

01921
38

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

"ESTUDIO COMPARATIVO ACERCA DE LAS CONDUCTAS
AUTODESTRUCTIVAS ENTRE ADOLESCENTES VARONES
MENORES INFRACTORES Y NO INFRACTORES".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
TRINIDAD BUDAR MARTÍNEZ

DIRECTOR: DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ.

REVISOR: LIC. LUIS ANTONIO GAMIOCHIPI CANO.

ASESORA EN ESTADÍSTICA:

LIC. MARÍA DE LOURDES MONROY TELLO.

SINODALES: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS.

DR. ROQUE GELSO SERRA PADILLA.

LIC. AUTÓNOMA DE MÉXICO
LIC. ANA MARÍA MEZA.

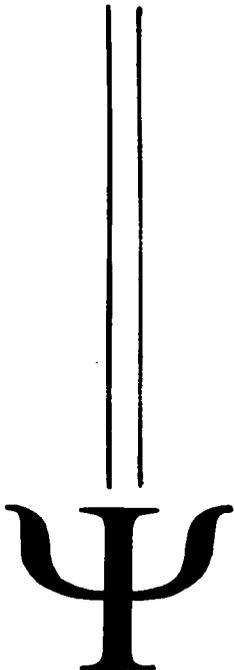
MÉXICO, D. F.

1



2003.

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DESECCIONES.

"A mis padres por la paciencia que me han tenido a lo largo de este ciclo de mi vida."

"En memoria de mi abuelita Serafín y de rabita."

"Necesitamos la vida entera para aprender a vivir y también, cosa sorprendente, para aprender a morir."

Séneca.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"No son las cosas las que atormentan a los hombres, sino las opiniones; por lo cual cuando nos hallamos turbados o impedidos, debemos hechar la culpa a nosotros mismos y a nuestras opiniones. Acuérdate que no te ofende el que te injuria, ni el que te golpea, sino la opinión que has concebido. Cuando alguno pues, sea causa de que te hayas encolerizado, sabe que no es él, sino tu opinión, la que te irrita; por lo cual, conviene estar atento a no dejarte llevar por tu pasión, porque cuanto más presto lo hicieres tanto más fácilmente la domaras."

Epicteto.

autorizo a la Dirección General de Bitá
UNAM a difundir en formato electrónico
contenido de mi trabajo rec.
NOMBRE: LEONIDAS BUÑAR
MARTINEZ
FECHA: 2/06/03
FIRMA: [Firma]

AGRADECIMIENTOS

"A todas y cada una de las personas que hicieron posible la culminación de éste trabajo que forma parte del cierre de éste círculo de mi vida."

"A mis padres por su apoyo, su paciencia y su confianza incondicional y a mis hermanos Carlos y Emilio por su apoyo muy a su estilo."

"A mi amiga Michel Martínez Sandoval y a su familia por su apoyo durante éste proceso."

"A la Lic. Carmen Conroy y paz, por su interés, sus anécdotas y la confianza que me dio para iniciar este trabajo en su seminario de tesis."

"A mis compañeras del seminario Rosario, Betty y Estela, por sus comentarios y su buen humor."

"Al Dr. José de Jesús González Núñez y al Lic. Luis Antonio Gamiochipi Cano, por sus observaciones y su apoyo durante el proceso."

"A la Lic. Ma. De Lourdes Monroy Tello, por su asesoría tan cálida hasta el último momento en la estadística y la metodología."

"Al Psicólogo Marcos E. Verdejo Manzano, por el curso de introducción al SPSS, que fué de mucha utilidad."

"A Angélica Riveros del equipo del Dr. Juan José Sánchez Sosa, por proporcionarme un ejemplar del SEVIC."

"A las personas de las Instituciones que me facilitaron las poblaciones, en el caso de Reintegra, a su Director el lic. Francisco Castellanos G., a los psicólogos, Jaime del Carmen Peña, Tere López R., Angélica Ma. Torres Arias y Marco A. Vieyra V."

"A la Preparatoria No 5 "José Vasconcelos", por la formación que obtuve cuando fui estudiante del plantel y por abrirme las puertas al apoyarme con la muestra de adolescentes que necesite para mi estudio, a sus maestros, alumnos y personal que labora; al entonces Director Lic. José Luis Sámano Ochoa, al secretario de apoyo y servicios a la comunidad, Mtro. Florentino Martínez López."

"A los sinodales por sus observaciones al trabajo, su paciencia y su comprensión: Lic. Eva Ma. Esparza Meza, Mtro. Celso Serra Padilla y al Dr. Samuel Jurado Cardenas."

"A la Facultad de Psicología, su personal, sus profesores, a mis compañeros(as) y amigos(as) que conocí durante mi estancia en dicha Institución."

"Mil gracias"

3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE.

Página.

Resumen.	1
Introducción.	2
Justificación.	3
Marco Teórico.	
Capítulo I. Antecedentes.	4
Capítulo II. Adolescencia.	10
2.1. Definición de adolescencia	10
2.2. Teorías de la adolescencia.	10
2.3. Etapas de la adolescencia.	14
2.4. La adolescencia como síndrome normal.	16
2.5. Cambios biológicos del adolescente varón.	18
2.6. Desarrollo social.	19
2.7. Aspectos psicológicos de la adolescencia.	23
2.8. Áreas de Estrés en la Adolescencia.	27
Capítulo III. Menores Infractores.	30
3.1. Definición de Menor Infractor.	30
3.2. Los menores Infractores desde Diferentes puntos de vista.	30
3.3. Etiología del comportamiento infractor.	32
3.4. Alexitimia.	37
3.5. Aspectos de la Personalidad del Menor Infractor.	39
3.6. Tipos de delincuencia.	40
Capítulo IV. Autodestrucción y Conductas Autodestructivas.	43
4.1. Autodestrucción.	43
4.2. Instinto tanático o Instinto de muerte.	48
4.3. Frustración.	49
4.4. Conductas autodestructivas.	49
Capítulo V. Método.	59
5.1. Planteamiento del problema.	59
5.2. Hipótesis.	59
5.3. Variables.	60
5.4. Definición Conceptual de variables.	60

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.5. Definición Operacional de variables.	60
5.6. Sujetos.	60
5.7. Tipo de Muestra.	61
5.8. Tipo de Estudio.	61
5.9. Diseño de Investigación.	61
5.10. Instrumentos y/o materiales.	61
5.11. Procedimiento.	64
5.12. Tratamiento Estadístico.	64
VI. Resultados.	65
VII. Discusión y Conclusiones.	95
Referencias Bibliográficas.	100
ANEXOS:	
A) Datos sociodemográficos, entrevista que explora las conductas Autodestructivas y el factor de Interacción y funcionamiento familiar del Inventario de Salud, estilos de vida y comportamiento (SEVIC).	108
B) Formato de respuestas y láminas del test de Rosenzweig.	116

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN.

El presente estudio realizó un análisis comparativo de conductas autodestructivas que presentaron los adolescentes varones menores infractores aceptados en tratamiento externo y los adolescentes varones no infractores; para lo cual se estudió cuidadosamente: una muestra total de 60 adolescentes varones de entre 15 a 18 años de edad, de los cuales 30 fueron adolescentes menores infractores, que estaban bajo tratamiento en externación como una medida legal en la Institución Reintegrada y 30 adolescentes, pertenecientes a una población escolar (nivel preparatoria) y que vivían en el seno de familias integradas (vivían con ambos padres).

Y se requirió la aplicación de los siguientes instrumentos:

Entrevista estructurada y semiabierta (en algunos reactivos de la primera y segunda parte) compuesta de tres partes, en la primera se obtienen los datos sociodemográficos, en la segunda se exploran las conductas autodestructivas y la tercera parte está conformada por los reactivos estadísticos que enuncian interacción y funcionamiento familiar, del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) para determinar cuales factores intervinieron en el desarrollo de estilos de vida desadaptativos o que propiciaron las conductas autodestructivas; asimismo se aplicó una técnica proyectiva, el Test de Rosenzweig (Test de Frustración de la personalidad TFP 24 láminas) debido a que es una prueba que pone de manifiesto las reacciones del examinado utilizando los principios generales de la teoría de la frustración.

Los resultados mostraron que los adolescentes menores infractores presentaron un mayor porcentaje de conductas autodestructivas así como una mayor frecuencia de respuestas intrapunitivas e impunitivas; por lo que se concluyó que el adolescente menor infractor posee una barrera contra estímulos doblemente fuerte y el uso de drogas ha servido como mecanismo anulador del dolor, en comparación con los adolescentes no infractores quienes presentaron porcentajes menores de conductas autodestructivas y casi nulas respuestas intrapunitivas y una mayor proporción de respuestas extrapunitivas. También se observó que la familia ha servido como un mecanismo de protección en los adolescentes no infractores para que no desarrollen excesivas conductas autodestructivas así como respuestas intrapunitivas; sin embargo en los adolescentes infractores de la muestra, la familia no ha funcionado como un factor de contención para los sujetos, sino que debido a su disfuncionalidad a generado conductas poco adaptativas en los adolescentes frente a su medio.

INTRODUCCIÓN.

La etapa de adolescencia es un período en el que el ser humano se encuentra inmerso en una serie de cambios y procesos de adaptación tanto biológicos como psicosociales, entre los que se encuentran, la búsqueda de identidad, los cambios corporales influidos por el flujo hormonal, la aceptación por parte de un grupo, así como el reconocimiento de impulsos sexuales y conflictos reprimidos en la infancia.

Esta etapa en condiciones adecuadas de desarrollo, no presenta ninguna amenaza al equilibrio cognitivo conductual y afectivo del adolescente, sin embargo hay factores predisponentes, tales como la carencia afectiva, la carencia económica-material, la desintegración familiar, un estilo de educación altamente laxo consecuencia de los progenitores carentes de límites introyectados, y sobre todo la carencia de las figuras paternas que son importantes para la internalización de límites y normas, lo que aumenta las probabilidades de que el adolescente recurra a compañías poco adecuadas con las que busca aceptación e identificación es por ello que generalmente se deja influenciar por su grupo de pares o por otras personas mayores de edad, que los inducen a una conformidad de grupo, en donde no interiorizan las normas y preceptos ético-morales, dedicándose a desafiar el orden social, prevaleciendo el infringingimiento de normas, que los puede conducir al desarrollo de una personalidad con rasgos psicopáticos.

Es frecuente encontrar en los periódicos notas que hablan de la alta participación de niños y adolescentes en actos delictivos (secuestros, tráfico de drogas, portación de armas de fuego, asaltos a transportes de pasajeros, robos de vehículos y autopartes) lo cual se ha convertido en una constante del modus operandi de las bandas que operan en el país.

Como se puede ver la variedad delictiva es vasta y aunque no todos los adolescentes llegan a este extremo, la tendencia autodestructiva que presentan, se puede observar, en las conductas de riesgo que toman por medio de los comportamientos negligentes que toman consigo mismos (accidentes, trastornos alimenticios, autolesiones, exposición a agresiones o enfermedades, el consumo de drogas entre otros) lo cual hace pensar que estos menores tienen una barrera contra estímulos doblemente fuerte (González, P. 1999), es por ello que la cuestión a resolver en este trabajo es comprobar quienes presentan más conductas autodestructivas, los adolescentes tipificados como menores infractores o los adolescentes no infractores; o si la autodestrucción está presente como rasgo de esta etapa (la adolescencia) la cual en ocasiones es el epílogo de la mayoría de las historias de niños y adolescentes que quedan atrapados en las redes de organizaciones criminales.

Para tener un panorama más general de lo que implica el problema de investigación, el marco teórico se desarrolló de la siguiente forma:

El primer capítulo presenta una pequeña semblanza de las investigaciones anteriores que se han realizado acerca de las conductas autodestructivas aunque no sean mencionadas como tales pero que implican un riesgo en el adolescente.

El capítulo dos, aborda el tema de la adolescencia, su definición, algunas implicaciones fisiológicas, cognitivas, sociales y algunas teorías que han tratado de dar una explicación de los procesos que suceden en esta etapa así como las situaciones de estrés a las que se enfrentan.

El capítulo tres, trata lo que es el menor infractor desde diferentes puntos de vista, algunos aspectos etiológicos, así como aspectos de su personalidad.

Por último el capítulo cuatro aborda la autodestrucción y las conductas autodestructivas de acuerdo con diferentes autores, así como un panorama general de sus implicaciones.

JUSTIFICACIÓN.

El tema de los adolescentes abarca diversas situaciones y problemáticas en las que es apropiado indagar para conocer más específicamente, el tipo de conductas que manifiestan al enfrentar el medio que les rodea, el cual varía constantemente y cada vez de forma más agresiva, ocasionando en el adolescente, que está en pleno desarrollo de su personalidad, la elaboración respuestas adaptativas poco adecuadas, llegando incluso, a atentar contra sí mismos; esto se evidencia en mayor medida en poblaciones de "menores infractores" donde se observan patrones de conducta caracterizados por vulnerabilidad, deficiencias para expresar sus afectos (alexitimia) y agresiones contra sí mismos (conductas autodestructivas) que hace pensar que poseen una barrera contra estímulos doblemente fuerte (González, P., 1999), a diferencia de la mayoría de los individuos.

Así debido a que los adolescentes atraviesan por un período de cambios físicos, cognitivos, emocionales, sociales y por ser un período donde son vulnerables y receptivos al medio que les rodea, el presente trabajo pretende hacer un análisis comparativo de las conductas autodestructivas que surgen entre los adolescentes varones menores infractores y los no infractores, ante la frustración y las dificultades del medio ambiente, como dice la literatura no se expresan en una actitud de defensa sino, que debido a la frustración ocasionada por problemas intrapsíquicos o deficiencias en los estilos de comportamiento y a la presión ambiental (familiar y social), la agresión se retrorefleja; es decir se vuelve hacia sí mismo (autodestrucción); y si este tipo de agresión se presenta en menor, mayor o igual medida en ambos grupos de adolescentes varones (menores infractores y no infractores), e identificar cuales son los factores en la familia que propician las respuestas de agresión intropunitiva o autodestrucción.

De esta forma el conocimiento más amplio en este tipo de poblaciones permitirá la elaboración de un diagnóstico diferencial que puede proporcionar las herramientas necesarias al personal de salud en la elaboración de programas de tratamiento que vayan dirigidos al origen de las conductas problema.

MARCO TEÓRICO

I. ANTECEDENTES

Algunas de las investigaciones y formulaciones teóricas que se han realizado acerca de las conductas autodestructivas han influido para buscar explicaciones alternativas del porque y como se generan, de esta forma autores como:

Velasco, D. L. (1984) en cuyo estudio de tesis titulado Culpa y Autodestrucción en un grupo de alcohólicos; concluyó que la agresión de los alcohólicos reflejada en los relatos del TAT, era de carácter predominantemente intra punitivo, es decir la agresión actuó desde el interior de la persona y provocó alteraciones psicológicas; registrándose en los relatos desde problemas de inseguridad y devaluación hasta conflictos de culpabilidad y auto reproches. En el análisis estadístico y de frecuencias, no se alcanza a probar que la agresión intra punitiva sea mayor o se incremente en los alcohólicos dependiendo de los años de evolución de su padecimiento (se registraron frecuencias de respuestas muy similares en ambos grupos: 48% en los sujetos de más de 16 años de evolución "Grupo I" y 47% en los que tienen menos de 16 años de evolución "Grupo II").

Por otro lado la teoría de la personalidad tipo T de Farley (1985) explica que existen personas a las cuales les gusta tomar riesgos, buscan emociones, estimulación y excitación; generalmente participan en actividades delictivas, criminales, abusan de las drogas, el alcohol, conducen tomados, tienen conductas sexuales riesgosas, etc. y según Farley la mayor parte de las muertes de los adolescentes se debe a su conducta de tomar riesgos, y entre los 15 y los 25 años, la principal fuente de mortandad es por accidentes automovilísticos. Por otro lado algunos autores mencionan que los niños y adolescentes al no poder manejar la presión ordinaria de su vida pueden manifestar conductas autodestructivas y se centran en el estudio de los problemas intrapsíquicos o deficiencias en los estilos de comportamiento y en la presión ambiental que sufren (Nilson, P., Wells, C.F. y Stuart, I.R., 1990).

Estudios realizados en E.U. por Hersen, M., et al. (1994) dicen que la conducta autodestructiva es muy común entre pacientes con Trastorno de Identidad Disociativa (DID) y trastorno de Personalidad Múltiple (MPD). Coons y Milstein (1990; en Hersen, M., 1994) encontraron que el 48% de una muestra de pacientes con DID/MPD iniciaron con automutilaciones; 30% se habían lastimado con cortes en sus extremidades, 6% tenían cortes en sus rostros, 4% tenía cortes en sus abdómenes, y en el caso de las mujeres un 4% tenían lastimadas sus vaginas; 6% se habían golpeado contra la pared, un 4% se infligió quemaduras, y 2% estuvieron involucrados con arrancarse el pelo, excoriación neurótica, abrasión en la lengua, y mordeduras en las uñas.

Ros y Norton (1989; en Hersen, M., op. cit.) encontraron en una población de 167 personas con DID/MPD quienes intentaron suicidio, 85% tenían sobredosis, 68.7% se habían infligido quemaduras con cigarrillos u otros auto daños y 60.4% acuchillaron sus muñecas.

Por su parte Lozano, G. (1996) en su tesis de maestría titulada: "enojo, conductas autodestructivas, y riesgo suicida en adolescentes", encontró que los varones obtuvieron valores más altos en aquellos factores referentes a conductas adictivas y respuestas emocionales adictivas, observando también una relación significativa de estos con respecto a la ideación suicida. También encontró que al parecer son los jóvenes de 15 años quienes tienen menos control sobre sus emociones lo cual los lleva a reaccionar con enojo, tristeza o nerviosismo ante determinadas situaciones, pero son los de 17 años quienes recurren a las conductas adictivas para controlar sus emociones. En cuanto al factor de falta de control

emocional, al parecer la ideación suicida se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento y rigidez cognoscitiva vive situaciones que le producen depresión, desesperanza y conductas suicidas. Y señala que el estudio del fenómeno llamado suicidio debe abarcar no sólo aquellos aspectos relacionados con la depresión, sino los que se refieren al enojo y conductas autodestructivas. Además encontró que las variables psicológicas de expresión del enojo (escala enojo) y falta de control emocional (escala de conductas autodestructivas) se relacionaron significativamente con la variable de ideación suicida.

Dulanto, G. E. (2000) menciona que en varios países latinoamericanos, la tasa de suicidios entre adolescentes y jóvenes varones se ha incrementado durante los últimos años. Por ejemplo en Argentina (1983) era de 5.8 por 100 mil habitantes y de 7.9 en 1990; en México era de 5 en 1991 y de 5.8 (varones en general) en el 2001; mientras que en Venezuela era de 9.0 en 1981 y de 10.6 en 1989.

De acuerdo con González F. y colaboradores (1998), en un estudio realizado con 1848 estudiantes adolescentes (848 hombres y 1000 mujeres) de nivel medio y medio superior, de la ciudad de Pachuca Hidalgo, encontraron que el 10.1% de la población total reportó haber intentado quitarse la vida por lo menos en una ocasión. La ideación suicida fue más alta entre los hombres (53%) que entre las mujeres (41%). En cuanto a la frecuencia del uso de sustancias (legales e ilegales) fue más alta entre los hombres que intentaron suicidarse y que además presentaron sintomatología depresiva elevada (26%). Estos resultados permitieron considerar a la depresión en los hombres como un importante factor asociado; de hecho los sentimientos de tristeza, soledad, llorar, etc. considerados como muestras de debilidad son reflejo de una condición humana, y por ello manifestaciones potenciales de expresión emocional en hombres y mujeres, sin embargo, los procesos de socialización para el desempeño aceptado de los roles de género, inciden modelando este potencial. Así las manifestaciones depresivas son reconocidas y aceptadas en las mujeres que en los hombres; por ello las manifestaciones en los hombres son ocultadas en conductas socialmente aceptadas para su género (consumo de alcohol y actos violentos (Canetto y Sakinofsky, 1998, en González F., 2000).

En conclusión los resultados les permitieron considerar que la frecuencia de intentos de suicidio constituye un problema de salud prioritario en la población estudiantil más aún cuando existe una fuerte asociación con el malestar depresivo y el uso de sustancias.

En un estudio realizado por Bardet, M. (1997) en España señala que el suicidio es la segunda causa de mortalidad en el adolescente (15-24 años) después de los accidentes; también señala que las mujeres presentan mayor porcentaje de intentos de suicidio que los hombres, siendo estos últimos quienes tienen mayor porcentaje de suicidios consumados.

Para Sánchez, G., (2000; en Dulanto, G. E., op. cit.) menciona que los adolescentes presentan una conducta importante que por razones fuera de la relación de los problemas los conducen a la muerte. Gisper consideró como predictores importantes, la disforia, la depresión, la frustración, el enojo y la intención de morir; mientras que para Teicher el camino al intento suicida es un proceso de tres etapas que son:

1. La historia longitudinal de trastornos desde la infancia hasta la adolescencia.
2. Un periodo en escalada mediante el cual se presentan nuevos problemas relacionados con la adolescencia.
3. Una etapa final en las semanas y días que preceden al intento, caracterizadas por reacción en cadena que rompe las pocas uniones afectivas que le quedan al muchacho.

Un estudio de 2609 varones de 18 años mostró que los adolescentes que refirieron ser tristes en la infancia tienen mayor probabilidad de tener ideas de suicidio; el antecedente de haber sufrido depresiones anteriores a la adolescencia también aumenta las probabilidades. La referencia de haber sufrido abandono por alguno de los padres, así como el maltrato y el abuso puede influir en la generación de suicidio. (Serfaty, E., 1994; en Dulanto op. cit.).

Una de las causas de depresión a esa edad son los conflictos sentimentales o con los amigos e influyen también la violencia familiar, el alcoholismo del padre, la depresión en la madre o el consumo de drogas por parte de algún hermano, así como la disminución del rendimiento escolar.

También algunos adolescentes con características de niño modelo, pueden ser susceptibles de reaccionar con una conducta suicida ante una sobre-exigencia escolar o un fracaso, incapaces de expresar su disconformidad o luchar contra la adversidad se autoagreden. Asimismo aquellos que empiezan a faltar a clase reiteradamente o a ausentarse del hogar por más de 24 horas sin avisar, están expresando que escapan de algún conflicto, teniendo mayor riesgo de tener ideas de suicidio (Sánchez, G., en Dulanto G. E., 2000).

El consumo de alcohol y drogas es considerado como una conducta autodestructiva, debido a que disminuye el control voluntario de los impulsos y afecta la autocrítica, produciéndose una actitud de omnipotencia que puede llevar al adolescente a correr riesgos desmedidos y a colocarse en situaciones de difícil solución; ocurriendo el suicidio por descontrol y angustia, como resultado de las psicosis tóxicas.

Hawkins, Catalano y Miller, (1992; en Andrade, P. P. 2000) realizaron una revisión exhaustiva de factores protectores y de riesgo en el uso de alcohol y otras drogas en adolescentes, e identificaron como antecedentes del uso de drogas, privación económica extrema, desorganización vecinal, ciertas características psicológicas, problemas de conducta a temprana edad persistentes como conducta agresiva, hiperactividad en la infancia y adolescencia, historia familiar, alcoholismo y uso de drogas ilícitas, prácticas de control familiar pobres, conflictos familiares, vínculos familiares pobres, fracaso escolar, rechazo de amigos, influencias sociales hacia el uso de drogas, alienación y rebelión, actividades favorables hacia el uso de drogas e inicio temprano en las mismas.

El adolescente depende emocionalmente de la familia y todo lo que sucede en el grupo repercute en sus emociones. Una familia con un funcionamiento familiar crítico y un clima de violencia familiar, tiene dificultades para contenerlo, lo cual constituye una situación de riesgo; si el modelo es de violencia influirá en la producción de conductas agresivas; si es de críticas y descalificación, incidirá en conductas autoagresivas (Dulanto, G. E., 2000; Nató, A. & Rodríguez, Q.G., 2001).

El intenso ritmo de trabajo que se observa en las grandes ciudades, donde ambos padres laboran fuera del hogar, influye en un relativo "abandono" emocional del adolescente, como consecuencia de una comunicación escasa y una gran distancia emocional provocando en ocasiones un suicidio que resulta sorpresivo para la familia (Dulanto, G. E. Op. cit.)

En la escuela los adolescentes se "prueban" en cuanto a su inserción social. Las frustraciones reiteradas, la falta de comunicación o la sobre-exigencia son factores de riesgo para el suicidio, asimismo los amigos importantes pueden influir en su estado emocional, las enfermedades, pérdidas o enfermedades de alguno de ellos repercuten en su equilibrio emocional y también los conflictos sentimentales al no tolerarse la pérdida de un novio idealizado y depositario de todas las expectativas

(Serfaty, en Dulanto, G. E. op. cit.; Marchiori, H., 1998).

De acuerdo con Frías, A. y cols. (2000), en su estudio acerca de los predictores de la delincuencia juvenil, realizado con 65 menores infractores que acudían a terapia individual en el Centro de Atención Externa del Consejo Tutelar para Menores, en Hermosillo, Sonora. Se concluyó que los patrones de crianza violentos son factores propiciatorios de la conducta antisocial en los menores, así como los altos grados de ansiedad y la falta de habilidades sociales. La conducta antisocial resultó ser la antesala de la delincuencia juvenil asimismo las formas disciplinarias castigantes de los padres tuvieron un efecto directo en la conducta delictiva del menor. De este modo la violencia de los padres hacia los hijos establece los mecanismos formadores de la conducta antisocial del menor y esto lleva a que el mismo se involucre en la delincuencia; por otra parte la violencia paterna tuvo un efecto negativo en la conducta delictiva del menor, lo cual parece indicar que una vez que los jóvenes se inician en la delincuencia, la violencia del padre pudiera servir como supresor de sus conductas delictivas.

Andrade, P. P. (2000) analizó la percepción del ambiente familiar de 390 adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria (provenientes de escuelas públicas del Distrito Federal) usuarios de alcohol y tabaco, (de 13 a 19 años de edad), el 51.5% de la población eran hombres y 46.5% eran mujeres (8 sujetos no informaron su sexo). Los resultados mostraron una prevalencia de consumo de alcohol y tabaco ligeramente mayor en hombres que en mujeres; los adolescentes que habían consumido alcohol en el último año, percibían menor comprensión y más problemas entre sus padres, lo cual es un indicador de conflicto familiar. Percibían a su papá como menos comprensivo, confiable, bueno, amoroso, cariñoso y justo que los no consumidores. En cuanto a la relación con hermanos, los consumidores de alcohol manifestaron sentir menos unión con sus hermanos, menos confianza, creen que no los entienden, y se apoyan menos que los no consumidores. En el caso de los consumidores de tabaco, destaca la caracterización negativa del padre, lo cual demuestra la necesidad de considerar y promover las manifestaciones de afecto del papá hacia los hijos.

Por su parte Ponce de L. y colaboradores (2000), en una investigación sobre la influencia del consumo de alcohol y el sexo de los adolescentes sobre su funcionamiento familiar y su personalidad, realizada con 605 estudiantes de preparatoria (52% mujeres y 48% hombres) con una edad promedio de 16 años, encontraron que un alto porcentaje de estudiantes (80.6%) estaban consumiendo alcohol y que la mayoría inició su consumo aún siendo menores de edad, esto debido a la existencia de un alta tolerancia hacia el consumo de bebidas alcohólicas, situación que pone en riesgo a los jóvenes que no consumen alcohol y que en cualquier momento pueden iniciar su consumo, al verse influenciados por su grupo de pares.

Los datos arrojados por el estudio, dan cuenta de la multicausalidad de la conducta de consumir alcohol (droga socialmente aceptada) ya que esta implicada en el funcionamiento familiar positivo, el apoyo que reciben de sus familias, la autoestima y la asertividad; observándose que los adolescentes que perciben menor funcionamiento familiar positivo y menor apoyo, son los que más consumen alcohol, dato que reafirma el valor de la familia, como grupo de contención, para prevenir el problema del alcoholismo en los adolescentes.

Rivera, H. y cols. (2000), realizaron un estudio acerca de la percepción de las relaciones intrafamiliares y su relación con el intento suicida en adolescentes, la muestra estuvo conformada por 100 estudiantes de nivel medio superior de una Institución privada de la ciudad de México. El primer grupo formado por 50 estudiantes que habían tenido al menos un intento suicida y el segundo con 50 estudiantes que no habían intentado suicidarse. Los resultados confirmaron la importancia del ambiente familiar y de la

percepción que el adolescente tiene de sus relaciones intrafamiliares con la presencia o ausencia de intento de suicidio. Los jóvenes que no han intentado suicidarse consideran que en su ambiente familiar existe tanto la unión, como la posibilidad de expresar abiertamente emociones, sentimientos e ideas, aunado a la percepción de pocas dificultades en la familia y por lo tanto la presencia de armonía y capacidad para resolver problemas entre los miembros de la familia. A diferencia de los jóvenes que han intentado suicidarse, en donde se reporta la falta de unión y de posibilidad de expresión de emociones aunada a la percepción de continuas dificultades familiares.

Estos datos complementan los reportados por González, F., (1992; en Rivera, H., 2000), en donde señala como factores predictores de intento suicida en los varones; el no percibir interés de su papá por conocer sus relaciones sociales, la mala comunicación con su mamá y el preferir no acudir con alguien cuando tuvieron problemas.

El colombiano Langer, J. (1980), considera que los jóvenes que han intentado quitarse la vida, con frecuencia toman esa decisión ante los acontecimientos inmediatos, que precipitan la acción, por ejemplo la ruptura o amenaza de ruptura de un romance, el embarazo, el fracaso en la escuela, conflictos con los padres, el rechazo por parte de los amigos u otros acontecimientos que les afecten emocionalmente; también señala que en otros casos los factores de predisposición genética se asocian con el intento de suicidio y el suicidio.

Medina, M., Villatoro, Berenzon y Carreño (1994; en Rivera H., op. cit.) realizaron un estudio para medir la prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de nivel medio y medio superior en la ciudad de México, encontrando que en la semana previa a la encuesta el 47% de los estudiantes reportaron al menos un síntoma de ideación suicida, el 17% pensó en quitarse la vida y el 10% respondió afirmativamente a todos los indicadores de ideación suicida.

González, P. A. (1999) en su tesis de maestría titulada: "valores, afectos y límites en menores infractores", encontró que aunque en el área afectiva el menor infractor registra dolor emocional en sus representaciones internas de afecto, este no es suficiente para que lo motive a cuidarse, es decir su barrera contra estímulos si es doblemente fuerte por lo que parece que presenta una anestesia corporal. En cuanto a sus demás resultados de límites, encontró que la mayoría de los menores infractores (MI) presentaban un mayor porcentaje de fracturas por accidentes, peleas con armas y por atropellos así como tatuajes. También que el 26% de los MI habían vivido en la calle y que el 20% los habían corrido de sus casas. Y menciona que las actividades a las que se dejan es a la drogadicción y la causa es por no soportar el maltrato del padre, por lo tanto las drogas ayudan a que se hagan insensibles al maltrato afectivo.

Por lo que concluye probando la hipótesis de que el menor infractor presenta una falla en la concepción de los límites, por no concebir los propios, tolera estímulos doblemente intensos y su cuerpo no le ayuda a cuidarse y a prevenir el daño que se hace; permitiendo tolerar y actuar la agresión que se da en los actos delictivos. En cuanto a la tolerancia a la agresión está estuvo presente dentro de sus representaciones internas ya que el 50% de los MI eran golpeados por sus padres en comparación con el 27% de los MNI. En cuanto a la frustración; la autora concluye que al menor, no le importa y no sólo pierde el control del impulso sino que en el tipo de peleas muestra como tolera el dolor debido a que el 73% de los MI se peleaban con cadenas, palos y armas de fuego, en comparación con el 50% de los MNI que se peleaban jugando en deportes, como el fútbol siendo las agresiones generalmente físicas. Los MI mostraron según la autora la poca tolerancia a la frustración y la ausencia de una representación de un sí mismo corporal, por lo que las palabras sí les duelen pero no los golpes. Y su principal

herramienta para aumentar su anestesia corporal es el consumo de drogas.

Garay, M., (2001) en su investigación de tesis titulada "¿Suicidio inconsciente?" en la cuál participaron personas que se dedican a practicar actividades de alto riesgo, concluye que las decisiones que toma todo individuo, están determinadas por patrones conductuales (carácter y temperamento), por raíces históricas, donde el sujeto que tiene una historia difícil de evocar por los acontecimientos que lo definieron en su infancia le han creado una intolerancia a la frustración; es decir que el deseo que determina el gusto por la práctica de actividades de alto riesgo en buena medida es inconsciente y derivado de la propia historia.

En su investigación encontró que los sujetos tienden a actuar sin pensar en las consecuencias de la mayoría de sus actos, y de manera consciente no buscan el accidente, ni mucho menos la muerte, debido a que estos son deseos y pensamientos, que pueden ser vergonzosos, reprobables o intolerables, por lo que se mantiene inconsciente, y de manera irremediable tienden a enfrentarse de modo casi compulsivo a actividades mortales, para lo cual siempre muestran un pretexto racionalizado o intelectualizado.

Y propone que en el suicidio inconsciente, la autodestrucción no es evidente, y la finalidad de la conducta, es la búsqueda del daño accidental o la muerte accidental sin el previo conocimiento (a nivel consciente) del sujeto.

II. ADOLESCENCIA

2.1. Definición de Adolescencia.

La palabra adolescencia es un término que deriva de la voz latina *adolescere* que significa "crecer o desarrollarse hacia la madurez" (Muuss, R.E., 2001). En latín *adolescentis* significa "hombre joven". Sin embargo el diccionario etimológico transcribe el uso histórico del término que es preciso tener en cuenta, y que nos remite al afecto "doler, doliente, doloroso".

Por lo que el término "adolescencia" implica al actor u hombre joven, la acción de crecer o desarrollarse y uno de los afectos concomitantes que es el dolor.

La habitual asociación en lengua española con la palabra *adolescer* (tener o estar sujeto a afectos, pasiones, vicios o manías, cualidades, causar dolencia o enfermedad) es la que más estragos ha causado en la caracterización peyorativa de la etapa. (Grau, M.A., Meneghello, J., 2000).

Según el uso general que recibe en la actualidad, la adolescencia se refiere a un periodo de la vida comprendido entre la infancia y la edad adulta- aproximadamente el que va desde los 13 a los 19 años-; sin embargo, el significado de la adolescencia y las edades en que empieza y termina son diferentes de una parte del mundo a otra, al igual que las ideas sobre esta cuestión son diferentes a los de otros períodos históricos.

Es un periodo de vulnerabilidad, estrés, curiosidad, asombro, cambios y crecimiento; estas experiencias son vividas por los sujetos en forma distinta, ya que algunos pueden vivirlo como un periodo solitario y lleno de dificultades o una época de crecimiento acelerado que los puede llevar a la paternidad y a la independencia e incluso algunas veces se caracteriza por las conductas de riesgo como son: las fugas del hogar, el consumo de drogas, los conflictos con la familia, la escuela o la policía, o búsqueda de ayuda en vano. Además en esta etapa se pone a prueba la propia capacidad en un mundo social que puede llevarle a sentimientos desconocidos, incluyendo responsabilidades y expectativas distintas; sin embargo también se puede encontrar con momentos de calma, aburrimiento y una forma de vida y trabajo sencillos (Kimmel, D.C., Weiner, I.B., 1998).

González Núñez, J.J. (2001), define la adolescencia como el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Y lo considera un estadio trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual, hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social.

Knobel, M. (1984) define la adolescencia como: "la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil".

2.2. Teorías sobre la Adolescencia.

1. Teoría de la recapitulación de Hall.

Su teoría se basa en la teoría embriológica de la recapitulación: es decir que durante la ontogénesis, el hombre recapitula la filogenia de la especie y la evolución de la sociedad humana. En su obra Hall (1904) sostenía que existen factores fisiológicos genéticamente determinados, inevitables, inmutables, universales e insensibles a las influencias del entorno, que dirigen el desarrollo psicológico. La adolescencia para él correspondía a un periodo conflictivo y transicional de la evolución cultural

humana. Hall en su teoría muestra a la adolescencia como una etapa de "sturm and drang", tormenta y conflictiva; otro de sus puntos de vista que es mantenido hasta hoy, es la idea de que el adolescente pasa por una etapa de apego a pares del mismo sexo, para luego hacerlo a personas mayores del sexo opuesto, para finalmente desembocar en la atracción de pares del sexo opuesto (Florenzano U. R., 1998).

2. El Proceso Madurativo según Gesell.

Este autor se centra en los procesos innatos y universales de la maduración, en los cuales el desarrollo físico y conductual está gobernado por la herencia genética individual. Dicho autor describe una sucesión de cambios que se dan desde un año hasta lo que es la adolescencia, que son integrados en un conjunto de etapas y no estaba de acuerdo con el carácter unitario y progresivo de la adolescencia como un todo e hizo énfasis en sus etapas, en la sucesión de avances así como retrocesos de un momento positivos/negativos en las características y conductas adolescentes. Es por ello que sus estudios acerca del crecimiento y el desarrollo psicomotrices tienen vigencia hasta hoy (Florenzano U. R., op. cit.).

3. El Desarrollo psicosexual según Sigmund Freud.

Freud introduce un concepto importante para explicar la conducta adolescente: "el complejo de Edipo"; en una de sus teorías más importantes titulada "tres ensayos sobre la teoría sexual" publicada en 1905. El modelo Freudiano coloca a la adolescencia como la etapa de resolución final de las etapas del desarrollo psicosexual que comienzan desde el nacimiento. Para el autor la pubertad reactiva los conflictos pre-genitales propios de la niñez, debiendo el individuo, para alcanzar la madurez, ser capaz de superar las fijaciones y regresiones de etapas previas del desarrollo.

El narcisismo con el que se entra a la adolescencia debe ser reemplazado por relaciones altruistas con el objeto amado, y el adolescente debe, asimismo independizarse de sus figuras parentales. Freud explica la rebeldía, característica de esta etapa, como el modo de conseguir esta autonomía. Así delineó una visión de la adolescencia basada en el conflicto entre impulsos libidinales y agresivos cuya intensidad aumenta con la pubertad, y las restricciones ó normas sociales que no permiten dar libre cauce a dichos impulsos. Entre los conceptos Freudianos que se han mantenido hasta hoy en día está el de la adaptación psicológica a los cambios corporales (el duelo por el cuerpo infantil perdido), y el de tareas del desarrollo, que implica enfrentar desafíos instintivos y desarrollar diversos equilibrios y balances superiores a los infantiles (Florenzano U. R., op. cit.)

4. Los Aportes de Anna Freud.

Esta autora le da mayor importancia a las estructuras yoicas del adolescente, y a su funcionamiento defensivo. En su teoría centrada en el conflicto apoya la visión de su padre así como la teoría de Hall del "sturm and drang", mostró cómo en la preadolescencia surge un aumento difuso de la energía libidinal, que debe ser manejado con diversos mecanismos de defensa para evitar que aparezcan síntomas conflictivos. Entre estos mecanismos describió los siguientes: la intelectualización, el ascetismo, la formación reactiva, la negación y la sublimación (Florenzano U. R., op. cit.).

