

T

Tabaquismo. Conjunto de manifestaciones secundarias al uso abusivo y continuado del tabaco. Es una intoxicación continua con imposibilidad de reducir el consumo y una necesidad de consumo cotidiano para conseguir un funcionamiento personal adecuado.

Tabú. Término polinesio que significa sagrado y prohibido. El tabú se manifiesta principalmente por una prohibición de tocar a ciertas personas u objetos, o llevar a cabo ciertas acciones. S. Freud utiliza el término por su similitud con las prohibiciones compulsivas que aparecen en la neurosis obsesiva.

Táctica criminal. Conjunto de conocimientos y métodos de preparación y ejecución de medidas y operaciones criminalísticas que posibilitan su realización adecuada y en correspondencia con las disposiciones jurídicas y las circunstancias sociales e individuales concretas.

Táctil. Referente al sentido del tacto.

Tálamo. Región cerebral localizada en la zona dorsal del diencéfalo. Actúa como núcleo de integración y coordinación de aferencias nerviosas sensoriales y motrices.

Talión. Ley antigua mediante la cual se pretende la devolución del daño con un daño similar, "ojo por ojo, diente por diente". Se tratar de infligir el mismo sufrimiento a aquél que hizo sufrir.

Talla. Medida, estatura.

Taller. Lugar destinado para actividades laborales.

Actividad práctica en que los alumnos aprenden y desarrollan alguna habilidad creativa.

Tallo cerebral. Parte del sistema nervioso central que incluye en mesencéfalo, y el cerebro medio y el cerebro anterior hasta el tálamo.

Tambor. En balística es el almacén cargador de un revólver. La denominación obedece a su forma, y en su interior posee unos orificios denominados generalmente "alvéolos" o recamaras, también se le conoce como cilindro.

Tanatocronología. Se encarga de establecer el tiempo en que ocurrió la muerte. Se basa en fórmulas especiales, utilizando la fauna y flora cadavéricas.

Tanatología Forense. Área de la Medicina Legal o Forense encargada de estudiar las modificaciones del organismo humano, a partir del momento de haberse producido la muerte.

Esta rama de la Medicina Legal engloba todos los aspectos relacionados con la muerte, con la agonía, los signos de la muerte, los fenómenos cadavéricos, los tipos de muerte, su comprobación. En particular, la muerte cardiaca, la cerebral, la aparente, etcétera. La autopsia médico-legal, su formulismo, forma de ejecutarla, el protocolo de autopsia. La flora y fauna cadavérica. La data y causa de la muerte, etcétera La inhumación, la exhumación, etcétera.

Taquipsíquia. Pensamiento acelerado que tiene dificultad para centrarse en un tema con precisión y salta con rapidez de un tema a otro. Es característico de la manía.

TARDE, Jean Gabriel. Nació en el pueblo de Sarlat, Francia, en 1843; murió en 1904. Su padre fue militar que después de las guerras napoleónicas siguió la carrera de Derecho y fue juez en su pueblo; casado a los 44 años, dejó huérfano a su único hijo: Jean Gabriel TARDE.

Estudió en una escuela de jesuitas, siendo sus principales intereses el latín, griego, historia y matemáticas. Estudió Derecho en la Universidad de Toulouse y en la Universidad de París. Fue juez de instrucción en Sarlat. Se casó en 1887 y tuvo dos hijos.

Escribió entre otras obras: "Las leyes de la imitación", "Las transformaciones del Derecho", "La lógica social", "La oposición universal", "Las leyes sociales", "La criminalidad comparada" y "Las transformaciones del poder".

Tarjeta decadactilar. Son las tarjetas adecuadas para tomar las impresiones de los diez dedos de las manos de los reseñados.

Tartamudeo. Trastorno de la pronunciación del lenguaje caracterizado por la dificultad para pronunciar un fonema o por la repetición compulsiva e involuntaria del mismo fonema o palabra. En

su aparición influyen alteraciones neurológicas de fondo, combinadas o no con otros factores de tipo emocional.

Tatuaje. Introducción de colores permanentes en la piel por medio de punciones.

Tatuaje (Balística). Proyección intradérmica de granos de pólvora procedentes de un cartucho disparado a corta distancia. La coloración del tatuaje varía con la pólvora empleada y la extensión del tatuaje y la distribución de los órganos de pólvora según la distancia recorrida por el proyectil.

Taxonomía. Ciencia que trata de los principios, métodos y fines de la clasificación. Se aplica en particular dentro de la Biología, para la ordenación jerarquizada y sistemática con sus nombres, de los grupos de animales y de vegetales.

Técnica. Es la manera de organizar, instrumentar, establecer o llevar a cabo uno o varios métodos o parte del mismo.

Técnica deductiva. La deducción es de gran importancia en la ciencia, pues desempeña el papel principal de aplicar los conocimientos generales descubiertos inductivamente a los casos particulares que se estudian o investigan (...). Va de lo general a lo particular.

En el caso de estudiar a los individuos en sus factores causales de la criminalidad, tenemos que causa es a nivel individual y factor a nivel general; así contamos con una variedad de factores; por ejemplo, pobreza, educación, trabajo, enfermedades mentales, el barrio, la vivienda, las amistades. Éstos son factores generales, pero a cada individuo le afectará de distinta forma, podemos tener un sujeto a quien la falta de educación y la pobreza lo condujo a ser criminal, y podemos tener a otro con buena educación y riqueza, pero igualmente con conducta antisocial.

Técnica estadística. Los procedimientos estadísticos son de particular importancia en las ciencias de la conducta por la necesidad de reducir y desglosar datos.

Técnica histórica. La Criminología se ocupa de las causas; es decir, se interesa por los hechos históricos, del pasado del sujeto hasta llegar a su presente en el momento en que ha cometido el acto antisocial; por ende, se está hablando de conocer cómo se fueron formando los hechos a través del tiempo. Su estudio es multifactorial, su desarrollo a través de la Criminología del Desarrollo. Se estudiará el pasado hasta llegar al presente, pero sin olvidar el futuro en el pronóstico. A diferencia del Derecho Penal que sólo estudia el presente, la Criminología mira el pasado, el presente y el futuro.

Técnica inductiva. La inducción es el razonamiento que parte de fenómenos particulares y se puede elevar a conocimientos generales; para llegar al establecimiento de un juicio universal; por ejemplo, tenemos a un sujeto, a éste se le estudia a profundidad para saber qué hecho ha cometido o qué conducta ha llevado a cabo, a sí mismo se estudian los factores que influyeron en la realización de determinado hecho.

Del estudio de diversos casos individuales, se pasa a lo que son inducciones estadísticas; es decir, a lo general, de esta manera es como se han elaborado los Códigos Penales y los Manuales de Conducta, de la repetición, así se tiene que si muchos sujetos no se adaptan a la sociedad, la destruyen o no respetan los derechos de los demás, se habla de una conducta general antisocial, si varios sujetos se apoderan de bienes ajenos de manera ilegal, comenten el delito de robo, y así para cada tipo de comportamiento característico: Homosexualidad, voyeur, pedofilia, violación, homicidio, etcétera, se va de cada caso individual a elevarlos a conductas generales.

Técnicas proyectivas. Estímulos ambiguos que provocan respuestas subjetivas de naturaleza asociativa o fantasiosa. Se llama así porque se cree que un individuo "proyecta" aspecto de su personalidad en la tarea. Las actividades pueden incluir interpretación de grupos de manchas de tinta (prueba de RORSCHACH), así como distintas técnicas asociativas (asociación de frases incompletas).

Telepatía. Consiste en la trasmisión del pensamiento a distancia. En la mayoría de los casos es un síntoma de Esquizofrenia.

Telecomunicaciones. En la *Ley federal de telecomunicaciones* define toda emisión, transmisión o recepción de signos, señales, escritos, imágenes, voz, sonidos o información de cualquier naturaleza que se efectúa a través de hilos, radioelectricidad, medios ópticos, físicos, u otros sistemas electromagnéticos.

Temperamento. Tendencia inicial de reacción del hombre frente a los estímulos, como resultante funcional directa de la constitución corporal.

Tendencia delictiva. Aumento, disminución o estabilidad de la delincuencia con cierta continuidad en un determinado periodo.

Tentativa de delito. Existe tentativa punible, cuando la resolución de cometer un delito se exterioriza realizando en parte o totalmente los actos ejecutivos que deberían producir el resultado, u omitiendo los que deberían evitarlo, si aquél no se consuma por causas ajenas a la voluntad del agente.

Teoría antropológica de LOMBROSO

- Se deduce de una serie de investigaciones realizadas por LOMBROSO, en las que analizó un sinnúmero de delincuentes italianos, sometiéndolos para ello a exámenes somáticos, sensoriales, anatómicos, esqueléticos, y a un estudio profundo de su alma, costumbres y pasiones;
- Con base en la comparación entre sujetos criminales, normales y anormales, concluye que los criminales son una especie de locos que reproducen los caracteres propios de nuestros antepasados hasta llegar a los animales, que son pues individuos atávicos.
- Nunca sostuvo que todos los criminales fueran natos, sino que el verdadero criminal es nato (...);
- Afirma que el delincuente nato es idéntico al loco moral -hoy lo llamaríamos psicópata-, que tiene base epiléptica explicable por atavismo y un tipo somático especial;
- Sostiene que un delincuente que posea las características del punto anterior está predispuesto desde el nacimiento a cometer actos ilícitos. Esto no quiere decir que el delincuente nato esté predestinado a delinquir, sino que si un hombre tiene las características del delincuente nato, es muy probable que delinca;
- Estima que entre un 30% y 35% de los criminales son delincuentes natos;
- Considera que con base en lo que se denominó el tríptico -locura moral, atavismo y epilepsia-, se podían distinguir las familias que pudieran tener descendientes criminales y las que no.
- Clasifica a los criminales en: Natos, locos, epilépticos, habituales, ocasionales, matoides, pseudocriminales y criminaloides;
- Indica que los individuos que presentan taras hereditarias están íntimamente relacionados con tendencias amorales, y que poco a poco se va manifestando esta insensibilidad moral ante la cual la educación tiene poco o nada que hacer;
- Afirma que todos los casos monstruosos de amor sexual, con excepción de los originados por la decrepitud, están ya en germen en el cerebro infantil. Que el sentimiento de cólera infantil se debe orientar pero no puede esperarse que desaparezca, y
- Sugiere que en muchas ocasiones el tríptico va unido: El sujeto que no evoluciona bien, que es atávico, desarrolla enfermedades como la epilepsia y la locura moral. Se dan casos en que es la epilepsia y la locura moral. Se dan casos en que es la epilepsia la que produce en el sujeto el atavismo y el comportamiento salvaje.

Teoría del estado. Es el conjunto de conocimientos relativos al Estado en su estructura, funciones y realidad actual.

Teoría de las formas de gobierno. Forma de Estado u organización territorial o modelo de Estado es un concepto de Derecho constitucional que hace referencia a los diversos modelos que los Estados pueden adoptar en base a la relación dada entre sus tres elementos constitutivos, que son el territorio, la población y el poder.

Teoría de la personalidad. Una teoría de la personalidad es una caracterización de la personalidad que se basa en la observación, corazonadas intuitivas, consideraciones racionales y los descubrimientos de la investigación experimental (...) no hay alguna teoría de la personalidad que sea exacta (...). Lo que se denomina personalidad no puede ser observable directamente. Puede ser influida por estímulos externos y podemos conocerla a través de sus efectos, la conducta observable; por lo tanto, se puede formar una teoría de su estructura y principios de funcionamiento. También podemos estudiar la naturaleza de su desarrollo y la forma en que se provoca un cambio. Se pueden hacer predicciones acerca de cuál conducta podemos esperar bajo condiciones específicas. Una teoría de la personalidad sirve como modelo, que nos informa acerca de la naturaleza de los seres humanos. Muchas teorías de la personalidad fueron formuladas por psicoterapeutas profesionales con el propósito de ayudarse a representar los componentes y principios funcionales de la personalidad, que esperaban restablecerían la salud. La teoría será útil si ayudaba a entender lo que falló en el desarrollo o funcionamiento de la personalidad ideal del ser humano.

Características de las teorías de la personalidad:

Una teoría es una herramienta de gran utilidad que debe ayudarnos a describir, explicar y predecir la conducta futura. Sin la teoría, sería difícil decidir lo que hay que buscar; así, ésta nos facilita la sistematización de la información.

Las teorías de la personalidad son retratos o reflejos de la naturaleza humana, el Criminólogo se centra en un aspecto particular de personalidad a determinada edad y de la vida, como el desarrollo y el conflicto; por lo tanto, la teoría alcanza su máxima utilidad cuando se analizan todos los aspectos relacionados con el desarrollo.

Muchas teorías proporcionan un modelo o tipo de personalidad ideal, así como también de tipos no ideales. La teoría nos informa lo que es una persona bien desarrollada. También nos dice lo que sucede cuando no se alcanzan los requerimientos para la evolución y funcionamiento ideales.

Las teorías nos proporcionan modelos generales, así como modelos individuales, por eso la importancia de la individualización del estudio, del tratamiento, etcétera.

