



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PSICOLOGÍA

PATRONES Y AUSENCIA DE CULPA ASOCIADOS EN EL DESARROLLO DEL  
COMPORTAMIENTO DISOCIAL EN NIÑOS CON IMC DE NORMOPESO Y  
OBESIDAD

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
JORGE ULISES REYES HERNÁNDEZ

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING  
COMITÉ: DR. ALFREDO ALCÁNTAR CAMARENA  
LIC. FÉLIX RAMOS SALAMANCA  
MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA  
LIC. RITA YÁÑEZ PERALTA

MÉXICO, DF.

Mayo 2014

Esta investigación forma parte del proyecto PAPIIT Proclividad a las emociones de culpa y vergüenza, estrategias de enfrentamiento y su relación con la percepción del índice de masa corporal en mujeres y hombres. IN 302112, financiado por DGAPA, UNAM.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	5
Justificación.....	6

## MARCO TEÓRICO

1. La familia como núcleo educativo.....	7
1.1. Familia funcional.....	8
1.2. Familia disfuncional.....	10
1.2.1. Ausencia de los valores familiares.....	11
1.3 La teoría socio-cognoscitiva de Dodge.....	12
2. Conductas transgresoras del orden social: Disocial, antisocial, sociópata y psicópatas.....	13
2.1 Trastorno disocial.....	13
2.1.1 Características.....	14
2.1.2 Epidemiología.....	16
2.2 Trastorno antisocial.....	18
2.2.1 Características.....	18
2.2.2 Epidemiología.....	19
2.3 Psicopatía.....	22
2.3.1 Características.....	22
2.3.2 Epidemiología.....	25
2.3.3 Etiología biológica.....	25
2.4 Sociopatía.....	26
2.5 Etiología y su vinculación con la emoción de culpa.....	27
2.5.1 Etiología.....	27
2.5.2 Influencias socioculturales.....	28
2.5.3 Factores Familiares.....	28

2.5.4 Factores escolares.....	29
2.5.5 Medios de comunicación social.....	30
2.5.6 Vinculación con la emoción de culpa.....	33
3. Aspectos generales del Normopeso, Sobrepeso y Obesidad.....	36
3.1 Índice de Masa Corporal (IMC).....	36
3.2 Condición Corporal según IMC.....	36
3.3 Situación Epidemiológica en México.....	39
3.4 Consecuencias psicosociales.....	39
MÉTODO.....	40
RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63



## Resumen

En el presente trabajo se recopila información acerca de la ausencia de culpa y los patrones que se cumplen para el desarrollo de comportamientos disociales en adolescentes de entre 12 y 19 años, pertenecientes a instituciones de custodia y estudiantes a nivel secundaria y bachillerato. Los datos obtenidos fueron el resultado de la evaluación de conductas antisociales y delictivas (Cuestionario A-D) y la emoción de culpa (Pacul\*U 2C). El análisis de los resultados indicó que las muestras son muy similares en los aspectos evaluados. Concluyendo que los patrones que tienen que ver con el desarrollo de conductas disociales y la ausencia de culpa, son de corte social.

## Introducción

Se comienza tratando de explicar por qué se llevó a cabo el presente trabajo. Para poder hacer esto se tiene que hacer la pregunta ¿qué es la culpa?, la culpa es aquello que promueve el deseo de reparar lo dañado o compensar al ser lastimado o humillado, este sentimiento es la base de la empatía. La empatía es aquello que hace que la persona sienta lo que las demás personas sienten, es decir, ponerse en el lugar del otro. Ambos conceptos se relacionan debido a que una es el resultado de la otra.

Las personas que presentan estas características son consideradas normales, pero hay una pequeña población que no las presenta, este tipo de individuos generalmente tienden a desarrollar rasgos psicopáticos o antisociales, es decir, son transgresores de los derechos de los demás a su alrededor.

Las personas de este sector provienen de familias poco funcionales, careciendo de los valores y capacidades autoregulatoras transmitidas por la misma, como lo son la contención emocional, conductual y la capacidad de sentir culpa (Nava, 2010).

## **Justificación**

Los comportamientos disociales son considerados como una de las formas más frecuentes de psicopatología en niños y adolescentes. La prevalencia del trastorno disocial se ha incrementado durante las últimas décadas, puede ser más elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales. En los varones de menos de 18 años, las tasas se encuentran entre el 6 y el 16%; en las mujeres entre el 2 y el 9%, y en la población general entre 1.5 y 3.4%. Este problema es más frecuente en varones, se presenta en 4 hombres por una mujer (Vásquez, Feria, Palacios & de la Peña, 2010). Es por ello que para este estudio sólo se recopilarán datos del sexo masculino.

De igual forma se ha tomado la ausencia de culpa en el individuo y la falta de valores dentro de la dinámica familiar, como causas importantes de comportamientos disociales que presentan algunos sujetos. Tomando en cuenta a personas con Índice de Masa Corporal (IMC) de normopeso y obesidad, ya que al ser una medida diagnóstica, podría guardar relación en el desarrollo de comportamientos disociales. Refiriéndose a que existe evidencia de repercusiones psicológicas en personas que padecen o padecieron sobrepeso u obesidad.

## MARCO TEÓRICO

### 1. La familia como núcleo educativo

Se define a la familia como un grupo de pertenencia primario, conformado por personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, donde se establecen una serie de lazos afectivos y sentimentales.

La familia es la institución que conecta a las personas con la sociedad, cumpliendo una función esencial, forjando expectativas, se aprenden y afianzan valores, creencias y costumbres. Dentro de este grupo se da el primer proceso de socialización, que va a facilitar en las siguientes etapas del desarrollo del individuo, la adquisición de una serie de conductas que le van a servir en posteriores estadios de su existencia. Estas conductas aprendidas en el proceso de socialización temprano, dentro de la familia son denominadas conductas precurrentes, es decir, comportamientos que servirán de fundamento y en base a ellas se van a insertar conjuntos de conductas más complejas que van a ir incorporando en sus posteriores procesos de socialización y en las diversas áreas que le brinda su entorno, los cuales a la vez serán aplicables en etapas más avanzadas de su vida (Estrada, 2003).

De los sucesos que puedan ocurrir en esta etapa temprana dentro de la familia, el niño va a moldear e incorporar diversos sistemas de comportamientos, sentimientos, ideas y creencias, y a establecer diferentes modalidades de reaccionar conductual y fisiológicamente ante los eventos de su entorno (Papalia, 2004).

Este grupo es una especie de unidad de intercambio, que generalmente tiende a estar en equilibrio, gracias a un proceso de acciones y reacciones llamado dinámica familiar y que según Jackson (1984) es la colección de “fuerzas” positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que esta como unidad funcione bien o mal. Un ejemplo de esta búsqueda del equilibrio dentro de la familia, es la reacción



que se tiene ante el nacimiento de un nuevo integrante o la inclusión de un nuevo miembro (matrimonio de uno de los hijos, adopción, convivencia, etc.), modifican muchos de los elementos que en ésta subsiste, desde la forma de ubicarse en la estructura familiar, hasta la manera como se comunican entre ellos, el desempeño de roles formales y roles complementarios, el tiempo de permanencia en casa y el lugar de permanencia en ella, las actividades que se venían realizando, la distribución racional del tiempo, etcétera, permitiendo así la subsistencia del grupo.

Constantemente se están produciendo este tipo de cambios en la organización interna de la familia, pero existen también cambios que son propiciados por el medio que la rodea, es decir, la dinámica familiar puede cambiar debido a un ambiente social amistoso, haciendo que se fomente la movilidad social. En cambio, en un ambiente lleno de peligros puede hacer que la familia se desintegre o bien se unifique aún más, como una respuesta defensiva.

Los patrones funcionales o disfuncionales de crianza y en lo que concierne a su estructura, dinámica y normas vienen a ser sólo algunos de los elementos relevantes que van a facilitar la evolución de ésta y por ende la realización y desarrollo de sus integrantes en su correspondiente proyecto de vida. También contradictoriamente sus fallas y conductas van a contribuir al surgimiento de patologías en sus integrantes.

### **1.1 Familia funcional**

La funcionalidad de una familia será vista desde la perspectiva emocional de lo saludable o la tendencia hacia lo saludable. Las características de la funcionalidad tendrán que ver entonces con: estructura de la familia (familia completa o incompleta), bienestar, formas de intercambio afectivo, formas de resolver problemas, enseñanza de reglas.

De esta manera, las familias funcionales son las que cumplen, en mayor o menor grado, las obligaciones que tiene cada miembro del sistema.

Ackerman (1977) menciona que son seis los requisitos que se deben cumplir para que haya funcionalidad en una familia.

1. Proveer alimento, abrigo y otras necesidades materiales que preservan la vida.
2. Ser la matriz de las relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos afectivos.
3. Promover la identidad personal ligada a la identidad familiar. Ser el vínculo de identidad que proporciona la seguridad para enfrentar nuevas experiencias.
4. Promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para la realización sexual futura.
5. Promover la identidad que ayuda a aceptar la responsabilidad social.
6. Fomentar el aprendizaje la creatividad y la iniciativa individual.

A mayor cumplimiento de estos rasgos, menor será la frustración, mayor satisfacción y mayor índice de funcionalidad.

Hay familias que guardan un equilibrio mediante conductas o patrones no precisamente saludables y frecuentemente hay alguien que tiene que sacrificar algo para que este equilibrio se mantenga. Un ejemplo frecuente es en donde dentro de una familia existe un hijo que se comporta de manera inadecuada para que los padres ocupen su atención en corregirlo y no peleen entre ellos. Este tipo de familias son disfuncionales pero están en equilibrio. Hay que recalcar que la funcionalidad se maneja en base a lo saludable o condiciones ideales de funcionamiento (Walsh & Mcgoldrick, 1991).

En una familia funcional los sentimientos de amor y ternura se expresan de manera libre así como la rabia, el temor, la tristeza y el enojo, y se tiene la convicción de que nadie será destruido por una pelea temporal. Si todos estos sentimientos y emociones se expresan con todo el grupo de manera libre puede ayudar a reforzar la unificación familiar, ya sea enfrentándolos, solucionándolos reconfortando o simplemente contagiándolos.

Las familias que comparten este rasgo, reconocen que cada miembro es diferente y que son individuos con aptitudes e intereses distintos y por lo tanto no condenan el no

compartir todo. Los padres que son parte de estas familias se preparan a lo largo de los años para la separación de los hijos del hogar. Igualmente la funcionalidad tiene que ver con el tipo de comunicación, es decir, debe ser clara y directa y el comportamiento debe estar dirigido por los roles desempeñados por cada uno de los miembros (Herrera, 1997).

## **1.2 Familia disfuncional**

Cuando se habla de “disfuncional” aplicado al sistema familiar, se conceptualiza como el mantenimiento de un deficiente funcionamiento en la familia a través del tiempo, un quebrantamiento de las funciones culturalmente establecidas, el desempeño de roles complementarios extraños, una carencia, desorden, alteración. Una contradicción, lo cual en el campo de la salud mental podría considerarse como: un funcionamiento no saludable de un sistema familiar cuyas características clínicas se mantienen a través de un tiempo indefinido afectando de manera específica o inespecífica a sus miembros (Vacca, 1997).

La definición de familia disfuncional es según Vacca (1997): “Un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas”.

Se define como un patrón al conjunto de características que se presenta de forma constante. Estas conductas son desadaptativas por ser incompatibles con el propio contexto cultural de la familia. Al mismo tiempo son indeterminadas, por no poder ser claramente identificadas y no poder saber cuál de estas características fungió como factor desencadenante de la disfunción y por ende de la patología. Dichas características pueden presentarlas uno o varios de los integrantes. El que la presente un solo miembro de la familia no debe de ser considerado como menos grave, dado que éste puede presentar conductas desadaptativas, trastorno de personalidad o atribuirse una significativa ascendencia e influencia ante sus integrantes que su sola presencia basta para cumplir con

las exigencias para calificar como disfuncional a todo el grupo. Estos individuos identificados, requieren necesariamente estar en relación directa con los demás miembros para que se genere una dinámica anómala. Dicha relación, propiciará un clima psicológico o psicopatológico que los afecte de manera específica o inespecífica. Este patrón de características debe tener permanencia en su membresía para que se considere como una disfuncionalidad.

