7º congreso virtual de psiquiatría
Interpsiquis 2006

ESTUDIO DE LA PSICOPATOLOGÍA EN MENORES INFRACTORES.

Francisca Fariña1; Ramón Arce2; María José Vázquez1.
(1) Departamento de Análisis e Intervención Psicosocioeducativa. Universidad de Vigo.

(2) Departamento de Psicología Social, Básica y Métodos. Universidad de Santiago de Compostela.

PALABRAS CLAVE: Psicopatología, Menores infractores, Centros de reforma.

RESUMEN:

La conducta delictiva juvenil sigue siendo un problema a resolver en nuestra sociedad. Su carácter multicausal la convierte en un proceso complejo de abordar, que requiere la intervención de diferentes campos de conocimiento, entre ellos el psicológico. Desde esta perspectiva, hemos llevado a cabo un estudio en el que se analiza la incidencia de la psicopatología en menores en conflicto con la ley. Para ello hemos utilizado una muestra de 200 menores procedentes de diferentes centros de reforma de toda España, a los que se les ha aplicado el Inventario Breve de Síntomas (BSI-Brief Symptom Inventory) de Derogatis (1993). Esta prueba psicológica evalúa diferentes aspectos de la psicopatología agrupados en 10 dimensiones sintomáticas: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad-fóbica, ideación paranoide, psicotismo, escala adicional. En esta comunicación se analizan los resultados y se extraen las conclusiones de éstos.

Introducción

El fenómeno de la delincuencia juvenil se ha explicado desde multitud de perspectivas, circunscribiéndose su adquisición y mantenimiento en torno a tres áreas, a saber: la biológica, la psicológica-individual y la psicológica-social (2). En concreto, la biológica sostiene que una de las posibles causas del comportamiento delictivo puede radicar en una patología.

El estudio de la relación entre patología y comportamiento desviado ha sido abordado desde tres niveles de análisis bien diferenciados. En primer lugar, desde el estudio de casos, se intenta establecer si tras un comportamiento inadaptado se enmascara una patología, específicamente la psicosis (3). En segundo lugar, se han comparado los protocolos de evaluación clínica a través de autoinformes de sujetos inadaptados con otros adaptados. Los resultados muestran un perfil discriminativo solamente configurado por la escala de psicopatía (4). Una tercera aproximación ha tenido por objeto el estudio de los síntomas, sobre todo de las alucinaciones psicóticas (5), la

comorbilidad y el consumo de sustancias, que se han relacionado con el comportamiento antisocial (6). No obstante, los resultados aún están por perfilar.

En el presente trabajo se analiza los perfiles clínicos de menores infractores, que están cumpliendo alguna medida judicial, para esclarecer las principales implicaciones para el tratamiento y para la prevención de la conducta delictiva.

Método

Participantes

En este estudio se ha utilizado una muestra de 200 menores de reforma, de los cuales el 27.1% había sido objeto de una medida de protección. En cuanto al tipo de delito el 3% cumplía una medida por hurto, el 27.5% por robo, el 8% por agresión sexual, el 13% por lesiones, el 9% por amenazas e intimidación, el 1.5% por utilización ilegitima de vehículo a motor, el 1.5% por delito contra la salud pública, el 2.5 por malos tratos, 0.5 % por delitos en el ámbito familiar y el 0.5% por atentado. En lo referente al número de delitos, el 48.5% ha cometido un solo delito, el 17% dos delitos, el 2.5% tres delitos, el 1.5% cuatro delitos y el 1% cinco delitos.

Instrumentos

Habida cuenta de la necesidad de conocer algunas características personales de la muestra objeto de estudio se ha elaborado un cuestionario sociodemográfico ad hoc para que los educadores informasen de aspectos tales como edad, género, nivel académico, nivel de estudios alcanzado, cursos que repitió, tipo de delito, reincidencia y tipo de medida impuesta. Todo ello con un sistema de identificación que garantizaba el anonimato de los menores.

