progresiva de la memoria, limitaciones en los intereses, pérdida de la iniciativa, lentitud en el pensamiento, apatía, irritabilidad e inquietud, el contacto con el ambiente se vuelve cada vez menos comunicativo.
2. *Tipo delirante y confuso.* Este cuadro es comparativamente agudo y puede asociarse a diversas enfermedades físicas. El anciano está perplejo, desorientado y las alucinaciones son frecuentes. Existe una confusión mental, se mueve sin rumbo fijo, de manera vaga e imprecisa.
3. *Tipo deprimido y agitado.* Este cuadro presenta no sólo la pérdida de la memoria y el empobrecimiento intelectual, sino también un marcado egocentrismo agitación persistente e ideas delirantes, melancólicas, hipocondriacas.
4. *Tipo paranoide.* Se caracteriza por ideas delirantes, casi siempre de naturaleza persecutoria. Son irritables, agresivos, hostiles y exigentes, casi siempre expresan quejas de que los tratan mal. Es el individuo que puede manifestar una agresividad patológica.

A medida que el deterioro se extiende surgen ideas delirantes y se desarrollan más reacciones emocionales defensivas, también se observan problemas en el pensamiento, juicio, las ideas delirantes se vuelven más absurdas. Podríamos hablar

[14] Noyes, Kolb, *Psiquiatría Clínica Moderna.* Ed. Prensa Médica Mexicana.

de una sintomatología básica que presenta el anciano: envejecimiento progresivo, cuadros depresivos agudos o crónicos, desconexión con su medio, limitaciones en su psicomotricidad, lenguaje con trastornos, pensamiento rígido y a veces confuso, problemas en la voluntad, percepción, atención, todo esto conduce a un deterioro de las funciones intelectuales y afectivas.

A veces el anciano llega a un cuadro realmente regresivo y a una confusión yoica.

Las demencias de la vejez se clasifican en base a la naturaleza de las lesiones cerebrales en correlación con los hallazgos clínicos, en las siguientes formas: [15]

a) *Demencia degenerativa.* Representa aproximadamente el 30% de las demencias de la vejez. En opinión de algunos autores existe un factor hereditario con una trasmisión de tipo recesivo. Para otros autores, son importantes los factores situacionales reactivos y precipitantes, tales como: la jubilación, el duelo, la separación, los traumatismos, las infecciones e intoxicaciones y las intervenciones quirúrgicas. Se inicia alrededor de los 65 años de edad.

Las lesiones cerebrales de la demencia degenerativa están constituidas por una atrofia cerebral difusa y lesiones histopatológicas degenerativas extraneuronales e intraneuronales.

b) *Demencia vascular.* Su frecuencia es más o menos la misma que la de la demencia degenerativa. Su edad de aparición suele ser anterior a la de esta última. Las lesiones cerebrales están constituidas por focos hemorrágicos o necróticos más o menos importantes y que no siempre se acompañan de arterioesclerosis cerebral.

c) *Demencia mixta.* Representa alrededor del 40% de las demencias de la vejez, consiste en la asociación de las lesiones degenerativas y vasculares y por lo tanto de los síntomas y signos representativos de ambos tipos de lesiones.

[15] Ver Miguel Kassoievitch Z. y Josefina Esquerra C., *Deficiencia de las funciones mentales producida por lesiones cerebrales.* Memorias del Primer Congreso Nacional de Geriatría, México, 1976.

El diagnóstico de la demencia mixta ofrece mayores dificultades, salvo en los casos en los que se inicia uno de los procesos agregándose posteriormente al otro. Con frecuencia se presentan crisis convulsivas. El tiempo de evolución es aproximadamente el mismo en la demencia degenerativa.

La morbilidad de la demencia senil para Larson (1963) es de 0.12% a los 65 años de edad y de 3.8% a los 80 años de edad. Es de importancia señalar que factores tóxicos e infecciosos a lo largo de la existencia pueden apresurar la involución de las células nerviosas cerebrales, asimismo las modificaciones ambientales, como cambiar de la ciudad que radica, a la muerte del cónyuge, etc., pueden favorecer la aparición del déficit senil.

Cuando el cuadro demencial se ha instalado encontramos una desorganización del comportamiento social que se manifiesta en una forma de vestir negligente, un arreglar y desarreglar sus cosas y frecuentemente una destrucción de las mismas, una tendencia a coleccionar objetos inútiles y el realizar actos absurdos y en ocasiones peligrosos tanto para él como para sus familiares o por el contrario permanecer inmóvil y somnoliento gran parte del día.

Existen trastornos de memoria que comienzan a manifestarse como pequeños olvidos: el anciano quiere hacer algo pero no sabe qué, su memoria de fijación está alterada, son incapaces de recordar un nombre, una lectura o una fisonomía nueva, en cambio la memoria de evocación persiste para los hechos antiguos siguiendo la ley de Ribot.

COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL EN LA VEJEZ

Referirnos a las conductas antisociales en la vejez implica abordar un aspecto difícil y complicado dentro de la criminología por diversos motivos, entre ellos la escasa frecuencia de este tipo de delincuencia, la modalidad sumamente específica del delito donde predominan los delitos contra las personas, la carencia de antecedentes penales o policiales de los autores, la actitud de benignidad de los jueces o por el contrario la represión en estos casos, la relación de conocimiento con la víctima, las circunstancias sociales y culturales.

Ya hemos mencionado que la vejez es una etapa de cambios sumamente significativos, caracterizados por los procesos irreversibles de envejecimiento, especialmente por la angustia existencial que la idea de muerte provoca en las personas.

La vejez es quizás la etapa más difícil dentro de los procesos evolutivos del hombre, y el factor más angustiante es la vivencia de envejer, esto representa una disminución en todas sus capacidades tanto corporales, psicológicas como sociales.[16]

Al avanzar la edad existe una pérdida progresiva en los niveles físicos y mentales que tienden a producir una serie de angustias: sentimientos de vulnerabilidad, de marginación, de impotencia física que crean más angustia, lo que el individuo trata de vencer para poder adaptarse a su medio ambiente. Existen cambios en esta etapa que conducen en algunos casos a realizar una conducta antisocial.

La conducta agresiva del anciano puede estar motivada por la angustia que experimenta en el proceso de envejecimiento, es decir por la situación conflictiva que provocan las limitaciones de sus actividades, las relaciones de dependencia familiar, la angustia ante una muerte cercana, los sentimientos de soledad y el aislamiento que conducen al anciano a recurrir al empleo de mecanismos defensivos de carácter patológico.

Observamos una serie de características en los delitos realizados por los ancianos, especialmente predominan los delitos contra las personas existiendo gran contraste en relación con los otros delitos. Los delitos contra las personas que más frecuentemente se cometen son: homicidios, delitos sexuales (violación o intento de violación). Estos datos concuerdan con otras investigaciones realizadas en las que se señala que el delito típico de la ancianidad es contra las personas.

Cabe preguntarnos qué le sucede a un individuo que no tiene antecedentes penales o policiales y que comete un delito en la vejez. Es evidente que esto debe relacionarse con toda su

---

[16] Ver E. COWDRY, *El cuidado del paciente geriátrico*. Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1962.

historia clínica, con su estructura familiar y social, con las necesidades internas y externas, porque la conducta delictiva surge como una defensa a una situación conflictiva para el individuo, frente a una desorganización de la personalidad y a una amenaza de seguridad (sea social o psicológica).

Pensamos que toda la problemática debida a los procesos de envejecimiento llevan a situaciones de agresividad, por lo general de tipo verbal, pero cuando las defensas no están debidamente estructuradas estos impulsos llegan a ser antisociales.

En todos los delitos cometidos por los ancianos existe una relación de conocimiento con la víctima por lo general es una relación estrecha, de tipo familiar. Encontramos que son personalidades desconfiadas, con tendencia a controlar a su medio, en especial familiar a través de mecanismos obsesivos-compulsivos, que son característicos de conductas agresivas que llevan al homicidio. Es posible que el anciano que se siente marginado, disminuido en sus capacidades y actividades compense este sentimiento de minusvalía con un acto de brutal destrucción como es el homicidio. Los problemas de alcoholismo, tan frecuentes en nuestra cultura, son elementos que coadyuvan en la conducta impulsiva y destructiva.

El deterioro de la personalidad se proyecta en las ideas y valores morales distorsionados de desinhibición ante las conductas de carácter sexual, especialmente con niños; y los trastornos patológicos en la esfera afectiva, los sentimientos de soledad y, el aislamiento que se manifiestan en las tendencias hacia una relación masoquista o por el contrario sádica.

Hemos encontrado en nuestra experiencia un número significativo de incesto.[17] Como sabemos la conducta de incesto es la relación entre parientes consanguíneos. Von Henting señala que el incesto es un delito de aislamiento, los autores de estas conductas tienen poco contacto con el mundo exterior.[18]

Consideramos que en delito de incesto se plantean dos aspectos importantes: por un lado las características de la estructura familiar, esto es la relación tan especial del triángulo padre-madre-hija que provoca el delito, y en un segundo término el medio social.

[17] Ver capítulo *Delincuente sexual.*

[18] Ver VON HENTING, *Criminología.* Ed. Atalaya, 1948.

En el análisis de los delitos de incesto se observan características mágicas y primitivas que invaden toda la estructura familiar, en este caso la patología de tipo familiar emerge a través de las relaciones padre-hija.

La impudicia con niños es un delito que cometen casi exclusivamente los individuos de sexo masculino. También es un delito típico de la ancianidad. Entre los aspectos determinentes de esta conducta debe mencionarse la demencia senil en sus diversos grados.[19]

Por lo general se encuentran en aquellos individuos a quienes les es difícil conseguir una pareja y buscan a un niño o a un adolescente.[20]

Se ha observado que la mayoría de estos sujetos no tenían antecedentes penales y sus costumbres eran adaptadas al medio y su vida laboral estable. Sin embargo presentaban perturbaciones en su vida matrimonial.[21]

En los delitos de violación o intento de violación realizados con niños, se observan casos de demencia senil, son individuos a quienes les es difícil conseguir una pareja adulta por su problemática afectiva, pero además porque al no tener núcleo familiar, carecen de una persona que controle sus conductas.[22]

Por último en relación a los delitos de robo éstos deben interpretarse como robos por necesidad, lo realizan ancianos deambulantes, mendigos, quienes carecen de toda protección familiar y social. Los delitos contra la salud, aquí se habla de la adicción a la marihuana, por lo general son personas que ya presentaban antecedentes de drogadicción.

El suicidio es también frecuente en la ancianidad debido principalmente a los cuadros depresivos que caracterizan la vejez. Asimismo cabría distinguir entre los "accidentes" y un

[19] Ver capítulo *Delincuente sexual.*

[20] Ver MIDDENDORF, W., *Sociología del delito.* Ed. Occidente, Madrid, 1961.

[21] Ver BURGER-PRINZ y LAWRENZ, *Criminalidad en edad avanzada, sexualidad y crimen.* Ed. Zeus, 1969.

[22] Ver MARCHIORI y otros, *Comportamiento antisocial en la vejez.* Memoria del Primer Congreso Nacional de Geriatría, México, 1976.

intento de suicidio por ejemplo asfixia por el gas, quemaduras, negativa a comer, etc.

Las fugas y vagabundeo es una conducta que se observa con cierta frecuencia, especialmente a consecuencia de la falta de un núcleo familiar o por la conflictiva de marginación de que es objeto el anciano.

Es evidente que el delito cometido por un anciano es una consecuencia del abandono en el que se encuentra por nuestra sociedad y en la medida que se atienda su problemática individual, familiar y social, disminuirán las conductas delictivas en esta etapa de la vida.

Pero esta situación evidentemente no es simple sino que implica una gran complejidad estudiar e intentar analizar una conducta de *stress* y conflictiva que margina aún más al anciano y le plantea la convivencia con individuos que presentan valores distorsionados moral y socialmente.

Desde el punto individual cabe el planteamiento: ¿qué ha sucedido en la personalidad de este individuo que transgredió la moral social establecida? Desde el punto de vista social: ¿qué sucede en la estructura social familiar, en las instituciones para que un anciano realice un delito? Sabemos que en esta edad ya no son conductas impulsivas sino conductas de desinhibición moral que le permiten la proyección a nivel concreto de una conducta destructiva. Si sucede esto es porque los aspectos asistenciales y de control hacia el anciano que presenta una problemática de agresividad han fallado. Y continuando en este nivel de análisis también cabe pensar que el anciano es el emergente de una estructura familiar con características patológicas. La familia presiona al anciano hacia un comportamiento antisocial; la carencia de afecto, de asistencia, de protección lo conducen a una situación de marginación.

