



UNIVERSIDAD LATINA
CAMPUS CUERNAVACA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO CLAVE
DE INCORPORACIÓN NO. 8344-25

T E S I S

“ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
INCIDENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL TRASTORNO DISOCIAL
ENTRE LOS ADOLESCENTES DE UNA PREPARATORIA PÚBLICA Y PRIVADA”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
BERENICE MUÑOZ CAMPOS

ASESORA DE TESIS: MTRA. ARIANI CRUZ JARAMILLO
CUERNAVACA, MORELOS OCTUBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Las emociones inexpresadas nunca mueren, son enterradas vivas y salen más tarde de peores formas.

Sigismund Scholmo Freud

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1	9
1.1 Antecedentes de la Investigación	9
1.2 Justificación	11
1.3 Limitaciones de estudio	13
CAPÍTULO 2	14
MARCO TEÓRICO	
2.1 TRASTORNOS MENTALES	14
2.1.1 Definición de Trastorno Mental	14
2.1.2 Historia del Trastorno Mental	16
2.1.3 Causas	20
2.1.4 Clasificación	21
2.1.5 De Enfermo Mental a Paciente con Trastorno Mental	22
2.2 ADOLESCENCIA	23
2.2.1 Definición de Adolescencia	23
2.2.2 Pubertad y pubescencia	24
2.2.3 Etapas de la Adolescencia	25
2.2.4 Ritos de Transición	26
2.2.5 Búsqueda de Identidad	26
2.2.6 Desarrollo Cognoscitivo	27
2.2.7 Comportamiento del adolescente	28
2.2.8 Desarrollo Psicológico	29
2.2.9 Desarrollo Emocional	30
2.2.10 Desarrollo Social	30
2.2.11 Adolescencia Normal	32
2.2.12 Problemas de la Adolescencia	33
2.3 TRASTORNO DISOCIAL EN ADOLESCENTES	34
2.3.1 Etiología	36
2.3.2 Subtipos	38
2.3.3 Tipos de comportamiento	39
2.3.4 Especificaciones de gravedad	40
2.3.5 Síntomas y Trastornos asociados	40

2.3.6 Prevalencia	42
2.3.7 Curso	42
2.3.8 Patrón Familiar	43
2.3.9 Nivel Económico	43
2.3.10 Clasificación	44
2.3.11 Evaluación y Diagnóstico	45
2.3.12 Tratamiento Multimodal	46
2.3.13 Farmacoterapia	47
2.3.14 Comorbilidad	48
2.4 EDUCACIÓN	49
2.4.1 Diferencia de una preparatoria pública y una privada	50
CAPITULO 3	51
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 Objetivos	51
3.2 Hipótesis	51
3.3 Tipo de Investigación	52
3.4 Instrumento	54
3.5 Procedimiento	57
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	60
CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	68
RECOMENDACIONES Y PROPUESTA	71
ANEXOS	75
BIBLIOGRAFÍA	80

RESUMEN

Los problemas de conducta que no fueron resueltos en la infancia tienen una gran posibilidad de prevalecer en la adolescencia, periodo especialmente de cambios y adaptación, los cuales se ven reflejados en el comportamiento por medio de conductas regularmente desaprobadas por los adultos que los rodean, lo anterior aunado a la diversidad de factores relacionados que en un momento dado se conjuntan afectando el comportamiento del joven. Resulta ser la etapa especialmente de interés para los profesionales de la salud, ya que es precisamente esta edad en la que es posible evitar desviaciones o trastornos a nivel psiquiátrico si son atendidos oportunamente. De ahí el interés de identificar la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial en adolescentes que asisten a nivel preparatoria en Cuernavaca, Morelos, así como los factores asociados a la problemática, por ejemplo el nivel económico, el sistema educativo, la edad y los problemas de conducta en el ámbito escolar, familiar y con personas ajenas. El muestreo representativo de la población abarcó dos preparatorias una pública y otra privada y un total de 200 estudiantes de entre 15 y 18 años de edad a quienes les fue aplicada La entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (ChIPS).