Teoría del caos criminológico. La teoría del caos criminológico no ha de consistir en demeritar las teorías -ajenas- de la criminalidad, así como la crítica casi autodestructiva al interior de la Criminología, debe analizar también la labor que realizan los profesionistas, que en su mayoría de ha concentrado en el ejercicio profesional en exceso, dejando a un lado la sistematización plasmada en materiales didácticos más allá de eventos de divulgación como congresos, cátedras o similares -y cabe mencionar las publicaciones en medios no oficiales como las redes sociales sin ISSN o ISBN; es decir: *Blogs, twitters, facebook*s y otros.

El caos consiste hoy (y desde hace cuatro décadas) en una repetición persistente y en ocasiones patológica donde parece que "nada funciona" escondido en promesas futuristas que no llegan o lo hacen a paso extremadamente lento; los directores de las escuelas de Criminología-Criminalística suelen ser los mismos tras los años o las administraciones son muy inestables (estos en mucho más de la mitad no son criminólogos-criminalistas naturales de licenciatura, siendo de otras áreas afines a éstas y/o posgraduados en el área); los libros clásicos se reimprimen recurrentemente; los autores son los mismos, abusando en momentos de su consolidación lograda; el peor de las situaciones es que las escuelas públicas no han tenido interés en crear la profesión a nivel licenciatura, quienes han tomado el liderazgo han sido las privadas, sin las cuales, ésta profesión sería un fantasma; la participación política ha sido invisible, por lo que a éste profesionista se le consulta para nada: El criminólogo-criminalista no tiene impacto en las políticas públicas; también, éste está a la casi exigencia de que alguien más haga todo lo pendiente que queda por hacer: Mejorar sus planes de estudio, emplearles en algo de alto nivel, modificar las leyes, hacer los libros, impartir las cátedras, mejorar las escuelas, amentar el nivel de infraestructura e interminables suplicas. Incluido el fanatismo, la hipocresía y la corrupción de la ciencia.

Teoría psicoanalítica. La teoría psicoanalítica, como toda teoría de la personalidad, se interesa en primer lugar por el esclarecimiento de los factores interiores y exteriores que motivan la conducta de los seres humanos; sin embargo, sólo el Psicoanálisis considera que estas fuerzas de motivación derivan de procesos mentales inconscientes. La demostración de FREUD de la existencia de una mente inconsciente y su concepto de la autonomía psíquica, se consideran generalmente como una de sus mayores contribuciones y siguen siendo las hipótesis fundamentales de la teoría psicoanalítica. La teoría psicoanalítica se refiere a la estructura mental y a la psicodinámica de la mente. Según un modelo regional o topográfico, Freud dividió la mente en lo inconsciente propiamente dicho, lo preconscious y lo consciente. La base de la teoría freudiana de la personalidad la constituyen el estudio y formulación de estos sistemas mentales y el modelo tripartito del "yo", el "ello" y el "super yo", que representan sus componentes estructurales.

Terapéutica criminal. Aspecto de la criminología que estudia los medios de prevención y reforma de los criminales a partir del individuo. Para INGENIEROS, es el estudio de las medidas preventivas y la organización de las instituciones necesarias para la defensa social contra los delincuentes.

Terabyte. Disco duro externo con capacidad de mil gigabytes.

Terapia de conducta. La psicoterapia de conducta se vale de diversas técnicas para generar un cambio en la conducta del sujeto. Algunos procedimientos involucran componentes activos, en los que una actividad (por ej. tensión muscular) se utiliza como ayuda en la reducción eventual de la activación, mientras otros son pasivos e involucran componentes que se focalizan aisladamente sobre

la relajación y la tranquilidad. Se puede usar como parte de una intervención conductual más elaborada, como la desensibilización sistemática o como instrumento terapéutico por sí mismo.

Terapia cognitiva. La terapia cognitiva consta de una serie de procedimientos dirigidos a corregir las distorsiones cognitivas y los errores específicos habituales en el pensamiento (cogniciones). Se pueden utilizar una amplia variedad de técnicas terapéuticas específicas. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente a identificar, contrastar la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y creencias disfuncionales subyacentes a estas cogniciones.

Terapia familiar sistémica. Forma de terapia que entiende al ser humano como un ser social, y como tal entabla relaciones en forma de díada, como en las parejas, o en grupos mayores como en algunas familias. Mediante esta técnica, se pretende la resolución de la problemática del individuo abordando al núcleo familiar en su conjunto.

Tercera escuela. Es la principal, surge en Italia y sus principales representantes son: Bernardino ALIMENA, Emmanuele CARNEVALE y VACCARO, entre otros.

Postulados:

- Negación del libre albedrío;
- Delito. Hecho individual y social, considera que el delito es un fenómeno producto de factores endógenos y exógenos.
- Más importante el delincuente que el delito, toma en cuenta los aspectos antropológicos y sociológicos;
- Método inductivo;
- Distingue entre imputables como los que tiene capacidad para saber lo que hacen e inimputables como los que no saben qué hacen;
- Plantea la reforma social como deber del Estado;
- Hace la distinción entre Derecho Penal y la Criminología;
- No acepta la clasificación de los delincuentes pero si distingue a delincuentes ocasionales, habituales y anormales;
- Acepta las penas y las medidas de seguridad, y
- *Pena.* Debe ser no sólo castigo sino correctiva y educativa.

Terminales. La *Ley de caminos, puentes y autotransporte federal* lo define las instalaciones auxiliares al servicio del autotransporte de pasajeros, en donde se efectúa la salida y llegada de autobuses para el ascenso y descenso de viajeros, y tratándose de autotransporte de carga, en las que se efectúa la recepción, almacenamiento y despacho de mercancías, el acceso, estacionamiento y salida de los vehículos destinados a este servicio.

Territorio. Se denomina territorio a un área definida (incluyendo tierras y aguas) a menudo considerada posesión de una persona, organización, institución, Estado o país subdividido.

Terrorismo. Sin perjuicio de las penas que correspondan por los delitos que resulten, al que utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, realice actos en contra de las personas, las cosas o servicios públicos, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad para que tome una determinación.

- I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, realice en territorio mexicano, actos en contra de bienes o personas de un Estado extranjero, o de cualquier organismo u organización internacionales, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para tratar de menoscabar la autoridad de ese estado extranjero, u obligar a éste o a un organismo u organización internacionales para que tomen una determinación;
- II. Al que directa o indirectamente financie, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán utilizados, en todo o en parte, para

- cometer actos terroristas internacionales, o en apoyo de personas u organizaciones terroristas que operen en el extranjero, y
- III. Al que acuerde o prepare en territorio mexicano un acto terrorista que se pretenda cometer o se haya cometido en el extranjero.

El terrorismo es la amenaza más importante para la seguridad interior de la mayor parte de países del mundo. Los terroristas buscan, en general, provocar una conmoción política, económica y social, utilizando el asesinato selectivo o masivo.

El terrorismo es la amenaza más importante para la seguridad interior de la mayor parte de países del mundo. Los terroristas buscan, en general, provocar una conmoción política, económica y social, utilizando el asesinato selectivo o masivo, (...) esto es, extendiendo el terror con el objetivo de doblegar la voluntad de los ciudadanos y de sus representantes políticos.

Terrorista. Individuo que por experiencia sabe que la eficacia de un acto es inversamente proporcional a la exhibición de sus preparativos. En este elogiado gesto de inteligencia radica precisamente su herejía.

Tesis. Es el trabajo de investigación que se exige en la mayor parte de las instituciones de educación superior a fin de acreditar que el estudiante cuente con la capacidad suficiente para aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridos durante la carrera en el proceso de investigación.

La tesis es la investigación sobre un tema que suscita controversia en una disciplina, que presenta un problema cuya solución no satisface y se quiere proporcionar una nueva o plantear el estudio del tema desde otra perspectiva.

La tesis de licenciatura forma parte de un procedimiento necesario a fin de obtener la Licencia para ejercer una profesión oficialmente regulada en un país, o con el objetivo de obtener un grado superior que posibilita el ejercicio de la docencia en los institutos superiores. Por otra parte, para Umberto Eco "la tesis doctoral pretende demostrar que el estudioso sea capaz de hacer avanzar la ciencia a la que se dedique, a su nivel, tiene madurez para hacer aportaciones".

Test. Instrumentos aplicados en psicología, que conformando una batería evaluarán diferentes áreas del sujeto estudiado.

Testículos. Glándulas seminales, órgano reproductor esencial masculino en número de dos, contenido y suspendido en el escroto o bolsa, suspendidos por el cordón espermático.

Testigo. Persona que comunica al juez el conocimiento que tiene acerca de algún hecho o acto cuyo esclarecimiento interesa para la decisión de un proceso.

Testigo métrico. Es una unidad de medida que se utiliza en la toma fotográfica de primer plano, para determinar escala, longitud o diámetro del EMP y EF registrado.

Testosterona. Hormona esteroide responsable del desarrollo sexual del varón, siendo responsable de la masculinización corporal.

Texto legal. Es el contenido del articulado completo de una ley o decreto promulgado legalmente.

Thánatos. Sinónimo de muerte. Es utilizado por S. FREUD para referirse a la pulsión de muerte en contraposición al "Eros" o pulsión de vida. La pulsión de muerte o Thánatos pretende la destrucción de todo lo que afecta al individuo y su objetivo final es la vuelta a un estado inorgánico.

Tic. Ejecución frecuente, imperiosa, involuntaria y absurda de movimientos repetidos, súbitos y sin objeto, cuya realización va seguida de un alivio inmediato. La voluntad o la distracción pueden retenerlos temporalmente y desaparecen durante el sueño. Son intermitentes y discontinuos, variables en el tiempo, en su frecuencia, amplitud y ubicación.

Contracciones musculares involuntarias, repetitivas y rápidas que casi siempre se presentan en el rostro. Se cree que están relacionadas con la tensión y la ansiedad.

TIEGHI, Osvaldo Nelo. Abogado especializado y Doctor en Ciencias Penales. Miembro de la Sociedad Internacional de Criminología (París), de la Sociedad Argentina de Psicología Social y del Comité Ejecutivo del Grupo Argentino de Trabajo en Psiquiatría Social. Exsecretario científico de la Federación Argentina de Sociedades de Medicina Psicológica. Miembro de honor vitalicio del Ateneo de Psicología Social y Medicina Psicosomática. Miembro de número de la Academia de Ciencias Penales. Presidente de la Sociedad Interdisciplinaria de Investigaciones Criminológicas. Autor de diversos libros como: "Reflexología Criminal", "Tratado de Criminología" y "Criminalidad. Ciencias, filosofía y prevención".

Tierra. Materia orgánica e inorgánica desmenuzada de la que principalmente se compone el suelo natural.

Timidez. Rasgo del carácter consistente en la incapacidad para pasar al acto en las conductas verbales, profesionales o sexuales, cuyo resultado es una hipersensibilidad excesiva en el contacto con los demás.

Tinta ópticamente variable. Tinta de impresión con pigmentos ópticamente variables que presentan grandes cambios de color (fuertes variaciones de coloración) en función del ángulo de observación o de la iluminación. Las tintas ópticamente variables se componen de microescamas de múltiples capas en un medio de tinta incolora. Las escamas de pigmento actúan a modo de dispositivos ópticos selectores de longitud de onda (filtros de interferencia) de tamaño microscópico.

Tipicidad. Fenómeno en virtud del cual el legislador concreta en normas legales aquel comportamiento humano que considera lesivo para los intereses jurídicos fundamentales, y predicables del individuo, de la sociedad y del propio Estado.

Acto u omisión que se encuadra con la descripción de la figura delictiva contenida en la ley.

Tipo criminal. Según FERRI, "es el individuo en quien las anomalías o estigmas atávicos, degenerativos o patológicos, se encuentran en mayor número que entre los no delincuentes de las mismas clases sociales y de igual origen étnico". Tal número mayor de anomalías constituye una verdadera predisposición personal al delito. LOMBROSO, a partir del método fotográfico ideado por GALTON para detectar el tipo medio de raza, familia, clase social, etcétera, mediante la superposición de clichés, obtuvo su tipo criminal: "Una fotografía verdaderamente impresionante, con unos senos frontales muy abultados, con una asimetría facial muy pronunciada, con unas órbitas enormes, similares a las de las grandes fieras, con frente huidiza, provisto del apéndice lemúrido, con la pesadez, además, de las mandíbulas, sobre todo de la mandíbula inferior, que constituyen la siniestra mascarilla del asesino".

Tipo de armas. Es la determinación de la muestra, que puede ser: un revólver, pistola, carabina o fusil.

Tipología. Cualquier sistema de clasificación cuyo resultado es una serie de grupos bien definidos y mutuamente exclusivos.

Titular. Persona que tiene el título o nombramiento correspondiente al cargo que se expresa.

Título. Título de una carrera universitaria o de otros estudios realizados en un centro de enseñanza.