1) La intelectualización es un modo de huir de los impulsos que surgen desde un cuerpo que cambia, para refugiarse en el plano de las ideas y las teorías, tratando de explicar ordenadamente lo que sucede alrededor de la forma abstracta. 2) el ascetismo tendencia a mantener los impulsos del ello bajo control a través de normas y prohibiciones, que le demuestran al adolescente de que es capaz de manejar estos impulsos, así la autora plantea que los adolescentes parecen temer más a la cantidad que a la calidad de sus pulsiones, y es por ello que optan por establecer las prohibiciones más estrictas que pueden aplicarse a sus necesidades físicas cotidianas, evitar el contacto con personas de su edad, música,

bailes, indumentaria atractiva, etc., 3) la formación reactiva, capacidad de transformar los impulsos agresivos o sexuales en sus opuestos: las ganas de romper o ensuciar, en ordenar y limpiar, de acercarse al sexo opuesto, en mantener una distancia prudente a éste, el deseo de liberarse de las normas familiares en una aceptación total de éstas, etc. 4) la sublimación es la transformación de un impulso instintivo en una acción socialmente útil y aceptada: las ganas de discutir se transforman en la capacidad de liderar a grupos juveniles, las de tocar cuerpos femeninos, en el estudiar una carrera que le permite ayudar a través de terapias físicas y masajes, etc., 5) la negación, según la cual los individuos se convencen a sí mismos de que las cosas malas nunca sucedieron.

5. Eric Erikson y el concepto de Identidad.

Erikson es el defensor de una teoría conocida como psicología psicoanalítica del yo, e incluye la perspectiva sociocultural e incorpora muchas ideas precedentes del psicoanálisis clásico, pero difiere de él en tres aspectos, subraya los esfuerzos adaptativos, más que instintivos, de los individuos- es decir la forma de afrontar cualquier situación más que en lo que los impulsa; presta atención equitativa al papel de las influencias ambientales, así como a los efectos intrapsíquicos en el moldeado y la modificación de la conducta, e identifica y aborda un ciclo del desarrollo de la personalidad que abarca toda la vida, en forma opuesta, a una cristalización de las características de la personalidad en la infancia temprana.

Erikson, E. H. (1963,1968,1976) perfiló ocho fases de la vida que se extienden desde el nacimiento hasta la muerte; cada fase representa un momento crucial en el que se afrontan y superan ciertos problemas psicológicos. En dicho enfoque epigenético se consideran las fases secuenciales, en las que la maduración y el aprendizaje son acontecimientos interactivos, lo fundamental es el modo en que los individuos resuelven los problemas del desarrollo en una fase concreta que tendrá una considerable relación con el éxito en la resolución de problemas en las fases subsiguientes. En la concepción de Erikson E. H. (1976) del ciclo de la vida, los individuos cambian el entorno incluso cuando hacen un uso selectivo de sus oportunidades. Cada uno de los ocho periodos del ciclo vital "tiene su fase de ascendencia, cuando el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social permite que aquel entre en crisis".

En su teoría la fase de adolescencia es analizada en el quinto y el sexto estadio del esquema y son: *Identidad versus Confusión de Rol e Intimidación vs aislamiento.*

6. La Perspectiva psicoanalítica de Peter Blos.

Peter Blos(1962,1967; en Blos, P., 1981) centra su re-evaluación en la evolución adolescente desde el psicoanálisis al considerar los cambios psicológicos como de adaptación a la pubescencia, delineando cuidadosamente los procesos experimentados en el mundo interno del individuo, y distinguiendo cinco estadios:

La preadolescencia, etapa en la cual hay un aumento cuantitativo de fuerzas instintivas y una reaparición de "todos los modos de gratificación libidinal y agresiva que fueron útiles en los años anteriores, con conductas compensatorias que son, a veces difíciles de comprender para la familia o los profesores.

La primera adolescencia corresponde a una fase de ausencia de catexis en los objetos amorosos incestuosos.

La adolescencia propiamente dicha, trae consigo cambios cualitativos; las amistades del mismo sexo son también importantes para las niñas, que tienden a tener amigas íntimas sin que esto implique una

tendencia homosexual; esta subetapa se caracteriza por una reactivación de los conflictos edípicos, separación de los objetos primarios de amor y elección heterosexual del objeto, la organización mental se hace más compleja, las emociones se hacen más profundas e intensas, y aparece un sentido de finalidad en las elecciones, son comunes las actitudes narcisistas y una sobreestimación de las propias capacidades, lo propio de esta etapa es un amor tierno, que lentamente se integra con la sexualidad.

El ascetismo y la intelectualización son, dice Blos, más propios del adolescente europeo de clase acomodada, mientras que el adolescente promedio utiliza una mezcla defensiva con identificación, negación, aislamiento y maniobras contrafóbicas que él denomina "conformismo".

Durante la adolescencia propiamente tal comienza a cristalizarse la organización jerárquica del Yo, subordinándose las gratificaciones pregenitales a las genitales, quedando solo como conductas intrínsecas hacia la relación objetual completa.

El final de la adolescencia. es una etapa de consolidación de las funciones y de los intereses del yo. Se estructura la imagen del yo y, según Blos, el yo es el heredero de la adolescencia al igual que el super yo era el heredero del Edipo.

La post-adolescencia, es una imagen distinguida por Blos para señalar la entrada en la vida adulta (profesión, matrimonio, procreación.etc) (Florenzano U. R.,op. cit.).

7. José de Jesús González Núñez et al.

Siguiendo de alguna forma a Blos, P. (1962/1986), González, N. et al. (1986; citado en González, N., 2001), clasifican las diferentes fases de la adolescencia con modificaciones estas son: la preadolescencia, la adolescencia temprana, la adolescencia propiamente tal, la adolescencia tardía y la post adolescencia. Y tratan de especificar cual es la tarea emocional a resolver del adolescente en un momento dado.

8. Harry Stack Sullivan.

Señaló la importancia de ciertos acontecimientos interpersonales durante tres estadios del desarrollo adolescente: la formación de una relación muy estrecha con un colega durante la preadolescencia; la aparición y la canalización de sentimientos sexuales descritos como dinamos libidinosos durante la adolescencia temprana; y el establecimiento de una gama completa de relaciones interpersonales que integran las necesidades de seguridad, intimidad y deseo vehemente durante la adolescencia tardía.

9. Enfoque del aprendizaje social.

Esta teoría subraya los procesos objetivos, observables más que los procesos abstractos, se basa en gran parte en investigaciones realizados a menudo en condiciones de laboratorio minuciosamente controladas, e incluye predicciones que pueden someterse a prueba experimental. Entre los principales autores de esta teoría se encuentra Bandura, A. (1969, 1977, 1986) uno de los que se ha centrado más en el desarrollo adolescente, dicho autor define un enfoque socioconductista del desarrollo que subraya el aprendizaje observacional. El aspecto clave de dicho aprendizaje es que permite a una persona aprender una amplia variedad de conductas que tienen grandes probabilidades de funcionar bien la primera vez, y que por tanto están poderosamente reforzadas.

En sus estudios ha mostrado claramente el modo en que las conductas parentales pueden reforzar la agresividad mediante la recompensa de formas de agresión socialmente apropiadas. La teoría del aprendizaje social remarca la importancia del entorno social como esfera del aprendizaje a través de la

observación o como la situación que suscita la ejecución de conductas aprendidas.

2.3. Etapas de la Adolescencia.

Se considera que la adolescencia comprende un lapso de 10 a 12 años de vida cronológica y durante este periodo la secuencia de los sucesos marca diferencias notables entre las tareas a realizar en las etapas de inicio y final. Por ello existe el consenso de dividirla en tres etapas. Algunos autores sitúan el inicio de la adolescencia a los 12 años; ubicando la adolescencia temprana entre los 12 y los 14 años; la adolescencia media, entre los 15-17 años y la adolescencia tardía entre 18 y 21 años (Dulanto, G.E., op. cit.).

Adolescencia temprana, también llamada "pubertad", corresponde al periodo de la educación secundaria, es un periodo donde se da un fenómeno de maduración anatómico-fisiológica para la transformación del organismo infantil en un organismo adulto; esta transformación se observa en el aumento de la estatura y en la aparición de los caracteres sexuales primarios y secundarios.

En la maduración mental junto con el desarrollo del pensamiento abstracto se observa una cierta sistematización de las ideas. La vida afectiva se manifiesta en esta fase más hacia fuera que hacia adentro ya que el púber es víctima de un desequilibrio emocional que se refleja en la sensibilidad exagerada y el carácter irritable (dónde coexisten rasgos de agresividad, timidez y ternura). También se observa una disociación entre impulso sexual y sentimiento amoroso; la atracción física coexiste junto al amor platónico sin producirse una integración de ambos (Lehale, H., 1986).

En la maduración social, el rasgo más primitivo es la pertenencia al grupo de compañeros o de estudio o de camaradas, esto sirve para satisfacer las necesidades propias de una personalidad que está en un periodo de afirmación, además de que le permite intercambiar experiencias de todo tipo para el aprendizaje de la amistad y de la convivencia social. Como contrapartida de la posibilidad anterior se observa la sumisión excesiva del púber al grupo de compañeros.

Adolescencia media equivale al periodo de bachillerato en cualquiera de sus modalidades, continua la maduración anatómico - fisiológica pero sin ser el rasgo predominante, se observa una disminución del crecimiento físico; el cuerpo va adquiriendo ya la forma y proporciones propias del adulto.

La maduración mental se refleja en el alto desarrollo de la capacidad intelectual, existe ya como tal el pensamiento abstracto así como una mayor reflexión y sentido crítico que en la fase anterior; sin embargo se observa una falta de objetividad, ya que las ideas del adolescente siguen estando condicionadas por la intensa vida afectiva como son los estados de ánimo o deseos personales, confundiendo muchas veces lo ideal con lo real y lo subjetivo con lo objetivo.

La maduración afectiva se enriquece como resultado de una mayor profundización de su intimidad, esta profundización ocasiona que el adolescente sea más introvertido, observándose ciertas actitudes que manifiestan un fuerte sentimiento de autoafirmación de la personalidad: obstinación, terquedad, afán de contradicción. A las órdenes presta una resistencia a veces abierta y a veces pasiva, estas actitudes de afirmación de la personalidad suelen llevar cierta agresividad, hay una necesidad de amar, donde tiene su origen el nacimiento de la amistad y del primer amor.

En cuanto a la maduración social el rasgo significativo es el paso de la camaradería a la amistad; el adolescente de quince a dieciséis años está aprendiendo a conocer tanto su intimidad como la ajena, así el grupo de camaradas es sustituido por la pandilla que esta formada por los muchachos y muchachas preferidos donde se da una comunicación más estrecha con capacidad para responder a un sentimiento

de amistad (Lehalle, H., op. cit.).

El adolescente posteriormente siente la necesidad de darse por completo a los demás en forma más profunda y personal, por lo que sustituirá a la pandilla por uno o dos amigos como máximo; un rasgo típico de la amistad de esta época es la idealización: el amigo desempeña el papel del otro "yo" idealizado al que el adolescente presta toda la serie de cualidades que le gustaría descubrir en él; otro rasgo de esta fase es la timidez. Para Lacroix, J., (1967) el adolescente es tímido por naturaleza. Dicha timidez consiste en un temor a la opinión ajena (a la que concede una importancia exagerada), la cual tiene su origen en la desconfianza en sí mismo y en los demás. La timidez es considerada como un aislamiento, ya que se está aislado cuando se cambia de ambiente o cuando una transformación interior hace sentir extraño o contrario el ambiente en que se ha sido educado.

En esta etapa también se observa la desaparición de la preocupación por la falta de atractivo físico que en algunos casos es sustituida por una actitud narcisista.

En su sentido crítico se origina una duda sistemática acerca de la autoridad intelectual de los adultos y señalan la frecuente incongruencia que ven en sus vidas, la falta de inquietudes culturales, etc. también censuran su falta de información y de sensibilidad para comprender a la juventud actual y sincronizar con ella, así los nuevos mitos pueden estar constituidos por amigos, escritores, artistas de moda, etc. El desarrollo de la intimidad supone para algunos un exagerado sentido del pudor; la capacidad crítica tiene posibilidades de maduración si esta bien orientada es decir que no caiga en el criticismo.

La agresividad de esta fase se radicaliza dando lugar a actitudes de rebeldía y a transgresiones deliberadas de la ley y de la moral; el adolescente llega a jactarse de estos comportamientos y presumir de sus debilidades, pero eso no es si no un a defensa y protección de la propia personalidad (Wallerstein, J. S., 1987).

Adolescencia tardía, se da un periodo de calma y de recuperación del equilibrio perdido; el adolescente comienza a comprenderse a sí mismo, es capaz de adoptar decisiones personales, de integrarse al mundo de los mayores, en este momento suele surgir una conciencia de responsabilidad en relación con el propio futuro, se habla de un nuevo despertar y afirmación del yo, la personalidad ha alcanzado cierto nivel de maduración y conoce de alguna forma sus posibilidades y limitaciones personales.

El joven de dieciocho a veintiún años se mueve menos por ideales abstractos, la conciencia de responsabilidad ante el propio futuro, unida a la formación del ideal lleva normalmente al joven a trazarse un plan de vida en un intento de darle sentido a su vida futura. La maduración física llega a su plenitud en este periodo con un considerable aumento de fuerza y destreza; en cuanto a la maduración mental, las aptitudes intelectuales han sido definidas en la fase anterior, sin embargo cabe hablar de una mayor profundización en el pensamiento, para llegar a la reflexión sobre las ideas y los valores; llega a su madurez la necesidad de síntesis en el caso de conocimientos aprendidos y transmitidos, así mismo adopta posturas personales.

El adolescente ha progresado en la coherencia lógica de su pensamiento y está en mejores condiciones para expresar sus opiniones con cierto grado de objetividad y realismo. También se puede observar mayor autodominio de su pensamiento que se ve liberado de la influencia del desequilibrio afectivo. La maduración social se manifiesta por la capacidad de integrarse de forma positiva en el ámbito laboral desempeñando las tareas propias de un trabajo profesional o realizando de forma simultánea

actividades de estudio y de trabajo. En la adolescencia superior se dan rasgos que denotan madurez, la cual va ser un objetivo que no se alcanza nunca simplemente se llega a obtener un grado de madurez relativo (Castillo, G., 1998).

Las posibilidades de maduración en esta etapa de la vida se van a dar por el deseo de formar la propia opinión y juicio de los valores de la existencia; el deseo de mejora, el afán de superación personal, la preocupación por la educación de sí mismo; y por último la posibilidad que encierra el trato abierto con los demás al ser una continua fuente de experiencia y de enriquecimiento personal. Por otro lado las dificultades que se pueden dar pueden ser consecuencia de, un nivel de aspiración personal por encima de las posibilidades reales, un proyecto de vida poco realista; dificultad en la adaptación a los nuevos estudios o a la primera profesión.

Cuando esta última fase de la adolescencia se prolonga por razones de estudio o por circunstancias que retrasan el desempeño de una profesión, pueden surgir problemas ya superados entre estos el problema de las relaciones conflictivas entre padres e hijos. Los fenómenos sociales como el aplazamiento cada vez más dilatado del acceso al estatus de adulto (en forma de puesto estable de trabajo), y circunstancias personales en la historia de la propia identidad (moratoria, difusión de identidad) pueden alargar considerablemente, mucho más allá de los años de maduración fisiológica, a ambigua situación de independencia/dependencia que caracteriza a la adolescencia psicosocial. En la sociedad actual no es algo infrecuente que hasta aproximadamente los 28-30 años el individuo no pueda organizarse una vida propia e independiente. (Fierro, A., op cit.).

2.4. La Adolescencia como Síndrome Normal.

Knobel, M. (1984) señala que *la normalidad* se establece sobre las pautas de adaptación al medio y que no indica sometimiento al mismo sino mas bien la capacidad de utilizar los dispositivos existentes para el logro de las satisfacciones básicas del individuo en una interacción permanente que busca verificar lo displacentero o lo inútil a través del logro de las situaciones para el individuo y la comunidad.

Merloo, J.A. , destaca que la personalidad bien integrada no es siempre la mejor adaptada, pero tiene la fuerza interior para advertir el momento en que una aceptación temporaria del medio puede estar en conflicto con la realización de objetivos básicos, y puede también modificar su conducta de acuerdo con sus necesidades circunstanciales.

Para Anna Freud resulta difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia y considera que, en realidad, toda la conmoción de éste periodo de la vida debe ser estimado como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente.

La inestabilidad en la adolescencia es una especie de identidad nosológica cuyas características esenciales forman lo que se describe como Síndrome de la Adolescencia Normal; dicho síndrome surge como producto de la interacción del individuo con su medio, ya que el adolescente aislado no existe, ni existe ser alguno desconectado del mundo, aun para enfermarse.

Knobel, M. (op. cit.), considera la adolescencia normal con las siguientes características: 1) búsqueda de sí mismo y de la identidad; con el corolario que agrega Erikson en torno a su incrustación en un medio social positivo. 2)Tendencia grupal; a la que recurre como un comportamiento defensivo en la búsqueda de uniformidad, que puede brindarle seguridad y estima personal. 3) necesidad de intelectualizar y fantasear; como una forma típica de pensamiento del adolescente ante lo que le

impone la realidad de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres. 4) Desubicación temporal en donde vive, así como una particular percepción del mundo (una realidad especial donde el sujeto no puede llegar a configurar contradicciones sufriendo las modificaciones biológicas y el crecimiento incontrolables como un fenómeno psicotizante en el cuerpo; 5) las crisis religiosas en las que puede incluso, pasar por periodos místicos o por periodos de un ateísmo absoluto, que concuerda con la situación cambiante y fluctuante de su mundo interno. 6) Evolución sexual; autotropismo, heterosexualidad; que lo lleva a ir aceptando su genitalidad e inicio de la búsqueda de pareja. 7) actitud social reivindicatoria: tendencias antisociales o de reforma que pueden ser la cristalización de la acción de lo que ha ocurrido ya que en el pensamiento, que se refuerza en el yo grupal en verdadera acción política, social, cultural, y que se considera como un proceso fundamental en todo el desarrollo evolutivo del individuo.; 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta expresan que no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces la intenta y la busca con múltiples fracasos. 9) separación progresivas de los padres, y 10) fluctuaciones constantes del humor y del ánimo que tienen relación, en parte con la cantidad y calidad de la elaboración de los duolos.

De acuerdo con Blos P. (op. cit.) La actuación es un fenómeno típico adolescente, al punto que "adolescencia" y "actuación" se han vuelto casi sinónimos.

De esta forma, los adolescentes normales muestran una proclividad a menudo tan intensa y compulsiva a la "acción" e incluso se habla de su "adicción a la acción", dicho concepto se distingue por tres aspectos: uno es la predisposición a la actuación; otro, su manifestación en la conducta; y un tercero la función que cumple dicho mecanismo. Entre estos aspectos dice Blos que no hay una relación incondicional ya que la actuación puede producirse sin que exista una predisposición particularmente intensa, como queda ilustrado de manera notoria durante la adolescencia.

La nueva red de relaciones con la sociedad y con la subcultura de los coetáneos no esta exenta de problemas.

Las descripciones de la personalidad de los adolescentes están sujetas a importantes restricciones del aquí y el ahora, ya que mientras algunos estudios transculturales muestran una relativa universalidad de ciertos fenómenos evolutivos, otros evidencian resultados contradictorios.

La actitud social reivindicatoria es una característica del adolescente que esta estrechamente relacionada con actividades culturales, ya que en parte la adolescencia es lo que la cultura la hace ser, porque tanto la familia como la sociedad intervienen en la crisis de la adolescencia. Diversas variables (tecnificación, complejización del mundo del adulto, paro, crisis de valores, prolongación de los estudios, etc.) influyen en las actuales manifestaciones de los jóvenes. El adolescente cuestiona valores sociales, relacionados con lo intelectual (Por qué y para qué estudio), afectivo-emocionales (familia, amistad, leyes, política, etc.) y éticos (como puede ser la religión), en ocasiones llegan a desarrollar conductas antisociales (testarudez, obstinación, brusquedad, desprecio por las normas, críticas e insubordinación).

Dentro de las variables que influyen en las características y en los comportamientos del adolescente se han destacado las siguientes: la cultura (la prolongación de los estudios en algunas culturas prolonga la etapa), el nivel socioeconómico (la temprana incorporación al mundo del trabajo estimula la madurez), las relaciones padres-hijo o la realidad del medio social que le circunda.

2.5. Cambios Biológicos en el Adolescente Varón.

La mayoría de los cambios biológicos se dan en la pubertad, entendida como el conjunto de "cambios morfológicos y fisiológicos que se dan en el desarrollo del individuo conforme las gónadas cambian del estado infantil al estado adulto" (Marshall, W. A. y Tanner, J.M., 1969).

De acuerdo con Kimmel, D.C. y Weiner, I.B., (1998) la mayor parte de los cambios de la pubertad suceden en la adolescencia temprana entre los 12 y los 16 años de edad. Los cambios hormonales tienen lugar antes entre los 7 y los 11 años en las chicas, y entre los 12 y los 18 años en los chicos (Money, 1980), y originan los cambios físicos que en conjunto darán lugar a la sexualidad adulta.

En los cambios hormonales aumenta la secreción de hormonas que estimulan las glándulas sexuales, que a su vez inciden en cambios físicos, somáticos, es decir en modificaciones corporales. Entre las cuales encontramos: 1) un rápido crecimiento físico (aumento de peso, longitud, anchura, etc.) que desorganiza el esquema corporal; 2) aparición de las características sexuales secundarias (vello, pecho, cambio de voz); 3) la maduración de las características sexuales primarias, es decir, la maduración del aparato reproductor; 4) los cambios en la composición corporal: en la cantidad y la distribución de la grasa en asociación con el crecimiento del esqueleto y la musculatura; las variaciones en la forma del cuerpo hacen que las proporciones relativas de sus partes experimenten un cambio importante con respecto a la niñez, así los varones parecen tener las piernas más largas con respecto al tronco y 5) el desarrollo de los sistemas circulatorio y respiratorio que conduce a los varones, a un aumento de la fuerza y la resistencia.

Sistema de Feedback hormonal en el varón.

Las gónadas (testículos en los hombres) producen hormonas que circulan en el torrente sanguíneo a las que debido a sus efectos se les conoce como hormonas sexuales. La liberación de estas, es controlada por otro grupo de hormonas, las gonadotrópicas (Hormona foliculo-estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH)), producidas por la hipófisis; esta es estimulada por el hipotálamo para producirlas.

El hipotálamo y la hipófisis controlan constantemente el nivel de hormonas que circulan en la sangre. El hipotálamo envía un mensaje hormonal a la hipófisis para producir una hormona gonadotrópica concreta mediante impulsos de una sustancia conocida como GnRH (hormona liberadora de gonadotropina). La hipófisis puede o no responder a esta hormona sexual, según sea el nivel de otras hormonas. Si responde, produce hormonas gonadotrópicas que actúan sobre las gónadas para estimular la producción de la hormona sexual apropiada; reguladas de este modo por un feedback negativo.

En los hombres, los andrógenos, en forma de testosterona o de su hormona emparentada, la dehidrotestosterona, fomentan el crecimiento de los testículos, el pene, la próstata (que fabrica líquido seminal), las vesículas seminales (los tubos que almacenan temporalmente el semen), el conducto deferente (el que transmite el espermatozoide desde los testículos hasta el conducto eyaculatorio) y el epidídimo (tubos que recogen el espermatozoide en el escroto). Los andrógenos también desempeñan un papel en el crecimiento de la laringe (haciendo más grave el tono de voz), los huesos, los riñones y los músculos. Además favorecen la secreción de las glándulas sebáceas de la piel (lo que a veces se traduce en el acné) y las entradas capilares (Bardin y Paulsen, 1981; Villet, D. B. 1975).

Espermarquia en los hombres.

La primera producción de espermatozoide en los chicos se conoce como espermarquia, el semen o fluido que transporta a los espermatozoides, puede ocurrir durante el sueño (sueño húmedo); o puede ocurrir por medio de la masturbación o el contacto sexual, que incluye diversas formas de juego sexual (caricias) o

la unión sexual.

Los factores sociales y psicológicos ejercen una influencia importante en la edad a la que empiezan el contacto sexual y la masturbación afectando a la edad de la primera eyaculación, que puede ser una sorpresa y provocar cierta inquietud si el chico no sabe lo que es.

Las transformaciones corporales suelen ser causa de preocupación para los adolescentes, una fuente de incertidumbre sobre el futuro de su desarrollo corporal. Estos cambios despiertan ansiedades de diversa índole: sentimientos de disarmonía, de extrañeza, de despersonalización; por lo que el aspecto físico importante en esta etapa, siendo el físico y la apariencia factores que desempeñan un papel muy importante en la autoevaluación del adolescente (Kimmel, D.C., Weiner, I.B., op. cit.).

2.6. Desarrollo Social en la Adolescencia.

Este periodo supone una transición social en la que el adolescente se enfrenta a la adopción de nuevos papeles y expectativas. El periodo se inicia con una revolución del desarrollo fisiológico y después de las consiguientes turbulencias culmina (al menos en el deseo de los adultos a cargo de su "formación") en una madura adquisición social: la asunción del rol de adulto.

Este periodo de transición, especialmente en las culturas occidentales es una etapa conflictiva de la vida, ya que el adolescente se encuentra por un lado, ante una crisis interior y, por otro ante un medio social en el que adaptarse, y que en ocasiones tampoco favorece esta adaptación. (Garaigordobil, M. 2000).

De acuerdo con Kimmel, D.C. (1990), las transiciones pueden tener su origen en cambios internos (pubertad, enamoramiento, maduración psicológica) o en cambios externos (finalización de la enseñanza secundaria, matrimonio, obtención de un premio de lotería). La eficiencia de las acciones instrumentales encaminadas a un fin desarrolla y asegura la autonomía frente al medio (Garaigordobil, M., op. cit.).

Esta etapa es vital para configurar los ideales de vida que después van a constituir la identidad personal y social adulta, entre otras cosas se va a dar un fortalecimiento moral autónomo, en la adopción de ciertos valores significativos, en la reciprocidad y en la elaboración de un concepto de sí mismo al que acompaña una autoestima básica, también es una edad de adquisición de independencia, de desprendimiento respecto a la familia y de establecimiento de nuevos lazos de grupo, de amistad, y de relación sexual.

Según Garaigordobil, M. (op. cit.), la mayor parte de los adolescentes comparten cierto número de experiencias y problemas comunes (cambios fisiológicos, de identidad e independencia). Sin embargo no todos se enfrentan a las mismas exigencias de su ambiente, y cada adolescente reacciona de manera distinta al experimentar los diversos cambios que se le van presentando.

Havighurst, R. J. (1972), señaló que a cada período de la vida le corresponden unos logros evolutivos; y especificó ocho para el período adolescente:

1. Conseguir relaciones nuevas y maduras con coetáneos de ambos géneros.
2. El logro de un rol social masculino o femenino.
3. Aceptarse físicamente y utilizar el propio cuerpo con eficacia.
4. Alcanzar independencia emocional de los padres y otros adultos.
5. Prepararse para el matrimonio y la vida de familia.

6. Prepararse para tener una profesión.
7. Adquisición de un conjunto de valores y un sistema ético como guía de conducta; y el desarrollo de una ideología.
8. Descar y llevar a cabo una conducta socialmente responsable.

Dichos logros son obtenidos en una secuencia de tres fases:

La primera es en la llamada Adolescencia temprana; es una época en que los jóvenes crecen física e intelectualmente, dónde la principal tarea evolutiva requiere de adaptarse a estos cambios mentales y biológicos; para aceptar su propio aspecto y aprender a utilizar el cerebro y el cuerpo de manera eficaz.

La segunda fase es la Adolescencia Media Aquí los principales logros son: convertirse en personas físicamente seguras de sí mismas alcanzando la autonomía psicológica de los padres, aprender a confrontar las relaciones heterosociales (salir con novios (as), y afrontar la sexualidad), la atención se centra principalmente en establecerse como individuos autónomos, interdependientes, capaces de llevarse bien con sus padres, compañeros y parejas circunstanciales.

La tercera fase es la Adolescencia Tardia, donde los jóvenes han formado un sentido razonablemente claro y coherentes de su identidad personal en relación con los demás y han empezado a elaborar algunos roles sociales definidos, sistemas de valores y objetivos vitales. En esta fase el aprendizaje de la seguridad en uno mismo y de las destrezas sociales es menos importante que la toma de decisiones sobre las capacidades de uno, las destrezas aprendidas anteriormente, las relaciones personales importantes y las actitudes ya modeladas pueden combinarse de manera significativa para responder preguntas como "¿Qué clase de persona soy?" o "¿Qué quiero hacer en la vida?".

En cuanto al desarrollo adolescente en relación con su grupo de compañeros, Dumphy (1980; en Aguirre, B. 1994) menciona que las pequeñas camarillas del mismo sexo se fundan o relacionan con otros grupos similares, se amplían para incluir a miembros del sexo opuesto y al final resurgen como grupos que constan tanto de hombres como de mujeres (Atwater, 1992; en Aguirre, B., op. cit.).

Asimismo Robert y Lascoumes (1974; en Aguirre, B., op. cit.), hablan de cuatro tipos de agrupamientos en la adolescencia que se manifiestan como un continuo: a) Los grupos de base institucional (escuela, organizaciones juveniles, etc.), agrupados por edades y que, bajo apariencia de grupos institucionales, albergan otros grupos espontáneos. Los grupos espontáneos construidos por la homogeneidad de edad, nivel cultural y origen social, que llegan a formar camarillas y hasta bandas. b) Los cuasi-grupos o concentraciones son amalgamas de jóvenes que se agrupan o yuxtaponen con escaso vínculo afectivo y bajo una manifestación social. c) Las bandas o grupos espontáneos que se estructuran a menudo que organizan acciones exteriores, algunas veces de tipo delictivo o marginal. d) Los grupos de pares, son muy importantes para el desarrollo de la personalidad adolescente que nunca llegan a suplantar del todo al grupo familiar, sobre todo al principio de la adolescencia, es casi siempre más fuerte para el adolescente que el grupo de pares.

En el contexto de la socialización, el grupo de iguales adquiere gran importancia, ya que es un medio adecuado para, la definición de la propia identidad, intereses y habilidades; la construcción de su propia reputación; el desarrollo de un equilibrio entre individualidad y conformidad; el dar y recibir apoyo emocional e instrumentación, y finalmente construir, mantener la amistad, participar, y entretenerse. Sin embargo, y pese a estas adaptativas influencias de la interacción entre iguales, a la hora de estudiar el fenómeno grupal en la adolescencia, además de las asociaciones juveniles y los grupos espontáneos que fomentan un desarrollo positivo del adolescente, existen otros grupos adolescentes cuya acción se

orienta hacia la vivencia colectiva, de ataque al entorno social. De acuerdo con Rodríguez (1994), estos grupos se caracterizan por presentar un proceso socializador patológico: conducta agresiva, alejamiento de las estructuras sociales, marginalidad, etc.; que los convierte a los ojos de la sociedad en un peligro que hay que controlar y eliminar. Respecto a esta utilización del grupo como vehículo de ataque, se pueden diferenciar dos formas diferentes: el vandalismo y la delincuencia.

Así "la banda delincuente" es entendida como un grupo primario más o menos espontáneo que llega a ciertas formas de organización y a una solidaridad real como consecuencia de su reacción ante el medio ambiente; son jóvenes que experimentan una insatisfacción ante la realidad actual y el futuro que se les presenta. Las bandas suelen estar formadas generalmente por jóvenes que han fracasado en la escuela, que no sienten satisfacción en el hogar, que se sienten socialmente inseguros y abandonados. La banda se convierte en una especie de hogar, la otra familia, en donde el joven intenta compensar todas sus frustraciones y en donde encuentra algunas directrices que le orienten a su acción (Rodríguez, J., 1996). El objeto principal de ataque para estos grupos es la propia sociedad. El hecho de crecer en un ambiente vivido como hostil genera una apatía e indiferencia que desemboca en una negación de cualquier valor ético, religioso y social. En el grupo se crea un nuevo sistema de valores donde robar, atentar contra la propiedad o contra la integridad física de la persona está bien visto y es aplaudido.

El Adolescente y la Familia.

El individuo desde su nacimiento, entra en interacción continua con su ambiente, formado en las primeras etapas de su ciclo vital por el sistema familiar en primera instancia, y el escolar posteriormente, dicho sistema familiar entrafía múltiples factores de riesgo y protectores moldeadores de habilidades de afrontamiento, autoconcepto, estilos atribucionales, solución de problemas, toma de decisiones etc., con los que el niño hará frente a otros contextos, como la escuela, el grupo de pares, y la sociedad en general (Hernández G. y Sánchez S., 1997).

El mundo psicológico de los padres recibe un impacto a medida que sus hijos avanzan hacia la madurez. La exposición regular a la discordia matrimonial contribuye a generar problemas de adaptación en el adolescente como por ejemplo, ansiedad, depresión y externalización de trastornos de conducta (Davies, P.T. y Cummings, E.M.C. 1998; Harold, G.T. y cols., 1997; McCloskey, L.A. Figueredo, A. J. y Koss, M.P., 1995).

Para Aguirre, B. (op. cit.), los procesos de interacción familiar que acompañan y modelan el desarrollo de los adolescentes son:

- La aparición de un nuevo equilibrio entre la autonomía y el vínculo en las relaciones entre los adolescentes y sus padres.
- El impacto de los modelos de autoridad parental en las actitudes y la capacidad autoconfianza de los adolescentes.
- Las influencias de la organización familiar no tradicional en el desarrollo.
- La calidad de las relaciones entre generaciones, incluyendo las consecuencias del abuso sexual y físico.

El progreso de los adolescentes hacia la autonomía implica separarse y permanecer en contacto con los padres, es decir ser un individuo autónomo y estar en la relación interdependiente con los padres son dos rasgos complementarios del crecimiento normal de la familia durante la adolescencia y por lo general ambos experimentan sentimientos contradictorios (Aguirre, B. A., op. cit.).

Los adolescentes se la pasan bien disfrutando de nuevos privilegios pero a menudo lamentan tener algunas de las responsabilidades que los acompañan.

Los padres se muestran orgullosos cuando observan que sus hijos se vuelven seguros de sí mismos, echando de menos su anterior rol parental y les preocupa que su hijo adolescente crezca demasiado aprisa (Aguirre, B. A., op. cit.).

Los padres pueden responder con satisfacción ó con envidia a las oportunidades, logros y competencias crecientes de sus hijos adolescentes. Al mismo tiempo se encuentran reevaluando sus perspectivas futuras, los padres deben acomodarse al hecho de que las tendencias infantiles de sus hijos (considerar a sus padres como todopoderosos y omnipotentes), cambia durante la pubertad por percepciones más realistas de ellos como personas imperfectas, (Kimmel, D. C., Weiner, I. B., op. cit.).

En cuanto a la *sexualidad de los adolescentes* en temprana edad complica temporalmente las relaciones entre padres e hijos en la mayoría de las familias ya que ambos con frecuencia se sienten incómodos unos con otros durante un tiempo por el hecho de ser físicamente atractivos y sexualmente activos. Esta incomodidad puede provocar algunas dificultades y tensiones que disminuyen con el tiempo a medida que los miembros de la familia se adaptan al nuevo aspecto del adolescente.

La autoridad de *los padres que ejercen un control* sobre sus hijos adolescentes, es decir combinan expectativas firmes y explícitas con afecto y sensibilidad hacia sus necesidades, ayudan a sus hijos a madurar y convertirse en adultos independientes, seguros de sí mismos.

Los padres autoritarios, que exigen mucho pero dan poco apoyo a cambio niegan a sus hijos oportunidades de adquirir competencia social y de aumentar la confianza en si mismos.

Los padres que son *permissivamente indulgentes*, que muestran afecto pero proporcionan poco control y orientación, impiden que sus hijos aprendan el autocontrol.

Los padres que son permissivamente negligentes, es decir, que no ofrecen ni dirección ni afecto, promueven que sus hijos corran el riesgo de presentar problemas conductuales.

Por otro lado el divorcio no provoca necesariamente dificultades en el desarrollo de los jóvenes; sin embargo, junto a la discordia marital en las familias intactas, puede aumentar el riesgo de trastornos emocionales y de conducta problemática (Kimmel, D. C., Weiner, I. B., op. cit.).

El divorcio es un periodo estresante para los padres y para los adolescentes que deben adaptarse a que no deben tener a su disposición regularmente al padre y a la madre, al rencor de tener que afrontar la ruptura familiar y seguramente de verse en medio de continuos conflictos entre sus padres; no obstante las reacciones adversas al divorcio son temporales, especialmente entre los jóvenes que previamente estaban bien adaptados y son capaces de mantener el contacto con ambos padres, sin tener que forcejear con lealtades divididas.

Hay informes que sugieren que hasta un 14% de los jóvenes sufren daños físicos por parte de uno de los padres durante los años de su desarrollo. Los padres abusivos tienden a ser individuos con limitadas habilidades de afrontamiento que también es probable hayan padecido abusos cuando eran niños las víctimas de los abusos corren el riesgo de interrumpir el desarrollo de su personalidad, de presentar sentimientos persistentes de inseguridad en sus relaciones con otras personas, y de convertirse en adultos agresivos y en padres abusivos.

Entre los factores que se pueden considerar de riesgo dentro del seno familiar tienen directa relación con: el ejemplo familiar, el estilo educativo y el clima afectivo (Nató, A. & Rodríguez, Q. G., 2001).

En el ejemplo familiar, la observación del comportamiento de los padres puede ser el modo de adquirir una conducta determinada. Las formas de vida y los valores que estos muestren ante sus hijos pueden servir de eficaz prevención o, por el contrario, de factor precipitante para el inicio en el consumo de alcohol, drogas, o conductas agresivas, delictivas etc.

Estilo educativo, la disciplina y una efectiva, pero comprensiva supervisión pueden neutralizar los factores de riesgo que presentan los siguientes comportamientos parentales.

Ausencia de normas de comportamiento: la permisividad o, por el contrario, el autoritarismo, provocan confusión en los hijos.

Sobreprotección o abandono: tanto el exceso como la indiferencia en la atención de los hijos puede favorecer el inicio en los consumos o conductas inadecuadas.

Rigidez en la estructura familiar: impide o retrasa los procesos de maduración, autonomía e independencia, y provoca sumisión o bien rebeldía.

Falta de reconocimiento: no aprobar, no destacar o no premiar los logros de sus hijos da como resultado personalidades inseguras y con muy baja autoestima.

El clima afectivo: tiene directa relación con la estabilidad emocional de los miembros de la familia, la que puede vincularse con el consumo de drogas y conductas delictivas (Nató, A. & Rodríguez, Q. G., op. cit.). Así lo que afecta a la familia es: a) La falta de diálogo y de comunicación entre sus miembros; b) la violencia doméstica; c) una deficiente relación de pareja entre los progenitores; d) conflictos frecuentes traducidos en discusiones, alteración de los roles, etc; e) incompetencia, falta de estabilidad y de responsabilidad de uno o de ambos padres que les impide ofrecer seguridad y protección a los hijos. f) Históricamente de consumo de alcohol y otras drogas por parte de alguno de ellos y g) falta de sentido de pertenencia.

2.7. Aspectos Psicológicos en la adolescencia.

Casi todas las culturas marcan ceremonialmente la iniciación del joven con un rito de pasaje que simboliza su ruptura con el mundo infantil y el renacer como adolescente. El cambio que se da en el aspecto intelectual o cognitivo es el advenimiento de un nuevo tipo de pensamiento "el formal o abstracto" que sirve de sustrato para lo vivencial, una nueva forma de comportamiento entre sí y ante el mundo a través de renovados y estructurados sentimientos, emociones, juicios y valoraciones.