Palabras clave: Adolescentes, Trastorno disocial, factores asociados

INTRODUCCIÓN

En el año 2014, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México residen 29.9 millones de jóvenes de 15 a 29 años, monto que representa 24.9% de la población total. En la educación, de acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, muestran que 33.8% de los jóvenes cuentan con educación media superior y 19.9% con educación superior. Destaca que 1.2% no cuenta con instrucción o solo tiene el preescolar y 3% tiene primaria incompleta.

La probabilidad de que un adolescente regrese a los estudios después de haber salido de la trayectoria escolar, es baja, es por eso que el costo de la deserción es alto tanto para el individuo como para la sociedad; por un lado, la probabilidad de encontrar un trabajo bien remunerado disminuye con el nivel académico logrado y por otro la deserción afecta sin duda a la productividad y economía del país. No obstante, aún persisten retos importantes en la educación.

En realidad, el fondo del problema de la educación está en otra parte: reside en una contradicción en la que el gobierno está envuelto, a querer o no. Por un lado, están las presiones internacionales generadas por la necesidad de insertar a México en los mercados mundiales, lo cual implica necesariamente elevar los niveles de preparación de la población y en particular de los jóvenes, como un factor decisivo para la atracción y conservación de las inversiones externas más productivas; por el otro, están las pretensiones de los grupos en el poder, que requieren mantener a la mayor parte de la población en condiciones de ignorancia y sumisión para asegurar su control de la nación, sin recurrir a mayores niveles de violencia que sigan poniendo a México en las primeras páginas de periódicos alrededor del mundo (Calderón, 2015).

Ahora, ya que se ha evidenciado estadísticamente a los jóvenes a nivel internacional y nacional, también es necesario conocer los datos estadísticos del estado en donde se realizará la investigación. En el Estado de Morelos, de acuerdo con INEGI, existen 1,903,811 habitantes, de los cuales el 17.8% (338,883 personas)

son adolescentes; el 8.86% son adolescentes mujeres y 8.93% son hombres (INEGI, 2012)

La tasa de incidencia delictiva de los adolescentes en el Estado de Morelos en el año 2014 es de 43,584 por cada 100 mil adolescentes. Y los que se encuentran en los centros de tratamiento o internamiento estatal por conductas antisociales asociadas a delitos en el año 2013 es de 26,061 adolescentes (7.6% de la población total adolescente) (Tellez, 2014).

De acuerdo a los datos anteriores, se puede observar que a nivel nacional e internacional, se encuentran porcentajes de adolescentes con problemas de conducta o con algún problema de salud mental, ya que los factores de riesgo como lo son expectativas futuras, rendimiento escolar, inserción en colegio, destrezas sociales, pertenencia a grupos, conductas de riesgo con el alcohol y drogas, riesgos sexuales, auto concepto, capacidad de resolución de problemas, la situación familiar, el nivel económico, presencia de maltrato, violencia familiar (Santiago, 2014), están suficientemente demostrados que influyen en la Salud Mental de los jóvenes y por otra parte, también influyen los factores de riesgo sociales de actualidad, tales como: Internet, redes sociales, tecnología y la desventaja en materia de enseñanza, siendo los principales escenarios la escuela y el vecindario; incrementando el porcentaje de adolescentes conflictivos. Las enfermedades psiquiátricas y la toxicomanía en los progenitores, así como la violencia marital, incrementan los riesgos sociales en los adolescentes, al igual que estar expuestos a las alteraciones sociales y a la angustia psicológica que acompañan a los conflictos armados, los desastres naturales y otras crisis humanitarias (Unicef, 2011).

