

PSICOPATOLOGÍA CRIMINAL

La psicopatología criminal trata de la relación entre el trastorno psicológico y la criminalidad. La psiquiatría es la prevención y el estudio y el tratamiento de los trastornos psicológicos. Las materia se divide en tres partes:

- Metodología
- Doctrinas
- Clínica

CLÍNICA

Distinguimos entre:

- Síntoma: manifestaciones subjetivas de una enfermedad. No se pueden medir (por ejemplo el dolor).
- Signo: manifestaciones objetivas de la enfermedad (por ejemplo la presión, el pulso...).

Diferenciarlos en psicopatología es difícil, el miedo sería un síntoma y la taquicardia un signo, pero a menudo no se pueden objetivar los síntomas.

Los síntomas pueden ser:

- Positivos: manifestaciones patológicas de procesos que habitualmente no existen en un individuo sano (tos, fiebre, delirio, alucinaciones...).
- Negativos: algo que debería existir y desaparece (amnesia, anorexia, insomnio...).
- Los síntomas positivos y negativos pueden coexistir (subnormalidad y agresividad; anorexia y vómitos).

El método clásico en medicina es el modelo anatomoclínico, que relaciona lesiones anatómicas con la clínica (las manifestaciones en el enfermo).

Este modelo se desarrolla en el s. XIX (Antoine Bayle) con sus estudios sobre los efectos de las lesiones en las meninges por la sífilis en la PGP (Parálisis General Progresiva) y su relación con la demencia y la megalomanía.

CLÍNICA DESCRIPTIVA

Los síndromes psicopatológicos

- Neurosis.
- Psicosis.
- Trastorno exógeno, confusionales.
- Demencias y oligofrenias.
- Trastornos de la personalidad (psicopatías).

Síndrome: conjunto de síntomas (que se presentan a la vez) que tienen una razón patológica (mecanismo común) aunque no tengan la misma etiología (causa).

NEUROSIS

- SEMIOLOGÍA (exploración del enfermo) PREVALENTE (manifestaciones clínicas de la enfermedad). Llamadas también síntomas clave.
 - * Angustia: temor sin objeto (o a algo imaginario) o desproporcionado.
 - * Defensas contra la angustia: retraimiento en tímidos (evitación de la angustia). Puede llegar al ataque histérico para llamar la atención. El fóbico es un paradigma de este tipo de defensas.
 - * Tendencias depresivas: tristeza, desánimo, anhedonia (no hedonismo), culpa, pesimismo.

- ETIOLOGÍA.
 - * Causas múltiples.
 - * Fundamentalmente psicógena (origen en problemas psíquicos).
 - * En menor grado somatógena (propia constitución nerviosa).

- ANÁLISIS ESTRUCTURAL (orden de los síntomas)
 - * Trastornos cuantitativos y a la vez supone un *continuum* biográfico.
 - * Trastornos cuantitativos: alcanzan el rango de patológico por la cantidad (por exceso: neurosis = preocupación en exceso).
 - * Trastornos cualitativos: per se son patológicos, llaga, úlcera, psicosis...
 - * *Continuum* biográfico: hay una continuidad, una relación de sentido entre la vida de un sujeto y su síntoma (por ejemplo: anorexia, es síntoma cualitativo, origen en autoimagen).

CUADRO RESUMEN

1. NEUROSIS

- Origen en problemas existenciales, relacionados con un acontecimiento vital, vivencial.
- Origen exógeno.
- Freud teoriza primero sobre las neurosis, cree que lo que más influye es la sexualidad.
- Produce angustia/depresión.

2. PSICOSIS

- Ruptura con la realidad (psicótico = loco).
- La psicosis esquizofrénica es la más importante.
- Origen en la bioquímica cerebral (neurotransmisores, sinapsis).
- Puede ser hereditaria.

3. OLIGOFRENIAS Y DEMENCIAS

- Oligo→ nunca ha tenido inteligencia.
- Demencia→ tuvo inteligencia y la perdió.

4. TRASTORNO EXÓGENO-CONFUSIONALES (penalmente, trastornos mentales transitorios).

- Factores exógenos que inciden en el sujeto y le descompensan, casi siempre ocasionando una confusión o una conducta alterada. Estos factores pueden ser tóxicos, infecciosos o traumáticos (infecciones, embriaguez, golpes...).

5. PSICOPATÍAS

- Individuos conflictivos, de mal carácter, es una patología constitucional (de nacimiento).
- Cajón de sastre.
- La agresividad es su forma de respuesta.
- Inestables, superficiales, egocéntricos, no sinceridad, inconstantes.
- El prototipo de delincuente habitual.

OLIGOFRENIAS Y DEMENCIAS

-En común: se afecta la inteligencia.

-Sobre qué es la inteligencia hay diversas teorías, es un concepto abierto.

Teorías

- Hay inteligencia técnica (intelectual) y práctica (funcionar en la vida).
- Para las ciencias cognitivas: es la capacidad de manejar información y adaptarla a un fin.
- Teoría adaptativa: capacidad de saber ser feliz (estar de acuerdo con la vida de uno).
- Teorías evolutivas: la inteligencia humana es la más evolucionada ya que el hombre ha llegado a ser capaz de comprender su pasado, su presente y su futuro. Es una inteligencia conceptual (la animal es sensorial y sólo vive en el presente).
- Teoría psicometrista: a más inteligencia más CI. Hay más de 200 factores de inteligencia en siete grandes grupos:
 - * Inteligencia verbal (manejo del lenguaje).
 - * Inteligencia matemática o numérica.
 - * Inteligencia espacial (dimensiones del entorno).
 - * Inteligencia memorística.
 - * Inteligencia perceptiva (captación del entorno).
 - * Inteligencia lógica.
 - * Inteligencia psicomotora (manejo del cuerpo).

Existe un dilema, la inteligencia se hace o nace. Está claro que el factor social condiciona la inteligencia, la familia (existe oligofrenia social). El hospitalismo (ausencia de afecto→ retraso psicomotor y de inteligencia). Los hijos de padres desestructurados quedan afectados. La mala alimentación produce también oligofrenia.

Hay causas genéticas, de padres inteligentes nacen hijos inteligentes. La inteligencia nace en un tanto por ciento y se hace en otro porcentaje. Hay individuos que nacen con una limitación determinante. En niños se aplica la estimulación precoz.

OLIGOFRENIA=RETRASOMENTAL=DÉFICIT INTELECTUAL=SUBNORMALIDAD

Para que una persona sea considerada oligofrénica se han de cumplir tres requisitos:

1. Un CI<70.
2. Problemas de adaptabilidad social.
3. Que aparezca en los inicios de la vida, y sobretodo antes de los 18 años, ya que por encima de esta edad cualquier déficit intelectual será considerado demencia.

La clasificación norteamericana es, en relación al CI, la siguiente:

- Leve, CI= 70-50/55
- Moderado, CI= 50/55-35/40
- Grave, CI< 35/40

El límite, *border line*, está en los 70-90, no son individuos oligofrénicos pero sí propensos a la criminalidad.

Los problemas adaptativos:

- El no inteligente sufre (dificultades con el entorno, frustraciones...)
- La ausencia de sufrimiento: no hay problema adaptativo y no hay enfermedad.
- Tardan en hablar, caminar...

Las causas del retraso mental:

1. Prenatales:

- Las infecciones: la rubéola, en el primer trimestre del embarazo...
- Las intoxicaciones: alcohol, cocaína (hace que no llegue sangre a la placenta)...
- Las alteraciones genéticas o cromosómicas. Hay dos muy importantes:
 - Mongolismo. Es la causa más común de retraso mental. En el cromosoma 21 hay tres cromosomas en lugar de los dos habituales. Suelen tener propensión a la demencia, alteraciones cardíacas, leucemia... La incidencia es de 1 cada 650, aproximadamente.
 - El cromosoma X frágil. Afecta a uno de cada 1200 varones y una de cada 2000 mujeres. Las personas que lo sufren tienen la frente alta, la mandíbula prominente, la cara alargada, la columna vertebral desviada, etc... Se transmite de padres a hijos en un 74% de los casos.

2. En el parto o intranatales:

- Parto con fórceps.
- Desprendimiento de la placenta.
- Anestesia.
- Traumatismos.

3. Postnatales:

- Mala alimentación.
- Infecciones como la meningitis.

En los países subdesarrollados hay muchas más posibilidades de que se produzca una subnormalidad. En el primer mundo hay causas sociales, la desatención y la falta de afecto producen retraso mental también. En términos generales los retrasados mentales mejoran mucho con la educación.

Las conductas delictivas de las personas con retraso mental

Muchos delincuentes tienen retraso mental. En principio un retrasado mental tiene muchos problemas para desenvolverse en la vida adoptando los cauces normales de comportamiento y es relativamente fácil que delinca.

Es normal la delincuencia en la franja de entre 70 y 80 de CI. Los que tienen menos de 70, si bien podrían delinquir no lo hacen ya que están más vigilados y atendidos.

Los delitos acostumbran a ser robos y hurtos, lo ejecutan mal y en seguida son atrapados, también el tráfico de drogas, el oligofrénico es el mensajero y es al que cogen, el psicópata es quien lo utiliza y manipula; es normal que estos individuos sean utilizados por otros más inteligentes y desaprensivos. Suelen ser corrientes también los delitos contra la libertad sexual ya que tienen problemas para relacionarse y recurren a la violencia, sobre todo con menores. Muchas mujeres caen por su parte en la prostitución. También son destacables las riñas y peleas, los oligofrénicos tienen reacciones muy agresivas y desmesuradas cuando sufren un contratiempo o un disgusto, reaccionan de forma mucho más agresiva que la gente normal, son los llamados actos de cortocircuito. Este tipo de reacciones suele producirse tras la ingesta de alcohol, esto quizá por la liberación de las múltiples frustraciones que sufren a lo largo de su vida.

Aspectos jurídicos

- La imputabilidad: Para los delitos de fácil comprensión (p.e. la violación) sí son imputables, pero no para los delitos más elaborados o complejos. El grado de imputabilidad dependerá sobre todo del nivel intelectual requerido para la comisión del delito y el CI del individuo. Esto en cuanto a los débiles mentales u oligofrénicos suaves, pero los oligofrénicos graves o profundos no son imputables en absoluto. La imputabilidad puede por tanto ser plena o disminuida.
- La capacidad: En ocasiones es necesario incapacitar al retrasado mental. El problema es determinar cuándo. Ha de hacerlo un juez mediante sentencia de incapacitación. Depende fundamentalmente del patrimonio que deba administrar el sujeto, si hay personas que dependan de éste y de su grado de retraso.

DEMENCIAS

En contra de lo que se cree popularmente el envejecimiento no es igual a la demencia. El envejecimiento es un proceso fisiológico variable según el individuo, es algo normal. La velocidad de este proceso depende de varios factores:

- Biológico.
- Biográficos.
- Factores culturales (la lectura, las relaciones sociales.. retrasan el envejecimiento).
- La jubilación puede acelerar el proceso.
- Se vive más el pasado que el presente.
- Aparece la depresión, fundamentalmente debido a que mueren muchos coetáneos.

El deterioro psíquico es un envejecimiento muy rápido:

- Pérdida de facultades intelectivas más rápido de lo

habitual por edad.

- Puede llegar a ser una demencia.
- Este deterioro es en valor inverso:
 - Lo último que se pierde es la memoria de especie (caminar, comer, control esfínteres...) y la memoria social (hábitos, costumbres, saludar, celebrar determinados días...).
 - Lo primero que se pierde es la memoria racional (lo cultural, académico, profesional...).