Para Fierro, A. (1985), la relativa estabilidad conductual y psicológica de la persona se supone estar fraguándose y no formarse hasta el final de la adolescencia, justo para señalar entonces el comienzo de la edad adulta.

El adolescente debe abandonar su identidad infantil y progresivamente construir su identidad adulta. En este momento surgen muchos y nuevos interrogantes que sustituyen al hasta entonces mundo tranquilo de la infancia. El joven deberá enfrentarse a la pérdida de aspectos infantiles queridos para él e incorporar otros modos de ser, otros hábitos. Aunque se sabe que la adolescencia no es necesariamente una etapa problemática o tormentosa, casi siempre hay un menor o mayor grado de dificultades. Por lo

que la intensidad de los problemas van depender de la disponibilidad de apoyo emocional e instrumental de los otros (la familia, los amigos o grupo de pares).

El adolescente que recibe mejor apoyo emocional e instrumental en su contexto de relaciones (con sus figuras familiares, de sus iguales, y de otras entidades sociales) estará mejor equipado para afrontar y resolver los problemas de esta etapa que él que carece de dicho apoyo.

En la adolescencia, se producen modificaciones cruciales en dos aspectos fundamentales del funcionamiento psicológico: los referidos al desarrollo cognitivo y los relacionados con el desarrollo de la personalidad.

El periodo adolescente se distingue por la aparición de cambios cualitativos en la estructura del pensamiento. Piaget denominó a este periodo operaciones formales y lo definió por su capacidad de pensar en lo posible, de alejarse de la realidad concreta e inmediata.

De acuerdo con Inhelder, B. y Piaget, J. (1955), el adolescente antes de actuar, planifica sus acciones, imagina todas las posibles relaciones causa-efecto que pueden explicar la situación, utilizando esas posibilidades como hipótesis contrastándolas con la realidad para elaborar sus conclusiones a través de la deducción lógica.

De este modo el adolescente dotado de esos instrumentos de razonamiento, se torna capaz de tomar distancia de la realidad que le rodea y pone en marcha sus capacidades críticas de esta manera se han explicado Inhelder y Piaget el surgimiento de la rebeldía juvenil. Las raíces de la oposición a los valores familiares y sociales vigentes, acatados aunque desobedecidos- hasta ahora se hallarían en el proceso intelectual y no en las urgencias biológicas o las demandas sociales. El denominado "estirón cognitivo" lleva aparejada la aparición de una nueva forma de egocentrismo; este egocentrismo supone que el adolescente llega a creer en la omnipotencia de su pensamiento y a confiar en que las revoluciones se hagan realidad con sólo reflexionar sobre su posibilidad; esto implica dos aspectos: la creación de una audiencia imaginaria y la fábula personal, (Elkind, B. 1970). La primera supone la obsesión del joven por la imagen que los demás poseen de él y la suposición de que todo el mundo le observa constantemente; mientras que la fábula personal se refiere a la tendencia de algunos adolescentes a considerar sus experiencias como únicas, totalmente nuevas e incomprensibles por otras personas.

Broughton, J. (1978), prefiere caracterizar el progreso del procesamiento adolescente y adulto como un cambio en las concepciones filosóficas globales más que un acercamiento a la forma de razonar prototípica (de índole matemática y física). De acuerdo con él la adolescencia supondría un avance en la comprensión de las relaciones entre la mente y el cuerpo, entre lo físico y lo social, el mundo y el yo, o la valoración de la objetividad o subjetividad del conocimiento.

La elaboración de todos los conocimientos sobre sí mismo, los otros y la realidad social va de la mano de formas nacientes de sentirse y actuar que dotan al adolescente de una personalidad (Moreno, A., 1988).

El desarrollo de la *identidad* es uno de los aspectos psicológicos más importantes en la adolescencia; la noción de quienes somos y en que forma somos diferentes y parecidos a los demás, comienza a desarrollarse en la primera infancia, evoluciona en la niñez y sufre importantes cambios en la juventud. Uno de los autores que lo ha analizado con mayor profundidad ha sido el psicoanalista Erikson, E. H.,

(1993).

Su teoría integra componentes; afectivos, cognitivos, sociales y culturales supone considerar el desarrollo como la superación de los conflictos internos y externos. Así los individuos deben enfrentarse en los diversos estadios de su ciclo vital a "crisis psicosociales" que representan oposiciones entre las exigencias de la sociedad y las necesidades biológicas y psicológicas.

Las ocho etapas del hombre según Erikson son:

Confianza básica vs desconfianza. Desde los primeros meses de vida, el desarrollo normal debe conducir al establecimiento de un sentimiento de confianza base frente al mundo exterior y a las personas significativas. Este proceso está ligado al estadio oral en el cual el lactante depende de sus proveedores exteriores. En estas condiciones, el estado de confianza implica a la vez que se halla aprendido a confiar en la similitud y continuidad de los proveedores exteriores y que se tenga al mismo tiempo confianza en sí mismo y en las propias posibilidades, de tal forma que uno mismo sea digno de la confianza de los demás.

Autonomía vs vergüenza y duda. Este segundo estadio se relaciona con el estadio anal y por lo tanto con el aprendizaje del control esfinteriano. Se trata en este punto de que el niño experimente su voluntad autónoma en oposición a la de su entorno. El lugar del conflicto es el propio cuerpo del niño y la apuesta es la de saber de algún modo quién controla a quién. Según Erikson la solución negativa de esta crisis puede conducir a sentimientos de vergüenza (considerada como lo inverso de la voluntad autónoma, ya que existe vergüenza cuando "uno es visible pero no está dispuesto a ser visto") o de duda (siendo la duda resultante de una pregunta sobre "el trasero del propio cuerpo", lugar de agresión y placer que no puede ser visto y que, sin embargo puede ser dominado por la voluntad de los demás).

Iniciativa vs culpa. La problemática de esta fase se inicia al final del tercer año. Cuando el andar se ha hecho cómodo y seguro, el lenguaje se ha perfeccionado y la función semiótica se desarrolla en varias direcciones, las actividades del niño se multiplican bajo la forma de "la intrusión" (fase fálica): aumento de su radio de acción en el plano locomotor, incansables preguntas en el plano verbal (los <<por qué>>), imaginación hasta el punto de que no puede evitar estar asustado por todo lo que sueña o piensa. En numerosos terrenos el niño puede experimentar un sentimiento de potencia que llega a producir un sentimiento de culpabilidad tanto más cuanto que la problemática edípica no tarda en plantearse con el establecimiento del super-yo, a modo de corolario, a través de las prohibiciones (<<el punto en que acaba el juego>>) y corresponde a la etapa fálica.

La importancia de este estadio reside en la posibilidad de una liberación de la iniciativa sin temor a la culpabilidad.

Industria vs Inferioridad. Este nivel corresponde con el período genital desde el punto de vista psicoanalítico, el niño experimenta toda la gama de roles que observa. El aspecto creativo es importante (sentirse capaz de hacer cosas). Sin embargo, si los conflictos precedentes han sido mal resueltos puede producirse que el niño desarrolle un sentimiento de inferioridad que le implica liberar su creatividad y le conduzca eventualmente a actitudes regresivas (por ejemplo: tener todavía más necesidad de su madre que de conocimientos, o preferir seguir siendo un bebé en casa que mayor en la escuela).

Identidad vs Confusión de Rol. Esta quinta fase surge con el inicio de la pubertad y el aumento de la necesidad social de encontrar en la vida el propio papel como adulto sexual, productivo y responsable que posee un conjunto coherente de valores y actitudes hacia uno mismo; también puede reflejar la recién adquirida capacidad del adolescente de pensar en forma abstracta.

El aspecto positivo (o sintónico) del esfuerzo es un sentido de identidad, -una falta de certeza sobre lo que es uno o sobre el papel que desempeña en el esquema de la vida-. La resolución de esta fase incluye experimentar cada una de estas tendencias opuestas en el seno de uno mismo y en relación con el entorno social. De este esfuerzo dialéctico surge la fuerza psicosocial de la fidelidad; la capacidad de mantener lealtades libremente prometidas pese a las inevitables contradicciones y confusiones de los sistemas de valores. Durante esta fase Erikson señala una fase de moratoria, una especie de pausa psicológica en el desarrollo, un periodo de aplazamiento concedido a todo aquel que no esta listo para una obligación; es un periodo caracterizado por una permisividad selectiva por parte de la sociedad y de alegría provocada por parte de los jóvenes; sin embargo, también conduce a compromisos serios, aunque transitorios, por parte de éstos y finaliza con una confirmación más o menos ceremonial del compromiso por parte de la sociedad. (Erikson, E. H., 1968).

Intimidad vs Aislamiento. Según Erikson, las primeras tentativas para lograr intimidad son con frecuencia intentos por tratar de definirse a uno mismo a través de la relación romántica con otra persona. "Las relaciones sexuales íntimas a menudo preceden a la capacidad de desarrollar una intimidad psicosocial verdadera y recíproca con otra persona, sea en una amistad, en encuentros eróticos, o en una inspiración colectiva. Los jóvenes que no están seguros de su identidad huyen de las relaciones íntimas, interpersonales o participan en actos de intimidad promiscuos en los que no existe autentica fusión o entrega de uno mismo".

Cuando un joven no lleva a cabo tales relaciones íntimas con otros en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana, puede que se conforme con relaciones interpersonales muy estereotipadas y acabe conservando un fuerte sentido de aislamiento.

Por lo tanto la resolución de esta fase incluye el forcejeo dialéctico entre las tendencias opuestas de intimidad y aislamiento, surgiendo de este forcejeo el amor.

Generatividad vs Estancamiento. Los dos últimos estadios se refieren esencialmente a la edad adulta; Erikson entiende por generatividad el hecho de ocuparse de las generaciones sucesivas, de preocuparse por la educación de los niños. A falta de este sentimiento se produce el estancamiento, el aburrimiento y el empobrecimiento interpersonal.

Integridad vs Desesperación. Este último estadio se corresponde con una aceptación de sí mismo tal como uno es, con una aceptación de su único ciclo de vida. Se llega entonces a una especie de filosofía de la vida y de la muerte, que permite no sumirse en la desesperación.

De acuerdo con Weiner, I.B. y Kimmel, D.C. (op. cit.), en la adolescencia el objetivo fundamental implica lograr una identidad coherente, es decir un conjunto congruente y estable de percepciones y aspiraciones sobre sí mismo así el desarrollo de la identidad supone la adhesión:

- A un conjunto de valores y creencias (aspecto ideológico).
- A un conjunto de metas educacionales y ocupacionales (aspecto ocupacional).
- A una orientación sexual que determina los modelos de relación entre mujeres y hombres (aspecto interpersonal).

Por tanto los adolescentes deben enfrentarse a sus propios cambios internos de tipo biológico y cognitivo, para compaginarlos con sus nuevas relaciones sociales y las demandas poco claras que reciben de la sociedad adulta. También puede suceder que algunos adolescentes encuentren difícil

formar un concepto de sí mismo que encaje de forma realista con sus características personales y con el medio en el que viven; en este caso aparece la llamada crisis de identidad; entre las posibles consecuencias se encuentran: el aislamiento, incapacidad para planear el futuro, escasa concentración en el estudio, o la adopción de papeles negativos por simple oposición a la autoridad.

Pero de acuerdo con Erikson, E. H. (1968), la crisis adolescente no constituye una dolencia sino una crisis normativa; es decir una fase normal de incrementado conflicto, caracterizada por una aparente fluctuación de la energía del ego y asimismo por un elevado potencial de crecimiento.

2.8. Áreas de estrés en el adolescente.

Para Laufer, M. (1998), todos los adolescentes experimentan estrés en algún período, y las variaciones de comportamiento en esta fase son numerosas que a menudo es difícil decidir qué comportamiento se debe a un estrés pasajero y que comportamiento debe ser considerado como señal de alguna alteración psicológica más seria. Sin embargo de la gran multitud de tensiones experimentadas por cada adolescente, es posible aislar algunos factores comunes que ejercen un efecto especial en el comportamiento del mismo y estos son: a) la relación con sus padres, b) la relación con sus compañeros y c) la visión que el adolescente tiene de sí mismo como una persona físicamente madura.

Las nuevas tareas y presiones de la adolescencia son demasiado para algunos jóvenes lo cual les ocasiona problemas para enfrentar el estrés. Su falta de experiencia puede hacer que no se encuentren preparados para enfrentarse a las tensiones y oportunidades que se presentan en el camino y pueden caer en el consumo de drogas o en la delincuencia, depresión, rebeldía, algunos tienen problemas con la alimentación, otros no pueden soportar las exigencias del mundo y llegan al suicidio o a la autodestrucción parcial (Hoffman, L., 1996; Craig, G. J., 1997).

Entre los trastornos psicológicos más comunes, tanto en niños como en adolescentes se encuentran las quejas psicósomáticas, depresión, ansiedad, y déficit de atención, éstos relacionados directamente con comportamientos desadaptativos o disfuncionales como problemas de conducta, incompetencia social, bajo aprovechamiento académico, uso y abuso de sustancias, agresividad, etc. (Hernández G. y Sánchez S., 1997).

A medida que *las drogas ilegales* se fueron poniendo al alcance de los jóvenes éstos se enfrentaron a una nueva forma de estrés, la presión de los compañeros para tomar drogas. En las últimas décadas los adolescentes han empezado a tomar drogas a edades cada vez más tempranas y los patrones de uso son los siguientes (Hoffman, L. op. cit.):

➤ El tabaco y el alcohol siguen siendo las drogas más populares ya que más de la mitad de los adolescentes jóvenes han probado el alcohol. La primera bebida los chicos suelen tomarla hacia los 12 años. Los adolescentes que toman alcohol o fuman marihuana no pasan necesariamente a las drogas duras pero a menos que hayan empezado probando alguna de estas drogas, o ambas, es poco probable que tomen otras ilegales. Cuando hay más adolescentes que toman drogas que los que se abstienen de hacerlo, algún tipo de uso de las mismas se convierte en normal. Los adolescentes que no han experimentado con el alcohol, el tabaco o la marihuana al menos una vez antes de acabar los estudios en el instituto, lo más probable es que sus compañeros les consideren anormales. El grupo de compañeros juega un papel importante en el uso de drogas. En un estudio casi un tercio reportó que la toma porque sus compañeros lo hacen. El alcohol y otras drogas sirven con frecuencia para un fin comunal; refuerzan los lazos sociales, proporcionan relajación y tranquilidad e inician a los jóvenes en los rituales de los adolescentes. El uso excesivo de drogas y alcohol

suele ir asociado con el bajo rendimiento escolar una ruptura en la vida familiar y conducta antisocial. El uso de sustancias duras es una advertencia de problemas en el futuro, generalmente de tipo antisocial o autodestructivo. No hay datos exactos del consumo de drogas entre los que han abandonado los estudios, por estos jóvenes es probable que hubieran tenido dificultades en la escuela y pertenecieran a grupos marginales, por lo que tienen mayor riesgo de caer en su consumo que un adolescente común (Hoffman, L., op. cit.).

- Las enfermedades de transmisión sexual están muy difundidas entre estos jóvenes y corren el riesgo de contraer y contagiar el SIDA.
- La delincuencia juvenil. Es a cualquier edad y en cualquier país casi exclusivamente masculino, ya que los varones suelen a tener más problemas con la justicia. Las víctimas de crímenes violentos también suelen ser jóvenes; los adolescentes entre 16-19 años son los principales objetivos para los robos atracos y violaciones, pero hasta los de 12 a 15 años son más propicios de ser víctimas que los adultos. Las condiciones delictivas incluyen beber alcohol en la escuela, marcharse de casa, abandonar la escuela desafiar la autoridad de los padres y cosas por el estilo. De acuerdo con Hoffman, L. (1996), la mayor parte de los delincuentes suelen tener problemas graves en la escuela y muchos tienen una media baja de CI. Les falta autocontrol, son impulsivos, muy agresivos, les gusta correr riesgos y buscan emociones fuertes. La mayoría toma alcohol y otras drogas; muchas de estas características están vinculadas a la calidad de su vida familiar. Algunos psicólogos creen que el modelo interaccional social es el que mejor explica la delincuencia en la adolescencia. Según este punto de vista, *el primer paso* hacia la misma es un patrón de interacción padres-hijos que modela una conducta bajo coacción, bien recompensando o castigando erróneamente. *El segundo paso* tiene lugar cuando el comportamiento antisocial del niño interfiere en su estudios y la escuela, y le conduce a ser rechazado por el grupo de compañeros. *El tercer paso* es, el niño antisocial, que no agrada se encamina hacia entornos sociales que refuerzan más esta actitud como la compañía de otros compañeros antisociales. *Por último*, el nuevo grupo de compañeros refuerza aún más esta conducta y exhorta al desarrollo de nuevas formas de problemas de comportamiento (Patterson, Reid y Dishion, en prensa). Los niños que crecen en lugares caóticos donde hay disputas, cuyos padres son fríos y la disciplina que aplican es arbitraria o relajada, suelen desarrollar unos débiles vínculos emocionales con sus progenitores. Fracasa la última etapa de apego, que ha de durar el resto de la vida. Los lazos con los padres son flojos, mientras que con los amigos también van por mal camino y son muy fuertes (Balske, D. M., et. al., 1989). Estos niños no tienen mucho interés en conseguir la aprobación de sus padres, ni la certeza de que su buen comportamiento les ayudará a conseguirlo. Cuando fracasan en desarrollar el autocontrol o en asumir las normas de sus progenitores, se encuentran ante un gran riesgo de caer en la delincuencia.
- Escaparse de Casa. Los índices de un alto grado de delincuencia y las desafortunadas experiencias escolares son típicas en los adolescentes que huyen de sus casas pero los que tienen una ausencia de tres meses huyen de familias que no funcionan, que se caracterizan por los malos tratos o abusos sexuales, el rechazo de los padres, falta de orientación de las actividades de los jóvenes por parte de los mismos y la percepción de estos de que sus progenitores favorecen más a un hermano que a otro (Whitbeck, L.B. y Simons, R. I., 1990). Los que han huido de casa tienen altos índices de depresión consumo de drogas y problemas mentales, también tienen un alto riesgo de suicidio.
- Suicidio en la adolescencia. Los adolescentes que tienden a cometer intentos de suicidio suelen tener antecedentes de este tipo en u familia. Por lo general han tenido cambios en la familia o cambios que suponen una amenaza. A menudo sus padres se han divorciado o separado; cando este

no es el caso, suele ser porque hay muchos conflictos en el hogar o se sienten rechazados, por uno o ambos progenitores(Hoffman, L. op. cit.).

III. EL MENOR INFRACTOR.

3.1. Definición del menor infractor.

La ley Federal para el Tratamiento de Menores Infractores, tiene por objetivo reglamentar la función del Estado en la protección de los derechos de los menores, así como en la adaptación social de aquellos cuya conducta se encuentra tipificada por las leyes penales federales y del Distrito Federal y tendrá aplicación en el Distrito Federal en materia común y en toda la Republica en materia federal.

Este ordenamiento fija su competencia par los mayores de 11 años y menores de 18, señalando que los menores de 11 años serán sujetos de asistencia social por parte de las instituciones de los sectores, públicos, social y privado, y que se ocupen de esta materia (Tocaven, R. , 1993).

De acuerdo con Solís, Q. (1986), cuando son violadas las normas de derecho, cualesquiera que sean sus categorías, las normas de convivencia de una sociedad o de una familia, o las normas de la moral, al individuo que las quebranta se le llama transgresor o infractor. Así las palabras transgresor o infractor permite comprender todos los hechos cometidos por los menores, toda la irregularidad de su conducta intra o extrafamiliar. Por ello se emplean los términos: "menores infractores" "menores transgresores", "transgresión juvenil", "infracciones juveniles" u otros parecidos, para referirnos a todas las categorías de actos cometidos por niños o adolescentes, que les conduzcan a ser atendidos por los jueces o consejeros de menores o por autoridades judiciales comunes, donde no existan aquellos.

3.2. Los menores infractores desde diferentes puntos de vista.

Solís Q.(1986) destaca la existencia de diferentes puntos de vista para definir a los menores infractores, entre los cuales se encuentran: el jurídico, el criminológico y el social, a ésto Lewis y Kagdin, (1991; citado en González, N. . 2001) añaden un diagnóstico.

El formal Jurídico; nos señala que serán menores infractores solamente quienes, habiendo cometido hechos suficientes para su consignación, a juicio de las autoridades queden registradas como tales ante sus jueces o consejeros y sean reconocidos como tales en las decisiones finales.

El criminológico le interesa el hecho de la universalidad de la conducta transgresora que se presenta en todos los menores, para no concederle la importancia que habitualmente se le concede, les interesa como hecho positivo formal, el de todo individuo menor que las autoridades califiquen de infractor o delincuente. También todo individuo que cometa hechos excepcionales por su gravedad, por su forma de ejecución o por la significación que el propio agente conceda a su ejecución. Por último le interesa todos los casos de reiteración de la conducta irregular, y especialmente los de persistencia. Entre estos los hay de reiteración genérica, en que el sujeto comete hoy un tipo de infracción y posteriormente otros tipos, diferentes cada vez, y los hay de reiteración específica en que se manifiesta una misma tendencia más o menos firme o arraigada. Ambos tipos de reiteración pueden demostrar la existencia de hábitos antisociales.

Para *la sociología*, serán menores infractores todos los que cometen hechos violatorios de reglamentos o de leyes penales, independientemente de que sean o no registrados por las autoridades, o de que los hechos sean ocasionales o habituales. Por razones de la universalidad del proceso individual de la adaptación social, las transgresiones de los menores a los cánones morales de la familia o del grupo social, las desobediencias a los mandatos paternos o a los provenientes de los profesores de la escuela o de los líderes de los sindicatos no pueden ser tomados como infracciones que interesen a la sociología, cuando son considerados como normales en el proceso evolutivo individual o social.

Son pocos los que llegan a las autoridades competentes, e influye para ello el grado de comprensión de las víctimas respecto de los actos cometidos, la gravedad del daño causado, la amistad o la vecindad con los familiares del menor, la trascendencia de los hechos, la agresividad desatada en torno a los mismos, la actitud de las autoridades ante la acusación recibida, el concepto que se tenga del éxito de la denuncia, la utilidad que se espere u otros similares.

La sociedad humana en su escasa comprensión de los propios seres humanos, impulsa múltiples elementos que favorecen las transgresiones de los adultos, de los menores con mucha mayor razón, como son la rigidez de criterio, la existencia de vicios generalizados, el trato irracional dado a los débiles, etc.

De acuerdo con Lewis y Kagdin, (op. cit.) desde el punto de vista de *la APA en forma diagnóstica*, bajo la categoría de *desórdenes conductuales de la infancia y de la adolescencia*. Incluye en esta categoría a los niños que tienen un temperamento difícil, que mienten y roban a sus compañeros, que son capaces de mostrar una gran desobediencia, ser demasiado belicosos, actuar con agresiones físicas y verbales, que con frecuencia se manifiestan como vengativos y destructivos.

Muchas de las manifestaciones de la infancia en este trastorno son similares a las conductas de los adolescentes diagnosticadas como personalidad antisocial, sin embargo, los trastornos de conducta se han separado de los diagnósticos de personalidad antisocial de los adultos debido a que muchos psiquiatras creen, en el potencial transformador que poseen los niños y adolescentes sobre los comportamientos inadecuados. Las consecuencias de la conducta antisocial se ve reflejada en síntomas psiquiátricos, conducta criminal y problemas en el ajuste físico y social de los individuos.

Categorías de los actos de los menores infractores.

De acuerdo con Solís, Q. (op. cit.) los menores infractores cometen actos de toda índole, cuya clasificación cabe en tres categorías:

1. La que corresponde a los hechos cuya gravedad es tal, que su tipo está comprendido como delito en las leyes penales.
2. El que comprende la mayoría de hechos cometidos por los menores y se refieren a actos que violan las disposiciones reglamentarias de policía y gobierno. Estos son los que se refieren a escándalos en sitios públicos, satisfacción de sus requerimientos físicos en formas no aceptadas socialmente, el cometido de ínfimos robos o fraudes, el tomar parte en manifestaciones públicas para apoyar ideologías radicales que la sociedad rechaza, realización de actos de rebeldía, cometer infracciones de tránsito, etc.
3. La que comprende hechos de los que no se ocupa la legislación, pero cuya trascendencia es considerable para el futuro del menor, de su familia y de la sociedad y se divide en dos subcategorías:
 - En los países en los que la drogadicción, el alcoholismo u otros hechos similares sólo son tolerados como vicios y son, en mayor o menor grado, objeto de tratamiento, estas perversiones, casi siempre iniciales en los menores de edad, pueden afectar gravemente los intereses evolutivos de los jóvenes, por lo que deben ser evitadas. Para ello se recurre a los jueces de menores, sobre todo cuando los padres o demás familiares han fracasado.
 - Los actos más leves pero no carentes de significación negativa en la vida del menor,

son las desobediencias sistemáticas, las rebeldías constantes, las faltas incontroladas a la escuela, el incumplimiento de los deberes diarios para su familia o para sí mismo; aseo, estudio, cortesía, y otros que, al repetirse son signo de futuros problemas profundos.

En este sentido, si el menor es infractor, su conducta siempre implica violación contra ciertos valores sociales o familiares ya reconocidos y contra normas de conducta cuya trascendencia él desconoce, pues solo percibe la oposición personal contra él mismo (sus deseos o anhelos) y otros que encarnan la existencia de ciertas normas.

3.3. Etiología del Comportamiento Infractor.

Al analizarse las causas genéticas se descarta la creencia de una causa única en el comportamiento infractor y muestra la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que se entrelazan y combinan hasta dar como resultado, la delincuencia (Tocaven, R., 1993). Por otro lado Grau, M., y Meneghello, R., (2000) hacen hincapié en dos tipos de factores los, endógenos y exógenos.

Factores Exógenos, hacen referencia al entorno poco adecuado en el que se desenvuelve el individuo dónde surgen problemas que van desde el ausentismo escolar, la agresividad y hasta la violencia; muchos de estos ambientes están caracterizados por pobreza, el desarraigo familiar, escolaridad excesivamente rígida o bien demasiado permisiva, las drogas, el callejeo y la propia justicia mal aplicada como determinantes implicados en la generación de delitos.

Dichos factores van a condicionarse de acuerdo a la personalidad de cada chico y al grado de incidencia de los factores expuestos en cada caso particular. En diversas ocasiones la familia constituye una de las condiciones primordiales de la conducta desviada y antisocial del menor, de esta forma si su medio familiar es de bajos recursos el menor puede responder con bloqueo emocional, conducta evasiva, impulsividad e inadaptación en el seno familiar. Si la familia es matriarcal con la figura de un padre ausente o sin autoridad no puede existir un modelo de identificación para el adolescente. En otras, el alcoholismo, la toxicomanía, o la propia actividad delictiva de algún miembro de la familia condiciona el cambio hasta llegar a un tipo de ejercicio antisocial.

La falta de trabajo es un elemento de enorme influencia en el incremento de la delincuencia, las clases más empobrecidas son las más afectadas debido a la falta de oportunidades por la carencia de preparación no así, los jóvenes procedentes de familias acomodadas quienes prolongan sus estudios hasta edades más avanzadas.

Área Social.

Hay circunstancias que la mayoría de las veces, obedecen a las influencias socioculturales que contemplamos y cuya ocurrencia lesiona y entorpece el desarrollo de vida de los menores y los proyecta a conductas inadecuadas.

Entre los núcleos que propician estos hechos tenemos:

La Familia. Es la base y estructura fundamental de la sociedad, por que en ella se realizan los más altos valores de la convivencia humana. Es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso y también la unidad básica de la enfermedad y la salud (Tocaven, R., 1993).

La tarea de la familia es socializar al niño y fomentar el desarrollo de su entidad; hay dos procesos centrales en ese desarrollo: Primero el paso de una posición de dependencia y comodidad infantil a la autodirección del adulto y sus satisfacciones concomitantes. Segundo; al paso de un lugar de

importancia infantil omnipotente a una posición de menor importancia, esto es, de la dependencia a la independencia y del centro de la familia a la periferia.

Si existe una familia con padres físicamente sanos, es lógico esperar un niño sano físicamente, pero si psicológicamente los padres muestran alteraciones neuróticas, tanto el niño, como el ambiente familiar van a estar sometidos a agresiones emocionales que van a modificar en forma negativa, la personalidad del niño, la estructura y clima emocional de la familia.

El grupo familiar efectúa la tarea crucial de socializar al niño y moldea el desarrollo de su personalidad, determinando así, en gran parte su destino mental. Las relaciones regulan la corriente emocional, facilitan algunos canales de desahogo emocional e inhiben otros; la familia da forma a las imágenes subjetivas de peligro, que parte de toda tendencia social, e influyen en la corrección o confusión de estas percepciones de peligro.

Es conocida la tendencia al alejamiento de la familia, de las funciones tradicionales de trabajo, culto religioso, cuidado de los enfermos, y educación. También se advierte la mayor movilidad de la familia, la tendencia al derrumbamiento familiar, el incremento del divorcio, el cambio de la moral secular y el resurgimiento periódico de la delincuencia.

Lo cierto es que la característica de nuestro tiempo es la total desarmonía de las relaciones del individuo con la sociedad. Y se recurre a la familia para dar a sus miembros individuales una compensación de afecto y dignidad por la ansiedad y aflicción que resulten del fracaso, para encontrar un lugar seguro dentro del mundo, el individuo se vuelve hacia su familia, para que le reasegure de que es querido y valioso; y cuando esto no es posible fracasa, proyectando a sus integrantes frustrados la conducta desordenada, antisocial y delictiva.

Escuela, el ingresar a la escuela es un acontecimiento importante que coloca al individuo dentro de una experiencia nueva para él, ya que por primera vez en su vida va a conocer y sentir un ambiente afectivamente neutral donde habrá de conquistar por sí mismo su propio lugar, sin beneficiarse del favorable perjuicio del amor paterno, va a tener que adaptarse a normas inevitables, para él desconocidas y ante las cuales fracasan las manifestaciones de conquista y afecto, tan poderosas en el hogar, desde entonces será uno de tantos y no el objeto elegido de una tierna solicitud, va a conocer la democrática igualdad ante la autoridad, y todo esto aunado al imperioso y necesario abandono de un mundo donde predominaba el interés lúdico y la libertad de acción.

La figura del educador o maestro va a jugar un papel preponderante en la estructuración de la vida afectiva emocional del niño, la caracterología de esta figura, así como su personalidad, va a conformar de una manera decisiva la idea o símbolo de autoridad; las formas de sustitución de la actividad lúdica usando la fantasía, enjuiciada por un adulto sin conocimientos de las características de la infancia, va a hacer aparecer al niño como un mentiroso, con la consecuente respuesta agresiva, como forma coercitiva ante tal conducta. Cabe mencionar que la mentira, como tal sólo es usada por el niño después de haber aprendido del adulto la utilidad de una verbalización fantasiosa, como medio de escape a una responsabilidad dada.

La desobediencia como agresión aparece cuando el niño ha sido educado por medio del temor y la agresión, por lo que conoce que la negativa o determinada acción a realizar, irrita o exaspera al padre punitivo.

Las inadecuaciones caracterológicas y de personalidad del maestro, traerá una repercusión en la

personalidad del niño, convirtiéndose en frustraciones que impactarán su vida, proyectándolo en su diario actuar con características y modos alejados de la norma.

Trabajo. El desempeño laboral por parte de los menores es un factor desencadenante de la desadaptación social y de la aparición de sus consecuencias, ya que esto proporciona la oportunidad de vivir incapacidad por inmadurez, limitación para desenvolver la conducta y ser prematuramente blanco de estímulos frustrantes.

En la infancia y en la adolescencia, el medio laboral puede ser un núcleo criminogénico.

- a) **Trabajo fijo.** Es frecuente que sea el aprendizaje de un oficio, reforzado por las necesidades económicas familiares, el pretexto más común para que un menor ingrese a laborar. La realidad es que se olvida o descuida la asistencia a la escuela, donde el cotidiano trato interpersonal con personas mayores lo hace aprender cosas impropias a su edad y lesivas para su desarrollo social. El menor en cumplimiento de sus necesidades evolutivas, buscará la identificación con sus compañeros de trabajo, copiando sus formas conductuales y demostrando por afirmarse, que es "tan hombre" o "tan bueno" como ellos; todo esto lo acerca a lo parasocial o definitivamente antisocial.
- b) **Trabajo en la calle.** La calle es un factor criminogénico donde los menores desamparados o explotados por sus propios padres, encuentran las mil y una formas de procurarse un ingreso. Es la jungla cotidiana, donde, para sobrevivir y cumplir con sus necesidades básicas o las de su familia, el menor debe desempeñar una serie de roles, donde el más fuerte, el más osado, el más grande los aprovecha, los explota y los envilece. Esto aunado al ocio y poseer una deficiente educación harán que fácilmente entre en conflicto con la sociedad y la justicia.
- c) **El medio socio-económico-cultural.** Todo individuo en la edad adolescente se hace preguntas esenciales, para forjarse una filosofía de vida. Pero como el hombre tiene que contestarse toda pregunta, surge entonces la filosofía de la crisis, la filosofía que refleja la decadencia de nuestra época. Se presenta como aquella filosofía que consciente y abiertamente opone a la esperanza la desesperación, a la consecución de la meta el naufragio final, en suma a fe de un espíritu creador del hombre, que es propia del idealismo y del positivismo. Por otra parte nuestra sociedad sufre el impacto de nuevas doctrinas políticas y sociales que pugnan por destruir antiguas posiciones de la misma índole o la literatura, la pintura, etc. como expresión artística que reflejan en sus manifestaciones esta situación de cambio y de crisis.

Factores Endógenos. De acuerdo con Grau, M. A. y Meneghelo, J. (2000), existe una vinculación entre la cognición y el delito, es decir entre la forma de pensar y de actuar violentamente. La distorsión del pensamiento se centra en seis factores:

- **Impulsividad.** Ya que el móvil de la mayoría de los delincuentes es la emoción, no el razonamiento; no piensan antes de actuar, la mayoría sólo busca una gratificación inmediata.
- **Externalización.** Suelen atribuir sus actos al medio externo es decir determinados por el destino. Creen que cuando les sucede, desde el punto de vista antisocial "ocurre porque tenía que ser así", lo cual los lleva a convencerse de que carecen de dominio sobre lo ajeno (objetos, circunstancias, personas).

- **Rigidez Mental.** El pensamiento de estos chicos está cerrado; la inflexibilidad y la intolerancia son la norma ante lo ambiguo y lo dogmático. Las ideas y los puntos de vista de los demás no cuentan para ellos, lo que les impide evitar su conducta antisocial.
- **Pensamiento Concreto.** Muchos de los menores infractores carecen de la capacidad para razonar sobre lo que no perciben en forma inmediata. Sólo comprenden lo que ven, tocan, oyen o huelen. La sensorialidad manda sobre sus funciones cerebrales superiores. No comprenden las normas sociales, las reglas y las leyes; esto no sólo implica una desventaja social de relacionarse con los demás, sino también una incapacidad para comprender sus sentimientos. Tienen dificultad ante problemas personales que no saben evitar ni resolver, ni encontrar alternativas válidas, ni calcular la relación causa-efecto de sus actos; en última instancia la culpa siempre es de los demás, por lo tanto carecen de auto crítica. Esta manera de actuar no siempre está motivada por un bajo CI; sus déficits cognitivos son de razonamiento social, interpersonal, pero no expresan la limitación de la inteligencia que miden los CI; su falla radica en la maduración cognitiva. El razonamiento crítico sabe distinguir lo individual de lo universal, lo accidental de lo esencial, lo contingente de lo necesario, es decir aquello que puede ser o no ser, de lo que verdaderamente es. El menor infractor es incapaz de realizar estos malabares cognitivos.
- **Egocentrismo.** Esto los lleva a ver al mundo desde su punto de vista. Para estos chicos no existen alternativas válidas y como resultado interpretan mal las intenciones y sugerencias de las personas socializadas. Este egocentrismo los aísla y los aliena de la sociedad y además los impermeabiliza de las consecuencias de sus acciones sobre sus víctimas.
- **Valores.** La escala de valores esta condicionada a su egocentrismo. Sólo existe lo que es bueno para ellos. Las personas son indiferentes y las ven como simples objetos para, usar, maltratar, o simplemente romper.

Área Física.

Dentro de ésta se encuentran los factores hereditarios, que aunque no pueda invocarse como prueba irrefutable alguna como apoyo de la herencia criminal directa, sí puede heredarse cierta potencialidad propicia a establecer un marco dentro del cual pueda ejercer su influencia el ambiente, en cuanto a la formación de tendencias delictivas.

Es importante destacar también las particularidades físicas del padre, la madre y los parientes próximos; y la influencia que ejercen en la conducta de los hijos.

Se debe destacar el alcoholismo, el uso de drogas estupefacientes, enfermedades como la sífilis, la tuberculosis, la deficiencia mental, y la psicosis, ya que algunos de estos padecimientos ejercen un efecto potencial que unidas a la presión de un ambiente malsano, llegan a despertar en el individuo, tendencias delictivas.

El factor peri-natal, señala los acontecimientos circundantes al parto, como es el daño al sistema nervioso que se puede causar por anoxia, hemorragia o trauma mecánico, la prematuridad, las presentaciones anormales y otras complicaciones del trabajo de parto pueden ocasionar la conducta delictiva.

En el factor pos-natal, las causas biológicas después del nacimiento señaladas como responsables de la conducta infractora son:

- a) **Causas endocrinológicas:** el mal funcionamiento de la glándula de secreción interna provoca serios cambios temperamentales.
- b) **Epilepsia:** definida como un factor altamente criminogénico, destacando dentro de este síndrome, las ausencias con automatismo, caracterizadas por la pérdida de control de conciencia, acompañándose de actividad automática.
Entre las alteraciones epilépticas de la personalidad, se encuentran las que se presentan en forma de inestabilidad del humor, con tendencia a la explosividad. Se comprende por lo tanto como consecuencias de la disforia y el mal humor, el suicidio y el crimen en los epilépticos.
- c) **Alcoholismo y toxicomanía:** Es bien conocida la importancia de criminogénica del alcohol y las drogas, o sea del grupo de alteraciones y de procesos morbosos, agudos y crónicos determinados por la acción de los intoxicantes. Así cuando se llega a instalar una toxicomanía de mayor o de menor grado, los sujetos llegan a olvidar los propios intereses, a estudiar o trabajar de mala voluntad, a preferir el ocio y el vagabundeo, a abandonar a la familia, a darse al parasitismo, llegar a ser perversos y violentos; llegando a cometer infracciones contra la propiedad impulsados por la necesidad de procurarse dinero para satisfacer sus necesidades tóxicas.
- d) **Deficiencias físicas:** Todo defecto físico según Tocaven, R. (op. cit.) es definido peligro mental; en la infancia los defectos más comunes son el labio leporino, el paladar endido, manchas faciales, nariz hundida, estrabismo, cicatrices que desfiguran, dientes torcidos y contracciones producidas por quemaduras. Así el primer defecto mental que producen, es la vergüenza y el sentimiento de inferioridad; por las burlas y expresiones que ocasiona en sus compañeros de juego. Esto propicia en el sujeto un complejo de inferioridad y resentimiento contra la sociedad, que lo lleva en ocasiones a la vagancia, la mendicidad o a actividades infractoras.

Área Psicológica.