Para evaluar el grado de alteración psicopatológica o psicosomática se ha utilizado el Inventario Breve de Síntomas (Brief Symtom Inventory, B.S.I.) (1). El BSI es la forma abreviada del SCL-90-R (7) con un tiempo de administración de entre 8 y 10 minutos, y se compone de 53 ítems-síntomas en una escala de 5 puntos, desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima). Estos 53 síntomas se distribuyen en 10 grupos o "dimensiones sintomáticas", cada una de las cuales mide un aspecto diferente de la psicopatología: somatización; obsesivo-compulsivo; sensibilidad interpersonal; depresión; ansiedad; hostilidad; ansiedad fóbica; ideación paranoide; psicoticismo; escala adicional. Además, este cuestionario permite la medición de tres índices globales: a) el Índice de Severidad Global (ISG), que es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global; b) el Total de Síntomas Positivos (TSP), que contabiliza el número total de síntomas positivos, es decir, la amplitud y diversidad de la psicopatología y, c) el malestar referido a Síntomas Positivos, que relaciona el sufrimiento o "distrés" global con el número de síntomas y es, por lo tanto, un indicador de la intensidad sintomática.

Procedimiento

Para poder llevar a cabo este estudio se solicitó permiso a las diferentes Administraciones Autonómicas con competencias en menores y los directores de los centros o programas y la colaboración de los educadores de los centros de reforma. A los menores, antes de la aplicación del cuestionario, se les informó del propósito de la investigación, así como el carácter voluntario de

la misma. La implementación de esta prueba fue efectuada por los investigadores y los educadores de los centros, realizando para ello pases individuales.

Resultados y discusión

En términos clínicos encontramos, en contraste con la población normal, que los menores de reforman presentan un cuadro clínico comórbido compuesto por somatización, obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad y psicoticismo (véase Tabla 1). Específicamente, los menores que están cumpliendo alguna medida judicial apuntan hacia un perfil clínico caracterizado por una mayor somatización, obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad y psicoticismo. Así, la mayor somatización informada por los menores infractores, señala que presenta una mayor angustia proveniente de la percepción de vivencias de disfunción corporal, las cuales se refieren a alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular. Como más obsesivo-compulsivos, los menores de reforma evocan más pensamientos, impulsos y acciones, experimentados como no remitentes, auto-alienantes y no queridos por la persona, los cuales generan angustia intensa y son difíciles de resistir, evitar y eliminar. Éstos también apuntan mayores niveles de depresión que se muestran patentes en la carencia de motivación, pérdida de la energía vital, falta de interés por la vida, sentimientos de desamparo o, incluso, pensamientos suicidas. Asimismo, la más elevada ansiedad que manifiestan advierte de síntomas como el nerviosismo, tensión, temblores, aprehensión y, puede que, sentimientos de terror o ataques de pánico. Finalmente, el mayor psicoticismo observado entre los menores de reforma los caracteriza por síntomas tales como el aislamiento, el estilo de vida esquizoide, la retirada, alucinaciones o desórdenes de pensamiento.

Variables	t	p	M_{mr}	M_{PG}
Somatización	2.45	.015	.78	.63
Obsesivo-Compulsivo	4.95	.000	1.25	.94
Sensibilidad Interpersonal	.12	.904	1	.99
Depresión	4.62	.000	1.13	.82
Ansiedad	4.25	.000	1.03	.78
Hostilidad	-1.44	.152	.93	1.02
Ansiedad Fóbica	1.16	.248	.61	.54
Ideación Paranoide	.69	.488	1.17	1.13
Psicoticismo	4.21	.000	.98	.73

Nota: G.L. (199); M_{mr}= Media de la población de menores de reforma; M_{PG}= Valor de prueba o contraste basado en la Media de la población general.