Es por eso que los problemas mentales de los jóvenes que no reciben asistencia están asociados con resultados insuficientes en materia de educación, desempleo, estilos de vida peligrosos, delitos, educación sexual y reproductiva deficiente, tanto el ejercicio irresponsable (dado el aumento de embarazos en adolescentes) y hasta destructiva (con el incremento de enfermedades de transmisión sexual), autolesiones y escaso cuidado de sí mismos. Los problemas de salud mental de los adolescentes acarrearán altos costes sociales y económicos, pero si se detectan a tiempo y se presta

ayuda psicológica con personas especializadas se pueden mitigar los efectos de los problemas mentales asociados (OMS, 2011).

El hombre no es una criatura tierna y necesitada de amor que sólo osaría defenderse si se le atacara, sino por el contrario, es un ser entre cuyas disposiciones instintivas también debe incluirse una buena porción de agresividad. Por consiguiente, el prójimo no le representa únicamente un posible colaborador y objeto sexual, sino también un motivo de tentación para satisfacer en él su agresividad, para explorar su capacidad de trabajo (...), para humillarlo, para ocasionarle sufrimientos, martirizarlo y matarlo". (Freud, 1999, p.102)

Por lo antes explicado la pregunta general para ésta investigación es ¿Cuál es la incidencia y qué factores influyen en la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial entre los adolescentes de una preparatoria pública y una privada?

CAPÍTULO 1

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta del ser humano, es un acontecimiento universal que se ha dado y se sigue dando en todas las sociedades a lo largo de la historia de la humanidad (Mendoza, 2008).

Los adolescentes son muy sensibles a la sociedad que los rodea, a sus reglas no escritas, sus valores, sus tendencias políticas y sus dependencias económicas. Trazan planes y se generan expectativas respecto de su futuro, dependiendo del ambiente cultural e histórico en el que se han desarrollado; por ejemplo, los adolescentes cuya niñez transcurre dentro de un ámbito familiar con ingresos económicos elevados, esperan encontrar condiciones similares cuando entran al mercado laboral. Confían en que su nivel de vida sea al menos semejante al de sus antecesores y no estarán preparados para aceptar un nivel socioeconómico más abajo o su derrota si sus oportunidades o condiciones empeoran (Greene, 2009).

Las condiciones económicas y culturales pueden hacer de la adolescencia un prelude brutalmente corto de la independencia o prolongar la dependencia de la familia (Craig, 2009). Existen los adolescentes que tienen suficientes y otros escasos recursos económicos, por lo que los beneficios no son equitativamente recibidos en dicha sociedad. Los adolescentes menos favorecidos son más propensos a experimentar inseguridad alimentaria y sufrir los problemas que afrontan los padres, por lo tanto, es común que tengan una carga de estrés desregulada que se produce por una hiperactividad y puede causar patologías tanto orgánicas como psíquicas.

En el transcurrir de su desarrollo social, tienen mayor probabilidad de padecer problemas conductuales y carecer de aptitudes, cualidades y escasas aspiraciones, por lo que en consecuencia no tendrán oportunidad a una educación regular originando en su adultez el logro de escasas oportunidades laborales. Otros riesgos que se consideran con mayor incidencia en esta clase de adolescentes son la problemática con las autoridades de seguridad social, adicciones y ausentismo socio familiar (UNICEF, 2011).

Como consecuencia, ahora los investigadores comprenden que el contexto social e histórico del desarrollo es tan importante para la etapa de la adolescencia como las diferencias individuales. De la misma manera que los niños y los adolescentes alcanzan la mayoría de edad en un contexto cultural que influye en todos los aspectos de su vida, desde las novedades y las modas hasta la economía y las oportunidades educacionales, desde el tiempo libre hasta la nutrición. El nicho cultural define pues lo que es la adolescencia.

La adolescencia por motivos de análisis, puede segmentarse en varias etapas: pre-adolescencia (de 9 a 11 años), adolescencia temprana (de 12 a 14 años), adolescencia (de 15 a 18 años), adolescencia tardía (de 19 a 21 años) y post adolescencia (de 21 a 24 años) (Blos, 1991).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que la mitad de la población mundial dentro de la estadística internacional, aproximadamente 3,000 millones de personas, tiene menos de 25 años, de esta población, 1,300 millones se encuentran en los países en desarrollo.