El comportamiento irregular o infractor se explica como el resultado de la interacción de experiencias agresivas, frustrantes, inhibitorias o destructivas, en un momento dado del curso evolutivo de la vida. La experiencia frustrante en el ser humano engendrará agresividad, la cual sólo tiene dos formas posibles de expresión: o se proyecta entrando en conflicto con su medio, o se introyecta autodestruyéndose.

La actuación impulsiva-agresiva incontrolable por las características de inmadurez propias de la infancia y adolescencia, dan como resultado una desadaptación al medio y sus realidades. En los menores esta desadaptación puede explicarse desde diferentes ángulos:

Incapacidad por inmadurez para ceñirse a las normas socioculturales de su medio.

Limitación intelectual para crear el implemento o desenvolver la conducta en la solución exitosa de las exigencias de vida.

Respuestas a estímulos frustrantes, que desquician el yo y lo impelen a apartarse de conductas interpersonales, armónicas y constructivas.

La explicación de esta conducta se tiene en que todos los esfuerzos puestos a obtener una satisfacción cultural o económica dada, tropiezan con el fracaso por la inhabilidad o torpeza del sujeto, el cual tras múltiples intentos fallidos, abandona el método socioculturalmente aceptable y , en base a las tendencias hedonísticas, va a lo que le satisface y gratifica, que generalmente es parasocial o definitivamente antisocial.

La respuesta a estímulos desquiciantes que impiden el desenvolvimiento armonioso y constructivo, es la explicación a formas de conducta, como inestabilidad emocional, rebeldía, inadaptación social, pandillerismo y algunos casos toxicomanía. Todo estímulo es manejado por el Yo, o la personalidad, realizando tres pasos o procesos:

Una parte de este estímulo emocional es asimilado, lo que da el tono emocional del momento. Otra parte es introyectada en el inconsciente, lo que va a dar la emoción del recuerdo.

Otra es descargada, lo cual se verifica por dos vías: la neurovegetativa con la secreción de las glándulas neuroendocrinas y la neuromuscular en movimiento y actitudes físicas.

Estos pasos o procesos los verifica una personalidad sana, debidamente integrada. Así cuando se hace referencia a personalidades en conformación, como en el caso de los menores, se va encontrar que el desquiciamiento emocional por estímulos ambientales es más común que en el adulto, dadas las carencias estructuratorias de la misma personalidad, así como de la capacidad de manejar el caudal emocional recibido.

Toda alteración psicopatológica, es causa de actitudes antisociales en este medio, el social, el primero en entrar en conflicto y en sentir las inadecuaciones conductuales con el enfermo mental. Así toda la personalidad mal estructurada es susceptible de cometer infracciones, dada la falta de resistencia a la frustración, la incapacidad para manejar la agresividad y la escasa aptitud de adaptación.

3.4. Alexitimia.

En la década de los 70s, P. Sifneos y J. Nemiah, (1973-1975; en Sifneos, P., 1996) observaron en pacientes psicósomáticos una dificultad para expresar sus estados afectivos con palabras, así como para diferenciar sensaciones corporales de afectos. Lo consideraron una perturbación cognitivo-afectiva que denominaron alexitimia (del griego a: "falta"; lexis: "palabra". Thymós: "afecto"), que significa literalmente "ausencia de verbalización de afectos". El concepto fue introducido en la literatura científica por P. Sifneos, J. Nemiah y colaboradores del Beth Israel Hospital de Boston, Estados Unidos. Y se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, por lo cual el sujeto demuestra una tendencia a la acción frente a situaciones conflictivas.

La alexitimia fue observada inicialmente en algunos pacientes con trastornos psicósomáticos que manifestaban una pobre capacidad de fantasear y mostraban gran resistencia a aceptar las interpretaciones psicoanalíticas tradicionales. También se observaba que sus relaciones interpersonales eran rígidas y estereotipadas; a través de numerosas investigaciones realizadas en varios países del mundo se observó que la alexitimia aparecía también en sujetos con trastorno como toxicomanía, alcoholismo, estado de estrés posttraumático, bulimia, y en personalidades psicopáticas. Su presencia en personas indemnes de enfermedades somáticas muestra que los factores etiológicos no son sólo de naturaleza biológica sino de origen psicosocial, determinado por presiones inherentes a la vida en las sociedades tecnocráticas (Pedinielli, 1992; en Sivak, R. L., 1997).

Se considera (Ayuso, 1993; García-Esteve, Núñez y Valdez, 1988; Martínez-Sánchez, 1995; Taylor, 1984; en Sivak, R. L., op. cit.) que quienes padecen altos niveles de alexitimia muestran una alteración caracterizada por:

1. Dificultad para identificar emociones, sentimientos y afectos.
2. Dificultad para describir emociones sentimientos y afectos.
3. Dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional son atribuidas erróneamente a síntomas físicos vagos, equiparándolas a la emoción misma.
4. Constricción en los procesos simbólicos. Se aprecia incapacidad de fantasía, rememoración y manejo simbólico de las emociones y afectos. El alexitímico se caracteriza por un pensamiento concretista, un hilo discursivo parco y desprovisto de tintes afectivos, así como por unos pobres y rígidos ademanes (TenHouten, W. D., 1994).
5. Estilo cognitivo caracterizado por una preocupación hacia los detalles y acontecimientos externos. Su lenguaje se caracteriza por la parquedad de referencias abstractas y simbólicas; por el contrario aparece repleto de detalles estériles y monótonos, limitado a describir los detalles de sus conductas en ausencia de coloración afectiva.
6. Utilización de la acción como estrategia de afrontamiento en situaciones de conflicto. Se cree que la manera de resolver el estado emocional displacentero- la actividad física indiferenciada que percibe- se reduce exclusivamente a la realización de conductas directas.

Según Pedinielli (1992; en Sivak, R. L., op. cit.), en los sujetos alexitímicos no existe conexión entre la experiencia afectiva y la comunicación de ésta.

Este recurso de la acción y del pasaje al acto se ha estudiado en la psicopatología en casos de psicopatía, toxicomanía, bulimia, y conductas autodestructivas; Haviland, M. y colaboradores (1988) observaron niveles significativos de alexitimia en adicciones, toxicomanía, alcoholismo, o actividad sexual compulsiva, encontrando que un 50% de los pacientes con abuso de sustancias puntúan alto en alexitimia. En sujetos alexitímicos el pasaje al acto se puede observar a veces frente a situaciones de sobrecarga psíquica, de conflictos o de situaciones traumáticas, de esa manera se anula toda reacción a una situación emocional, produciéndose la descarga.

La incapacidad que se observa en sujetos alexitímicos para distinguir entre las emociones (fenómeno fisiológico) y los sentimientos (fenómeno psicológico) lleva a que se confundan los sentimientos y las emociones.

De acuerdo con González P. A. (op. cit), en el menor infractor todo vínculo con una emoción, o una situación catastrófica original, inmediatamente lo rompen, lo evacúan de la mente, de tal manera que el menor infractor, sufre una verdadera perturbación a nivel del pensamiento verbal. El menor infractor no sabe dejar espacio necesario para captar estos pensamientos inconscientes, una vez que rechazó fuera de sí, su esbozo de afecto o representación, muy a menudo pasa a comportamientos actuados que enmascaran el vacío dejado por el rechazo, y que sin duda cumplen también una función de descarga.

En este sentido la palabra del menor infractor puede ser una actuación. Y la misma forma de funcionamiento psíquico opera en las relaciones interpersonales del menor; el vínculo emocional es atacado y destruido y la relación con el otro pierde todo tipo de significado. La carga afectiva de los objetos pasados y sus representaciones ha sido disuelta. Como se ha observado en las personas con

alexitimia, han sufrido una situación traumática en su infancia (McDugall, 1982; en González, P., op. cit.), pero esta vivencia psíquica no deja ningún recuerdo. La situación traumática interna que atacó su capacidad de pensar y de elaborar sus afectos sólo pueden advenirse a través de sus actos, los cuales aún no pueden ser traducidos en, pensamientos, ni comunicación.

3.5. Aspectos de la Personalidad del Menor Infractor.

De acuerdo con González, N. J. J. (1984) en el menor infractor existe una falla superyoica (en el yo) que impide en todos ellos una adaptación adecuada, y por lo tanto existe una parte de su personalidad que esta anestesiada. Por lo que, el yo se define por sus funciones, y estas son constructos que pueden involucrar contenidos, fenómenos, procesos o conductas resultantes de fenómenos mentales (Hartman, H., 1969); según Bellack, L. (1993), las funciones del yo pueden centrarse en dos puntos: la adaptación al medio ambiente y la adaptación a los procesos internos del sujeto. Existe cierta estabilidad que difiere de individuo a individuo; y las funciones del yo están sujetas a regresiones dependiendo del nivel adaptativo de cada persona.

De esta manera existen muchas formas de inadaptación que son el resultado de un nivel bajo del funcionamiento de la estructura yoica (manifestadas en traumas o dificultades en la vida) cuyas consecuencias son una detención en el desarrollo. (González, N., Aguirre y Tavira, 1989; González, N., 1998; en González P. A., op. cit.).

Las actitudes antisociales aparecen y parten de la adolescencia etapa en la que la vida del individuo adquiere independencia, su propio superyo derivado del superyo de los padres. No se afirma que la conducta paterna es la que determina la conducta antisocial, sin embargo si se observa que son sujetos que carecieron en su infancia y durante la adolescencia de la figura paterna, la cual les da límites en su formación.

Por lo tanto en la personalidad del infractor ciertas funciones yoicas se encuentran más alteradas que otras y se revisaran algunas (Farfán, M. V., 1998; González, N., 1998; citado en González, P. A., op. cit.):

Prueba de Realidad. El infractor muestra una inexactitud en la percepción e interpretación de los hechos externos e internos, pero principalmente en estos últimos, es decir no existe una conciencia de los estados internos en los que se encuentra el infractor.

Juicio. Muestra un hueco, debido a que no puede prevenir los peligros, los delitos, problemas legales la censura social, la desaprobación, la inadecuación de su conducta, y el daño físico, no presenta conciencia de las consecuencias que su conducta actual tendrá en el futuro.

Sentido de realidad del Mundo y del Self (Sí mismo). Aunque se diagnostican normales, con frecuencia en la regresión presentan cierto grado de despersonalización y sus concomitantes estados de conciencia. Muestran un determinado grado de amnesia corporal hacia el dolor físico en alguna o varias de sus partes; también la autoestima se ve escindida, lo que les permite funcionar en forma regresiva con negación al dolor tanto físico como emocional presentándose en esta función un hueco emocional y anestesia corporal.

Regulación y Control de impulsos y afectos. Existe una expresión psicopática del impulso a través del acting-out; existiendo en ellos poca tolerancia a la frustración y a la demora tendiendo a funcionar mediante el proceso primario del pensamiento, por lo que la ideación y la expresión del afecto

mediante el proceso secundario es escaso.

Relaciones de Objeto. Su forma es mediante el primitivo proceso de relación parcial del objeto, por lo que se puede llegar a destruir éste totalmente como si fuera un objeto parcial. Si el objeto llega a funcionar narcisísticamente, puede llegar a tener relaciones prolongadas, es una función anestesiada y vemos claramente en su actuar cotidiano ese hueco.

Regresión adaptativa al servicio del yo. No posee ningún control sobre su regresión. No genera angustia ante ella que pudiera llevarlos a una reflexión teniendo que actuar para salir de problemas.

Funcionamiento Defensivo. Estas personas utilizan defensas como la proyección, la racionalización, el aislamiento y como característica principal tienden a usar mecanismos muy primitivos de funcionamiento como son la escisión y la negación, lo que les permite lograr una adaptación megalómana al mundo y a sí mismo; su Self grandioso encuentra una expresión adaptativa.

Barrera contra Estímulos. El aparato Yoico posee un alto umbral al dolor y a los estímulos del exterior que pueden afectar su autoestima; en su niñez han sufrido golpes físicos y emocionales. Conservan como trofeos cicatrices en el cuerpo de diferentes tamaños y profundidades. Durante la adolescencia están expuestos a peligros que no logran librar en cuanto a daño físico, pero logran adaptarse gracias a su alto umbral al dolor, ese hueco senso - perceptual que poseen.

Funcionamiento autónomo del yo. Los aparatos psíquicos en autonomía primaria del yo conservan aparentemente un grado de libertad muy amplia, sin embargo la inteligencia, la atención, la concentración, la memoria, el aprendizaje, la percepción, la intención y la capacidad motora de actuar conservan un bajo nivel de funcionamiento al servicio de la adaptación normal, al mundo y así mismo más bien conservan una desadaptación adecuada a su hueco en esta área. Los mecanismos de negación y escisión se conservan y evitan su funcionamiento normal.

El funcionamiento sintético integrativo. El grado de integración de actitudes, valores, afectos, conducta, auto-representaciones discrepantes o potencialmente incongruentes como por ejemplo, la confusión de roles es bajo. No logran integrar bajo una escala de valores socialmente aceptada sus actitudes, afectos y conducta; pueden escindirse en cualquiera de ellas y no por eso lastimar su autoestima. El hueco perceptual y el alto umbral no les permite hacer relaciones de causa-efecto congruentes. Se les dificulta distinguir lo valioso dentro de lo no valioso y lo no valioso dentro de lo valioso.

Dominio Competencia. Estas personas poseen una imagen subjetiva de ellas mismas en el sentido que creen que son más competentes de lo que realmente son; debido a que no poseen autocritica y sentido de la realidad claro les queda la sensación de que han dominado al ambiente y de que su self (si mismo) es más capaz y eficiente de lo que realmente es; poseen un hueco en la demostración de su eficiencia; así cuando los demás no les reconocen lo que ellos subjetivamente creen tener razón y eficiencia, se enojan y recurren regresivamente a la negación y escisión, agrediendo fuertemente al otro.

3.6. Tipos de Delincuencia.

La delincuencia puede definirse de manera uniforme según los actos en que consiste, al margen de quién los cometa o porque; por otra parte, los delincuentes son, desde un punto de vista psicológico, un grupo de jóvenes muy heterogéneo.

La mejor forma de describir algunos jóvenes que comenten actos delictivos es como delincuentes socializados porque son miembros psicológicamente bien adaptados de una subcultura delictiva, los delincuentes sociales casi nunca comenten delitos por su cuenta. Según Quay, H. C. (1987), no obstante, representan aproximadamente un tercio de los jóvenes encerrados en las correccionales. A este patrón de delincuencia se le conoce también como "delincuencia de las bandas" "subculturalmente desviadas" o de tipo "grupal" y se caracteriza por acciones sociales más que solitarias.

Otros adolescentes que infringen la ley manifiestan un trastorno caracterológico marcado por una conducta crónicamente desconsiderada, agresiva, e irresponsable, la delincuencia caracterológica consiste en una conducta ilegal que refleja una orientación de la personalidad esencialmente asocial. A diferencia de los delincuentes socializados, los delincuentes caracterológicos son, por lo general solitarios sin lealtades ni pertenencia a ningún grupo. Cometen los delitos por su cuenta o aliados temporalmente con otros delincuentes a quienes rara vez consideran sus amigos, estos delincuentes no confían en nadie y sólo son leales así mismos, aunque pueden fingir confianza y lealtad cuando ello sirva a sus propósitos.

El trastorno psicopático o antisocial de la personalidad es el trastorno más habitual de la personalidad que surge durante la adolescencia y por lo general aparece conectado con la delincuencia caracterológica. Los dos elementos básicos de la personalidad psicopática son una conciencia infradesarrollada y una incapacidad de identificarse con otras personas. Al carecer de conciencia los psicópatas no se sienten culpables cuando pisotean los derechos y el bienestar de los demás. Dado que carecen de identificaciones, son esencialmente individuos faltos de amor cuyas relaciones emocionales son fugaces y superficiales. Para ellos las demás personas existen para ser utilizadas y manipuladas, no para preocuparse o fijarse de ellas. Los psicópatas son individuos egocéntricos que culpan a las otras personas o a las circunstancias, de las dificultades que puedan provocar encontrarse, y se sienten plenamente justificados al hacer lo que les apetece (Harpur, T. J., Hare, R.D. y Hakstian, A.R., 1989).

Estos rasgos de su personalidad hacen que los jóvenes psicópatas tengan muchas probabilidades de adoptar una conducta delictiva caracterológica, no obstante no hay una realidad directa entre la psicopatía y la criminalidad, las infracciones de la ley pueden producirse por razones culturales y neuróticas así como a causa de anomalías caracterológicas y no todos los psicópatas se convierten en criminales.

Los datos disponibles hasta la fecha sugieren que las tendencias criminales están determinadas conjuntamente por factores constitucionales y ambientales, pero no se han identificado todavía determinantes genéticos específicos del trastorno de la personalidad psicopática (Plomin, R., 1989; Weiner, I.B., 1992).

En un tercer patrón común, la conducta delictiva surge como un síntoma neurótico de necesidades y preocupaciones subyacentes, que el joven es incapaz de resolver por otro camino (Quay, H.C., 1987; Weiner, I. B., 1992). En la delincuencia neurótica los jóvenes cometen actos ilegales en virtud de un esfuerzo individual para comunicar alguna necesidad psicológica específica no satisfecha; es sintomática de preocupaciones subyacentes y sirve para manifestarlas en forma indirecta. La delincuencia neurótica consiste en episodios ocasionales de infracciones a la ley determinados por la situación. Hay dos tipos de necesidades que contribuyen a esta delincuencia:

Las necesidades de reconocimiento y respeto llevan a veces al joven que se siente ignorado e incomprendido a portarse mal de una forma espectacular, así independientemente de los castigos que

puedan recibir, disfrutan de su notoriedad temporal.

En segundo lugar los jóvenes que están experimentando problemas angustiosos que sienten miedo o vergüenza de contar a nadie, o cuyas expresiones de preocupación caen en saco roto o no despiertan el interés de los demás, pueden recurrir a acciones manifiestas de delincuencia como medio de comunicar su necesidad de ayuda.

El problema asociado más habitualmente es una depresión subyacente. En jóvenes que han empezado a sentirse solos, aislados desalentados y desamparados, se observa a menudo una conducta agresiva característica y el inicio repentino del hábito de robar. Este tipo de delincuencia es particularmente habitual después de la pérdida de alguna persona importante en la vida del adolescente, como uno de los progenitores por causa de muerte o divorcio (Chiles, J.A., Miller, M.L. y Cox, G.B., 1980). Y es considerado como un síntoma de naturaleza psicológica y sociológico.

Por último en la delincuencia hedonista, se busca dentro del grupo la satisfacción de experiencias esotéricas, por medio del alcohol, las drogas y el sexo. El robo constituye el medio para sufragar los gastos que insume el placer buscado (Grau, M.A. & Meneghello, J., op. cit.).

IV. AUTODESTRUCCIÓN Y CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS.

4.1. Autodestrucción.

De acuerdo con Millon y Roger (1998) desde hace varios siglos, se ha venido observando la existencia de un carácter autohumillante, que obtuvo reconocimiento oficial como trastorno de la personalidad hasta 1987 en el apéndice del DSM III-R donde se le dio la calificación de personalidad autodestructiva en lugar de masoquista (como se proponía en un principio, aunque fue eliminado en el DSM IV por no aportar claridad).

Entre las teorías psicológicas que trataron de explicar el tema; los psicoanalistas (Freud, S., 1901, 1915, 1920; Menninger, K., 1972), proponen la existencia de una pulsión de muerte, o impulsos primarios de autodestructividad, contrapuesto a una pulsión de vida o impulsos primarios creadores y constructivos. El individuo en sus contactos con los demás reacciona primero con la extroversión de sus tendencias agresivas, seguido por una extroversión de sus tendencias constructivas que, por fusión con las primeras, pueden alcanzar varios grados de neutralización de la destructividad.

Al existir una forzosa interrupción de las vinculaciones externas, o cuando las dificultades para mantenerlas son demasiado grandes, los impulsos destructivos y constructivos revierten hacia la persona de donde proceden, volcándose contra el yo. En aquellos casos en los que los impulsos autodestructivos son superados, pero no completamente neutralizados, se presentan las formas de autodestrucción parcial o crónica. De esta forma se habla de formas de autodestrucción; un suicidio agudo y uno crónico.

En las toxicomanías, el individuo perpetra un lento suicidio también denominado, crónico o encubierto. Aquí el sujeto pospone la muerte indefinidamente, al precio de sufrimientos y del deterioro de sus funciones, que equivale a un suicidio en vida; es un proceso de gradual renuncia, así calificado como autodestrucción crónica el sujeto se mata poco a poco, llevándolo al desenlace fatal, (Ekerberg et. al., 1991; citado en Rodríguez, F., Monje, M., et al. 1994). Farberow, N. L. (1980), hace una distinción parecida entre suicidio e intento de muerte, de acuerdo a dos modelos de comportamientos autodestructivos: los directos y los indirectos.

Los comportamientos autodestructivos directos, es el suicidio conciente, rápido definitivo, y el intento de suicidio con propósito de muerte. Y entre los comportamientos autodestructivos indirectos, están las conductas de tipo lento, pero conscientes o inconscientes y abarcan el abuso de drogas, y todas las conductas de riesgo, que incluyen las negligencias en el tratamiento de las enfermedades crónicas; son conductas con un carácter insidioso y prolongada en el tiempo y no suelen ser reconocidas como suicidas.

Basándose en esta clasificación, Frederick (1980; en Rodríguez, F., et. Al., 1994) intentó desglosar las principales características de las conductas autodestructivas indirectas y estas fueron: 1) falta de conciencia de las consecuencias destructivas; 2) la conducta está racionalizada, intelectualizada o negada; 3) su comienzo es siempre gradual, aunque la muerte aparezca como brusca; 4) la posibilidad de diálogo es rara; 5) implica un sufrimiento prolongado y parece con frecuencia como martirio; 6) la ganancia psíquica es secundaria y se obtiene provocando simpatía o por la expresión de hostilidad, 7) la muerte es vista como accidental en la mayoría de los casos.

Freud, S. (1920), consideraba que la tendencia a la destructividad (comenzando con la que se dirige contra sí mismo) es una pulsión básica del ser humano, que incluso en su obra titulada "más allá del

principio del placer", menciona que la meta de toda vida es la muerte.

Para Villanueva, R (1988), existen obstáculos que le impiden al hombre realizar su potencial humano y satisfacer sus más profundas necesidades, entre estos se encuentran dos grandes clases de obstáculos para la autorrealización que inician la autodestrucción del individuo: unos son los *factores condicionantes* y otros son los *factores decisivos*.

Para lograr un desarrollo psicológico saludable el ser humano debe satisfacer en forma adecuada una serie de necesidades básicas desde que nace (Maslow, A., 1970; Erikson, E. H., 1993). En los primeros años no sólo debe cubrir sus necesidades fisiológicas, sino que requiere de sentirse tranquilo, seguro, protegido, libre de ansiedad excesiva; con suficiente paz y serenidad para evitar sentimientos desmedidos de vulnerabilidad y desconfianza. Necesita sentirse cuidado con amor ternura, cariño y afecto incondicional (Bowlby, J., 1954; Spitz, R., 1965; Rogers, C. R. y Stevens., B., 1967).

Cuando comienza a hablar, caminar y a controlar sus esfínteres, el niño necesita sentirse bonito, apreciable, tanto por papá, mamá y otros seres importantes para él; necesita sentir que lo consideran un ser autónomo que cada vez es más capaz de valerse por sí mismo y tomar sus propias decisiones por elementales que estas sean (Erikson, E. H. 1993, 1964).

En el transcurso de su vida todo ser humano inevitablemente sufre de traumas o frustraciones que contribuyen a la formación o deformación de su personalidad, dependiendo de su intensidad y de la edad en que las experimenta.

En esta forma el niño comienza a actuar de manera contraria a esos impulsos y emociones o sentimientos malos para obtener los reforzadores más importantes que existen en su mundo: la seguridad, el amor y el aprecio de los demás y de sí mismo.

En la medida en que el niño no es capaz de identificar las razones por las que es aceptado o rechazado, entra en una confusión que le impide formarse una imagen clara de lo que debería ser, y aprende que es por completo impotente para controlar mediante sus conductas, la aprobación de los demás, ya que esta es impredecible (Seligman, M.E.P., 1975).

Las necesidades insatisfechas quedarán como están abiertas (Perls, F.S, Hefferline, R. y Goodman, P., 1951), y se convertirán en urgencias inmaduras de afecto y aprobación de un compañero protector, o de autosuficiencia, invulnerabilidad (lo que limitara sus potenciales en forma muy estricta) o de reconocimiento social, prestigio, admiración y logro desmedido, superioridad, omnipotencia y perfección (Horney, K., 1950).

Los sucesos frustrantes con frecuencia despiertan en el pequeño emociones muy destructivas para su propio desarrollo: (1) rabia y rencor por no ser protegido, querido y apreciado tal como es y por no tener que someterse a las demandas de los otros; (2) depresión debido al sentimiento de no ser suficiente por sí mismo como para ser amado y valorado sin tener que amputar de su personalidad los aspectos que los demás no aceptan; (3) angustia por la posibilidad de que broten en él los impulsos, emociones y sentimientos que no se permite aceptar como parte de sí, lo que significaría la pérdida total de su ya empobrecida autoestima y del deficiente aprecio de los otros, que a base de actuaciones y automutilaciones ha retenido.

Las experiencias tempranas en la vida son la base sobre las que se apoyan los conceptos o constructos personales (Kelly, G., 1955), que un individuo tiene de sí mismo, de los demás y de la vida misma. Con

esta base la persona a edad muy temprana o por lo general sin percatarse de ella se forma una idea de lo que puede esperarse en el futuro, estas ideas preconcebidas, o expectativas preformadas contribuyen el fundamento de su "plan o libretto de vida" (Steiner, G., 1974), como si decidiera lo que su existencia será en el futuro (Greenwald, H.S., 1973). En esta forma construye una serie de creencias irracionales que emplea como guías para su conducta (Ellis, A., 1958, 1962, 1979), que por desgracia lo llevan a confirmar sus expectativas, y a distorsionar aún más la realidad (Sullivan, H.S., 1953, 1956).

De acuerdo a lo anterior Villanueva, R. (1988), habla de cinco tipos de factores dinámicos que pueden obstruir al individuo en su proceso de llegar a ser él mismo:

El primer obstáculo dinámico es el miedo condicionado a reconocer y aceptar como parte de sí mismo aquellos impulsos, emociones y sentimientos que ha aprendido a ver como repudiables, malos, peligrosos y por supuesto el miedo a expresarlos conductualmente.

Si no se permite reconocer y aceptar como parte de sí mismo estos sentimientos, mucho menos podrá expresarlos en una forma adecuada. De esta forma aparecen contracciones crónicas o nudos musculares (Lowen, A., 1975) que pone de manifiesto la lucha interna del individuo a través de su coraza caracterológica (Reich, W., 1949).

La agresividad acumulada se puede manifestar como un estado depresivo muy notable y mediante alteraciones somáticas (úlceras, dolores de cabeza, colitis, padecimientos cardíacos, etc.).

El segundo obstáculo dinámico, es el que impide el desarrollo sano de la personalidad que es el sentimiento de culpa y minusvalía por no ser lo que debería, de acuerdo con la autoimagen idealizada de la persona.

Aunque conscientemente el individuo crea ser como sus creencias ficticias le dictan, y mientras se ofrece a serlo, su conducta será una simple representación teatral falsa, y carente de muchas de las cualidades de las que tan orgulloso se ha sentido.

La actitud culpígena y autodevaluatoria no es sólo el resultado de los factores condicionantes predisponentes, sino de la influencia de la sociedad contemporánea, que le dan al individuo un infinito número de mensajes que facilitan la adopción de metas irreales y de creencias irracionales, inhibiendo su potencial humano, por lo que es importante que se valore a sí mismo.

El tercer obstáculo dinámico son todas aquellas preconcepciones construidas por sí mismo, los demás y su propia vida que ha adquirido en el pasado. Con mucha frecuencia el ser humano, basándose en sus experiencias tempranas, se forma una serie de constructos personales y decide que debe esperar de la vida, de los demás y de sí mismo. Los libretos cognoscitivos hacen que la persona se conduzca de tal forma, que finalmente provoque aquello que ya sabía y esto fortalece aún más sus prejuicios sobre la realidad.

Para romper este círculo vicioso es indispensable, que rompa sus antiguos libretos y etiquetas, para que se redefina a sí mismo como un ser libre y capaz de relacionarse de manera satisfactoria consigo mismo y con los demás.

El cuarto obstáculo dinámico, es la falta de reconocimiento y la aceptación del pasado tal como fue, y de lo que no puede cambiarse en el presente. En ocasiones las frustraciones son tan dolorosas, que la

persona inusualmente sin darse cuenta de ello no las acepta ni renuncia a lo que tanto necesito y que nunca obtuvo, así comienza a vivir esperando, pensando que sus necesidades insatisfechas sean saciadas.

Detrás de estas necesidades además de la hostilidad y la autodevaluación provocadas por las frustraciones originales, existe una, inaceptación de las mismas. No acepta el hecho de que lo que paso pasó, y de que no puede cambiarse.

Para Freud, S. (1920), una compulsión a la repetición debida a un impulso de muerte y autodestrucción no es sino el producto de un anhelo al que no se ha renunciado; es el reflejo del deseo de la vida plena y no de la muerte.

El quinto obstáculo dinámico, se encuentra en los reforzamientos y ganancias secundarias que la persona obtiene mediante sus conductas y actitudes no sanas. Y se destacan cuatro tipos diferentes: Los reforzadores positivos sociales que el sujeto obtiene como consecuencia de su patrón de conducta, como las alabanzas y halagos que recibe por su perseverancia compulsiva en una tarea.

La pseudogratificación de sus necesidades neuróticas, como la fantasía ideal y pasajera de ser amado y estimado por personas que en realidad sólo desean aprovecharse de la dependencia de un individuo.

Los reforzadores negativos, cuando una situación temida por una persona no se presenta y su ausencia es interpretada por ella como resultado de sus conductas.

Finalmente la satisfacción de la persona al comprobar sus expectativas generalizadas al comprobar sus conductas y aptitudes, que han provocado sin que ella se de cuenta las reacciones que tanto temía en los demás.

La búsqueda de certidumbre y confirmación de los prestigios con frecuencia se manifiesta mediante una aceptación selectiva (Sullivan, H.S., 1953). Pero ignora o pasara por alto los sucesos que muestren sentimientos nobles y humanos en los hombres o bien los interpretara a su manera de forma tal que al final verificará su propio punto de vista.

Estos reforzadores o ganancias secundarias no hacen sino incrementar la posibilidad de que una persona persista en sus conductas y actitudes autodestructivas, y para romper con el círculo vicioso, es indispensable que renuncie a ellas. Dándose cuenta, primero de que son ficticias, segundo de que impiden su propio desarrollo, tercero, de que son incalculablemente menos deseables que el emplear su capacidad para ser en realidad auténtica y para relacionarse en forma armoniosa consigo misma y con los demás.

En un enfoque cognitivo de la cuestión, Beck, A. (1967, 1976; citado en Millon, T. y Davis, D. R., 1998) considera el patrón masoquista (autodestructivo) como una paradoja entre los subtipos depresivos que él describe, señalando que estos individuos no se consideran merecedores de la dicha de experimentar placer y paradójicamente sienten los éxitos reales de una forma depresiva y lo describe de la siguiente forma. "Algunos patrones de comportamiento repetitivo observados típicamente en individuos considerados masoquistas, pero no necesariamente depresivos, son: la tendencia de interpretar una falta de éxito total como un fracaso, tener dudas sobre si mismo cuando se consigue algo, exagerar la importancia de los defectos personales, reaccionar a las criticas con autodesprecio y esperar rechazo por parte de los demás." (Beck, A., 1967, p.p 163.; en Millon & Davis, 1998)

El análisis del patrón autodestructivo según los métodos estadísticos utilizados por Costa y Widiger (1993) proporciona una serie de rasgos latentes asociados a este patrón y comentan: *"La persona autodestructiva se caracteriza por una baja responsabilidad (p.ej., no cumple con sus obligaciones, aunque es capaz de hacerlo y elige situaciones que siempre están avocadas al fracaso) y una baja agradabilidad (incita en los otros respuestas de ira, rechaza a las personas que le tratan bien y rechaza la ayuda de los demás)."* (Costa y Widiger, 1993, p.p 53.: en Millon, T. & Davis, D.R., 1998)

De acuerdo con Millon, T. y Davis, D. R. (1998), el trastorno masoquista autodestructivo, es pasivo y se acomoda de una forma similar a la personalidad depresiva. En la personalidad autodestructiva existe cierto grado de control y descabilidad en el hecho de experimentar malestar. Para estas personas un estado de angustia puede ser preferible y la pasividad indica una aceptación del dolor como una elección realista, puesto que el individuo tiene pocas opciones.

Y los ámbitos clínicos del prototipo masoquista (autodestructivo) son los siguientes (Millon, T. y Davis, D.R., 1998):

Nivel comportamental.

(F) Expresivamente abstínense. Suele presentarse ante los demás como una persona frugal, sencilla y cumplidora; es reticente a buscar experiencias gratificantes y no disfruta de la vida; se sitúa en un segundo plano y actúa de una forma autoanuladora y discreta.

(F) Interpersonalmente deferente. Se distancia de quienes le apoyan y se relaciona con quien puede ser servil y sacrificarse; permite a los otros, cuando no les anima, a que le exploten, le traten mal o se aprovechen de él, hace imposible los intentos de los demás por ayudarlo y acepta culpas y críticas injustas para ganarse el favor de las personas a quienes está vinculado.

Nivel fenomenológico

(F) Cognitivamente inseguro. Es reticente a interpretar positivamente las cosas por temor a que si lo hace, se conviertan en problemas o acaben siendo denigrantes; como resultado se habitúan a expresar repetidamente actitudes y anticipaciones contrarias a creencias y sentimientos favorables.

(E) Autoimagen desmerecedora. Se autohumilla centrándose en sus peores características y cree que merece ser avergonzado, humillado y despreciado; siente que no puede cumplir las expectativas de los otros y, por tanto, merece sufrir las consecuencias dolorosas.

(E) Representaciones objetales desacreditadas. Las representaciones objetales se componen de relaciones que fracasaron y logros personales que se menospreciaron, de sentimientos positivos e impulsos cróticos transformados en sus opuestos menos atractivos, de conflictos internos intencionadamente agravados, de mecanismos para reducir la disforia que se ha convertido en procesos que intensifican el malestar.

Nivel Intrapsíquico.

(F) Mecanismos de exageración. Recuerda constantemente las injusticias pasadas y anticipa decepciones futuras para así situar su malestar en un nivel homeostático; obstaculiza los objetivos personales y sabotea las cosas buenas que le ocurren para mantener o potenciar el nivel habitual de sufrimiento y dolor.

(E) Organización Invertida. Debido a una inversión significativa de la polaridad dolor-placer, las

estructuras morfológicas poseen cualidades contrastadas y duales –una más o menos convencional y otra contraria- que provoca una destrucción del afecto, una transposición de los canales de gratificación de las necesidades y de los que producen frustración, y una implicación en actividades que determinan consecuencias antiéticas, cuando no autodestructivas.

Nivel Biofísico.

(E) Estado de ánimo disfórico. Experimenta una mezcla compleja de emociones, a veces es ansiosamente aprensivo, otras esta triste y otras se siente angustiado y atormentado; manifiesta intencionadamente una apariencia que induce en los demás culpa y malestar.

F, ámbito funcional; E, ámbito estructural.

4.2. Instinto Tanático o Instinto de muerte.

El instinto de muerte explica todo aquello que significa alejamiento, frialdad destrucción, odio y rencor a sí mismo y a los otros. Todas las formas de violencia y agresiones humanas, todo lo negativo, inerte, débil, triste, pesimista, son caracterizaciones del viejo thanatos (Alveano, H. J., 1998).

Freud S., a partir de los veintes en su obra *the ego and Id* (1923) y en posteriores postuló una nueva dicotomía: la de instinto de vida (eros) e instinto de muerte, partiendo de las especulaciones acerca del comienzo de la vida y de paralelos biológicos llegó a la conclusión de que además de haber un Eros, había un instinto de muerte. (Freud, S., 1930; citado en Fromm, E. 1989).

De esta forma Freud habló de un instinto de muerte (llamado destruido o mortido en oposición a libido) que relacionado con experiencias de repetición, en el sentido siguiente: "todo en la vida se rige por la repetición: el día sucede repetidamente a la noche, el verano al invierno, etc., en un intento de mantener el equilibrio; la materia viva está igualmente sometida a estos ciclos". Freud ve en esto una tendencia a querer volver al estado de reposo, a la muerte; por lo tanto frente a un impulso o intento de vivir se opone un instinto de morir que se manifiesta a través de una tendencia o instinto de repetición. La repetición busca el equilibrio la vuelta al estado primero, al retorno al no ser, sea o no sea cierta esta relación entre instinto de repetición e instinto de muerte, lo cierto es que, es de experiencia diaria la presencia de este instinto tanático, el instinto agresivo vuelto contra sí mismo.

El instinto de muerte se dirige contra el mismo organismo, y es por ello una pulsión autodestructora, o bien se dirige hacia afuera y entonces tiende a destruir a los demás y no así mismo. Cuando se mezcla con la sexualidad, el instinto de muerte se transforma en impulsos menos dañinos, que se manifiestan por el sadismo o el masoquismo. Aunque Freud sugirió en diversas ocasiones que podía reducirse el poder del instinto de muerte (Freud, S., 1927; en Fromm, E. 1989) seguía al pie la idea fundamental: el hombre estaba sometido al influjo de un impulso de destrucción de sí mismo o de los demás y no podía hacer gran cosa para escapar a esa trágica alternativa. Luego desde la posición del instinto de muerte la agresión no era en lo esencial la reacción a los estímulos sino un impulso que manaba constantemente y tenía sus raíces en la constitución del organismo humano (Fromm, E., op. cit.).

Freud, S. (1933) escribió que el instinto destructivo original se percibe en dos condiciones:

Si esta combinado con los *instintos eróticos* en el *masoquismo* o si con adición erótica mayor o menor se dirigen contra el mundo exterior en forma de *agresividad* y dice que parece realmente como que nos es necesario destruir alguna otra persona o cosa para no destruirnos a nosotros mismos, para defendernos del impulso hacia la autodestrucción.

El instinto de muerte que originalmente está en todo el interior; una parte suya es enviada hacia el exterior y obra como agresividad, mientras que la parte que queda dentro es el masoquismo primario. Pero cuando la parte del exterior tropieza con obstáculos demasiado grandes para vencerlos, el instinto de muerte vuelve a dirigirse hacia dentro y se manifiesta en forma de masoquismo secundario. En su estudio del narcisismo, la libido esta en el ego (narcisismo primario); después se extiende hacia fuera, hacia los objetos (libido objetiva), pero a menudo se vuelve a dirigirse hacia dentro y entonces forma el llamado narcisismo secundario. El instinto de muerte es sinónimo del instinto de destrucción y de los instintos agresivos. Según Freud si la agresividad dirigida hacia fuera se encuentra con obstáculos demasiado fuertes, retorna e incrementa la cantidad de autodestructividad que reina en el interior.

Los idearios de la muerte comprenden las ideas y los afectos que determinado contexto sociocultural engendra respecto de ella. La manera de considerar a la muerte depende enormemente de los aspectos sociales del superyó determinado por las creencias sociales y la opinión pública (Freud, S., 1914; en Mariam, A. A., 1995).