Frente a esta problemática consideramos como necesaria la asistencia particular a estos ancianos consistente en:

— Comprensión de delito en relación a los procesos de envejecimiento y la situación de angustia que trae como consecuencia.
— Comprensión de la conducta antisocial como mecanismo psicológico que intenta equilibrar una personalidad confusa y desorganizada.
— Comprensión de los sentimientos de soledad y minusvalía del anciano y la angustia ante la idea de muerte.
— Comprensión de los procesos de deterioro físico y mental y la actitud del medio social y cultural que acentúan las ideas paranoides y obsesivas de destructividad.
— Comprensión de la conducta antisocial como una conducta de autodestrucción.
— Las instituciones jurídicas, las penitenciarias, deben considerar las condiciones particulares del anciano que comete un delito así como adecuar las medidas psicoterapéuticas a nivel individual y familiar.

Comportamiento en la institución

En una institución carcelaria el anciano proyecta no sólo su angustia existencial ante la idea de la muerte cercana, sino que la depresión invade todo su comportamiento.

Se advierte que el sentir la institución y la vivencia de una situación de marginación provoca una serie de trastornos en en los que cabe mencionar:

Insomnio por la angustia y preocupación de estar en la cárcel.

Problemas para desarrollar un trabajo o tareas por la disminución en la conación, psicomotricidad.

Aislamiento de los grupos de internos y acentuación de los sentimientos de soledad.

El deterioro es cada vez más evidente y repercute en todas las áreas de la personalidad en el plano físico y psíquico.

No se manifiestan intentos de agresividad a nivel externo, ni conductas de robo pero sí una tendencia a una autodestrucción. Esto por la carencia de una estructura familiar y los sentimientos de soledad.

Se ha expresado que la reclusión constituye para el anciano una pretumba,[23] es por ello que en la mayoría de los casos el anciano muere en prisión.

La actitud hacia las autoridades es de pasividad y receptividad, la timidez y la contemplación es su característica básica, por lo que indudablemente no presenta conflictiva.

El anciano en prisión sufre graves privaciones, entre ellas la inadecuada alimentación, por los problemas odontológicos y orgánicos que padece.

La familia no lo asiste durante la estadía en la prisión, por ello el anciano carece por lo general de visitas familiares y de amigos. Creemos que muchas veces el medio familiar puede verse totalmente "alterado" por la presencia del anciano y más si ha cometido un delito.

Los ancianos mueren durante el primer año en la institución carcelaria. Las condiciones de vida en prisión no son las únicas responsables sino el abandono familiar; la marginación de que es objeto y la situación vivencial del aislamiento físico y afectivo.

DATOS HISTÓRICOS SOBRE LA ANCIANIDAD

1761. MORGAN. Dedicó en su tratado una sección a la vejez.
1799. SEILER. Estudió sobre la anatomía de los ancianos.
1817. HOSTANN. Estudió el asma de los ancianos.
1840. PRUS. Escribió el primer tratado sistemático sobre las enfermedades de la vejez.
1847. PENNOCK. Estudio sobre los ancianos.
1852. HEVEILLE-PARISE. Estudia la frecuencia del pulso y el ritmo de la respiración de las personas de edad.
1857 a 1860. GEIST. Publicó una síntesis de la literatura geriátrica aparecida en Alemania, Francia e Inglaterra.
1860. CHARCOT. Conferencias sobre la vejez.
1895. BOY-TESSIER. Tratado sobre la vejez.
1908. RAUZIER. Tratado sobre la vejez.
1908. MINOT. Resumen de estudios geriátricos.
1912. PIC y BAMANOUR. Libro sobre el anciano.
1914. NASCHER. Primer tratado de geriatría.

[23] Ver SÁNCHEZ GALINDO, ANTONIO, *El anciano en prisión*. Revista Madurez Núm. 2, México, 1977.

1927. EHINGER. Investigaciones clínicas.
1927. WEISS. Investigaciones clínicas.
1930. CARREL. Investigaciones sobre la vejez.
1938. BASTAI y POGLIATTI. Obra de síntesis sobre gerontología.
1939. E. COWDRY. Libro "Problemas de las personas de edad".
1948. PACAUD. Tratado de gerontología.
1953. GRAILLY-DRESTREM. Tratados.
1954. DURAND. "Sobre los hombres de edad en el mundo moderno."
1955. BINET. Tratado de gerontología.
1955. EXTON-SMITH. Problemas médicos en ancianos.
1957. MAY BÜRGER. Estudio sobre geriatría clínica.
1960. BURGER-PRINZ y CAWRENZ. Estudio sobre criminalidad en edad avanzada.

Capítulo VII

TRASTORNOS CONVULSIVOS Y DELINCUENCIA

La epilepsia es uno de los trastornos que mayores discusiones ha provocado desde el punto de vista criminológico debido a que se le ha asociado comúnmente con las conductas impulsivas especialmente en los crímenes violentos. Pero esta asociación derivada probablemente de la similitud del descontrol psicomotor es indudablemente cuestionable.

Debe entenderse que la personalidad epiléptica no presenta "factores o disposiciones" criminales por el solo hecho de presentar trastornos en la actividad electro-físico-química de las células del cerebro que producen la descarga psicomotora, sino qué evidentemente existe en la historia personal del epiléptico una serie de problemas psicosociales que lo conducen en un determinado momento a realizar una conducta antisocial. Estas personalidades epilépticas presentan además una clara distorsión de los valores sociales.

El término epilepsia derivado de la palabra griega que quiere decir apoderarse o caer sobre, se ha aplicado desde hace mucho tiempo a un grupo de reacciones explosivas.[1]

La epilepsia es un complejo de síntomas que se caracterizan por episodios periódicos y transitorios de alteración en el estado de la conciencia, los cuales pueden asociarse a movimientos convulsivos, trastornos emocionales y de la conducta.

En términos generales una crisis convulsiva es producida por una descarga neuronal.[2] Cuando la descarga eléctrica afecta únicamente una área localizada, la crisis es de tipo

[1] Noyes y Kolb, *Psiquiatría Clínica Moderna.* Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1971.

[2] Boshes, *Trastornos convulsivos.* Rev. México Mexicana, 1974.

focal. Cuando la alteración paroxística afecta todo el cerebro, la crisis es generalizada.

Sin embargo, debido a que una descarga focal puede en ocasiones desencadenar rápidamente convulsiones generalizadas, el origen focal de la misma puede no ser evidente. Se considera que las convulsiones desaparecen después de alcanzar cierta edad, particularmente cuando el control ha sido adecuado.[3]

Para Ey, la epilepsia comprende los aspectos de desestructuración de la conciencia, en relación con las crisis y accidentes comisiales y por la otra, las modificaciones de la personalidad que eventualmente están asociadas a estos trastornos.[4]

TIPOS DE EPILEPSIA

Crisis epilépticas generalizadas. Formas convulsivas

Crisis de gran mal. La crisis se inicia por la caída de frente con posibilidad de heridas y de un grito leve. Durante 10 a 20 segundos el cuerpo permanece contraído en un espasmo tóxico con frecuencia asimétrico en un inicio, rápidamente generalizado, este espasmo da lugar a la mordedura de la lengua. El sujeto no guarda ningún recuerdo de su crisis.

El gran mal generalmente se manifiesta durante la adolescencia. Las crisis convulsivas se caracterizan por pérdida súbita de la conciencia y movimientos tónico-clónicos que duran aproximadamente un minuto. La crisis de gran mal es la más grave de las manifestaciones epilépticas.

El aura percepción psicológica de una gran importancia en la criminología, es un aviso de que es eminente la aparición inmediata de una crisis. El sujeto está consciente. El aura es la primera manifestación de la descarga neuronal.[5]

El aura puede consistir en adormecimiento, hormigueo, sensaciones desagradables, alucinaciones, ruidos determinados,

[3] McFarland, Revista Médica Mexicana, 1974.
[4] Ey, *Tratado de Psiquiatría.* Ed. Toray-Mason, España, 1969.
[5] McFarland, *ob cit.*

alucinaciones ópticas. Habitualmente el aura es desagradable a nivel emocional.[6]

Las crisis de gran mal comprenden una fase tónica y otra denominada clónica.

Fase tónica. La pérdida de la conciencia, es repentina y completa. El paciente cae inmediatamente y como rara vez tiene oportunidad de protegerse puede sufrir lesiones graves al caer, ya inconsciente toda la musculatura presenta una contracción continua. El término medio de duración 10 a 20 segundos. El aire se expulsa violentamente y produce el sonido peculiar que se conoce como grito epiléptico. Durante esta fase tónica, las pupilas se dilatan, no reacciona a la luz, también es frecuente que se vacíe la vejiga.[7]

Fase clónica. La etapa va seguida de contracciones musculares intermitentes o clónicas, al principio rápida, después con frecuencia cede y es menor. En esta fase la lengua queda entre los dientes, puede producirse una mordedura. La saliva que no puede deglutirse se mezcla con aire y aparecen en forma de espuma.

En el coma postconvulsiva la cara está congestionada. Si se levanta un brazo o una pierna cae pesadamente como en los estados de parálisis. El paciente puede dormir una o dos horas. Cuando el enfermo va saliendo del coma se muestra confuso, ejecuta actos semiautomáticos.

A veces el enfermo pasa de una crisis a otra sin recuperar la conciencia. Esto se conoce como *status epilepticus* y siempre implica peligro para la vida del paciente.

Crisis epilépticas generalizadas. Formas no convulsivas

Estas manifestaciones clínicas son en primer lugar y esencialmente las ausencias, las crisis atónicas y las mioclonias bilaterales.

[6] *Aura* el término que hace referencia a la experiencia vivida al comienzo de la crisis. Ejemplo: auras vegetativas: la más frecuente es el dolor epigástrico a veces asociado a salivación, accesos de calor o de frío, etc. Ver. Ey, *ob. cit.*
[7] Noyes, *ob. cit.*

La ausencia es un breve eclipse de la conciencia (1 a 15 segundos) no se observan convulsiones ni desorden del lenguaje. En los paroxismos atónicos se observa que la suspensión del tono predomina sobre el eclipse de la conciencia.[8]

Para Livingston el pequeño mal se manifiesta en tres formas: [9]

1. Como ausencias.
2. Movimientos clónicos breves.
3. Pueden asociarse a automatismos breves.

Según Noyes estas crisis son interrupciones transitorias de la conciencia. Los detalles de estos ataques menores difieren mucho en cada individuo, pero la forma más frecuente consiste en una pérdida de la conciencia durante 5 a 30 segundos.[10]

Las crisis se inician y terminan en forma abrupta y no presentan aura ni secuelas. El paciente no cae, en ocasiones se pone pálido y permanece inmóvil, con los ojos fijos y la cara sin expresión, es imposible lograr que atienda algo, el paciente suelta cualquier objeto que tiene en la mano. Unos segundos después la conciencia regresa en forma abrupta y el paciente reanuda sus actividades.

El automatismo psicomotor se destaca por la suspensión durante un periodo bien delimitado de la actividad, y por el gran desconocimiento que se encuentra el sujeto con respecto a su conducta.

La epilepsia psicomotora. Se caracteriza por ataques en forma de trance y episodios de confusión.[11] Se parece al pequeño mal pero difiere en: los ataques duran más de 2′ y se acompañan de movimiento de los músculos de la masticación, la deglutinación o el habla, de modo que el paciente produce sonidos con los labios mastica o emite verbalizaciones incoherentes.

[8] Ey, señala que la mioclonia bilateral se caracteriza por una brusca sacudida de los miembros superiores de la cabeza y de los miembros inferiores, la duración es extremadamente breve. Ver Ey, *ob. cit.*

[9] Livingston, *Revista Médica,* México, 1974.

[10] Noyes, *ob. cit.*

[11] Ey, *ob. cit.*

La epilepsia psicomotora consiste en ataques a veces con un aura de ruidos extraños en los oídos, o en alucinaciones de sabores y olores desagradables, en trastornos en los sentidos corporales, en sentimientos de irrealidad o en trastornos de la memoria durante los cuales el paciente puede ejecutar actos automáticos de los cuales tiene poca o ninguna conciencia.[12]

Aproximadamente el 2% de los casos se manifiesta durante la niñez, pero la mayor incidencia ocurre en el grupo de los adultos, donde representa el 30% de los trastornos convulsivos.[13]

La epilepsia psicomotora se caracteriza por episodios de comportamiento sin propósito definido que el paciente no recuerda posteriormente lo sucedido. Durante una crisis el enfermo puede hacer ruido con los labios, balbucear palabras, aparentar somnolencia o estado de confusión pero sin llegar a la inconsciencia. Es importante el diagnóstico temprano de la epilepsia psicomotora debido a que un paciente puede crear problemas dentro de su comunidad, a través de las alteraciones en el comportamiento.

Por último cabe mencionar la clasificación de la epilepsia por la Liga Internacional contra la epilepsia que distingue:

1. Crisis epilépticas generalizadas (descargas paroxísticas, bilaterales, sincrónicas y simétricas).

   a) *Formas convulsivas:* tónico, clónicas tónicas, clónicas, mioclónicas.
   b) *Formas no convulsivas:* pequeño mal, aquinéticas.