Tolerancia a las drogas. Es el aguante que el organismo adquiere respecto al consumo de una sustancia. Es el acostumbramiento a los efectos de la droga. El sujeto progresivamente se habitúa y sus estados de felicidad o de tranquilidad van reduciéndose a pesar de mantener una dosis idéntica, de tal manera que deberá aumentarla para experimentar de nuevo sus efectos. La tolerancia es temporal, sólo aparece lentamente y desaparece con la eliminación de la droga.

Tolerancia cero. Acompañada de impunidad cero, debería ser la premisa principal ante el delito, pues no hay excusa para tolerar la violencia. Su aplicación ha demostrado eficacia en otros países y ciudades, pero implica necesariamente voluntad política para lograrlo.

Topografía del aparato psíquico. En la época en que inició el estudio del material acumulado, advirtió Freud la necesidad de crear un croquis auxiliar para hacer comprensible o estructurar su teoría y al mismo tiempo mantener un orden en la investigación. Creó para esto la "Metapsicología", estructura hipotética, que le sirvió para ir colocando los elementos de su teoría en un conjunto ordenado. Como no podía encontrar o explicar el origen de los procesos psíquicos sin presumir una función determinada que se cumpliría en un sistema espacial, hizo tal estructuración y concibió ese espacio en que actuarían dinámicamente las distintas potencias psíquicas. Esto, a primera vista, parece algo fantasioso; pero hay que recordar que la mayoría de las teorías científicas siempre tienen algo de fantasioso.

Tolerancia en el carácter. En Psicología Clínica la tolerancia es la capacidad, variable según el individuo, para poder soportar un cierto grado de exposición al estrés sin que aparezcan reacciones desadaptativas o síntomas patológicos.

Torre penitenciaria. Torrecilla tipo panóptico.

Tórax. Parte más elevada del tronco, que tiene como almacén esquelético el esternón, las costillas y la región dorsal de la columna vertebral. Está limitado por abajo por el diafragma, que lo separa del abdomen, protege a los órganos torácicos internos.

Torsión. Pequeñas vueltas, dobleces o encorvamientos, ya sea hacía la derecha o hacía la izquierda, que determinadas personas realizan en los finales de los rasgos de las letras. Tienen aspecto de pequeños ganchos y pueden estar en las partes superiores o inferiores de los rasgos citados.

Tortura. Comete el delito de tortura el servidor público que, con motivo de sus atribuciones, inflija a una persona dolores o sufrimientos graves, sean físicos o psíquicos con el fin de obtener, del torturado o de un tercero, información o una confesión, o castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche ha cometido, o coaccionarla para que realice o deje de realizar una conducta determinada.

No se considerarán como tortura las molestias o penalidades que sean consecuencia únicamente de sanciones legales, que sean inherentes o incidentales a éstas, o derivadas de un acto legítimo de autoridad.

Totalitarismo. Es el sistema político agudamente autoritario que de despliega sobre las personas un poder ilimitado y envolvente.

Tournée. Visitas de cortesía que debe hacer un embajador recién llegado a su sede a todos sus colegas y a algunos altos funcionarios del estado receptor, después de la presentación de cartas credenciales.

En algunos países el cuerpo diplomático se ha puesto de acuerdo para suprimir esta práctica, sustituyéndola por la celebración de una recepción en la que el recién llegado tenga la oportunidad de conocer y conversar con sus colegas.

Toxicología. Es la ciencia que estudia las intoxicaciones y los venenos que las provocan.

Toxicología Forense. Es la rama de la toxicología que trata de los aspectos médico-legales que ejerce el efecto dañino de las sustancias químicas en el ser humano.

Se refiere a los agentes tóxicos, los venenos, las drogas, su identificación, sus efectos, etcétera; las lesiones que produce en una persona viva. Los distintos tóxicos, sus consecuencias en el organismo humano, el uso terapéutico de las drogas, medicamentos, etcétera; las implicaciones médico-legales, su fisiopatología, su tratamiento, etcétera; las investigaciones que se practica en el cadáver, la autopsia judicial en caso de intoxicaciones, los informes periciales, etcétera; el control sanitario de los fármacos, los delitos cometidos bajo la influencia de drogas.

Toxicomanía. Alteración de conducta caracterizada por el deseo y la necesidad compulsiva de conseguir un tóxico, debido a sus efectos placenteros y a la necesidad de suprimir los efectos físicos y psíquicos que forman parte de la sintomatología de abstinencia y que aparecen tras la interrupción de su consumo.

Toxina. Término general para las sustancias productoras de efectos tóxicos, secretadas por las bacterias patógenas. Sus caracteres generales más importantes son los de producir los efectos tóxicos después de un periodo de incubación y de ser antígenos.

Trabajo. El trabajo cumple un rol de suma importancia, juega un papel fundamental en la vida del individuo y la sociedad, es a través de éste que se pueden cubrir las necesidades profesionales, personales, económicas y psicosociales, permitiendo la interacción positiva con otros sectores como la familia.

Factores de riesgo en el trabajo:

- La violencia al interior y/o al exterior del trabajo en todas sus formas es un riesgo latente en las empresas;
- Causa daños a la salud y origina trastornos fisiológicos, psicológicos, conductuales, que afectan el entorno y la relación familiar de los trabajadores;
- Las agresiones verbales y físicas y el acoso y hostigamiento al trabajador por parte de los patrones y/o compañeros de trabajo son actitudes que pueden afectar su productividad, incrementar su ausentismo al desmotivarse y perder el interés en el trabajo, lo cual además de impactar en los ingresos de las empresas, puede generar las condiciones para que se presenten actos de violencia;
- Problemas de alcoholismo y de drogadicción entre algunos trabajadores, afectando no sólo su rendimiento laboral, sino también un deterioro en sus relaciones con sus compañeros de trabajo y su familia;
- Las nulas o mínimas medidas de seguridad en instalaciones laborales pueden originar una falta de control del ingreso de personas a los centros de trabajo, corriendo el riesgo de que se infiltren personas que pudieran cometer toda serie de anomalías como robos o asaltos, y

- La no adecuada planeación en el cambio de rutas para llegar y salir de las instalaciones laborales podrían poner en riesgo la integridad física del personal, ya que se puede ser objeto de asaltos y/o secuestros.

Traducción Forense. Disciplina encargada de traducir a un idioma determinado, el mensaje contenido en un texto, siendo esta traducción equivalente al idioma en que se expresa.

Tipos de intervención:

1. Intérprete consecutivo interviene cuando un extranjero rinde su declaración, o bien en los casos en que se requiera que se le transmita una resolución o un acuerdo dictado por una autoridad.
2. Traductor, el perito emite un documento en el que traduce de un idioma a otro el mensaje contenido en un texto.

Tráfico de influencia

- I. El servidor público que por sí o por interpósita persona promueva o gestione la tramitación o resolución ilícita de negocios públicos ajenos a las responsabilidades inherentes a su empleo, cargo o comisión;
- II. Cualquier persona que promueva la conducta ilícita del servidor público o se preste a la promoción o gestión a que hace referencia la fracción anterior, y
- III. El servidor público que por sí, o por interpósita persona indebidamente, solicite o promueva cualquier resolución o la realización de cualquier acto materia del empleo, cargo o comisión de otro servidor público, que produzca beneficios económicos para sí o para cualquiera de las personas.

Transculturación. Proceso mediante el cual un individuo o grupo cultural se adapta o inserta en una cultura diferente a la propia. Éste fenómeno es típicamente sufrido por grupos de inmigración a países desarrollados y con frecuencia conduce a un proceso de integración en la nueva cultura variable según el individuo, su soporte social y su necesidad.

Transexualidad. El síntoma principal del transexualismo es el malestar intenso y persistente sobre el propio sexo, el deseo de ser del otro sexo o la insistencia en afirmar que se pertenece a él. Desean que sus genitales externos sean alterados para que se parezcan a los del sexo opuesto y generalmente quiere vivir con un miembro del otro sexo. La causa del transexualismo, tanto desde el punto de vista de los factores biológicos (masculinización o feminización del cerebro por la presencia o la ausencia de la testosterona), como de los psicosociales (interacción entre el temperamento del niño y las actitudes de los padres, la relación madre-hijo, la ausencia de la madre o el papel del padre/ sigue siendo un tema que suscita una gran controversia.

Transexualismo. Deseo o necesidad intensos de cambiar el estado sexual propio, incluyendo la estructura anatómica.

Transferencia. En psicoanálisis se utiliza para referirse al proceso necesario para la curación, mediante el cual las fantasías inconscientes del paciente se exteriorizan a lo largo de la terapia y son transmitidas al terapeuta.

Sentimientos de hostilidad que un paciente transfiere de relaciones anteriores a su relación con el terapeuta.

Transferencia positiva. Transferencia de los sentimientos positivos sobre otras relaciones a la relación entre el paciente y el terapeuta.

Transición política. Cambio de una forma de gobierno, a otra distinta a la establecida anteriormente. Se trata de una transformación de los regimenes autoritarios a sistemas políticos modernos y democráticos.

Tránsito. Desplazamiento físico de vehículos y/o peatones a lo largo de una vía. Sitio por donde se pasa. Acción de transitar. Pasar de un punto a otro por vías o parajes públicos.

Tránsito terrestre. Es la disciplina que se encarga del estudio técnico – científico de las causas que originan un hecho de tránsito a través del análisis físico – matemático de las leyes de la física relativas al movimiento de los cuerpos.

Tipos de intervención:

1. En el lugar de los hechos. El experto de la especialidad lleva a cabo la preservación y observación del lugar del siniestro, en compañía del Ministerio Público de la Federación, donde metodológicamente realiza la búsqueda y localización de huellas e indicios. Analizándolos y discriminándolos en base a los principios fundamentales de la criminalística, y
2. Revisión de vehículos. Esta diligencia se realiza en compañía del Ministerio Público de la Federación, observando la ubicación, intensidad y características de los daños que presentan los vehículos, que correlacionándolos con las huellas o indicios localizados en el lugar y con apoyo de los principios fundamentales de la criminalística, se establece la forma y velocidad de circulación. Y en base a la magnitud de los daños, se determina su costo de reparación.

Transmigrante. En tránsito hacia otro país y que podrá permanecer en territorio nacional hasta por treinta días.

Transparencia. En las democracias actuales denota la calidad de los procedimientos del gobierno y de la administración pública.

Transporte privado. En la *Ley de caminos, puentes y autotransporte federal* define que es el que efectúan las personas físicas o morales respecto de bienes propios o conexos de sus respectivas actividades, así como de personas vinculadas con los mismos fines, sin que por ello se genere un cobro.

Transvestismo. Desviación sexual en el cual un individuo obtiene placer del uso de ropa propia del sexo opuesto.

Trastorno antisocial de la personalidad. La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. Puesto que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno antisocial de la personalidad, puede ser especialmente útil integrar la información obtenida en la evaluación clínica sistemática con la información recogida de fuentes colaterales. Para que se pueda establecer este diagnóstico el sujeto debe tener al menos 18 años y tener historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los 15 años. El trastorno disocial implica un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales reglas o normas sociales apropiadas para la edad. Los comportamientos característicos específicos del trastorno disocial forman parte de una de estas cuatro categorías: Agresión a la gente o los animales, destrucción de la propiedad, fraudes o hurtos, o violación grave de las normas.

El patrón de comportamiento antisocial persiste hasta la edad adulta. Los sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad no logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal. Pueden perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (que puede o no producirse) como la destrucción de una propiedad, hostigar o robar a otros, o dedicarse a actividades ilegales. Las personas con este trastorno desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Frecuentemente, engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placer personales (p. ej., para obtener dinero, sexo o poder. Pueden mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros o simular una enfermedad. Se puede poner de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro. Las decisiones se toman sin pensar, sin prevenir nada y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás, lo que puede ocasionar cambios repentinos de trabajo, de lugar de residencia o de amistades. Los sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad tienden a ser irritables y agresivos y pueden tener peleas físicas repetidas o cometer actos de agresión (incluidos los malos tratos al cónyuge o a los niños). Los actos agresivos necesarios para defenderse a uno mismo o a otra persona no se consideran indicadores de este ítem. Estos individuos también muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. Esto puede demostrarse en su forma de conducir (repetidos excesos de velocidad, conducir estando intoxicado, accidentes múltiples). Pueden involucrarse en comportamientos sexuales o consumo de sustancias que tengan un alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales. Pueden descuidar o abandonar el cuidado de un niño de forma que puede poner a ese niño en peligro.

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad también tienden a ser continuos y extremadamente irresponsables. El comportamiento irresponsable en el trabajo puede indicarse por períodos significativos de desempleo aun teniendo oportunidades de trabajar, o por el abandono de varios trabajos sin tener planes realistas para conseguir otro trabajo. También puede haber un patrón de absentismo no explicado por enfermedad del individuo o de un familiar. La irresponsabilidad económica viene indicada por actos como morosidad en las deudas y falta de mantenimiento de los hijos o de otras personas que dependen de ellos de forma habitual. Los individuos con trastorno antisocial de la personalidad tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos. Pueden ser indiferentes o dar justificaciones superficiales por haber ofendido, maltratado o robado a alguien (p. ej., «la vida es dura», «el que es perdedor es porque lo merece» o «de todas formas le hubiese ocurrido»). Estas personas pueden culpar a las víctimas por ser tontos, débiles o por merecer su mala suerte, pueden minimizar las consecuencias desagradables de sus actos o, simplemente, mostrar una completa indiferencia. En general, no dan ninguna compensación ni resarcan a nadie por su comportamiento. Pueden pensar que todo el mundo se esfuerza por «servir al número uno» y que uno no debe detenerse ante nada para evitar que le intimiden.