4.3. La Frustración.

Se ha empleado el término frustración para designar el estado psíquico que se origina cuando una tendencia se ve impedida en la consecución de su objetivo. La historia personal de cada uno es una historia de frustraciones. Ya adultos, cuando se nos frustra algo, también hacemos rabietas, pero se trata por decirlo de algún modo, de una rabieta más elaborada y racional: planeamos una venganza contra el causante de nuestra frustración; o dirigimos esta agresividad contra nosotros mismos, martirizándonos y hasta suicidarnos; dirigimos nuestra agresividad contra objetos o terceras personas que nada tienen que ver con el asunto (Gutiérrez, C., 1974). El que no ha madurado, reaccionara con aquella rabieta infantil, la agresividad surge como consecuencia de la frustración y existen tres tipos que son la frustración ambiental, la personal y por conflicto.

La frecuencia de la agresión hostil y otras formas de agresión manifiestas detectables con facilidad, alcanzan su máximo nivel al inicio de la adolescencia (entre los 13 y los 15 años de edad), para luego declinar gradualmente (Cairns y cols, 1989; Loeber y Stouthamer-Loeber, 1998; en Shaffer, D. R., 2000). Los adolescentes varones se inclinan más a expresar su irritación y frustraciones de manera indirecta, por medio de actos como el robo, faltar a clases, abuso de sustancias y mal comportamiento sexual (U.S. Department of Justice, 1995). Esto parece indicar que los adolescentes que de forma manifiesta reducen su nivel de agresividad sólo suelen estar cambiando a otras formas de conducta antisocial para expresar sus impulsos agresivos.

4.4. Conductas Autodestructivas.

Al plantear el problema de la especificidad de los trastornos psicológicos en la adolescencia, se discute también la clasificación de los trastornos y la interpretación de los síntomas. A este respecto, la mayoría de los autores está de acuerdo en decir que es imposible clasificar los trastornos psicológicos de los adolescentes basándose únicamente en los síntomas y que el paso de la semiología a la etiología no se hace de manera inmediata (Lehalle, H., 1986).

De acuerdo con González, N. J.J. (1986), los jóvenes pueden descargar sus tensiones instintivas al interior, lo que se manifiesta en problemas fisiológicos; o al exterior, que da como resultado la expresión motriz, estados de esfuerzo, dolor y agotamiento.

Las conductas autodestructivas son pasos que conducen al acto, con frecuencia dramáticos, en los que está implicado el cuerpo; y en los adolescentes suelen presentarse algunas de las siguientes:

El suicidio:

El suicidio, ó Sui et caedere significa muerte de sí mismo; Gutiérrez, C. R., (1974) señala que existe la creencia de que todo aquel que se suicida es un perturbado sin embargo, detrás del hecho de quitarse así mismo la vida se esconde un amplio espectro de motivaciones.

Para Marchiori, H. (1998), el suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un contexto familiar social vulnerable que no puede impedirlo. Para Durkheim (1995), el suicidio es toda muerte que resulta mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma. Por lo regular los suicidios van precedidos de ideas suicidas, que se van organizando hasta construir un plan, una forma de llevar a cabo una acción. La oportunidad aparece ante cualquier momento y ante cualquier circunstancia (Grau, M.A. y Meneghello, J., 2000).

La frecuencia de los suicidios y de los intentos de suicidio entre los adolescentes indica la importancia de este problema.

En la actualidad se observan las siguientes tendencias:

- > Aumento de las conductas suicidas entre los adolescentes y entre los jóvenes.
- > Tendencia a la nivelación de las tasas de suicidio de varones y mujeres, debido a un incremento en estas últimas.
- > Aumento de la cantidad de intentos de suicidios por intoxicaciones con medicamentos.

La gran mayoría de los adolescentes que realizan un intento o se suicidan están bajo un estado de extremo estrés emocional, y por lo habitual tienen un grado de depresión desde hace un tiempo. Se ha encontrado una fuerte asociación entre la depresión y las ideas de suicidio así cuanto más fuerte es la depresión, es más probable que existan ideas de suicidio. Muchas de estas ideas desaparecen después de algún tiempo, pero algunas progresan organizando y planeando un intento (comprar un arma, acumular medicamentos).

La determinación del suicidio está a menudo ligada a una acumulación de factores en la que toman parte las dificultades de relación en el medio familiar, las dificultades escolares o profesionales e incluso los problemas sentimentales.

Para algunos autores los procesos o motivaciones que llevan de las ideas de muerte al pasaje al acto son: a) un proceso defensivo que confiere al suicidio una reacción de defensa; b) un proceso punitivo que corresponde a un sentimiento de culpabilidad y a una conducta expiatoria; c) un proceso agresivo dirigido a culpar a la familia, a la sociedad; es por eso que decía Freud, que el que se suicida en realidad quiere matar (inconscientemente) al otro; d) un proceso oblativo, de pago, determina en el suicida una tendencia al sacrificio; e) un proceso lúdico de jugar con la vida (Marchiori, H., 1998).

Por otro lado la vulnerabilidad comprende la situación de alto riesgo del paciente con ideas de muerte. La persona vulnerable a la intención suicida está impedida de percibir y comprender la situación irreversible de su auto-agresión.

Entre los aspectos más significativos de un estado de vulnerabilidad se observan en relación al suicidio:

- ◆ Proceso de duelo por la muerte, pérdida emocional, abandono.
- ◆ Situación de crisis personal. Desvalorización.

- ❖ Conflicto nuevo e inesperado en sus relaciones personales, familiares y sociales.
- ❖ Procesos de victimización, culpa-castigo vinculado a conflictos familiares.
- ❖ Crisis económicas-sociales, ej.: altos índices de desempleo, colapsos económicos-sociales.
- ❖ Indiferencia social-cultural.
- ❖ Graves procesos de victimización (Victimas de hechos delictivos, víctimas de desastres).
- ❖ Suicidio por toxicomanías. Vulnerabilidad por drogodependencia.
- ❖ Vulnerabilidad por enfermedad mental.
- ❖ Vulnerabilidad por discapacidad física.

La cuestión del suicidio de los adolescentes se puede también enfocar desde un punto de vista social ya que a menudo las cuestiones van enfocadas al tipo de interacciones que se dan entre los adolescentes y las personas del medio que los rodean. Estos aspectos revelan datos significativos sobre los comportamientos autodestructivos.

Según Dickstra, R. F. (1989) los diversos factores y las posibles causas físicas, psíquicas y sociales implicadas en el suicidio, producen una quiebra del adolescente caracterizada por los siguientes estados psicológicos:

- ❖ Un concepto de sí negativo,
- ❖ Expectativa negativa en la comunicación con las demás personas.
- ❖ Expectativas negativas sobre el futuro.

Las inclinaciones autodestructivas pueden encontrarse dentro de una amplia variedad de conductas, como por ejemplo en los accidentes de tránsito o el abuso de alcohol. Los jóvenes son vulnerables por los siguientes motivos: desempleo, no encontrar los espacios laborales, fracasos en los estudios, no satisfacer las expectativas de los familiares, cambio en las relaciones familiares, relaciones afectivas, dificultades en la comunicación tendencia al aislamiento, escasas relaciones de grupo, abuso de drogas.

Las tasas de suicidio para los adolescentes y jóvenes entre (15 y 24 años) según el anuario estadístico de la organización Mundial de la Salud; son más frecuentes los suicidios en los varones, llegando en algunos países a ser más del triple (Venezuela, Uruguay, Chile y Brasil).

En México las tasas se elevaron para el sexo masculino y se mantuvieron estables para el sexo femenino entre 1981 con 4.4 y 1.6 y para 1990 con 5 y 1.2.

La depresión en los adolescentes, las dificultades escolares y conflictos con sus compañeros de colegio, violencia familiar y relaciones afectivas con otros jóvenes, suelen ser los disparadores de estos comportamientos autodestructivos (Marchiori, H., 1998).

Automutilaciones

De acuerdo con Menninger, K. (1972), las automutilaciones se deben a que el impulso suicida puede concentrarse sobre una parte como sustituto del todo; la automutilación es uno de los medios adoptados para ello. Así el individuo percibe como objeto de destrucción a una parte de su cuerpo con la que identifica su yo, es decir como esa parte de su cuerpo le causa conflicto por haber actuado en forma indeseada para él y por tanto se introyecta él mismo como objeto no deseado (se identifica con la parte de su cuerpo) por lo tanto debe ser destruido. De esta forma se explica la escisión que hace el individuo con esa parte de su cuerpo al no considerarla como parte de él sino como un objeto que se debe destruir.

Menninger, K. (Op cit.) menciona que la automutilación se puede dar por que el odio no puede ser desfogado hacia la persona que lo ha suscitado, entonces es transferido hacia otra, en este caso hacia sí mismo y es reforzado con autocastigo; esto difiere del suicidio porque la autoagresión en vez de concentrarse sobre la personalidad total, como es el caso del suicidio, es dividida en dos partes, una sobre la persona que es agredida y otra sobre una parte del cuerpo que agredió a la persona.

Las automutilaciones se hallan en circunstancias y condiciones ampliamente variables, incluyendo psicosis, neurosis, ceremonias religiosas, convencionalismos sociales y ocasionalmente como un síntoma de conducta en ciertas enfermedades orgánicas.

Según parece, la automutilación representa el abandono o repudio del papel activo masculino, realizado a través de la eliminación o la lesión de una parte del cuerpo.

El autocastigo implícito en la automutilación tiene la propiedad de mirar a la vez adelante y detrás. La automutilación expía o propicia mediante el sacrificio por los actos y deseos agresivos del pasado, y también suministra una protección anticipatoria como para soslayar el castigo futuro y permitir próximas indulgencias mediante el pago adelantado de una penalidad.

Drogadicción en la adolescencia.

Para Tapia, C.R. (2001) las adicciones deben estudiarse como desórdenes en sí mismos y como factores de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales y de salud.

La mayor parte de los efectos que ocasiona el consumo de sustancias psicotrópicas pasan por lo general inadvertidos para el consumidor, el grado de intoxicación puede variar desde un leve estado de euforia, hasta el estupor. El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación, sin embargo, el tipo y magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos: dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en el que ocurre el consumo.

A pesar de que las características farmacológicas de las drogas son importantes, el consumo de estas en grandes cantidades puede causar estados de coma y aun la muerte estas no son las únicas que determinan sus efectos. El estado emocional del individuo en el consumo; las diferencias en su susceptibilidad; factores como género, peso, talla, edad del consumidor; la frecuencia, las ocasiones y circunstancias en las que tiene lugar el consumo así como las expectativas de los individuos que lo rodean cuando ocurre la ingesta desempeñan una función importante para que los efectos de las drogas sean positivos o negativos.

a) Tabaquismo.

De acuerdo con Tapia, C. R. (op. cit.) entre las drogas que cuentan con una amplia trayectoria de investigación epidemiológica se haya el consumo de tabaco. Hace ya más de cuatro décadas que se conocen las consecuencias de su consumo; éste muestra ya, características y proporciones de una epidemia que comienza a causar alarma mundial. Durante este año murieron 40 000 personas (cerca de 122 por día), debido a padecimientos relacionados con el tabaquismo. Si se conservan las pautas de consumo actuales, para el 2020 el tabaco estará causando más de 10 millones de muertes anuales en el mundo entero. En México el tabaco es una de las sustancias adictivas más utilizadas. Desde 1971, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) demostró que la prevalencia de tabaquismo en nuestro país eran de 44% para varones y 16.5% en las mujeres (Puente, F.G.,1986).

Los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998(ENA) muestra que el 44% eran varones y 16.6% mujeres, y las edades con mayor proporción que inician a fumar tabaco es entre los 15 y 17 y los 18 a 25 años (37.3% y 38.1% respectivamente).

La zona metropolitana de México rebasó el promedio nacional con una frecuencia de 30%.

Se ha demostrado que en México los adolescentes fumadores tienen riesgo trece veces mayor de consumir otras drogas como marihuana y alcohol, comparados con aquellos que no fuman. En relación con la ENA-98, 12.9% de los adolescentes de 12 a 17 años, son fumadores. La prevalencia por sexo mostró que 18.1% son varones y 8.2% mujeres.

Por otro lado la encuesta de estudiantes de secundaria y nivel medio superior del país realizada en 1991 encontró que 30% de los entrevistados refirió haber fumado alguna vez, 17% lo hizo en el último año y 10% durante el último mes; entre estos jóvenes el 3% señaló hacerlo diario o casi diario. La edad de inicio para dichos estudiantes fue entre los 11 y los 14 años de edad (SEP, IMP,1991).

La tasa de mortalidad del cáncer pulmonar (por 100 000 habitantes) en 1996, fue de 9.1 para la población masculina y 3.9% para la femenina, observándose un incremento de 1985 a 1996 de 20% en los varones y 24% en mujeres.

Las principales enfermedades provocadas por el tabaquismo son: bronquitis crónica, efisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Hiperreactividad de las vías respiratorias, cáncer broncogénico, cáncer de laringe, cáncer de cavidad oral, cáncer de esófago, cáncer de vejiga, cáncer de páncreas, efectos perinatales, enfermedad gastrointestinal, entre las enfermedades cardiovasculares están: enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad oclusiva arterial periférica.

b) Alcoholismo.

En México el consumo per-cápita estimado a partir de las ventas sujetas a un control fiscal, es alrededor de 5L de alcohol absoluto para la población mayor de 15 años. No es de extrañar, por tanto que la cerveza sea la bebida preferente entre la población. Según datos de la ENA-SSP del '98, los bebedores mayores de 17 años prefieren la cerveza sobre cualquier otra bebida y los destilados ocupan el segundo lugar (31%).

En población adolescente 77% de los menores de edad que bebieron una copa completa de cualquier bebida alcohólica, habían tomado cerveza 45%, destilados 22%, bebidas enlatadas previamente mezcladas con alcohol: y 12% coolers y demás cócteles.

Según se desprende de la última ENA 1 de cada 3 menores de edad entre 12 y 17 años dijeron haber consumido una copa completa de alcohol; 5% notificó consumir 5 copas o más por ocasión de consumo una vez al mes y 1% dijo hacerlo una o más veces por semana. Tres de cada 100 menores informaron haberse emborrachado el mes anterior a la encuesta, 1% informó tener problemas con sus amigos por el uso de alcohol o drogas y 0.7% fue arrestado por beber, la misma proporción manifestó haber llegado tarde a la escuela por causa de su consumo de sustancias (0.7%), 0.8% declaró haber manejado un auto después de haber bebido, 0.5% expresó haber tenido un accidente automovilístico relacionado con el abuso de sustancias.

De los menores 53% dijeron desconocer con cuantas copas se pierde la capacidad para manejar, y 24%

consideró que con cinco copas.

Por lo regular las familias son las fuentes de abastecimiento más frecuente ya que el 38% de los menores lo obtuvieron en sus casas con permiso de sus padres; y la compra en tiendas en donde no se les pide identificación es un poco más frecuente (41%).

Las fiestas son las ocasiones más frecuentes de consumo: 63% de los bebedores lo hace en esas ocasiones, y 16 de cada 100 lo hace en fiestas familiares, también es frecuente que los menores beban en los lugares dónde se expende alcohol; 27% de los que los hacen asisten a discotecas, y un 12% en restaurantes o bares.

Entre las principales causas de muerte en 1997, consideradas como asociadas al consumo de alcohol en la población de edad productiva, se encuentran los accidentes, seguidos por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, luego está el homicidio y las lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, suicidio y lesiones autoinfligidas, así como el síndrome de dependencia al alcohol. En México, las tasas de muerte por cirrosis son de las más altas del mundo y ocupan el primer lugar en causa de muerte, en la población masculina joven (30.7 por 100 000 habitantes).

Otro de los indicadores del SISVEA es el de mortalidad; la información emana del servicio Médico Forense (SEMEFO). Así en 1994 y 1997 una quinta parte de las muertes registradas estuvieron asociadas al consumo de sustancias adictivas, entre las que destaca el alcohol con 88.8%. Entre las principales causas de los decesos asociados al consumo de drogas, destacaron: los accidentes (46%) y los homicidios. En promedio durante los últimos cuatro años 92.3% de las muertes por accidentes se relacionaron específicamente al consumo de alcohol; 60% fueron accidentes automovilísticos. En relación con los homicidios, 31.7% fue cometido bajo efecto de alguna droga, siendo nuevamente el alcohol la más utilizada (87.9%). Por otro lado los suicidios relacionados al consumo de drogas muestran un incremento paulatino hasta llegar a 12% en 1997; hubo consumo de alcohol en 87% de los casos (SSA, 1997).

Con respecto al consumo de drogas entre los infractores recluidos en el consejo tutelar de menores, se observa que entre 1994 y 1997; 30% de los delitos se cometieron bajo el efecto de alguna sustancia adictiva entre las que destaca el alcohol con 32.3%. En lo referente al tipo de infracción, los delitos contra la salud (18.7%) y el consumo de drogas (16%) presentaron los más altos porcentajes, precedidos sólo por el robo (38.5%).

c) Drogas Psicoactivas.

El uso y abuso de drogas constituye un fenómeno complejo con orígenes y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales. Las consecuencias en el estado de salud dependerán de la clase de sustancias de las que se trate, el tipo de exposición y la cantidad que se consuma. En lo social se llegan a presentar situaciones de delincuencia, accidentes, hechos violentos, y otras consecuencias.

Las drogas psicoactivas se definen como aquellas que modifican, la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental (Hollister, L.E., 1987; en Tapia, C., 2001.).

En la ENA-98 las diferencias por género son importantes; ya que el 11.02% de los varones las consumieron "alguna vez en la vida", tan sólo 0.87% de las mujeres lo hicieron. En ese último año, 2.62% de los varones y 0.18% de las mujeres consumieron drogas ilegales y en el último mes, 1.78% de los varones y 0.12% de las mujeres lo hicieron.

Un estudio de 1998 mostró que el consumo en la ciudad de México, Tijuana, Guadalajara y Ciudad Juárez superaron el promedio nacional (7.28%, 14.73%, 7.50% y 9.20% respectivamente) (SSA, 1999).

La ENA-98 notificó que entre los menores de 18 años, 155 000 han probado alguna vez alguna droga ilícita. De los varones de 12 a 17 años, 3.57% han probado alguna vez drogas ilegales; 2.14% lo han hecho en el último año y 1.40% en el último mes.

Los jóvenes consumieron preferentemente marihuana, 2.47%; para ello en segundo lugar de preferencia se ubican los inhalables con 1.08% y en tercero la cocaína, con 0.99%.

Otro aspecto importante sobre la población de jóvenes es la información proporcionada por el SISVEA, a través de su indicador de menores infractores. Las tendencias indican que se han incrementado el número de usuarios de drogas en esta población, alcanzando para 1997, 60%; de ello, 32% son poliusuarios.

Mientras en 1994 la principal droga de consumo era el alcohol, en 1997 fue la marihuana y cada vez se reporta más el consumo de cocaína.

Las encuestas entre estudiantes también aportan datos interesantes sobre el consumo en jóvenes; en 1997 se encontró que entre los menores que habían usado drogas como marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables, anfetaminas opiáceas y otros estimulantes, poco menos de 7 de cada 10 sólo habían experimentado con sus efectos entre 1 a 4 veces por factores relacionados con la moda o por la presión de los compañeros (Villatoro, J., et. Al., 1999) (Rojas, E., et al., 1998).

Al analizar el consumo de los estudiantes de la ciudad de México en 1997, tanto en el último año como en el último mes, se observa que los más jóvenes tienden a utilizar más los inhalables que otras sustancias. Entre los de mayor edad, se encuentran las proporciones más altas de usuarios de marihuana y cocaína, especialmente a partir del grupo de edad de 15 a 17 años. El consumo de otro tipo de sustancias también comienza a presentarse entre los estudiantes, tal es el caso del "extasis" que en 1997 registró un consumo de 0.9% en la ciudad de México.

Los estudios efectuados en población adolescente muestran que más varones que mujeres experimentan con marihuana, a razón de tres varones por cada mujer; con cocaína 2.8 por cada mujer. La inhalación de solventes es muy similar, 1.94% de varones y 1.14% de mujeres entrevistadas en 1997, reportaron haber experimentado sus efectos; el índice de consumo de anfetaminas es también parecido (1.68% en varones y 1.53% en mujeres).

Aunado con la aparición en el consumo de nuevos grupos, están las nuevas sustancias de abuso. Este es el caso del Refractyl Ofteno, cuyo uso con fines de intoxicación empieza a registrarse en la ciudad de México a partir de 1995.

Se abusa de sustancias con utilidad médica como el Flunitrazepan (Rohypnol), que se refleja en el número de veces que los usuarios de drogas detectados en el sistema de registro de la capital del país reportaron, el cual aumentó de 16 menciones en 1988 a 105 en 1994, manteniendo un nivel alto desde entonces. Según información del SISVEA en 1997, 60% de las ciudades reportaron el consumo de Rohypnol entre los pacientes que acuden a tratamiento con mayor frecuencia de consumo en las ciudades de México, Guadalajara y Tijuana. El SISVEA señala que a partir de 1994, en la región

noroccidental de México surgen las primeras menciones del consumo de cristal en los pacientes de centros de tratamiento, y para 1997, en 50% en las ciudades se reporta el consumo de esta metanfétamina.

Perturbaciones de la conducta Alimenticia.

Los trastornos de la conducta alimenticia pueden ser de orden menor o verdaderamente serios. Los leves, como la inapetencia, se presentan unidos a problemas en la educación y manejo del adolescente o niño por parte de los padres; los graves tienen características mucho más complejas y se exponen a continuación.

Anorexia nervosa. En ella la ansiedad juega un papel fundamental en su aparición; muchos autores la han relacionado con la depresión, pero realmente existe una creencia patológica sobre el peso excesivo del propio cuerpo; afecta fundamentalmente a las adolescentes aunque puede también aparecer en varones y en edad más tardía, los síntomas son: quejas somáticas, conductas extrañas en relación con comida y peso y, frecuentemente aislamiento social. El comienzo del problema suele ser dejar de comer, hacer regímenes alimenticios, hacer ejercicio físico violento, introducir cambios en los modos de vida, cambios de carácter, irritabilidad, etc.

Se considera que existe una anorexia normalmente dicha cuando, sin enfermedad ni consejo médico, una persona pierde el 25% de su peso normal, hay ausencia en las mujeres durante tres meses del ciclo menstrual y/o episodios de bulimia tres veces por semana. Otros síntomas menos determinantes son lanugo, bradicardia, hiperactividad y vómitos.

Bulimia. Es un trastorno de la alimentación de carácter contrario, pero parecido a la anorexia a la que frecuentemente acompaña. Consiste en episodios de ingestión rápida, clandestina, y compulsiva de alimentos de alto poder calórico, seguidos de episodios de vómitos o ingestión de laxantes que eliminen los efectos de la ingesta. Su sintomatología específica es la conducta extraña respecto de la comida que se acompaña de ansiedad, depresión, alteraciones emocionales y quejas somáticas.

Obesidad. Como consecuencia de la bulimia, o incluso sin ella, los niños y sobre todo los adolescentes, pueden sufrir problemas de sobrepeso. Aunque la mayor parte de las veces tienen un origen somático, la obesidad puede también estar basada en el estrés psicológico.

Se considera obeso a un sujeto que sobrepasa el peso medio de su nivel de edad en un 20%.

La obesidad además de ser un factor importante de riesgo para la salud física tiene como consecuencia la aparición de problemas psicológicos en los sujetos que la padecen, puesto que el modelo estético de la sociedad actual es más bien el asténico. Éste desajuste al modelo genera problemas de interacción social, autoestima, etc.

Los hábitos de comida de los sujetos obesos suelen ser determinantes, por ello su estudio se ha abordado desde diferentes perspectivas: por rememoración de los alimentos ingeridos en la última semana o de las 24 horas anteriores, con cuestionarios sobre hábitos de comida, fracasos en el inicio de dietas, peso, etc.

Las autoridades de salud informan que 30% de la población mexicana padece obesidad en diferentes grados. Lo más grave es que el sobrepeso podría generar enfermedades como ciertos tipos de cáncer, daños en las articulaciones, trastornos pulmonares y respiratorios hasta problemas cardiovasculares

entre otros. Las encuestas nacionales de nutrición aplicadas en el país en 1998 y 1999 revelaron un incremento considerable de obesidad como problema de salud pública.

En lo que respecta a los niños y adolescentes, las cifras publicadas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 indican que 5.3% de los menores de 5 años y 27.5% de entre cinco y once años presentan sobrepeso u obesidad; lo cual sugiere que los problemas de sobrepeso en adolescentes y adultos mexicanos podrían ser mayores en el futuro.

Infecciones Mortales.

Tan sólo en 1999 se reportaron en todo el país más de 352 mil nuevos casos de infecciones respiratorias agudas (neumonía, bronquitis, laringitis, entre otros), y en más de 10 500 nuevos casos de amebiasis intestinal, que son por mucho los males más difundidos de nuestro país, según la SSA. Algunas de estas enfermedades respiratorias conducen a males peores como invalidez, cáncer, efisema, tuberculosis entre otros.

VIIH / SIDA.

Mientras que ONUSIDA reporta más de 34 millones de personas que actualmente viven con VIIH/SIDA alrededor del mundo, en México hay actualmente cerca de 50 mil casos registrados; aunque si se toman en cuenta los subregistros esta cantidad asciende a 64 mil, según información proporcionada por CONASIDA. Por su parte la Secretaría de Salud asegura que hay 23 mil enfermos vivos con esta enfermedad y son atendidos en las instituciones de salud cerca de 16 mil. Según ONUSIDA por cada caso de SIDA deben considerarse de tres a cuatro casos de VIIH sin haber desarrollado la enfermedad; de acuerdo a esto, en México hay además, 304 278 casos de VIIH, de los cuales 90 % desconoce que tiene virus.

Conductas antisociales.

Las personas con el trastorno de personalidad antisocial tienen un historial de imposibilidades para cumplir con las normas sociales. Llevan a cabo acciones que la mayoría de nosotros hallaría inaceptables, como robar a los amigos o a la familia, también suelen ser irresponsables, impulsivos y embusteros (Widiger, T. A. y Corbitt, E. M. 1995). El trastorno de personalidad antisocial se da principalmente en los hombres, comienza de manera temprana en la vida, por lo común sigue un curso crónico, predominando en las clases socioeconómicas bajas, es difícil de tratar y se asocia con conflictos maritales, drogas, consumo de alcohol en exceso y con tentativas de suicidio (Cloninger, C.R., 1978; Goodwin, D. W. y Guze, S. B., 1984; Lilienfeld, S. O., 1992; en Barlow, D.H., Durand, V.M., 2001).

La agresividad, la impulsividad y la falta de emociones son características de este trastorno. Un gran número de investigadores (Por ejemplo, Cloninger, C. R., 1987; Gorenstein, E. E. y Newman, J. P., 1980) han sugerido que el trastorno de personalidad antisocial (además de los trastornos de somatización, abuso de sustancias y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad) tal vez tengan en común un sistema de inhibición conductual (SIC) débil que es incapaz de ejercer el suficiente control sobre el sistema de activación conductual (SAC), esto lo explican así, el sistema de inhibición conductual asegura básicamente que seamos más sensibles a la amenaza y al peligro y evitemos las situaciones o las señales que sugieren que uno u otro de estos elementos son inminentes.

Cuando nos enfrentamos a tales señales por lo común se siente ansiedad, pero los individuos con el trastorno de personalidad antisocial parecen no experimentarlo, aunque tal vez sufran pánico de vez en cuando (Fowles, D.C., 1993; en Barlow, D.H., Durand, V.M., op. cit.). Responden demasiado a las

recompensas a corto plazo (impulsividad), aún cuando la búsqueda de éstas los meta en problemas.

Robert, H. (1993; en Barlow, D.H., Durand, V.M. , op. cit.), los describe como, “depredadores sociales que encantan, manipulan y se abren camino sin piedad a lo largo de la vida, dejando un amplio rastro de corazones rotos, expectativas hechas trizas y billeteras vacías. Carentes por completo de conciencia y empatía, toman en forma egoísta lo que desean y hacen lo que les place, violando las normas y expectativas de la sociedad sin el más mínimo sentido de culpa o remordimiento”.

V. MÉTODO

5.1 Problema de Investigación.

¿Existen diferencias en las manifestaciones autodestructivas, entre los adolescentes varones menores infractores de la Institución Reintegradora y los adolescentes varones no infractores en edad escolar (preparatoria) que viven en núcleos familiares integrados?

Objetivo general.

El presente estudio pretende comparar y comprobar si los adolescentes varones menores infractores como menciona la literatura presentan una barrera contra estímulos doblemente intensa que el menor no infractor o si esta barrera doblemente intensa está presente en la mayoría de los menores que cursan la etapa de la adolescencia propiciando que estos tengan tendencias a las conductas autodestructivas; con la finalidad de conocer en cual de estas muestras es más frecuente la presencia de conductas autodestructivas que se dan como respuesta ante la frustración ocasionada por las deficiencias en los estilos de comportamiento y a la presión ambiental (social y familiar).

Objetivos específicos:

- Conocer las diferencias de las conductas autodestructivas en una muestra de adolescentes varones menores infractores y adolescentes varones no infractores.
- Identificar las características y la frecuencia de la dirección de las respuestas (inrapunitiva, extrapunitiva e impunitiva) que se dan en ambos grupos en el test de Rosenzweig.
- Analizar la relación de los puntajes del factor de Interacción y funcionamiento familiar del SEVIC, con el porcentaje de las conductas autodestructivas (en la entrevista) y la dirección de las respuestas al test de Rosenzweig (inrapunitivas) en cada una de las muestras de adolescentes.

5.2 Hipótesis:

Hipótesis de trabajo (H₁).

Los adolescentes varones menores infractores presentan diferentes frecuencias de conductas autodestructivas en comparación con los adolescentes varones no infractores, medidas a través de los instrumentos Rosenzweig y Entrevista (estructurada y semiabierta).

Hipótesis nula (H₀).

Los adolescentes varones menores infractores no presentan diferentes frecuencias de conductas autodestructivas en comparación con los adolescentes varones no infractores, medidas a través de los instrumentos Rosenzweig y Entrevista (estructurada y semiabierta).

1. La frecuencia de respuestas intrapunitivas medidas a través del test de Rosenzweig y de las conductas autodestructivas en la entrevista serán diferentes entre los grupos.
2. La frecuencia de respuestas extrapunitivas medidas a través del test de Rosenzweig será diferente en los dos grupos.
3. La frecuencia de respuestas sin agresión medidas a través del test de Rosenzweig será diferente entre los grupos.

4. La interacción y el funcionamiento familiar medida a través del SEVIC será diferente entre los grupos.

5. Si los adolescentes presentan mayor puntuación en el factor interacción y funcionamiento familiar del SEVIC, el porcentaje de conductas autodestructivas será menor.

5.3 Variables.

Variable Independiente (V. I.): Adolescentes varones menores infractores de cualquier nivel escolar, que se encuentran en tratamiento externo como medida legal y que presentan conductas adictivas.

Variable independiente (V. I.): Adolescentes varones no infractores, provenientes de familias integradas y con nivel escolar de preparatoria.

Variable Dependiente (V. D.): Características y frecuencia de las conductas autodestructivas.

5.4. Definición Conceptual de Variables.

Variables Independientes: (V.I.)

Menor Infractor:

Legalmente un menor infractor es toda persona mayor de 11 años y menor de 18 años de edad que haya incurrido en conductas que se encuentran tipificadas en las leyes penales federales y del Distrito Federal (Tocaven, 1993).

Menor no Infractor:

Menor que se encuentra cursando la etapa de adolescencia y que no se encuentra bajo ninguna medida penal.

Variable Dependiente: (V. D.)

Conductas autodestructivas:

Cualquier conducta realizada que ponga en riesgo la salud física o mental del individuo y dentro del rango de posibles manifestaciones se encuentran según Wells y Stuart (1989), el suicidio, la tentativa de suicidio, el abuso de alcohol y drogas, los desórdenes alimenticios, huidas de casa, la promiscuidad, así como las autolesiones, automutilaciones, descuido de la salud y todo tipo de accidentes.

5.5. Definición Operacional de Variables.

Menor Infractor: Por identificación del adolescente.

Menor no Infractor: Por identificación del adolescente.

Conductas Autodestructivas:

Las conductas autodestructivas de los adolescentes infractores y no infractores se evaluaron con la entrevista estructurada (a partir del reactivo 26 al 87) y con el test de Rosenzweig (evaluadas como respuestas intrapunitivas).

5.6. Sujetos.

Se requirió de la participación de un total de 60 adolescentes varones de edades entre los 15 y 18 años de los cuales 30 adolescentes fueron menores infractores que asistían a tratamiento externo en la

institución Reintegra y que presentaron conductas adictivas; asimismo se requirió de 30 adolescentes varones no infractores que provinieran de familias integradas (es decir que viven con ambos padres) y de una población escolar (nivel preparatoria). La aplicación de los instrumentos se realizó en el caso de los menores infractores, en uno de los salones de la Institución Reintegra. El escenario para la población escolar fue en uno de los salones de la Escuela Nacional Preparatoria número 5.

5.7. Tipo de Muestra.

La muestra fue no probabilística, de tipo estratificado, intencional y por cuota ya que los adolescentes que fueron seleccionados para el estudio contaron con las características que se mencionaron anteriormente.

5.8. Tipo de Estudio.

El presente estudio es de tipo comparativo, descriptivo y transversal, ya que se comparó si los adolescentes varones menores infractores como menciona la literatura presentaron una barrera contra estímulos doblemente intensa que el menor no infractor y por lo tanto manifestaban una frecuencia mayor de conductas autodestructivas como respuesta ante la frustración ocasionada por las presiones sociales y familiares; es descriptivo porque la recolección de datos fue obtenida por medio de una entrevista estructurada y semiabierta (en algunos de los reactivos hasta la pregunta 87), y por medio de los reactivos estadísticos (28 en total) que enuncian la interacción y funcionamiento familiares del Inventario de Salud, estilos de vida y comportamiento (SEVIC), y el Test de Rosenzweig (24 Láminas) para proceder a realizar descripciones de acuerdo a las frecuencias del tipo de conductas que emitieron los adolescentes en dichos instrumentos e identificación de los factores que propiciaron las respuestas intrapunitivas o autodestructivas.

5.9. Diseño de la Investigación.

El diseño de la presente investigación es tipo cuasi-experimental de dos muestras independientes.

5.10. Instrumentos y/o Materiales.

*** Entrevista.**

La cuál tiene un formato de cuestionario estructurada y semiabierta (en algunos de los reactivos hasta la pregunta 87), en la primera parte hasta la pregunta 25 se abarcan algunos datos sociodemográficos, de la pregunta 26 a la 87 se indaga acerca de las conductas autodestructivas que puedan presentar los adolescentes, dónde se exploró lo siguiente: antecedentes (reactivos 28, 29, 30, 31 y 32), sexualidad (26 y 27), área escolar (33, 34, y 35), área laboral (36, 37, 38 y 39), actividad física (40,41, y 42), dificultades o malestares físicos (43 y 44), accidentes (45 y 46), lesiones corporales (47, 48, 49, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 6 y 64), enfermedades y hospitalizaciones (50 y 52), exposición a peligros (61 y 62), ignorar el dolor (63), intentos de suicidio o suicidio (54, 66, 67 y 68), alimentación (69, 70 y 71) agresión (69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81 y 82), vivir fuera de casa (83 y 84), uso y abuso de sustancias (85, 86 y 87) , con un formato de respuesta de seis opciones en la mayoría de las preguntas como en el Inventario (SEVIC), y en algunos reactivos se incluyeron preguntas abiertas, y de la pregunta 88 en adelante se conformó por los 28 reactivos (4 factores) que enuncian la interacción y funcionamiento familiar del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) (Ver Anexo A).

*** Inventario de Salud y estilos de vida y comportamiento SEVIC.**

El Inventario Salud, estilos de vida y comportamiento (SEVIC, Sánchez- Sosa & Hernández Guzmán, tercera edición), desarrollado como parte del programa de prevención Primaria de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM, y su objetivo es explorar e identificar las posibles relaciones entre

una o más variables asociadas con el desarrollo familiar y social y la incidencia de uno o más signos precoces de deterioro de la salud mental en la población aparentemente sana.

El inventario consta de 178 reactivos totales con seis opciones de respuesta en su mayoría: a) nunca b) casi nunca (menos del 20% del tiempo) c) pocas veces (20% a 40% del tiempo) d) a veces sí a veces no (40% a 60% del tiempo) e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo) y f) siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

El inventario está dividido en dos secciones: la primera de 78 reactivos que exploran el deterioro de la salud psicológica en términos de problemas adaptativos frecuentes, como: dificultades en las relaciones interpersonales, percepciones distorsionadas del ambiente, actitudes desadaptativas hacia sí mismo, preocupaciones, miedos irracionales, y desviaciones conductuales sancionadas socialmente; la segunda sección consta de 100 reactivos, que explora los estilos de crianza con los diferentes factores que son: crianza, orfandad, adopción, ausencia de padre o madre, abuso de sustancias en los padres, abuso o descuido en los niños, experiencias y abuso sexual durante la niñez, escuela, experiencias negativas durante la niñez, enfermedades de la niñez, datos de los padres, relaciones afectivas con los padres, relación de pareja de los padres; además de la información referente a las características sociodemográficas de los encuestados: edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel escolar y lugar de nacimiento (estos datos aparecen en la edición de 1993).

Sin embargo recientes estudios (Hernández G. y S., 1997) realizaron un análisis acerca de los reactivos estadísticos que miden los factores de riesgo y de protección en la población adolescente.

Dichos factores fueron clasificados de la siguiente forma: somatización, depresión, retardo psicomotor, agresividad, quejas cardiopulmonares y síntomas de dolor estos primeros seis conforman los factores que describen los trastornos psicológicos. Mientras que los reactivos que enuncian interacción y funcionamiento familiares están conformados por los siguientes cuatro factores: interacción familiar, relación con el padre, relación positiva con la madre y relación de pareja de los padres.

Para llegar a esa clasificación se realizó una aplicación del SEVIC a un total de 3378 adolescentes mexicanos entre 15 y 18 años de edad, dónde el análisis factorial pudo identificar cuatro factores de la escala relacionados con la interacción y el funcionamiento familiares, explicando 40.5% de la varianza de la escala, y seis factores de la escala de trastornos psicológicos que explican 35% de la varianza. Y la confiabilidad de los factores que enuncian interacción y funcionamiento familiar que son los factores que nos interesan para fines de este estudio fue la siguiente (Hernández, G. Y Sánchez, S., 1997):

Factores que enuncian la interacción y funcionamiento familiares.	Confiabilidad
Interacción familiar (del reactivo 88 al 96).	.88
Relación con el padre (del 97 al 102).	.88
Relación positiva con la madre (del 103 al 109).	.84
Relación de pareja de los padres (del 110 al 115).	.80

(Ver Anexo A).

★ *Test de Rosenzweig.*

El "Picture Frustration Study" (P.F. de Rosenzweig) es una prueba que trata de poner de manifiesto las reacciones de los examinados utilizando los principios generales de la teoría de la frustración. Esta prueba utiliza dibujos como estímulos para obtener respuestas verbales relativamente simples. Se

asemeja al test de palabras por la restricción misma del estímulo que permite una objetividad relativamente elevada en la apreciación de la respuesta. El material comprende una serie de 24 dibujos, cada uno de los cuales representa a dos personajes colocados en una situación de frustración.