Síntomas del deterioro

1. AMNESIA (el primero y más constante).

- Pérdida progresiva de la memoria.
- Se recuerda más la infancia que lo inmediato.
- Se inicia en los hechos recientes.
- * Ley de Ribot de la memoria:
 - Descendemos de anfibios, lo que nos queda de su cerebro es el paleocerebelo que controla lo innato, la memoria animal. Es la última memoria que se pierde.
 - El mesocerebelo es la memoria del mamífero (emociones, comunicación, el cerebro más social).
 - El humano se distingue por el desarrollo racional, presente en la corteza cerebral. Lo exterior, lo más nuevo y lo primero que se deteriora.

2. DESORIENTACIÓN.

- De tiempo, no saber cuándo.
- De espacio, no saber dónde.

3. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

- Muy emotivo, irritable, hasta agresivo.
- Juicio crítico. Ven el presente como algo negativo, enfrentado al pasado idílico.

4. ALTERACIONES MOTORAS.

- Problemas de deambulación (silla de ruedas).
- No control de esfínteres.
- Incapacidad para hablar, comer...

Causas del deterioro o demencia

Hay muchas, la más importante es la,

A. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Definición del DSM-IV:

1. Déficits cognitivos que se manifiestan por:

- Deterioro de la memoria (el primero y más importante).
- Presentar uno o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - Afasia; no asimilar lenguaje, expresión escrita...
 - Apraxia; problemas de manipulación manual.
 - Agnosia; fallo en el reconocimiento de objetos.
 - Alteración de la ejecución; planificación, organización, secuenciación, abstracción.

2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral, con merma importante en relación al nivel previo de actividad (no poder hacer lo que se hacía antes).
3. Curso de inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
4. Los déficits cognoscitivos no son debidos a enfermedades vasculopáticas, Parkinson, hidrocefalia, tumor cerebral, hipotiroidismo, SIDA, sífilis u otras.
5. Los déficits no aparecen en el transcurso de un delirium (pérdida transitoria de conocimiento).
6. No hay enfermedades mentales que expliquen esta alteración, como la esquizofrenia o la depresión mayor.

Alzheimer (1864-1915), era un patólogo alemán. En 1911 vio al microscopio cómo en el cerebro de dementes aparecían placas y filamentos que se cree que son residuos de la destrucción de células (tienen mucho almidón, producto de la destrucción de neuronas). Observó que tienen atrofia cerebral (circunvoluciones y fisuras atenuadas).

-Hipótesis:

- Es hereditaria no dominante.
- Se sitúa quizás en el cromosoma 21.
- Es más frecuente en países civilizados.
- Relación directa entre la longevidad y las posibilidades de padecerla (<65 años, 1%; >80 años, 36%).

En España hay ahora 400.000 afectados. Desde hace un año hay tratamiento con TACRINA. Se da también la Demencia pre-senil, Alzheimer de aparición precoz, entre un 2 y un 5% se inicia antes de los 65 años. Ha aparecido un test serológico que detecta el Alzheimer antes de que se manifieste.

El DSM-IV clasifica el Alzheimer como:

- 1.1. De inicio temprano (antes 65 años).
- 1.2. De inicio tardío (después de los 65 años).
- 2.1. Sin ideas delirantes.
- 2.2. Con ideas delirantes:
 - Persecución.
 - Alucinaciones auditivas.
 - De perjuicio involutivo (que entran en casa y roban).
 - De celos.
 - Erotomaníacos (se creen muy atractivos).
 - Fabulaciones.
 - Ocupacional (reproducen hábitos laborales por la noche).

B. PARKINSON

- Falta de dopamina en el cerebro (movimiento fino).
- Aparece como temblor, rigidez. Los afectados se mueven muy

despacio.

- Se trata con medicamentos pero al final produce demencia por degeneración cerebral.

C. COREA DE HUNTINGTON (Mal de San Vito)

- Movimientos automáticos con sacudidas bruscas.
- Defecto de cantidad de un neurotransmisor.
- Transmisible de padre a hijo (50%, según las leyes de Mendel).
- Empieza a los 40-50 años y parece esquizofrenia (conductas abigarradas).
- No hay tratamiento, es muy frecuente.

D. ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

- Degeneración de neuronas sin causa conocida.
- Empiezan con dificultades en el habla, posteriormente a extremidades y empeoran con demencia y mueren.
- Se diagnostican con resonancia magnética nuclear.

E. HIDROCEFALIA

- Exceso de líquido cefalorraquídeo. Compresión de masa encefálica que conlleva la destrucción de neuronas.
- En niños con espina bífida.
- Puede curarse a tiempo evacuando el líquido sobrante.

F. HIPOTIROIDISMO

- Enfermedad metabólica.
- Bocio (agua sin yodo ni minerales). Deriva en demencia.

G. DIABETES

- Si no se cuidan se deteriora el cerebro.

H. ENFERMEDADES HEPÁTICAS

- Cirrosis, puede producir encefalopatía hepática.
- Enfermedad de Wilson (cirrosis más demencia). No se elimina el cobre, éste va al cerebro por falta de una enzima hepática.

I. UREMIAS

- Los dialíticos se demencian a los 3-5 años de tratamiento.

J. VASCULOPATÍAS

- Arteriosclerosis.

- Infarto cerebral.
- Embolia cerebral. Ésta, junto con la anterior, constituyen la segunda razón más importante de demencia con entre un 10 y un 30% de los casos.

K. ENFERMEDADES MENTALES

- Esquizofrenia. Acaba en demencia en un 30%.
- Epilepsia no tratada.

L. TÓXICOS

- Alcohol. El cerebro de un alcohólico crónico pesa un 30% menos que uno normal. Es la tercera causa de demencias.
- Cocaína. Aumenta la presión sanguínea. Provoca microembolias cerebrales a largo plazo.
- Plomo. Demencia plúmbica (cañerías de agua).
- Benzol. Pinturas y barnices.

M. TUMORES CEREBRALES (metástasis cerebrales)

- Primario. El que se inicia en el cerebro.
- Metastásico. Extensión de otro cáncer.
- Al principio provoca grandes cambios de carácter que acaban en demencia.

N. TRAUMATISMOS CEREBRALES

- Demencias traumáticas.
- Por repetidos golpes (boxeo).

O. INFECCIONES

- SIDA. Puede iniciarse con demencia o como fase final.
- Sífilis. Demencia terciaria, se produce a los 10, 15 ó 20 años de la infección.

RESUMEN DE DEMENCIAS Y OLIGOFRENIAS

* Déficit intelectual por causa orgánica y cerebral.

DEMENCIAS

- De los 15 a los 18 años se tiene desarrollada toda la inteligencia.
- Gradualmente, a partir de los 70, se observa un deterioro fisiológico, un desgaste de los reflejos mentales por un desgaste natural.
- Si el desgaste es importante hablamos de trastorno neurocognoscitivo leve (síndrome psicoorgánico).
- Si es más profundo, hablamos de demencia, fallan muchos procesos. Al principio hay amnesia de fijación (ley de Ribot)
.Moderada

- .Media→ muy poca autonomía
- .Profunda→ vegetal

OLIGOFRENIAS

- Nunca se llega a adquirir totalmente la inteligencia.
- Por causas intrauterinas, infecciosas, genéticas, etc..
 - .Border line
 - .Ligero→ este y el anterior presentan más peligrosidad. El mismo sistema motivacional pero no de autocontrol. Según contexto e influencia pueden serlo más.
 - .Medio→ peligrosidad escasa.
 - .Profundo→ peligrosidad nula.

PSICOSIS

A nivel de análisis estructural se considera una afectación cualitativa.

-SEMIOLOGÍA PREVALENTE:

- Delirio
- Alucinaciones
- Desorganización de la personalidad
- Autismo

Estos síntomas pueden darse a la vez o separadamente.

Delirio

- Pensar fuera del cauce normal. Supone el error de juicio, una idea falsa que es patológica: es irreductible ante la argumentación lógica (p.e. creerse Napoleón). Es una idea falsa.
- Se da al margen de contexto cultural del sujeto (nada que ver con creencias religiosas, etc...).
- P.e. celotípico, asociado a veces con el alcoholismo crónico.
- A menudo no es fácil de distinguir.

El paranoico hace interpretaciones delirantes de hechos normales.

Alucinaciones

- Es una percepción sin objeto. Percibir lo que objetivamente no existe.
- Es distinta a la ilusión:
 - La ilusión es la deformación de una percepción real, se puede dar en la normalidad.
 - Ilusiones catalíticas: se elaboran en el fondo emocional (del estado emocional) de la persona (p.e. el centinela y los ruidos).
 - Ilusiones por obnubilación de la conciencia: en estado prehipnótico, antes de dormirse (no patológico). O en intoxicaciones o trastornos exógeno-confusional que afecten al sistema nervioso central (SNC) (alcohol, LSD, Rohipnol...).
- Las alucinaciones siempre son patológicas:
 - Visuales: se ven cosas, objetos.
 - Auditivas: se oyen voces, órdenes, burlas, terceros que hablan del sujeto.
 - Olfativas: se huelen venenos, pestilencias, gas.

- Táctiles: siente que le tocan, empujan, genitales..., distorsión de la realidad.
- Gustativas: típicas de delirios persecutorios de envenenamiento.
- Cenes-tésicas: de lo propia sensibilidad corporal, propioceptivas. Suele darse en delirios persecutorios, irradiaciones.
- Exógeno-cofusionales: p.e. delirium tremens:
 - Dermatozoico: insectos en la piel.
 - Zoopsias: ver animales desagradables, monstruos.
- Clases:
 - Agudas con remisión.
 - Subagudas con remisión.
 - Crónicas y persistentes.

DESORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD

- El sujeto pierde la cohesión entre las distintas funciones del psiquismo.
 - Cada parte del yo va por su cuenta. El sujeto actúa desconexionadamente entre las diversas partes de su psiquismo.
 - Adaptación social anormal. No se integra. Se afecta toda la personalidad, decrepitud general de sus funciones. Extravagancia.
 - Típica en la esquizofrenia.
- En la paranoia no se da esta decrepitud, esta desorganización. Razonan y se relacionan bien.

AUTISMO

- Encerrarse en sí mismo exacerbadamente. Desconexión del mundo exterior. Encapsularse.
- Diferente de la introversión, ésta es un rasgo de la personalidad. Una introversión exacerbada sí es autismo, así como una extraversión excesiva es histerismo.
- Si es infantil es más grave. No es oligofrénico. Simplemente no se interesa por el mundo exterior, le es indiferente.

Hay psicosis que desarrollan cierto grado de autismo, por ejemplo la esquizofrenia, el esquizofrénico tiende a elaborar un mundo propio e impenetrable. Hay cierto retraimiento autístico (habla solo, etc...). Se desinteresa por el mundo. El maníaco, por contra del autista, sólo vive para el exterior, no sabe estar solo.

Clasificación de temáticas delirantes

Un delirio puede presentar más de una temática delirante.

- Erotomaniaco.
 - Suele darse en personas de más de 50 años con una vida sexual frustrada.
 - Es una forma de delirio desiderativo que puede ser compensatorio de la historia biográfica.
 - Con carga de resentimiento, que podría dar lugar a delitos.
- Grandioso (megalómano).
- Celotípico.

- Persecutorio: el más frecuente, sobretodo en esquizofrenia y paranoia. Incluye ideas de perjuicio, hostilidad.

Somático o hipocondríaco: enfermedades inexistentes pero de convicción inamovible.

- No especificado: invención, transformación corporal, genealógico..

-Según su estructura (cohesión interna del hilo argumental), el delirio puede ser:

- Sistematizado: mantiene cohesión interna, guarda relación de sentido en toda su temática y por lo general con la biografía del sujeto, con hechos acontecidos y dentro de sí misma la temática está bien estructurada.
- No sistematizada o insistematizada: No tiene relación de sentido en los contenidos, desvinculada de la biografía del sujeto, no cohesión interna, argumentalmente incomprensible, p.e. en la esquizofrenia.