2. Crisis parciales. De semiología elemental: sensorial, motora, neurovegetativas, etc.
   De semiología compleja: dejá-vi automatismos alucinaciones, etc.
3. Crisis parciales secundariamente generalizadas. Todas aquellas que tienen un inicio focal y que secundariamente se generalizan.

[12] Salomon, Ed. Manual Moderno, México, 1972.

[13] McFarland, *ob. cit.*

4. Crisis unilaterales o predominantemente unilaterales en el niño.
5. Crisis erráticas en el recién nacido.
6. Crisis no clasificadas por datos incompletos.

PERSONALIDAD EPILÉPTICA

Han sido consideradas como manifestación de la personalidad epiléptica: lentitud en la forma de reaccionar, actitudes emocionales, inflexibles, falta de respuesta ante los cambios ambientales, egocentrismo, tendencia a la hipocondriacis, opiniones rígidas.[14]

Es importante mencionar que con frecuencia se observa un comportamiento anormal transitorio: inquietud, irritabilidad (auras de tipo psíquico). Sin embargo entre las crisis las alteraciones del comportamiento son similares a las de paciente con una enfermedad crónica, la ansiedad, la depresión, la agresividad y otras alteraciones emocionales pueden ser muy severas en los epilépticos.[15]

En términos generales se considera que el epiléptico presenta: una personalidad rígida, egocéntrica marcada irritabilidad por su situación y depresión. El campo de intereses se va delimitando conforme progresa la reacción convulsiva.[16]

En la personalidad del epiléptico se observa una acentuada rigidez probablemente por los temores que presenta al exhibir descontrol. Esta situación provoca una desarmonía estructural, un descontrol entre sus partes intelectuales, sus impulsos que emocionalmente provoca una mayor angustia.

La progresiva tendencia a la dependencia está relacionada a la conciencia de enfermedad, por los temores a las crisis convulsivas y por no poder dominar y controlar su cuerpo. Esto también trae como consecuencia que el individuo se vaya delimitando en sus intereses y en sus posibilidades de autonomía.

[14] LIVINGSTONE, *ob cit.*

[15] Debido a que el 90% de los epilépticos experimentan la primera crisis durante la niñez los problemas emocionales que acompañan a la mayoría de los epilépticos comienzan en el medio familiar.

[16] NOYES, *ob. cit.*

Esta desarmonía estructural en la personalidad del epiléptico, se proyecta en todos los niveles:

La comunicación interpersonal presenta una disritmia, es decir por momentos; con una grave conflictiva en la comunicación por sus sentimientos de inseguridad.

El lenguaje es rígido, infantil, con cierta perseverancia. La percepción y la atención están alteradas. El nivel intelectual es inferior a lo normal y se caracteriza por un progresivo deterioro de las facultades intelectuales. Claro está que esto debe relacionarse con el ambiente en el caso concreto de los delincuentes generalmente provienen de medios sociales culturales y económicos deprivados, por lo que en el caso del epiléptico se acentúa el deterioro mental.

La perseveración es el rasgo sobresaliente de la actividad intelectual de los epilépticos. Consiste en una pérdida de rapidez en la adaptación sensorial o motriz, con tendencia al automatismo y al estancamiento.[17]

El epiléptico es torpe, tiene dificultades para pasar de una idea a otra. De manera lenta y coartada, su pensamiento es viscoso, avanza con dificultad y tiende a perseverar.[18] La viscosidad conduce a un verdadero estancamiento que acaba por descargarse en forma de reacciones explosivas.

Freud en Dostoievski y el parricidio,[19] distingue una epilepsia orgánica y una epilepsia "afectiva" en la cual la segunda es una neurosis, en la que la reacción epiléptica se pone a disposición de la neurosis, cuya esencia consiste en derivar por el camino somático aquellas magnitudes de excitación que le es imposible manejar psíquicamente. El ataque epiléptico pasa a ser un síntoma de la histeria. Freud manifiesta que es muy probable que la epilepsia de Dostoievski fuera con estas características. Siguiendo estos lineamientos Paz [20] opina que una psicopatología dinámica de la epilepsia intenta la reubicación de lo convulsivo explosivo en el área de una teoría de la conducta, es intentar eventualmente una

[17] EY, *ob. cit.*

[18] EY, *ob. cit.*

[19] FREUD, *Dostoievski y el Parricidio.* Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva.

[20] PAZ, J., *Psicopatología.* Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.

lectura de las significaciones inconscientes que los síntomas convulsivos pudieran incluir.

Una posibilidad para encarar psicodinámicamente los hechos es el pasaje de los mismos a la nomenclatura psicoanalítica. Es decir convulsión descarga pulsional arcaica, desestructuración de niveles superiores de coordinación desorganización del yo.[21]

El yo, en el caso de la epilepsia sintomática típica reacciona defensivamente ante la agresión,[22] en estas epilepsias las mediaciones simbólicas, se expresan en determinado punto por el acceso paroxístico a partir de una latencia disposicional existente, la convergencia de un núcleo privilegiado de fantasías inconscientes con los mencionados sistemas de descarga preformadas.

Las perturbaciones secundarias que la enfermedad puede ocasionar que aumentan el aislamiento, la necesidad de hipercontrol, la agresividad latente, todos estos hechos pueden ser secundarios pero se insertan complementariamente en la línea del masoquismo, pasividad o realimentando las posibilidades explosivas.

Es sabido que el tema de la muerte desempeña un papel importante en la psicología del epiléptico y en el sobrevivir de los ataques.

En el tema de la muerte, varios de los pacientes epilépticos experimentan esta inminencia de ser muertos, incluso asesinados de una manera dramática.

A Freud le debemos la referencia al problema de la muerte en Dostoievski, la relación inequívoca del parricidio en los hermanos Karamasoff y el destino del padre de Dostoievski, con la dialéctica sadomasoquista en la psique epiléptica.[23]

En el análisis de los aspectos del lado diurno y del lado nocturno del carácter de un epiléptico se encuentra la disposición a matar y a la agresividad. Uno de los pacientes en los periodos de ataques señala una serie de sueños en los que

[21] PAZ, JOSÉ, *Psicopatología.* Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.

[22] El Dr. Paz se refiere a los epilépticos inteligentes y neuróticos porque los relaciona a un proceso histero-epiléptico.

[23] FREUD, *ob. cit.*

asesinaba, mientras que durante las crisis confusionales era el mismo que creía ser asesinado de la manera más cruel. En similar temática se repetía en cada aura.[24]

En la proyección de la imagen corporal el epiléptico traduce y sintetiza toda su problemática, es una imagen con un marcado desequilibrio y descontrol, con figuras impulsivas, sin armonía en el conjunto, con zonas en las que se advierte la vivencia que tiene el epiléptico sobre las crisis convulsivas, el temor a ellas y la ansiedad que provoca no controlarlas. Se observa sus fantasías de agresividad y los sentimientos de culpa originados por las crisis.[25]

CONDUCTAS DELICTIVAS EN EPILÉPTICOS

Durante mucho tiempo se ha relacionado la epilepsia con conductas antisociales. De esta manera crímenes, violaciones, robos y otros comportamientos delictivos se explicaban porque supuestamente el autor padecía de trastornos convulsivos o presentaba antecedentes hereditarios epilépticos.

Asimismo se hacía referencia a las similitudes entre la crisis epiléptica y ciertas características impulsivas y sádicas de los delitos violentos.

En realidad en la práctica criminológica se puede observar que el índice de epilépticos en una institución penitenciaria no es significativo o por lo menos individuos con un diagnóstico franco y definido de epilepsia representan un número reducido.

Si tratamos de explicarnos el porqué se ha acentuado esta relación epilepsia-crimen con consecuencias graves para una mayor comprensión de la personalidad epiléptica, podemos pensar en la crisis epiléptica, que sufre inesperadamente, que se caracteriza por movimientos bruscos e incontrolables y en donde predomina una impulsividad en la que el sujeto no es consciente de lo que le sucede. Todo esto se ha comparado

[24] TELLENBACH, Artículo sobre la epilepsia convulsiva y como psicosis, Revista de Psicoanálisis, psiquiatría y Psicología, México, 1966.

[25] Véase WAPNER, *El percepto del cuerpo.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1969. SCHILDER, *Imagen y apariencia en el cuerpo humano.* Ed. Paidós, 1958.

con los crímenes impulsivos y en la que el autor no tiene control de sus conductas.

Pero también debe señalarse el carácter mágico que connotan las crisis epilépticas en la que se atribuye todo lo malo a un individuo que no puede controlar su cuerpo, que es impulsivo, que dramáticamente cae y que después no recuerda nada de lo que le sucedió.

Al rechazo social que ha sufrido el epiléptico al igual que cualquier enfermo mental debe atribuírsele al hecho de que se lo haya marginado y se le haya atribuido una propensión a conductas delictivas.

Se ha considerado mágicamente que en el momento de la crisis convulsiva el epiléptico se vuelve muy impulsivo y antisocial y es cuando comete las agresiones de tipo patológico. Cabe señalar que no hemos observado casos de individuos con padecimientos epilépticos que hayan cometido conductas violentas durante la crisis, y esto es lógico porque el individuo en esos momentos no puede realizar un acto o conducta con cierta coordinación motriz.

Si se han producido delitos durante ese estado psíquico tan complejo que es el aura, especialmente cuando el aura está relacionada a ideas paranoides y que pueden desencadenar agresiones sumamente extremosas.

El tipo de conductas delictivas que se proyecta en las personalidades epilépticas con acentados rasgos paranoides y agresivos son crisis violentas caracterizadas por agresiones (lesiones, homicidios, daños) por lo común a los familiares. El instrumento empleado es casi "primitivo", objetos al alcance o armas blancas.

Hemos observado casos de homicidios repentinos, impulsivos en los que la víctima del delito queda inhibida, paralizada por lo sorpresivo del ataque y por la mínima motivación que lo desencadena. El epiléptico no recuerda lo acontenido aunque en algunos casos manifiesta que agredió pero no recuerda cómo y por qué.

Evidentemente que la crisis impulsiva, con rasgos muy violentos implican un no manejo de sus impulsos, relacionados a una insensibilidad de tipo afectivo.

Hemos mencionado entre las características de las personalidades epilépticas; inmadurez e inseguridad en las conductas a consecuencias de las crisis y el temor a las mismas. Este temor por el descontrol de su cuerpo, es decir la imposibilidad de controlarse van deteriorando paulatinamente los aspectos de vinculación social, su lenguaje, sus relaciones interpersonales que están centralizadas en el núcleo familiar.

Lo anterior explica de algún modo que las víctimas en los delitos cometidos por epilépticos tengan una vinculación de tipo familiar con el autor, casos de lesiones a hermanos, esposa, delitos de homicidio, donde es notoria la impulsividad y el desequilibrio pero donde también se advierten fantasías e ideas paranoides, mucho tiempo antes de la proyección de la agresividad.

Comportamiento en la institución

Los individuos que padecen crisis convulsivas generalizadas, con crisis frecuentes y que están en tratamiento médico, dentro de la institución penitenciaria, permanecen gran parte de su tiempo en las áreas de los servicios médicos, en una vida casi sedentaria sin posibilidades de actividades, de aprendizaje, de asistencia a la escuela y otras actividades. Su vida social se encuentra sumamente limitada, agravada por la carencia en la mayoría de los casos, de la visita familiar.

Son considerados enfermos crónicos en la más amplia extensión del término y por lo tanto se ven reducidas sus posibilidades de interactuar con otros internos en las actividades cotidianas de la institución. Comúnmente no se les permite la asistencia a medios recreativos culturales.. Indudablemente que esto significa para el individuo un progresivo deterioro de sus funciones intelectuales, físicas, mentales y sociales.

Los internos epilépticos con crisis focales o crisis psicomotoras, que se encuentran en los dormitorios comunes y que presentan control médico, desarrollan actividades pero con limitaciones, es decir, trabajan frecuentemente en actividades simples, no asisten a la escuela ya que el rendimiento intelec-

tual está disminuido. Tienden a ser receptivos, adhesivos con las personas sin conflictos de agresividad, pero de presentarse una crisis epiléptica el individuo es más temido por los aspectos mágicos relacionados a la epilepsia por los demás internos y por el descontrol psicomotor que trae como consecuencia un deterioro mayor en el individuo.