En cada dibujo al personaje de la izquierda se le representa en el momento de pronunciar algunas palabras que describen, o bien la frustración del otro personaje o bien su propia frustración. Sobre la persona de la derecha hay siempre un espacio vacío destinado a contener su respuesta. Los rasgos y la mímica de los personajes se han olvidado de modo sistemático en el dibujo para favorecer la identificación.

Las situaciones presentadas en la prueba pueden dividirse en dos grupos principales:

- a) Situaciones de obstáculo al yo (Ego-Blocking). Estas son las situaciones en las que un obstáculo cualquiera, personaje u objeto, interrumpe, defrauda o de cualquier manera frustra al examinado. Existen en la prueba 16 situaciones de éste tipo que son las siguientes: 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23, y 24.
- b) Situaciones de obstáculo al superyó (Superego-Blocking). Se trata de aquellas en las cuales el examinado es objeto de una acusación, hecho responsable o juzgado por otra persona. Existen en la prueba 8 situaciones de este tipo: 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19 y 21.

Hay una relación entre los dos tipos de situaciones en el sentido de que la situación de obstáculo al yo en la cual el frustrador actual fue objeto de la frustración.

Cada respuesta se evalúa bajo dos aspectos esenciales:

Dirección de la agresión.

- a) Respuesta extrapunitiva. La agresión se dirige hacia el exterior (E).
- b) Respuesta intrapunitiva. La agresión está dirigida hacia sí mismo (I).
- c) Respuesta impunitiva. La agresión se evita y la situación frustrante se describe como carente de importancia, como si no fuera de nadie el error o como susceptible de mejorarse contentándose con esperar y conformándose (M).

Tipo de Respuesta.

- a) Tipo de predominancia del obstáculo. El examinado en su respuesta, menciona el obstáculo que es la causa de la frustración en forma de comentario sobre su severidad, de una interpretación representándolo como favorable o como poco importante (O-D).
- b) Tipo de defensa del yo. El yo del examinado representa la parte importante de la respuesta y el examinado, o bien proyecta la falta contra algún otro o bien acepta la responsabilidad o declara que la responsabilidad por la situación no le incumbe a nadie (E-D).
- c) Tipo de persistencia de la necesidad. La tendencia de la respuesta se halla dirigida hacia la solución del problema inherente a la situación frustrante y la reacción consiste en pedir ayuda a otras personas para contribuir a la solución, en colocar al examinado mismo en la obligación de hacer la corrección necesaria o en esperar a que el tiempo aporte la solución (N-P).

La combinación de estas seis categorías produce nueve factores posibles de notación (a los cuales hay que sumar dos variantes simbolizadas por E, I). Las letras E, I, M se emplean para indicar las direcciones extrapunitivas, intropunitivas e impunitivas de la agresión cualquiera que sea el tipo de reacción. Para marcar el predominio de obstáculo se marca () después de la letra mayúscula correspondiente. Los tipos de defensa del yo se señalan por las letras mayúsculas empleadas solas. Para indicar las respuestas de persistencia de la necesidad se utilizan los símbolos e, i, m. (Ver Anexo B).

5.11. Procedimiento.

Para la realización de esta investigación se recurrió a las instituciones respectivas (Reintegra y uno de los planteles de la UNAM en este caso la Preparatoria No.5) para solicitar la población de interés a través de una carta membretada por la Facultad para proceder a aplicar los instrumentos antes descritos.

Una vez obtenido el permiso por parte de las respectivas Instituciones; a los grupos se les dieron las siguientes instrucciones: al grupo de adolescentes menores infractores, después de una breve presentación se les dijo que como parte de su tratamiento se requería reunir algunos datos acerca de ciertas conductas que realizan en determinadas situaciones, y que la información que proporcionarían era totalmente anónima y confidencial, por lo tanto era necesario que contestaran con la verdad ya que la información que se obtuviera serviría para fines estadísticos y para la elaboración de recomendaciones y mejoramiento de los tratamientos a personas con situaciones similares, para la aclaración de dudas se les pidió que levantarán la mano para atenderles en su lugar y no molestar al resto del grupo.

La aplicación de los instrumentos a los menores infractores se realizó en dos sesiones, primero se les aplico a 18 y después a los 12 restantes.

En el caso de los adolescentes que cursaban la preparatoria en el plantel 5 "José Vaconcelos", se habló con los profesores de asignatura de dos grupos para solicitar el permiso, donde tras una breve presentación se les dieron las siguientes instrucciones: "se está realizando un estudio acerca de algunas conductas que hacemos la mayoría de las personas en diferentes situaciones para lo cual se necesita su colaboración contestando con honestidad y de forma anónima el material que a continuación se les va a repartir, las instrucciones para uno de los instrumentos están escritas en la parte superior de la hoja de respuestas, y para el cuestionario sólo se requerirá contestar tachando o subrayando la respuesta que mejor se acomode a su caso y contestar las preguntas abiertas; si existen dudas pueden levantar la mano para asistirles desde su lugar".

Al finalizar se les dio las gracias a ambos grupos. Una vez obtenidos los datos se realizó un análisis estadístico con el fin de comprobar o rechazar las hipótesis del estudio.

5.12. Tratamiento Estadístico.

El análisis estadístico que se utilizó fue una descripción de frecuencias para conocer las características de las poblaciones y el tipo de relación familiar que llevan los adolescentes. Así como un análisis comparativo por medio de la prueba Chi cuadrada X^2 para determinar las diferencias de las respuestas entre los grupos (en las conductas autodestructivas y la dirección de las respuestas en el test de Rosenzweig).

VI. RESULTADOS.

Debido a que la adolescencia es un periodo de vulnerabilidad, estrés, curiosidad, asombro, etcétera, ocasionados por los cambios físicos, cognitivos y sociales por los que se atraviesa, resulta obvio que los individuos la experimenten en distintas formas (Kimmel, D.C., Weiner, I.B., 1998; González, N. J.J., 2001).

Su falta de experiencia o la presencia de repertorios cognitivos deficientes puede ocasionar que no se encuentren preparados para enfrentarse a las tensiones del medio que les rodea formados durante las primeras etapas del ciclo vital, por el sistema familiar en primera instancia y por la escuela y grupo de pares, posteriormente (Hernández, G. L., Sánchez, S. J.J., 1997), dicho medio varía de tal forma que propicia en el adolescente que se encuentra en pleno desarrollo de su personalidad y de sus capacidades, la elaboración de respuestas adaptativas poco adecuadas (consumo de drogas, delincuencia, depresión, rebeldía, escapes de casa, agresión, problemas con la alimentación, tentativas de suicidio, accidentes, enfermedades mal tratadas, autolesiones, etc.), tendientes a la autodestrucción (consciente o inconsciente) del propio individuo (Hoffman, 1996; Craig, G. J.; 1997 y Lauffer, M., 1998).

Es por ello, que el presente trabajo tiene como objetivo realizar un análisis comparativo de las conductas autodestructivas que surgen entre dos muestras de adolescentes varones, en este caso entre Menores Infractores que se encuentran bajo tratamiento externo en una Institución (Reintegra) y que presentan consumo de drogas, y adolescentes no infractores que se encuentran estudiando el bachillerato en uno de los planteles de la Universidad Nacional Autónoma de México (en este caso la Preparatoria No 5 "José Vasconcelos") y procedentes de familias completas. Para comprobar si el menor infractor como dice la literatura posee una barrera contra estímulos debilmente fuerte que el adolescente no infractor (González, P., 1999). Y de acuerdo con ello será necesario conocer algunas características de ambas muestras que nos proporcionarán los datos sociodemográficos de la entrevista, para comenzar a describir las frecuencias de las conductas autodestructivas que presentan ambas muestras, por medio de la entrevista y por medio del Test de Rosenzweig.

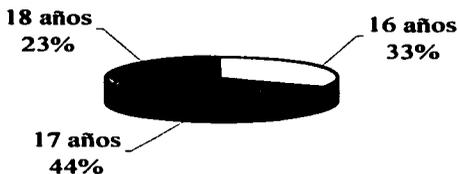
Y finalmente para conocer si la familia de estos adolescentes ha sido un factor incidente en las conductas de los adolescentes, se analizarán los reactivos que conforman el factor de interacción y funcionamiento familiares, el cual esta conformado por los factores de interacción familiar, la relación con el padre, la relación positiva con la madre y la relación de pareja de los padres. Debido a que la familia puede funcionar como un recurso o como un obstáculo en el desarrollo de habilidades sociales adecuadas o inadecuadas dentro del medio que les rodea, así como patrones de salud y enfermedad (Tocaven, 1993; Hernández G.L., Sánchez, S. J.J., 1997; Nató, A., Rodríguez, Q. G., 2001).

De acuerdo con los datos sociodemográficos obtenidos a través del análisis de frecuencias, la N Total (60 adolescentes) se distribuyo de la siguiente forma:

La muestra en general estuvo compuesta por los grupos de edades entre 15 y 18 años con un promedio de edad de 16.26, donde la mayor proporción fue la de 16 años.

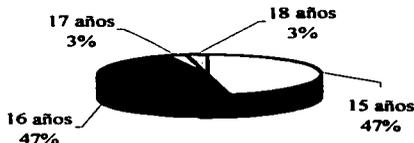
De este total, en la muestra de Adolescentes Menores Infractores (30 sujetos) se observa que su mayor proporción está compuesta por los de 17 años. Mientras que la mayor proporción de los Adolescentes No Infractores estuvo compuesta por los de 15 y 16 años. (ver gráficas 1y 2).

Distribución de edades en los adolescentes Infractores



Gráfica 1.

Distribución de las edades en los adolescentes No Infractores.



Gráfica 2.

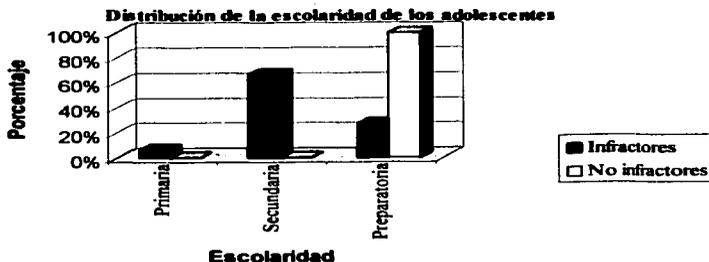
De los 60 adolescentes, 54 nacieron en el D.F. y 6 en el interior de la República. La distribución de los adolescentes en cada una de las muestras se observa en la siguiente tabla:

Tabla 1.
Distribución de los adolescentes de acuerdo al lugar de origen.

Lugar de Origen.	Infractores.		No infractores	
D.F.	26	86.7%	28	93.3%
Interior de la República	4	13.3%	2	6.7%

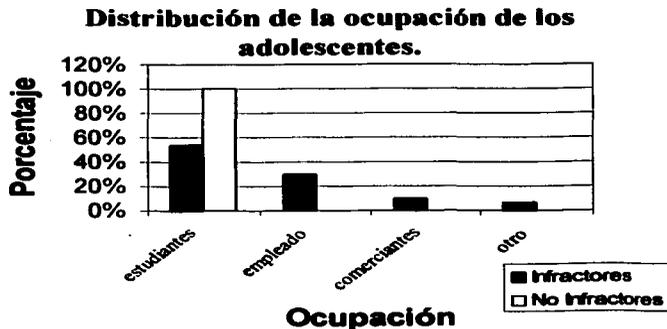
La escolaridad de 38 de los adolescentes fue de bachillerato, 20 tenían secundaria y 2 primaria. De ese total la mayor proporción de los Adolescentes Menores Infractores (20 sujetos) tenían secundaria. Mientras que la muestra de adolescentes menores no infractores (AMNI) todos cursaban el bachillerato

(ver gráfica 3).



Gráfica 3.

La distribución de la ocupación de los 60 adolescentes quedó de la siguiente manera, 46 de los adolescentes estudiaban, 9 eran empleados, 3 comerciantes y 2 estudiaban y trabajaban. De los AMI (30 sujetos) 16 se dedicaban a estudiar, 9 eran empleados, 3 eran comerciantes y 2 estudiaban y trabajaban. En tanto que en la muestra de adolescentes menores no infractores todos estudiaban.



Gráfica 4.

En cuanto al estado civil de los 60 adolescentes, una mayor proporción de los adolescentes eran

solteros (51) , 7 eran casados y 2 vivían en unión libre. Y de esta proporción de adolescentes que vivían casados y en unión libre la mayoría pertenecían a la muestra de infractores, mientras que en la muestra de adolescentes no infractores la mayoría eran solteros y uno vivía en unión libre:



Gráfica 5.

De esta forma, los adolescentes que vivían en unión libre o que eran casados (del total de los 60) 5 (8.3%) reportaron vivir juntos hace menos de un año; 2 más (3.3%) tenían de 2 a 3 años viviendo juntos y 1 (1.7%) llevaba de 3 a 5 años viviendo con su pareja.

El número de años que llevaban viviendo en la ciudad de México la mayoría de los adolescentes de la muestra general fue durante un período de 11 a 18 años.

De ese total la distribución de los adolescentes se muestra en la siguiente gráfica:

Comparación del tiempo que llevan viviendo en el D.F. los adolescentes.



Gráfica 6.

El ingreso mensual familiar de 44 de los adolescentes (73.3%) oscilo entre los 3 a 5 salarios mínimos y más de 6 salarios mínimos.

Esto distribuido en cada uno de los grupos quedó de la siguiente forma:

Tabla 2.
Distribución del ingreso mensual familiar en cada una de las muestras de adolescentes.

INGRESO.	INFRACTORES.		NO INFRACTORES.	
	1	3.3%	1	3.3%
Menos de un salario mínimo.	8	26.67%	0	0%
Un salario mínimo.	3	10%	3	10%
Dos salarios mínimos.	13	43.3%	14	46.7%
De 3 a 5 salarios mínimos.	5	16.7%	12	40%
Más de 6 salarios mínimos.				

En cuanto a los ingresos personales de cada una de las muestras de adolescentes se observó que la mayoría de los adolescentes infractores recibían un salario mínimo, mientras que en la muestra de adolescentes no infractores la mayoría reportó recibir un salario y menos de un salario mínimo; esto se observa más claramente en la siguiente tabla:

Tabla 3.
Distribución de los Ingresos Personales de los Adolescentes.

Ingreso.	Infractores.		No infractores.	
	2	6.7%	7	23.3%
Menos de 1 salario mínimo.	11	36.7%	7	23.3%
1 salario mínimo.	4	13.3%	2	6.7%
2 salarios mínimos.	5	16.7%	0	0
De 3 a 5 salarios mínimos.	3	10%	0	0
Más de 6 salarios mínimos				

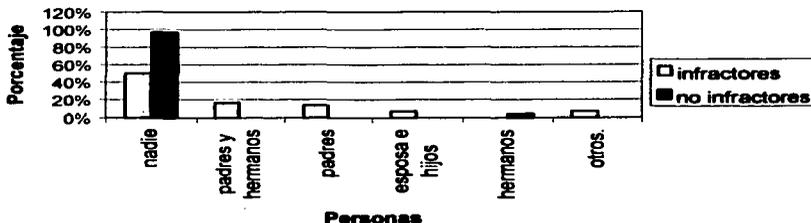
El nivel económico reportado por la mayoría de los adolescentes fue de clase media y la distribución de cada muestra se observa en la siguiente tabla:

Tabla 4.
Nivel económico reportado por cada una de las muestras.

Nivel.	Infractores.		No infractores.	
	0	0%	1	3.3%
Asistencia social.	7	23.3%	1	3.3%
Clase trabajadora.	5	16.7%	5	16.7%
Clase media baja.	15	50%	20	66.7%
Clase media	2	6.7%	3	10%
Clase media alta.	1	3.3%	0	0%
Clase alta.				

Por lo que se refiere a las personas que dependían económicamente de los adolescentes, en la muestra de adolescentes infractores se observa que hay más personas que dependían económicamente de ellos que en la muestra de adolescentes no infractores donde se observa que en su mayoría nadie dependía económicamente de ellos. (ver gráfica 7).

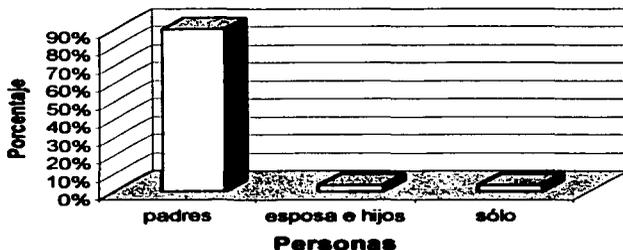
Distribución de las personas que dependen económicamente de los adolescentes



Gráfica 7.

En cuanto a la pregunta 13 A dirigida únicamente a los adolescentes infractores, “Con quienes vivía antes de ingresar a la Institución de tratamiento externo”, la mayoría (27 sujetos) reportó que vivía con sus padres, esto se observa más claramente en la siguiente gráfica.

Personas con las que vivían los adolescentes infractores antes de ingresar a tratamiento externo.



Gráfica 8.

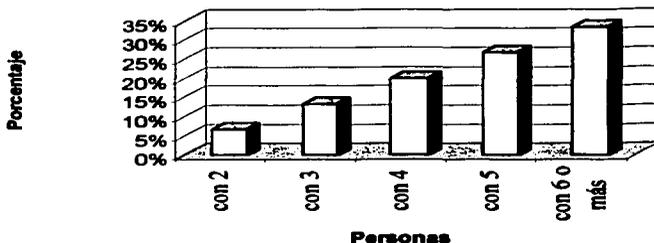
En la pregunta 13 B que hace referencia a la población general acerca de las personas con las que vive actualmente, la mayoría (55 sujetos) reportó vivir con sus padres y su distribución quedó de la siguiente forma:

Tabla 5.
Personas con las que viven los adolescentes.

Personas.	Infractores		No infractores.	
Padres.	25	83.3%	30	100%
Solos	2	6.7%	0	0%
Pareja e hijos.	1	3.3%	0	0%
Otros.	2	6.7%	0	0%

En el reactivo 14 A dirigido a los adolescentes infractores que dice " El número de personas que habitaban en su vivienda antes de ingresar a la institución de tratamiento" quedó contestado de la siguiente forma (ver gráfica 9), donde se observa que una mayor proporción vivían con 6 o más personas.

Número de personas con las que vivían los adolescentes infractores.



Gráfica 9.

En el reactivo 14B que hace referencia a ambas muestras, "actualmente el número de personas que habitan en su vivienda es", reportó lo siguiente:

Tabla 6.
Distribución del número de Personas con las que viven los adolescentes.

Número de personas	Infractores		No infractores.	
1	1	3.3%	0	0%
2	1	3.3%	2	6.7%
3	1	3.3%	5	16.7%
4	13	43.3%	10	33.3%
5	11	36.7%	2	6.7%
6 o más	3	10%	11	36.7%

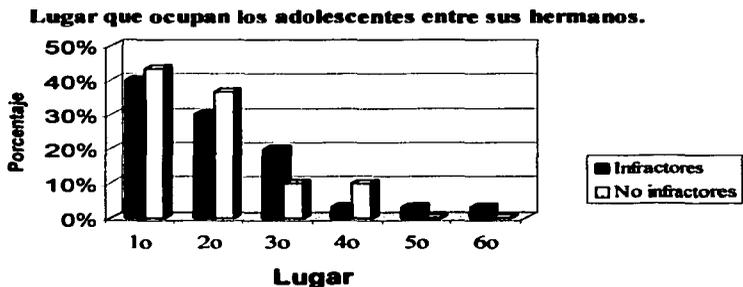
La mayoría de los adolescentes reportó practicar algún tipo de religión.

Práctica de alguna religión en los adolescentes.



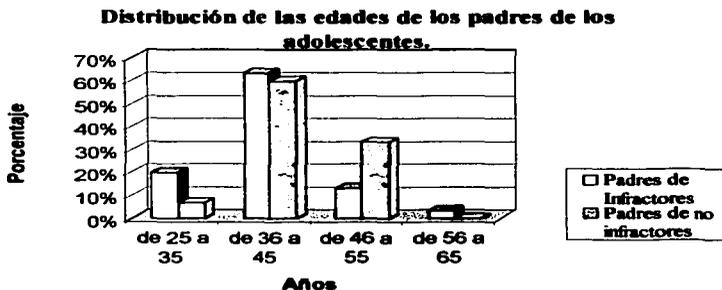
Gráfica 10.

En cuanto al lugar que ocupan entre sus hermanos en orden de nacimiento, una mayor proporción de adolescentes infractores mostró ocupar los 3 primeros lugares en orden de nacimiento, mientras que en el grupo de los no infractores presentaron una mayor proporción en los dos primeros lugares de nacimiento.



Gráfica 11.

Haciendo una comparación de la distribución de las edades de los padres en cada uno de los grupos se observó que hay una ligera mayor proporción en el grupo de padres de adolescentes no infractores cuyas edades oscilaban entre los 46 a 55 años.



Gráfica 12.

El lugar de origen de 45 (75%) de los padres fue en el D.F. y 15 (25%) fueron originarios del interior de la república y su distribución por grupos quedó de la siguiente forma:

Distribución del lugar de origen de los padres de los adolescentes.



Gráfica 13.

La ocupación de la mayoría de los padres reportada por los adolescentes, fue la de "empleado", esto se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 7.
Ocupación de los padres de los adolescentes.

Ocupación	Padres de Infractores		Padres de No infractores.	
Obrero	2	6.7%	2	6.7%
Empleado.	17	56.7%	15	50%
Comerciante.	5	16.7%	8	26.7%
Pensionado o jubilado.	0	0%	1	3.3%
Otro	6	19.9%	4	13.3%

El nivel escolar que alcanzaron los padres de ambas muestras fue reportado de la siguiente forma: 20 (33.3%) tenían secundaria, 14 (23.3%) preparatoria, 12 (20%) licenciatura, 10 (16.7%) sólo primaria, 2 (3.3%) otro nivel (posgrado) y 2 (3.3%) no tenían estudios.

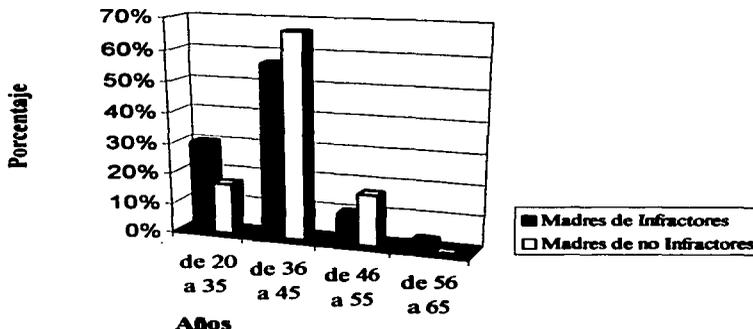
Por lo que la distribución de los padres por grupo de adolescentes queda ilustrada en la siguiente tabla:

Tabla 8.
Distribución del nivel de estudios de los padres de los adolescentes.

Nivel de estudios.	Padres de Infractores		Padres de No infractores.	
Ninguno.	2	6.7%	0	0%
Primaria	7	23.3%	3	100%
Secundaria.	8	26.6%	12	40%
Preparatoria	8	26.6%	6	20%
Licenciatura	4	1.3%	8	26.67%
Otro.	1	3.56%	1	3.3%

En cuanto a los datos obtenidos de las madres a través de lo que reportaron los adolescentes se observó que una mayor proporción de la muestra estuvo conformada por edades de las madres entre 36 y 45 años. Y su distribución por grupo de adolescentes quedó de la siguiente forma:

Distribución de las edades de las madres por grupo de adolescentes.



Gráfica 14.

La mayoría de las madres fueron originarias del D.F. esto se puede observar más claramente en la siguiente tabla.

Tabla 9.
Distribución del lugar de origen de los Madres de los adolescentes.

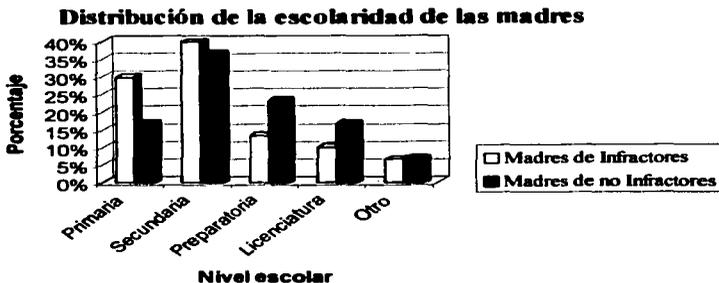
Nivel de estudios.	Madres de Infractores		Madres de No infractores.	
D.F.	23	76.7%	18	60%
Interior de la República.	7	23.3%	12	40%

La ocupación de las madres, fue reportada de la siguiente forma, 24 (40%) fueron empleadas, 24 (40%) se dedicaban al hogar, 6 (10%) se dedicaban al comercio, 4 (6.7%) eran obreras y 2 (3.3%) se dedicaban a otra cosa. Por lo que la distribución refiere que la mayoría de las madres de infractores eran empleadas, mientras que la mayoría de las madres de no infractores se dedicaban al hogar.



Gráfica 15.

La escolaridad de las madres (60) se reportó de la siguiente forma: 23 (38.3%) tenían secundaria, 14 (23.3%) tenían primaria, 11(18.4%) preparatoria, 8 (13.3%) licenciatura y 4 (6.7%) otro tipo de estudios. Y su distribución se observa de la siguiente forma:



Gráfica 16.

Después de conocer las características de los grupos de adolescentes (infractores y no infractores) por medio del análisis de frecuencias realizado a los datos sociodemográficos.

A continuación se presentaran los resultados obtenidos de los reactivos que exploran la dirección de las respuestas al test de Rosenzweig y enseguida se observarán los resultados más sobresalientes a los reactivos que exploran las conductas autodestructivas. De esta forma los resultados al test de Rosenzweig se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 10.
Distribución de la dirección de las respuestas en los adolescentes y el nivel de significancia en el test de Rosenzweig.

Número de lámina	Frecuencia de las Respuestas Extrapunitivas.		Frecuencia de las Respuestas Intrapunitivas		Frecuencia de las Respuestas Impunitivas.		Nivel de Significancia de X^2
	Infractor	No Infractor	Infractor	No Infractor	Infractor	No Infractor	
1	13	17	3	1	14	12	.43016
2	3	7	26	20	1	3	.18428
3	18	23	4	5	8	2	.11528
4	4	4	4	4	22	22	1.000
5	5	11	15	12	13	7	.21090
6	5	15	23	8	2	7	.0054

7	10	21	18	7	2	2	.01263
8	7	18	13	8	10	4	.01356
9	16	22	8	2	6	6	.10293
10	12	25	7	2	1	3	.00258
11	10	13	3	1	17	16	.49125
12	11	22	3	0	16	8	.00940
13	22	27	2	0	6	3	.17289
14	15	15	6	7	9	8	.93438
15	8	11	5	0	17	19	.06127
16	11	15	17	8	2	7	.03628
17	1	12	21	13	8	5	.00263
18	4	11	8	2	18	17	.03182
19	6	8	20	19	4	3	.79684
20	13	17	13	7	4	6	.25496
21	7	10	20	16	2	4	.44396
22	3	18	16	9	11	3	.00018
23	15	18	0	3	15	9	.09196
24	13	17	4	0	13	13	.10366
Total de respu estas.	232	377	259	154	218	189	

La tabla muestra la dirección de las respuestas al Test de Rosenzweig de los 60 adolescentes, comparando las respuestas de los dos grupos (30 adolescentes menores infractores AMI y las de los 30 adolescentes menores no infractores AMNI) a las 24 láminas del test.

Como se puede observar en la tabla, de acuerdo al nivel de significancia obtenido a través de la prueba chi cuadrada para ver si existen diferencias estadísticamente significativas en los tres tipos de respuestas de los dos grupos, los datos nos muestran que existen diferencias significativas en 9 reactivos ($R6=.0054$, $R7=.01263$, $R8=.01356$, $R10=.00258$, $R12=.00940$, $R16=.03628$, $R17=.00263$, $R18=.03182$ y $R22=.00018$) ya que el nivel de significancia de esos reactivos es menor a 0.05, observándose que en esos reactivos los adolescentes menores no infractores dieron más respuestas extrapunitivas que los adolescentes infractores, y que éstos (adolescentes infractores) presentaron más respuestas intrapunitivas que los adolescentes no infractores. Asimismo, los adolescentes infractores tendieron a ser ligeramente más impunitivos que los adolescentes no infractores.

Esto también se puede observar en la comparación de los grupos que se hace en la tabla en cada tipo de respuestas y en su sumatoria total. De esta forma en la comparación de respuestas extrapunitivas entre los dos grupos se puede observar que existe una mayor proporción de estas en los adolescentes no infractores (22 láminas contestadas extrapunitivamente) dando una sumatoria total de 377, que los infractores que obtuvieron una sumatoria total de 232.

En la proporción de respuestas intrapunitivas, estas son mayores en 20 reactivos del grupo de los adolescentes infractores (dando una sumatoria total de 259) en comparación con los no infractores (que tienen un total de 154).

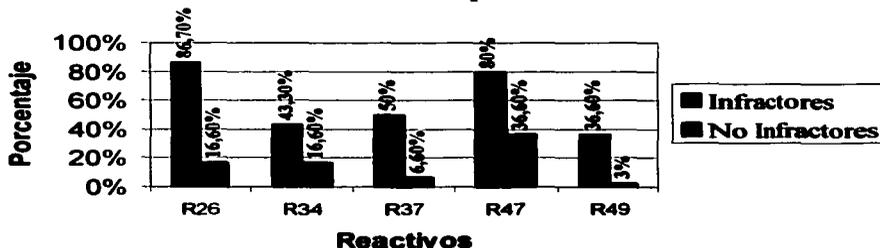
Finalmente el número de respuestas impunitivas, resultó ser ligeramente mayor en 13 reactivos de los adolescentes infractores dando una sumatoria total de 218 en comparación de los adolescentes no infractores (sumatoria total de 189).

A continuación se muestra la distribución de los porcentajes en los reactivos que exploran las conductas autodestructivas por medio de gráficas y tablas, así como el nivel de significancia obtenido por medio de la prueba estadística chi cuadrada.

Las siguientes gráficas hacen referencia a los resultados más sobresalientes que se obtuvieron en los reactivos que exploran las conductas autodestructivas en las muestras de adolescentes (infractores y no infractores). Los reactivos que se grafican juntos tienen las mismas opciones de respuesta y los que se grafican por separado tienen otro tipo de opciones de respuesta.

Resultados de la entrevista que explora las conductas autodestructivas.

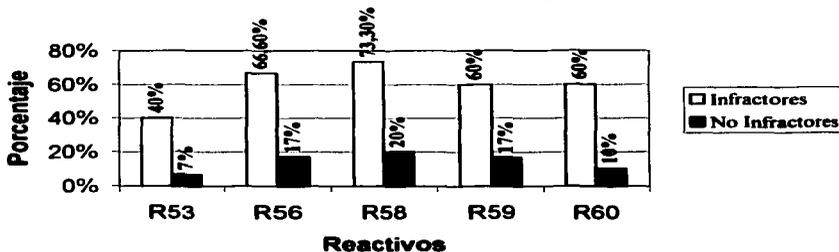
Distribución del porcentaje de los adolescentes en las opciones de respuesta "pocas veces" a "siempre" o "casi siempre"



Gráfica 17

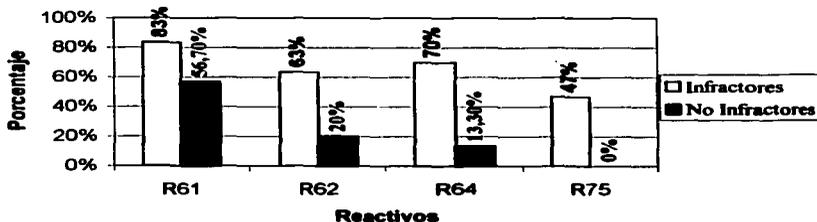
Resultados de la entrevista que explora las conductas autodestructivas.

Distribución de los adolescentes en las opciones "pocas veces a siempre o casi siempre"



Gráfica 18.

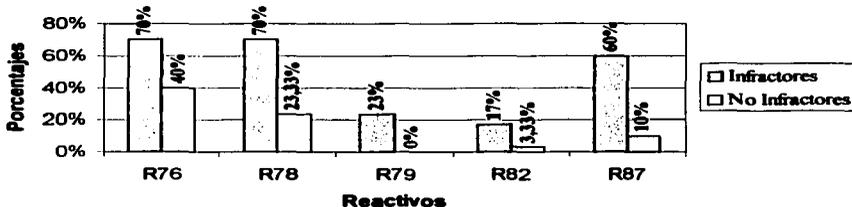
Distribución de los adolescentes en las opciones de respuesta "pocas veces" a "siempre o casi siempre".



Gráfica 19.

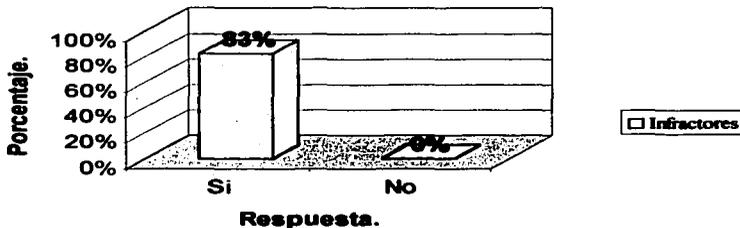
Resultados de la entrevista que explora las conductas autodestructivas.

Distribución de los adolescentes en las opciones "pocas veces a "siempre o casi siempre"

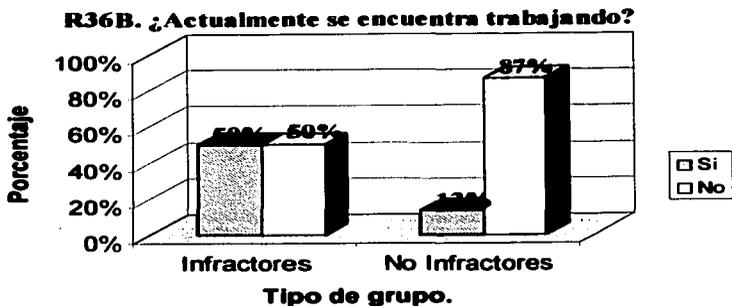


Gráfica 20.

R36A. Antes de ingresar a la institución de tratamiento trabajaba.



Gráfica 21.



Gráfica 22.

Tabla 11.
Trabajos que realizaba antes de entrar a la Institución de tratamiento.

TRABAJO	FRECUENCIA DE INFRACTORES
Repartidor	2
Lote de autos	1
En la Panasonic	1
Empleado	1
Textilera	1
Fonda	1
Empresa de mercadería	1
Jardinero	1
Ayudante de electricidad	1
Repartidor	1
Carnicería	1
Hojalatería	1
Albañil	3
Comerciante	6
Mueblería	1
Empleado	1

Tabla 12.
R36BB.Comparación de los empleos que han tenido los adolescentes.

EMPLEOS	INFRACTORES	NO INFRACTORES
Cerillo.	1	1
Comerciante	5	0
Carnicería.	1	0
Hojalatería	1	0
Empresa de mercadotecnia.	1	0
Alquiladora.	1	0
Gasero.	1	0
Cocina	1	0
Tienda de abarrotes.	1	0
Arreglando aparatos.	1	0
En un lote de autos.	1	0
Empleado	0	1

En cuanto al reactivo 87 que hace referencia al uso de drogas las preguntas abiertas arrojan la siguiente información:

Tabla 13.
R87A.Cuál es el tipo de drogas que utiliza.

DROGAS	INFRACTOR	NO INFRACTOR
Cristal, piedra, mota, activo, chochos y morfina.	1	0
LSD y morfina.	0	1
Inhalantes	4	0
PCP y perico.	1	0
Chochos y Marihuana	2	0
Cocaína y marihuana	3	0
Marihuana	6	2
Mota, Cocaína y activo	2	0
Marihuana, Chochos y cocaína	1	0
Cocaína	4	0
Cocaína, Crack, chochos, marihuana y activo	2	0
Marihuana y Crack	1	0
Cocaína y activo	3	0

Tabla 14.
R 87 B. Desde cuando ha usado drogas.

TIEMPO	INFRACTORES	NO INFRACTORES.
Menos de un año	4	0
Desde hace un año	7	2
Desde hace dos años	7	0
Desde hace tres años	8	0
Desde hace cuatro años.	1	0
Hace más de cinco años	3	0
No recuerdo	0	1

Tabla 15.
R87 C. Cada cuando las consume.

TIEMPO.	INFRACTORES	NO INFRACTORES.
Rara la vez	3	2
De vez en cuando.	1	0
Al fin de semana.	5	0
Cada mes o una vez al mes.	7	0
Tres veces por semana.	2	0
Cada tres días	3	0
Frecuentemente.	3	0
Diario	5	0
Cuando estoy con amigos.	1	0

Tabla 16.
R 87 D. Dónde las consume.

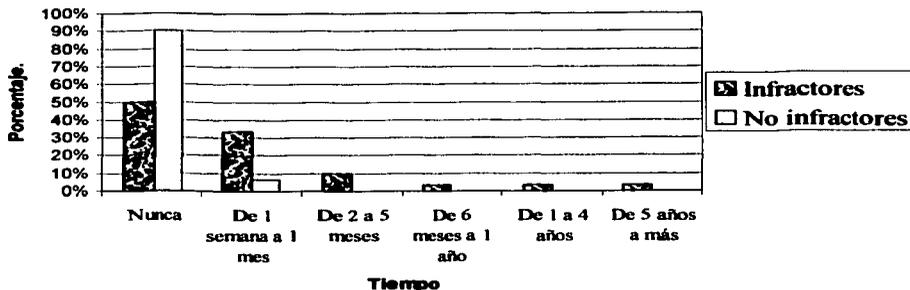
LUGAR.	INFRACTORES	NO INFRACTORES.
En la calle	23	0
Afuera de mi casa	1	0
En mi cuadra	1	0
En un carro.	1	0
En mi casa	1	2
Hoteles	1	0
En cualquier lugar.	1	1

Tabla 17.
R 87 E. Causa por la cual se droga.

MOTIVO	INFRACTORES	NO INFRACTORES
Por gusto.	11	0
Fugarme de la realidad.	1	0
Por los amigos	2	0
Por curiosidad	2	1
Problemas (broncas)	2	1
Por convivir y problemas	1	0
Por enojo.	1	0
Soledad.	2	0
Por adicto	1	0
El juego	1	0
Por gusto y otros factores	1	0
No sé.	3	0
Relajación	0	1

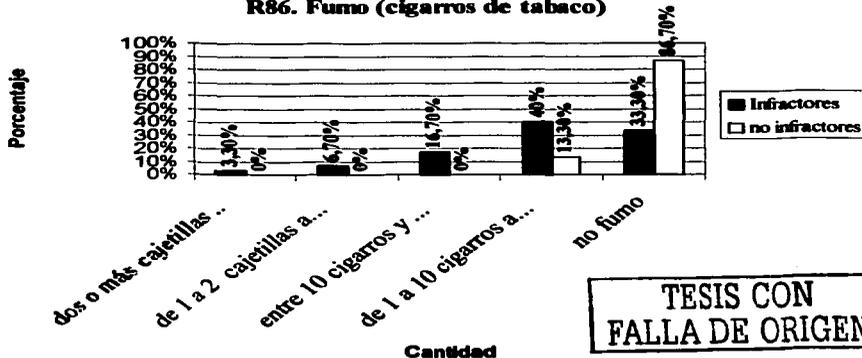
Resultados de la entrevista que explora las conductas autodestructivas.

R74. He tenido problemas por mi agresividad



Gráfica 23.