El comportamiento antisocial no debe aparecer exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un episodio maníaco.

Traslado. Es el movimiento que se hace de los elementos físicos materia de prueba de un sitio a otro.

Trasladado. Registro histórico de un interno que sale trasladado desde un establecimiento de reclusión a otro en cumplimiento de Resolución de traslado, se entiende que el interno queda registrado en su establecimiento de origen como trasladado y en su establecimiento de destino en alta.

Trastorno autista. Trastorno del desarrollo que por lo general ocurre en los primeros años de la niñez y se caracteriza por un deterioro severo en las relaciones sociales, la comunicación y la actividad.

Trastorno cardiovascular. Trastorno que afecta el sistema de vasos sanguíneos y el corazón.

Trata de personas menores de dieciocho años de edad o de personas que no tienen capacidad para comprender el significado del hecho o de personas que no tienen capacidad para resistirlo. Las sanciones señaladas en los **artículos 200, 201, 202, 203 y 204** se aumentarán al doble de la que corresponda cuando el autor tuviere para con la víctima, alguna de las siguientes relaciones:

- a) Los que ejerzan la patria potestad, guarda o custodia;
- b) Ascendientes o descendientes sin límite de grado;
- c) Familiares en línea colateral hasta cuarto grado;
- d) Tutores o curadores;
- e) Aquél que ejerza sobre la víctima en virtud de una relación laboral, docente, doméstica, médica o cualquier otra que implique una subordinación de la víctima;
- f) Quien se valga de función pública para cometer el delito;
- g) Quien habite en el mismo domicilio de la víctima;
- h) Al ministro de un culto religioso;
- i) Cuando el autor emplee violencia física, psicológica o moral en contra de la víctima, y
- j) Quien esté ligado con la víctima por un lazo afectivo o de amistad, de gratitud, o algún otro que pueda influir en obtener la confianza de ésta.

Trastorno de la erección en el varón. La característica esencial del trastorno de la erección en el varón es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica.

Existen diferentes patrones de trastorno eréctil. Algunos individuos explican la incapacidad para obtener la erección ya desde el inicio de la relación sexual; otros, en cambio refieren que consiguen una erección normal, pero la pierden al intentar la penetración. Algunas personas pueden obtener una erección suficiente para la penetración, pero la pierden (antes o durante los movimientos coitales); otras son capaces de presentar erecciones sólo durante la masturbación o por la mañana al levantarse. Las erecciones que se producen durante la masturbación pueden asimismo desaparecer, pero no es habitual que esto suceda.

Trastorno de la excitación sexual en la mujer. La característica esencial del trastorno de la excitación sexual en la mujer es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual. La respuesta excitatoria consiste en una vasocongestión pelviana, en una lubricación y dilatación vaginales y en una tumefacción de los genitales externos. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales; no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (incluso fármacos) o a una enfermedad médica.

Trastorno de la identidad sexual. Existen dos componentes en el trastorno de la identidad sexual que deben estar presentes a la hora de efectuar el diagnóstico. Debe haber pruebas de que el individuo se identifica, de un modo intenso y persistente, con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que uno es, del otro sexo. Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales. Deben existir también pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo. El diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita). Para efectuar el diagnóstico deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada preocupación por las actividades femeninas tradicionales; pueden preferir vestirse con ropa de niña o mujer o pueden confeccionarla ellos mismos a partir de material disponible, cuando no poseen ropa femenina. A menudo se usan toallas, delantales, pañuelos de cuello para representar faldas o pelos largos. Existe una atracción fuerte hacia los juegos y los pasatiempos típicos de las niñas.

Les gusta especialmente jugar a mamá y papá, dibujar chicas y princesas bonitas, y mirar la televisión o los vídeos de sus ídolos femeninos favoritos. A menudo, sus juguetes son las muñecas (como *Barbie*), y las niñas constituyen sus compañeros. Cuando juegan a papá y mamá, estos niños realizan el papel femenino, generalmente «el papel de madre» y muestran fantasías que tienen que ver con mujeres. Evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de los niños. Pueden asimismo expresar el deseo de ser una niña y asegurar que crecerán para ser una mujer. A la hora de orinar se sientan en la taza y hacen como si no tuvieran pene, escondiéndoselo entre las piernas.

Más rara vez los niños con trastorno de la identidad sexual pueden afirmar que encuentran su pene o testículos horribles, que quieren operárselos o que tienen o desearían tener vagina. Las niñas con trastornos de la identidad sexual muestran reacciones negativas intensas hacia los intentos por parte de los padres de ponerles ropa femenina o cualquier otra prenda de mujer. Algunas llegan a negarse a ir a la escuela o a reuniones sociales donde sea necesario llevar este tipo de prendas. Prefieren la ropa de niño y el pelo corto; a menudo la gente desconocida les confunde con niños, y piden que se les llame por un nombre de niño. Sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como *Batman* o *Superman*. Estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican deporte, juegos violentos y juegos propios para niños. Muestran poco interés por las muñecas o por cualquier tipo de vestido femenino o actividad relacionada con el papel de la mujer. Las niñas que padecen este trastorno rehúsan en ocasiones orinar sentadas en la taza del *water*. Pueden explicar que poseen o que se dejarán crecer un pene y rechazan los pechos o la menstruación. Pueden también asegurar que crecerán para ser un varón. Estas niñas revelan una identificación con el otro sexo muy pronunciada en los juegos, los sueños y las fantasías.

Los adultos con trastorno de la identidad sexual muestran el deseo de vivir como miembros del otro sexo. Esto se manifiesta por un intenso deseo de adoptar el papel social del otro sexo o de adquirir su aspecto físico, ya sea mediante tratamiento hormonal o quirúrgico. Los individuos con este trastorno se sienten incómodos si se les considera como miembros de su propio sexo o si su función en la sociedad no es la correspondiente al otro sexo. La adopción del comportamiento, la ropa y los movimientos del otro sexo se efectúa en diferentes grados. En privado, estos individuos pueden pasar mucho tiempo vestidos como el otro sexo y esforzándose para conseguir la apariencia adecuada. Muchos intentan pasar en público por personas del sexo opuesto. Vistiendo como el otro sexo y con tratamiento hormonal (y para los varones, electrólisis), muchos individuos con este trastorno pasan inadvertidamente como personas del otro sexo. La actividad sexual de estos individuos con personas

del mismo sexo se encuentra generalmente restringida, porque no desean que sus parejas vean o toquen sus genitales. En algunos varones con este trastorno en etapas más avanzadas de la vida (a menudo después del matrimonio) la actividad sexual con una mujer se acompaña de la fantasía de ser amantes lesbianas o de que la pareja es un varón y él, una mujer.

En los adolescentes las características clínicas pueden parecerse tanto a las de los niños como a las de los adultos (según el nivel de desarrollo del individuo); así pues, los criterios tendrían que aplicarse de acuerdo con el nivel de desarrollo. En un adolescente joven puede ser más difícil establecer un diagnóstico exacto debido a la cautela del individuo. Las dificultades pueden ser mayores si el adolescente se encuentra indeciso en cuanto a su identificación con el otro sexo o si la familia no lo aprueba. El adolescente puede ser enviado a un centro médico porque los padres o los profesores están preocupados por el aislamiento social, el rechazo y las burlas de sus amigos.

En estas circunstancias, el diagnóstico debe reservarse para los adolescentes que parecen identificarse con el otro sexo por la manera de vestir y por su comportamiento (p. ej., depilarse las piernas en los varones). El esclarecimiento del diagnóstico en niños y adolescentes puede necesitar un seguimiento durante un largo período de tiempo.

El malestar y la discapacidad de los individuos con trastorno de la identidad sexual se manifiesta de diferente manera a lo largo de la vida. En los niños el malestar se manifiesta por un descontento patente hacia su sexo. La preocupación por transvestirse interfiere a menudo con las actividades cotidianas del individuo. En los niños más mayores el fracaso en contraer amistades y habilidades propias de individuos del mismo sexo a menudo, conduce a aislamiento y a malestar; algunos niños se niegan a ir a la escuela debido a la obligación de vestir con la ropa de su sexo y a las burlas de los compañeros. En los adolescentes y en los adultos la preocupación por transvestirse interfiere muy frecuentemente con las actividades habituales de la persona. Son habituales las dificultades de relación, y puede verse afectado también el rendimiento en la escuela o en el trabajo.

Trastorno de la personalidad por dependencia. La característica esencial del trastorno de la personalidad por dependencia es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los comportamientos dependientes y sumisos están destinados a provocar atenciones y surgen de una percepción de uno mismo como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia tienen grandes dificultades para tomar las decisiones cotidianas (p. ej., qué color de camisa escoger para ir a trabajar o si llevar paraguas o no), si no cuentan con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás. Estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que los demás (frecuentemente una única persona) tomen las iniciativas y asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida. Es típico que los adultos con este trastorno dependan de un progenitor o del cónyuge para decidir dónde deben vivir, qué tipo de trabajo han de tener y de quién tienen que ser amigos. Los adolescentes con este trastorno permitirán que sus padres decidan qué ropa ponerse, con quién tienen que ir, cómo tienen que emplear su tiempo libre y a qué escuela o colegio han de ir. Esta necesidad de que los demás asuman las responsabilidades va más allá de lo que es apropiado para la edad o para la situación en cuanto a pedir ayuda a los demás (p. ej., las necesidades específicas de los niños, las personas mayores y los minusválidos). El trastorno de la personalidad por dependencia puede darse en un sujeto con una enfermedad médica o una incapacidad grave, pero en estos casos la dificultad para asumir responsabilidades debe ir más lejos de lo que normalmente se asocia a esa enfermedad o incapacidad.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia suelen tener dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, sobre todo con aquellos de quienes dependen, porque tienen miedo de perder su apoyo o su aprobación. Estos sujetos se sienten tan incapaces de funcionar solos, que se mostrarán de acuerdo con cosas que piensan que son erróneas antes de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos de quienes esperan que les dirijan. No muestran el enfado que sería apropiado con aquellos cuyo apoyo y protección necesitan por temor a contrariarles. El comportamiento no se debe considerar indicador de trastorno de la personalidad por dependencia si las preocupaciones por las consecuencias de expresar el desacuerdo son realistas (p. ej., temores realistas de venganza por parte de un cónyuge agresivo).

A los sujetos con este trastorno les es difícil iniciar proyectos o hacer las cosas con independencia. Les falta confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para empezar y llevar a cabo las tareas. Esperarán a que los demás empiecen a hacer las cosas, porque piensan que, por regla general, lo hacen mejor que ellos. Estas personas están convencidas de que son incapaces de funcionar de forma independiente y se ven a sí mismos como ineptos y necesitados de ayuda constante. Sin embargo, pueden funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien más les está supervisando y les aprueba. Pueden tener miedo a hacerse o a parecer más competentes, ya que piensan que esto va a dar lugar a que les abandonen. Puesto que confían en los demás para solucionar sus problemas, frecuentemente no aprenden las habilidades necesarias para la vida independiente, lo que perpetúa la dependencia. Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia pueden ir demasiado lejos llevados por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntarios para tareas desagradables si estos comportamientos les van a proporcionar los cuidados que necesitan. Están dispuestos a someterse a lo que los demás quieran, aunque las demandas sean irrazonables. Su necesidad de mantener unos vínculos importantes suele comportar unas relaciones desequilibradas y distorsionadas. Pueden hacer sacrificios extraordinarios o tolerar malos tratos verbales, físicos o sexuales. (Debe tenerse en cuenta que este comportamiento sólo debe considerarse indicador de trastorno de la personalidad por dependencia cuando quede claramente demostrado que el sujeto dispone de otras posibilidades.) Los sujetos con este trastorno se sienten incómodos o desamparados cuando están solos debido a sus temores exagerados a ser incapaces de cuidar de sí mismos. Pueden ir «pegados» a otros únicamente para evitar estar solos, aun cuando no estén interesados o involucrados en lo que está sucediendo. Cuando termina una relación importante (p. ej., la ruptura con un amante o la muerte de alguien que se ocupaba de ellos), los individuos con trastorno de la personalidad por dependencia buscan urgentemente otra relación que les proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan. Su creencia de que son incapaces de funcionar en ausencia de una relación estrecha con alguien motiva el que estos sujetos acaben, rápida e indiscriminadamente, ligados a otra persona.