DATOS HISTÓRICOS SOBRE EPILEPSIA

1837. Volsin. Estudio de las lesiones cerebrales de los delincuentes.
1876. Lombroso. Publica el hombre delincuente, menciona la delincuencia epiléptica.
1880. Ottolenghi. Se refiere a un carácter epileptoide.
1892. Baer. Investigación sobre los delincuentes "natos" entre ellos los epilépticos.
1898. Manourier. Señala que los rasgos anormales tanto físicos como psicológicos no son particulares en el delincuente.
1906. Hallager. Estudio sobre delincuentes epilépticos en relación a antecedentes hereditarios.
1908. Kinberg. Estudios sobre la demencia en los delincuentes, comprendía epilepsia.
1912. Goring. Estudio de 300 delincuentes, rebatiendo la teoría de Lombroso en cuanto a las características somáticas.
1921. Kretschmer. En su trabajo constitución y carácter plantea la relación entre lo físico y el carácter del delincuente.
1930. Von Rohden. Investigación sobre características físicas del delincuente.
1935. Stumpfl. Estudio de delincuentes reincidentes epilépticos.
1937. Gibbs y Lennox. La epilepsia es una disritmia cerebral paroxística.
1937. Jackson. Describe la epilepsia como una perturbación paroxística de las funciones cerebrales.
1947. Fremming. Estudio sobre epilepsia y otras enfermedades mentales en delincuentes.
1954. Penfield y Jasper. Investigaciones sobre epilepsia.
1960. Gastaut, Fisher y Williams. Estudiaron la epilepsia como síntoma y síndrome con bases neurológicas.
1967. Lalji. Tratamientos en pacientes epilépticos.
1967. Samuel Livingston. Investigación en pacientes con diversos tipos de crisis convulsivas.

Capítulo VIII

PERSONALIDAD DEPENDIENTE Y CRIMINALIDAD —TOXICOMANÍAS—

En este capítulo nos referiremos a la personalidad dependiente que se proyecta claramente a través del alcoholismo o de la adicción a las drogas.

La personalidad dependiente, con un síndrome de toxicomanía está muy relacionada a aspectos criminológicos, especialmente por la inestabilidad emocional que manifiesta, la desinhibición en sus relaciones con los demás y el progresivo deterioro psíquico y social.

Para Salomon [1] la dependencia psicológica significa que existe una compulsión para continuar ingiriendo una droga.[2]

Ey, manifiesta que la apetencia toxicomaniaca constituye una perversión que satisface una necesidad por medio de una absorción habitual y específica de un tóxico (droga).[3]

La O.M.S. define a la toxicomanía como:

1. Invencible deseo o necesidad de continuar consumiendo una droga y procurársela por todos los medios.
2. Tendencia a aumentar la dosis.
3. Dependencia de orden psíquico y a veces físico con respecto a los efectos de la droga.

Existen muchos tipos de drogas, la clasificación clásica se refiere a que los fármacos se dividen en tres grandes grupos:

[1] Ver Salomon, *Psiquiatría*. Ed. Manual Moderno, México, 1972.
[2] La dependencia física provoca un síndrome específico al suspender bruscamente la droga.
[3] Ey, *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Toray-Masson, España, 1969.

1) estupefacientes, 2) psicotrópicos y neurotrópicos, y 3) volátiles inhablables.[4, 5]

1. *Estupefacientes*

a) Derivados del opio (naturales o sintéticos) llamados también narcóticos analgésicos.

b) Derivados de la coca.

La sintomatología que presentan los individuos, es en la dependencia de la morfina, la heroína, la codeína, el sujeto aparece estuporoso, tiene los ojos inyectados y las pupilas contraídas, pierde el apetito y tiene abundante secreción nasal, puede haber náuseas o vómitos, se le encuentran pinchazos o cicatrices en los brazos, muchos de estos dependientes se inyectan bajo la lengua para evitar tales señales.

Las propiedades de los opiáceos difiere en muy poco y la administración continuada de cualquiera de ellos provoca tolerancia. Pueden producir dependencia física y síndromes de abstinencia autolimitada.

Las drogas de este tipo producen un síndrome de intoxicación que se caracteriza generalmente por sedación y una sensación de placer interno de bienestar. Clínicamente esto se presenta como un aturdimiento, rubor, pupilas contraídas. Desde el punto de vista de los individuos drogadictos al opio, la motivación inicial para el uso de la droga es con frecuencia la "elevación" y la imitación de amigos.[6]

La dependencia de la heroína comienza con frecuencia por olor o por la inyección subcutánea progresando hasta la intravenosa. Una vez que la dependencia física está establecida, la motivación fluctúa desde la búsqueda de placer hasta una elevación del sufrimiento de la abstinencia.

Ya sea para escapar a un dolor de origen somático o de origen normal, el morfinómano busca en la droga una modificación apaciguadora de los sentimientos vitales. Según Ey,

[4] Véase ERNESTO LAMOGLIA, *Uso y abuso de la droga.* Ed. Damas Publicistas de México, 1972.

[5] Fármacos de abuso. Cemef., México, 1976.

[6] SALOMON, *ob. cit.*

se puede hablar de los siguientes tipos clínicos: [7] toxicómanos impulsivos en que la impulsividad consiste en la necesidad de satisfacción inmediata. Toxicómanos compulsivos (obsesivos) más próximo al polo neurótico, en el que la tendencia compulsiva manifiesta la lucha angustiosa contra la adicción en este último caso el sujeto lucha y juega a la vez con la culpabilidad neurótica y el martirio que mantiene a través de su toxicomanía.

La cocaína que usualmente se inhala o se aplica en las encías, provoca anestesia local de la mucosa respiratoria y bucal. Causa euforia con sensación de aumento de la fuerza física, mucha actividad y alteraciones leves de la percepción sensorial, confusión, alucinaciones visuales y fase de somnolencia. La intoxicación crónica da lugar a graves trastornos de la conducta que se hace agresiva y antisocial. En el curso de estas toxicomanías, se observan con bastante frecuencia perversiones sexuales.[8]

2. *Psicotrópicos o neurotrópicos*

a) Psicolépticos (también llamados neurolépticos y/o sedantes).
b) Psicoanalépticos (llamados también estimulantes).
c) Psicodislépticos (también llamados psicodélicos y/o alucinógenos).

La sintomatología varía según el psicotrópico pero en general existen acentuadas alteraciones en la mente. Se observa que personas con dificultades para soportar la ansiedad o que sufren de insomnio, tratan de combatirlo con sedantes, esto se hace habitual y termina en una marcada dependencia. Las grandes dosis (cuando no llevan al suicidio) producen trastornos en el lenguaje y los movimientos pueden carecer de coordinación. Se alteran el juicio y la percepción.

Los barbitúricos producen una intoxicación caracterizada por sensaciones de relajamiento y de euforia disartria y ataxia

[7] EY, *ob. cit.*

[8] EY, *ob. cit.*

que van en aumento y disminución de la agilidad mental, con el correspondiente aumento en la confusión, fragmentación de la memoria, desorientación e inestabilidad emocional.[9]

El síndrome de abstinencia presenta debilidad, inquietud y temblor, ansiedad, insomnio.

En los individuos con una dependencia a estimulantes se observa síntomas de hiperactividad, irritabilidad, violencia, reacciona muy impulsivamente. Se deterioran paulatinamente los valores sociales, familiares, puede llegar a una psicosis grave.

En los últimos 25 años, las anfetaminas y las aminas simpaticomiméticas afines han tenido amplio uso médico como depresores del apetito para la reducción del peso, también han tenido a la par enorme uso no médico por choferes de camiones y estudiantes para combatir la fatiga. Estos antecedentes del uso, lo relativamente fácil de su adquisición y la sensación de bienestar ha contribuido a una frecuencia elevada de dependencia psicológica.[10]

Los efectos psicológicos se caracterizan por euforia una impresión de capacidad física y mental aumentadas y disminución del apetito y del sueño. Los síntomas pueden ir acompañados de inquietud, excitabilidad o irritabilidad. Conforme se desarrolla la tolerancia, con dosis más elevada, la depresión aumenta. La sensación de bienestar decrece, el raciocinio se vuelve defectuoso y la memoria se altera esporádicamente. Pueden desarrollarse ideas delirantes de temor persecutorio junto con alucinaciones.

La sintomatología de los psicodislépticos o alucinógenos son considerados como un verdadero cuadro psicótico. Existen alteraciones en la percepción, hay alucinaciones, trastornos en el pensamiento, el sentido del tiempo y el espacio se altera, disminuye notablemente su capacidad para discernir y evaluar sus experiencias, así como su sentido de la realidad. Se observan síntomas físicos como: dilatación de la pupila, en algunos casos elevación de la temperatura, temblores, convulsiones. Produce efectos en las funciones mentales a causa

[9] SALOMON, *ob. cit.*
[10] SALOMON, *ob. cit.*

de su acción distorsionadora sobre los mediadores químicos en los sistemas de trasmisión de las células cerebrales.

Los efectos más dramáticos son las alucinaciones visuales también ocurren alucinaciones auditivas y táctiles y distorsiones de la percepción e imagen corporal.[11]

El individuo se halla a menudo preocupado con sus propios pensamientos y percepciones, el estado afectivo puede ser de éxtasis [12] pero puede alternar con sentimientos de duda y de ansiedad o de depresión, es común un sentimiento de extrañeza o despersonalización.

Puede desarrollarse una reacción psicótica después de la experiencia provocada por la droga, otras secuelas lo constituyen las reacciones depresivas.

Los efectos psicológicos de la marihuana, incluyen distorsión de audición y visión, así como una notoria alteración de la percepción de tiempo y espacio. El pensamiento se vuelve confuso y semejante a una ideación onírica, también es frecuente que el sujeto crea que piensa mejor bajo los efectos de la marihuana que en estado normal. Puede presentar accesos incontrolables de risa o llanto. Con el uso prolongado del fármaco, el individuo pierde sus motivaciones para la vida de relación, tiene trastornos en la memoria, descuida su aseo personal y decae su rendimiento laboral. La motivación proviene más frecuentemente de un deseo de autocognición psicológica personal o de aceptación en el grupo.

El empleo de combinaciones de drogas de diferentes clases constituye un fenómeno frecuente. El alcohol puede combinarse también con estas mezclas pero por lo general se combina con los barbitúricos.[13]

Los efectos subjetivos de la marihuana parecen ser exclusivamente dependientes de la personalidad del individuo y de las circunstancias específicas en que se encuentre. La reacción subjetiva más comúnmente relatada es un estado de

[11] SALOMON, *ob. cit.*
[12] Etnofarmacología de plantas alucinógenas latinoamericanas. Cuadernos, Cemef., México, 1975.
[13] Para Salomon, en la adicción a la marihuana el efecto más común consiste en un estado de ensoñación a menudo caracterizado por euforia, hilaridad y un sentimiento interno de bienestar. El habla es rápido y voluble y a veces desorganizada. Ver *ob. cit.*

alteraciones mentales en que las ideas se desorganizan y fluyen libremente. Se pierde la inhibición y la noción del tiempo, la percepción espacial puede ampliarse y frecuentemente se experimentan vívidas alucinaciones ópticas. No obstante todo esto puede estar más relacionado con la personalidad del individuo y las circunstancias específicas del momento, que con el verdadero efecto de la droga.[14]

3. *Volátiles inhalables*

a) Cementos plásticos.
b) Solventes comerciales.
c) Gasolina y otros combustibles.

Los inhalantes pueden causar dependencia entre los adultos que trabajan en su fabricación, pero se observa que el número más significativo está entre la población adolescente y niños. La dependencia de cementos plásticos y solventes comerciales lleva a una intoxicación severa que convertida en uso crónico representa un grave problema toxicológico.

La sintomatología es diversa: causa temblores y espasmos musculares, convulsiones, baja de temperatura, palidez facial, amoratamiento, zumbidos agudos, dolor de cabeza, vértigo, vómito, confusión mental.

Los daños son de orden psicofisiológicos y revisten un carácter grave.

Los inhalantes constituyen un grupo heterogéneo de sustancias químicas empleadas en la composición de productos industriales y de uso doméstico.[15]

En un interesante artículo sobre "inhalación de solventes y cementos plásticos por adolescentes" los doctores Lamoglia, Cuevas y Barrios[16] señalan cuadros clínicos en base a observaciones llevados a cabo en el Centro de Trabajo Juvenil, señalan trastornos en funciones mentales superiores:

Conciencia disminuida, parcelada, confusión mental. Atención dispersa muy abatida; comprensión distorsionada; sensopercepción distorsionada. Pensamiento incoordinado, discurso con bloqueo y disgregación. Inteligencia, se abaten notoriamente los niveles mentales.

Juicio auto y heterocrítica muy disminuidas. Orientación disminuida y abatida. Memoria alterada a nivel anterogrado. Afectividad variaciones paroxísticas, indiferencia afectiva. Conducta motora: incoordinación, marcha atáxica.

El niño con problemas de drogadicción (inhalantes) presenta graves problemas en el lenguaje y en la comunicación interpersonal de ahí su aislamiento y la marginación que lo conduce a un verdadero autismo y autodestrucción.[17]

Entre las características de los inhaladores se puede observar: lenguaje incoherente, desorientación, dificultad para la concentración, excitación inicial, trastornos en la percepción y en el juicio, confusión, hasta llegar en algunos casos a alucinaciones.[18]

El uso de volátiles inhalables (entre los que se encuentran los solventes industriales)[19] trae graves complicaciones entre los que se mencionan: depresión de la médula ósea, degeneración cerebelosa, daño hepático y renal, degeneración de los nervios ópticos, congestión pulmonar y hemorragia, trastornos del ritmo cardiaco, muerte por sofocación.[20, 21]

[14] Véase W. RUESSELL TAYLOR, *Drogas psicodélicas*. Revista Reportes Médicos, México, 1971.