R86. Fumo (cigarros de tabaco)

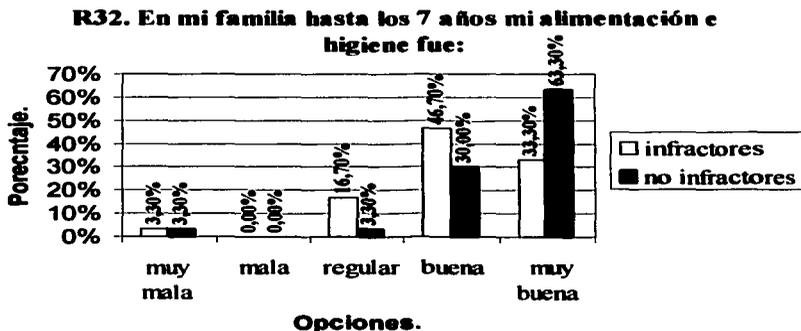


Gráfica 24.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En otros de los reactivos donde se observan que son ligeramente significativos las diferencias entre las muestras de adolescentes es en los reactivos que indagan acerca de la alimentación e higiene, malas calificaciones, accidentes en vehículos, cortes y heridas sin querer, descargas de enojo sobre el propio cuerpo, pensar que deben soportar el dolor, tener familiares que han intentado quitarse la vida, dolor físico producido por los castigos de los padres, e insultos de los amigos, dónde el mayor porcentaje de estas conductas lo presentaron los adolescentes infractores.

Resultados de la entrevista que explora las conductas autodestructivas.

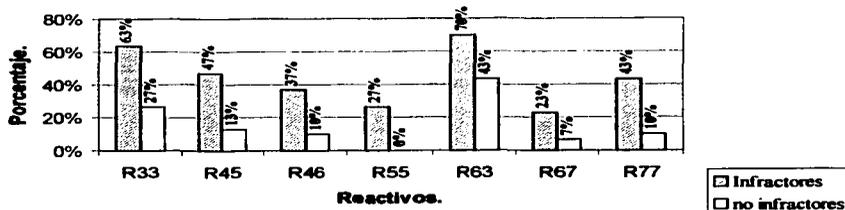


Gráfica 25.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

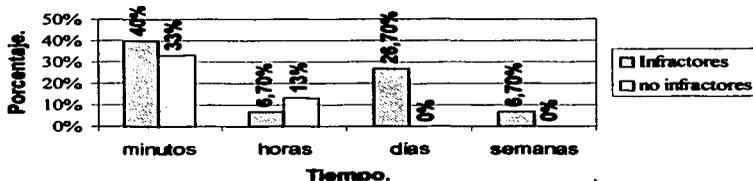
Resultados de la entrevista que explora las conductas autodestructivas.

Distribución del porcentaje de los adolescentes en las opciones de respuesta "pocas veces" a "siempre o casi siempre"



Gráfica 26.

R73. El dolor físico producido por los castigos de mis padres dura (o duraba).



Gráfica 27.

A continuación se presenta la tabla que muestra los resultados obtenidos del nivel de significancia de la prueba chi cuadrada que se le aplicó a los reactivos anteriores (que exploran las conductas autodestructivas) para corroborar que existen diferencias entre las dos muestras de adolescentes.

Tabla 18.

Nivel de significancia de los reactivos que exploran las conductas autodestructivas en ambos grupos de adolescentes (infractores y no infractores).

No. de Reactivo	Reactivo	% de las opciones de "pocas veces" a "siempre o casi siempre"		Nivel de Significancia de X ²
		Infractores.	No infractores	
26	Relaciones sexuales fuera de mi relación de noviazgo, matrimonio o unión libre	70%	16.66%	.00119
27	Contagio de enfermedades de transmisión sexual.	10%	3.33%	.25385
28	Abusos sexuales de niño.	3.33%	0%	.31324
29	Experiencias emocionalmente fuertes de niño.	30%	16.66%	.19255
30	Accidentes de niño.	50%	30%	.45987
31	De niño enfermaba.	66.6%	53.33%	.51759
32	Alimentación e higiene hasta los 7 años (de buena a muy buena).	80%	93.33%	.08784
33	Malas calificaciones en la escuela	63.3%	26.66%	.07821
34	Conflictos con los maestros	43.3%	16.66%	.04306
35	Insultos de los maestros.	23.33%	10%	.52914
36B	Trabajo	50%	6.66%	.00484
37	Mi trabajo me produce mucho cansancio estrés o desgaste.	50%	6.66%	.00477
38	Trabajos que ponen en riesgo mi vida	23.3%	0%	.15142
39	Golpes accidentales en la escuela y/o trabajo.	53.3%	26.66%	.20064
40	Práctica de deportes que ponen en riesgo mi vida	26.66%	16.66%	.29123
41	Práctica de deportes o actividad física aproximadamente.	90%	96.66%	.29013
42	Hacer ejercicio hasta agotarse.	73.3%	63.3%	.30819
43	Tener dificultades para dormir.	53.3%	26.66%	.17932
44	Tener enfermedades o malestares físicos.	16.66%	10%	.92286

45	Accidentes en vehículos.	46.66%	13.33%	.05019
46	Ocasionarse cortes y heridas cuando está apurado	36.66%	10%	.05186
47	Cicatrices de heridas.	80%	36.6%	.01328
48	Ocultar cicatrices de heridas para evitar dar explicaciones.	23.3%	3.33%	.13880
49	Fracturas.	36.66%	3.33%	.03162
50	Hospitalizaciones.	60%	43.33%	.37269
51	Lesiones con cuchillos u otros objetos punzocortantes.	40%	13.33%	.16885
52	Enfermedades graves que requieren reposo.	36.66%	13.33%	.17344
53	Quemaduras o cortes en la piel.	40%	6.66%	.02841
54	Pegar de puñetazos contra algo.	46.6%	30%	.62580
55	Descargarse en su propio cuerpo por enojo.	26.66%	0%	.07562
56	Morderse las uñas.	66.6%	16.6%	.00382
57	Arrancarse o jalarse el pelo.	13.33%	0%	.32059
58	Arrancarse las costras de las heridas.	73.3%	20%	.00171
59	Morderse los dedos o alrededor de las uñas.	60%	16.66%	.00156
60	Rascarse los granitos hasta que sangran.	60%	10%	.00360
61	Ir en vehículos a gran velocidad.	83.3%	56.6%	.00497
62	Caminar en lugares peligrosos por las noches.	63.3%	20%	.00241
63	Pensar que debo aprender a soportar el dolor.	70%	43.3%	.05412
64	Tener moretones	70%	13.33%	.00832
65	Intentos de quitarse la vida.	20%	0%	.15459
66	Planear o intentar quitarse la vida.	16.66%	0%	.14034
67	Tener familiares que han intentado quitarse la vida	23.3%	6.66%	.07064
68	Algunos de mis familiares que se quitaron la vida fueron.	23.3%	6.66%	.68722
69B	El número de comidas que ingieren durante el día (menos de 2 comidas)	26.6%	26.6%	.81615
69C	De 4 a 5 comidas o más	16.6%	20%	
70	Peso abajo del promedio.	43.3%	46.6%	.57323
71	Sobrepeso.	16.66%	23.3%	.51633
72	Castigos de los padres.	33.33%	26.66%	.1130

73	Duración del dolor producido por los castigos de mis padres.	80%	33.33%	.05200
74	Problemas por mi agresividad.	50%	10%	.01143
75	La gente piensa que soy agresivo.	46.6%	0%	.00073
76	Mostrar enojo a las personas que le provocan.	70%	40%	.01118
77	Recibir insultos de los amigos.	43.3%	10%	.06976
78	Peleas con los amigos o compañeros.	70%	23.3%	.00435
79	Recibir golpes o insultos de la novia o pareja.	23.3%	0%	.02791
80	Aguantar los insultos de la familia.	60%	46.6%	.27381
81	Tolerar los insultos de la novia o amigos.	50%	40%	.84747
82	Peleas con los jefes de trabajo.	16.66%	3.3%	.04889
83	Vivir en la calle.	16.66%	0%	.14138
84	Veces que los han corrido de su casa.	23.3%	0%	.16044
85	Abuso de alcohol.	83.3%	16.66%	.87810
86	Fumar cigarrillos de tabaco.	66.66%	13.3%	.00075
87	Uso de drogas o sustancias.	100%	10%	.00000
87*	Tipo de drogas que utiliza	*	*	.24974
87B	Desde cuando usa drogas	*	*	.02771
87C	Cada cuando las consume	*	*	.17394
87D	Dónde la consume	*	*	.00560
87E	Causa o motivo	*	*	.20315

*Los datos se encuentran en las tablas 13, 14, 15, 16 y 17.

En la tabla se muestra que en 24 de los reactivos (26, 34, 36B, 37, 47, 49, 53, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 74, 75, 76, 78, 79, 82, 86, 87, 87B y 87D), el nivel de significancia obtenido de la prueba chi cuadrada X^2 es menor a 0.05, por lo tanto existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de adolescentes, observándose que los adolescentes infractores presentan una mayor puntuación en esos reactivos que se refieren a tener relaciones sexuales fuera de su relación de noviazgo, unión libre o matrimonio, relacionarse conflictivamente con sus maestros, presentar cansancio, estrés o desgaste producido por el trabajo, tener cicatrices de heridas, fracturas de huesos, lastimaduras por cortes o quemaduras en la piel, morderse las uñas, arrancarse las costras de las heridas, morderse en los dedos o alrededor de la uñas, rascarse los granitos o heridas hasta que sangran, ir en vehículos a gran velocidad, caminar en lugares peligrosos por las noches, presentar moretones, tener problemas por su agresividad, la gente que les conoce piensa que son agresivos, demostrar su enojo a las personas que les provocan, pelear con sus amigos o compañeros, recibir insultos o golpes de la novia, pelear con sus jefes de trabajo, fumar cigarrillos de tabaco y presentar uso de sustancias o drogas, dónde la mayoría reporto tener un consumo de hace tres años en las calles.

En la siguiente tabla se describen los resultados de los reactivos que conforman el factor Interacción y funcionamiento familiar del SEVIC, dónde debe distinguirse que una mayor puntuación es un resultado positivo por lo que algunos de los reactivos tienen invertidas las opciones de respuesta (1= nunca, 2= casi nunca, 3= pocas veces, 4= a veces sí a veces no, 5= frecuentemente, 6= siempre o casi siempre) (interacción familiar, relación con el padre, relación positiva con la madre y relación de pareja de los padres) , a través del análisis de frecuencias que se realizó en los reactivos se obtuvo lo siguiente(ver tablas).

Tabla 19.
Factor Interacción Familiar.

REACTIVOS	PROMEDIO DEL PUNTAJE DE LOS ADOLESCENTES INFRACTORES.	PROMEDIO DEL PUNTAJE DE LOS ADOLESCENTES NO INFRACTORES.
88. Relación con los hermanos.	3.7	4.0
89. Cuando yo era niño, mi padre vivía con nosotros en la misma casa.	5.2	6
90. Mi padre usaba drogas.	5.8	6
91. Cuando yo era niño mi madre vivía con nosotros en la misma casa.	5.8	6
92. Mi madre tomaba mucho alcohol.	5.6	5.9 *
93. Mi madre usaba drogas.	6	6 *
94. Mi madre decía cosas de mí que querían decir que yo era tonto, inútil o me comparaba negativamente con otros.	5	5.7 *
95. Cuando mi padre me mandaba a hacer algo me lo decía de un modo duro u ofensivo.	5.3	5.7 *
96. Mi madre me mostraba su afecto o cariño.	5.56	5.4
Suma del puntaje.	47.9	50.7

El nivel de puntuación de ambos grupos (Infractores y no infractores) fueron altos, de 47.9 en infractores y 50.7 en no infractores, sin embargo debido a que la puntuación es ligeramente más alta en adolescentes no infractores, existe una mejor interacción familiar en este grupo, que en el de los infractores.

Tabla 20
Factor Relación con el Padre.

NÚMERO DE REACTIVO.	PROMEDIO DEL PUNTAJE DE LOS ADOLESCENTES INFRACTORES	PROMEDIO DEL PUNTAJE DE LOS ADOLESCENTES NO INFRACTORES.
97. En general la forma en que me llevo con mis padres es.	4.0	4.3
98. Cuando yo era chico mi padre mostraba interés en mis opiniones.	5.0	4.9

99. Mi padre y yo platicábamos como buenos amigos.	4.7	4.8
100. Yo tenía confianza con mi padre para platicarle algo muy personal de mi mismo.	4.7	4.7
101. Mi padre me mostraba su afecto o cariño.	4.7	5.1
102. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o a un problema mi padre me apoyaba o reconfortaba.	5.1	5.2
Total	28.2	29

El nivel de puntuación es alto en ambos grupos, sin embargo el puntaje es ligeramente más alto en el grupo de adolescentes no infractores (29) lo cual nos indica que existe una mejor relación con el padre en este grupo que en el de los adolescentes infractores.

Tabla 21.
Factor Relación Positiva con la madre.

NÚMERO DE REACTIVO.	PROMEDIO DEL PUNTAJE DE LOS ADOLESCENTES INFRACTORES	PROMEDIO DEL PUNTAJE DE LOS ADOLESCENTES NO INFRACTORES.
103. En general la manera en que me llevo con mi madre es.	4.4	4.6
104. Cuando yo era chico mi madre mostraba interés en mis opiniones.	5.4	5.3
105. Mi madre y yo platicábamos como buenos amigos.	5.2	5.
106. Cuando mi madre me mandaba a hacer algo me lo decía de un modo duro ofensivo.	5.2	5.5 *
107. Yo tenía confianza con mi madre como para platicarle algo muy personal de mi mismo.	4.6	5
108. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o un problema mi madre me apoyaba o reconfortaba.	5.5	5.3
109. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían.	5.4	5.3
Total	35.7	36

En éste factor ambos grupos muestran tener una relación positiva con la madre muy similar ya que sus puntajes (35.7 en infractores y de 36 en no infractores) son muy parecidos sin llegar a una muy buena relación con su madre.

Tabla 22.
Factor Relación de Pareja de los Padres.

NÚMERO DE REACTIVO.	PROMEDIO DEL PUNTAJE DE LOS ADOLESCENTES INFRACTORES	PROMEDIO DEL PUNTAJE DE LOS ADOLESCENTES NO INFRACTORES.
110. Mi padre tomaba mucho alcohol.	4.8	5.4 *
111. Mis padres se mostraban cariño o amor el uno al otro.	4.4	5.3
112. Mis padres se peleaban discutiendo o gritando.	4.5	5.1 *
113. Cuando mis padres peleaban también usaban violencia física.	4.7	5.8 *
114. Cuando mis padres peleaban, lo hacían enfrente de mi o de mis hermanos.	4.6	5.3 *
115. Cuando mis padres peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse.	4.7	5.5 *
Total	27.7	32.4

**En estos reactivos los valores se invierten.*

La relación de pareja de los padres se muestra mejor en el grupo de los adolescentes no infractores (32.4) en comparación con los adolescentes infractores (puntuación de 27.7).

Finalmente el puntaje total obtenido en el factor de interacción y funcionamiento familiar para los adolescentes infractores fue de 139.5, el cual es ligeramente menor que el de los adolescentes no infractores (puntaje total de 148.1) lo cuál nos indica que existe una mejor interacción y funcionamiento familiar en la muestra de adolescentes no infractores.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

En el transcurso de la adolescencia la mayoría de los individuos van conformando su identidad personal, a través de las experiencias de vida, en el entorno pueden existir factores que propicien un desarrollo adecuado de habilidades sociales y repertorios cognitivos que los conduzcan a ser humanos funcionales, o por el contrario pueden intervenir factores de riesgo que los guíen a la destrucción de su entorno y de ellos mismos. (Hernández, G.L., y Sánchez, S. J.J., 1997).

El objetivo de este trabajo fue realizar un análisis comparativo de las conductas autodestructivas que surgen entre dos muestras de adolescentes varones (infractores y no infractores) para comprobar, si los adolescentes varones menores infractores presentan una barrera contra estímulos doblemente fuerte (es decir si presentan una anestesia corporal ante estímulos dolorosos por lo cual no son capaces de expresar sus emociones o sentimientos), que los menores no infractores como señala la literatura, o si esta barrera doblemente fuerte está presente en la mayoría de los adolescentes, propiciando en ellos conductas autodestructivas (o respuestas intra punitivas); además de conocer la dirección de las respuestas que predominan en cada una de las muestras e identificar como se da la interacción y el funcionamiento familiar en los adolescentes, ya que la familia es promotora o protectora de conductas disfuncionales.

Con respecto a los resultados obtenidos en la entrevista que exploró las conductas autodestructivas en las muestras de adolescentes, se observó que en la mayoría de los reactivos (57 de 61 reactivos totales) los adolescentes infractores obtuvieron un mayor porcentaje de éstas, sin embargo el análisis estadístico, señaló que sólo en 24 reactivos existieron diferencias estadísticamente significativas.

Dichos reactivos fueron aquellos donde se hace referencia a comportamientos tales como: tener relaciones sexuales fuera de la relación de noviazgo, unión libre o matrimonio; relaciones conflictivas con los maestros, presentar cansancio, estrés o desgaste producido por el trabajo; presentar cicatrices de heridas, fracturas, lesiones con cortes o quemaduras en la piel, morderse las uñas, arrancarse las costras de sus heridas, morderse los dedos o alrededor de las uñas, rascarse los granitos o heridas hasta sangrar, ir en vehículos a gran velocidad, caminar en lugares peligrosos por las noches, tener moretones, presentar problemas por su agresividad y que la gente piense que son agresivos; demostrar su enojo a las personas que los provocan, pelear con amigos o compañeros, recibir insultos o golpes de la novia, pelear con sus jefes de trabajo, fumar (cigarrillos de tabaco) y uso de sustancias o enervantes.

De acuerdo con Vanderlinden, J., Vandereyken, W., (1999) las conductas anteriores nos hablan de una falla en el control de los impulsos debido a que los adolescentes no son capaces de sofocar su fuerte urgencia de realizar determinados actos.

Éstos datos fueron apoyados con los resultados obtenidos en el test de Rosenzweig, ya que la muestra de adolescentes infractores presentó una mayor frecuencia de respuestas intro punitivas (en 20 de las 24 láminas), es decir, las agresiones fueron dirigidas hacia sí mismos, declarándose culpables de la situación (autoagrediendo verbalmente y disculpándose de los hechos ocurridos); asimismo obtuvieron una frecuencia ligeramente alta en respuestas impunitivas, ya que en algunas láminas describían la situación como carente de importancia o conformándose con lo ocurrido.

Por otro lado los adolescentes no infractores presentaron porcentajes poco significativos en la sección de la entrevista que exploró las conductas autodestructivas, observándose porcentajes ligeramente sobresalientes en los reactivos referentes a la alimentación (número de comidas), el sobrepeso y el peso

abajo del promedio; por lo que respecta a los datos arrojados en el test de Rosenzweig, la mayoría de sus respuestas fueron extrapunitivas, es decir la agresión fue dirigida a personas o cosas exteriores, mostrando irritación y enojo a través de malas palabras o comentarios ofensivos o simplemente indicando que otros tenían la culpa.

Posiblemente los adolescentes no infractores presentaron una mayor proporción de respuestas extrapunitivas (en 22 láminas de 24) debido a que su control de impulsos todavía se está conformando, sin embargo prefieren dirigir la agresión al exterior para no dañarse a sí mismos, como una especie de solución más sana o adecuada, o probablemente han aprendido a no agredirse a sí mismos por los modelos de conducta más cercanos, como son los padres, maestros y grupo de amigos que han servido como redes de apoyo (puntuación del factor interacción y funcionamiento familiar del SEVIC de 148.1 en comparación con los adolescentes infractores 139.5).

Mientras que los adolescentes no infractores quienes presentan una mayor proporción de respuestas intrapunitivas así como mayores porcentajes de conductas autodestructivas parecen no diferenciar el daño que se hacen a sí mismos y a los demás por lo que las descripciones anteriores destacan que en los adolescentes menores infractores, probablemente existen patrones de conducta disfuncionales (Tabla 18, reactivos 26, 30, 34, 35, 38, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 74, 83, 85, 86 y 87) propiciados por un entorno carente de recursos para detectar y resolver problemas, así como una falta de modelos familiares y culturales adecuados que les ayuden a desarrollar conductas de autocuidado y asertividad que mejoren su autoestima y canalización e identificación adecuada de sus emociones (reactivos 67, 68, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84 y del SEVIC tablas 19, 20, 21 y 22, en los reactivos donde obtuvieron menores puntajes, indicando la existencia de deficiencias en las relaciones familiares fue en: 92, 94, 95, 97, 99, 101, 106, 107, 111, 112, 113, 114 y 115). Por lo que tienden a desarrollar una escisión de sí mismos con su entorno, derivando la expresión del impulso agresivo hacia sí mismos y con disociación del dolor físico resultante; ya que para algunos de ellos el dolor sirve para sentirse vivos.

Por otro lado Aguirre, B. A. (1994) señala que las auto mutilaciones, golpearse, cortarse, etcétera, presentes en organizaciones psicóticas, presuponen una grave alteración en la imagen de sí mismo, una dificultad en el conocimiento de los límites de su yo corporal, y posiblemente respondan a una necesidad y búsqueda de comunicación y atención. Mates, D., & Alison, K.R. (1992) señalan que los adolescentes utilizan diversas respuestas de afrontamiento para manejar el estrés en su vida diaria. Cuando el adolescente se halla bajo gran presión, aumenta el uso de estrategias defensivas más negativas. En términos generales, las investigaciones demuestran que, las formas más comunes de afrontar el estrés son el consumo de sustancias, las distracciones y la rebeldía. Si bien estas actividades no hacen frente al problema de manera directa, por lo menos distraen la atención. Y son pocos los adolescentes que bajo un estrés extremo piensan que pueden abordarlo de frente pues a menudo carecen de los recursos personales necesarios.

Estos datos apoyan las conclusiones de González, P. A. (1999), quien reportó que el dolor emocional registrado en el área afectiva no es suficiente para que motive a los menores infractores a cuidarse, por lo que su barrera contra estímulos es doblemente fuerte. La falla en la concepción de límites se da porque al no concebir los propios, toleran estímulos doblemente intensos y su cuerpo no les ayuda a cuidarse y prevenir el daño que se hacen, permitiendo tolerar y actuar la agresión que se da en los actos delictivos. Finalmente indica que los menores infractores presentan poca tolerancia a la frustración y ausencia de un sí mismo corporal; siendo su principal herramienta el consumo de drogas para aumentar su anestesia corporal.

Por su parte Lozano G. (1996) señala que son los jóvenes de 15 años quienes tienen menos control sobre sus emociones, lo cual los lleva a reaccionar con enojo, tristeza o nerviosismo ante determinadas situaciones, pero son los de 17 años quienes acuden a las conductas adictivas para controlar sus emociones y al parecer la ideación suicida se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento y rigidez cognoscitiva vive situaciones que le producen depresión, desesperanza y conductas suicidas.

Sin embargo en este estudio se observó que el factor edad no resultó ser una razón por la cual se hayan disparado conductas de consumo de sustancias, debido a que el escenario es muy complejo y existe una diversidad de factores que inciden en su comportamiento; puesto que la mayoría de los adolescentes infractores oscilaron entre un rango de edad entre los 17 y los 18 años, algunos de ellos iniciaron su consumo desde hace más de 5 años y las razones que expusieron fueron: por gusto, por fugarse de la realidad, por los amigos, por curiosidad, por problemas, por convivir, por enojo, por la soledad, por la adicción, por el juego y otros factores. Estos resultados invieren la carencia de una adecuada supervisión que ocasiona en la mayoría de las veces que los adolescentes experimenten un relativo abandono emocional.

Los resultados arrojados en el factor que enuncia la interacción y el funcionamiento familiar del SEVIC (compuesto por los factores de interacción familiar, relación con el padre, relación positiva con la madre y relación de pareja de los padres) indicaron que los adolescentes no infractores presentaron una mejor relación familiar (puntaje total de 148.1) y sobre todo su puntaje fue mejor en los factores de interacción familiar y relación de pareja de los padres. A diferencia de los adolescentes infractores que presentaron un puntaje total de 139.5. Estos resultados dan referencia de la importancia de la familia como un factor protector o desencadenador de conductas autodestructivas en los adolescentes de las muestras estudiadas.

De esta forma, Davies, P.T., & Cummings, E.M.C., (1998), dicen que la exposición regular a la discordia matrimonial contribuye a generar problemas de adaptación en el adolescente, como por ejemplo: ansiedad, depresión y externalización de problemas de conducta.

En el caso de los adolescentes no infractores donde la interacción familiar y la relación de pareja de los padres se registró con mayor puntuación se presentaron porcentajes poco significativos en la entrevista que exploró las conductas autodestructivas y casi nulas respuestas intra punitivas en el test de Rosenzweig; en comparación con la muestra de adolescentes infractores quienes presentaron puntuaciones menores en los cuatro factores que enuncian la interacción y el funcionamiento familiar en la escala de SEVIC, y obteniendo un mayor porcentaje de conductas autodestructivas (por medio de la entrevista) así como una mayor frecuencia de respuestas intro punitivas e impunitivas en las láminas del test de Rosenzweig.

Por otro lado Ponce de León y cols. (2000), dan cuenta de la multicausalidad de la conducta de consumo de alcohol (droga socialmente aceptada) y reafirman el valor de la familia, como grupo de contención, para prever el problema del alcoholismo en los adolescentes.

Así observamos que en el grupo de adolescentes infractores dónde los puntajes fueron menores en los factores de interacción familiar y la relación de pareja de los padres, el abuso de alcohol se reportó en un 83.35% de la muestra, mientras que en los adolescentes no infractores dónde existió una mejor relación de pareja de los padres e interacción familiar, el abuso de alcohol se reportó en un 16.6% de la

muestra.

Debido a lo anterior la investigación corroboró que el adolescente infractor presentó una barrera contra estímulos doblemente fuerte (González, P. A., 1999) en comparación con el adolescente no infractor, ya que los adolescentes infractores presentaron un mayor porcentaje de conductas autodestructivas; Bandini., T. & Gatti, U., (1990) relacionan esta falta de límites con la ausencia de responsabilizarse consigo mismos posiblemente aprendida a través de los padres, así el que no ha aprendido la responsabilidad difícilmente puede aprender a aceptar que hay cosas que pueden hacerse y otras que hay que evitar o que están prohibidas.

Un elemento adjunto a la falta de responsabilidad y de límites, es la pobre tolerancia a la frustración; no puede tolerar que se le haga esperar por algo o por alguien (Alveano, H. J., 1998); lo cual hace inferir una deficiencia de habilidades para comprender, asimilar y resolver problemas en forma eficiente, debido a la ausencia de modelos adecuados que guíen y supervicen a los adolescentes en sus conductas y modos de expresar sus emociones ya que muchos de ellos presentan dificultades para verbalizar y discriminar sus afectos (alexitimia); por lo que el refugiarse en el consumo de sustancias posiblemente es utilizado para evitar el dolor y el enfrentamiento a una realidad frustrante. También se corroboró el predominio de respuestas intrapunitivas en los adolescentes infractores, esto podría deberse a la posible devaluación que sufren los adolescentes tanto de los que lo rodean como de sí mismos, a diferencia de los adolescentes no infractores que presentaron más respuestas extrapunitivas.

Por otro lado el factor de interacción y funcionamiento familiar de SEVIC resultó de importancia para recalcar que la familia puede proteger a los adolescentes no infractores y puede precipitar conductas de riesgo en los adolescentes infractores (como resultado de los puntajes obtenidos).

Por último el adolescente que se encuentra en un período cargado de tensiones y de conflictos puede favorecer el surgimiento de comportamientos desviados, esa particular fragilidad y debilidad de su posición, puede propiciar que refleje en ocasiones más fácilmente los desequilibrios, los conflictos y los graves problemas de la sociedad con la cual se enfrenta buscando verificar su rol y su identidad.

Por lo que es importante que las bases puestas para el futuro comportamiento del individuo sean más equilibradas y consistentes para la formación de una identidad que puede ser más estable y duradera, a través de la familia y de la sociedad.

De esta forma el conocimiento más amplio de los fenómenos que se dan en la población adolescente nos permitirá la elaboración de programas de prevención e intervención más adecuados como los de tipo cognitivo-conductual. También la participación de los profesionales en forma multidisciplinaria nos permitirá tener un amplio diagnóstico y por lo tanto una mejor intervención que se va a reflejar en los resultados para desarraigar y prevenir conductas ilícitas y/o disfuncionales así como para promover el aprendizaje o reaprendizaje de estrategias de afrontamiento (modificación de los repertorios cognitivo-conductuales), resolución de problemas así como la concientización y canalización de sentimientos o emociones en forma adecuada, ya que el apoyo que reciban los adolescentes, los niños y los padres, nos aseguran una salud mental más estable en los sectores de la población que corren mayores riesgos.

APORTACIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

- La presente investigación encontró que los adolescentes infractores presentaron una barrera contra estímulos doblemente fuerte en comparación con los adolescentes no infractores, debido a que obtuvieron un mayor porcentaje de conductas autodestructivas y el nivel de significancia nos señaló que las conductas a las cuales incurrieron estos adolescentes fueron: el consumo de sustancias (100%), ir en vehículos a gran velocidad (83.3%), presentar cicatrices de heridas (80%), arrancarse las costras de las heridas (73.3%), tener relaciones sexuales fuera de su relación de noviazgo, matrimonio o unión libre (70%), demostrar enojo a quienes les provocan (70%), presentar moretones (70%), pelear con los amigos o compañeros (70%), fumar cigarros de tabaco (66.6%), morderse las uñas (66.6%), caminar en lugares peligrosos por las noches (63.3%), morderse los dedos o alrededor de las uñas (60%), rascarse los granitos hasta que sangran (60%), cansancio, estrés o desgaste producido por su trabajo (50%), presentar problemas por su agresividad (50%), que la gente piense que son agresivos (46.6%), tener conflictos con los maestros (43.3%), presentar cortes o quemaduras en la piel (40%), tener fracturas (36.6%), recibir golpes o insultos de la novia o pareja (23.3%), y pelear con los jefes de trabajo (16.6%). Obteniendo una mayor proporción de respuestas intrapunitivas e impunitivas.
- Por otro lado los adolescentes no infractores presentaron una mayor frecuencia de respuestas extrapunitivas y un menor porcentaje de conductas autodestructivas y casi nulas respuestas intrapunitivas.
- Los resultados del factor de interacción y funcionamiento familiar del SEVIC, mostraron que la familia en la muestra de los adolescentes infractores incidió negativamente en ellos ya que su disfuncionalidad, propició el incremento de conductas autodestructivas y respuestas intrapunitivas e impunitivas. Mientras que en los adolescentes no infractores la familia sirvió como un elemento de protección para casi no desarrollar conductas autodestructivas y respuestas intrapunitivas.
- Se sugiere que para futuras investigaciones se realicen estudios con un mayor número de sujetos para establecer hipótesis más generales que nos permitan explicar más ampliamente el fenómeno de la autodestrucción en este sector de la población "los adolescentes". También es necesario ampliar el rango de edad, ya que debido a los criterios de inclusión y al limitado acceso que se tuvo con los adolescentes infractores sólo se pudo realizar con muestras pequeñas; es necesario indagar más acerca de cómo se da el clima afectivo, es decir como se vive dentro del hogar, como es el estilo educativo, la disciplina, la supervisión y el ejemplo familiar.
- También sería interesante aplicar otros instrumentos como los proyectivos (TAT, H T P ó el test de la figura humana), para saber como ocurren las conductas autodestructivas a través de las historias que nos narren los adolescentes e indagar un poco más en la entrevista acerca de los antecedentes familiares, así como el conocimiento de la estructura y la dinámica familiar de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aberasturi, A., Knobel, M. (1984) La adolescencia Normal: Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós Educador.
- Aguirre, B. A. (1994) Psicología de la Adolescencia, España: Boixareu Universitaria Marcombo.
- Allaer, C. L., y otros (1972) La adolescencia. Barcelona: Herder.
- Alveano, H. J. (1998) El padre y su ausencia, México: Plaza y Valdez.
- Andrade Palos, A. (2000) Ambiente familiar de jóvenes usuarios de alcohol y tabaco. La Psicología Social en México, Vol. VIII, 590-595.
- Ayuso, J.L. (1993), Alexitimia: concepto y medida, Archivos de Neurobiología, 56, 106-115
- Ayuso, J.L. Y Baca, E. (1993) Trastornos de la Conducta alimentaria y alexitimia. Actas Luso- Españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias Afines, 21, 72-77.
- Bandura, A (1969) Social -Learning theory of identificatory processes, en D.A. Goslin y D.C. Glass (eds.) Handbook of socialization theory and research (pp. 213-262). Chicago, Rand McNally.
- Bandura, A. (1969), Principles of behavior modification, Nueva York, Holt, Rinehart y Winston.
- Bandura, A. (1977), Social Learning Theory, Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986), Social foundations of thought and action. A social cognitive theory, Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- Balske, D. M., Bordin, C.M., Henggeler, S. W., & Mann, B.J. (1989) Individual family, and peer characteristics of adolescent sex offenders and assaultive offenders. Developmental Psychology, 25, 846-855 (Cap. 15).
- Bardet, M. (1997) El Suicidio, Madrid, España: Escenciales Paradigmas.
- Bardin y Paulsen, (1981) The testes, en R.H. Williams (ed.), Text book of endocrinology, (6a Ed., pp 293-354), Filadelfia, W.B. Saunders.
- Bardin y Paulsen, 1981, p303; Vilcek, 1975, pp. 369, 396, Vilcek, D.B. (1975), Human endocrinology: A developmental approach, Filadelfia, W.B. Saunders.
- Bandini, T. & Gatti, U. (1990) Dinámica familiar y delincuencia juvenil. México; Cárdenas editor.
- Barlow, D.H., Durand, V.M. (2001) Psicología Anormal: un enfoque integral. México: Thomson Learning, Segunda edición.
- Bellack, L. Goldsmith, L. (1993), Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo. México: El Manual Moderno.
- Blos, P. (1981) La transición Adolescente, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. Pp 32-36.
- Bowlby, J.(1953) Cuidado maternal y amor, México: Fondo de Cultura Económica, 1972.
- Bodni, O. (1991) Psicopatología general, Buenos Aires: Editorial Psicoteca.
- Broughton, J.(1978), Development of concepts of self, mind, reality and Knowledge. New directions for Child development, 1, 75-100.
- Castillo, G. (1998) Los adolescentes y sus problemas. México: Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA) Cuarta reimpresión de la 11ª edición.
- Carballo, R. (1984) Teoría y Práctica Psicósomática. Bilbao, Desclee de Bowers.
- Chiles, J. A., Miller, M.L. y Cox, G. B. (1980). Depression in an adolescent delinquent population, archives of general Psychiatry, 37, 1179-1184.
- Cloninger, C.R. (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. Archives of general Psychiatry, 44, 573-588 (Caps. 6, 12).
- Cloninger, C.R.(1978) The link between hysteria and sociopathy: An integrative model and pathogenesis based of clinical, genetic, and neurophysiological observations. En H.S. Akiskal & W.L. Webb (Eds.), Psychiatric diagnosis: Exploration of biological predictors (189-218). New York: Spectrum. (Caps. 6, 12).

- Damon, W. Y Hart, D. (1988). Self-understanding in childhood and adolescence. New York: Academic press.
- Davies, P. T., & Cummings, E.M.C. (1998) Exploring children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child and adjustment. Child Development, 69, 124-139.
- Deutsch, L.J. y Erikson, M.T. (1989), Early life events as discriminators of socialized and undersocialized delinquents. Journal of Abnormal Child Psychology, 17,541—551.
- Delval, J.(1989). La representación infantil del mundo social. En E. Turiel, I Enesco, J. Linaza (Comps.) El mundo Social en la mente infantil. Madrid: Alianza Editorial, pp.245-328.
- Dirección General de Epidemiología, "Sistema de Vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA): Informe, 1997.
- Diekstra, R.F., Hawton, (1987) Suicide in adolescents. Ed Marertinus, Dordrecht, 1987.
- Diekstra (1989). Suicidal Ideation and attempts among chemically dependent adolescents. American Journal of Public Health, 84, 634-639.
- Dulanto, G.E. (2000). El Adolescente. México: McGraw Hill-Interamericana.
- Durrkheim, E. (1995) El suicidio. México: Coyoacán, S.A de C.V., 2ª edición.
- Elder, G. H.(1962) Structural Variations in the child rearing relationship" Sociometry, 25,241-262.
- Elder, G. H.(1963). "Parental Power legitimation and its effects on the adolescent sociometry, 26, 50-65.
- Elkind, D. Y Bowen, R. (1979) Children and adolescents. Interpretative essays on Jean Piaget. New York: Oxford University Press.
- Erikson, E.H. (1993) Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Hormé. 12ª edición.
- Erikson, E.H. (1964) Insight and responsibility. New York: W.N. Norton.
- Erikson, E.H. (1968) "The problem of ego-identity." En M. Gold, E. Douvan (Eds). Adolescent Development reading in research and theory. Boston: Allyn & Bacon.
- Ellis, A., (1958) Rational Psychotherapy. The journal of general Psychology, 59,35-44.
- Ellis, A., (1962) Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyke Stuart and Citadel Press.
- Ellis, A., (1979) Rational emotive Therapy. In Corsini, R.J. (ed.), Current Psychotherapies (Second ed.) Itasca, 111. : Peacock Pub. Inc., 1979.
- Farfan M. V. (1998) Alteraciones del yo en los adolescentes infractores del sexo masculino. Tesis para maestría. IIPCS.
- Farberow, N.L.(1980) The many faces of suicide: indirect self-destructive behaviour. New York: Mc Graw-Hill.
- Farley, F. & Gale, A. (1985) The biological bases of personality and behavior (Vol. 1) New York: Hemisphere Publishing corp. and McGraw-Hill International.
- Feehan, M., McGree, R., Stanton, W. R. Y Silvia, P.A.(1991), Strict and inconsistent discipline in childhood: Concuencues for adolescent mental Health, British Journal of Clinical Psychology, 30, 325-331.
- Fierro, A. (1985) Desarrollo social y de la personalidad en la adolescencia. En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios (eds.) Psicología Evolutiva Adolescencia, Madurez y Senectud (vol. 3, pp. 95-138) Madrid: Alianza Editorial.
- Florenzano, U. R. (1998) El adolescente y sus conductas de riesgo. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Fowles, D.C. (1993) A motivational theory of psychopathology. En W. Spaulding (ed.) Nebraska symposium on motivation: Integrated views of motivation, cognition, and emotion (Vol.