Los sujetos con este trastorno suelen estar preocupados por el miedo a que les abandonen y tengan que cuidar de sí mismos. Se ven a sí mismos tan dependientes del consejo y la ayuda de otra persona importante, que les preocupa ser abandonados por dicha persona aunque no haya fundamento alguno que justifique esos temores. Para ser considerados indicadores de este criterio, los temores deben de ser excesivos y no realistas. Por ejemplo, un anciano con cáncer que se muda a casa de su hijo para que le cuide estaría presentando un comportamiento dependiente que es apropiado dadas las circunstancias de esa persona.

Trastorno de la personalidad por evitación. La característica esencial del trastorno de la personalidad por evitación es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos. Los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación evitan trabajos o actividades escolares que impliquen un contacto interpersonal importante, porque tienen miedo de las críticas, la desaprobación o el rechazo. Pueden declinar las ofertas de promoción laboral debido a que las nuevas responsabilidades ocasionarían críticas de los compañeros. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a no ser que estén seguros de que van a ser apreciados y aceptados sin críticas. Hasta que no superan pruebas muy exigentes que demuestren lo contrario, se considera que los demás son críticos y les rechazan. Las personas con este trastorno no participan en actividades de grupo a no ser que reciban ofertas repetidas y generosas de apoyo y protección.

La intimidad personal suele ser difícil para ellos, aunque son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay seguridad de una aceptación acrítica. Pueden actuar con represión, tener dificultades para hablar de sí mismos y tener sentimientos íntimos de temor a ser comprometidos, ridiculizados o avergonzados. Los sujetos con este trastorno, puesto que les preocupa la posibilidad de ser criticados o rechazados en las situaciones sociales, tienen el umbral para detectar estas reacciones exageradamente bajo. Pueden sentirse extremadamente ofendidos si alguien se muestra crítico o incluso levemente en contra. Tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e «invisibles» por temor a que la atención vaya a comportar la humillación o el rechazo. Piensan que digan lo que digan los demás lo van a encontrar «equivocado» y que, por tanto, es mejor no decir nada. Reaccionan mal a las bromas sutiles que son sugerentes de ridículo o burla. A pesar de sus ansias de participación activa en la vida social, temen poner su bienestar en manos de los demás. Los sujetos con trastorno de la

personalidad por evitación están inhibidos en las situaciones interpersonales nuevas porque se sienten inferiores y tienen una baja autoestima. Las dudas respecto a su aptitud social y su interés personal se hacen especialmente manifiestas en las situaciones que implican interacciones con extraños. Estos sujetos se creen a sí mismos socialmente ineptos, personalmente poco interesantes o inferiores a los demás. Normalmente son reacios a asumir riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades, ya que esto puede ponerles en aprietos. Son propensos a exagerar el peligro potencial de las situaciones ordinarias, y de su necesidad de certeza y seguridad puede surgir un estilo de vida restrictivo. Los sujetos con este trastorno son capaces de anular una entrevista laboral por temor a encontrarse en aprietos por no vestir adecuadamente. Los síntomas somáticos secundarios u otros problemas pueden ser una razón suficiente para evitar nuevas actividades.

Trastorno delirante. La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos 1 mes. Si hay alucinaciones visuales o auditivas, no son importantes, y puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias (y ser importantes) en relación con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación o la percepción de que uno emite un olor insoportable por algún orificio corporal asociada a ideas de autorreferencia).

Excepto por la consecuencia directa de las ideas delirantes, la actividad psicosocial no está significativamente deteriorada y el comportamiento no es raro ni extraño. Si se presentan episodios afectivos simultáneamente con las ideas delirantes, la duración total de estos episodios es relativamente breve en comparación con la duración total de los períodos delirantes. Las ideas delirantes no son debidas a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., cocaína) o a enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Alzheimer, lupus eritematoso sistémico). Aunque la consideración de que las ideas delirantes sean o no extrañas es especialmente importante para diferenciar el trastorno delirante de la esquizofrenia, la determinación del concepto «rareza» puede ser difícil, particularmente entre diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas sin son claramente improbables, incomprensibles y si no derivan de experiencias de la vida cotidiana (p. ej., la creencia de un sujeto de que un extraño le ha quitado sus órganos internos y los ha sustituido por otros sin dejar ninguna herida o cicatriz). Por el contrario, las ideas delirantes no extrañas se refieren a situaciones que es posible que se den en la vida real (p. ej., ser seguido, envenenado, infectado, amado en secreto o engañado por el cónyuge o amante).

La actividad psicosocial es variable. Algunos sujetos parecen estar relativamente conservados en sus papeles interpersonal y laboral. En otros, el deterioro es importante e incluye una actividad laboral escasa o nula y aislamiento social. Cuando hay una actividad psicosocial pobre en el trastorno delirante, ésta deriva directamente de las mismas creencias delirantes. Por ejemplo, un sujeto que está convencido de que va a ser asesinado por «un mafioso» puede dejar su trabajo y negarse a salir de casa salvo por la noche, y sólo si va disfrazado. Este comportamiento es un intento comprensible de evitar ser identificado y ejecutado por sus presuntos asesinos. En cambio, el empobrecimiento de la actividad social en la esquizofrenia puede ser debido tanto a los síntomas positivos como a los negativos (especialmente a la abulia). Asimismo, una característica habitual de los sujetos con trastorno delirante es la aparente normalidad de su comportamiento y de su aspecto cuando sus ideas delirantes no son cuestionadas o puestas en juego. En general, es más fácil que esté deteriorada la actividad social y conyugal que la intelectual y laboral.

Trastorno esquizoafectivo. La característica esencial del trastorno esquizoafectivo es un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen para la esquizofrenia. Además, durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas, sin síntomas afectivos acusados. Finalmente, los síntomas afectivos están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la enfermedad. Los síntomas no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., cocaína) o a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo o epilepsia del lóbulo temporal). Para cumplir los criterios para el trastorno esquizoafectivo, las características principales deben presentarse dentro de un único período continuo de enfermedad. El término «período de enfermedad» tal como se emplea aquí se refiere a un período de tiempo durante el cual el sujeto sigue presentando síntomas activos o residuales de la enfermedad psicótica. Para algunos sujetos, este período de enfermedad puede prolongarse durante años e incluso décadas. Se considera que un período de enfermedad ha terminado cuando el sujeto

ha estado completamente recuperado durante un intervalo de tiempo significativo y ya no muestra ninguno de los síntomas significativos del trastorno.

Trastorno esquizofreniforme. Las características esenciales del trastorno esquizofreniforme son idénticas a las de la esquizofrenia con la excepción de las dos diferencias siguientes: La duración total de la enfermedad (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) es de al menos 1 mes, pero de menos de 6 meses y no se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral durante alguna parte de la enfermedad (aunque puede haberlo). La duración exigida para el trastorno esquizofreniforme es intermedia entre la del trastorno psicótico breve (en el que los síntomas duran al menos 1 día, pero menos de 1 mes) y la esquizofrenia (en la que los síntomas se prolongan durante al menos 6 meses). El diagnóstico del trastorno esquizofreniforme se establece de dos maneras. En la primera se aplica el diagnóstico sin otro calificativo cuando el episodio de enfermedad ha durado entre 1 y 6 meses el sujeto está ya recuperado. En el segundo caso el diagnóstico se aplica cuando un sujeto presenta síntomas, sin que hayan transcurrido los 6 meses que se requieren para el diagnóstico de esquizofrenia. En este caso, el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme debe calificarse de «provisional», ya que no hay seguridad de que el sujeto vaya a recuperarse de la alteración dentro del período de 6 meses. Si la alteración persiste más allá de los 6 meses, debe cambiarse el diagnóstico por el de esquizofrenia.

Trastorno esquizoide de la personalidad. La característica esencial del trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. Este patrón comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad no demuestran tener deseos de intimidad, parecen indiferentes a las oportunidades de establecer relaciones personales y no parece que les satisfaga demasiado formar parte de una familia o de un grupo social. Prefiere emplear el tiempo en sí mismos, más que estar con otras personas. Suelen estar socialmente aislados o ser «solitarios» y casi siempre escogen actividades solitarias o aficiones que no requieran interacciones con otras personas. Prefieren las tareas mecánicas o abstractas como los juegos de ordenador o matemáticos. Pueden mostrar un interés muy escaso en tener experiencias sexuales con otra persona y les gustan muy pocas o ninguna actividades. Suele haber una reducción de la sensación de placer a partir de experiencias sensoriales, corporales o interpersonales, como pasear por una playa tomando el sol o hacer el amor. Estos individuos no tienen amigos íntimos o personas de confianza, a excepción de algún familiar de primer grado.

Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad suelen parecer indiferentes a la aprobación o la crítica de los demás y no muestran preocupación alguna por lo que los demás puedan pensar de ellos. Pueden abstraerse de las sutilezas normales en la interacción social y a menudo no responden adecuadamente a las normas sociales, de forma que parecen socialmente ineptos o superficiales y enfascados en sí mismos. Habitualmente, muestran un aspecto «blando» sin reactividad emocional observable y con pocos gestos o expresiones faciales de reciprocidad, como sonrisas o cabeceo. Refieren que rara vez experimentan emociones fuertes como ira o alegría. Frecuentemente manifiestan una afectividad restringida y se muestran fríos y distantes. Sin embargo, en las raras ocasiones en que estos individuos se sienten, aunque sea temporalmente, cómodos hablando de sí mismos, puede reconocer que tienen sentimientos desagradables, en especial en lo que se relaciona con las interacciones sociales. El trastorno esquizoide de la personalidad no debe diagnosticarse si el patrón de comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, otro trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo, o si es debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad neurológica o de otro tipo (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

Trastorno esquizotípico de la personalidad. La característica esencial del trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza al inicio de la edad adulta y se observa en diversos contextos. Los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad suelen tener ideas de referencia (p. ej., interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y acontecimientos externos como poseedores de un significado especial e inhabitual específico para esa persona). Esto debe diferenciarse de las ideas delirantes de referencia en las que las creencias son mantenidas con una convicción delirante. Estos sujetos pueden ser supersticiosos o

estar preocupados por fenómenos paranormales ajenos a las normas de su propia subcultura. Pueden sentir que tienen poderes especiales para notar los hechos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás. Pueden creer que tienen un control mágico sobre los demás, que puede ser utilizado directamente (p. ej., creer que el que la esposa saque el perro a pasear es el resultado directo de que uno pensase que debía hacerlo una hora antes) o indirectamente a través de realizar rituales mágicos (p. ej., pasar tres veces por encima de un determinado objeto para evitar que ocurra alguna desgracia). Pueden presentarse alteraciones perceptivas (p. ej., sentir que otra persona está presente u oír una voz murmurar su nombre). Su lenguaje puede incluir frases o construcciones raras o idiosincrásicas. Frecuentemente es indefinido, disgresivo o vago, pero sin un verdadero descarrilamiento o incoherencia. Las respuestas pueden ser demasiado concretas o demasiado abstractas y las palabras y los conceptos se aplican algunas veces de formas poco habituales (p. ej., la persona puede decir que no es «hablable» en el trabajo).

Los individuos con este trastorno suelen ser recelosos y pueden presentar ideación paranoide (p. ej., creer que sus colegas en el trabajo están tratando de manchar su reputación ante su jefe). Frecuentemente, no son capaces de hacer servir todo el abanico de afectos y habilidades interpersonales necesarias para relacionarse adecuadamente y, por tanto, suelen interactuar con los demás de una manera inapropiada, inflexible o constreñida. Estos sujetos son considerados frecuentemente raros o excéntricos a causa de sus manierismos poco corrientes, una forma tosca de vestir que «no se lleva» y una falta de atención a las convenciones sociales habituales (p. ej., la persona puede evitar el contacto visual, vestir ropas teñidas y mal hechas y ser incapaz de participar en las bromas con los compañeros del trabajo).

Los sujetos con trastorno esquizotípico de la personalidad interpretan como problemáticas las relaciones interpersonales y no se encuentran cómodos relacionándose con otras personas. Aunque pueden expresar infelicidad debido a la falta de relaciones, su comportamiento sugiere una falta de deseos de contactos íntimos. Como resultado, acostumbran a tener pocos o ningún amigo íntimo o persona de confianza aparte de los familiares de primer grado. Se sienten ansiosos en situaciones sociales, especialmente en las que implican a gente desconocida. Interactúan con otros cuando tienen que hacerlo, pero prefieren encerrarse en sí mismos, porque sienten que ellos son diferentes de los demás y no «encajan». Su ansiedad social no disminuye fácilmente, incluso cuando pasan más tiempo en un lugar o cuando se familiarizan más con los demás, porque su ansiedad tiende a estar asociada con un recelo de las intenciones ajenas. Por ejemplo, al acudir a una cena de amigos, el sujeto con trastorno esquizotípico de la personalidad no se va relajando a medida que pasa el tiempo, sino que más bien se encuentra cada vez más tenso y suspicaz. El trastorno esquizotípico de la personalidad no debe diagnosticarse si el patrón de comportamiento aparece sólo en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, otro trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo).