El delirio sistematizado puede ser creíble, por lo que puede llegar a convencer y ser difícil diagnosticarlo. Puede guardar una clara relación con la biografía. Por ejemplo, están las psicosis reactivas breves, que pueden curarse.

Dentro de los trastornos delirantes psicóticos (psicosis) encontramos:

- El delirio no sistematizado típico de la esquizofrenia. Con un argumento parecido al del sueño caótico (contenidos que se parecen al sueño por su caos argumental). Prototipo: brote esquizofrénico.
- Paranoia: Crónica o reacción paranoide breve (psicosis reactiva breve). El argumento se parece a una novela bien construida (parte de premisas falsas pero es creíble, todo encaja y por lo tanto puede convencer).
- Parafrenia: Temática mitológica, coherente pero más fantástica, por ejemplo don Quijote, de carácter religioso (apariciones marianas). La personalidad se desarrolla más o menos bien si no se toca el tema.

TRASTORNOS EXÓGENO-CONFUSIONALES (DELIRIUMS)

- Tienden a cursar con afectación del nivel de conciencia (el sujeto queda obnubilado, estado de claridad de conciencia afectado). P.e. borracho, Rohipnol...
- Todos los contenidos de la conciencia están poco nítidos (memoria, pensamiento, etc.) Baja nitidez perceptiva.
- Son propios de noxas (factor patógeno) extracerebrales que actúan sobre el cerebro.

Pueden ser internas o externas al organismo:

- Internas: delirium febril, insuficiencia renal, hepática, respiratoria.
- Externas: alcohol (delirium tremens, zoopsias), LSD, anestesia.

Son difíciles de distinguir entre sí.

- Generalmente se dan en ambiente hospitalario y no ofrecen peligrosidad.

- En las toxicofiliias se busca ese estado y pueden ofrecer peligrosidad.
- Son el paradigma de los trastornos mentales transitorios.

Semiología prevalente: desorientación y eventualmente estupor (inhibición, bloqueo psicomotriz) o agitación.

Etiología: en gran parte somatógica (intra o extracorporal) y excepcionalmente psicógena (con relación a la biografía).

- Somatógica: epilepsia.
- Psicógena: Origen histérico.

Ambos son estados crepusculares.

Análisis estructural: Son trastornos cualitativos, generalmente transitorios (duran lo que dura la noxa), aunque pueden cronificarse:

- Neurosis de guerra cronificada.
- Delirium tremens → demencia.

Hay intercomunicación entre los síndromes.

-TRASTORNOS EXÓGENO CONFUSIONALES: SEMIOLOGÍA PREVALENTE.

Cuadro de delirium (trastornos de las ideas con claridad de conciencia):

- a) Afectación de la conciencia a nivel orgánico. Síntoma axial: afectación del nivel de conciencia, obnubilación (no nitidez en contenidos de la conciencia).
- b) Alteraciones o trastornos cognitivos: del conocimiento y de las funciones que tienen que ver con él.
 - Desorientación espacio temporal.
 - Afectación de la memoria.
 - Cuantitativamente: amnesia de fijación (no graba bien los contenidos).
 - Cualitativamente: paramnesias → falsos reconocimientos puede llevar a delirios ocupacionales.
 - Alteración del lenguaje: mal estructurado, tanto en la construcción silábica aislada como en toda la sintaxis de la frase. Lenguaje farfullante.
 - Confabulaciones amnésicas: inventivas para rellenar espacios de la biografía que no se recuerdan. Sin saber que se miente, creerse el dictado de la fantasía. Es un falso delirio de relleno, no tan constante como el paranoide o esquizofrénico.
 - Afectaciones en el cálculo e inteligencia en general.
 - Aparición de estados o conductas crepusculares o el denominado delirio onírico.
 - Posibilidad de síntomas alucinatorios.
- c) Fluctuaciones diurnas de la sintomatología. Cambios en el sueño/vigilia. Pasan de postración a agitación.
- d) Cierta afectación del estado general orgánico.
 - El clínico debe analizar al enfermo (buscando las noxas).
 - Es muy variada: descoordinación motriz, febrilidad, cambios de tono muscular.
 - Los tóxicos psicodislépsicos son las típicas substancias que provocan estos estados confusionales:

- O sustancias directamente ingeridas buscando sus efectos.
- O accidentes o efectos secundarios medicamentosos (anestésicos, corticoides, pastillas para dormir...).

LA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

Los síndromes son grandes grupos donde caben enfermedades distintas.

- * CIE-10, 92. (OMS).
Clasificación Internacional de Enfermedades.
- * DSM-IV, 94. (APA, American Psychiatric Association).
Diagnostical Statistical Mental disorders. Reúne expertos y se hace la valoración por algoritmos (tantos puntos para ser aquello) y se obtiene más consenso.

Existen en el DSM-IV cinco ejes diagnósticos: ordenan criterios.

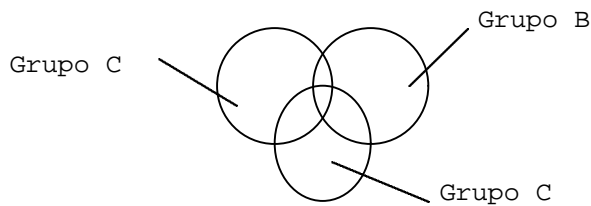
-Evaluación multiaxial DSM-IV:

- Eje I. Trastornos clínicos (que aparecen a partir de los 18 años). Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (tanto trastornos agudos, persistentes, reversibles, crónicos).
- Eje II. Trastornos de la personalidad, caracteriopatías, personalidades psicopáticas (siempre han sido así). Retraso mental.
- Eje III. Enfermedades médicas o somáticas (toda enfermedad corporal).
- Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales. No son iguales para todo el mundo (a nivel significativo). Es la situación del sujeto con trascendencia clínica: paro, problemas de pareja, golpe emocional...
- Eje V. Evaluación de la actividad global. Gravedad general del sujeto:
 - Moderada
 - Media
 - GraveSe valora al sujeto por estos tres baremos y se valora cómo ha estado el sujeto en el último año como segundo criterio, es muy útil para hacer un pronóstico.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

- Grupo psicopático
 - * Antisocial
 - * Borderline
 - * Histriónico
 - * Narcisista
- Grupo caracterizado por el psicoticismo:
 - * Esquizoide
 - * Paranoide
 - * Esquizotípico
- Grupo caracterizado por el neuroticismo:

- * Próximos a la neurosis
- * Fóbicos
- * Por evitación
- * Dependiente
- * Obsesivo-compulsivo



Los trastornos de la personalidad se llaman también caracteropatías. El sujeto tiene un carácter conflictivo y constante. Los trastornos psicopáticos, clínicamente se diagnostican a partir de los 18 años. Si antes se observan anomalías caracterológicas se califican de trastornos propios de la edad en que se dan (de la infancia, de la adolescencia, de la pubertad...).

El trastorno típico de la personalidad es el disocial, psicópata, sujeto conflictivo, con relaciones agresivas o parasitarias, genera conflictos por acción o por omisión.

Hay otros trastornos que se pueden caracterizar por una dificultad para relacionarse con los demás, sin llegar a ser psicópatas pero tienen caracteres propios de la psicosis, por ejemplo el llamado trastorno esquizoide, son personas no muy activas sexualmente, son pre-autistas, no llegan a tener alucinaciones, tienen tendencia a encerrarse en sí mismos.

Otro grupo se caracteriza por el neuroticismo, tienen un carácter que se aproxima a la neurosis, es el carácter fóbico o trastorno de la personalidad por evitación. Si las neurosis son crisis caracterizadas por la angustia ante situaciones determinadas que el sujeto evita y que, por lo tanto, no suelen producirse normalmente, la fobia también hace que el sujeto evite las situaciones que desencadenan la crisis. En su carácter destaca la inhibición. Es el grupo de los pre-neuróticos. Caben también los caracteres obsesivos (reiteración de ritos y costumbres que esclavizan al sujeto).

Estos grupos tienen puntos comunes entre sí, por ejemplo la personalidad paranoide está en la onda del psicoticismo pero por su agresividad también tiene elementos del psicópata; la personalidad histérica está en el neuroticismo pero también en el grupo psicopático. Hay un trastorno llamado trastorno límite de la personalidad, es una forma de psicopatía que tiene elementos de la neurosis y del psicoticismo.

Los trastornos de la personalidad presentan una causa fundamentalmente psicógena, pero también tienen una causa somatógena. Así, el trastornado tiene una disposición somática pero precisa de un proceso de maduración psíquica; hay factores de disposición y hay también factores de influencia ambiental.

Un estudio realizado en Escandinavia pretendió establecer en qué grado se presentaba la causa psicógena. El estudio se hizo sobre una población de individuos adoptados, así la influencia hereditaria puede hacerse notar tanto como la ambiental. Estos estudios son retrospectivos, lógicamente no pueden serlo prospectivos. Los resultados fueron que influían ambos, juntos y por separado. No obstante influía más la genética que el ambiente. Pese a influir no eran determinantes, había un amplio porcentaje que no delinquía. Ha

habido siempre controversia sobre este tema y aún hoy no está resuelto el dilema pero probablemente hay un determinismo relativo.

La imputabilidad

No tiene que ver con la peligrosidad social. En los trastornos psicopatológicos Gisbert Calabuig establece los siguientes criterios:

- Criterio cualitativo (funciones cognitivas y volitivas).
- Criterio cuantitativo (intensidad o gravedad del trastorno).
- Criterio cronológico (coincidencia temporal entre el trastorno y los hechos imputados).

Según Dalgard:

- Criterio primario: netamente psicopatológico (existencia de trastorno mental).
- Criterios secundarios: relación entre el trastorno y los hechos imputados. Puede incluir cuatro criterios:
 - Puramente psiquiátrico.
 - Criterio de causalidad.
 - Criterio psicológico-filosófico.
 - Combinación de criterios.

Valoración de la imputabilidad, criterio psicopatológico y médico-legal según L. Ortega-Monasterio:

- Criterio psicopatológico: existencia de un trastorno mental (se sustenta exclusivamente en la psiquiatría clínica).
- Criterio médico-legal: método mixto, consistente en dar contenido psicopatológico a los requisitos de afectación cognitiva y volitiva exigidos por la jurisprudencia.

En cuanto a la discrepancia sobre quién ha de determinar la imputabilidad: es mejor que el perito plantee la afectación que contempla el CP y el jurista decida sobre ella.

Bases metodológicas

Con respecto a la metodología se ha establecido una diferencia clásica entre lo que son los métodos objetivos y los métodos subjetivos. Se ha hablado de métodos nomotéticos y métodos ideográficos. Los estableció el alemán Wildelband hacia finales del siglo pasado y principios del presente.

Lo nomotético es lo objetivable, es decir lo medible y reproducible. En las ciencias biológicas se utiliza el método que Claude Bernard desarrolló, el método experimental que plantea que para descubrir una ley científica se debe establecer una hipótesis, una serie de suposiciones, después tratar de verificarlas y más tarde tratar de repetir la demostración varias veces. Con este método ha avanzado la medicina, la biología y muchas otras ciencias. La ciencia tiene una capacidad de predicción. Con frecuencia la predicción es estadística no absoluta. En Criminología las predicciones son aproximadas porque intervienen muchas variables.

El método ideográfico es un método más interpretativo y no siempre se le puede aplicar el método experimental de Bernard. Dilthey dice que el método nomotético es propio de las ciencias experimentales y el ideográfico lo es de las ciencias sociales y del espíritu.