Se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas de conducta. Alrededor de 30% de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años de edad y aproximadamente el 70% antes de los 24. Por lo que el Instituto Nacional de Psiquiatría en el año 2014 advirtió, que tres de cada diez mexicanos han padecido un trastorno mental alguna vez en su vida. De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría, el 30% de la población mexicana ha padecido al menos un trastorno mental alguna vez en su vida; y se estima que una tercera parte de ellos llegará a necesitar ayuda psiquiátrica (Maddaleno, 2013).

Se considera que posterior al 2014, las cifras han ido en aumento, pero lo más preocupante, es que cada vez se presenta en edades más tempranas. María Elena Medina Mora, directora general del Instituto Nacional de Psiquiatría, explicó: "Es un tema que está incrementándose, nosotros nos comparamos en términos de lo que pasa con trastornos mentales en el mundo, más o menos estaríamos un poco arriba de la media y el problema de México no es cuántos enfermos hay, sino cómo se está incrementando en las generaciones jóvenes".

En nuestro país, la edad promedio para diagnosticar una enfermedad psiquiátrica es a los 21 años. La violencia, es el principal factor de riesgo. "Cuando una persona vive en el ambiente de violencia y sobre todo si tiene experiencias propias en la infancia temprana, la probabilidad de que desarrolle un trastorno emocional es alta", agregó la Doctora Medina.

Actualmente, los trastornos mentales ocupan el tercer lugar en consultas médicas, y se estima que para el 2025, serán el primer lugar, superando las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Desde el ámbito familiar es fundamental estar atentos a los síntomas y consultar al médico ante cualquier sospecha.

Las consecuencias de no detectar ni tratar a tiempo los trastornos mentales en los jóvenes son, el incremento de riesgo de adicciones, fracaso escolar, pérdida de oportunidades de desarrollo y en casos extremos la muerte por suicidio (PVEM, 2014).

1.2 JUSTIFICACIÓN

La adolescencia en la actualidad está más vulnerable que en otras épocas, ya que en esta nueva sociedad se han integrado varios distractores, como son la tecnología, el uso de las redes sociales, padres trabajadores y el fácil acceso a sustancias nocivas para la salud, es por eso que estos componentes hacen que los adolescentes cada día sean más vulnerables.

Si ya por naturaleza es complicada la transición de la infancia a la adultez, otros factores externos aparecen para complicar más la transición, los factores más comunes son la globalización social y la naturaleza misma del individuo propia de la edad.

Otro factor que se puede tomar en cuenta es el abandono por parte de los padres ya que ahora tanto la madre como el padre se dedican a trabajar para solventar los gastos del hogar e inconscientemente pasan a afectar a sus hijos. Por otra parte, se puede considerar como un tercer factor el consumo de alcohol y drogas, ya que cuando se es adolescente se tiene la creencia de ser indestructible e inmunes hacia los problemas, pero la adolescencia es la edad en donde tienen la necesidad de probar cosas nuevas y es cuando probar el alcohol o diferentes drogas puede ser por simple

curiosidad o para sentirse bien y olvidar sus problemas, para sentirse personas adultas, para reducir los niveles de ansiedad familiar, escolar, o lo pueden usar para permanecer en un grupo que suele ser lo más común. Si se juntan estos factores internos y externos se puede encontrar que van dañando el Yo del adolescente y cuando surgen los problemas y aparecen los primeros síntomas de un síndrome psiquiátrico.

Durante mucho tiempo se ha ocultado que los niños sufrieran trastornos mentales o se minimiza su importancia; sin embargo, la realidad es distinta porque más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia y no existe duda alguna respecto a la gravedad y a las serias consecuencias que tienen estos trastornos mentales cuando no se tratan. La ausencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, disminuye sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales y supone un coste muy alto para las familias y una carga para la sociedad.