### **1.2.1 Ausencia de los valores familiares**

La capacidad de sentir culpa es fundamentalmente humana y empieza a desarrollarse durante la infancia. Algunos expertos la describen como “el guardián de la conducta” y la consideran una emoción universal e innata del ser humano. Otros opinan que forma parte del aprendizaje y el desarrollo personal. No obstante, aunque el sentimiento es similar en todas las personas, sus causas y sus consecuencias pueden ser muy distintas (Rey, 2010).

Ya desde una fase temprana, en el transcurso del proceso de socialización, los niños adquieren la capacidad de empatía, es decir, la aptitud de ponerse en el lugar de los otros para comprender mejor lo que piensan y sienten y lo que puede originarles sufrimiento. No se trata de una mera empatía cognitiva (comprender lo que le ocurre a otra persona), sino de una auténtica empatía emocional (sentir lo que realmente le sucede). Ello supone que hacer algo indebido (o no hacer lo debido) le hace a una persona sentirse culpable. Si esto no ocurre, hay una anomalía en el funcionamiento psicológico (Op. Cit., 2010).

La aparición del sentimiento de culpa está vinculada al desarrollo de la conciencia moral. La mayor o menor intensidad de las respuestas emocionales de culpa deriva de las diferencias individuales y de las pautas educativas. Las personas introvertidas y con rasgos obsesivos tienden a vivir la culpa con más intensidad. Los estilos educativos centrados en el castigo físico provocan respuestas agresivas; por el contrario, los castigos psicológicos (por ejemplo, “ya no te quiero”, “no ves cómo sufrimos”, “así correspondes a los sacrificios hechos por ti”, etcétera) suscitan sentimientos de culpa intensos (Bybee, 1998).

El sentimiento de culpa es sano cuando evoluciona del malestar personal, al remordimiento por haber causado daño, lo que incita a la rectificación y a la reparación. Se trata de una culpa sana cuando el sujeto siente pesar y arrepentimiento por las transgresiones cometidas y plantea subsanarlas para, de ese modo, lavar las culpas (Zabalegui, 1997).

### **1.3 La teoría socio-cognoscitiva de Dodge**

Kenneth Dodge (1993, en Rey 2010) desarrolló una teoría sobre el origen del desorden de conducta que tiene en cuenta los rasgos socio-cognoscitivos (escasa capacidad empática, déficits en habilidades de resolución de conflictos interpersonales y déficits en la evaluación del comportamiento de los demás), con las experiencias negativas de los primeros años de vida. Para ello se basa en la teoría del procesamiento de la información, en la teoría del aprendizaje social y en la teoría del vínculo.

De acuerdo con este autor, los malos tratos físicos, un vínculo inseguro con el cuidador primario y la observación de modelos de interacción interpersonal agresiva (por ejemplo, la observación de violencia conyugal), pueden predisponer el desarrollo de dicho trastorno, ya que estos acontecimientos tienden a ocurrir antes de los cinco años de edad y quedan marcados profundamente en la memoria del niño. En particular, para Dodge, estos eventos acarrearán los siguientes efectos sobre un niño o niña: a) desarrolla una visión negativa de su mundo social, ya que aprende a percibirlo como un entorno potencialmente hostil; b) se impone metas que le permitan defenderse de las hostilidades de su entorno social; y c) desarrolla todo un repertorio de conducta agresivo, con base en los modelos de comportamiento a los cuales ha estado expuesto.

Para Dodge es claro que estos tres aprendizajes repercuten decisivamente sobre la manera en la que el niño o niña procesa la información proveniente de su entorno social, ya que hace que a) brinde atención excesiva a las señales de hostilidad procedentes de las demás personas, especialmente sus pares, b) atribuya erróneamente incluso los actos no

intencionados de los demás como muestras de hostilidad, c) genere inmediatamente una respuesta agresiva ante cualquiera de esos actos, y d) anticipe la obtención de resultados favorables como consecuencia de la generación de dicha respuesta. Para Dodge, este autoreforzo es fundamental en la perpetuación de este esquema de procesamiento de la información social, junto con otros reforzadores sociales por ejemplo, respeto, atención, etc.). Debido a que el niño utiliza continuamente este esquema cognoscitivo, éste se automatiza cada vez más hasta que degenera en el patrón de conducta antisocial propio del trastorno disocial.

Dodge explica los déficits socio-cognoscitivos con base en este esquema maladaptativo de a información social. El hecho de que el niño que desarrolla dicho esquema centra su atención en señales de hostilidad y evalúa como tal incluso los comportamientos no intencionados de los demás. Así mismo, al decidirse por una respuesta agresiva ante dicha señales de hostilidad, estaría mostrando el déficit en habilidades de solución de conflictos interpersonales reseñado anteriormente. Las dificultades para ponerse en el lugar del otro, presumiblemente, estarían en la base de este esquema, ya que el niño en cuestión no lograría comprender la verdadera motivación de la conducta de la otra persona, la cual interpretaría como señal de hostilidad. Estos tres rasgos socio-cognoscitivos, cuentan con respaldo empírico.

## **2. Conductas transgresoras del orden social: Disocial, Antisocial, Sociopatía y Psicopatía**

### **2.1 Trastorno disocial**

El DSM- IV- TR (2003) lo define como un conjunto persistente de comportamientos que evolucionan con el tiempo; se caracteriza por comportamientos en contra de la sociedad que violan los derechos de otras personas, las normas y reglas adecuadas para la edad.

### **2.1.1 Características**

Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales, esto corresponde a los criterios del A1-A7. Del criterio A8-A9 se refieren al comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos del A10-A12 y violaciones graves de las normas del punto A13-A15. Tres o más comportamientos característicos deben haber aparecido durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses.

#### **Agresión a personas y animales (A1-A7)**

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. A menudo inicia peleas físicas
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate de baseball, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
4. Ha manifestado crueldad física con personas.
5. Ha manifestado crueldad física con animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

#### **Destrucción de la propiedad (A8-A9)**

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.

9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

#### **Fraudulencia o robo (A10-A12)**

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.

11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "engañar" a otros).

12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).

#### **Violaciones graves de normas (A13-A15)**

13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.

14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).

15. Suele no asistir a la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

Otros dos criterios que son menos frecuentes pero que también se deben tomar en cuenta son:

**Criterio B.** El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**Criterio C.** El trastorno disocial puede diagnosticarse en individuos mayores de 18 años, pero sólo si se cumplen los criterios de trastorno antisocial de la personalidad.



### **2.1.2 Epidemiología**

Se ha dedicado una gran atención a los aspectos evolutivos de los trastornos disociales, es por eso que Loeber, Farrington & Washbush (1998) propusieron un modelo que puede servir para ilustrar algunos de los atributos que podrían caracterizar el curso evolutivo de los trastornos disociales. El modelo propone que los individuos atraviesan diferentes estadios de actos antisociales crecientemente graves, pero que solamente unos pocos individuos progresan a lo largo de todos los estadios. Es así como las conductas menos graves preceden a las más graves pero solo algunos individuos avanzan un paso más en cada estadio. La progresión se caracteriza por una creciente diversificación de conductas antisociales, y las conductas previas pueden mantenerse más que sustituirse.

#### **Inicio, curso y pronóstico**

La edad de inicio es probablemente el aspecto más mencionado de la evolución del trastorno disocial. Numerosos estudios, como el que realizaron Blaizac, Esquivel & Cruz (2002), han encontrado que el inicio en una edad precoz está relacionado con un comportamiento antisocial más grave y persistente.

El curso del trastorno disocial es variable. En la mayoría de sujetos, el trastorno se estabiliza en la vida adulta. Sin embargo, en la etapa adulta una proporción sustancial continúa manifestando comportamientos que cumplen criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Una serie de autores han propuesto dos trayectorias evolutivas diferentes que conducen a un comportamiento antisocial, una de inicio en la niñez y la otra de inicio en la adolescencia (Hinshaw, Lahey & Hart. 1993).

El patrón de inicio adolescente es la trayectoria evolutiva más habitual durante la niñez se exhiben pocas conductas desafiantes o antisociales.

Durante la adolescencia, muchos chicos comienzan a implicarse en actividades ilegales, y a pesar de que la mayoría realiza actos antisociales de forma aislada, algunos se involucran en suficientes comportamientos antisociales como para caracterizarlos con un diagnóstico de trastorno antisocial. A su vez, es menos probable que persistan en conductas antisociales más allá de la adolescencia.

McGee, Feehan & Williams (1996) hicieron un estudio prospectivo llamado “Dunedin Multidisciplinary Health and Development study”, a partir de un grupo de infantes neozelandeses, puso de manifiesto un gran aumento de la prevalencia de trastornos disociales no agresivos a la edad de 11 años, pero no un aumento de trastornos disociales agresivos a la edad de 15 años. Estos chicos mostraban claramente problemas de conductas, por ejemplo tenían la misma probabilidad de ser arrestados por actos delictivos que los delincuentes de inicio en la infancia. Sin embargo, sus actos eran menos agresivos, y los casos de inicio adolescente incluían una ligera cantidad mayor de niñas que de niños, contrastando con la predominancia de niños entre los casos de trastornos disociales a la edad de once años. Es decir, la edad media de aparición es más temprana en los hombres que en las mujeres. En los varones puede desarrollarse entre los 10 y 12 años de edad, mientras que en las mujeres entre los 14 y 16 años. Esta emergencia, bastante habitual durante la adolescencia, de un comportamiento antisocial no agresivo, es poco probable que persista más allá de la adolescencia, contrasta con el comportamiento antisocial de inicio precoz.

La trayectoria evolutiva del trastorno disocial de inicio en la infancia está más estudiada y es la que encaja en la noción de inestabilidad de los comportamientos disociales. Moffitt (1993), denomina a este patrón “comportamiento antisocial persistente a lo largo del ciclo vital”. Los estudios retrospectivos de adultos antisociales son coherentes con un cuadro de comportamiento disocial estable. No obstante debe recordarse que un número sustancial de niños con un inicio precoz de conductas antisociales no se mantiene en esta trayectoria.

El inicio precoz es menos habitual que el patrón de inicio adolescente, estimándose alrededor del 3 a 5 % de la población general. Los niños que siguen este patrón es más probable que presenten otros problemas, como por ejemplo un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno en el aprendizaje y dificultades escolares, un pronóstico peor es el riesgo creciente en la vida adulta de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias (Rey, 2010).

Es así como en el 2001, englobando ambas teorías, la de inicio adolescente y de inicio en la niñez, Skilling, Quinsey & Craig, realizaron un estudio con 1,111 niños de edad promedio de 12 años, en donde se mostró que 9% presenta conducta antisocial, 4% presenta conducta antisocial aumentada y 87% no fue identificado con conducta antisocial. Llegando a la misma conclusión ya antes mencionada, que la manifestación de la conducta antisocial se da a temprana edad. Es por ello que el riesgo de cometer un delito violento es más alto durante la adolescencia, por lo que la mayoría de los estudios criminológicos se han enfocado en jóvenes de 12 a 18 años (Tremblay, 2003).

## **2.2 Trastorno antisocial**

La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta (DSM-IV-TR, 2003).

### **2.2.1 Características**

Los rasgos de personalidad antisocial sólo componen un trastorno antisocial de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes puntos:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
  2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
  3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
  4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
  5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
  6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
  7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros
- B. El sujeto tiene al menos 18 años.
- C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

### **2.2.2 Epidemiología**

La prevalencia total del trastorno antisocial de la personalidad en las muestras de población general es aproximadamente del 3 % en los varones y del 1 % en las mujeres. Las estimaciones de la prevalencia en poblaciones clínicas han variado entre el 3 y el 30 %, dependiendo de las características predominantes de las muestras. En los lugares de tratamiento de abuso de sustancias y en la cárcel o en el marco forense, se han encontrado cifras de prevalencia incluso más elevadas (Op. Cit, 2003).