[15] BELSASSO, G., *Aspectos generales sobre inhalantes*. Cemef., México 1975.

[16] Ver LAMOGLIA, CUEVAS y RIVERA BARRIOS, *Inhalación de solventes y cementos plásticos por adolescentes*. Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social, 1972.

[17] Es por ello que al presentarle a través del lenguaje verbal pautas de comportamiento posibilita la conducta de imitación en el niño. Estas pautas son: respeto por la integridad del "otro", actitud de atención e individualidad, brindándole confianza y explicándose lo que sucede. El niño drogadicto nunca tuvo la oportunidad de que se le explicara nada, y sólo puede entenderlo a través de una comunicación verbal afectiva.

[18] TORRES RUIZ, *Manifestaciones clínicas de los usadores y abusadores en volátiles inhalables*. Cuadernos Cemef., México, 1975. Este autor señala que el promedio de edad es menor que el resto de los drogadictos, predomina el sexo masculino y se observa que provienen de familias desorganizadas.

[19] GUTIÉRREZ FLORES, R. *Solventes industriales*. Cemef.

[20] TORRES RUIZ, *ob. cit.*

[21] Véase BARROSO MOGUEL, ROSARIO, *Alteraciones morfológicas producidas por inhalantes*. Cemef., México, 1975.

PSICOLOGÍA DE LA DROGADICCIÓN

¿Qué personalidad presenta el drogadicto? Es un sujeto que por lo general tiene una acentuada inestabilidad familiar, laboral educacional, aunque con diferentes características de los individuos que están contra los delitos contra la propiedad. En el drogadicto se observa claramente que su conducta delictiva es una rebeldía frente a normas y patrones sociales. Manifiesta una definida oposición hacia la familia y la sociedad. Se observa que son sujetos que desean destacar, cambiar valores, esto en una conducta marcadamente delirante. Existe asimismo una ansia de aventuras que lo llevan a deambular. Esto debe interpretarse como una búsqueda de autonomía del drogadicto, pero debido a los sentimientos de inseguridad se acentúa la dependencia oral.

El comportamiento inestable e inseguro del drogadicto puede entenderse en relación a su estructura familiar ya que proviene de una familia autoritaria, con padres rígidos, castradores, exigentes, en donde por ejemplo se observa que el padre quiere que el hijo se conduzca exactamente como él desea. La figura materna inestable, lábil con una conducta ambivalente, que trasmite inseguridad.

El drogadicto es una persona inmadura infantil con sentimientos de omnipotencia, evasivo y manifestando su permanente dependencia a la droga.

Presenta valores sociales distorsionados que le impiden discriminar entre aspectos negativos y favorables, existe una justificación de su accionar delictivo, de su dependencia, manifestando que "le permiten trabajar mejor", "que tiene mayor resistencia", "que no se preocupa", "que puede hablar más fácilmente con las personas", etc. Psicológicamente esto conduce a una paulatina disgregación del pensamiento y a una insensibilidad afectiva.

Es una personalidad asocial que difícilmente desarrolla una conducta violenta, no utiliza conductas agresivas, intenta persuadir acercarse o por el contrario se aisla. En las relaciones interpersonales presenta una actitud de comunicarse únicamente con las personas que tengan sus ideas, sus intereses, pero también aquí se observa un deterioro que lo puede llevar a situaciones sumamente confusionales, psicóticas, paulatinamente se va estructurando ideas delirantes, en especial paranoides.

A medida que avanza el deterioro, se limita el área de aprendizaje, de intereses, y a negar su conciencia de enfermedad. La confianza y la esperanza mantienen al yo integrado pero los adictos carecen de ellas rápidamente se desorganizan y regresan a un nivel de conducta de proceso primario en el cual no se acepta postergación alguna del deseo de gratificación. Esto es lo que hace al adicto tan desmedido en su búsqueda y lo lleva a veces a la violencia.

El adicto tiene un yo tan arcaico que resulta fácilmente vulnerable a la amenaza de desintegración, especialmente por la tensión y la depresión. A través de la droga alivia la tensión e inmediatamente reestructura la integridad del yo, pero fijado a niveles infantiles.[22]

Glover en su estudio clasifica las adicciones a narcóticos como estados transicionales malignos entre las psiconeurosis y la psicosis.[23]

Gifford dice que la predisposición a la adicción tiene un interés especial, porque la necesidad de reducir las percepciones de la realidad, de abolir el sentido del tiempo y de retirarse del contacto humano, sugiere la existencia de un periodo temprano en el cual las relaciones objetales aparecían sólo en términos de gratificaciones.[24]

Por ejemplo lo que experimenta el adicto a la heroína ha sido relacionado con respecto al sueño o sopor que a menudo le sucede. Frecuentemente la euforia dura poco y sobreviene el sueño hasta que el deseo de la droga despierta al adicto. Weinder describe la culminación como un estado de letargo de estupor ensoñador de somnolencia, en el cual el interés principal se localiza en torno al hecho de ir a dormir.[25]

---

[22] SAVIT, *Psicología del drogadicto*, Ed. Alonso, Argentina, 1972.

[23] GLOVER, *Psycho-Analysis*. Londres, 1941. Psicología del miedo y del coraje. Ed. Siglo XX, Argentina, 1963.

[24] GIFFORD, SAVITT, *Psicología del drogadicto*. Ed. Alonso, Argentina, 1972.

[25] WEINDER en Savitt. *Psicología del drogadicto, ob. cit.*

Lewin llama a la hipomanía y al estupor los equivalentes psicológicos del sueño biológico, ambos actúan al servicio de la negación y ambos son el resultado de una fusión intrapsíquica. Los adictos a la heroína estaban en estados crónicos de tensión intolerables hasta que encontraban la relajación en los opiáceos.[26]

Cuando se satisfacen las necesidades básicas del sustento y amor de un bebé, éste se duerme, el adicto no ha recibido de niño tal atención y como resultado de ello el proceso de dormirse está perturbado por una descarga inadecuada de la tensión acumulada. El adicto busca desesperadamente dormirse para que cese la ansiedad y la droga proporciona la alteración de la conciencia. El estudio de Gifford mostró que los adictos a la heroína fueron descuidados y no recibieron amor de sus madres. Los bebés no estuvieron desatendidos físicamente pero tanto el clima emocional postnatal como el prenatal fueron tensos y discordantes.

Según Rado, no es el agente tóxico sino el impulso a usarlo lo que hace de un individuo un adicto. El impulso de usar drogas es el reflejo de la abrumadora necesidad psíquica del individuo de fusión total con la madre, en un desesperado intento de resolver la tensión y la depresión.[27]

Tomas señala en su trabajo "La adicción como defensa maniaca" que desde hace mucho tiempo se ha destacado la estrecha relación existente entre las toxicomanías y los estados maniacos y depresivos. Pero es evidente que las adicciones y los estados maniacos depresivos no constituyen cuadros psicopatológicos idénticos.[28] La diferencia dinámica fundamental radica en que el yo del adicto si bien recurre a mecanismos maniacos como defensa frente a ansiedades paranoides y depresivas es incapaz de desarrollar plenamente una reacción maniaca sin el auxilio de un agente externo que la desencadene o refuerce y para que tal reacción sea posible debe proyectar

[26] LEWIN, *Tre Phychoanalysis of elation. Ed. Norton*, Nueva York, 1950.
[27] RADO, S. *Tre Psychoanalysis of Pharmacothymia.* Drug addiction. Ed. Ovarterley, 1933.
[28] JAIME, TOMÁS, *La adicción como defensa maniaca.* Ed. Alonso, Argentina, 1972.

precisamente en la droga y en el acto de drogarse, determinados contenidos psíquicos.

La adicción no reside en el efecto químico de la droga, sino en la personalidad del paciente y en las relaciones que éste establece con aquella, existe una intolerancia del adicto a la frustración y al dolor, su extrema dependencia de la droga, el carácter inaplazable de su deseo.[29]

Debido a las frustraciones tempranas los conflictos reavivan en el adicto las primitivas ansiedades depresivas y paranoides que tan claramente se manifiestan en los periodos de abstinencia y para combatirlas en su yo normal a mecanismos igualmente regresivos, tales mecanismos son de tipo maniaco y se hacen posible merced a la presencia de la droga.

Se considera que la acción fundamental de la droga consiste en permitir la negación de una parte de la realidad psíquica modificando la percepción de los estímulos desagradables. En la dinámica del drogadicto se observa la autodestrucción implícita en las adicciones como en cualquier otra reacción maniaca.

Cuando la defensa maniaca no es tan exitosa se hace más aparente el carácter de objeto destruido y destructor que profundamente se atribuye a la droga.

Desde hace tiempo se han comparado los periodos de abstinencia del adicto con la fase depresiva en las ciclotimias. Rosenfeld sin embargo considera que el factor esencial de las relaciones entre toxicomanía y depresión es la identificación con un objeto dañado o muerto.[30] Efectivamente en los casos

[29] TOMÁS, *ob. cit.*
[30] DAVID ROSENFELD en su estudio psicoanalítico de las modificaciones psicopatológicas que es posible detectar en el tratamiento con pacientes drogadictos. Se trata de un trabajo basado en la evolución clínica de varios pacientes drogadictos. En la historia personal del drogadicto es bastante habitual un vínculo muy frustrado con la madre en periodos muy tempranos del desarrollo. Esta carencia de madre real aparece para el niño como un refuerzo de las fantasías inconscientes acerca de una madre interna que no tolera los cambios de humor del hijo. La droga aparece como la representación internalizada de la madre que no tolera los cambios de ánimos, con lo cual el paciente repite consigo mismo las conductas que antes había recibido por parte de su madre interna. Podemos detectar una voracidad destacada en estos pacientes hacia todo tipo de objetos. El intento suicida aparece expresado por la ingesta de drogas, como modo de procurar la aniquilación de un

de toxicomanía aparece la necesidad de reincorporar a través de la droga el objeto perdido. Así como en las toxicomanías se observa tras la defensa maniaca la connotación autodestructiva inconsciente de la droga en las fantasías relativas el uso de medicamentos puede aparecer igualmente un significado autodestructivo oculto tras la negación y la idealización.[31]

Las contribuciones psicoanalíticas sobre este tema han enfatizado la historia temprana del adicto. La mayor atención se ha centrado en la importancia y el significado de las gratificaciones proporcionadas por la droga.

En la literatura psicoanalítica la participación del yo en la adición se ha interpretado generalmente en términos de regresión a niveles primitivos de desarrollo del yo, caracterizados por objetivos narcisistas pasivos.[32]

Fenichel dice que se convierten en drogadictos aquellas personas para las cuales el efecto de la droga tiene un significado específico [33] para ellos significa el cumplimiento de un deseo profundo y primitivo.

Además del placer erógeno proporcionado por la droga, Fenichel subrayó también su importancia al producir una elevación del sentimiento de autoestima. Son también intentos de dominar la culpa, depresión o ansiedad.[34]

El objeto de la adicción es conscientemente gustado y deseado, al mismo tiempo este objeto es temido porque representa (por desplazamiento) un objeto fóbico. Un aspecto importante de la adición parece residir en la exposición deliberada del yo a una situación temible.[35]

objeto interno desorganizante. Esta es una de las razones que ha llevado a enfatizar los elementos maniaco-depresivos en estos cuadros.

La organización narcisista que da origen a la adicción, se ve potenciada patológicamente por los efectos de la ingesta y hacen más difícil cualquier descriminación. ¿Para qué sirve la droga al adicto? La droga le permite hacer el intento de unir sensaciones corporales que representan vínculos con un objeto de una manera algo más organizable y total. Ver *Clínica psicoanalítica.* Ed. Galerna, Argentina, 1976.

31 D. ROSENFELD, *ob. cit.*

32 SZASZ, *Psicología del drogadicto.* Ed. Alonso, Argentina, 1972.

33 FENICHEL, *Teoría psicoanalítica de las neurosis.* Ed. Paidós, 1966.

34 FENICHEL, *ob. cit.*

35 SZSASZ, *ob. cit.*

En resumen podemos decir que las características psicopatológicas de la personalidad dependiente (toxicómano) configuran: una personalidad inmadura inestable, con aspectos ambivalentes de sumisión y agresividad intentando una solución a su conflicto a través de la adicción.

Los estados maniacos (euforia) y depresión se alternan como consecuencia de su adicción que significa una regresión narcisista pero también una actitud autodestructiva. La droga sirve para eliminar cualquier esboso de ansiedad depresiva que es así disociada y evacuada. El efecto de la droga ayuda a un yo muy débil a eludir la intolerable ansiedad depresiva y la pena y la culpa ligadas con la misma.