Trastorno histriónico de la personalidad. La característica esencial del trastorno histriónico de la personalidad es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad no están cómodos o se sienten despreciados cuando no son el centro de atención. En general son vivaces y dramáticos y tienden a llamar la atención, pudiendo, al principio, seducir a sus nuevos conocidos por su entusiasmo, por ser aparentemente muy abiertos o por ser seductores. Sin embargo, estas cualidades van atenuándose con el tiempo a medida que estos sujetos demandan continuamente ser el centro de atención. Hacen el papel de ser «el alma de la fiesta». Cuando no son el centro de atención pueden hacer algo dramático (p. ej., inventar historias, hacer un drama) para atraer la atención sobre sí mismos. Esta necesidad suele ser evidente en su comportamiento con el clínico (p. ej., adular, hacer regalos, hacer descripciones dramáticas de los síntomas físicos y psicológicos que son reemplazados por síntomas nuevos a cada visita).

El aspecto y el comportamiento de los individuos con este trastorno suelen ser inapropiadamente provocadores y seductores desde el punto de vista sexual. Este comportamiento está dirigido no sólo a las personas por las que el sujeto tiene un interés sexual o romántico, sino que se da en una gran variedad de relaciones sociales, laborales y profesionales, más allá de lo que sería adecuado para ese contexto social. La expresión emocional puede ser superficial y rápidamente cambiante. Los sujetos con este trastorno utilizan permanentemente el aspecto físico para llamar la atención. Se

preocupan mucho para impresionar a los demás mediante su aspecto y emplean una cantidad excesiva de energías, tiempo y dinero en vestirse y acicalarse. Parece que «busquen piropos» respecto a su aspecto y pueden trastornarse fácilmente ante un comentario crítico sobre su apariencia o ante una fotografía en la que les parece que no han quedado bien.

Estos sujetos tienen una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices. Expresan opiniones contundentes con un natural talento dramático, pero los argumentos subyacentes suelen ser vagos y difusos y no se apoyan en hechos ni pormenores. Por ejemplo, un sujeto con trastorno histriónico de la personalidad puede comentar que tal persona es un excelente ser humano, aunque es incapaz de proporcionar ningún ejemplo específico de alguna buena cualidad para apoyar esta afirmación. Las personas con este trastorno se caracterizan por la autodramatización, la teatralidad y una expresión exagerada de la emoción. Pueden molestar a los amigos y conocidos con sus demostraciones emotivas públicas (p. ej., abrazando con demasiado ardor a gente que conocen poco, sollozando descontroladamente por cuestiones sentimentales menores o con berrinches de mal genio). No obstante, es frecuente que sus emociones parezcan encenderse y apagarse con demasiada rapidez para ser consideradas profundas, lo que puede llevar a los demás a acusar a estos sujetos de fingir tales sentimientos.

Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad son altamente sugestionables. Sus opiniones y sentimientos son fácilmente influenciados por los demás y por las modas del momento. Pueden llegar a ser incluso demasiado confiados, especialmente respecto a las figuras con una autoridad fuerte, de quienes tienden a pensar que les van a resolver mágicamente sus problemas.

Son propensos a tener presentimientos y a adoptar convicciones con rapidez. Los sujetos con este trastorno acostumbran a considerar las relaciones más íntimas de lo que lo son en realidad, describiendo a casi cualquier conocido como «mi querido amigo» o tuteando a los médicos después de haberles visto sólo una o dos veces en circunstancias profesionales. Son frecuentes las evasiones hacia las fantasías románticas.

Trastorno límite de la personalidad. La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con un trastorno límite de la personalidad realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado. La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales.

Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (p. ej., reacción de desesperación brusca cuando el clínico les anuncia el final de su tiempo de visita, angustia o enfurecimiento cuando alguien importante para ellos se retrasa aunque sea sólo unos minutos o cuando tiene que cancelar su cita). Pueden creer que este «abandono» implica el ser «malos». Estos temores a ser abandonados están relacionados con la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados de otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos.

Los individuos con un trastorno límite de la personalidad presentan un patrón de relaciones inestables e intensas. Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. Sin embargo, cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no «están» lo suficiente. Estos sujetos pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero sólo con la expectativa de que la otra persona «esté allí» para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas. Son propensos asimismo a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con alguna de las personas que se ocupa de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo. Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad

sexual, la escala de valores y el tipo de amistades. Estos sujetos pueden cambiar bruscamente desde el papel de suplicar la necesidad de ayuda hasta el de vengador justiciero de una afrenta ya pasada. Si bien lo habitual es que su autoimagen esté basada en ser perverso o desgraciado, a veces los individuos con este trastorno tienen también el sentimiento de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el sujeto percibe una falta de relaciones significativas, de ayuda y de apoyo. Estos sujetos pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar.

Las personas con este trastorno demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos. Pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente. Los sujetos con trastorno límite de la personalidad presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación. El suicidio consumado se observa en un 8-10 % de estos sujetos y los actos de automutilación (cortarse o quemarse) y las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes. El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden presentar una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que normalmente dura sólo unas horas y que es raro que llegue a persistir durante días). El estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de estos individuos al estrés interpersonal. Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío. Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer. Es frecuente que los sujetos con trastorno límite de la personalidad expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira. Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Frecuentemente, la ira es desencadenada cuando consideran a una de las personas que se ocupa de ellos o a un amante negligente, represor, despreocupado o que le abandona. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos. Durante períodos de estrés extremo, se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización), pero generalmente éstos son de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional. Lo más habitual es que estos episodios ocurran como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser pasajeros y duran entre minutos y horas. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producirse la remisión de los síntomas.

Trastorno narcisista de la personalidad. La característica esencial del trastorno narcisista de la personalidad es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos.

Los sujetos con este trastorno tienen un sentido grandioso de autoimportancia. Es habitual en ellos el sobrevalorar sus capacidades y exagerar sus conocimientos y cualidades, con lo que frecuentemente dan la impresión de ser jactanciosos y presuntuosos. Pueden asumir alegremente el que otros otorguen un valor exagerado a sus actos y sorprenderse cuando no reciben las alabanzas que esperan y que creen merecer. Es frecuente que de forma implícita en la exageración de sus logros se dé una infravaloración (devaluación) de la contribución de los demás. A menudo están preocupados por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginario. Pueden entregarse a rumiaciones sobre la admiración y los privilegios que «hace tiempo que les deben» y compararse favorablemente con gente famosa o privilegiada.

Los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad creen que son superiores, especiales o únicos y esperan que los demás les reconozcan como tales. Piensan que sólo les pueden comprender o sólo pueden relacionarse con otras personas que son especiales o de alto *status* y atribuyen a aquellos con quienes tienen relación las cualidades de ser «únicos», «perfectos» o de tener «talento». Los sujetos

con este trastorno creen que sus necesidades son especiales y fuera del alcance de la gente corriente. Su propia autoestima está aumentada (por reflejo) por el valor idealizado que asignan a aquellos con quienes se relacionan. Es probable que insistan en que sólo quieren a la persona «más importante» (médico, abogado, peluquero, profesor) o pertenecer a las «mejores» instituciones, pero pueden devaluar las credenciales de quienes les contrarían.

Generalmente, los sujetos con este trastorno demandan una admiración excesiva. Su autoestima es casi siempre muy frágil. Pueden estar preocupados por si están haciendo las cosas suficientemente bien y por cómo son vistos por los demás. Esto suele manifestarse por una necesidad constante de atención y admiración. Esperan que su llegada sea recibida con un toque de fanfarrias y se sorprenden si los demás no envidian lo que ellos poseen. Intentan recibir halagos constantemente, desplegando un gran encanto. Las pretensiones de estos sujetos se demuestran en las expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial. Esperan ser atendidos y están confundidos o furiosos si esto no sucede. Por ejemplo, pueden asumir que ellos no tienen por qué hacer cola y que sus prioridades son tan importantes que los demás deberían ser condescendientes con ellos, por lo que se irritan si los otros no les ayudan en su trabajo «que es tan importante». Esta pretenciosidad, combinada con la falta de sensibilidad para los deseos y necesidades de los demás, puede acarrear la explotación consciente o inconsciente del prójimo.

Esperan que se les dé todo lo que deseen o crean necesitar, sin importarles lo que les pueda representar a los demás. Por ejemplo, estos sujetos pueden esperar una gran dedicación por parte de los demás y pueden hacerles trabajar en exceso sin tener en cuenta el impacto que esto pueda tener en sus vidas. Tienden a hacer amistades o a tener relaciones románticas sólo si la otra persona parece dispuesta a plegarse a sus designios o a hacerle mejorar de alguna forma su autoestima. Con frecuencia usurpan privilegios especiales y recursos extras que piensan que merecen por ser tan especiales.

Generalmente, los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad carecen de empatía y tienen dificultades para reconocer los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás. Pueden asumir que los otros están totalmente interesados en su bienestar. Tienden a hablar de sus propios intereses con una extensión y un detalle inadecuados, en tanto que no consiguen darse cuenta de que los demás tienen sentimientos y necesidades. A menudo son desdeñosos e impacientes con los demás cuando éstos se refieren a sus propios problemas y preocupaciones. Estos individuos pueden ser ajenos al daño que pueden hacer sus comentarios (p. ej., explicar con gran alegría a un antiguo amante que «ahora tengo una relación para toda la vida» o presumir de salud delante de alguien que se encuentra enfermo). Cuando se reconocen las necesidades, los deseos o los sentimientos de los demás, es probable que sean vistos con menosprecio como signos de debilidad o vulnerabilidad. Quienes se relacionan con sujetos con un trastorno narcisista de la personalidad es típico que lleguen a una frialdad emocional y una falta de interés recíproco.

Estos sujetos suelen envidiar a los demás o creen que los demás les envidian a ellos. Pueden envidiar los éxitos y las propiedades ajenas, creyendo que ellos son más merecedores de aquellos logros, admiración o privilegios. Pueden devaluar con acritud las aportaciones de los demás, en especial cuando aquellos sujetos han recibido el reconocimiento o las alabanzas por sus méritos. Los comportamientos arrogantes y soberbios caracterizan a estas personas. Frecuentemente presentan actitudes *snobs*, desdeñosas o altivas. Por ejemplo, un individuo con este trastorno puede quejarse de la «tosquedad» o la «estupidez» de un camarero o acaba una evaluación médica con una valoración condescendiente del médico.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad intentan mantener la sensación de control mediante una atención esmerada a las reglas, los detalles triviales, los protocolos, las listas, los horarios o las formalidades hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad. Son excesivamente cuidadosos y propensos a las repeticiones, a prestar una atención extraordinaria a los detalles y a comprobar repetidamente los posibles errores. No son conscientes del hecho de que las demás personas acostumbran a enfadarse por los retrasos y los inconvenientes que derivan de ese comportamiento. Por ejemplo, cuando estos individuos pierden una lista de las cosas que hay que

hacer, son capaces de invertir una gran cantidad de tiempo buscándola, en lugar de emplear unos minutos en volver a confeccionarla de memoria y ponerse a hacer las tareas de que se trate. El tiempo se distribuye mal y las tareas más importantes se dejan para el último momento. El perfeccionismo y los altos niveles de rendimiento que se autoimponen causan a estos sujetos una disfunción y un malestar significativos. Pueden estar tan interesados en llevar a cabo con absoluta perfección cualquier detalle de un proyecto, que éste no se acabe nunca. Por ejemplo, se retrasa la finalización de un informe escrito debido al tiempo que se pierde en reescribirlo repetidas veces hasta que todo quede prácticamente «perfecto». Los objetivos se pierden y los aspectos que no constituyen el objetivo actual de la actividad pueden caer en el desorden.

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad muestran una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades. Este comportamiento no está motivado por necesidades económicas. Piensan muy a menudo que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un fin de semana para salir o simplemente relajarse. Van posponiendo una actividad placentera, como son unas vacaciones, de manera que nunca la llegan a realizar. Cuando dedican algún tiempo a las actividades de ocio o a las vacaciones, se sienten muy incómodos, a no ser que hayan llevado consigo algo de trabajo, de forma que no estén «perdiendo el tiempo». Puede haber una gran concentración en el trabajo doméstico (p. ej., haciendo limpieza repetidamente, de manera que «hasta se podría comer en el suelo»). Si pasan un tiempo con amigos, es probable que sea en algún tipo de actividad organizada (p. ej., deportes).

Se toman las aficiones o las actividades recreativas como tareas serias que exigen una cuidadosa organización y un duro esfuerzo para hacerlas bien. Lo que importa es que la ejecución sea perfecta. Estos sujetos convierten el juego en una tarea estructurada (p. ej., corrigiendo a un niño por no ensartar los aros en los postes en el orden correcto, diciendo a un niño que aún está aprendiendo a andar que conduzca su triciclo en línea recta, convirtiendo un partido de pelota en una pesada «lección»).