Sin embargo, todas las conductas antisociales a pesar de quebrantar las normas sociales, no se presentan en el mismo grado de severidad y por ello no causan el mismo daño en las personas víctimas de estos comportamientos, por lo que dentro de la diversidad de estos actos, se asume que los menos severos pueden nombrarse “conductas problemáticas”, englobando mentiras, huidas del hogar, inasistencias a la escuela, acciones agresivas, entre otras. También se encuentran las “conductas delictivas” las cuales no sólo sobrepasan lo permitido socioculturalmente, sino además infringen las normas establecidas por el marco legal que rige a la misma. En un marco más severo se puede hablar del “trastorno de conducta”, el cual caracteriza a una persona que realiza una conducta antisocial, pero esta acción tiene un trasfondo clínico que trastorna el funcionamiento de la persona dentro de la sociedad (Peña & Graña, 2006).

Con respecto a esta diversidad de comportamientos antisociales, actualmente las conductas delictivas (robo, secuestro, homicidios, violaciones, y narcotráfico) son las que prevalecen en la población adolescente mexicana. En el año 2009 fueron remitidos a los centros de integración juvenil 12,404 adolescentes, de los cuales 681 fueron reingresados al mismo centro por cometer el mismo delito, según los datos más recientes arrojados por la Secretaría de Seguridad Pública (SSP). Es debido a estas cifras, que se considera que estos centros más allá de enseñarles a los adolescentes comportamientos que los ayuden a vivir en sociedad, provocan conductas inadecuadas (Secretaría de Seguridad Pública, 2012).

### **Inicio, curso y pronóstico**

Herbert (s. f., en Rutter, Giller & Hagell, 2000) señala que las conductas antisociales tienden a desorganizar y entorpecer la adquisición de destrezas adaptativas de fundamental importancia, su presencia en la niñez permite predecir futuros problemas de adaptación durante la adolescencia y la edad adulta.

Angement & De Mann (1996, en Córdova, 2008) definen la conducta antisocial de tipo delincuencial en jóvenes, como aquellas actividades que en términos de las normas y costumbres se consideran inaceptables e incluso indeseables, y de las cuales las formas más graves son denominadas trastornos.

El DSM-IV-TR (2003) define al trastorno disocial como un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.

Por otro lado, Quay (1987, en Morales, 2008) indica que casi en la mayor parte de los casos, los delitos violentos y el crimen (psicópatas y sociópatas) se asocian más con factores internos y con una mayor perturbación psicológica en comparación con delitos cometidos por adolescentes que constituyen faltas menores hacia la autoridad, parental y no parental. Lo que quiere decir que los aspectos cognitivos son fundamentales dentro del abordaje de personas con conductas antisociales, y sobretodo es muy importante tratarlo desde la adolescencia, cuando se empiezan a producir condiciones de esta índole, considerando que el sujeto que manifiesta conducta antisocial presentan déficit a nivel cognitivo y afectivo. Y en lo que respecta al punto de vista clínico, al hablar de conducta antisocial, los niños o adolescentes pueden manifestar algunos problemas de comportamiento como agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaños, mentiras o robos y violación seria a las reglas (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001). Este tipo de conductas generará consecuencias, de las cuales, varios son graves resultados inmediatos del comportamiento antisocial, tanto para los jóvenes como para las otras personas. A largo plazo hay consecuencias lamentables y podría llevarse sus conductas a convertirse en criminales, al alcoholismo, afectación psiquiátrica grave o dificultades de adaptación manifiestas en el trabajo y la familia y problemas interpersonales.

## **2.3 Psicopatía**

El concepto de psicopatía, tal y como se entiende en la actualidad, es producto de la investigación que psiquiatras y psicólogos, europeos y americanos, han realizado durante siglos (Raine & Sanmartín, 2000). Millón, Simonsen, Birket-Smith & Davis, (1998) concluyeron: “La psicopatía ha sido el primer trastorno de la personalidad reconocido por la psiquiatría. El concepto tiene una larga tradición histórica y clínica, en la última década su existencia ha sido validada por un número creciente de investigaciones...” (p. 28).

### **2.3.1 Características**

Aunque se sigue debatiendo e investigando su etiología, dinámica y límites conceptuales, siempre se ha llegado a la misma conclusión sobre las principales características afectivas, interpersonales y comportamentales de este trastorno de la personalidad. En el ámbito interpersonal, por ejemplo, los psicópatas son presuntuosos, arrogantes, insensibles, dominantes, superficiales y manipuladores. En la manifestación de sus afectos son irritables, incapaces de establecer fuertes vínculos emocionales y carentes de empatía, sentido de culpa o remordimientos. Estos atributos interpersonales y afectivos están asociados con un estilo de vida socialmente irregular, que incluye comportamientos irresponsables e impulsivos y una tendencia a ignorar o violar las convenciones y normas sociales.

Es posible que haya factores genéticos que contribuyan a la aparición de los rasgos de personalidad y temperamento que caracterizan a este trastorno, aunque la expresión de estos rasgos en el individuo sea producto de complejas interacciones entre predisposiciones biológicas, temperamentales y factores sociales (Haré, 1993). Estos rasgos comienzan a presentarse pronto en la niñez, en algunos casos como combinación de dos categorías diagnósticas: el trastorno disocial y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Rey, 2010).

La psicopatía representa un problema grave para la sociedad porque, aunque no todos los psicópatas entran en contacto con la justicia, sus rasgos definitorios hacen que posean un alto riesgo de ser violentos. Sin embargo, es importante resaltar que “psicópata” no es sinónimo de “criminal”. La mayoría de los criminales no son psicópatas y, aunque todos los psicópatas transgreden múltiples normas y costumbres sociales, es posible que muchos no entren en contacto con el sistema de justicia (Hare, 1993). Algunos son trabajadores informales, otros empresarios sin consideraciones, políticos corruptos o profesionales carentes de ética, que usan su influencia y poder para aprovecharse de sus clientes, de sus pacientes o de la sociedad en general.

En los últimos años, el papel de la psicopatía en la justicia criminal ha cambiado drásticamente. Antes se otorgaba poco valor a los diagnósticos clínicos de la psicopatía a la hora de comprender y predecir el comportamiento criminal. Sin embargo, al revisar los rasgos definitorios del trastorno (insensibilidad, impulsividad, egocentrismo, narcisismo, irresponsabilidad, falta de empatía, falta de sentimientos de culpa o remordimientos, etc.) queda patente que un psicópata tiene muchas más probabilidades que el resto de individuos de transgredir las reglas y leyes de la sociedad y de ajustarlas a su conveniencia.

A pesar de la estrecha relación entre psicopatía y comportamiento criminal, los psicópatas se diferencian claramente del resto de delincuentes, incluso de los más violentos. Aunque la carrera criminal típica es relativamente corta, también se dan casos de delincuentes que dedican la mayor parte de su vida a actividades delictivas. Entre estos individuos reincidentes se encuentran los psicópatas, que inician sus actividades antisociales y criminales relativamente pronto y continúan delinquiendo la mayor parte de su vida. Muchos de estos criminales “de carrera” dejan de tener un comportamiento tan marcadamente antisocial cuando alcanzan la madurez (Haré, McPherson & Forth, 1988 citados es Raine & Sanmartín 2000). Pero este hecho no significa que hayan abandonado por completo el mundo delictivo, sino que su nivel de actividad criminal general ha bajado hasta el nivel del delincuente reincidente medio. Los delitos en general disminuyen, pero



no los actos violentos. En realidad, la propensión de los psicópatas a comportarse violentamente parece disminuir muy poco con la edad.

Los principales inhibidores de la violencia y la conducta antisocial (empatía, vínculos emocionales, miedo al castigo, sentimientos de culpa, etc.) son inexistentes o muy deficientes en los psicópatas. En cambio, el egocentrismo, el narcisismo, la autojustificación, la impulsividad, la falta general de inhibiciones comportamentales y la necesidad de poder y control, constituyen lo que se podría llamar la fórmula perfecta para los actos antisociales y criminales. Este hecho podría explicar por qué los psicópatas representan sólo un 1% del total de la población general, mientras que, entre la población reclusa, esta tasa se eleva al 25 %. Estas características pueden también explicar por qué les es tan fácil victimizar a los más vulnerables y emplear la intimidación y la violencia para conseguir el poder y el control sobre los demás. Según Silver, Mulvey & Monahan (1999): “Las características definitorias de la psicopatía (impulsividad, versatilidad criminal, insensibilidad y falta de empatía o remordimientos), hacen que haya una íntima relación conceptual entre la violencia y la psicopatía” (p. 244).

Estos individuos ven al resto como presas emocionales, físicas y económicas, y se autojustifican cuando creen que el mundo está dividido entre los que dan y los que reciben y que ellos han nacido para recibir. Tienen también una gran habilidad para engañar y manipular, para acechar y localizar los “terrenos más vulnerables”. Además, cuando utilizan la intimidación y la violencia suelen hacerlo a sangre fría y de manera directa, sencilla y metódica; no lo hacen por angustia o por factores externos que les inciten a actuar. Su violencia no tiene el rasgo emocional que caracteriza la violencia del resto de personas. De ahí que su reacción ante el daño que causan, sea antes una fría indiferencia, una sensación de poder, placer o satisfacción personal, que el remordimiento o la preocupación por lo que han hecho.

### **2.3.2 Epidemiología**

Los síntomas de la psicopatía comienzan a ser evidentes a temprana edad. De este modo, el trastorno puede diagnosticarse de manera confiable en la adolescencia (Forth & Burke, 1998 en Raine & Sanmartín, 2000).

La incidencia media de la psicopatía en los delincuentes adolescentes es, como mínimo, tan alta como en sus equivalentes adultos. De ahí que los psicópatas, adolescentes presenten mayor riesgo de reincidir violentamente que el resto de delincuentes adolescentes.

Hay relativamente pocas investigaciones sobre el papel que desempeña la psicopatía entre las mujeres delincuentes. Sin embargo, los datos disponibles indican que aproximadamente un 15% de ellas cumplen los criterios del PCL-R (Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare) para la psicopatía (Op. Cit. 2000) y, al igual que los hombres, tienen una tasa de reincidencia mucho más elevada que el resto de mujeres delincuentes.

### **2.3.3 Etiología Biológica**

Las hipótesis más importantes toman en cuenta al lóbulo prefrontal y la amígdala. Así, en el primero caso, un funcionamiento anormal de esta parte central del neocórtex podría explicar su limitada capacidad para razonar y tomar decisiones, por ser la zona prefrontal la encargada de deliberar una acción.

Por su parte, la amígdala actuaría como un amplificador que procesaría los estímulos emocionales para que se pudieran reconocer en los demás y que la persona misma pueda identificarlos dentro de sí misma. Así, la discapacidad emocional podría relacionarse con lo que Garrido (2004) menciona: “los psicópatas muestran una menor actividad en la amígdala izquierda, lo que también ayudaría a explicar que estos sujetos sientan menos miedo ante la presencia de estímulos amenazadores, y que tengan más dificultades para recordar la ansiedad o el temor que estén asociadas a experiencias negativas...” (pp.

2009), algo que sería más difícil o imposible para el psicópata, si su amígdala funcionara de modo defectuoso.

Los llamados psicópatas puros tienen origen fundamentalmente genético; al no tener como influencia secundaria el ambiente, en su lugar tener una buena educación y medios para estudiar, y debido a que su compulsión para la violencia no era abrumadora, estos sujetos han podido canalizar su personalidad hacia el ámbito privado, familiar y profesional. Los niños con estas características genéticas tendrán una predisposición innata o temperamental a convertirse en psicópatas.