No siempre son repetibles los hechos relativos a las ciencias, no por ello dejan de tener la categoría que les corresponde, es el caso de las ciencias jurídicas donde la interpretación es básica y, en la mayoría de los casos, los hechos no son repetibles para la experimentación.

Los modelos que se utilizan para conocer el comportamiento humano.

Uno de estos modelos es el llamado "modelo de caja negra". Este nombre hace referencia a que no se conoce lo que ocurre en el interior, con frecuencia la conducta humana se modifica por estímulos externos, pero qué ocurre en el interior de la mente humana no puede saberse. Este es el modelo del Conductismo.

En contraposición con este modelo existe el modelo de "caja traslúcida", según este modelo:

1. Se producen acontecimientos vitales
2. Hay una experiencia pasada (que permite interpretar el presente e influye).
3. Defensas psicosociales (la capacidad del sujeto y de su entorno inmediato que le ayuda a neutralizar hechos diversos).
4. La respuesta fisiológica (respuesta del organismo: úlceras, sudoración, etc...).
5. Las estrategias de afrontamiento.
6. La conducta malsana.
7. La enfermedad, síntoma y disfunción.

Jaspers (psiquiatra) plantea que la diferencia entre métodos nomotéticos y métodos ideográficos no puede plantearse de forma absoluta ya que los conceptos del método nomotético, en definitiva, pertenecen al mundo de las ideas y se reducen a convenciones, hay que tener en cuenta esta diferenciación pero no de forma tajante y excluyente.

En la psicopatología podemos considerar las siguientes grandes líneas:

- Líneas biologistas.
- Líneas psicologistas.
- Líneas sociologistas.

El estudio de las tres dimensiones nos permite conocer el comportamiento patológico. Generalmente la medicina está en las dos primeras, también en la tercera pero en menor medida, ésta pertenece más a los elementos de control social, por ejemplo la Administración.

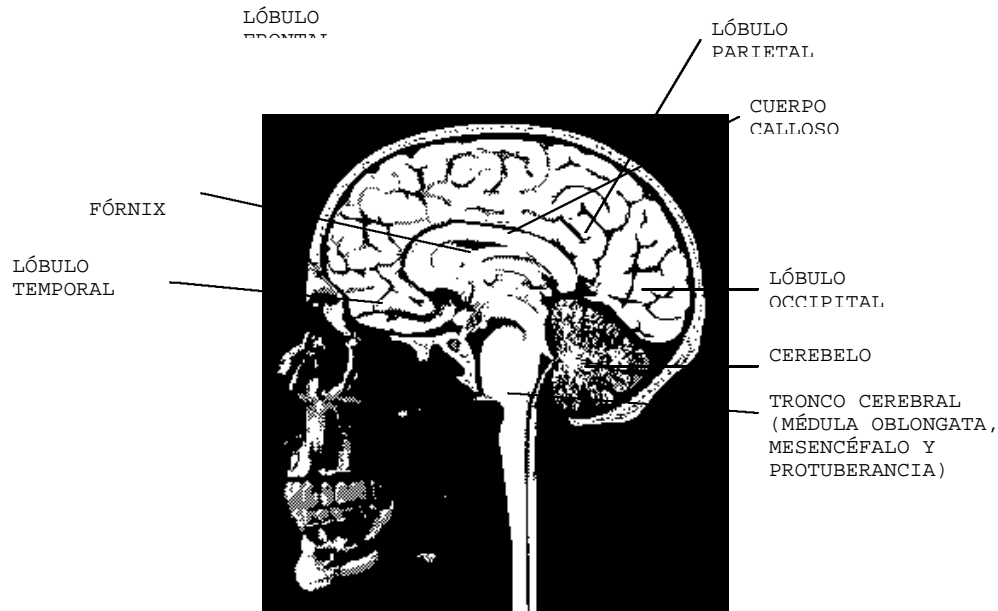
La Criminología al ser interdisciplinar puede entender de todas. En estas tres líneas se utilizan métodos nomotéticos y también ideográficos.

NEUROCIENCIAS

Es la parte de la biología y de la medicina que estudia las bases biológicas del comportamiento humano. Durante mucho tiempo se ha mantenido apartado al cerebro, sin otorgarle mucha atención. Un anatomista italiano del Renacimiento llamado Vesalio estudió el cerebro y aunque algo rudimentario, por la precariedad de medios así como por los problemas que para el estudio anatómico representaba la Iglesia que consideraba el cuerpo como recipiente sagrado del alma

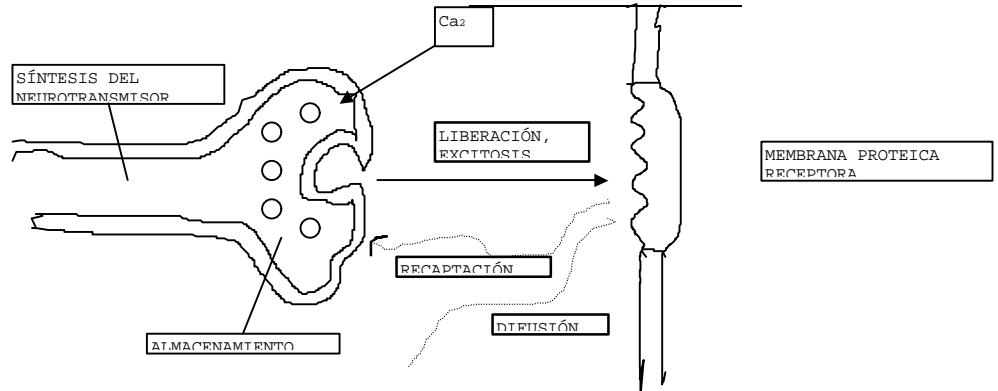
inmortal y, en consecuencia, inaccesible al conocimiento humano, sus estudios sirvieron de base a los anatomistas y médicos posteriores. También Descartes establece unas relaciones entre el cerebro y el cuerpo.

En el cerebro podemos considerar una visión macroscópica y otra microscópica. Macroscópicamente el cerebro se encuentra alojado en el cráneo y tiene una serie de estructuras con funciones asociadas y diferenciadas. Microscópicamente tiene como elementos básicos las neuronas.



- La neurona: es la célula del tejido nervioso. Tiene un cuerpo central llamado soma, una vía de salida del estímulo nervioso llamado axón y otras vías de entrada llamadas dendritas. La descubrió Santiago Ramón y Cajal, quien utilizó las técnicas de tinción, que en parte adoptó de un estudiante alemán llamado Nisel, para su estudio. Cajal entró en conflicto con el italiano Golgi quien defendía que el sistema nervioso era una red, frente a Cajal que afirmaba que las células eran independientes y se comunicaban unas con otras.

A la comunicación entre célula y célula se le llama sinapsis y al espacio que queda entre cada una de ellas espacio intersináptico. El estímulo pasa a través de los denominados neurotransmisores.



Hay unos pequeños bobones llamados botones sinápticos, también unas vesículas en las que se encuentran los neurotransmisores.

El proceso por el cual se despolarizan y luego se polarizan las neuronas es el llamado potencial de acción. Esto hace que la vesícula se aproxime a la dendrita y libere los neurotransmisores.

De los neurotransmisores que libera el axón no todos llegan al extremo proximal siguiente, los que quedan en el espacio intersináptico una buena cantidad vuelve al axón del que procede, esto es lo llamado recaptación. Este es un proceso muy importante y muchos medicamentos antidepresivos funcionan bloqueando la recaptación, esto hace que aumente la concentración de neurotransmisores en el espacio intersináptico y logra una mayor absorción del neurotransmisor por parte de la dendrita.

En condiciones normales la neurona tiene en su interior una carga activa de tipo negativo respecto al exterior, esta diferencia de potencial se mantiene constante en condiciones normales y de reposo mediante un gasto energético, es el llamado potencial de reposo. Éste se mantiene gracias a varios mecanismos, uno de ellos es la bomba de sodio, hay un bombeo de sodio constante que mantiene la energía; la glucosa también es muy importante ya que sin ella no hay energía.

Cuando la célula se activa establece un mecanismo de inversión, los iones negativos del interior pasan al exterior. Cuando se activa se produce por tanto una despolarización, después se vuelve a polarizar, es decir, se repolariza. En la excitación de la neurona se distingue por tanto:

- Reposo.
- Despolarización.
- Repolarización.

Tras la repolarización hay una inercia de polarización que polariza negativamente en exceso a la neurona, es la llamada hiperpolarización, volviendo después a la situación de reposo.

Se precisa un mínimo de estimulación, si el umbral es muy bajo, es decir, la carga débil, la despolarización se dispararía constantemente. La cantidad de energía necesaria para excitar la célula se denomina umbral de excitación. Cuando la célula es muy excitable desciende el umbral de excitación. Cuando la célula tiene un umbral muy alto el sujeto tiende a estar en coma y cuando es muy bajo se producen ataques de tetanosis epiléptica, cualquiera de las dos posibilidades puede llevar a la muerte.

El mecanismo de estimulación de la despolarización hace que se estimulen las vesículas sinápticas, el llamado botón sináptico, libera entonces el neurotransmisor. El mecanismo de apertura del botón sináptico es llamado exocitosis.

Los neurotransmisores son captados en parte por la dendrita, otros son recaptados por el axón y otros se pierden por el fenómeno de la difusión.

El periodo refractario. Cuando la célula ha sido estimulada y se vuelve a encontrar en reposo no puede ser estimulada hasta pasado un periodo de tiempo. Este periodo tiene dos fases:

1. Periodo refractario absoluto: la neurona no se estimula bajo ningún concepto, durante este periodo la célula se está "rehaciendo".
2. Periodo refractario relativo: con mayor estimulación de la habitual se puede activar.

Excitosis: En función de este estímulo eléctrico se abre la neurona y se permite la liberación de los neurotransmisores.

Los neurotransmisores

Son sustancias químicas que intervienen como mediadoras en la actividad nerviosa a través de ser liberadas por una neurona y ser captadas por la siguiente. Se conocen varias docenas de neurotransmisores pero existen bastantes más que no conocemos apenas o en absoluto.

El neurotransmisor se fabrica a nivel presináptico, existen unos encima que están implicados en la síntesis de los neurotransmisores, el encima que facilita la síntesis y el propio neurotransmisor se localizan a nivel presináptico.

Se almacenan en las vesículas presinápticas.

Se liberan selectivamente por un proceso que depende del ion del calcio tras la despolarización de la neurona. La neurona se despolariza y es el calcio el que va a estimular esta liberación. La neurona tiene membranas especializadas en permitir el paso del ion calcio.

El neurotransmisor se une a los receptores específicos e imita los efectos de la estimulación eléctrica en las células postsinápticas adecuadas.

Existe un mecanismo de rápida inactivación del neurotransmisor, es decir, los neurotransmisores o se utilizan en la dendrita, o son inactivados por ella, también pueden ser recaptados por el axón o pueden irse con el torrente sanguíneo y ser metabolizados si se quedan en el espacio intersináptico.

Los neurotransmisores más importantes son la ACETILCOLINA, el GABA, la NORADRENALINA, la ADRENALINA, la SEROTONINA, la DOPAMINA y las ENDORFINAS (opiáceos que fabrica el propio organismo).

El alcohol, por ejemplo, actúa sobre la capacidad de la membrana, es decir, altera su capacidad de estimulación, pero a la vez y paradójicamente las neuronas especializadas que controlan al resto dejan de ejercer este control debido al embotamiento que les provoca esta alteración de la membrana, sencillamente no pueden comunicarse ni a la velocidad ni del modo debido, así el resto de las neuronas desinhiben su actuación y por lo tanto la actuación del individuo, salvo que la inhibición sea muy profunda en cuyo caso queda todo el organismo sedado.