Por tales circunstancias, los niños y jóvenes que sufren trastornos mentales y no son diagnosticados a tiempo, terminan en Centros de Readaptación Social para Menores y en el mundo de la delincuencia; es decir, el sistema sanitario que las Instituciones Gubernamentales Sanitarias y Sociales de lo Familiar, no realizaron lo correspondiente para evitar que los problemas de salud y sociales se convirtieran en problemas judiciales, dificultando el logro de la estabilidad psicológica y social de los individuos. No hay que olvidar que estos trastornos pueden prevenirse, otros tratarse y curarse y una gran mayoría de pacientes puede llevar una vida satisfactoria.

Es por eso que se ha centrado esta tesis en la aplicación de la entrevista ChIPS que es una entrevista para la detección de síndromes psiquiátricos en adolescentes, y con los resultados de la entrevista se busca demostrar, si los factores, como son; el nivel sociocultural, problemas conductuales, la diferencia de preparatorias influyen específicamente en la incidencia del trastorno disocial.

Ya que, si se quiere lograr una prevención y asistencia eficaz, es esencial que exista mayor conciencia pública sobre los problemas de salud mental y un respaldo

social general a los adolescentes. La salvaguarda de la salud mental del adolescente comienza con los progenitores, las familias, la escuela y las comunidades.

Si se educa en materia de salud mental a estas importantes partes interesadas, es posible ayudar a que los adolescentes aumenten sus capacidades sociales, mejoren su aptitud para resolver problemas y ganen seguridad en sí mismos, lo que a su vez puede aliviar los problemas de salud mental y evitar conductas impropias y violentas. Asimismo, si se debería considerar a los propios adolescentes a participar en debates y en la elaboración de políticas sobre la salud mental.

1.3 LIMITACIONES

- Se encontró en la Preparatoria Diurna #1 Lic. Bernabé L.de Elias, sobrepoblación de adolescentes con más de 1000 estudiantes
- Se esperaba difícil la aplicación de la entrevista a los alumnos de las preparatorias, pero resultó todo lo contrario, ya que los adolescentes fueron muy accesibles al responder las preguntas.
- De la Preparatoria Diurna #1 Lic. Bernabé L.de Elias, solo se pudo entrevistar a 100 adolescentes, ya que la preparatoria cuenta con más de mil alumnos.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES

2.1.1 Definición de Trastorno Mental

Los conceptos no son neutros. No es lo mismo decir que la causa de la locura es la posesión demoniaca, o que es una enfermedad, o que es un comportamiento anormal, o una actividad cognitiva desviada y anómala. Detrás de cada uno de éstos términos se oculta un complejo entramado de propósitos que casi siempre, tienen una finalidad última: establecer algún tipo de puente entre las creencias (prejuicios) dominantes en un momento dado y algunos pocos hechos. El cambio de unos a otros prejuicios se produce, algunas veces, merced a la comprensión o incluso al descubrimiento de hechos nuevos y diferentes.

Pero esto no es lo habitual: lo más común es que el cambio se produzca más bien por la concurrencia de explicaciones más compatibles con el momento social y cultural. Y la consecuencia de ellos es obvia: las imágenes que en una sociedad o un grupo humano dominante posean acerca de lo que es verdaderamente humano y por extensión, de lo normal y ajustado a derecho serán imperativos inescapables a la hora de construir las imágenes de lo patológico (Belloch, 2008)

Hipócrates proponía que los trastornos mentales son semejantes a las enfermedades físicas por cuanto que ambos obedecen a alguna alteración anatómica o fisiológica. (Fuentenebro, 1990).