## **2.4 Sociopatía**

El término “Sociopata” es inexacto y ambiguo, usado por algunas propuestas teóricas de corte sociológico y psicológico, no existe un desarrollo continuo, ni totalmente válido y el término desde su origen etimológico se refiere más a una “patología social” que a un trastorno psicológico, lo que limita la posibilidad de estudiarlo en esta segunda disciplina y genera confusión, inexactitud y prejuicios.

Se debe mencionar de nuevo que la psicopatía tiene raíces biológicas, una predisposición que pasa por un sistema nervioso que no funciona de forma normal (Raine & Sanmartín, 2000). Sin embargo, no está claro en qué medida se hace necesario que el medio ambiente potencie esa tendencia hacia los comportamientos psicopáticos.

A aquellas personas que son capaces de realizar actos psicopáticos sin que tengan una personalidad psicopática de nacimiento, sino que la han adquirido por medio del “maltrato ambiental”, se denominan sociópatas, donde el prefijo “socio” indica que el origen se halla en la sociedad, no en el temperamento innato (Garrido, 2004). Dado que se debe pensar que siempre hay una interacción entre ambiente y rasgos heredados, los sociópatas disponen de aspectos temperamentales que les proporcionan la facilidad para poder llegar a ser lo que son, pero en ellos un ambiente radicalmente diferente hubiera cambiado mucho las cosas. Existen sujetos que no delinquirían reiteradamente si hubieran

tenido otros estímulos, si sus padres les hubieran dado afecto, protección y un mejor ejemplo.

Los sujetos con menor tendencia hacia los comportamientos psicopáticos mostrarán los rasgos más “benignos”, tales como dificultades para establecer relaciones emocionales y sociales plenas o ausencia de remordimientos y empatía, como es el caso de muchos sociópatas (Op. Cit, 2004).

## **2.5 Etiología y su vinculación con la emoción de culpa**

### **2.5.1 Etiología**

Teniendo en cuenta que se considera que las conductas trasgresoras del orden social tienen un origen multicausal, se ha investigado los factores de riesgo que pueden explicar estos comportamientos. De ahí que la probabilidad de aparición y su gravedad sean proporcionales al balance entre dichos factores.

La influencia de los factores de riesgo no es sumativa, sino que influyen entre sí de manera recíproca y también hay que tener en cuenta el momento de su aparición (Fernández & Olmedo, 1999).

Los factores que parecen estar relacionados con este tipo comportamientos disociales, son las variables de personalidad (temperamento difícil, impulsividad, búsqueda de sensaciones, inestabilidad afectiva, cognitiva (dificultad en la solución de problemas, impulsividad cognitiva y baja capacidad verbal), déficit de habilidades sociales y pobre empatía, baja autoestima, pobre desarrollo moral, bajo rendimiento escolar y otros trastornos asociados (trastorno por déficit de atención, consumo de drogas, trastorno del control de los impulsos) (Diaz-Sibaja, 2005).

### **2.5.2 Influencias socioculturales**

El niño y el adolescente viven inmersos en tres tipos de ámbitos socioculturales: la familia, que ejerce más influencia cuanto más pequeño es el niño; la escuela, donde permanece a partir de determinada edad la mayor parte del tiempo; y los medios de comunicación social, en particular la televisión, a la que dedican muchas horas a lo largo de la semana. Se incluye aquí a los videojuegos, Internet, etc., medios que cada vez están más al alcance de niños y adolescentes (Echeburúa, 2000).

### **2.5.3 Factores Familiares**

Las familias desestructuradas, en donde falta uno de los padres, lo que puede hacer que el otro se sienta incapaz de criar al hijo solo. El hecho de que la persona que ha de imponer unos límites en el hogar y transmitir valores para la vida en sociedad no se sienta bien, hará que esta transmisión no exista, por lo que el niño crecerá sin pautas claras de comportamiento, sin valores que le hagan saber cómo comportarse adecuadamente y le lleven a convertirse en una persona que vive en un contexto social con otras personas y con normas impuestas que ha de respetar (Op. cit., 2000).

En otros casos la despreocupación de los padres juega un papel importante para estas dos afecciones, ya que aún estando presentes el padre y la madre, éstos no son lo suficientemente responsables para saber que tienen un hijo a su cargo y que de ellos depende que adquiera las primeras pautas de socialización que le servirán para relacionarse de manera satisfactoria con las personas que le rodean. Esta despreocupación lleva también a una falta de control sobre el niño (Rey, 2010).

Por último la excesiva permisividad en los primeros años, en donde los niños y niñas que han sido “mimados” tanto por los padres como por otras personas que le rodean, actúan a su antojo, saben que con una rabieta pueden conseguir algo que se les niega en un primer momento, por lo que harán de esto una estrategia que tendrán que cambiar a medida que pasen los años si quieren seguir obteniendo todo aquello que desean. Esta actitud lleva a

los padres a sentirse a medida que pasan los años, incapaces de controlar a sus hijos y a culparse por ello en un momento en el que ya puede ser tarde para retomar el control de la situación (Op. cit., 2010).

Estos tres patrones familiares producirán en el sujeto consecuencias nefastas. Una de ellas es el fracaso escolar y el abandono de los estudios, lo que lo aleja en algunos casos del único contexto transmisor de valores positivos. De alguna forma, el niño se auto-margina, aunque en su manifestación externa argumente que no necesita de los demás. Al tener más tiempo libre y no contar con el control de los padres, el joven puede caer en mundos complicados como el alcohol o las drogas, ya que normalmente las relaciones sociales que mantienen, son con otros sujetos de similares patrones conductuales: adolescentes que han abandonado la escuela, jóvenes mayores que ya no tienen obligación de acudir a ella y que sólo piensan en divertirse y otros que se dedican a los actos vandálicos en los que intentarán involucrar a todo el que se acerque a ellos.

#### **2.5.4 Factores escolares**

La escuela no es el único lugar en donde los niños adquieren conocimientos que pueden ayudar a desarrollarse normalmente. Este lugar no es solo una institución en donde se aprende, sino también es un lugar en donde se desarrolla la personalidad, el afecto, la empatía y las actitudes hacia ciertas áreas de interés. Dentro de este ambiente, los alumnos adquieren el concepto de rivalidad, compañerismo, amistad y competencia.

En este sentido, la escuela ofrece esquemas, normas, pautas de comportamiento, procesos sociales, roles, con el afán de que el individuo pueda resolver los problemas profesionales y sociales que le demanda la sociedad.

El aprendizaje no está solamente en su relación con los adultos significativos, sino también, y de modo importante, en su relación con los compañeros. Este sistema social interno constituye una subcultura necesaria para su socialización. Son sistemas de convivencia que sirven para ir construyendo modelos de comportamiento y adquisición de

conocimientos sobre lo aceptable o inaceptable, lo correcto o lo incorrecto e incluso lo que es bueno o malo, dentro del ambiente social en el que viven. Es en la convivencia con los compañeros en donde se adquieren muchas de las normas de comportamiento social y algunos de los valores morales.

Pero a veces este sistema de relaciones se configura bajo unas claves socialmente distorsionadas en las que se crean pautas de conducta que puede llegar a chocar con los modelos establecidos en la sociedad, como es el hecho de querer algo y pensar que se puede conseguir de cualquier modo, incluida la agresividad y violencia. Así surgen en la escuela chicos que tratan de dominar a los demás, de abusar de ellos, de convertirse en líderes a través de una conducta provocativa, retadora, tanto con sus propios compañeros como con los profesores.

Se ha observado que hay más violencia entre los alumnos en aquellos grupos que los profesores encuentran más desestructurados, en aquellos en los que los padres tienen poco o nulo contacto con ellos, e incluso cuando proceden de familias con una problemática interna importante.

Cuando un chico se muestra violento con sus compañeros, actuando al margen del respeto a las normas de convivencia, va presentando una socialización distorsionada, considerando que no deben existir normas de convivencia o que él puede saltárselas, lo que afecta gravemente a su desarrollo social y personal.

Los problemas de conducta en la escuela constituyen un factor de riesgo importante para la aparición de trastornos disociales, siendo este riesgo mayor cuando presentan más factores de riesgo, personales o familiares.

### **2.5.5 Medios de comunicación social**

No está clara la influencia que tienen los medios de comunicación audiovisual, en especial la televisión, en la formación de los trastornos disociales en niños y adolescentes. Se sabe

que los niños dedican muchas horas semanales a la televisión, por lo que ésta debe ejercer una influencia notable en su modo de pensar, de ver el mundo, de reaccionar ante diferentes situaciones, etc.; dicho de otro modo, la televisión “educa” a los niños actuales de un modo tan intenso como la familia y la escuela.

Uno de los factores más estudiados, por lo que se refiere a los trastornos disociales, es la contemplación de la violencia en la televisión. Actualmente se ha llegado a la conclusión de que existen efectos pequeños, pero estadísticamente significativos, de las películas violentas en el incremento de la conducta agresiva. No se puede dudar que contemplar la violencia puede hacer más probable que los niños y los adolescentes se comporten de manera agresiva. Hay que suponer que los niños que proceden de un medio familiar que predisponga a la violencia o que posean características personales que les predispongan hacia la violencia elegirán con mayor frecuencia ver películas violentas, por lo que se agravaría su tendencia hacia la violencia.

Es poco factible que la violencia de la televisión o de las películas produzca efectos que no formen parte de rasgos más generales de la sociedad, y es posible que los efectos sean mayores cuando la familia, la sociedad y las influencias de los medios de comunicación concuerden entre sí. Teniendo en cuenta que la sociedad actual contempla la agresividad y su correlato conductual, la violencia, como un rasgo común y normal, tanto a nivel individual como colectivo, los efectos de la televisión no se desmarcan de estos rasgos de la sociedad, viéndose como algo normal a imitar.

Es importante considerar el tipo de violencia que se exhibe en los medios de comunicación: si la violencia es de un tipo cercano a la vida real, o dicha violencia es premiada de algún modo, el efecto que ejerce sobre los niños y adolescentes se incrementa mucho.

Las razones por las cuales la contemplación de violencia en televisión supone un factor de riesgo para que los niños se vuelvan violentos han sido estudiadas por diversos



investigadores. Bandura (1977) consideraba que, dado que la contemplación de la violencia puede resultar excitante, sirve para desinhibir (y por lo tanto para liberar o potenciar) tendencias agresivas que están presentes en todo el mundo en alguna medida. Linz, Donnerstein & Penrod, (1988) pensaban que la contemplación mantenida de la violencia podía servir para insensibilizar a las personas hacia ella de manera que llega a considerarse como un modo prácticamente normal de comportamiento. Si dicha violencia es además premiada, puede incluso ser fomentada.

Para Berkowitz (1984), la contemplación frecuente y regular de la violencia puede determinar o reforzar una serie de códigos cognitivos, o maneras de pensar, en relación con la violencia, que la hacen asumible por los niños como una práctica habitual. La contemplación repetida de escenas violentas en la TV reduce la fuerza de los mecanismos que actúan inhibiendo la agresión. No obstante, las respuestas agresivas a la violencia contemplada por el niño varían según sus anteriores experiencias.

Actualmente existe otro tipo de violencia observada en las pantallas, no en este caso de la televisión, sino de los ordenadores, que es la violencia de los videojuegos. Existen muy pocos estudios que demuestren que este tipo de juegos violentos afectan a los niños, aunque sí se ha encontrado esta relación entre violencia infantil y videojuegos. Hay que tener en cuenta que esta violencia no es solamente contemplada, puesto que el niño participa activamente, siendo además una violencia premiada, esto es, el niño debe salvar de modo violento (derrotando a monstruos, a enemigos, e incluso matándolas) estos obstáculos para poder seguir jugando. Dado que los videojuegos están presentando un auge impresionante, que no están aún regulados por las leyes, constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de conductas disociales agresivas. Se ha encontrado que algunos jugadores de videojuegos desarrollan un abanico más amplio de conductas antisociales que los meros contempladores de violencia en televisión. Lo que no está claro es si los niños impulsivos con dificultades de comportamiento previas son especialmente

vulnerables a estos tipos de juego, o si el juego puede por sí mismo arrastrar a cualquier niño a conductas disociales.