Lingüísticamente se puede detectar como los adictos usan un habla, repitiendo ciertas palabras en forma mecánica, fetichista. El adicto suele utilizar una palabra pivote para articular la realidad. No siempre es una palabra, puede ser un gesto, una muletilla usada como una droga alrededor de la cual el paciente articula y organiza su realidad.

Es consciente de su adicción justificando su dependencia a través de racionalizaciones e intelectualizaciones. Las percepciones y la atención están presentadas por trastornos hasta en algunos casos llegar a alucinaciones visuales y auditivas. El pensamiento de la personalidad dependiente tiende a ser con ideas de autoreferencia. Es decir los temas que le preocupan son los que manifiesta permanentemente, teniendo dificultad para referirse a otras situaciones en las cuales tiene una actitud de negación.

La psicomotricidad está disminuida, el drogadicto tiende a ser pasivo. El deterioro invade progresivamente todos los aspectos de la personalidad, especialmente en los sociales y morales, aquí es donde se advierte su profunda autodestrucción.

ALCOHOLISMO

Salomon considera tres entidades diagnósticas posibles: [36]

1. *Alcoholismo social.* Donde miembros significativos fa-

36 SALOMON, *ob. cit.*

miliares o amigos sirven como modelo para una conducta de embriaguez.

2. *Alcoholismo neurótico.* El beber como cualquier otro síntoma neurótico, está principalmente basado en una motivación inconsciente y sirve como un medio de mantener el equilibrio psicodinámico. El alcohol implica para estas personas:

a) Crear confianza con el alcohol, el paciente puede atenuar sus sentimientos de inferioridad.

b) Alivio de la ansiedad, el alcohol permite al individuo funcionar en situaciones que en otras circunstancias lo paralizarían.

c) Huida de la responsabilidad puede emplearse el alcohol para atenuar la culpa, la ira y la aflicción.

d) Sustituto de la hostilidad, el alcoholizarse puede constituir un sustituto para la expresión directa de sentimientos agresivos.

e) Sustituto para el sexo, utilización del alcohol como un sustituto inconsciente para la conducta heterosexual u homosexual latente.

f) Regresión, el alcoholismo puede facilitar la regresión inconsciente a los patrones de la niñez temprana que en alguna ocasión provocaron respuestas de atención material por parte de los demás.

3. *Alcoholismo psicótico.* Este tipo de alcoholismo incluye dos subtipos, alcoholismo esquizofrénico y el alcohol maniaco depresivo. El alcoholismo psicótico es una indicación de psicopatología subyacente grave. El alcoholismo esquizofrénico se caracteriza por la alcoholización impulsiva intensa acompañada de signos de disociación mental, ideas alucinatorias o delirantes.

El núcleo psicótico de la personalidad es a menudo paranoide e incluye ideas persecutorias o celos irracionales centrados en la esposa o en un familiar cercano.[37]

[37] SALOMON, *ob. cit.*

El alcoholismo maniaco depresivo alternando entre periodos de ingesta a periodos depresivos, el paciente puede aislarse por largos periodos.[38]

Para Ey, el problema del alcoholismo es extremadamente complejo por los siguientes aspectos: la motivación patológica que empuja a determinados individuos a beber en exceso, la variabilidad de la tolerancia individual, la adquisición de una dependencia del alcohólico.[39] Las reacciones del sujeto al alcohol (tolerancia, acostumbramiento, dependencia) dominan toda la etiología de la conducta de alcoholización. La tolerancia puede ser definida como la relación que existe entre la concentración del alcohol en el organismo y el grado clínico de intoxicación. La tolerancia varía de un individuo a otro, cualquiera que sea el grado de tolerancia con respecto al alcohol, el sujeto puede sufrir más o menos rápidamente una verdadera dependencia con respecto a los tóxicos. Habitualmente esta dependencia se instala lentamente, con frecuencia varios años después del comienzo de la alcoholización. La dependencia con respecto al alcohol puede traducirse de varios modos. En primer lugar por una imposibilidad de abstenerse de consumir bebidas alcohólicas, en esta fase de la intoxicación alcohólica, el alcohólico privado de alcohol siente los signos físicos y psíquicos de un estado de necesidad.[40]

En la segunda forma de dependencia, la conducta alcohólica, se caracteriza por el hecho de que después de haber tomado el primer vaso, el sujeto es absolutamente incapaz de resistir.

Para Ey, entre los trastornos psíquicos en el alcohólico aparecen regresiones de la personalidad, las primeras manifestaciones psíquicas se traducen por modificaciones del carácter: hiperemotividad, irritabilidad, impulsividad, celos.[41]

Los trastornos intelectuales se acentúan, se observa de un modo general descenso del rendimiento, trastornos de la atención, una cierta obtusión en los procesos intelectuales y un

[38] SALOMON, *ob. cit.*
[39] EY, *ob. cit.*
[40] EY, *ob. cit.*
[41] EY, *ob. cit.*

problema amnésico y de una manera general regresión del comportamiento y de la relación social.

Es en el orden de la afectividad donde los trastornos son más claros: refuerzo de las tendencias egoístas, con disminución del sentido moral y de las responsabilidades. La aparición de un comportamiento celoso se asocia a una baja de la potencia sexual y a una inseguridad con respecto al cónyuge. Los trastornos de la afectividad y trastornos del carácter están relacionados a un fondo de ansiedad.

Según Noyes, la adicción al alcohol es sintomática de un trastorno en la personalidad.[42] La mayoría de los alcohólicos muestran ciertas características en su personalidad: dependencia excesiva y pasividad.

En la historia familiar se observa que la madre del alcohólico fue indulgente y protectora en exceso y animó al individuo para que continuara las exigencias infantiles orales propias de los primeros periodos de la vida hasta que dichas exigencias llegaron a ser demasiado grandes e imposibles de satisfacer. También un gran número de alcohólicos provienen de hogares destruidos o de padres con patología grave.

En muchas familias las actitudes paternas suelen ser alternativamente muy severas y en exceso indulgentes, el niño desconcertado por tal falta de consistencia se vuelve un adulto pasivo-dependiente, que es incapaz de expresar sus necesidades y por lo tanto se ve frustrado y desarrolla los sentimientos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresa o bien se convierte en un hombre sujeto a explosiones periódicas de agresión.

La identidad social y sexual de estas personas se establece de manera inadecuada, ya que los padres han desempeñado su papel de manera confusa.[43]

El alcohólico, puesto que reduce su angustia a través del tóxico, trata de usarlo cada vez con más frecuencia. Su adicción se manifiesta no sólo por el uso persistente del alcohol, sino también por los efectos que se presentan al suspenderlo:

[42] NOYES, KOLB, *Psiquiatría clínica moderna.* Ed. Prensa Médica, México, 1971.
[43] NOYES, KOLB, *ob. cit.*

angustia, deseo intenso de ingerir alcohol, debilidad, temblores, etc.

En la paranoia alcohólica el uso del alcohol debilita la represión y prolonga en forma continua el círculo psicopatológico del conflicto homosexual, el exceso alcohólico y la idea delirante paranoica. Psicológicamente las condiciones del enfermo eran favorables para el desarrollo de una psicosis antes que la ingestión del alcohol se volviere excesiva.[44]

La paranoia alcohólica se caracteriza por ideas delirantes de celos o infidelidad, con celos motivados por un sentimiento no reconocido de culpabilidad y miedo, cuyo origen son rasgos o impulsos de su propia personalidad.

Un número de las personas que ingieren grandes cantidades de alcohol durante un periodo prolongado, terminan por sufrir cierta desintegración de la personalidad, los cambios varían desde una alteración en la estabilidad y el control emocional hasta una demencia notable.[45]

Uno de los primeros síntomas mentales del exceso de alcohol es una tendencia creciente a actuar en forma impulsiva tomando como guía las fuerzas instintivas y la afectividad momentánea.

El paciente alcohólico desarrolla sentimientos de rencor, hostilidad y culpa. Su tendencia al engaño y a justificar todo lo reprochable de su conducta o de su carácter, no es sino una parte de la incapacidad fundamental para encarar los hechos de la realidad y de su propia situación. A medida que aumenta su egocentrismo se debilita el sentido de responsabilidad.

CONDUCTAS DELICTIVAS EN LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE

La personalidad dependiente puede realizar diferentes conductas delictivas, pero cabe aquí distinguir entre el individuo dependiente por una conflictiva alcohólica y el adicto a drogas.

En el primer caso tenemos a los homicidios individuales o por grupo, a los delitos sexuales especialmente violación o

[44] NOYES, *ob. cit.*
[45] NOYES, *ob. cit.*

incesto, en la que el alcohol actúa como un desencadenante (desinhibiendo) de una conducta agresiva en individuos con una base de personalidad insegura, dependiente y con acentuados sentimientos de inferioridad.

Habíamos mencionado que la conducta delictiva en estado de embriaguez es muy común, y se advierte en procesos mentales donde se acentúan las ideas paranoides por lo que el individuo es sumamente propenso a agredir, ante mínimas circunstancias.

La agresión al núcleo familiar o a los amigos, se observa muy frecuentemente, los individuos agreden con los instrumentos que disponen a su alcance: armas de fuego, cuchillos; objetos duros, etc., se puede advertir una actitud de indiscriminación, impulsividad extrema y un descontrol tal que no puede tomar conciencia de las consecuencias de sus actos.

La descarga agresiva puede representar en el individuo un "equilibrio" a sus sentimientos de inseguridad, minusvalía, a sus propias frustraciones, al agredir, al medio al cual culpa de su fracaso a través de sus ideas paranoides (acentuadas por su adicción alcohólica) el sujeto agrede de un modo incontrolable y sádico.

Con diferente etiología que los casos anteriores en el delincuente con una conflictiva sexual, se observa que el alcohol también es un desencadenante para conductas agresivas de tipo sexual. Hemos observado esto en los numerosos casos de incesto y en violaciones realizadas por grupos en las que el alcohol desinhibe defensas psicológicas y sociales.

En los casos de adicción a drogas se pueden distinguir tres situaciones:

a) Consumo de drogas.
b) Tráfico de drogas.
c) Familias en las que se advierte consumo y tráfico de drogas.

a) *Consumo de drogas.* La adicción de drogas que puede manifestarse de múltiples maneras y que cambia de un sujeto a otro, implica no obstante estas variantes, una actitud autodestructiva, un negar la realidad y su mundo interno y también una búsqueda de salida a sus intensos conflictos internos.

Como el deterioro mental y social es progresivo y muchas veces está relacionado a la experiencia de otras drogas más potentes el individuo va perdiendo también progresivamente la capacidad de diferenciar sus procesos internos y la realidad. Predomina en todas sus conductas una marcada autodestrucción.

b) *Tráfico de drogas.* Existen múltiples artículos sobre las características de las organizaciones que se dedican al tráfico tanto a nivel interno en un país como a nivel internacional, las maneras y técnicas que son utilizadas para la introducción de la droga, pero aquí nos interesan especialmente las características psicológicas del traficante, individuo que presenta diferente patología que el adicto.

El traficante tiene una personalidad psicopática con un sentimiento omnipotente y un delirio de grandeza tan marcado que busca el poder y el dinero a través de la droga. Todo su comportamiento está dirigido a obtener el poder y así sentirse seguro, no le interesan los medios ni las circunstancias para ello, de ahí que esté dispuesto a proteger su actividad a través de otros delitos.

Es raro que el traficante actúe solo, siempre pertenece a una organización hasta integrarse totalmente a un comportamiento antisocial. Es decir, que cuando llega a esta integración con su grupo u organización delictiva, el sujeto ya está consciente e identificado con sus actividades, a las cuales justifica a través de mecanismos psicológicos de racionalización pero donde también se proyecta su insensibilidad moral y social y sus dificultades a nivel de integración de la personalidad.

c) *Familias en las que se advierte consumo y tráfico de drogas.* Queremos referirnos a esta situación tan particular de familias en las que todos o varios integrantes de la misma se dedican al tráfico de drogas y también son adictos.

Es evidente que son familias con una grave patología y lo curioso es que la madre inicia a los hijos en el tráfico y consumo de la droga siendo el marido también drogadicto.

En estas familias se observa deterioro físico y mental acentuado y en los hijos problemas de debilidad mental o tras-

tornos orgánicos cerebrales. También es paradojal la armonía que presentan y la actitud de proteger la estructura familiar en sus integrantes.

Comportamiento en la institución

El individuo presenta desde el punto de vista psicológico una problemática de base más grave que la drogadicción, esta dependencia implica un síntoma ya que la base de la adicción no reside solamente en el efecto químico sino en la personalidad del paciente y en las relaciones que éste establece con la droga.

La tendencia a la adicción sería la necesidad de reducir las percepciones de la realidad, de abolir el sentido del tiempo y de retirarse del contacto humano.

En la institución penitenciaria intenta obtener la droga por diferentes medios, dinero, familia, robo, la droga es lo que él necesita por ese motivo intenta y protege al traficante y deambula en la institución para obtenerla.

Su comportamiento es inestable en el área laboral, educacional familiar. No es violento y difícilmente agrede pero a veces compromete a la familia en el tráfico de la droga.