Las CATECOLAMINAS

Son un grupo de neurotransmisores que tienen un origen químico muy parecido, proceden de la misma sustancia y se han derivado de ella, tienen por lo tanto un origen metabólico común. Serían la DOPAMINA, la NORADRENALINA y la ADRENALINA.

Todos ellos proceden de una sustancia denominada TIROSINA de la cual se deriva la DOPA, de esta se deriva a su vez la DOPAMINA.

Los fármacos antipsicóticos tienen un efecto antagonista de la DOPAMINA. La DOPAMINA es a la vez un precursor de la NORADRENALINA y de la ADRENALINA, es un transmisor de efectos activadores o excitadores. También la ADRENALINA y la NORADRENALINA, derivadas de la DOPAMINA, tienen efectos excitadores, fundamentalmente actúan sobre el Sistema Simpático Adrenal. El Sistema Nervioso Vegetativo

se encarga de la regulación interna del organismo y tiene dos grandes ramas, la Simpática o Simpática Adrenal y la Parasimpática. La vía Simpática es activadora, la Parasimpática fundamentalmente tiene funciones de reposo. La estimulación simpático adrenal está regulada por la ADRENALINA y por la NORADRENALINA.

Estas tres endorfinas tienen funciones, en general, activadoras. La DOPAMINA, en dosis excesivas, sabemos que tiene que ver con la esquizofrenia, aunque sabemos poco de ella, el déficit de DOPAMINA provoca enfermedad de Parkinson. La ADRENALINA y la NORADRENALINA tienen que ver con la activación del SNC Vegetativo, que se contrapone con el Parasimpático o Vagal, así pues, con las reacciones no conscientes de acción. Su inhibición provoca efectos tranquilizantes, efectos sedativos.

Para que no aumenten en exceso las CATECOLAMINAS son recaptadas y metabolizadas, la metabolización las elimina, esto lo hacen las encimas, la principal es la MONOAMIOXIDASA o MAO, esto es, la MAO degrada las CATECOLAMINAS. Por lo tanto un déficit de la MAO provoca excitación y agresividad, aunque utilizado en medicamentos antidepresivos encuentre una utilidad.

EL CEREBRO MACROSCÓPICO

En el cerebro, visto desde fuera como objeto macroscópico, encontramos la corteza cerebral o sustancia gris en seis capas, bajo ella o en su interior encontramos la sustancia blanca con el cuerpo calloso entre los dos hemisferios, en medio se encuentra el sistema límbico, más abajo el tronco encefálico y más abajo aún el cerebelo.

Cerebro:

- Corteza cerebral (raciocinio, memoria...).
- Cerebro subcortical.
- Bulbo raquídeo.

Cerebelo (coordinador del movimiento).

Tronco encefálico.

En el cerebro se distinguen tres niveles según McLean:

- Reptil.
 - Paleomamífero.
 - Neomamífero.
- Reptil: Regula la homeostasis, fundamentalmente el hambre, la sed, la temperatura, el ritmo cardíaco, la respiración. Común en los animales más primitivos, como los dinosaurios.
 - Paleomamífero: También llamado sistema límbico o cerebro visceral o emocional, común a los primeros mamíferos. Es fundamentalmente emocional, regula unas determinadas funciones vegetativas, digestivas... Muy implicado en la agresividad, la cólera y en las emociones, en el estado de ánimo con repercusión corporal.
 - Neomamífero: Supone la diferenciación evolutiva más inmediata, el cerebro propio de la especie humana. Funciones: memoria, asociación de conceptos, capacidad reflexiva, creatividad, sentido artístico...

El sistema límbico tiene gran importancia en todas las respuestas coléricas e irracionales.

Criminológicamente un delito premeditado sería fruto de la corteza, en un arrebato u obcecación sería del sistema límbico. El jurista mismo lo reconoce al dar entrada a éste en el Código. Esto no revela en principio ningún tipo de patología.

El sistema límbico es una zona muy poco delimitada. Hay zonas que comparten funciones o que las que tienen se desconocen. El cerebro no

Los actos fríos pueden no tener tanta implicación simpática. Hay quien dice que en crímenes coléricos predomina el sistema Simpático y en los premeditados y fríos el sistema Parasimpático.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA PERSONALIDAD

PSICOANÁLISIS

En una teoría y al mismo tiempo una técnica terapéutica fundamentada en la existencia de una conciencia y en el instinto libidinal.

El padre es S. Freud quien la inició en Viena interesándose por la histeria, enfermedad que tenía muy mala fama ya que al no tener una base neuronal era considerada simulación.

La histeria

Es el modelo clínico sobre el que se desarrolla el psicoanálisis. Freud nota que no hay base lesional en la histeria. Estudiará pacientes en Viena a través de la hipnosis (un método de sugestión). Curaba también por sugestión pero sin resultados definitivos (curaba unos síntomas pero el paciente histérico desarrollaba otros ya que su motivación era llamar la atención).

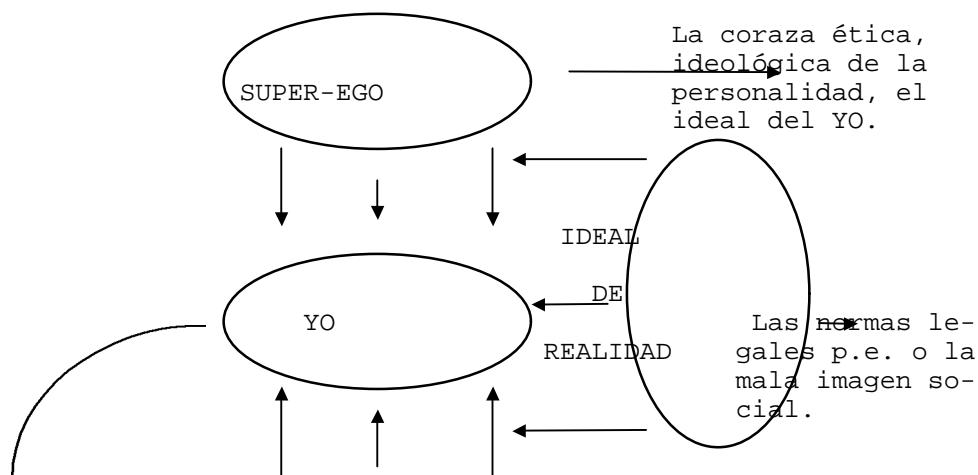
Freud era un mal hipnotizador y se dedica a intentar sugestionar hablando, nota que cuando el paciente habla de un hecho traumático se produce una liberación del shock emocional.

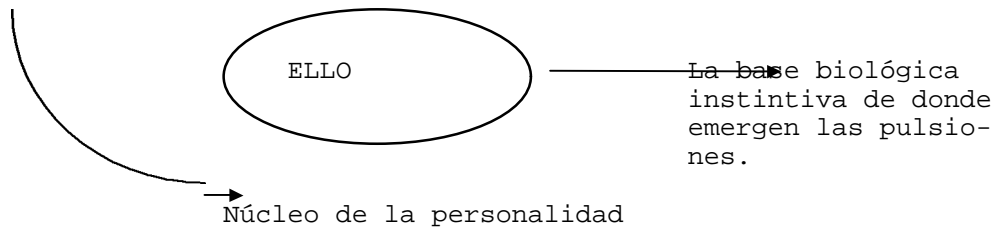
Freud entiende que existe un inconsciente, estructuras represivas que hacen que los recuerdos (algunos traumáticos) queden soterrados en el inconsciente. La idea de conflicto interno (popularmente complejo) que genera malestar es el psicoanálisis.

El síntoma es de hecho un mecanismo de defensa para no angustiarse o afrontar una situación que le provoca malestar.

En la histeria lo que ocurre es que el paciente desarrolla una enfermedad de la forma en que se la imagina, no como es realmente (se encuentran pues diferencias).

Freud describirá una serie de estructuras o substratos de la personalidad:





En condiciones óptimas hay buena relación entre el Super-ego y el Principio de realidad (las condiciones objetivas del medio donde vivimos, tanto externas como internas).

Se ha dicho que el psicoanálisis es una teorías de expulsión hidráulica (agua acumulada en una presa), así el Ello sería la energía hidráulica, el Super-ego sería el control ético de esta energía y el Yo sería el ingeniero que intenta controlar el agua, canalizarla por unos fines éticamente correctos. Así el técnico ha de intentar controlar el agua, pero no mucho porque la presa se puede desbordar.

El Super-ego: Las normas interiorizadas. Se refiere a la conciencia moral y se desarrolla fundamentalmente con padres y educadores. Lo esencial no es conocer una norma que interiorizar sino asumirla, hacerla propia.

El Ello: Viene de la base instintiva, tiende a funcionar por el instinto primario, generalmente el Super-yo lo controla reprimiendo el proceso primario.

El Yo: Ejerce la función de regulación entre el Yo y el Ello, tiene que admitir las demandas (necesidades) del Ello de acuerdo con las limitaciones que le marca el Super-ego.

La energía del Ello será fundamentalmente libidinal. Para Jung toda la energía psíquica es libidinal (sexual), Freud cree que todas las pulsiones en general son la satisfacción propia y de mantenimiento de la especie.

Así el agua como base esencial que puede mover molinos, por ejemplo, es el sexo. El sexo mueve montañas.

La libido ya existe desde el nacimiento, para Freud existe la sexualidad pregenital (pre-adolescente, previa a la aparición de los instintos sexuales conocidos) y así aprecia diversas fases de desarrollo de la libido:

1. Estadio oral (lactancia).
2. Estadio sádico-anal (retención y evacuación de las heces).
3. Estadio fálico (descubrimiento del pene como zona erógeno placentera).
4. Estadio de latencia (de tranquilidad).
5. Estadio genital (adulto).

1. Estadio oral.

Se da durante el primer año de la vida de la persona. Satisface necesidades por la alimentación (nutricionales) y por contactos corporales, el tacto es el principal medio de contacto con el exterior.

Chupete y llanto (como mecanismo de comunicación).

La pataleta (en los adultos) es síntoma de una fijación de esta fase (personalidad oral, gente muy pasiva y dependiente).

La actividad oral no sólo es comer, existe una satisfacción pregenital, una manera de comunicarse.

Las personalidades que al desarrollarse no establecen una adecuada adaptación de esta fase se desarrollan como personalidades pasivo dependientes que se caracterizan por la fijación oral, es llamada personalidad oral.

2. La fase sádico-anal.

Se viene a situar entre los dos y los cuatro años. El niño ya ha adquirido cierta autonomía. Se aprende el control esfinteriano y a la vez se aprende un sentimiento de satisfacción al retener y expulsar las heces, y una tendencias agresivas que Freud relaciona con la descarga de las heces.

3. La fase del estadio fálico.

Se establece aproximadamente de los tres a los seis años de edad, entre los tres y los cuatro se comparten elementos de uno y otro. Aparece la curiosidad por ambos sexos, el niño y la niña aprecian sus diferencias externas, se identifica el rol del padre y el de la madre en cuanto a las diferencias sexuales. En el niño aparece una cierta identificación de la zona genital y del carácter sexual del goce. Aparece un apego en el niño a la figura materna y un rechazo al padre, es el llamado complejo de Edipo. En la niña se produce un proceso análogo, se ha llamado complejo de Electra, pero es un fenómeno menos intenso. En el niño aparece también un temor a ser castigado y, lo que Freud denomina, angustia de castración, que es una angustia a perder sus órganos genitales y, a la vez, por analogía, un miedo a perder su autonomía, su individualidad. El complejo de Edipo y la angustia de castración son propios de esta fase.