### **2.5.6 Vinculación con la emoción de culpa**

Las emociones, incluso las negativas, desempeñan una función adaptativa en el ser humano. En realidad, la emoción constituye una respuesta afectiva transitoria de la persona y la predispone a realizar una acción congruente con ella. El *miedo*, por ejemplo, aparece cuando el organismo percibe un peligro y se activa con el objetivo de mejorar el rendimiento ante una tarea que exige un especial cuidado (realizar un examen, hablar en público, huir, etcétera). La *tristeza*, por poner otro ejemplo, que surge cuando se experimenta algún tipo de pérdida afectiva, facilita la compasión y el apoyo de las personas que rodean al sujeto afectado. A su vez, la *ira* tiene un valor energizante y permite adoptar una conducta de ataque o de defensa cuando una persona percibe la existencia de una amenaza. Y, por último, la *culpa* permite el reconocimiento de algo que se ha hecho mal y facilita los intentos de reparación (Tangney, 1996).

Más allá del Código Penal, lo que controla realmente el comportamiento humano e impide la transgresión de las normas válidas de convivencia es la conciencia moral, que es un código no escrito y abarca todo el repertorio de conductas de la persona dotándola del sentido de responsabilidad. La violación de un principio ético genera una sensación de malestar emocional profundo: el sentimiento de culpa por lo realizado. De este modo, la función reguladora de la culpa, consiste en la evitación de las situaciones que la generan o en las conductas de reparación, cuando se reconoce haber hecho algo mal, para eludir el remordimiento experimentado (Castilla del Pino, 1968). Es decir, una vez que las normas sociales forman parte de los valores y los principios de una persona, el castigo y el sentimiento de culpabilidad se generan desde lo más profundo del individuo, desde su conciencia. Toda persona tiene la capacidad de juzgarse a sí misma por sus actos a partir de su propia conciencia, así como de castigarse por ellos.

Sin embargo, para que la emoción de culpa se presente es necesario tener empatía. Según Batson (2008) todos los autores que trabajaron el concepto de la empatía concuerdan que la misma es importante, pero no existe solo una opinión sobre porque es importante. Este autor menciona que por lo menos se relaciona al término con ocho fenómenos diferentes:

La empatía es:

- Tomar contacto con el estado interno de otra persona
- Tomar la postura o adoptar la respuesta neural similar a la de otra persona a la que se observa.
- Sentir lo que otro siente.
- Proyectarse en la situación de otro.
- Imaginar cómo piensa o siente otra persona.
- Imaginar como uno se sentiría en la situación de otra persona.
- Sufrir ante la observación del sufrimiento de otra persona.
- Sentimiento que despierta otra persona que está sufriendo.

Se puede comprender a la empatía como una capacidad que puede estar presente o ausente en una persona. A la vez esta ausencia o presencia puede ser parcial o total. Si es total, estamos frente a una persona que esta fuera de la normalidad. En la visión parcial, la capacidad puede ser comprendida como algo estable y continuo, en la cual la persona puede poseer distintos grados de empatía.

Al presentarse la empatía, se abre paso a la emoción de culpa. La culpa es un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber infringido las normas éticas personales o sociales, sobre todo cuando de la conducta de una persona ha derivado un daño a otra. Jurídicamente, la culpa alude al acto transgresor; psicológicamente, a la mala conciencia y al afecto negativo (remordimiento) que el sujeto experimenta (Baumeister, Reis & Delespaul, 1995).

Son tres los elementos principales de los que consta la culpa (Pérez, Martín, Bulbena & Berrios, 2000): a) el acto causal (real o imaginario); b) la percepción y autovaloración negativa de tal acto por parte del sujeto (la mala conciencia); y c) la emoción negativa derivada de la culpa propiamente dicha (el remordimiento).

Existe un vínculo entre la emoción de culpa y las conductas trasgresoras del orden social, la culpa puede estar presente en sujetos que cometen actos antisociales o disociales pero es casi nula la existencia de culpa en individuos que presenten psicopatía o sociopatía. Las personas que cometen actos disociales o antisociales, no siempre presentan deficiencias emocionales, como lo es el caso de las personas llamadas psicópatas o sociópatas. Así mismo, los psicópatas y los sociópatas no siempre cometerán actos delictivos o antisociales.

Esto es porque la psicopatía y la sociopatía son patologías que están ligadas a factores emocionales y relaciones interpersonales, como lo son la ausencia de vínculos íntimos y la manera de manipular a las demás personas. Por decirlo de una manera más simple, estas personas son incapaces de amar y sentir culpa o remordimiento. Lo que los ayuda a comportarse como un depredador social, obteniendo su propia satisfacción sin observar a quién afecten en el camino.

Respecto a los sujetos que presentan trastorno antisocial o disocial, esta patología es enfocada en mayor medida a las conductas que se presentan y no al factor emocional. Los individuos que presentan un comportamiento antisocial no tienen ninguna disfunción en el sistema de respuesta emocional, pero en situaciones complejas tienen dificultades para controlar su comportamiento porque sus sistemas de procesamiento cognitivo sufren lesiones.

### **3. Aspectos generales del Normopeso, Sobrepeso y Obesidad**

#### **3.1 Índice de Masa Corporal (IMC)**

Un aspecto muy importante de este tema es el Índice de Masa Corporal o IMC, que es una ecuación matemática creada por Adolfo Quetelet (Alvarado, Guzmán & González, 2005).

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m)}$$

Quetelet diseñó su ecuación para adultos, en quienes el proceso de crecimiento ya no existe, los niños se encuentran en constante crecimiento desde que nacen hasta los 18 años. Teniendo una ecuación tan práctica para medir la masa corporal en poblaciones abiertas, era deseable tener el IMC corporal aplicado a población infantil, Must & Dietz (1991) establecieron como puntos de corte los percentiles 85% de IMC para riesgo de sobrepeso y el 95% de IMC para sobrepeso para individuos de 6 a 74 años. En el año 2000 el Centro de Control de enfermedades (CDC) modificó los valores de Must y proporcionó valores ligeramente diferentes del IMC para la población infantil y adolescente en sus tablas de referencia. Ese mismo año, un grupo de investigadores de Inglaterra y Estados Unidos estimaron el equivalente del IMC del adulto para los niños (Cole, Flegal & Dietz, 2000), era la primera vez que se hacía un ejercicio de correlacionar el riesgo del adulto en los niños.

#### **3.2 Condición Corporal según IMC**

Siguiendo las definiciones dadas por las Norma Oficial Mexicana NOM 008 (2010) para el tratamiento de la obesidad (OMS, 2011).

Se le considera sobrepeso, al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m<sup>2</sup> y menor a 29.9 kg/m<sup>2</sup> y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m<sup>2</sup> y menor a 25 kg/m<sup>2</sup>. En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 85 y por debajo de la 95, de las tablas de

edad y sexo de la OMS.

La Obesidad, es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m<sup>2</sup>.

En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.

**Tabla 1. Clasificación según IMC**

CLASIFICACIÓN	NORMA OFICIAL MEXICANA	OMS
BAJO PESO	≤18.5	≤18.5
NORMAL	18.5 - 24.9	18.5 - 24.9
SOBREPESO	>25.0 - <27.0	25.0 - 29.9
OBESIDAD CLASE I	≥27.0- 29.9	30.0 - 34.9
OBESIDAD CLASE II	30-39.9	35.0 - 39.9
OBESIDAD CLASE III	≥40	≥40

La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población, tanto de países industrializados como de países en desarrollo, es el factor primordial por el que se ha considerado a estos padecimientos como un problema de salud pública.

El sedentarismo, la creciente urbanización de las ciudades y la alta disposición de alimentos ricos en energía (baratos y apetitosos), están provocando una verdadera epidemia, con personas padeciendo sus consecuencias a nivel mundial

Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus tipo dos y la enfermedad vascular

cerebral están estrechamente relacionadas con factores de riesgo modificables y muchos de ellos de desarrollo lento, posiblemente desde la niñez, como la hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad, entre otras.

Las personas con exceso de peso tienen una alta probabilidad de generar enfermedades crónicas que acortan su esperanza de vida.

A principios del siglo pasado, las primeras causas de muerte en México se relacionaban con enfermedades transmisibles y parasitarias; para la segunda mitad del siglo, las enfermedades crónico-degenerativas comenzaron a cobrar importancia, su ascenso fue exponencial lo que las convirtió en la primera causa de muerte en la población adulta

Las principales causas de muerte por obesidad en prácticamente todo el mundo son padecimientos crónicos degenerativos.

La OMS define a la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Y describe a la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La Norma Mexicana, define lo siguiente: es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, en adultos existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.

Debido al incremento de porcentaje de niños con obesidad, se tiene un concepto de obesidad infantil, siendo el siguiente, es el resultado de un aumento de peso corporal mayor del esperado en relación a la ganancia de estatura, debido a la adquisición progresiva e inadecuada de tejido graso.

La obesidad es una enfermedad compleja, resulta de la interacción entre el genotipo y el medio ambiente. Siendo propuesta como resultado de la integración de varios factores como: medio ambiente, cultura, fisiología, metabolismo, genética, sociales, conductuales, psicológicos, celulares y moleculares.

La Organización Mundial de la Salud, considera la obesidad como la enfermedad nutricional más común del mundo (más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres son obesos mundialmente)( OMS, 2011).

### **3.3 Situación Epidemiológica en México**

De acuerdo con la Secretaría de Salud Pública (INSP, 2012) una proporción de 50% de los casos de obesidad infantil se presenta antes de los 2 años, 8 de cada 10 niños obesos llegan a ser adultos obesos. La prevalencia de sobrepeso aumentó progresivamente entre los 5 y los 11 años de edad, tanto en niños (de 12.9 a 21.2%) como en niñas (de 12.6 a 21.8%).

En cuanto a los adolescentes (12 a 19 años de edad), De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad.

En cuanto a la población adulta mayor de 20 años, en el ámbito nacional la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.6%) que en mujeres (35.3%); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (35.2%) que en hombres (26.8%).

La prevalencia de sobrepeso en hombres y mujeres es mayor en el Distrito Federal que en el resto del país, pues el porcentaje actual es de 39.9%, mientras que en el sur es de 39.6%, en el centro es de 39.6% y en el norte es de 35.9% (ENSANUT, 2012).

### **3.4 Consecuencias psicosociales**

Los niños y niñas con obesidad son rechazados convirtiéndose fácilmente en objeto de discriminación. En la medida en que el niño madura, los efectos de la segregación se van agravando, algunas de las principales problemáticas que viven las personas con obesidad, tales como discriminación, problemas emocionales y conductuales, problemáticas con la imagen corporal, trastornos de la personalidad, conductas adictivas, carencia de habilidades sociales, entre otras (Silvestri & Stavile, 2005).



Es importante destacar la repercusión que tiene la obesidad en el desarrollo psicológico y la adaptación social del niño, la población infantil y juvenil que se encuentra afectada por obesidad no está bien visto en la sociedad. El joven obeso se percibe como una apariencia física no deseable. Cuando el niño ya ha aprendido las normas de regulación cultural y elige a sus compañeros de trabajo o juego basándose en sus características físicas, prefieren elegir a un niño que tenga una discapacidad antes que a un niño obeso (Op. Cit. 2005).

Comúnmente en el niño y/o el adolescente “sano” existe en él una forma de autorregulación, acorde a sus exigencias fisiológicas, cuando esta es alterada y sin que se deba a defectos orgánicos, se puede deber a una falta de control de las funciones psicológicas. Lo que indicaría una falta de control de las propias sensaciones; es decir estos jóvenes no son conscientes de sus propias necesidades ni saben definir las ni expresarlas (Bascuas, 2011).