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden ser demasiado tercos, escrupulosos e inflexibles en temas de moral, ética o valores. Pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir unos principios morales rígidos y unas normas de comportamiento muy estrictas. También son críticos despiadados de sus propios errores. Los sujetos con este trastorno son rígidamente respetuosos con la autoridad y las normas, e insisten en su cumplimiento al pie de la letra, sin saltarse ninguna norma por circunstancias atenuantes. Por ejemplo, el sujeto no dejaría dinero para llamar por teléfono a un amigo, porque «nadie tiene que pedir ni tomar nada prestado» o porque «sería perjudicial para el carácter de esa persona». Estas características no deben ser explicables por la identificación cultural o religiosa de la persona.

Los sujetos con este trastorno son incapaces de tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental. Admiten que son como esos animalitos que todo lo guardan. Piensan que el tirar cosas es un despilfarro, porque «nunca se sabe cuándo va a necesitar una alguna cosa» y les molesta mucho que alguien trate de desprenderse de algo que ellos han guardado. Sus esposas y compañeros de habitación pueden quejarse de la cantidad de espacio ocupado por ropa vieja, revistas, utensilios rotos y cosas parecidas.

Trastorno orgásmico femenino. La característica esencial del trastorno orgásmico femenino es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo y la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe basarse en la opinión médica de que la capacidad orgásmica femenina es inferior a la correspondiente a la edad, la experiencia sexual y la estimulación sexual recibida. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica.

Trastorno orgásmico masculino. La característica esencial del trastorno orgásmico masculino es la ausencia o el retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. A la hora de juzgar si el orgasmo se encuentra retrasado, el clínico debe tener en cuenta la edad del individuo y si la estimulación recibida es apropiada en cuanto al objeto, la intensidad y la duración. La alteración provoca malestar acusado y dificultad en las relaciones interpersonales; no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual) y no se debe

exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica. En la forma más frecuente de trastorno orgásmico masculino el varón no consigue llegar al orgasmo durante el coito, pero puede eyacular con otros tipos de estimulación, por ejemplo, manual u oral. Algunos varones con este trastorno pueden llegar al orgasmo intravaginal, pero sólo después de un largo período de estimulación no coital. Otros pueden eyacular sólo durante la masturbación y otros llegan al orgasmo sólo en el momento de despertar tras un sueño erótico.

Trastorno paranoide de la personalidad. La característica esencial del trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y aparece en diversos contextos. Los individuos con este trastorno dan por hecho que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar, aunque no tengan prueba alguna que apoye estas previsiones. Con pocas o ninguna prueba, tienen base suficiente para sospechar que los demás están urdiendo algún complot en su contra y que pueden ser atacados en cualquier momento, de repente y sin ninguna razón. Frecuentemente, sin que haya prueba objetiva de ello, sienten que han sido ofendidos profunda e irreversiblemente por otra persona o personas. Están preocupados por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de sus amigos y socios, cuyos actos son escrutados minuciosamente en busca de pruebas de intenciones hostiles. Cualquier desviación que perciban en la fidelidad o la lealtad sirve como prueba a sus suposiciones.

Cuando algún amigo o socio se muestra leal con ellos, están tan sorprendidos, que no pueden tener confianza o creer en él. Si se encuentran con problemas, piensan que lo que van a hacer sus amigos o socios es atacarles o ignorarles. Los sujetos con este trastorno son reacios a confiar o intimar con los demás, porque temen que la información que compartan sea utilizada en su contra. Pueden negarse a contestar preguntas personales diciendo que esa información «no es asunto de los demás». En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbran significados ocultos que son degradantes o amenazantes. Por ejemplo, un sujeto con este trastorno puede malinterpretar un error legítimo de un dependiente de una tienda como un intento deliberado de no dar bien el cambio o puede ver una observación humorística de un compañero de trabajo como si fuera un ataque en toda regla. Los halagos son frecuentemente malinterpretados (p. ej., un elogio de algo que acaban de comprar puede malinterpretarse como una crítica por ser egoísta; un halago por algún logro se malinterpreta como un intento de coartar una actuación mejor). Pueden ver una oferta de ayuda como una crítica en el sentido de que no lo están haciendo suficientemente bien ellos solos.

Los individuos con este trastorno suelen albergar rencores y son incapaces de olvidar los insultos, injurias o desprecios de que creen haber sido objeto. El menor desprecio provoca una gran hostilidad, que persiste durante mucho tiempo. Puesto que siempre están pendientes de las malas intenciones de los demás, sienten a menudo que su persona o su reputación han sido atacadas o que se les ha mostrado desconsideración de alguna otra manera. Contraatacan con rapidez y reaccionan con ira ante los ultrajes que perciben. Los sujetos con este trastorno pueden ser patológicamente celosos, sospechando a menudo que su cónyuge o su pareja les es infiel sin tener una justificación adecuada. Pueden reunir «pruebas» triviales y circunstanciales para confirmar sus sospechas, quieren mantener un control total sobre las personas con las que tienen relaciones íntimas para evitar ser traicionados y constantemente pueden hacer preguntas y cuestionar los movimientos, los actos, las intenciones y la fidelidad del cónyuge o la pareja. No debe diagnosticarse el trastorno paranoide de la personalidad si el patrón de comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico, o si es debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad neurológica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) o de otro tipo.

Trastorno por aversión al sexo. La característica esencial del trastorno por aversión al sexo es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual). El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo (p. ej., secreciones genitales, penetración vaginal). Algunos individuos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, incluso los besos y los contactos superficiales. La intensidad de la reacción del individuo frente al estímulo aversivo

puede ir desde una ansiedad moderada y una ausencia de placer hasta un malestar psicológico extremo.

Trastorno psicótico breve. La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., un alucinógeno) o a enfermedad médica (p. ej., hematoma subdural).

Trastorno psicótico compartido. La característica esencial del trastorno psicótico compartido (*folie à deux*) consiste en una idea delirante que se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otra persona (que suele denominarse «inductor» o «caso primario») que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes. El sujeto pasa a compartir las creencias delirantes del caso primario en parte o en su totalidad. La idea delirante no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) ni de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., anfetamina) o a una enfermedad médica (p. ej., tumor cerebral). Probablemente, el diagnóstico más frecuente del caso primario es esquizofrenia, aunque otros posibles diagnósticos son un trastorno delirante o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. El contenido de las creencias delirantes compartidas dependerá del diagnóstico del caso primario y puede incluir creencias delirantes relativamente extrañas (p. ej., que una potencia extranjera hostil está introduciendo radiaciones en casa del sujeto, lo que le produce indigestión y diarrea), ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo (p. ej., que el caso primario va a recibir próximamente un contrato de 2 millones de dólares para hacer una película, lo que va a permitir que la familia se compre una casa mucho mayor y con piscina), a las ideas delirantes no extrañas características del trastorno delirante (p. ej., el FBI ha intervenido el teléfono y sigue a los familiares cuando salen de casa). Normalmente, el caso primario en el trastorno psicótico compartido es el dominante en la relación y, gradualmente, impone el sistema delirante a la segunda persona, más pasiva e inicialmente sana. Con frecuencia, los sujetos que llegan a compartir las creencias delirantes son familiares o el cónyuge y han vivido durante largo tiempo con el caso primario, algunas veces en un relativo aislamiento social. Si la relación con el caso primario es interrumpida, las creencias delirantes del otro sujeto suelen disminuir o incluso llegan a desaparecer. A pesar de que lo más corriente es que se den en relaciones entre sólo dos personas, el trastorno psicótico compartido puede presentarse en un número mayor de individuos, especialmente en situaciones familiares en las que uno de los padres es el caso primario y los hijos adoptan las creencias delirantes del progenitor en grado variable. Es raro que los sujetos afectados por este trastorno busquen tratamiento y suelen llamar la atención de los clínicos cuando recibe tratamiento el caso primario.

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica. Las características esenciales del trastorno psicótico debido a enfermedad médica son las alucinaciones y las ideas delirantes que se consideran debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. En la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio deben existir pruebas de que las ideas delirantes o las alucinaciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. La alteración psicótica no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., los síntomas no son una respuesta psicológica a una enfermedad médica grave, en cuyo caso el diagnóstico apropiado sería trastorno psicótico breve, con desencadenante grave). No se establece el diagnóstico si la alteración aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. Tampoco se establece el diagnóstico de trastorno psicótico debido a una enfermedad médica si las ideas delirantes aparecen exclusivamente en el transcurso de una demencia tipo Alzheimer o en una demencia vascular, en cuyo caso se diagnostica una demencia tipo Alzheimer o una demencia vascular del subtipo con ideas delirantes.

Las alucinaciones pueden ser de cualquier modalidad sensorial (p. ej., visuales, olfativas, gustativas, táctiles o auditivas), pero es probable que ciertos factores etiológicos desencadenen fenómenos alucinatorios específicos. Las alucinaciones olfativas, especialmente las que implican el olor de goma quemada u otros olores desagradables, son muy sugerentes de epilepsia del lóbulo temporal. Las alucinaciones pueden ser simples o amorfas, o muy complejas y organizadas,

dependiendo de los factores etiológicos, las condiciones ambientales, la naturaleza y la localización de la lesión causada al sistema nervioso central y de la respuesta reactiva al deterioro. En general, no se establece el diagnóstico de trastorno psicótico debido a enfermedad médica si el sujeto conserva el juicio de realidad para la alucinación y se da cuenta de que las experiencias perceptivas son causadas por la enfermedad médica. Las ideas delirantes pueden ser de temas muy diversos, incluidos los somáticos, grandiosos, religiosos y, lo que es más frecuente, persecutorios. En algunos casos, las ideas delirantes religiosas se asocian específicamente con la epilepsia del lóbulo temporal. Los sujetos con lesiones cerebrales parietales derechas pueden desarrollar un síndrome de omisión contralateral, en el que pueden no reconocer partes de su propio cuerpo hasta un extremo delirante. No obstante, las asociaciones entre ideas delirantes y enfermedades médicas concretas parecen ser menos específicas de lo que lo son en el caso de las alucinaciones.

Para determinar si el trastorno psicótico es debido a una enfermedad médica, el clínico tiene, en primer lugar, que establecer claramente la presencia de dicha enfermedad médica. Además, hay que establecer que la alteración psicótica está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico. Para poder hacer esta afirmación es necesario efectuar una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores. Aunque no hay normas infalibles para determinar cuándo es etiológica la relación entre el trastorno psicótico y la enfermedad médica, existen algunas orientaciones que sirven de orientación. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la del trastorno psicótico. Una segunda consideración es la presencia de síntomas atípicos en un trastorno psicótico primario (p. ej., edad de inicio atípica o presencia de alucinaciones visuales u olfativas).

En la evaluación de una situación determinada, puede ser de ayuda la bibliografía que trata de los tipos de asociación directa entre la enfermedad médica y el desarrollo de los síntomas psicóticos. Además, el clínico debe considerar si la alteración se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico primario, un trastorno inducido por sustancias u otro trastorno mental primario (p. ej., trastorno adaptativo). Este aspecto se comenta con mayor detalle en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica».

Trastorno psicótico inducido por sustancias. La característica esencial del trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, medicamento o exposición a un tóxico). No se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto es consciente de que son provocadas por una sustancia, ya que éstas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación de si hay o no alteraciones perceptivas. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. No se establece el diagnóstico si los síntomas psicóticos sólo aparecen en el transcurso de un delirium.

Este diagnóstico debe realizarse en lugar del de intoxicación por sustancias o abstinencia sólo si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados con el síndrome de intoxicación o de abstinencia, y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Para un comentario más extenso sobre los trastornos relacionados con sustancias, véase la página. El trastorno psicótico inducido por sustancias se distingue de un trastorno psicótico primario teniendo en cuenta el inicio, el curso y otros factores. En cuanto a las drogas de abuso, tiene que haber pruebas de intoxicación o abstinencia en la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias sólo se producen en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos psicóticos primarios pueden preceder el inicio del consumo de la sustancia o pueden producirse tras largos períodos de abstinencia. Una vez iniciados, los síntomas psicóticos pueden continuar mientras continúe el consumo de la sustancia. Debido a que en algunas sustancias el síndrome de abstinencia puede aparecer con relativo retraso, el inicio de los síntomas psicóticos puede darse hasta 4 semanas después del abandono de la sustancia. Otra consideración es la referente a la presencia de características atípicas para un trastorno psicótico primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos). Por ejemplo, la aparición por primera vez de ideas delirantes en una persona mayor de 35 años, sin una historia conocida de un trastorno psicótico primario, debe alertar al clínico sobre la posibilidad de que se encuentre ante un trastorno psicótico inducido por sustancias. Incluso la historia previa de un trastorno psicótico primario no descarta la posibilidad de un trastorno psicótico inducido por

sustancias. Se ha sugerido que 9 de cada 10 alucinaciones no auditivas son producto de un trastorno psicótico inducido por sustancias o de un trastorno psicótico debido a enfermedad médica.

Por el contrario, los factores que sugieren que los síntomas psicóticos son atribuibles a un trastorno psicótico primario incluyen la persistencia de los síntomas psicóticos durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el final de la intoxicación o la abstinencia de la sustancia, la aparición de síntomas que son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración del uso, o una historia de trastornos psicóticos primarios recidivantes. Incluso en una persona con intoxicación o abstinencia se han de tener en cuenta otras posibles causas de síntomas psicóticos, ya que los problemas por consumo de sustancias no son raros entre las personas con trastornos psicóticos (presumiblemente) no inducidos por sustancias.