Cuando acaba esta fase el niño se identifica con el padre y lo toma como modelo, construye el Super-ego que ha de caracterizar su personalidad, es la coraza de la identidad que quiere ser y que se conforma tomando como modelo al padre. El Super-ego es el heredero del complejo de Edipo.

La niña desarrolla la llamada envidia del pene, elabora un sentimiento de inferioridad y establece su foco de interés en la persona del padre y la rivalidad con la madre, con la cual se identificará más tarde al desprenderse de la figura paterna, realizando un proceso paralelo al del niño.

4. Periodo de latencia.

Es el más extenso, abarca desde los cinco o seis años hasta la pubertad. Existe una desexualización, hay otros juguetes que no tienen connotaciones sexuales ni contacto físico alguno, centra su atención en el mundo exterior. Las maniobras exploratorias externas aportan nuevas satisfacciones al menor, se desinteresa de su propia corporalidad sexuada.

5. Fase genital.

Supone el último estadio del desarrollo de la sexualidad. Coincide con la pubertad. En condiciones normales aparece la identificación con el propio sexo y el interés por las relaciones heterosexuales. Cuando se han superado las fases previas sin fijaciones se presenta el paso que va a llevar a la sexualidad definitiva.

Objeto: es un término muy utilizado en psicoanálisis y se refiere al elemento con que se establece la relación de identidad, amor o en general relación afectiva.

Punto de fijación: se refiere a la posibilidad de que el sujeto, a lo largo de su evolución, quede estancado emocionalmente a lo largo de una de las fases del desarrollo de la libido.

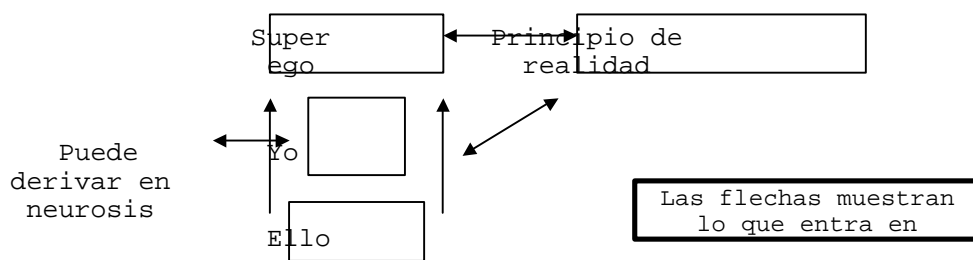
Topografía de la mente

- Consciente.
- Pre-consciente.
- Inconsciente.

Freud se planteó el estudio de la topografía antes de estudiar su funcionamiento en cuanto a la libido.

- **Consciente:** la parte accesible en todo momento al conocimiento. Incluye una gran parte del Yo y del Super-ego. Lo consciente es lo que uno sabe, lo que conoce.
- **Pre-consciente:** no se presenta habitualmente en el campo de la conciencia pero con un esfuerzo de concentración y de introspección (el propio autoanálisis interno) el sujeto puede llegar a conocer el contenido del pre-consciente.
- **Inconsciente:** es lo propiamente desconocido para el individuo, sólo a través de un proceso terapéutico, del psicoanálisis puede llegar a conocerse su contenido. Incluye el Ello y también partes del Yo y del Super-ego. Juega un gran papel en el desarrollo de la personalidad tanto moral como patológico. También se llama subconsciente. Toma parte, por ejemplo, en los actos fallidos, para el psicoanálisis cuando alguien hace algo mal es que no quería hacerlo bien.

Estos niveles no se corresponden exactamente con las instancias de la personalidad, es decir, el Super-ego, el Yo y el Ello.



Cuando el Yo entra en conflicto una de las posibilidades es reprimir la angustia y derivar en neurosis. El síntoma neurótico es un mecanismo de defensa.

Mecanismos de defensa

Fueron descritos por Freud y posteriormente muy bien desarrollados por su hija, El Yo y los mecanismos de defensa.

Con frecuencia el YO no es capaz de resolver el conflicto interno ni de superar la frustración externa y entonces recurre a los mecanismos de defensa. Están muy extendidos, algunos pueden ser patológicos, otros normales y otros son relativamente normales, siempre que no se abuse de ellos, en cuyo caso pueden ser patológicos.

El mecanismo de defensa es un mecanismo con el que en la mayoría de los casos el sujeto no resuelve el conflicto pero encuentra su satisfacción interna completa. El Yo se engaña a sí mismo de tal forma que no resuelve el conflicto interno ni supera la frustración externa, pero encuentra satisfacción.

- **La racionalización:** se refiere a que el sujeto elabora argumentaciones mentales ante un conflicto determinado. Estas argumentaciones son falsas pero tienen una lógica interna. El sujeto se autoconviene y corta la frustración.

- **Represión:** supone que todo contenido mental que resulta frustrante, culpabilizador o conflictivo el sujeto lo excluye de la conciencia y lo envía al subconsciente. Supone un importante gasto energético. Se da en las llamadas amnesias lacunares, por ejemplo en las neurosis del superviviente. Freud encuentra muchas imágenes culpabilizadoras de la sexualidad infantil.
- **Regresión:** implica una marcha atrás en las fases del desarrollo, se vuelve a unas etapas que ya estaban superadas. Con frecuencia en las personas inmaduras se producen conductas coléricas, propias de una regresión transitoria ante una situación determinada. La regresión es muy patológica, la más común es las crisis colérica, en ocasiones se da en enfermedades graves, según el psicoanálisis. En la esquizofrenia el síndrome autista se interpreta como regresión, también en la catatonía, así como la manía persecutoria.
- **Negación:** es un mecanismo muy típico, consiste en que el sujeto "no quiere enterarse del problema", no es un delirio psicótico pero lo parece. En ocasiones este mecanismo de defensa puede ser claramente contraproducente ya que si se trata de una enfermedad grave aquello de lo que no quiere saber nada esta negación puede llevarle a la muerte.
- **Proyección:** atribuir a otros nuestros defectos sin reconocer los nuestros (por ejemplo: padre que tiene tendencias incestuosas, las reprime y las proyecta a los demás creyendo que todos quieren aprovecharse de su hija). Típico en la dinámica paranoide.
- **Identificación:** puede ser normal o incluso necesaria. Supone asimilar e interiorizar aspectos o atributos de otra persona, querer ser como el otro. En el complejo de Edipo su resolución es la identificación del niño con el padre. Si alguien se identifica con un delincuente o un pseudodelincuente, lo toma como héroe, será un factor de desviación. Es útil para los complejos neuróticos de inferioridad si se identifica con el triunfador.
- **Desplazamiento:** tiene similitudes con la **Proyección**. Se define como un proceso inconsciente en el que una frustración se desplaza a otro contenido con la misma carga emocional para poderlo descargar (un sujeto sufre la tiranía del jefe, la reprime y la desplaza al trato con su mujer maltratándola). Al psicoanalizarse surgen conflictos del pasado, si es muy duro, al salir de la consulta lo suele descargar (*acting out*).
- **Aislamiento:** se ve mucho en los niños. Consiste en desplazarse del núcleo de relación para evitar tratar un problema y evitar así el conflicto. Puede ocurrir que se produzca una separación entre el recuerdo conflictivo y el contenido emocional (No me afecta).
- **Formación reactiva:** hipertrofiar sentimientos y o aptitudes opuestas a aquellas que nos generan frustración (Alguién que siente asco por los pobres lo intenta compensar siendo muy generoso, haciendo donaciones, etc.). Es típica en el mecanismo compensador del complejo de inferioridad (habla mucho, grita, quiere que se le oiga).
- **Sublimación:** no es patológica. Supone elevar las pulsiones conflictivas hacia altos fines éticos (el niño que necesita exhibirse y acaba siendo actor, el pintor que sublima la pulsión anal en la suciedad de la pintura). Todos los mecanismos se dan en

la vida cotidiana normalmente. Se vuelve patológico cuando se abusa de él.

Después de Freud

Teorías neoanalíticas

Partiendo de Freud y de los conflictos del inconsciente aparecen autores que utilizando esta base se distancian de ella.

- **Alfred Adler:** creó la teoría del complejo de inferioridad. Dice que desde que el niño nace se encuentra en una larga situación de dependencia con respecto al adulto, lo que no ocurre en los criminales. Después se añade una dependencia social (aprendizaje, profesión, familia, etc.), todo mediatizado por la organización social. Adler plantea que lo más importante en el conflicto del ser humano es superar el conflicto de dependencia que le sume en el sentimiento de inferioridad (un niño siempre debe pedir lo que quiere). Esto genera un instinto de grandeza, de querer superarse, que al principio está basado en la rabia que genera la situación de inferioridad. Según se resuelva esto el niño será más o menos normal. Todos tenemos complejo de inferioridad, lo difícil es superarlo. Según Adler el instinto sexual de Freud no es tan importante pero supone una cierta actitud de autoafirmación (ser capaz de satisfacer a la pareja te puede ayudar a superar el complejo de inferioridad). Adler hablaba de instinto de grandeza y de poder. Distingue tres elementos fundamentales en la dinámica de la personalidad:

1. Sentimiento de inferioridad.
2. Impulso de grandeza y de poder, como formación reactiva a...
3. Impulso comunitario o prosocial, debe conjugarse con los intereses del grupo.

El sentimiento de inferioridad tiene un origen filogenético pues todos los animales lo sufren y tienen necesidad de superarlo.

Neutralizando el sentimiento de inferioridad y armonizando los puntos 2 y 3 aparece *el estilo de vida* que es el carácter de cada cual, que será normal o patológico dependiendo de que el sujeto conozca sus limitaciones y se proponga unos objetos adecuados.

La terapia de Adler: el psicoanálisis es el análisis del pasado y su reelaboración, reconstruyendo la personalidad.

Para Adler la historia, represión, etc. son un refugio a una vida frustrante, se debe buscar en el pasado para orientar el futuro. La teoría de Adler ha sido superada. No tiene seguidores pero la psicología moderna sí debe parte de su herencia a la teoría de Adler por medio de la psicopedagogía.

- **Carl Jung:** teoría del inconsciente colectivo. Planteó que existiría un inconsciente colectivo junto al inconsciente individual de cada persona. Este inconsciente colectivo iría evolucionando a lo largo de los siglos. Tiene interés histórico pero es de difícil aplicación práctica. Planteó la diferenciación entre carácter introvertido y extrovertido. Sus teorías han sido retomadas y reelaboradas por un psiquiatra catalán, Ramón SARRÓ, muerto en 1993. Sarró tomó la teoría de Jung y planteó que habría unas temáticas delirantes que tienden a desarrollarse en cualquier cultura, por ejemplo el delirio persecutorio, el de grandeza, el delirio amoroso...
Jung dió una dimensión histórico antropológica a la teoría psicoanalítica.

- **Wilhelm Reich:** psicólogo muy politizado planteó que la energía sexual se reprimía por culpa del sistema capitalista. Tras estudiar el sistema ruso elaboró la teoría de que era el Estado, fuese del signo político que fuese, el que reprimía la energía sexual del individuo. Posteriormente desarrolló una enfermedad psicótica. Antes de enfermar elaboró una teoría caracterológica muy utilizada.
- **Erich Fromm:** judío alemán, se exilió de la Alemania nazi. Se instaló en México tras pasar por varios países. Ejercía la clínica pero sobretodo fue un analista socio-político. Escribió un ensayo, El miedo a la libertad, en el que viene a plantear que los modelos dictatoriales además del empleo de la fuerza encontraban una cierta complicidad tácita en los ciudadanos, el ciudadano adoptaba una actitud pasiva como respuesta al miedo a la libertad, refugiándose en el autoritarismo. Esto le permitió explicar el éxito de estos sistemas en los años 30 y 40. Escribió otro libro titulado El arte de amar en el que planteaba el concepto de narcisismo secundario como algo necesario para el vínculo amoroso en el sentido siguiente: el lactante tendría un carácter narcisista al estar centrado en sí mismo, cuando el sujeto se desarrolla elabora un narcisismo secundario, una autoestima que le permite amar a los demás, un sujeto que se ama a sí mismo tiene más capacidad para amar a los demás, en el caso contrario únicamente pide que le amen. Son ensayos humanísticos que no tienen una aplicación práctica en el psicoanálisis.
- **Jacques Lacan:** es un autor muy complejo. Tiene una teoría propia, utiliza el lenguaje como emanación del inconsciente. Según él existiría un lenguaje consciente y un lenguaje inconsciente con el que expresaríamos nuestras pulsiones a través de metáforas, hipérbolos... El lenguaje sería la base para conocer el inconsciente.