## **MÉTODO**

### **Propósito del estudio**

Se pretende recopilar información acerca de los patrones y la ausencia de culpa en sujetos que pertenezcan a poblaciones que han cometido actos delictivos considerados como antisociales y personas que se encuentran en un estado funcional para la sociedad. Se compararán los resultados entre cada una de las muestras y así se intenta saber si la proclividad al sentimiento de culpa tiene que ver con el desarrollo de comportamientos disociales y cuál es la distribución de los sujetos dentro del IMC. Para así poder tener un conocimiento más amplio de estas problemáticas, y hacerles frente, promoviendo el tratamiento de este tipo de conductas, tanto a nivel familiar como individual, es decir, brindar la información necesaria a las familias acerca de las causas y las consecuencias de su dinámica y de cómo evitar la prevalencia de este comportamiento en la vida adulta de sus hijos, beneficiándose las familias, el individuo y la sociedad.

## **Planteamiento del problema**

Existen razones para pensar que la ausencia de culpa guarda relación con la dinámica familiar y por ende con el desarrollo de comportamientos disociales.

¿Qué relación hay entre la emoción de culpa de un sujeto y el desarrollo de comportamientos disociales?

## **Objetivo General**

Determinar la relación entre la emoción de culpa y las conductas antisociales y delictivas en menores de edad a través de instrumentos psicológicos.

## **Objetivos particulares**

Conocer la emoción de culpa en menores de edad delincuentes

Conocer la emoción de culpa en menores de edad (población abierta)

Relacionar la emoción de culpa con las conductas de menores de edad

Identificar las variables en los sujetos menores de edad

## **Propósito de la investigación**

Comparar los diferentes niveles de actos delictivos y antisociales cometidos por las diferentes muestras, así como su nivel de culpa que causan sobre estas últimas. Y ¿cuál es la vinculación que se tiene entre una variable y otra?

## **Variables Dependientes:**

Culpa: Barajas, (2009) La culpa supone una valoración emocional negativa de la propia persona, lo que equivale a una baja autoestima en el aspecto moral.

### **Variables Independientes:**

Índice de Masa Corporal (IMC): Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (OMS, 2011).

Conducta disocial: Aquella que ocasiona algún tipo de daño o dolor a otra persona (afectando, por tanto, sus derechos fundamentales) y que se realiza a sabiendas que puede producir dicho daño o dolor. (Rey, 2010)

### **Diseño**

a) Tipo de estudio: Correlacional Alcance: Descriptivo

b) Población del estudio: La muestra contemplada para el presente estudio constó de 100 sujetos, 50 provenientes de preceptorías para menores infractores diagnosticados como disociales y 50 habitantes de la zona metropolitana de la Ciudad de México sin ningún diagnóstico. Donde la edad mínima será de 12 años y la máxima de 19 años de edad.

### **Datos sociodemográficos**

Género: 100 hombres

Edad: 12 - 19 años.

Las características diferenciales de éstos determinaran 2 grupos muestrales que se comentan a continuación.

Grupo 1: constituido por 50 sujetos diagnosticados como disociales por las diferentes instituciones de custodia.

Grupo 2: constituido por 50 sujetos habitantes del área metropolitana y Ciudad de México sin ningún diagnóstico.

## **Instrumentos**

Cuestionario de Conductas Delictivas y Antisociales (A-D) de Seisdedos (1988), está integrado por 40 reactivos y dos escalas, una de ellas evalúa la presencia de conductas antisociales, esta escala se conforma por los reactivos 1 al 20. Otra escala que refleja si se presentan conductas delictivas con el resto de los reactivos (21 - 40), cada una de las preguntas tiene una consistencia interna alta ( $\alpha = .875$ ).

Aplicación del cuestionario Pacul\*U 2C Guillén-Riebeling 2012-2013. Este cuestionario determina la proclividad que tiene un individuo hacia la emoción de culpa.

## **Procedimiento**

La muestra se obtuvo mediante participación voluntaria de jóvenes varones interesados en la investigación. La aplicación del cuestionario A-D y el cuestionario Pacul\*U 2C, fue en el caso del grupo 1 (G1) en las Preceptorías Juveniles de Reintegración Social "Ecatepec", la Preceptoría "Nezahualcóyotl" y la Preceptoría "Naucalpan". En el caso de los sujetos sin diagnóstico de presentar comportamientos disociales (G2), dos escuelas oficiales, una de nivel secundario y otra de nivel medio superior. En cada una de los casos se garantizó la confidencialidad de las respuestas.

Como aplicador se cuidó que cada reactivo fuera contestado de forma individual, así mismo respondiendo y aclarando cualquier duda que se manifestó por el participante. Una vez obtenidos los cuestionarios contestados, se analizaron y los resultados se sometieron a análisis estadísticos como análisis de confiabilidad, análisis factorial, **t** de Student y Chi cuadrada.

## RESULTADOS

La edad máxima en las preceptorías de 19 años y mínima de 12, junto con una media de 16 años. Dentro de esta misma muestra el bajo peso lo conformaron 40 personas, el normopeso 6 personas y solo 4 personas con sobrepeso u obesidad.

La edad mínima de los alumnos encuestados fue de 12 años y una edad máxima de 19 años y la misma muestra cuenta con una edad media de 14 años.

Dentro de la muestra estudiantil, las personas con un IMC que corresponde a un peso corporal bajo son 28 y las que tienen un peso normal son 11 al igual que las personas que tienen sobrepeso.

### **Análisis de confiabilidad A-D**

Primeramente se realizó un análisis de confiabilidad al cuestionario de conductas antisociales y delictivas. El valor alfa de la escala con todos sus reactivos fue de .879. Después de eso se corrió el mismo análisis de fiabilidad, pero esta vez dentro del mismo se eliminaron 4 reactivos para que el valor alfa pudiera incrementarse. Los reactivos eliminados fueron 16, 22, 30 y 36; el valor alfa final del cuestionario fue de .883.

Después de haber elevado el valor alfa y obtener una confiabilidad mayor a la inicial, se procedió a un análisis factorial. En donde se hizo una rotación Varimax, en donde la matriz de componentes rotados indicó la existencia de 7 factores (Tabla 2).

Habiendo hecho esto, el instrumento final quedó conformado solo por 23 reactivos, como ya se mencionó los 23 reactivos se encuentran distribuidos en 7 factores. A cada factor se le dio un nombre que concordara con lo que se preguntaba (Tabla 2.1).

**Tabla 2 Matriz de componentes rotados**

	1	2	3	4	5	6	7
sitanti02	.770						
sitanti03	.760						
sitanti01	.615						
sitanti14	.531						
sitdel21		.740					
sitdel40		.670					
sitdel37		.418					
sitdel34			.768				
sitdel35			.750				
sitdel39			.691				
sitdel23			.448				
sitanti15				.785			
sitanti12				.540			
sitanti08				.467			
sitanti19					.723		
sitanti18					.706		
sitanti17					.608		
sitanti20					.518		
sitanti05					.420		
sitdel31						.825	
sitdel33						.581	
sitdel24							.751
sitdel38							.675

**Tabla 2.1 Nombres y reactivos de factores**

<b>Factor 1 Travieso</b>	<b>Factor 2 Pandillero</b>	<b>Factor 3 Vándalo</b>	<b>Factor 4 Abusivo</b>	<b>Factor 5 Indisciplinado</b>	<b>Factor 6 Hurtador</b>	<b>Factor 7 Adicto</b>
1. Alborotar o silbar en una reunión, lugar público o de trabajo.	21. Pertenecer a una pandilla que arma desorden, se mete en peleas o crea disturbios.	35. Gastar frecuentemente en las apuestas más dinero del que se puede.	15. Arrancar o pisotear flores o plantas en un parque o jardín.	17. Comer, cuando está prohibido, en el trabajo, clase, cine, etc.).	31. Robar cosas de grandes almacenes, supermercados, etc., estando abiertos.	24. Entrar en una tienda que está cerrada y tal vez robar algo.
2. Salir sin permiso (del trabajo, de casa o del colegio).	40. Entrar en un club prohibido o comprar bebidas prohibidas.	34. Robar cosas o dinero en las máquinas tragamonedas, teléfono público, etc.).	12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona.	18. Contestar mal a un superior o autoridad (trabajo o calle).	33. Robar materiales o herramientas a gente que está trabajando.	38. Tomar drogas.
3. Entrar en un sitio prohibido (jardín privado, casa vacía).	37. Conseguir dinero amenazando a personas más débiles.	39. Destrozar o dañar cosas en lugares públicos.	8. Hacer trampa (en exámenes o pruebas importantes).	19. Negarse a hacer las tareas encomendadas (trabajo, clase o casa).		
14. Llegar, a propósito, más tarde de lo permitido (a casa, trabajo, obligación).		23. Forzar la entrada de un almacén, garaje, guardamuebles o quiosco.		20. Pelearse con otros (con golpes, insultos o palabras ofensivas).		
				5. Decir groserías o palabras fuertes.		

Después de haber determinado que reactivos son los que conforman cada factor y darles un nombre. Se debe recordar que los reactivos que van del número 1 al 20 corresponden a la escala antisocial y los reactivos que van del número 21 al número 40 pertenecen a la escala delictiva, esto quiere decir que **travieso, abusivo, indisciplinado**; son factores antisociales y **pandillero, vándalo, hurtador y adicto**; son factores delictivos.

Seguido de esto y para examinar la relación entre origen y los factores definidos, se realizó una comparación de medias con una prueba **t** de Student para muestras independientes.

Los resultados reflejaron que sólo existe diferencia significativa entre las medias de los dos orígenes en los factores **indisciplinado** y **adicto**. Con respecto al factor indisciplinado la media de las preceptorías fue 2.40 y la media de las escuelas fue 3.26 ( $t = 7.27$ ;  $gl = 98$ ;  $p < .01$ ). En el caso del factor **adicto**, la media de las preceptorías fue 0.48 mientras que la media de las escuelas fue 0.10 ( $t = -3.494$ ;  $gl = 66$ ;  $p < .01$ ).

#### **Análisis de confiabilidad Pacul\*U**

Para este cuestionario se siguió el mismo procedimiento para el análisis estadístico. Se realizó una prueba de confiabilidad, la cual dio como resultado un valor  $\alpha = .931$ , este valor ya es elevado, pero al ver que  $\alpha$  podía incrementarse hasta  $.933$  al eliminar el reactivo 15, el instrumento quedó conformado por 31 reactivos.

A este instrumento también se le realizó un análisis factorial. La matriz de componentes rotados Varimax, mostró la presencia de 8 componentes y que después de una depuración, según la carga del reactivo, solo quedaron 5 factores.



**Tabla 3. Matriz de componentes rotados**

	Componente				
	1	2	3	4	5
culpa11	.821				
culpa18	.818				
culpa14	.678				
culpa04	.644				
culpa17	.617				
culpa19	.580				
culpa24	.553				
culpa08		.791			
culpa03		.774			
culpa07		.723			
culpa05		.559			
culpa10			.052		
culpa16			.742		
culpa09			.592		
culpa13			.574		
culpa32				.849	
culpa31				.734	
culpa26					.737
culpa29					.427

**Tabla 3.1 Nombres y reactivos de factores**

<b>Factor 1 Egoísmo</b>	<b>Factor 2 Agresividad</b>	<b>Factor 3 Sumisión</b>	<b>Factor 4 Problemas</b>	<b>Factor 5 Irresponsabilidad</b>
11. Le falto al respeto a mi mamá.	8. Hago enojar a alguien	16. Siento remordimiento	32. Recibo algún regaño.	29. Llego tarde a una cita
18. Le robo dinero a mi mamá.	3. Agredo a compañeros.	9. Me siento mal con los demás.	31. Me meto en algún problema	26. No hago ejercicio.
14. Defraudo a las personas que quiero.	7. Le grito a una persona cuando me enojo.	13. Cuando no hago algo que me piden.		
4. Alguien sale lastimado por mí.	5. Me dicen groserías.			
17. Le miento a mis papas				
19. No ayudar cuando me lo piden.				
24. Olvido el cumpleaños de mi mamá.				