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica. La característica esencial del trastorno sexual debido a una enfermedad médica es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. En este tipo de trastorno sexual puede presentarse dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil en el varón u otras formas de disfunción sexual (p. ej., trastornos del orgasmo) y debe provocar malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Deben existir pruebas, ya sea a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, de que la alteración se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor). A la hora de determinar si el trastorno sexual es debido únicamente a una enfermedad médica, ante todo, el clínico debe verificar la existencia de la enfermedad y, a continuación, averiguar si el trastorno se encuentra relacionado etiológicamente con ella a través de algún mecanismo fisiológico.

Para establecer esta relación es necesario valorar, de manera extensa y detenida, múltiples factores. A pesar de que no hay directrices infalibles para determinar si la relación entre el trastorno sexual y la enfermedad médica es etiológica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. Una de ellas es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad y la disfunción sexual; otra es la presencia de rasgos poco habituales de un trastorno sexual primario (p. ej., edad de inicio o curso atípico). La literatura existente sobre la posible asociación entre una enfermedad médica y la aparición de un trastorno sexual también ayuda en algunos casos. Además, el clínico tiene que juzgar si la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual primario, un trastorno sexual inducido por sustancias u otro trastorno mental primario (p. ej., trastorno depresivo mayor). Estas opciones se tratan más detalladamente en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica». Por otra parte, se establece el diagnóstico de trastorno sexual con el subtipo «debido a factores combinados» cuando se considera que la combinación de factores psicológicos y la enfermedad médica o alguna sustancia desempeñan un papel etiológico, aunque ninguna de estas etiologías sea suficiente para explicar el trastorno.

Trastorno sexual inducido por sustancias. La característica esencial del trastorno sexual inducido por sustancias consiste en una alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Según sea la sustancia consumida, el trastorno puede alterar el deseo y la excitación sexuales, así como el orgasmo, o producir dolor. Se considera que la alteración puede explicarse en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., drogas, fármacos o exposición a tóxicos). El trastorno no se debe explicar mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias. Este diagnóstico se establece en vez del de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas sexuales exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación y son de la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Para una información más detallada sobre los trastornos relacionados con sustancias. El trastorno sexual inducido por sustancias se diferencia del trastorno sexual primario por el inicio y el curso del trastorno. Para el abuso de drogas, debe haber pruebas de la intoxicación a partir de la historia clínica, la exploración física y los hallazgos de laboratorio. Los trastornos sexuales inducidos por sustancias se producen solamente en asociación con su consumo, mientras que los trastornos sexuales primarios pueden aparecer antes del inicio de este consumo o durante la abstinencia. Los factores sugerentes de que el trastorno se explica mejor por un trastorno sexual primario son: Persistencia de la

disfunción durante un período de tiempo considerable (aproximadamente 1 mes) después de la intoxicación por sustancias; naturaleza excesiva de los síntomas teniendo en cuenta lo que cabría esperar dado el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo, o historia anterior de trastornos sexuales primarios.

Trastornos de la personalidad. Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: Cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal). También se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección. Los ítems en cada grupo de criterios para cada uno de los trastornos de la personalidad específicos son enumerados, en orden de importancia diagnóstica decreciente según los datos relevantes sobre eficiencia diagnóstica (cuando existen).

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (p. ej., trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias). El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (p. ej., los rasgos son a menudo considerados egosintónicos). Para ayudar a salvar esta dificultad, es útil la información aportada por otros observadores.

Trastornos sexuales. Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

1. Deseo. Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.
2. Excitación. Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.
3. Orgasmo. Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.
4. Resolución. Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un período de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases. Cuando hay más de una disfunción sexual, deben registrarse todas. En los criterios diagnósticos no se intenta especificar la frecuencia mínima de las situaciones, actividades o tipos de contacto sexual en los que puede aparecer la disfunción. Este juicio debe establecerlo el clínico, que ha de tener en cuenta diversos factores como la edad y la experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad. Las palabras «persistente, recurrente o recidivante» en los criterios diagnósticos señalan la necesidad de un juicio clínico. Si la estimulación sexual es inadecuada en cuanto al tipo, la intensidad o la duración, no debe establecerse el diagnóstico de disfunción sexual que implique la excitación o el orgasmo.

Tratado. El tratado es el libro que concentra, analiza y explica los conocimientos de una ciencia, de una técnica o de un arte; por ejemplo, tratado de Criminología, de Derecho Penal o de Medicina Forense.

Tratado internacional. Acuerdo escrito entre ciertos sujetos de Derecho internacional y que se encuentra regido por éste, que puede constar de uno o varios instrumentos jurídicos conexos, y siendo indiferente su denominación. Como acuerdo implica siempre que sean, como mínimo, dos personas jurídicas internacionales quienes concluyan un tratado internacional.

Nombre genérico por el que se denomina cualquier Acuerdo entre dos o más estados (u otros sujetos de Derecho Internacional), sometido al derecho internacional y que crea una obligación jurídica para los mismos.

Etapas normales de un tratado: Negociación, adopción del texto, autenticación del texto, firma y ratificación y publicación.

Tratado legal. Convenio, convención, acuerdo, protocolo, pacto, entendimiento, etcétera.

La *Ley de obras públicas y servicios relacionados con las mismas* lo define como los convenios regidos por el derecho internacional público, celebrados por escrito entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y uno o varios sujetos de Derecho Internacional Público, ya sea que para su aplicación requiera o no la celebración de acuerdos en materias específicas.

Tratamiento. El tratamiento de los condenados a una pena o medida privativa de libertad debe tener por objeto, en tanto que la duración de la condena lo permita, inculcarles la voluntad de vivir conforme a la ley, mantenerse con el producto de su trabajo, y crear en ellos la aptitud para hacerlo. Dicho tratamiento estará encaminado a fomentar en ellos el respeto de sí mismos y desarrollar el sentido de responsabilidad.

El tratamiento será individualizado, con aportación de las diversas ciencias y disciplinas pertinentes para la reincorporación social del sujeto, consideradas sus circunstancias personales, sus usos y costumbres tratándose de internos indígenas, así como la ubicación de su domicilio, a fin de que puedan compurgar sus penas en los centros penitenciarios más cercanos a aquél, esto último, con excepción de los sujetos internos por delincuencia organizada y de aquellos que requieran medidas especiales de seguridad.

Conjunto de elementos, normas y técnicas necesarias para que el delincuente sea reinsertado en el grupo social, por lo cual dicho tratamiento debe ser individualizado para cada caso.

Tratamiento en libertad. El tratamiento en libertad de imputables consiste en la aplicación de las medidas laborales, educativas y curativas, en su caso, autorizadas por la ley y conducentes a la readaptación social del sentenciado, bajo la orientación y cuidado de la autoridad ejecutora. Su duración no podrá exceder de la correspondiente a la pena de prisión sustituida.

Trauma. La respuesta emocional negativa que produce en una persona un suceso de este tipo y que interfiere negativamente en la vida cotidiana, en la capacidad de amar y en la capacidad de trabajar.

Traumatología. Suma de conocimientos relativos a los traumatismos y sus efectos ocasionados en el ser humano.

Traumatología Forense. Parte de la Medicina Legal o Forense que estudia las alteraciones anatómicas y funcionales causadas por una fuerza externa, que actúa con violencia sobre el cuerpo humano y que se manifiesta en lesiones y heridas.

Contempla las lesiones, sus distintos tipos o clasificaciones según los agentes y factores que la provocan; sea producida por agentes mecánicos, por ejemplo, instrumentos contundentes, armas de fuego, etcétera; por agentes físicos, como el calor, frío, electricidad, rayos X; por agentes químicos, por tóxicos, por venenos, vapores, gases, etcétera; por agentes virulentos, por armas blancas. Se

refiere a los delitos de homicidio, suicidio, etcétera, las diferentes clases de muerte violenta, su comprobación, a las causadas por distintos tipos de accidentes, por ejemplo, de tránsito, tráfico aéreo, terrestre, etcétera, y a la asfixia. También se estudia la gravedad de las lesiones, el efecto que producen, su posible recuperación, incapacidades que pueden ocasionar, etcétera.

Traumatismo psíquico. Acontecimiento vital estresante o traumático que puede constituir el punto de arranque de un problema psíquico.

Traumatismo torácico. Los traumatismos de tórax pueden producir fractura de costillas, esternón o ambos. Las extremidades astilladas de los huesos (sobre todo las costillas) pueden producir ruptura de plenura visceral con hemotórax, neumotórax o ambos.

Travestismo felichista. Se describe como las fantasías y los impulsos sexuales en los que el individuo se viste con ropa del sexo contrario para conseguir la excitación y poder iniciar así la actividad masturbatoria o el coito. Por lo general empieza en la adolescencia y con el paso de los años, algunos hombres con este trastorno desean vestirse y vivir como si fueran mujeres de forma permanente. Es más extraño el caso de mujeres que deseen vestirse y vivir como hombres. El hecho de vestirse con ropa de mujer podría clasificarse en una escala que abarca desde la práctica solitaria que provoca depresión y culpabilidad, hasta la pertenencia ego-sintónica a una subcultura travestista.

Trayecto. Camino que recorre un proyectil desde el orificio de entrada hasta el orificio de salida o donde queda alojado dentro del cuerpo u objeto penetrado.

Trayectoria. Generalmente, la trayectoria es rectilínea, pero cuando toca una superficie resistente desviarse y originar trayectorias caprichosas.

Trayectoria balística. Es la línea imaginaria que dibuja el proyectil desde que abandona el ánima del cañón del arma de fuego hasta que incide en el punto de impacto o sobre su objetivo.

Trayectoria media. Son las probabilidades de dar un proyectil de arma de fuego en el blanco; es dada por el promedio de un número de tiros certeros y el número total de disparos hechos y la trayectoria que debe describir el proyectil, para dar en el blanco o punto fijado.

Trepanación. Proceso de hacer un orificio circular en el cráneo; en los tiempos antiguos para dejar escapar los espíritus malignos.

Triangulación. Situación que aparece en la infancia, en la que el niño se ve inmerso en una relación triangular con sus padres, siendo desplazado y posteriormente excluido de su relación diádica con la madre tras la aparición del padre. Debido a esto, se ve forzado a superar el complejo de Edipo mediante la incorporación del superyó paterno para, tras comienzo de la adolescencia, salir de casa y buscar su propia pareja.

Tronco común. Conjunto de materias, asignaturas u otras unidades de enseñanza-aprendizaje que son comunes a dos o más carreras afines o de la misma área de estudio y que suelen programarse al principio de los planes de estudio.

Truhán. La palabra entra a nuestro idioma al inicio del pasado siglo XX, tomada del francés Truand, que designa a una persona sinvergüenza que vive de engaños y estafas. Sin embargo, la palabra es todavía más antigua, al provenir de otras lenguas como la irlandesa, con Truang, que significa miserable y peligroso.

Túnel. Medio de escape diseñado y operado por los internos.

TULLIO, Di, Benigno. Para Benigno Di TULLIO, la Criminología Clínica es la ciencia de las conductas antisociales y criminales basada en la observación y el análisis profundo de casos individuales, sean estos normales, anormales o patológicos. Al referirse al análisis profundo, implica el conocimiento de las causas en casi su totalidad; lo que implica estudiar un desarrollo. Todos los individuos, en circunstancias especiales, pueden llegar a un estado de alteración, pues somos individuos que tenemos una particular tendencia al desarrollo y a diversos procesos de desintegración de la personalidad, con las consiguientes perturbaciones graves en su conducta. Hay que realizar el estudio del delincuente en su personalidad total; es decir, que no se puede estudiar aisladamente los factores psicológicos, biológicos o sociológicos sino en su totalidad.

Para Di TULLIO, el tratamiento debe estar basado en el conocimiento de la personalidad del delincuente, reconoce que el modificar la personalidad antisocial es difícil, pero conforme el progreso de las ciencias esto se logrará. Tomar en cuenta un tratamiento médico, psicológico, pedagógico y sociológico, implican tener un conocimiento profundo del sujeto.

Tumescencia nocturna del pene. Agrandamiento y erección del pene que ocurre en los movimientos oculares rápidos durante el sueño.

Turismo sexual en contra de personas menores de dieciocho años de edad o de personas que no tienen capacidad para comprender el significado del hecho o de personas que no tienen capacidad para resistirlo. Comete el delito de turismo sexual quien promueva, publicite, invite, facilite o gestione por cualquier medio a que una o más personas viajen al interior o exterior del territorio nacional con la finalidad de que realice cualquier tipo de actos sexuales reales o simulados con una o varias personas menores de dieciocho años de edad, o con una o varias personas que no tienen capacidad para comprender el significado del hecho o con una o varias personas que no tienen capacidad para resistirlo.

Turista. Con fines de recreo o salud, para actividades artísticas, culturales o deportivas, no remuneradas ni lucrativas, con temporalidad máxima de seis meses improrrogables.