Al psicoanálisis se le ha achacado que es imposible su verificación por el método científico clásico, pero por otro lado ha supuesto una elaboración de conceptos humanísticos válidos para el enriquecimiento del mundo del arte y las humanidades. El aprendizaje del psicoanálisis no es sólo teórico, requiere el llamado psicoanálisis didáctico y el psicoanálisis previo del psicoanalista.

El psicoanálisis es un proceso muy largo y se produce lo que se ha dado en llamar resistencias, al paciente le cuesta entrar en la cruda realidad de sus conflictos. Otro concepto interesante es el de transferencia, sería como un vínculo, una corriente afectiva, de significado positivo o negativo, que se establece entre el paciente y el psicoanalista. En la transferencia influye la edad, la forma de hablar, la forma de vestir, el tono, la atención a la conversación... La transferencia es un fenómeno universal, no sólo se da en la terapia psicoanalítica, se da en todas las relaciones interpersonales. Un elemento muy característico es la erotización de la transferencia, no es ninguna complicación grave, es normal que al sujeto se le pueda ver, además de bajo otras perspectivas, un elemento sexual, el terapeuta debe controlarlo.

Igual que la transferencia supone una corriente afectiva del paciente hacia el terapeuta, hay una corriente simétrica, análoga, de dirección contraria, es la contratransferencia. El terapeuta, o cualquier profesional, tiene la obligación de controlar la neurotización de la contratransferencia.

- **Melania Klein:** Inglesa, inmediatamente posterior a Freud. Su teoría es una ampliación de la de éste. Nos interesa de ella la atención que presta a las relaciones afectivas (objetales) inmediatamente posteriores al nacimiento. El lactante establece dos ansiedades, la ansiedad depresiva y la persecutoria. La primera es de abandono, de desprotección y la segunda es de amenaza, de sentirse hostilizado.

Estos sentimientos son normales, incluso la madre puede jugar los dos papeles, el protector y el amenazante. Melania Klein habla metafóricamente del pecho protector y del pecho amenazante o angustioso. Una madre depresiva que se abandona refleja esto en su hijo, una madre hostil genera un sentimiento de angustia, persecutorio en el hijo.

Esta teoría supone una ruptura con ciertas tendencias que defienden que el niño sólo comienza a ser educado cuando tiene uso de razón y es en ese momento cuando se influye en su personalidad. Pero según Klein el niño tiene capacidad para la apreciación emocional. Esto tiene importancia por ejemplo en niños de hospicio, que no han tenido contacto afectivo, emotivo, aunque el niño reciba una educación normativa adecuada no será capaz de interiorizarlo e integrarse.

SPITZ habla de la depresión anaclítica, viene a ser la pérdida del pezón materno, metafóricamente hablando, es la pérdida de asideros, de seguridad, de contacto con un ser afectivo. La depresión anaclítica es una depresión reactiva. En los años 40 y 50 se desarrolló lo que se llamó el hospitalismo en niños, esto viene a ser que los niños que están mucho tiempo ingresados en hospitales o en hospicios sin contacto con la familia de forma regular aunque sean cuidados técnicamente bien, afectivamente quedan privados, mostrando mayor tendencia al neuroticismo, a la conducta desviada (psicopática) o bien con más tendencia a enfermedades orgánicas, a enfermedades psicosomáticas, siendo muy enfermizo. Se hicieron algunas observaciones y en principio se relacionó con la clase social de los niños, y en parte algo había de esto, pero se observó que en familias con poder económico alto también se producía. La importancia de las relaciones afectivas precoces va a influir en la personalidad, sobretodo en el neuroticismo, en el psicoticismo o bien en mayor tendencia a enfermedades psicosomáticas. Varios autores han seguido esta línea de trabajo.

Para M. Klein algunas enfermedades como la esquizofrenia serían una regresión a la etapa lactante con lo cual lo que haría el esquizofrénico sería una revivencia de lo que ya padeció en la infancia.

REFLEXOLOGÍA Y CONDUCTISMO

Supone una línea metodológica radicalmente distinta al psicoanálisis. El psicoanálisis ha sido acusado de ser demasiado especulativo. El psicoanalista individualiza cada caso. Se le ha acusado de tener interés filosófico, literario y cultural pero escasa entidad científica.

El método científico intenta fundamentalmente establecer una hipótesis y luego intentar demostrarla, extrayendo después conclusiones. Claude BERNARD llevó este método a la medicina y la biología, PASTEUR lo aplica con la microbiología. Es clave establecer una hipótesis, luego verificarla, también comparar con grupos de control.

La correlación significa que estadísticamente aparece una coincidencia significativa de dos datos, pero ello no implica relación causa-efecto.

La relación causa-efecto, la etiología, es un factor distinto de la correlación estadística dado que dos factores, dos observaciones, pueden coincidir significativamente sin que entre ellos haya relaciones de causalidad.

La concausalidad o la idea también llamada multifactorial en el sentido de que no se suele producir un sólo factor determinante sino varios factores conjuntamente, especialmente en el ámbito de la medicina.

MÉTODO EXPERIMENTAL

- HIPÓTESIS
- VERIFICACIÓN
- GRUPO DE CONTRASTE

El conductismo se apoya en el método científico y se enfrenta por ello al psicoanalítico.

El conductismo se basa en un esquema de estímulo respuesta de manera tal que podemos controlar el estímulo y observar la respuesta.

WATSON fue uno de los primeros psicólogos y avanzó el método conductista. Afirmó que con un sistema de estímulo respuesta la conducta se puede perpetuar. Este esquema plantea que la fobia se genera por un mecanismo de aprendizaje, se asocia un estímulo con otro. Tendríamos el estímulo incondicionado, sería aquel que provoca una respuesta incondicionada, es una respuesta natural. Ahora bien, puede ocurrir que si un estímulo se asocia a otro sincrónicamente puede ocurrir que el estímulo condicionado se asocie al incondicionado.

Hay una serie de leyes del aprendizaje, así por ejemplo cuando se presenta sólo el estímulo condicionado la respuesta es menor que si se presenta el estímulo natural.

La primera aportación del conductismo viene de la reflexología o teoría de los reflejos condicionados desarrollada por **Ivan PAULOV**, autor ruso de principios de siglo. De ahí sale el condicionamiento respondente, que en los experimentos de Paulov supone una respuesta glandular. Se producen dos fenómenos, uno el llamado fenómeno de generalización que quiere decir que si aparece un estímulo próximo al estímulo condicionado se produce también una respuesta, la respuesta a la generalización es menor que la que se producía al estímulo inicial. Otro factor es la llamada extinción, supone que si dejamos de asociar el estímulo condicionado con el estímulo incondicionado con el tiempo deja de aparecer la respuesta. La repetición del estímulo natural que provoca la respuesta se denomina refuerzo, el refuerzo evita que se produzca la extinción.

Las conductas de condicionamiento respondente las encontramos por ejemplo en las angustias de estrés postraumático, cuando el sujeto sufre un acontecimiento traumático se produce una respuesta de angustia ante hechos, situaciones o lugares que guarden relación con el acontecimiento traumático.

- Clásico o respondente: se corresponde con el experimento de Paulov con el perro. Responde el tono muscular, glándulas o fibra lisa (que envuelve o rodea a vísceras, vasos, arterias y glándulas). Es más pasivo que el operante.
- Operante o instrumental: por ejemplo la caja de SKINNER. En este caso el criminal no responde glandularmente, aquí actúa para obtener algo, aquí responde la musculatura esquelética. Se mantiene por refuerzo positivo o negativo.

Refuerzo positivo, es ir a buscar un beneficio.

Refuerzo negativo, es evitar un estímulo aversivo.

Los conductistas radicales de la primera época consideraban que debía entrar en vivencias subjetivas por no ser cuantificables ni medibles científicamente, ejemplo de ello son situaciones displacenteras que sin embargo se buscan (borrachera, ludopatía, lucha...).

En la práctica entendemos que el refuerzo positivo es lo beneficioso y el refuerzo negativo es lo que provoca males, pero esto no siempre es así.

Se aprende más rápido por el premio que por el castigo, de ahí que las sociedades capitalistas son muy reforzadoras.

El conductismo mantiene que toda conducta que se mantiene es por ser reforzada.

Otro concepto interesante es que el refuerzo intermitente es más reforzador en ocasiones que el refuerzo continuado.

No obstante si no se refuerza desaparece.

Para el conductismo el refuerzo intermitente explica patologías como la ludopatía.

Los conceptos de refuerzo positivo y refuerzo negativo son más teóricos que prácticos porque en ocasiones es difícil separarlos ya que se complementan y superponen.

Al modelo que se plantea y valora exclusivamente los estímulos y respuestas sin plantearse lo que hay dentro (sentimiento de culpa, complejo de Edipo, etc.) porque no puede medirlos ni valorarlos, es el modelo de caja negra.

Desde el esquema del condicionamiento respondente o visceral es clásico el caso del estrés postraumático.

Patología del estrés postraumático

Serie A. El sujeto experimenta directamente u observa un evento traumático que suponga amenaza para su integridad física o la de los demás.

1. Percepción de amenaza para sí mismo o los demás.
2. Respuesta de temor, desesperanza u horror.

Serie B. Por lo menos uno o más de los siguientes síntomas:

1. Recuerdos intrusivos del evento traumático.
2. Sueños recurrentes y terroríficos respecto al evento.
3. Conductas de rememoración del accidente (*flash back*).
4. Angustia ante estímulos internos y externos que recuerdan el evento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos externos o internos que recuerden el hecho traumático.

Serie C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma. Embotamiento, aturdimiento, de la respuesta general ante determinados síntomas. Esto se cumple en, por lo menos, tres síntomas:

1. Intentos de evitar pensamientos, conversaciones de los hechos relacionados al tema.
2. Intentos de evitar lugares o personas que motivan el recuerdo del trauma.
3. Incapacidad para recordar algunos aspectos importantes del trauma.
4. Aplanamiento afectivo con desinterés o apatía para actividades gratamente significativas.
5. Sensación de desapego o incomunicación ante los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (escasa capacidad para sentimientos amorosos).
7. Sensación de desesperanza, de futuro desolador.

Serie D. Síntomas de activación del sistema nervioso, apareciendo dos o más.

1. Trastornos del sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia (crea un sentimiento de desconfianza).
5. Respuestas exageradas de sobresalto (saltar por una palmada en la espalda).

Los anteriores son síntomas de excitación.

El trastorno ha de durar más o menos un mes. Tiende a repercutir en la vida social y laboral, familiar u otras áreas significativas.

Es típico de agresiones graves, accidentes de tráfico graves, agresiones sexuales, etc.

Agudo → Si se cura antes de tres meses.

Crónico → Si dura más de tres meses.