A cada factor se le nombró de acuerdo a lo que evalúa cada reactivo que lo conforma, que es la presencia o ausencia de culpa.

Se procedió a la comparación de medias con una prueba **t** de Student para muestras independientes, tomando en cuenta solo los factores ya creados para esta escala. Los datos dieron como resultado diferencias no significativas en las medias para ninguno de los factores analizados. Cabe mencionar que el factor **problemas**, si bien no presento una diferencia significativa de acuerdo al origen con una media estudiantil de 5.0 y una media preceptorial de 4.38 ( $t=1.778$ ;  $gl= 98$ ;  $p=.08$ ), si es grande.

### Ji- cuadrada para A- D

Se realizó la prueba Ji-cuadrada para cada instrumento utilizado, A- D y Pacul\*U, con el propósito de examinar de manera detallada cada uno de los reactivos que los conforman y saber si existen valores significativos.

Para el reactivo 5 de la escala A-D de acuerdo con el origen se encontró (ji- cuadrada= 4.9;  $gl=1$ ;  $p<.05$ ). Las personas que se encuentran en preceptorías admitieron en menor medida haber dicho groserías que los alumnos de las diferentes escuelas intervenidas (Ver tabla 4).

**Tabla 4 Contingencia Reactivo 5 A-D**

	Origen		Total
	Escuela	Preceptoría	
Groserías no	6	15	21
si	44	35	79
Total	50	50	100

El reactivo 17 A-D en comparación con cada origen ( $\chi^2 = 6.9$ ;  $gl=1$ ;  $p<.05$ ) reflejó que las personas que se encuentran en preceptorías admitieron en menor medida haber comido en lugares prohibidos y los estudiantes contestaron afirmativamente en su mayoría (Ver tabla 4.1).

**Tabla 4.1 Contingencia Reactivo 7 A-D**

		Origen		Total
		Escuela	Preceptoría	
Comer	No	15	28	43
	Si	35	22	57
Total		50	50	100

El reactivo 19 A-D en comparación con el origen indicó que ( $\chi^2 = 4.9$ ;  $gl=1$ ;  $p<.05$ ) las personas que se encuentran en escuelas afirmaron en mayor medida negarse a realizar alguna actividad, que las personas en preceptorías (Ver tabla 4.2).

**Tabla 4.2 Contingencia Reactivo 19 A-D**

		Origen		Total
		Escuela	Preceptoría	
Negarse	no	21	32	53
	si	29	18	47
Total		50	50	100

El reactivo 24 A-D en comparación con el origen mostro ( $\chi^2 = 5.9$ ;  $gl=1$ ;  $p<.05$ ) que los estudiantes negaron mayormente haber entrado en alguna tienda y robar algo, en comparación con los jóvenes en instituciones de custodia (Ver tabla 4.3).

**Tabla 4.3 Contingencia Reactivo 24 A-D**

		Origen		Total
		Escuela	Preceptoría	
Tienda	no	49	42	91
	si	1	8	9
Total		50	50	100

El reactivo 25 A-D mostró de acuerdo a cada origen que ( $\chi^2 = 8.7$ ;  $gl=1$ ;  $p<.01$ ) los estudiantes niegan en su mayoría robar partes o accesorios de los autos de otras personas y los sujetos en preceptorías también lo niegan pero en menor medida (Ver tabla 4.4).

**Tabla 4.4 Contingencia Reactivo 25 A-D**

		Origen		Total
		Escuela	Preceptoría	
Carros	no	50	42	92
	si	0	8	8
Total		50	50	100

El reactivo 28 A-D en comparación con el origen mostro ( $\chi^2 = 10.7$ ;  $gl=1$ ;  $p<.05$ ) que los sujetos pertenecientes a escuelas negaron haber tomado la bicicleta de alguien y quedarse con ella, en mayor medida que las personas en preceptorías (Ver tabla 4.5).

**Tabla 4.5 Contingencia Reactivo 28 A-D**

Recuento

		Origen		Total
		Escuela	Preceptoría	
Bicicleta	no	49	38	87
	si	1	12	13
Total		50	50	100

El reactivo 38 A-D mostro que de acuerdo al origen ( $\chi^2 = 9.0$ ;  $gl=1$ ;  $p<.01$ ), los estudiantes toman menos drogas que las personas en situación de custodia (Ver tabla 4.6).

**Tabla 4.6 Contingencia Reactivo 38 A-D**

		Origen		Total
		Escuela	Preceptoría	
Drogas	no	46	34	80
	si	4	16	20
Total		50	50	100

### Ji- cuadrada para Pacul\*U

Para la escala Pacul\*U los casos significativos fueron menos que en la anterior escala.

El reactivo 25 de la escala Pacul\*U que se refiere a la situación en donde el alumno no entra a clases, el origen indicó que los alumnos presentan poca culpa en su mayoría y los individuos custodiados presentan regularmente la emoción de culpa (ji-cuadrada=14; gl=3;  $p < .01$ ) (Ver tabla 4.7).

**Tabla 4.7 Contingencia Reactivo 25 Pacul\* U**

		Origen		Total
		Escuela	Preceptoría	
Clases	nada	15	31	46
	poca	15	3	18
	regular	11	9	20
	mucha	9	7	16
Total		50	50	100

En el reactivo de la escala Pacul\*U que se refiere a la participación en una relación sexual sin usar protección (ji-cuadrada=10; gl=4;  $p < .05$ ), el origen de la muestra según la moda, los estudiantes sienten mucha culpa y los jóvenes internos sienten poca (Ver tabla 4.8).

**Tabla 4.8 Contingencia Reactivo 27 Pacul\* U**

		Origen		Total
		Escuela	Preceptoría	
Relación	no contesto	0	3	3
Sexual	nada	28	17	45
	poca	6	14	20
	regular	5	8	13
	mucha	11	8	19
Total		50	50	100

La pregunta 30 de la escala que mide la proclividad hacia la culpa ( $\chi^2=16.3$ ;  $gl=4$ ;  $p<.01$ ), indica que las personas en situación de custodia no presentan culpa al bajar música ilegalmente y los estudiantes tienen considerablemente presente este sentimiento.

**Tabla 4.9 Contingencia Reactivo 30 Pacul\* U**

		Origen		Total
		Escuela	Preceptoría	
Música	no contesto	0	1	1
	nada	19	22	41
	poca	4	10	14
	regular	7	13	20
	mucha	20	4	24
Total		50	50	100

El origen en el reactivo 31 que se refiere a el sujeto que se involucra en una situación problemática ( $\chi^2=9.07$ ;  $gl=3$ ;  $p<.05$ ), dice que los jóvenes en escuelas tienen poca culpa y en las preceptorías es nula esta emoción.

**Tabla 4.10 Contingencia Reactivo 31 Pacul\* U**

		Origen		Total
		Escuela	Preceptoría	
Problema	nada	6	19	25
	poca	21	14	35
	regular	16	12	28
	mucha	7	5	12
Total		50	50	100



## Relación del Índice de Masa Corporal (IMC)

Por último para ver si el IMC guarda alguna relación con la presencia de comportamientos disociales o con la ausencia de culpa, se realizó un análisis de varianza independiente en donde el valor fijo fue el IMC y las variables dependientes los factores definidos a lo largo del análisis para cada instrumento.

Este último análisis de varianza indicó que no existen diferencias significativas en relación con los factores definidos y el IMC, exceptuando el caso de **abusivo**, en donde la media para las personas con sobrepeso u obesidad fue 1.64; para los que se mantienen dentro del peso normal la medida media fue 1.0 y para los que tienen bajo peso de .64 ( $F= 5.557$ ;  $gl=2, 97$ ;  $p<.01$ ).

## DISCUSIÓN

### Análisis global de las escalas

#### Cuestionario A-D

Se comienza retomando los resultados obtenidos en la prueba **t** de Student para muestras independientes, en donde los valores medios escolares fueron en su mayoría altas y solo en dos factores fueron más altos en las instituciones de custodia.

Cabe mencionar que los factores elevados en las preceptorías son referentes a conductas que llaman la atención dentro de los criterios del DSM-IV, como lo son robar y tomar drogas.

Los demás factores no dejan de ser importantes, debido a que todos representan por lo menos un indicio de que en el sujeto existe una desviación en su comportamiento, haciendo hincapié en que la característica disocial esta presente en mayor medida en las escuelas intervenidas.

En los resultados se indicó que había una diferencia en los factores **indisciplinado** y **adicto**. Esto, de acuerdo con la teoría, se debe a que el contexto, representado en este estudio por la variable llamada **origen**, juega un papel muy importante en el desarrollo de ciertos tipos de conductas, es decir en las escuelas es más frecuente que se dé un comportamiento indisciplinado debido a las condiciones en las que se manejan las escuelas que en una institución de custodia; de la misma manera es más probable que se encuentre un mayor número de individuos que han sido o que son adictas a alguna sustancia en instituciones de custodia que en escuelas.

#### Cuestionario Pacul\*U

El análisis estadístico aplicado a esta escala que se dedica a medir la proclividad del sujeto para sentir la emoción de culpa, se observó que ambas muestras obtuvieron puntuaciones

medias distintas pero no muy alejadas unas de otras. Indicando que dentro de las escuelas encuestadas existen un mayor número de sujetos que sienten culpa al ser agresivos, problemáticos, irresponsables y que en algunos casos se comportan de manera sumisa. En comparación con la muestra en custodia, en donde solo se encontraron un mayor número de sujetos que sienten culpa al ser egoístas.

Constatando así las teorías que explican que el medio ambiente que rodea al sujeto es un factor importante para el desarrollo como individuo. Haciendo referencia en este caso que las condiciones que se viven en las escuelas no son las mismas que en las instituciones de custodia, en donde hay un régimen estricto, hosco y hostil, debido a que los individuos internos ya trasgredieron las normas una vez.

### **Análisis por reactivos**

Se hizo un análisis individual para cada uno de los reactivos que conforman la escala A- D y Pacul\*U, con la prueba ji- cuadrado. Los reactivos que mostraron una diferencia significativa en la escala A-D fueron:

- 5. Decir groserías o palabras fuertes.
- 17. Comer en lugares donde está prohibido.
- 19. Negarse a hacer las tareas encomendadas.

En donde en las escuelas se dicen más palabras altisonantes que en las preceptorías, también los internos respetan más los lugares en donde se puede o no consumir alimentos y no se niegan a hacer sus deberes. Volviendo a esta situación de ambientes o contextos totalmente diferentes, es decir, las preceptorías se rigen por esquemas en donde se aplican castigos y recompensas por el buen y el mal comportamiento, a diferencia de las escuelas en donde a pesar de haber un reglamento, es muy raro que se cumpla totalmente.

24. Entrar en una tienda que está cerrada y tal vez robar algo.

25. Robar cosas de los carros.

28. Tomar la bicicleta de un desconocido y quedarse con ella.

38. Tomar drogas.

La explicación que se da a que los alumnos no presenten o nieguen comportarse como lo plantean estas 4 situaciones y que los individuos en custodia si lo hagan, es que los jóvenes en preceptorías ya tienen otra perspectiva acerca de lo que es no seguir las reglas y que a cada acción hay una reacción.

Por otra parte en el análisis individual que se hizo a cada reactivo de la escala Pacul\*U, los reactivos significativos estadísticamente fueron:

25. No entro a clases. En donde los estudiantes reportan tener poca culpa y los internos un nivel regular. Esto se debe a que dentro de las escuelas no existe una consecuencia inmediata a la falta y si lo es, no es una sanción que cause efecto en el individuo. En cambio sí en una Preceptoría se falta a una sesión de grupo o a una actividad física o taller las sanciones son sobrecorrectivas, un ejemplo sería; un joven falta a una clase de educación física dentro de la Preceptoría, el joven debe realizar el doble de acondicionamiento físico de ese día.