DATOS HISTÓRICOS DE ESTUDIOS SOBRE TOXICOMANÍAS

1813. THOMAS SUTTON. Descripción del *deliriums tremens*.
1874. FIELDER. Descubre la euforia que provoca la morfina.
1890. HAVELOCK y WIR. Realizan los primeros estudios sobre mescalina.
1896. *H*EFTER. Aisla la mescalina.
1898. BAYER. Da a conocer la heroína.
1908. K. ABRAHAM. Estudia las relaciones psicológicas entre sexualidad y alcoholismo.
1924. LEWIN. Propone una de las primeras clasificaciones de drogas: eufóricas, alucinógenas, sustancias embriagantes, hipnóticos y estimulantes psíquicos como la cafeína y el tabaco.
1930. PINES, MILLER y ALLES. Primeros estudios sobre anfetaminas.

1943. ALBERT HOFMANN. Descubre los efectos psíquicos del LSD y sus propiedades alucinógenas.
1957. DELAY y DENIKER. Clasificación de drogas.
1961. COODLY. Estudio de los factores psicológicos, sociológicos y culturales entre los adolescentes adictos a drogas y los delincuentes.
1962. HEIM. Realiza la clasificación de 16 variantes de hongos.
1962. EASON. Estudio sobre inhalación de gasolina.
1962. GLASSER y MASSENGALE. Estudio sobre intoxicación a través de cementos plásticos en niños.
1964. ACKERLY y GIBSON. Investigación en niños que inhalaban líquido para encendedores.
1964. DODDS y SANTOSTEFANO. Investigación en adolescentes que inhalaban cemento.
1965. BROZOWSKY y WINKLER. Estudio de 17 inhaladores adolescentes de cemento.
1967. DONE. Estudio en niños inhaladores de solventes que presentaban relaciones conflictivas y agresivas.
1970. CHAPEL. Estudio del daño por consumo de solventes inhalados entre adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

ABRAHAM. *Psicoanálisis clínico,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1959.

ABRAHAMSEN, DAVID. *Delito y psique,* Fondo de la Cultura Económica, México, 1964.

ACKERNCHT. ED. *Breve historia de la psiquiatría,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1962.

ACKERLY, GIBSON. *Lighter Fluid Sniffing American Psychiatric,* 1964.

ACKERMAN. *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares,* Ed. Hormé, Buenos Aires.

ADLER, A. *El sentido de la vida.* Ed. Latinoamericana, México, 1956.

ADLER, A. *Psicología del individuo,* Ed. Paidós, Buenos Aires.

ALEXANDER. *Crime and the human mind.* Ed. Patterson, U.S.A., 1969.

ALEXANDER. *Neurosis sexualidad y psicoanálisis.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958.

ALEXANDER y BRILL. *Neurosis, sexualidad y psicoanálisis de hoy,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.

ALEXANDER y STAUB. *El delincuente y sus jueces desde el punto de vista psicoanalítico,* Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1961.

ALLPORT y FENICHEL. *Psicología y psicoanálisis de los rasgos del carácter,* Ed. Paidós, Buenos Aires.

ARIETI, S.*Interpretación de la esquizofrenia.* Ed. Labor, Barcelona, 1965.

BAJARLIA, J. *Sadismo y masoquismo en la conducta criminal,* Ed. Abeledo, Perrot, Buenos Aires, 1959.

BARROSO, MIGUEL. *Alteraciones morfológicas producidas por inhalantes.* Cuadernos Cemef., México, 1975.

BASAGLIA, F. *La asistencia psiquiátrica como problema antisocial,* Ed. Cuadernos Anagrama, Barcelona, 1972.

BASAGLIA, F. *La institución negada.* Ed. Barral, Barcelona, 1972.

BECK, J. *El examen de la inteligencia y de la personalidad del niño,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.

BELSASSO. *Aspectos generales sobre inhalantes.* Cuadernos Cemef, México, 1975.

BERGLER. *El jugador un neurótico mal comprendido,* Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1945.
BERGER, G. *Carácter y personalidad,* Ed. Paidós, Buenos Aires.
BERGER y BERGER. *Grupo familiar, psicología y psicopatología,* Ed. Nova, Buenos Aires.
BERMAN, GREGORIO. *Reflexiones existenciales sobre la vejez,* Revista Madurez, México, 1972.
BERMAN, GREGORIO. *Problemas psiquiátricos,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968.
BERMAN, GREGORIO. *La psicoterapia de la niñez a la senectud,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1971.
BERNARDO DE QUIROZ, CONSTANCIO. *Lecciones de Derecho Penitenciario.* Ed. Textos Universitarios, México, 1953.
BION, W. *Experiencias en grupos,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.
BLEGER, J. *Psicología de la conducta,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1963.
BLEGER, J. *Simbiosis y ambigüedad,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.
BLEULER, E. *Demencia Precoz,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1960.
BLEULER, E. *Afectividad, sugestividad y paranoia,* Ed. Morata, Madrid, 1962.
BONAPARTE, M. *La sexualidad de la mujer,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1961.
BOSHES. *Trastornos convulsivos,* Revista Médica, México, 1974.
BOVET, M. *Aspectos psiquiátricos de la delincuencia juvenil,* O.M.S., 1954.
BOWLBY. *El cuidado maternal.* Ed. F.C.E. México, 1974.
BOWLBY. *Privación materna y delincuencia.* Rev. Criminología, México, 1978.
BROMBERG, W. *Estudio psiquiátrico del homicidio,* Ed. Morata, Madrid, 1963.
BUHLER, CH. *El niño y su familia,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.
BURGER, PRINZ y LEWRENZ. *Criminalidad en edad avanzada, sexualidad y crimen,* Ed. Reus, Madrid, 1969.
BURNS, CH. *Los niños inadaptados,* Ed. Hedner, Barcelona, 1960.

CAPLAN. *Psiquiatría preventiva,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.
CARRANCÁ y TRUJILLO. *Sociología criminal y derecho penal,* Escuela de ciencias políticas y sociales, México, 1955.
CLECLEY, H. *Psychopatic State.* American Handbook of psychiatry, Nueva York, 1959.
CLIFFORD, W. *Theplanning of crime prevention,* N. Unidas, 1975.
COODLEY. *Current aspects of delinquency and addictions.* Archiv Psyquiatric, 1961.

CORRAL, JUAN. *Demencia Senil,* Revista Madurez, México, 1977.
COSACOV, GUSTAVO. *Jubilación y legislación de cambio social.* Revista Madurez, México, 1977.
COWDRY. *El cuidado del paciente geriátrico,* Ed. Prensa Médica, México, 1962.
CHAZAL, J. *La infancia delincuente,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1960.
CHOISY. *Psicoanálisis de la prostitución,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964.

DE BEAUVOIR. *La vejez,* Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1970.
DI TULIO, B. *Tratado de antropología criminal,* Ed. Ipac, Buenos Aires, 1950.
DI TULIO, B. *Principios de criminología clínica y psiquiátrica forense,* Ed. Aguilar, Madrid, 1966.
DOSHEY, L. *El niño delincuente sexual,* Ed. América Lee, Buenos Aires, 1945.
DOWNER, J. *Detention care in rural areas,* Department of health. Sep. 1963.
DUCACH, P., SERRONE, A. y OVIEDO. *Estudio comparativo de la personalidad de un grupo de menores delincuentes.* Revista de Criminología Núm. 1, Argentina, 1968.
DUNBAR. *Medicina psicosomática y psicoanálisis de hoy,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.
DURKHEIM. *El suicidio,* Ed. Shapire, 1965.

EASSON. *Gasoline addiction in children,* Pedriatrics, 1972.
EAST. *Sexual offenders en mental abnormality and crime,* Londres, 1944.
ENZENSBERGER, H. *Política y delito,* Ed. Barral, Barcelona, 1958.
ENZENSBERGER, H. *Delito y enfermedad mental,* Revue international de Criminologie et de Police technique, Canadá, 1964.
ERIKSON, E. *Infancia y sociedad,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1961.
ERIKSON, E. *El problema de la identidad del yo,* Revista Uruguaya de psicoanálisis, 1963.
ESTRADA VÉLEZ. *Alcohol y delito,* Mexicana de Prevención y Readaptación Social, México, 1972.
ETCHEGOYEN. *Comentarios sobre el análisis de un psicópata,* Asociación Analítica Argentina, Buenos Aires, 1960.
EY, H. y otros. *Tratado de psiquiatría,* Ed. Torray Masson, S. A., Barcelona, 1961.
EY, H. *Naturaleza y clasificación de las enfermedades mentales.* Ed. Rev. Psicoanálisis, México, 1967.

FENICHEL. *Teoría psicoanalítica de las neurosis,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.
FERENCZI, S. *Sexo y psicoanálisis,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1959.
FERRI, E. *Principios de derecho criminal delincuente y delito en la ciencia, en la legislación y en la jurisprudencia,* Ed. Reus, Madrid, 1963.
FILLOUX, J. *La personalidad,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1960.
FOUCAULT. *Enfermedad mental personalidad,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961.
FRAZIER y CARR. *Introducción a la psicopatología,* Ed. Ateneo, Buenos Aires, 1975.
FREUD, ANNA. *El yo y los mecanismos de defensa,* Ed. Paidós, Buenos Aires.
FREUD, ANNA. *Niños sin hogar,* Ed. Imana, Buenos Aires, 1946.
FREUD, ANNA y BURLINGHAM. *La guerra y los niños,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.
FREUD, S. *Los delincuentes por sentimientos de culpabilidad.* Obras Completas.
FREUD, S. *Dostoyevsky y el parricidio.*
FREUD, S. *Totem y Tabú.*
FREUD, S. *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte.*
FREUD, S. *Psicología de las masas.*
FREUD, S. *Inhibición, síntoma y angustia.*
FRIEDLANDER, K. *Psicoanálisis de la delincuencia juvenil,* Ed. Paidós, 1956.
FROMM-REICHMANN. *Psicoterapia de la psicosis,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1962.

GARCÍA RAMÍREZ, SERGIO. *Delitos en materia de estupefacientes y psicotrópicos,* Ed. Botas, México, 1974.
GARCÍA, REYNOSO. *Depresión, melancolía y manía,* Ed. Visión, Buenos Aires, 1975.
GARCÍA REYNOSO, DAVID. *Geriatría y Prevención de la Salud Mental.* Revista Madurez, Gobierno del Estado de México, 1977.
GARMA, A. *Sadismo y masoquismo en la conducta humana,* Ed. Nova, Buenos Aires, 1960.
GASTAUT, H. *Epilepsias,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1966.
GREENACRE, P. *Trauma, desarrollo y personalidad,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1960.
GESSELL, A. *Psicología evolutiva,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.
GIESE y GERSATIEL. *Psicopatología de la sexualidad,* Ed. Morata, Madrid, 1964.

GLASSER y MASSENGALE. *Glue sniffing in children deliberate inhalation of vaporized plastic cements,* 1962.
GLOVER. *The psychopathology of prostitution,* Londres, 1957.
GLOVER. *Psicología del miedo y del coraje,* Ed. Siglo XX, Buenos Aires, 1963.
GASTAUT, H. *Epilepsias,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1966.
GLUECK, SHELDON. *Criminales de guerra,* Ed. Anaquel, Buenos Aires, 1946.
GLUECK SHELDON y ELEANOR. *Uraveling juvenile delinquency the commanwealth fund,* New York, 1950.
GOLDSTEIN. *La naturaleza humana a la luz de la psicopatología,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961.
GRINBERG. *Culpa y depresión,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.
GRINBERG y otros. *El grupo psicológico en la terapéutica, enseñanza e investigación.* Ed. Nova, Buenos Aires, 1960.
GROSS. *Criminal psychology,* Ed. Patterson, U.S.A., 1968.
GUILLERME, J. *Longevidad,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1968.
GUILLY, P. *La edad crítica,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1972.
GUNTRIP. *Estructura de la personalidad e interacción humana,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.

HALL, G. *Criminología,* Ed. Depalma, Buenos Aires, 1963.
HALL, WILLIAMS. *Estudios de Predicción,* Revista criminología, México, 1978.
HERNÁNDEZ PENICHE, S. *Epilepsia diagnóstico y tratamiento,* Ed. Prensa Médica, México, 1968.
HESNARD, A. *Psicología del crimen,* Ed. Reus, Barcelona, 1963.
HIEBSC, H. *Problemática científica de la psicología actual,* Ed. Ordelus, 1968.
HILL, L. *Psicoterapia de la esquizofrenia,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1956.
HOMANS, G. *La naturaleza de la ciencia social,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1970.
HOMANS, G. *El grupo humano,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1950.
HURWITS, S. *Criminología,* Ed. Ariel, Barcelona, 1956.

INGENIEROS, J. *Criminología,* Ed. Jarro, Madrid, 1963.
INKELES, A. *Sociología,* Ed. Uthea, México, 1968.