Por tratarse de una muestra de delincuentes juveniles, y una de sus características distintivas es la mentira (8), ha de someterse a estudio una posible distorsión de las respuestas. Al respecto, los resultados no arrojan indicios de simulación ni de disimulación (MTSP=25.45=grupo normativo). Asimismo, no se observan respuestas propias de exageración o sobresimulación (MIMSP>que el grupo normativo). En suma, este análisis de los estilos de respuesta valida los resultados (véase Tabla 2).

Variables	t	p	M_{mr}	M_{PG}
Índice de Severidad Global	3.61	.000	1.02	.83
Total de Síntomas Positivos	.64	.520	25.45	24.81
Índice de Malestar en Síntomas Positivos	-27.85	.000	.7	1.66

Nota: G.L.(199); M_{mr}= Media de la población de menores de reforma; M_{PG}= Valor de prueba o contraste basado en la Media de la población general.

El estudio de casos clínicos a través del Índice de Severidad Global (T63=1.71) clasifica en la región de casos clínicos al 17.5% de los menores de reforma. Por su parte, las contingencias de casos clínicos en cada una de las dimensiones están recogidas en la Tabla 3. La observación de dichos datos advierte de unas prevalencias en las diferentes dimensiones extremadamente elevadas. En suma, el deterioro clínico entre los menores de reforma es considerablemente elevado y, por tanto, la intervención debería contemplar el tratamiento de estos deterioros clínicos.

Este cuadro comórbido se refleja, tal y como era de esperar, un mayor índice de severidad global. En todo caso, éste, a tenor del previo estudio de la validez de las respuestas, es un dato no mediado por intentos de simulación, disimulación o exageración de la severidad clínica.

Variables	T_{63}	$\%_{mr}$
Somatización	1.59	15
Obsesivo-Compulsivo	1.87	24.5
Sensibilidad Interpersonal	2.23	14.5
Depresión	1.87	21.5
Ansiedad	1.79	19.5
Hostilidad	2.39	4.5
Ansiedad Fóbica	1.43	14.5
Ideación Paranoide	2.39	10.5
Psicoticismo	1.63	19.5

Nota: T_{63}= Puntuación T de 63 en población normal que es punto de corte para casos clínicos en la dimensión referida; $\%_{mr}$= Porcentaje de casos entre la población de menores de reforma que igual o superan una T de 63.

Conclusiones

Los resultados de este estudio sintonizan con los hallazgos de aquéllos que establecen una relación entre patología y conducta delictiva (p.e., 8; 9; 10), que encontraron sistemáticamente que los menores no delincuentes presentaban menos problemas de salud mental, que los menores delincuentes. Además, este estado mental de insalubridad es de curso vital (11).

Partiendo de la base de que la intervención es viable (12), los resultados aquí mostrados nos llevan a plantearnos cuál ha de ser el objeto y alcance de la misma a la luz de los resultados aquí obtenidos. Si seguimos la perspectiva de los modelos de vulnerabilidad el tratamiento requiere de una aproximación multimodal, esto es, cognitivo y comportamental (p.e., ensayo conductual), ya que se entiende que los dos modos de actuación son complementarios. No obstante, este tipo de intervención considera los factores biológicos como factores estáticos, o sea, que no pueden ser objeto de intervención. Ahora bien, el no actuar sobre estos factores, cuando se encuentran activos, se vincula a un incremento significativo en la probabilidad de reincidencia (13).