41, pp. 181-238)

- Frankl, V. (1946) Psicoanálisis y Existencialismo. México: Fondo de cultura Económica, 1978.
- Frankl, V. (1962) El hombre en busca del sentido. Barcelona: Herder, 1982.
- Frankl, V. (1975) La Presencia ignorada de Dios. Barcelona: Herder, 1975.
- Frankl, V. (1978) Psicoterapia y humanismo. México: F.C.E., 1982.
- Freud, S. (1905/1953). Three essays on the theory of sexuality, Standard Edition (vol. VII, pp. 135-243, Londres, Hogarth.
- Freud, S. (1914) Introducción del narcisismo en Obras completas, Madrid: Biblioteca Nueva (BN) vol. 1.
- Freud S. (1915) La Represión. En Sigmund Freud. Obras Completas (tomo II) Madrid: Biblioteca Nueva , 3ª Edición.
- Freud S. (1915) Lo Inconsciente. En Sigmund Freud. Tomo II.
- Freud S. (1920) Más allá del principio del Placer, Amorrortu, Tomo XVIII, p. 1.
- Freud S. (1926) Inhibición, Sintomas, y angustia. En Sigmund Freud Obras Completas, Tomo III.
- Freud S. (1930) El malestar en la Cultura. En Sigmund Freud Obras Completas, Tomo.
- Frías, A. M., et al.(2000) Predictores de la delincuencia juvenil. La Psicología Social En México. Vol. VIII, 486-492.
- Fromm, E. (1989) Anatomía de la Destructividad Humana. México: Siglo Veintiuno Editores, decimotercera edición en español.
- Garay, M. M. (2001) ¿Suicidio Inconsciente? Perfil Psicológico evaluado con el MMPI-2 En sujetos que realizan actividades de alto riesgo. Tesis de Licenciatura. UNAM , México.
- Gaddis, A., y Brooks, G. J.(1985) The male experience of pubertal change. Journal of Youth and Adolescence, 14, 61-69.
- García -Esteve, L.; Núñez, P. y Valdés, M. (1988) Alexitimia: Un análisis clínico y Psicométrico de un concepto inicialmente psicoanalítico, Psicopatología, 8, 55-60.
- Greenwald, H. S., (1973) Direct Decision Therapy. San Diego, EDITS.
- Garaigordobil, L. M. (2000) Intervención psicológica con adolescentes: Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Grau, M. A. , Meneghelo, J. (2000) Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la adolescencia. Argentina: Médica Panamericana.
- González, F. C.; Mariño, M. C. , Rojas, E. Mondragón, L., y Medina Mora, M.E. (1998) Intento de suicidio en Estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 15 Número 2, 165-175.
- González, F. C., Andrade Palos, P. y Jiménez, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. Acta Psiquiátrica Psicológica, 43, 4., Buenos Aires Argentina.
- González, N. J. J. (1984) Conducta antisocial; Raíces y manifestaciones: La Función Del padre. Altheia, Vol. 5.
- González, N. J. J. (1986) Teoría y Técnica de la terapia psicoanalítica en adolescentes. México: Trillas.
- González, N. J. J. (1998) Conducta Antisocial; Una perspectiva Yoica. Altheia No 17, México. Instituto de Investigación de Psicología Clínica y Social. A.C.
- González, N. J. J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. México: Manual Moderno.
- González, P.A. (1999), Valores, afectos y límites en menores infractores. Tesis de

- Maestría. en Psicoterapia psicoanalítica, México: Instituto de Investigación en psicoterapia psicoanalítica.
- Goodwin, D.W., & Guze, S.B. (1984) Psychiatric diagnosis (3ª. Ed). New York: Oxford University Press. (Cap.6)
- Gorenstein, E.E., & Newman, J.P. (1980) Desinhibitory psychopathology: A new perspective and a model for research Psychological review, 87, 301-315. (cap. 6).
- Gutiérrez, C. R. (1974) Temas de psicología Médica. Madrid: Marova.
- Hall, G. S. (1904) Adolescence, 2 vols. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Harold, G. T. , Fincham, F.D., Osborne, L.M., & Conger R. B. (1997) Mom and Dad are at again: Adolescent perceptions of marital conflict and adolescent psychological distress. Development Psychology, 33, 333-350.
- Harpur, T.J., Hare, R. D. y Haakstian, A. R. (1989), Two factor conceptualization of psychopathy: construct validity and Assessment, 1, 6-17.
- Hartman, H. (1950). Ensayos sobre psicología del yo, México: Fondo de cultura económica. 1978.
- Havighurst, R. J. (1972) Developmental tasks education. New York: Mackay 3ª edición.
- Haviland, J.M. y Lelwica, M. (1988), The induced affect response: 10 week-old infants response to three emotion expressions. Developmental Psychology 23, 97, 104.
- Hernández, G. L., Sánchez, S. J.J. (1997) Factores de riesgo asociados con la disfunción Psicológica en el niño y en el adolescente. Revista Psicología Contemporánea Año 4, Vol.-4, No 1.
- Hersen, M.; Ammerman, R.T. And Sisson, L.A. (1994) Handbook of Aggressive and Destructive Behavior in Psychiatric Patients. New York: Plenum Press.
- Horney, K. (1950) Neurosis and Human Growth. New York: W.W. Norton.
- Hoffman, L., Paris, S., Hall, E. (1996) Psicología del Desarrollo Hoy. Vol. 2. España: Mcgraw-Hill, 6ª Edición.
- Hurlock, E. (1967) Psicología de la adolescencia. Buenos Aires: Paidós.
- Inhelder, B., y Piaget, J. (1995) De la logique de l' enfant a l' adolescent. Paris: Puf (trad. Cost de M.T. Cevasco, De la Logica del niño a la lógica del adolescente. Buenos Aires: Paidós, 1972).
- Inhelder, B., Sinclair, H. Y Bovet, M. (1974). Apprentissage et structures de la connaissance. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kamphaus, R. W., Frick, P. J. (2000) Evaluación Clínica de la Personalidad y la Conducta del Niño y el Adolescente. México, D.F.: Manual Moderno.
- Kelly, G. A. (1955) The psychology of personal Constructs. Vols. 1 and 2. New York: W.W. Norton.
- Kimmel, D.C., Y Weiner, L.B. (1985) Adolescence a developmental transition. Nueva Jersey: LEA.
- Kimmel, D. C. (1990) Adulthood and aging: An interdisciplinary, developmental view (3a ed.) New York. Wiley.
- Kimmel, D.C., Weiner, L.B. (1998) La Adolescencia: una transición del desarrollo. Barcelona, España: Ariel.
- Knobel, M. (1984) El síndrome de la Adolescencia Normal. En A. Aberasturi y M. Knobel (eds.) La adolescencia Normal (pp. 35-109) Buenos Aires: Paidós.
- Klüber- Ross, E. (1969) On Death and Dying. New York: Mc Millan Pub. Co, Inc., 1976.
- Kristal, J. , y Raskin, H. A. (1979). Drug dependence: aspects of Ego function, Detroit, Waine State University Press, 1979.
- Kristal, H. (1988) On some roots of creativity, Psychiatric Clinic of North America, 11,3,

- Lacroix, J. (1967) Timidez y adolescencia. Barcelona: Fontanella, S.A.
- Langer J., (1980). Adolescencia generación presionada. Colombia: ED. Psicología y tú.
- Laron, Arad, Gurewitz, Grunebaum y Dickerman (1980) Age at first conscious ejaculation: A milestone in male poverty. Helveticca paediatrica Acta, 5, 13-20.
- Laufer, M. (1998) El adolescente suicida. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lehalle, H. (1986) Alcixthymia de los adolescentes. México: Grijalbo.
- Lesser, I.M. (1985) Alcixthymia. New England Journal of Medicine. 312, 690-692.
- Lowen, A. (1975) Bioenergética. México: Diana, 1978.
- Lozano, G. (1996) Enojo, conductas autodestructivas, y riesgo suicida en adolescentes, un enfoque psicosocial. Tesis de maestría. UNAM. México.
- Lieberman, E. (1982) Sobreadaptación , trastornos psicosomáticos y estudios tempranos del desarrollo. Revista de psicoanálisis. APA No. XXXIX 5, 1982.
- Marchiori, H. (1998) El suicidio: Enfoque criminológico. México: Porrúa.
- Mariam, A.A. (1995) Clinica con la muerte. Argentina: Amorrortu editores.pp19.
- Martínez -Sánchez, F. (1975), La alexitimia: Un constructo potencialmente útil para la investigación de las relaciones entre la emoción, cognición y salud. Cuadernos de Medicina Psicosomática. 34-35, 46-54.
- Marshall, W.A. y Tañer, J.M. (1969) Variations in pattern of pubertal changes in girls, archives of disease in childhood, 44, 291-303.
- Maslow, A. H. (1968) El hombre Autorrealizado. Barcelona: Kairos,1979.
- Maslow, A. H.(1970) Motivation and personality. New York: Harper and Row, Segunda Edición.
- Mates, D. & Alison, K. R. (1992) Sources of stress and coping responses of high school students, Adolescence, 27 (106). 463, 467.
- Medina, M. M. : López, K.; Juárez, F.; Carreño, S.; Brenzon, S.; y Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias resultados de una encuesta en la población estudiantil. Reseña de la IX reunión de investigación, 6, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Mc Closkey, L.A., Figueredo, A. J. & Koss, M.P. (1995) The effects of systematic family violence on children's mental Health. Child development, 66, 1239-1261.
- Mc Dougall, J. (1987) Teatros de la mente. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Mc Lean, P.D.(1949) Psychosomatic Disease and the visceral brain. Psychosomatic Medicine, 11, 134-144, 1949.
- Mead, M. (1961) Cooperation and competition among primitive peoples. Boston: Beacon (trabajo original publicado en 1937).
- Menninger, K. (1972) El hombre contra sí mismo. Barcelona: Península.
- Merloo, J.A. (1961) Responsability and Normality. Arch. Crim. Psychodynamics, 4, pag. 671, 1961.
- Millon, T. Y Davies, D.R. (1998) Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM-IV, Barcelona, España: Masson, S.A.
- Moreno, A.(1988)Perspectivas psicológicas sobre la conciencia. Madrid; Ediciones de la Universidad Autónoma.
- Moreno, A., Martín, E., Echeita, G. Y Del Barrio, C.(1988) "Ideas previas de los alumnos. Ciencias sociales. Preescolar y ciclo inicial, ciclo medio". En Enciclopedia practica de Pedagogía. Barcelona: Planeta.
- Money, (1980), Love and Love sickness: The science of sex, gender difference, and pair-bonding. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

- Muuss, R. E. (2001) Teorías de la adolescencia. México: Paidós. Pp. 10-19.
- Nató, A., Rodríguez, Q.G. (2001) Las víctimas de las drogas. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universidad.
- Nilson, P. (1989) Psychological profiles of runaway children and adolescents self-Destructive Behavior in children and adolescents. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Palmero, F.; Fernandez-Abascal, E.G. (1999) Emociones y Salud. España: Ariel, S.A.
- Padghman, J.J. y Blyth, D.A. (1990) Dating during adolescence (vol. 1p. 1796-198) New York: Garland.
- Petterson, Reid y Dishon (1991) Family school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. Developmental Psychology, 27, 172-180 (cap. 15.).
- Plomin, R.(1989). Environment and genes. American Psychologist, 44,105-111.
- Puente, F. G. "Tabaquismo en México" Bol. Of sanit. Panam. num.101, 1986, pp. 234-243.
- Petterson, Reid y Dishon (1991) Family, school, and Behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peer. Developmental Psychology, 27, 172-180 (Cap. 15)
- Perls, F. S. ; Hefferline, R.F. and Goodman, P.(1951) Gestalt Therapy. New York: Bontam Books, 1980.
- Perls, F. S. (1969) Gestalt Therapy Verbatim. New York: Bantam Books 1976.
- Piaget, J. (1955) De la logique de l' enfant a la logique de l' adolescence. Buenos Aires: Paidós.
- Piaget, J. (1972) Intellectual evolution from adolescence to adulthood. Human Development, 15,1-12.
- Piaget, J., Inhelder, B. (1969) the psychology of the child. Nueva York, Basic Books.
- Ponce de L., Ma., et al,(2000) El Consumo de Alcohol entre los adolescentes y su influencia en la familia y personalidad. La Psicología Social en México, Vol. VIII, 676-681.
- Quay, H.C. (1987). Patterns of delinquent behavior: en H.C. Quay(ed), Handbook of juvenile delinquency (pp.118-138), New York, Wiley.
- Quay, H.C., Routh, D.K. y Shapiro, S. K.(1987), Psychopathology of childhood. Annual Review of Psychology, 38, 491-532.
- Reich, W. (1949) Análisis del Carácter. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Rivera, H., Ma E. (2000)Percepción de las Relaciones Intrafamiliares y su relación con el Intento suicida en Adolescentes. La Psicología Social en México, Vol. VIII, 555-559.
- Robert y Lascoumes (1974) en Aguirre B. A. (1994) Psicología de la adolescencia. España: Boixareu Universitaria Marcombo.
- Rogers, C.R. & Stevens, B.(1967) Person to person. The problem of Being Human. New York: Real People press.
- Rodríguez, G.L.(1965) Suicidios y suicidas. México: Ed, UNAM.
- Rodríguez, F., Monje, M., Monterrey, A., y García, A. (1994) Factores de riesgo de la Conducta suicida en el alcoholismo. Psiquis, 15 (2), 43-63.
- Rodríguez, J., Serrano, T., Valdés, et al. Análisis de la Confiabilidad y Validez de un instrumento que mide el rol protector familiar de las conductas de riesgo adolescentes. Cuadernos Médicos sociales 37 (2): 64-69, 1996.
- Rojas, E., et al., Evolución del consumo de drogas entre estudiantes del Distrito Federal. Salud Mental. núm. 21 (1), 1998, pp. 37-42.
- Ros, M. S. (1998) La conducta suicida. Madrid, España: Ediciones Aran S.A.

- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Principales causas de Mortalidad, México, 1997.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones-1993 México, 1993.
- Secretaría de Salud. El consumo de drogas en México: Diagnóstico, tendencias y acciones, México 1999.
- Shaffer, D. R. (2000). Psicología del desarrollo Infancia y Adolescencia. México: Internacional Thomson editores, 5ª. Edición.
- Sifneos, P. (1996) Alexithymia: past and present. American Journal Psychiatry, 152:7, págs. 137-142.
- Simons, R. L., Robertson, J.F. y Downs, W.R. (1989), The nature of the association between parental and delinquent behavior, Journal of Youth and Adolescence, 18,297-319.
- Silva, M. F. (1995) Evaluación Psicológica en niños y Adolescentes, España: Síntesis.
- Spitz, R. (1965) EL primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica, 1977.
- Seligman, M. E. P. (1975) Helplessness, San Francisco: W.H. Freeman and Co.
- Steiner, C. (1974). Scripts people live. New York: Bantam Books, 1979.
- Sullivan, H. S., (1953) The interpersonal Theory and Psychiatry. New York: W. W. Norton.
- Sullivan, H. S., (1956) Clinical Studies in Psychiatry. New York: W. W. Norton.
- Simón, R. C., López, Taboada, J.L. y Linaza, I. J. L.(2000) Maltrato y Desarrollo Infantil, Madrid, España: Servicios editoriales, S.L.
- Solis, Q. H. (1986) Justicia de Menores. México: Porrúa.
- Sivak, R. , Wiater, A., Lolas, F. (1997) Alexitimia. La dificultad para verbalizar afectos. Teoría y Clínica. Argentina: Paidós.
- Tapia, C. R.(2001) Las Adicciones: Dimensión, impacto, y perspectivas. México: El Manual Moderno, Segunda Edición. (pp.61-66, 127-137 y 207-217)
- TenHousten, W. D. (1994), Creativity, intentionality, and alexithymia: a graphological analysis of split brain patients and normal controls, en M.P. Shaw y M.A. Runco (eds.) Creativity and effect (pp. 225-250), New Jersey, Ablex.
- Tocaven, R. (1993) Los Menores Infractores. México: Porrúa.
- Newcomb, D.M., et al., "Risk Factors for Drug Use among Adolescents: Current and longitudinal Analyses", Am J. Public Health, 76:5, 1986, pp 525-531.
- Velasco, D. L.(1984) Culpa y autodestrucción en un grupo de alcohólicos. Tesis de licenciatura, México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villanueva, R.(1988) Más allá del principio de la autodestrucción. México: Manual Moderno.
- Villatoro, J., et al., "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México Medición Otoño 1997", En Prensa, Revista Salud mental, 1999.
- Villee, D. B. (1975) Human endocrinology: A developmental approach, Filadelfia, W. R. Saunders.
- Wallerstein, A.(1967)La educación del niño y del Adolescente: Barcelona: Herder.
- Wallerstein, J.S. (1987) Children of divorce: Report of ten-year follow-up of early latency children. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 199-221.
- Wells, C. F. y Stuart, I. R. (1989). Self-destructive behavior in children and adolescents. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Weiner, I.B. (1963), On incest: A survey, Excerpta Criminologica, 4, 137-155.
- Weiner, I.B. (1985) Clinical Contributions to the developmental psychology of adolescence. Genetic Psychology Monographs, 111, 195-204.
- Weiner, I.B. (1992)Psychological disturbance in adolescence (2a edición), New York, Wiley.

- Whitbeck, L.B. y Simons, R.I. (1990) Life on the street: The Victimization of runaway And homeless adolescents. Youth & Society, 22, 108-125. (cap. 15)
- Widiger, T.A., & Corbitt, E.M. (1995) Antisocial personality disorder. En W.J. Livesley (ed.) , The DSM IV personality disorders (pp. 103-126). New York : Guilford Press (cap. 12)
- Zinder, J. Y Patterson, G.(1987), Family interaction and Delinquent behavior, en H.C. Quay (ed.), Handbook of juvenile Delinquency (pp. 216- 243), Nueva York, Wiley.

ANEXOS

- A. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA, ENTREVISTA Y FACTORES DE INTERACCIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DEL INVENTARIO DE SALUD, ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTO (SEVIC).**
- B. HOJA DE RESPUESTAS Y LAMINAS DEL TEST DE ROSENZWEIG.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ENTREVISTA

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Edad: a) 15 b) 16 c) 17 d) 18 e) 19 f) otra ¿Cuál? _____
2. Lugar y Fecha de nacimiento: _____
3. Sexo: a) M b) F
4. Grado escolar que se encuentra cursando (o que curso):
a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato d) Comercio o técnico e) Otro ¿Cuál? _____
5. Ocupación:
a) ninguna b) empleado c) estudiante d) comerciante e) otro ¿Cuál? _____
6. Estado Civil:
a) soltero b) casado c) divorciado o separado d) Unión libre e) otro ¿Cuál? _____
7. En el caso de vivir en unión libre (o casado), especifique el tiempo que lleva:
a) hace menos de un año b) de 1 a 2 años c) de 2 a 3 años d) de 3 a 5 años.
8. Número de años que se encuentra viviendo en México:
a) menos de un año. b) de 1 a 5 años c) de 6 a 10 años d) de 11 a 20 años e) más de 21 años.
9. ¿Cuál es el ingreso mensual familiar?
a) menos de un salario mínimo b) un salario mínimo c) dos salarios mínimos. d) De tres a cinco salarios mínimos. e) Más de seis salarios mínimos.
10. ¿Cuál es el ingreso quincenal propio (o personal)?
a) menos de un salario mínimo b) un salario mínimo c) dos salarios mínimos. d) De tres a cinco salarios mínimos. e) Más de seis salarios mínimos.
11. Nivel económico:
a) En asistencia social o beneficencia b) Clase trabajadora c) Clase media-baja d) Clase media e) Clase media-alta f) Clase alta.
12. Las personas que dependen económicamente de usted son:
a) ninguna b) hijos y esposa c) padres d) padres y hermanos e) hermanos f) otros ¿Quiénes? _____
13. A) Antes de ingresar a la Institución de Tratamiento (Reintegra, CEDIM, CTV, etc.) con quienes vivía:
a) Con sus padres (naturales o adoptivos) b) con otros parientes c) Solo d) Con su pareja y sus hijos e) Otro(s) ¿Quién(es)? _____
- B) Actualmente vive con:
a) Con sus padres (naturales o adoptivos) b) con otros parientes c) Solo d) Con su pareja y sus hijos e) Otro(s) ¿Quién(es)? _____
14. A) El número de personas que habitaban en mi vivienda antes de que yo ingresara a la Institución de Tratamiento (Reintegra, CEDIM, CTV, etc.) era: a) una b) dos c) tres d) cuatro e) cinco f) más de 6
B) El número de personas que habitan en su vivienda actual es:
a) una b) dos c) tres d) cuatro e) cinco f) más de 6.
15. ¿Practica alguna Religión? a) Si b) No ¿Cuál? _____
16. Número de hermanos:
a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) 5 g) más de 6 ¿cuántos? _____
17. El lugar que ocupo entre mis hermanos es:
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) Otro ¿Cuál? _____
18. Edad de mi Padre:
a) de 20 a 35 años b) de 36 a 45 años c) de 46 a 55 años d) de 56 a 65 e) de 67 ó más.
19. Originario de:
a) D.F. b) Interior de la República c) Extranjero
20. Ocupación:
a) obrero b) empleado c) comerciante d) pensionado o jubilado e) Otro ¿Cuál? _____
21. Nivel de Escolaridad que alcanzo mi padre:
a) ninguno b) primaria c) secundaria o carrera comercial d) preparatoria e) licenciatura f) Otro ¿Cuál? _____
22. Edad de mi Madre:
a) de 20 a 35 años b) de 36 a 45 años c) de 46 a 55 años d) de 56 a 65 años e) 67 ó más.
23. Originaria de:
a) D.F. b) Interior de la República c) Extranjero.
24. Ocupación de mi madre:
a) obrera b) empleada c) comerciante d) hogar e) pensionada o jubilada f) Otro ¿Cuál? _____
25. Nivel de Escolaridad que alcanzo mi madre:
a) ninguno b) primaria c) secundaria o carrera comercial d) preparatoria e) licenciatura f) Otra ¿Cuál? _____

REACTIVOS QUE EXPLORAN LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS.

26. He tenido relaciones Sexuales fuera de mi matrimonio, relación de noviazgo, o unión libre:

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) Esporádicamente
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

27. Me he contagiado con alguna enfermedad de transmisión sexual.

- a) Nunca
- b) Una vez.
- c) De dos a tres veces
- d) De cuatro a cinco veces.
- e) De seis a siete veces.
- d) Más de siete veces.

28. Cuando era chico, alguien abuso sexualmente de mi.

- a) Nunca
- b) Una vez
- c) De dos a tres veces
- d) De cuatro a cinco veces
- e) De seis a siete veces.
- f) Más de siete veces.

29. Durante mi niñez o adolescencia temprana tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho (Robo o asalto, violación, maltrato, accidentes, etc.)

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

30. De chico (entre los 3 y los 12 años) tuve accidentes.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

31. De chico (entre los 2 y los 12 años) yo me enfermaba.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

32. En mi infancia hasta los 7 años, mi alimentación e higiene fue.

a) Muy mala

- b) Mala
- c) Regular
- d) Buena
- e) Muy buena

33. En la escuela sacaba(o saco) malas calificaciones.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

34. La relación con mis maestros ha sido conflictiva.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

35. Me han insultado (o dicho cosas en forma ofensiva) mis maestros.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

36. A) Antes de ingresar a la Institución de Tratamiento (CEDIM, Reintegra, CTV, etc.), Trabajaba?

a. Si b. No.

¿ En que Trabajaba? _____

B) ¿Actualmente se encuentra trabajando? _____

a. Si b. no

¿En que trabajaba? _____

37. Mi trabajo me produce mucho cansancio, estrés o desgaste.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

38. He realizado trabajos que ponen en riesgo mi vida.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

¿Cuáles? _____

39. Me he golpeado accidentalmente en la escuela y/o en mi trabajo.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

40. He practicado deportes que ponen en riesgo mi vida.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

41. Actualmente practico un deporte o actividad física aproximadamente.

- a) Diariamente
- b) Tres veces a la semana
- c) Dos veces a la semana
- d) Una vez a la semana
- e) Ocasionalmente
- f) No practico ninguno

42. Hago ejercicio hasta agotarme.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

43. Tengo dificultades para dormir.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

44. He tenido enfermedades o malestares físicos.

- a) Nunca
- b) Una semana a un mes
- c) De dos a cinco meses
- d) De seis meses a un año
- e) De un año a cuatro años
- f) De cinco años a más

45. He tenido accidentes en vehículos (carros, motocicletas, bicicletas, etc.)

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

46. Cuando estoy apurado, suelo cortarme o herirme sin querer.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

47. Tengo cicatrices de heridas.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

¿Dónde? _____

48. Oculto algunas cicatrices para evitar tener que explicarle esto a los demás.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

49. Me he fracturado (o roto) algún hueso.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

¿Cuáles me he fracturado? _____

50. El número de veces que me han hospitalizado desde que era chico hasta el momento es:

- a) Nunca
- b) Una vez
- c) Dos veces
- d) Tres veces
- e) Cuatro veces
- f) Más de cinco veces

¿Cuál es la causa o el motivo? _____

51. Me he lesionado partes de mi cuerpo con cuchillos u otros objetos punzocortantes.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

¿Cuál ha sido la causa o el motivo? _____

52. He tenido enfermedades graves que requieren reposo.

- a) Siempre o casi siempre
b) Frecuentemente
c) A veces sí a veces no
d) Pocas veces
e) Casi nunca
f) Nunca

¿Cuál ha sido la causa o el motivo? _____

53. Me he lastimado con cortes o quemaduras en la piel.

- a) Siempre o casi siempre
b) Frecuentemente
c) A veces sí a veces no
d) Pocas veces
e) Casi nunca
f) Nunca

¿Cuál ha sido la causa o el motivo? _____

54. Pego puñetazos contra algo.

- a) Nunca
b) Casi nunca
c) Pocas veces
d) A veces sí a veces no
e) Frecuentemente
f) Siempre o casi siempre

55. Cuando estoy enojado suelo descargarme en mi propio cuerpo.

- a) Nunca
b) Casi nunca
c) Pocas veces
d) A veces sí a veces no
e) Frecuentemente
f) Siempre o casi siempre

56. Me muerdo las uñas

- a) Siempre o casi siempre
b) Frecuentemente
c) A veces sí a veces no
d) Pocas veces
e) Casi nunca
f) Nunca

57. Me arranco o jalo el pelo (de la cabeza, brazos, barba, piernas, axilas, etc.)

- a) Siempre o casi siempre
b) Frecuentemente
c) A veces sí a veces no
d) Pocas veces
e) Casi nunca
f) Nunca

58. Me arranco las costras de mis heridas.

- a) Siempre o casi siempre
b) Frecuentemente
c) A veces sí a veces no
d) Pocas veces
e) Casi nunca
f) Nunca

59. Me muerdo los dedos o alrededor de las uñas.

- a) Siempre o casi siempre
b) Frecuentemente
c) A veces sí a veces no
d) Pocas veces
e) Casi nunca
f) Nunca

60. Me rasco los granitos o heridas hasta que sangran.

- a) Siempre o casi siempre
b) Frecuentemente
c) A veces sí a veces no
d) Pocas veces
e) Casi nunca
f) Nunca

61. Me gusta ir en vehículos a gran velocidad.

- a) Nunca
b) Casi nunca
c) Pocas veces
d) A veces sí a veces no
e) Frecuentemente
f) Siempre o casi siempre

62. Camino en lugares peligrosos por las noches.

- a) Nunca
b) Casi nunca
c) Pocas veces
d) A veces sí a veces no
e) Frecuentemente
f) Siempre o casi siempre.

63. Cuando siento algún dolor, pienso que debo aprender a soportarlo.

- a) Nunca
b) Casi nunca
c) Pocas veces
d) A veces sí a veces no
e) Frecuentemente
f) Siempre o casi siempre

64. Tengo moretones.

- a) Nunca
b) Casi nunca
c) Pocas veces
d) A veces sí a veces no
e) Frecuentemente
f) Siempre o casi siempre

65. He intentado quitarme la vida para dejar de tener problemas.

- a) Nunca
b) Una vez
c) Dos veces
d) Tres veces
e) Cuatro veces
f) Más de cinco veces

¿Cuál ha sido la causa o el motivo? _____

66. He planeado (o pensado) la forma en que me quitaría la vida.

- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) Pocas veces
 - d) A veces sí a veces no
 - e) Frecuentemente
 - f) Siempre o casi siempre
- ¿Cómo lo ha planeado? _____

67. Tengo familiares que han intentado quitarse la vida.

- a) Sí
 - b) No
- ¿Cuál ha sido la causa o el motivo? _____

68. Algunos de mis familiares que se quitaron la vida fueron.

- a) Padre
 - b) Madre
 - c) Algún hermano
 - d) Algún primo
 - e) Algún abuelo
 - f) Otros
- ¿Cuál ha sido la causa o el motivo? _____

69. A) Antes de ingresar a la institución de tratamiento ¿Cuál era el número de comidas que hacía?

- a) Menos de una comida
- b) Una comida al día
- c) Dos comidas al día
- d) Tres comidas al día
- e) Cuatro comidas al día
- f) Cinco comidas o come todo el día.

B) El número de comidas que a veces hago durante el día es:

- a) Menos de una comida
- b) Una comida al día
- c) Dos comidas al día
- d) Tres comidas al día
- e) Cuatro comidas al día
- f) Cinco comidas o come todo el día.

70. Mi peso por lo regular se encuentra abajo del promedio.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

71. He tenido sobrepeso.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no

d) Pocas veces

e) Casi nunca

f) Nunca

72. Mis padres me castigaban a base de:

- a) Pláticas
- b) Gritos.
- c) Golpes.
- d) Insultos.
- e) Otros ¿Cuáles? _____

73. El dolor físico producido por los castigos de mis padres dura (o duraba):

- a) Minutos.
- b) Horas
- c) Días
- d) Semanas
- e) Meses

74. He tenido problemas por mi agresividad durante:

- a) Nunca
 - b) De una semana a un mes
 - c) De dos a cinco meses
 - d) De seis meses a un año
 - e) De un año a cuatro años
 - f) De cinco años a más
- ¿Cuál ha sido el motivo de la agresividad? _____

75. La gente que me conoce piensa que soy muy agresivo.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

76. Demuestro mi enojo a las personas que me provocan.

- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) Pocas veces
 - d) A veces sí a veces no
 - e) Frecuentemente
 - f) Siempre o casi siempre
- ¿Cómo la expresa? _____

77. Mis amigos me insultan:

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

78. Me he peleado con mis amigos y /o compañeros.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente

- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

79. Mi novia (o pareja) me ha insultado o golpeado.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

80. Por lo regular aguanto(o tolero) los insultos de mi familia.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Pocas veces
- d) A veces sí a veces no
- e) Frecuentemente
- f) Siempre o casi siempre

81. Por lo regular aguanto(o tolero) los insultos de mi novia (o pareja) y amigos.

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

82. Me he peleado con mis jefes de trabajo.

- a) Nunca
- b) Una vez
- c) Dos veces
- d) Tres veces
- e) Cuatro veces
- f) Más de cinco veces

83. He vivido en la calle.

- a) Nunca
- b) Una vez
- c) Dos veces
- d) Tres veces
- e) Cuatro veces
- f) Más de cinco veces

¿Desde cuándo (si es el caso número de años o meses)?

84. Me han corrido de mi casa.

- a) Nunca
- b) Una vez
- c) Dos veces
- d) Tres veces
- e) Cuatro veces
- f) Más de cinco veces

85. He abusado del alcohol durante:

- a) De un día a cinco días
- b) Una semana a un mes
- c) De dos a cinco meses

d) De seis meses a un año.

e) De uno a cuatro años.

f) Cinco años o más.

¿Cuál es la cantidad de copas que suele ingerir a la semana?

86. Fumo (cigarros de tabaco)

- a) Dos o más cajetillas al día
- b) De una a dos cajetillas al día
- c) Entre diez cigarros y una cajetilla al día
- d) De uno a diez cigarros al día
- e) No fumo

87. He usado drogas o sustancias:

- a) Siempre o casi siempre
- b) Frecuentemente
- c) A veces sí a veces no
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

¿Cuál es (o era) el tipo de droga(s) que utiliza (o utilizaba)?

¿Desde cuándo ha usado drogas?

¿Cada cuando las consume?

¿Dónde las consume?

¿Cuál ha sido la causa o el motivo por el cual se droga?

REACTIVOS QUE COMPONEN LOS CUATRO FACTORES QUE ENUNCIAN INTERACCIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIARES DE LA ESCALA SALUD, ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTO (SEVIC).

88. En general, mi relación con mis hermanos(as) ha sido.

- a) Muy mala
- b) Mala
- c) Regular
- d) Buena.
- e) Muy buena.

89. Cuando yo era niño (como hasta los 14 años de edad), mi padre (o tutor) vivía con nosotros en la misma casa.

- a) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo)
- b) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c) a veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)
- d) pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f) nunca

90. Mi padre (o tutor) usaba drogas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- a) nunca
 b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 c) pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 d) a veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 f) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo).
91. Cuando yo era niño (como hasta los 14 años de edad), mi madre (o tutora) vivía con nosotros en la misma casa.
- a) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo)
 b) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 c) a veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 d) pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 e) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 f) nunca
92. Mi madre o tutora tomaba mucho alcohol.
- a) nunca
 b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 c) pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 d) a veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 f) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo).
93. Mi madre o tutora usaba drogas.
- a) nunca
 b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 c) pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 d) a veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 f) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo).
94. Mi madre o tutora decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto" o inútil o me comparaba negativamente con otros.
- a) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo)
 b) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 c) a veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 d) pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 e) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 f) nunca
95. Cuando mi padre o tutor me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo.
- a) nunca
 b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 c) pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 d) a veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 f) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo).
96. Mi madre (o tutora) me mostraba su afecto o cariño.
- a) nunca
 b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 c) pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 d) a veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 f) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo).

97. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre(o tutor) es (o era).
- a) Muy buena.
 b) Buena
 c) Regular
 d) Mala.
 e) Muy mala.
98. Cuando yo era chico (como de 5 a 12 años de edad), mi padre (o tutor) mostraba interés en mis opiniones.
- a) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo)
 b) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 c) a veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 d) pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 e) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 f) nunca
99. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos.
- a) Casi diario
 b) Como una vez a la semana.
 c) Como una vez al mes.
 d) Como una vez cada tres meses.
 e) Como dos veces al año.
 f) Una vez al año o menos
100. Yo tenía confianza en mi padre(o tutor) como para platicarle algo muy personal de mi mismo.
- a) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo)
 b) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 c) a veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 d) pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 e) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 f) nunca
101. Mi padre (o tutor) me mostraba su afecto o cariño.
- a) nunca
 b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 c) pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 d) a veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 f) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo).
102. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o a un problema, mi padre o tutor me apoyaba o me reconfortaba.
- a) Siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo)
 b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 c) A veces si a veces no(40% a 60% del tiempo)
 d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 e) Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 f) Nunca
103. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi madre(o tutora) es (o era).
- a) Muy buena.
 b) Buena
 c) Regular

d) Mala.

e) Muy mala.

104. Cuando yo era chico (como de 5 a 12 años de edad), mi madre (o tutora) mostraba interés en mis opiniones.

a) Siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo)

b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

c) A veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)

d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).

e) Casi nunca (menos de 20% del tiempo)

f) Nunca

105. Mi madre (o tutora) y yo platicábamos como buenos amigos.

a) Casi diario

b) Como una vez a la semana.

c) Como una vez al mes.

d) Como una vez cada tres meses.

e) Como dos veces al año.

f) Una vez al año o menos

106. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo me lo decía de un modo duro u ofensivo.

a) nunca

b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)

c) pocas veces (20% a 40% del tiempo).

d) a veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)

e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

f) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo).

107. Yo tenía confianza en mi madre(o tutora) como para platicarle algo muy personal de mi mismo.

a) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo)

b) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

c) a veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)

d) pocas veces (20% a 40% del tiempo).

e) casi nunca (menos de 20% del tiempo)

f) nunca

108. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o a un problema, mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba.

a) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo)

b) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

c) a veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)

d) pocas veces (20% a 40% del tiempo).

e) casi nunca (menos de 20% del tiempo)

f) nunca

109. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían.

a) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo)

b) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

c) a veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)

d) pocas veces (20% a 40% del tiempo).

e) casi nunca (menos de 20% del tiempo)

f) nunca

110. Mi padre o tutor tomaba mucho alcohol.

a) nunca

b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)

c) pocas veces (20% a 40% del tiempo).

d) a veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)

e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

f) siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

111. Mis padres (naturales o adoptivos) se mostraban cariñoso o amor el uno al otro.

a) nunca

b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)

c) pocas veces (20% a 40% del tiempo).

d) a veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)

e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

f) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo).

112. Mis padres naturales u adoptivos se peleaban discutiendo o gritando.

a) nunca

b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)

c) pocas veces (20% a 40% del tiempo).

d) a veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)

e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

f) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo).

113. Cuando mis padres naturales o adoptivos peleaban también usaban violencia física (jalones, golpes, empujones, etc.).

a) Siempre o casi siempre(más del 80% de las veces)

b) Frecuentemente (60% a 80% de las veces)

c) A veces sí a veces no(40% a 60% de las veces)

d) Pocas veces (20% a 40% de las veces).

e) Casi nunca (menos de 20% de las veces)

f) Nunca

114. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, lo hacían enfrente de mí o de mis hermanos(as).

a) Siempre o casi siempre(más del 80% de las veces)

b) Frecuentemente (60% a 80% de las veces)

c) A veces sí a veces no(40% a 60% de las veces)

d) Pocas veces (20% a 40% de las veces).

e) Casi nunca (menos de 20% de las veces)

f) Nunca

115. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse.

a) nunca

b) casi nunca (menos de 20% del tiempo)

c) pocas veces (20% a 40% del tiempo).

d) a veces sí a veces no(40% a 60% del tiempo)

e) frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

f) siempre o casi siempre(más del 80% del tiempo).

Hoja de Respuestas del Test de Rosenzweig.

Edad: _____ Hora y fecha de Aplicación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Escolaridad: _____

Instrucciones.

En cada uno de los siguientes cuadros se encuentran dos o más personas. Lo que dice una de ellas esta siempre escrito en la figura. En cada caso usted debe imaginar lo que contestaría la otra persona de cada cuadro y escribir esa respuesta en el espacio correspondiente de esta hoja de respuestas. **Escriba la primera respuesta que se le ocurra. No marque los dibujos. Trabaje lo más rápidamente posible.**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____

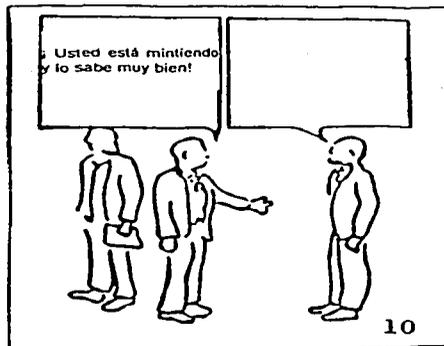
117 TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



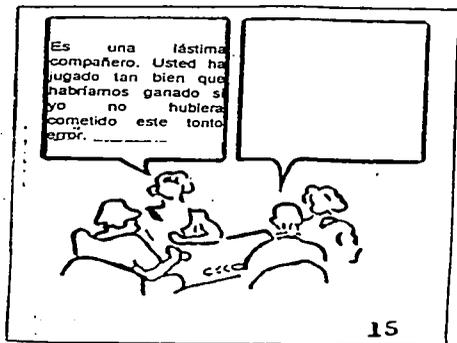
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



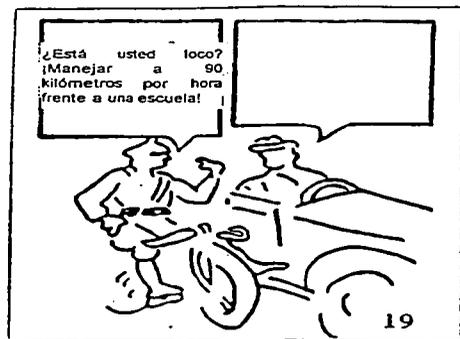
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



FALTA DE ORIGEN
TESIS CON



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



FALTA DE ORIGEN
TESIS CON