JACOBSON. *Conflicto psicótico y realidad,* Ed. Proted, Buenos Aires, 1970.
JASPERS, K. *Psicopatología General,* Ed. Beta, Buenos Aires, 1955.

JERSILD, A. *Psicología del niño,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1961.
JIMÉNEZ DE ASÚA. *Psicoanálisis criminal,* Ed. Losada, Buenos Aires, 1947.
JIMÉNEZ OLIVARES, E. *La tercera edad,* Revista Madurez, México, 1977.
JONES, E. *La pesadilla,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.
JONES, M. *Psiquiatría social,* Ed. Escuela, Buenos Aires, 1966.

KANNER, L. *Psiquiatría infantil,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.
KASANIN. *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia,* Ed. Hormé, 1958.
KARPMAN. *El crimen sexual y sus motivaciones,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1974.
KARPMAN. *El delito y los delincuentes,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1973.
KARPMAN. *La psicopatología sexual,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1974.
KINER, E. *La debilidad mental. La medición de la inteligencia,* Ed. Paidós, Buenos, Aires, 1967.
KLEIN, M. *Nuevas direcciones en psicoanálisis,* Ed. Paidós, Buenos Aires.
KLEIN y REVIERE. *Las emociones básicas del hombre,* Ed. Nova, Buenos Aires, 1960.

LACAN, J. *Psicosis paranoica y su relación con la personalidad,* Ed. Lefrancois, Francia, 1932.
LACAN, J. *Motivos del crimen paranoico,* Rev. Minotaure, Francia, 1933.
LAGACHE, MONTMOVILLE, YELA. *Los modelos de la personalidad,* Ed. Proteo, 1969.
LAING. *Esquizofrenia y presión social,* Ed. Tusquets, Barcelona, 1972.
LAING. *El yo dividido,* Ed. Fondo de Cultura, México, 1964.
LAMOGLIA, CUEVAS, BARRIOS. *Inhalación de solventes y cementos plásticos por adolescentes.* Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social, México, 1972.
LE GALL, A. *Caracterología de la infancia y de la adolescencia,* Ed. Miracle, Barcelona, 1962.
LEVIN, KAHANA. *Los procesos psicológicos en el envejecimiento,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1973.
LEWIN. *The psychoanalysis of elation,* Ed. Norton, Nueva York, 1950.
LIBERMAN, D. *La comunicación en terapéutica psicoanalítica,* Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1962.

LIBERMAN y RASCOVSKY. *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía,* Ed. Paidós, 1966.
LIMA MALVIDO, M. *La personalidad psicopática,* México, 1976.
LINDNER. *Psicopatía. En neurosis, psicopatía y psicosis,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.
LIVINGSTON. *Epilepsia,* Revista Médica, 1974.
LOMBROSO, C. *L'uomo delinquente,* Ed. Bocca, 1889.
LOMBROSO, C. *El delito,* Madrid, 1902.
LOMBROSO, C. *Medicina Legal,* Ed. España, Madrid.
LÓPEZ REY y ARROJO. *Las diferentes clases de criminología,* Fichas del Congreso Internacional de Criminología, Mendoza, 1969.
LUDER, I. *Los estudios criminológicos,* Cuaderno de Criminología Núm. 10, La Plata, 1962.
LUDER, I. *Importancia de la clínica criminológica,* Revista del Instituto de Investigaciones y Docencia Criminológica, La Plata, 1961.

MACCORD, W. *El psicópata,* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1962.
MAISONNEUVE, J. *Psicología Social,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1960.
MALINOVSKI, B. *Crimen y costumbre en la sociedad salvaje,* Ed. Ariel, Barcelona, 1956.
MALINOVSKI, B. *Estudios de psicología primitiva,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.
MALINOVSKI, B. *Una teoría científica de la cultura,* Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1966.
MALLET y otros. *Las fobias,* Ed. Visión, Buenos Aires, 1975.
MARCO DEL PONT. *Penología y sistemas carcelarios,* Ed. Depalma, Buenos Aires, 1974.
MARCHIORI, H. *Psicología de la conducta delictiva,* Ed. Pannedille, Buenos Aires, 1973.
MARCHIORI, H. *Psicología Criminal,* Ed. Porrúa, México, 1975.
MARCHIORI, H. *Observaciones referentes a los homicidas,* Revista de Criminología, Núm. 2, Córdoba, Argentina, 1969.
MARCHIORI y otros. *Personalidad del anciano,* Revista Madurez, México, 1977.
MARVIN, E. *The sociology of crime and delinquency,* Ed. Inc. New York, 1962.
MARVIN, E., W. SAVITZ, L., JOONSTON, N. *The sociology of crime and delinquency,* Ed. John Wily and Sons, Inc., New York, 1962.
MAYER GROSS. *Psiquiatría clínica,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958.
MAYER GROSS. *Las enfermedades mentales en el niño y en el adolescente,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.

McMAHON y RHUDICK. *La reminiscencia en la vejez,* Revista Madurez, México, 1977.
MEAD, MARGARET. *Psicología de la personalidad,* Ed. Paidós, 1966.
MERGEN. *La prostitución, sexualidad y crimen,* Ed. Reus, 1969.
MERTON, R. *Anomia e interacción social,* Ed. Paidós, Buenos Aires.
MERTON, R. *La sociología del conocimiento y la sociología de la comunicación colectiva,* Revista Ciencias Sociales, México, 1959.
MIDDENDORFF, W. *Sociología del delito,* Ed. Occidente, Madrid, 1961.
MILLON THEODORE. *Psicopatología y personalidad,* Ed. Interamericana, México, 1974.
MINKONSKI, E. *La esquizofrenia,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1960.
MIRA y LÓPEZ, E. *Manual de Psicología jurídica,* Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1961.

NARCHT, S. *El masoquismo,* Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1968.
NEWMAN, E. *Prisión abierta,* Ed. Depalma, Buenos Aires, 1968.
NICÉFORO, A. *Criminología,* Ed. Cajica, México, 1955.
NOYES y KOLB. *Psiquiatría Clínica Moderna,* Ed. Prensa Médica, México, 1971.
NÚÑEZ, RICARDO. *Manual de Derecho Penal,* Ed. Lerner, Argentina, 1972.

PATIÑO, SILVIA. *Tratamiento integral para menores,* Revista Criminología, Estado de México, 1978.
PATIÑO, J. *Apuntes de psiquiatría clínica,* México, 1975.
PAZ. *Psicopatología,* Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.
PELÁEZ, M. *Introducción a la criminología,* Depalma, 1966.
PELLEGRINI. *Sexología,* Ed. Morata, Madrid, 1968.
PIAGET. *Comunicación, inteligencia y educación del niño pequeño,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964.
PIÑA y PALACIOS. *Lenocinio y prostitución,* Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social, México, 1972.

QUIROZ CUARÓN, A. *Medicina Forense,* Ed. Porrúa, México 1977.
QUIROZ, CUARÓN A. *El tratamiento del menor en estado antisocial,* Congreso Nacional sobre el Régimen Jurídico del Menor, México, 1973.
QUIROZ, CUARÓN A. y MAYNEZ FUENTES. *Psicoanálisis del magnicidio,* Ed. Jurídica Mexicana, México, 1965.

TAPPAN, P. *Contemporany correction,* Ed. Mac Graw Hill Book, New York, 1951.

TERMAN. *La inteligencia, el interés, la actitud,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.
THOMPSON. *El psicoanálisis,* Ed. Fondo de Cultura, México, 1961.
TOMAS, J. *La adicción como defensa maniaca,* Ed. Alonso, Buenos Aires, 1972.
TORRES RUIZ. *Manifestaciones clínicas de los usadores y abusadores en volátiles inhalables.* Cuadernos Cemef. México, 1975.
TOWNSEDI, L. *La psicología en el crimen juvenil y adulto,* Ed. Troquel, Buenos Aires, 1964.

UNESCO. *Expert group on drugs in modern society community reactions to drug use by young.*
VILLEGAS, VALDÉS E. *El expediente clínico criminológico,* Revista Criminología. Estado de México, 1978.

RADO. *The psychoanalysis of pharmacothymia drug addiction,* Ed. Ovarterley.
RASBRUCH y E. WINNER. *Historia de la Criminalidad,* Ed. Bosh, Barcelona, 1955.
RASCOVSKY y LIBERMAN. *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía,* Ed. Paidós, 1966.
RECA. *Psicoterapia en la infancia,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.
REIK, T. *Psicoanálisis del crimen,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1949.
REIK, T. *El masoquismo en el hombre moderno,* Ed. Nova, Buenos Aires, 1949.
RESTEN, R. *Caracterología del criminal,* Ed. Miracle, Barcelona, 1963.
Revista de política criminal de las Naciones Unidas.
RODRÍGUEZ MANZANERA, LUIS. *La delincuencia de los menores en México,* Ed. Botas, México, 1971.
ROHEIM, G. *Magia y Esquizofrenia,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1959.
ROJAS, BUSTILLOS. *Vida y muerte,* Revista Madurez, México, 1977.
ROSENFELD. *Clínica psicoanalítica,* Ed. Galerna, Buenos Aires, 1976.
ROSOW, M. *Psicoterapia de grupo en penados,* Revista Psique en la Universidad, tomo II, sumario I, Buenos Aires, 1959.
RUESCH. *Comunicación,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964.
RUIZ HARRELL, R. *El consumo ilícito de drogas en una población penitenciaria,* México, 1974.

SABIDO, JULIA. *Las actividades artístico culturales, planificadas en el tratamiento de rehabilitación,* Criminología, Estado de México, 1978.
SALAMA, R. *El castigo como medida disciplinaria,* Revista de Criminología, Núm. 1, Argentina, 1968.

SÁNCHEZ GALINDO, ANTONIO. *Manual de conocimientos básicos de personal penitenciario,* México, 1974.

SÁNCHEZ GALINDO, ANTONIO. *El contexto penitenciario del Estado de México,* Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social, Núm. 3, México, 1972.

SAVITT. *Psicología del drogadicto,* Ed. Alonso, Buenos Aires, 1972.

SCHILDER, P. *Tratado de Psicoterapia,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.

SCHILDER. *Imagen y apariencia en el cuerpo humano,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958.

SCHILDER. *Problemas de la delincuencia,* Capítulo IV. En Sociedad, Cultura y psicoanálisis de hoy, Ed. Paidós, Buenos Aires,, 1964.

SCHMIDEBER, M. *La actitud del delincuente frente a la pena,* The Journal of criminal law, Criminology and police science, Vol. 51, 1960.

SCHNEIDER, K. *Personalidades psicopáticas,* Ed. Morata, Madrid, 1965.

SEELING, E. *Tratado de criminología,* Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1958.

SELLIN THORSTEN, MARVIN E. WOLGANSG. *The measurement of delinquency,* Joan Wiley and Sons, New York, Londres Sydney, 1964.

SOLOMON, P. *Manual de psiquiatría,* Ed. Manual Moderno, México, 1972.

SPIEGEL, R. *Hacia el entendimiento del individuo violento,* Revista de Criminología, México, 1978.

SPROTT, W. *Grupos humanos,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964.

STAFFORD, CLARK. *Psiquiatría Moderna,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968.

STENGEL, E. *Psicología del suicidio.* Los intentos suicidas. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.

STONE y CHURCH. *Psicología y psicopatología del desarrollo,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1970.

SUTHERLAND, E. *Principles of criminology,* Ed. Lippincott Co., Chicago, 1960.

SULLIVAN, H. *Concepciones de la psiquiatría moderna,* Ed. Psique, Buenos Aires, 1959.

SYKES, G. M. *El crimen y la sociedad,* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961.

SZASZ. *Psicología del drogadicto,* Ed. Alonso, Buenos Aires, 1962.

VIGANÓ y GRECCO. *Psicopatología psiquiátrica general,* Ed. Bonum, argentina, 1977.

VON HENTING, H. *Criminología causas y condiciones del delito,* Ed. Atalaya, Buenos Aires, 1948.

VON HENTING, H. *Criminología,* Ed. La Fuente, Buenos Aires, 1948.

VON HENTING, H. *Psicología criminal,* Ed. Espasa Calpe, 1957.

WERTHAM. *Psicología de un crimen.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1956.

WILKINS, L. *Métodos de investigación en criminología,* Revista de Política Criminal Núm. 23, 1965.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Measures for the prevention and control of drug abuse and dependence, Copenhagen, 1971.

ZAC, JOEL. Consideraciones acerca de la psicopatología de los psicópatas,*Psicoanálisis de la manía y la psicopatía,* Ed. Paidós, 1966.

ZAC, JOEL. *El impostor.* Ficha Núm. 159. Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires, 1964.

ZAC, JOEL. *Psicopatía,* Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1973.

Esta obra se terminó de imprimir y encuadernar
el 4 de mayo de 2011 en los talleres de
Castellanos Impresión, SA de CV,
Ganaderos 149, col. Granjas Esmeralda,
09810, Iztapalapa, México, DF