27. Tengo relaciones sexuales sin protección. Los jóvenes internos presentan un nivel menor de culpa en esta situación porque la mayoría de ellos proviene de familias en donde la comunicación no es un punto fuerte en donde se puedan apoyar, es decir, la desinformación juega un papel importante en esta situación en particular. Es por ello que los estudiantes sienten significativo nivel de culpa al tener relaciones sin protección.

30. Llego tarde a una cita.

31. Me meto en algún problema.

La explicación a estas dos situaciones va ligada a lo hallado en el cuestionario Pacul\*U, en donde la muestra escolar presenta más culpa que la población de preceptorías, aunque existe un mayor número de personas disociales en las escuelas su nivel de culpa es mayor que el de preceptorías.

### **Relación con el IMC**

Observando cual fue la distribución de las respuestas dadas por los integrantes de cada una de las categorías asignadas según su IMC. El análisis dice que los sujetos que tienen el primer lugar aceptando sus conductas antisociales y delictivas fueron las personas con sobrepeso. En segundo lugar los jóvenes con normopeso y bajo peso. Las personas con mayor peso son más traviesas, cometen con mayor frecuencia actos vandálicos, son significativamente más abusivos, más indisciplinados y hurtan en mayor medida que los demás.

Por otro lado, en el área que evalúa la capacidad para experimentar la emoción de culpa, los participantes que resultaron menos identificados con esta característica fueron las personas con un peso que se sitúa dentro de lo normal, seguidos por los individuos que poseen un IMC bajo y las personas con sobrepeso son las que pueden sentir culpa con mayor facilidad.

## CONCLUSIONES

La explicación que más se acerca a la realidad actual es que la sociedad toma un papel muy importante.

A nivel familiar existe un gran número de familias afectadas por las carencias económicas, en donde el apoyo de los integrantes es escaso, al igual que la preocupación por la estabilidad emocional de los mismos. A nivel escolar, al despojar al individuo de la convivencia con sus compañeros, también se le priva de la adquisición de normas sociales, valores, capacidad para sentir culpa-empatía-remordimiento y mecanismos autoreguladores de la conducta; esto es hablando de una escases económica, pero ¿Qué es lo que pasa con los alumnos que no sufren estas necesidades? Porque, a pesar de que las personas que los alumnos tienden a sentir más culpa, también son los que presentan en mayor medida conductas disociales. Entonces ¿qué tan controlados esta o mejor dicho, debería estar el ambiente estudiantil para evitar este tipo de desviaciones en donde existe la posibilidad de que estos individuos disociales se conviertan en personas antisociales?

Y también es por esto último que se debe cuestionar ¿qué tan útiles son las instituciones de custodia? En el caso particular de este estudio, no se vieron diferencias significativas en lo que se refiere a la comparación de ambas muestras, lo que puede derivarse, en los peores casos, en encontrar refugio en grupos vandálicos o desarrollar una personalidad sociopática si la hostilidad del ambiente que rodea al sujeto está presente en cada aspecto de su vida; como es el caso de los individuos que se encuentran reclusos. Es cierto que las personas consideradas como disociales no presentan dificultades para procesar emociones pero ¿de verdad se están readaptando a la sociedad?

Cabe mencionar que los miembros más vulnerables dentro de las muestras estudiadas fueron las personas con un IMC alto, personas que aceptaron comportarse de manera antisocial y vandálica, pero que al mismo tiempo son personas que presentan con mayor frecuencia la emoción de culpa.

Es por ello que basándome en la teoría socio-cognoscitiva de Dodge (1993), el contexto que vive cada uno de estos individuos, los orilla, de una manera u otra, a crecer con una pobre preparación académica, temperamento difícil, inestabilidad afectiva, pobres habilidades sociales, poca o nula empatía y deficiente desarrollo moral.

Se debe promover la conciencia social, no solo en instituciones de custodia, también en el ambiente familiar y escolar, con el propósito de evitar que la sociedad se insensibilice.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, N. (1977). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Edición Horne.
- Alvarado, A., Guzmán, E. & González M. (2005). *Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad*. Veracruz: Universidad Veracruzana.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (2001), *Child and Adolescent Level of Care Utilization System (CALOCUS) for Psychiatric and Addiction Services*. En American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (2004), Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Substance use Disorders. Disponible en:  
[https://www.harvardpilgrim.org/pls/portal/docs/PAGE/PROVIDERS/MEDMGMT/GUIDELINES/PEDI\\_SUBSTANCE\\_ABUSE\\_PRACTICE\\_PARAMETER.PDF](https://www.harvardpilgrim.org/pls/portal/docs/PAGE/PROVIDERS/MEDMGMT/GUIDELINES/PEDI_SUBSTANCE_ABUSE_PRACTICE_PARAMETER.PDF)
- American Psychiatric Association (APA) (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, S. A.
- Angement y De Mann (1996), en Morales, (2008). *Factores Asociados y Trayectorias del Desarrollo del Comportamiento Antisocial durante la Adolescencia: Implicancias para la Prevención de la Violencia Juvenil en América Latina*. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2008, Vol. 42, Num. 1 pp. 129-142
- Bandura, A. (1977). La autoeficacia: Hacia una teoría unificadora de cambio de comportamiento. *Psychological Review*, 84 (2).
- Barajas, R. (2009). Atribucion de culpa y vergüenza en adolescentes ante la primera relación coital. Tesis de licenciatura, Facultad de psicología, UNAM.
- Batson, D. (2008). Empathy-Induced Altruistic Motivation. Department of Psychology. University of Kansas. Disponible en línea:  
<http://portal.idc.ac.il/en/symposium/herzliyasymposium/documents/dcbatson.pdf>
- Baumeister, F., Reis, T. & Delespaul, P. (1995) Subjective and experiential correlates of guilt in daily life; en Etxebarria, I., Isasi, X. & Pérez J. (2002). The interpersonal nature of guilt-producing events. Age and gender differences. *Psicothema*, 14 (4), pp 783-787.
- Bascuas, M. (2011). *Obesidad y dinámica familiar*. Instituto de Trastornos Alimentarios. Barcelona España.



- Berkowitz, L. (1984). *Some effects of thoughts on anti- and prosocial influences of media events: A cognitive-neoassociation analysis*. *Psychological Bulletin*, 95, 410-427.
- Blaizac, J., Esquivel, E. & Cruz, R. (2002). *Trastorno disocial de la personalidad y su evolución a la psicopatía*. Disponible en: <http://www.acmor.org.mx/cuamweb/reportescongreso/2010/humanidades/336-%20CUM%20-Ttrastorno%20disocial%20de%20la%20Personalidad.pdf>
- Bybee, J. (1998). *Guilt and children*. San Diego, CA. Academic Press.
- Castilla del Pino, C. (1968). *La culpa*. Madrid. Revista de Occidente.
- Cole, T., Flegal, K. & Dietz, W. (2000) *Establishing a estándar definition for child overweight and obesity worldwide: International survey*. *Brithish Medical Journal*.
- Díaz-Sibaja, A. (2005). *Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial*. Madrid: Dykinson.
- Echeburúa, E. (2000). *Personalidades violentas*. Ed. Pirámide.
- Estrada, L. (2003). *El ciclo vital de la familia*, México: Grijalbo.
- Fernández, E. y Olmedo, M. (1999). *Trastorno del comportamiento perturbador*. Madrid: UNED-FUE.
- Garrido, V. (2004). *Cara a cara con el psicópata*. España: Ariel.
- Hare, R. (1993). *Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths Among Us*. Nueva York: Guilford Press.
- Herrera, P. (1997). *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Revista Cubana Medicina general Integral.
- Hinshaw, S. P., Lahey, B. B., & Hart, E. L. (1993). *Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder*. *Development and Psychopathology*.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/ENSANUTEF/pdf>
- Jackson, D. (1984.) *Comunicación familiar y matrimonio*. Ediciones nueve edición, buenos aires. Argentina.

- Linz, D., Donnerstein, E., & Penrod, S. (1988). The effects of long-term exposure to violent and sexually degrading depictions of women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55.
- Loeber, R., Farrington, D., & Washbush, D. (1998). *Serious and violent juvenile offenders*. Thousand Oaks.
- McGee R, Feehan M, Williams S. 1996. Mental health, en Silva (s. f), WR Stanton (eds). *From Child to Adult: The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*. Auckland, Oxford University.
- Millón, T.; Simonsen, E.; Birket-Smith, M. & Davis, R. (1998). *Psychopathy: Antisocial, criminal and violent behaviors*, Nueva York: Guilford Press.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100.
- Must, A. and Dietz, W. (1991) *Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht<sup>2</sup>) and triceps skinfold thickness*. In: *Am J Clin Nutr*. Apr 1991, vol. 53 no. 4, p. 839-46.
- Nava, A. (2010). *Psicología de la obesidad: esferas de vida, complejidad y multidisciplina*. México: Manual moderno.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Obesidad y sobrepeso*. [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/ourprofs/peso\\_obesidad\\_nums-VillaA.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/ourprofs/peso_obesidad_nums-VillaA.pdf)
- Papalia, D. (2004). *Desarrollo humano*, México: Mc Graw Hill.
- Peña, M. y Graña, J. (2006). Agresión y Conducta antisocial en la adolescencia: Una integración conceptual. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol. 6, 9-23.
- Pérez, G., Martín-Santos, R., Bulbena, A. y Berrios, E.. El sentimiento de culpa; en Echeburrúa, E., de Corral, P. & Amor, P.(2001) *Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa*. *Análisis y Modificación de conducta*. 27 (115).
- Quay, H. (1987). Patterns of delinquent behavior. En H. Quay, *Handbook of juvenile delinquency*. Nueva York: John Wiley & Sons, en Morales, (2008). *Factores Asociados y Trayectorias del Desarrollo del Comportamiento Antisocial durante la Adolescencia: Implicancias para la Prevención de la Violencia Juvenil en América Latina*. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* - 2008, Vol. 42, Num. 1 pp. 129-142

- Raine, A. & Sanmartín J. (2000). *Violencia y psicopatía*. España: Ariel.
- Rey, A. (2010). Trastorno disocial: evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes. México: Manual Moderno.
- Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (2000). *La Conducta Antisocial de los Jóvenes*. España: Editorial Cambridge University Press.
- Secretaría de Seguridad Pública. (2012). Punto de acuerdo por el que se exhorta al ejecutivo federal para que, a través de la secretaría de seguridad pública, se implementen dentro del ámbito de su competencia programas dirigidos a los jóvenes infractores con el fin de coadyuvar con la reinserción social de éstos, evitando su reincidencia en la delincuencia. Disponible en: <http://www.ssp.gob.mx>.
- Silver, E., Mulvey, E. & Monahan, J. (1999). *Assessing Violence Risk Among Discharged Psychiatric Patients: Toward an Ecological Approach*. *Law and Human Behavior*, 23: 237-255.
- Silvestri, E. & Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Argentina: Universidad de Favoloro.
- Skilling, A., Quinsey, L. & Craig, W. (2001). Disponible en: <http://ebookbrowse.com/skilling-quinsey-craig-2001-pdf-d14295930>
- Tangney, J.P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 741-754
- Tremblay, E. (2003). Cuando el desarrollo social de los niños falla. Nueva York: Guilford Press.
- Vacca, R. (1997). Adicciones atípicas. Ed. Opción: Lima.
- Vazquez, J., Feria, M., Palacios, L. & de la Peña, F. (2010). Guía Clínica para el trastorno negativista desafiante. Disponible en: [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastorno\\_negativista.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastorno_negativista.pdf)
- Walsh, F., Mcgoldrick, M. (1991). *La pérdida y el ciclo vital familiar. Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires.
- Zabalegui, L. (1997). *¿Por qué me culpabilizo tanto?* Bilbao. Desclée de Brouwer.