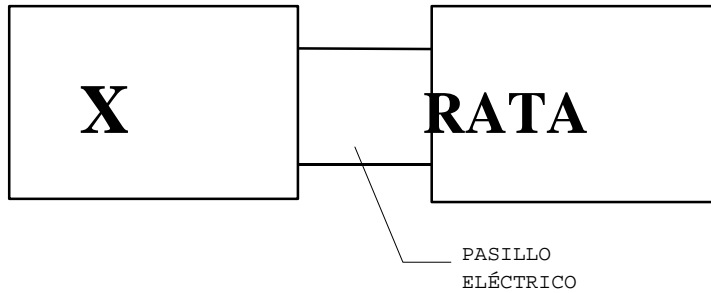
Otra posibilidad es la aparición de inicio retardado.

La aparición del estrés postraumático se produce esporádicamente. La respuesta inmediata se llama trastorno de estrés agudo. Hay una

* Recuperación espontánea.

Al perro de Paulov se le condiciona a salivar al tocar la campana, luego tocamos la campana y no le damos alimento y va dejando de salivar (extinción), dejamos un periodo de descanso sin campana y después la volvemos a tocar y vemos que vuelve a salivar (recuperación espontánea). Esta nueva respuesta es menos intensa que la inicial.

Caja de obstrucción



Sirve para medir la motivación (energía interna que activa la conducta hacia un objeto determinado: proceso hipotético interno).

La rata cruza el pasillo, la cogemos y la devolvemos al punto inicial, así sucesivamente hasta que decide no ir (se hace con 40 ratas y extraemos el promedio de viajes). Se prueba con la alimentación, la sed, el instinto materno (con las crías), el instinto sexual y el instinto explorador. Para que unas motivaciones no interfieran con las otras el animal debe estar satisfecho con las demás que no nos interesen. Por último se prueba sin estímulo.

Este método permite cuantificar la motivación y el resultado es,

- 1º. Instinto materno.
- 2º. Sed.
- 3º. Hambre.
- 4º. Sexual.
- 5º. Explorador.

PERSONALIDAD

Personalidad es el conjunto de características psicofísicas que tienden a mantenerse constantes en un individuo.

Se han hecho estudios sobre cráneo, rasgos físicos, rasgos corporales, etc. El conjunto de éstos es la personalidad que es lo que se suele nombrar para definir a una persona.

Clasificación de Kresthner

Tipología:

- Pícnico → gordo.
- Asténico o leptosomático → delgado.
- Atlético → fuerte.
- Displásico → malformado (enano, gigante...).

Estos tipos no suelen ser puros en la práctica, pueden cambiar de uno a otro individuo. Son rasgos cuantitativos no cualitativos.

Es necesario establecer claramente la diferencia entre rasgo y estado,

- * Rasgo → tiende a ser permanente en la vida del sujeto.
- * Estado → situación puntual que puede cronificarse o desaparecer.

Pícnico: físicamente tendría predisposición a las enfermedades cardiovasculares; mentalmente a la psicosis maníaco depresiva.

El asténico tendría una mayor vulnerabilidad, predisposición, para la tuberculosis. En la patología mental tendría predisposición a la esquizofrenia. El carácter típico es el carácter esquizoide, es un carácter frío, distante, insensible, a veces este perfil tiene un buen rendimiento científico e intelectual dada su escasa sociabilidad que permite una mayor capacidad de concentración.

El atlético tendría predisposición hacia la epilepsia y hacia los raptos agresivos. También se la ha llamado tipología anequética que hace referencia a la explosividad, tener raptos explosivos. Su carácter, en el caso extremo, es el _____ viscoso, son las personas llamadas pegajosas, con poca fluidez y agilidad. La epilepsia se entiende como una enfermedad neuronal que es a la vez psíquica y física.

El tipo displásico, eran sujetos que no entraban en ninguno de los tres anteriores, eran los "mal formados". Rasgos eunocoides, rasgos viriloides, jorobados, enanos, etc.

Esta clasificación ha quedado anticuada pero es útil tenerla en cuenta como referencia clásica. En esta clasificación no queda clara la relación causa-efecto entre la tipología y las características.

En la personalidad hay tres factores, uno de tipo físico, otro de tipo psíquico y en tercer lugar una permanencia de estos caracteres. El rasgo es lo que tiende a ser permanente y estado es lo que tiende a ser circunstancial, independientemente de que se cronifique o no. Otra variable es la adaptación al rol, es decir, adaptación a un papel. En lo patológico el rasgo corresponde al Eje 2 del DSM-IV.

Factores implicados en la personalidad, J. Gunn (1993).

1. Sentimientos y emociones.
2. Pensamiento. Las personas tendemos a ver el mundo de una determinada manera, más optimista o más pesimista, etc. No se refiere a ser inteligente o no serlo, se refiere a la forma de pensar, al enfoque mental y dialéctico de los problemas.
3. Conducta. Aspectos positivos y negativos en todos los aspectos de la vida. Es cómo actúa. Guarda relación con el punto anterior pero no es en absoluto lo mismo.
4. Funciones sociales. Se refiere a cómo interactúa con los demás. Es la conducta concreta referida a las relaciones.
5. Capacidad de introspección. Es el pensamiento referido a uno mismo.

Los diversos elementos de la personalidad pueden cambiar a lo largo de la vida, pese a ser básicamente estables. La psicología evolutiva contempla esta posibilidad. Incluso en el aspecto morfológico puede cambiar. Los elementos de la personalidad que tienden a ser más o menos estables han sido estudiados por un grupo de científicos (Costa y McRae, 1992) que trabaja en centros geriátricos, han estudiado a los ancianos y han averiguado cuáles han sido los rasgos constantes en su personalidad. De estos estudios han deducido que los rasgos más o menos permanentes son:

1. Neuroticismo. El grado de neuroticismo tiende a ser constante.
2. Extroversión.

3. *Openness* (apertura hacia nuevas experiencias).
4. *Agreeableness* (actitud de cooperación).
5. *Conscientiousness* (sentido de la responsabilidad).

Estos factores son cuantificativos, es decir, todos tenemos estos rasgos en mayor o menor medida.

Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad se pueden denominar también caracteropatías, en el sentido de que lo que fundamentalmente se afecta es el carácter del sujeto, la forma de comportarse, el conjunto de rasgos que tienden a ser permanentes en el comportamiento del sujeto.

Existe un grupo de trastornos del carácter que hacen que las personas tengan problemas en sus relaciones con los demás ya sea por agresividad, porque no desarrollan las naturales potencialidades de la persona, por ejemplo el carácter esquizoide es una persona muy encerrada en sí misma y cuya relación interpersonal no está bien estructurada, o bien con carácter muy neurótico, no toman decisiones, no tienen firmeza, etc. En términos generales habría unos trastornos del carácter o de la personalidad que incluiríamos en tres grupos:

- Grupo A.** Paranoide, esquizoide, esquizotípico.
- Grupo B.** Antisocial, borderline, histriónico, narcisista.
- Grupo C.** Por evitación, dependiente, obsesivo-compulsivo.

El **Grupo A** es el denominado presicótico o cuasi psicótico, estos individuos se caracterizan por ser rígidos y fanáticos; el **Grupo B** es el grupo de desviación psicopática, personas impulsivas, egocéntricas y agresivamente conflictivas, es el típico delincuente de muy difícil reinserción; el **Grupo C** tiene elementos del neuroticismo, se trata de personas muy inseguras, dubitativas, es un **YO** acomplejado (dubitativas, dependientes, obsesivas...).

Todos estos trastornos son cuantitativos, es decir sólo constituye un problema el exceso del rasgo.

En los trastornos de la personalidad se afectan:

- A. Dos o más de las siguientes áreas:
 1. Cognición, percepción e interpretación de uno mismo, de los demás y de los sucesos objetivos.
 2. Afectividad, rango, intensidad, labilidad y adecuación de las respuestas emocionales. El estado de ánimo.
 3. Relaciones interpersonales.
 4. Control de los impulsos.
- B. Comportamiento inflexible y persistente. El sujeto tiende a ser así pese a lo que pase.
- C. Afectación significativa en la vida social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento personal.
- D. Inicio desde la adolescencia o al principio de la etapa adulta.
- E y F. No es debido a otros trastornos mentales, a efectos de drogas ni a enfermedades físicas.

El trastorno disocial de la personalidad (La personalidad psicopática)

Se les había llamado en el ámbito anglosajón sujetos con *Moral insanity* (con insania moral) dando un carácter moral a la caracteropatía. Al hablar de psicopata nos referimos a la

conflictividad social que muestra el sujeto, sea por acción o por omisión.

El psicópata necesita constatemente emociones nuevas, necesita también la satisfacción inmediata. Pueden adaptarse bien a determinados estilos de vida donde canalizan sus tendencias sadomasoquistas.

Etimológicamente el término psicópata no es adecuado, en los informes médicos no se utiliza, tampoco formalmente, se denomina trastorno de la personalidad tipo disocial o asocial.

Los rasgos de la personalidad psicopática fueron expuestos por primera vez por Harvy CLECKLEY y son:

- Superficialidad atractiva y buena inteligencia.
- Ausencia de ideas delirantes y otros trastornos del pensamiento.
- Ausencia de neurosis estructural. No sufre, no tiene las ansiedades propias del neurótico.
- Inconstancia. Intolerancia a la frustración.
- Insinceridad. Tiende a mentir, es un gran mentiroso. Miente por el beneficio directo que puede obtener de la mentira, también para gratificar su propio narcisismo. Su mitomanía, miente y cree en parte sus propias mentiras, para gratificar su narcisismo primario. La mitomanía también es propia de la histeria.
- Falta de vergüenza o remordimiento. Superego débil, en lenguaje psicoanalítico. Es llamado carencia o baja autocrítica, es un factor que dificulta su tratamiento y su reinserción.
- Conducta social inadecuadamente motivada. Desproporción entre estímulo y respuesta.
- Falta de ponderación e incapacidad para aprender con la experiencia, es decir, incorregibilidad. Los conductistas dicen que es escasamente susceptible al castigo.
- Egocentrismo exagerado e incapacidad de amar.
- Pobreza general de las reacciones afectivas.
- Falta específica de previsión. Cognitivamente no analiza las consecuencias.
- Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales. No hay reciprocidad social. dNO tiene nada que ver con la irresponsabilidad legal. Establece relaciones complementarias pero no recíprocas.
- Tendencia a la conducta fantástica y chocante, con o sin libaciones.
- No suele suicidarse, aunque sí realiza conductas pseudosuicidas.
- Vida sexual impersonal, trivial y pobremente integrado.
- No consigue persistir en un plan de vida.

Para ser considerada una personalidad psicopática el individuo ha de reunir de 12 a 14 de estas características.

SEGUNDA PARTE

Las siguientes clasificaciones están superadas pero son interesantes:

- Psicópata hipertímico: es aquel sujeto que está permanentemente muy alterado. El concepto atimia se refiere al estado de ánimo de modo

que el hipertímico es el que tiene un estado de ánimo muy activo, excesivamente activo. Es psicópata por otras cuestiones pero se caracteriza por este aspecto.

- Psicópata depresivo
- Psicópatas inseguros de sí mismos: se paranoidizan fácilmente, intenta compensar su timidez con petulancia y extraversión.
- Psicópatas lábiles del ánimo: tienen algo de histéricos y necesitan llamar constantemente la atención, necesitan el reconocimiento y la admiración de los demás.
- Psicópatas explosivos
- Psicópatas desalmados
- Psicópatas abúlicos: personas apáticas, abúlicas y sugestionables.
- Psicópatas astémicos: astenia significa cansancio, insuficiencia psicofísica. De total apatía y vagancia constitucional. Plantean problemas de parasitismo.

Personalidad histérica o histriónica

En las primeras épocas de este siglo el psiquiatra BAVINSKI lo llamó pitriano.

Hay que diferenciar lo que es la neurosis histérica, con