A su vez, Farrington (2003) (12) también observó que es viable y productiva una intervención sobre

los aspectos biológicos, tal como la psicopatología. En suma, estos factores estáticos para el individuo pueden ser dinámicos (o sea, objeto de intervención positiva) en la intervención social profesional. En consecuencia, el proceso reeducativo de los menores de reforma ha de complementarse con un tratamiento de las patologías clínicas para lograr una mayor efectividad en el mismo, a través de la prevención de recaídas. Así, planteamos, en línea con el modelo de intervención propuesto por Arce y Fariña (2005) (14), la adopción al unísono de una aproximación de tratamiento multimodal, al igual que los modelos de vulnerabilidad, y multinivel, lo que permite abordar esos factores estáticos en los modelos de competencia cognitivo-social como dinámicos, es decir, sujetos a intervención. Por multinivel se entiende que la intervención no sólo debe ceñirse a fortalecer la competencia psicosocial del sujeto en riesgo, como se ha llevado a cabo casi exclusivamente, sino que también es preciso que abarque el ámbito clínico (15). La asunción de soluciones parciales lograría, sobre la base de un modelo aditivo o acumulativo, reducir las probabilidades de recaida pero no erradicarlas. Así, para el caso que nos ocupa, menores en centros de reforma, proponemos una intervención sobre los mismos en la esfera de la competencia social (i.e., autoconcepto) y biológica (p. e., salud mental) a la que complementar con una intervención a nivel socio-comunitario (i.e., red social, ambiente social de convivencia, inserción laboral).

Referencias bibliográficas

(1) Derogatis LR. Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring, and procedures manual. Minneapolis: National Computer Systems. INC; 1993

(2) Arce R, Fariña F, Novo M. Evaluación de menores en proceso de tratamiento por comportamiento antisocial. En: Fariña F, Arce R. Avances en torno al comportamiento antisocial, evaluación y tratamiento. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2003. p.127-150.

(3)Hodgins S, Mednick S A, Brennan P A, Schulsinger F, Engberg, M. Mental disorder and crime: evidence from a donnish birth cohort. Archives of General Psychiatry 1996; (53): 122-137.

(4) Blackburn, R. The psychology of criminal conduct. Theory, research and practice. Chichester: John Wiley and Sons; 1993.

(5) Taylor S. The interface of cognitive and social psychology. En: Hamilton D.L., editor. Cognitive processes in stereotyping and the intergroup behavior. Hillsdale, NJ: LEA; 1981.

(6) Swanson J W, Borum R, Swartz M S, Monahan J. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour. Criminal Behaviour and Mental Health 1996; (6): 309-329.

(7) Derogatis L R. Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90-R. Baltimore: Chinical Psychometric Research; 1977.

(8) Coid JW. Formulating strategies for the primary prevention of adult antisocial behaviour: "high risk" or "population" strategies? En: Farrington DP, Coid J W. Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour. New York: Universidad de Cambridge Press; 2003.

(9) Hare R D. Comparison of procedures for the assessment of psychopathy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1985; (53): 7-16.

(10) Huizinga D, Jakob-Chien C. The Contemporaneous Co-Occurrence of Serious and Violent Juvenile Offending and Other Problem Behaviors. En: Loeber R, Farrington DP, editores. Serious & Violent Juvenile offenders. Risk Factors and Successful Interventions. California: Sage; 1998. p. 47-85.

(11) Robins L N. Deviant children grown up: A sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality. Baltimore: Williams y Wilkins; 1966.

(12) Farrington, D P. (2003). Advancing knowledge about the early prevention of adult antisocial behavior. En: Farrington D P y Coid, editores. Early prevention of antisocial behavior Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p. 1-31.

(13) Beleña MA, Báguena MJ. Nivel de reincidencia y diferencias individuales en motivación e inteligencia en mujeres delincuentes. En: García M. (comp.), Psicología social aplicada en los procesos jurídicos y políticos. Sevilla: Eudema; 1993. p. 145-151.

(14) Arce, R. y Fariña, F. (). Modelos explicativos robustos del comportamiento delictivo e implicaciones para la intervención. Temas Penitenciarios 2005; III(1-2): 17-22.

(15) Fariña F, Arce R, Seijo D. Neighbourhood and community factors: Effects on antisocial behavior and social competence. En XVth European Conference of Psychology and Law. New horizons for psychology and law; 2005, julio; Vilnius: Mykolas Romeris Univesity.p. 71