Pero, el “Trastorno” resulta ser, en definitiva, un sinónimo de enfermedad con connotaciones algo más suaves, y la Real Academia de la Lengua define trastorno como una “alteración leve de la salud” (Ozama, Fontanil, 2010)

La idea de trastorno remite directamente a la condición anormal o no natural de un individuo de acuerdo a los parámetros establecidos por la naturaleza y principalmente por la ciencia médica. Éstos pueden hacerse presentes en el ser humano de diversas maneras y aunque actualmente el término está íntimamente vinculado con alteraciones del estado mental, también puede referirse a condiciones no naturales del estado físico, es decir, a la presencia de enfermedades de diferente tipo.

Merino (2012) da a conocer como “trastorno mental” al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad.

El término “trastorno mental”, al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción.

Los trastornos mentales han sido también definidos mediante una gran variedad de conceptos (p.ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

Sin embargo, El Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) menciona que el trastorno mental es conceptualizado como “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”. (APA, 2002)

Por lo tanto, en 1995 La American Psychological Association (APA) concluyó que el término “trastorno mental” implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos” (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo. Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” en los trastornos mentales y mucho de “mental” en los trastornos “físicos”).

Por último y complementando la definición de la APA, del trastorno mental, trata de un síndrome o patrón de comportamiento psicológico de significación clínica, que no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento en particular. Cualquiera sea la causa, debe entenderse el trastorno como la manifestación individual de una disfunción de comportamiento, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo: político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, salvo que la desviación o el conflicto fueren síntomas de una disfunción (Sarudiansky; Korman., 2011).

2.1.2 Historia del Trastorno Mental

El concepto de enfermo mental ha dado un giro al punto que hoy en día es más apropiado llamar trastornados a quienes antes eran considerados “poseídos, locos, alienados o enfermos”. El cambio de concepto se ha dado en función de las doctrinas epistemológicas y tendencias religiosas, sociales, culturales, filosóficas y científicas imperantes en ciertos momentos y contextos históricos (Baez, 2017) que se mencionarán en la presente investigación.

La conducta anormal ha sido una constante histórica en todas las civilizaciones, hasta afinales del siglo XIX; posiblemente la razón de esta persistencia reside en que la identificación y comprensión de dicho comportamiento es un factor que facilita la cohesión social del grupo.

Al definir y señalar lo que es anómalo, los grupos humanos han establecido códigos de comportamiento normal, que sin duda han sido de importancia para su propia supervivencia. (Fuentenebro, 1990).

Una de las características más obvias de una conducta patológica es que suele conllevar un estado de sufrimiento para quien la padece y en muchas ocasiones, se siente impulsado a buscar ayuda. Éste estado de sufrimiento sin duda contribuye de modo importante a deslindar lo normal de lo anormal. En segundo lugar, las conductas que consideramos anómalas por lo general tienen consecuencias negativas para el ajuste armonioso de la persona con su entorno. Lo anómalo suele interferir en mayor

o menor medida con el equilibrio emocional, laboral o interpersonal de quien padece el problema (Vásquez, 1990)

A lo largo de la historia, la enfermedad mental ha tenido consideraciones diferentes. Las personas que las padecían han sido, desde adoradas, hasta perseguidas. Reseñar al día de hoy, siglo XXI, sigue habiendo una discriminación negativas por parte de la sociedad.

La enfermedad mental independientemente del trastorno que el enfermo sufra, conlleva gran sobrecarga para los familiares porque éstos necesitan tener un gran apoyo social y cuidados específicos, por parte de los profesionales, para poder afrontarla con el menor coste emocional posible (García 2012).

Es difícil establecer cómo se concebía la conducta anormal antes de la existencia de testimonios escritos. Existen algunas pruebas indirectas que permiten hipotetizar la existencia de un pensamiento mágico en el que la “posesión” demoniaca jugaba un papel crucial en la explicación de la locura.

La creencia de que el mundo natural está lleno de espíritus y demonios que intervienen en el destino de los hombres está o ha estado presente en prácticamente todas las culturas de la humanidad y ha perturbado a lo largo de toda la historia. La creencia de una causa supra natural implica consecuentemente la administración de un tratamiento supra natural. (Fuentenebro, 1990).

Hacia el Siglo IV. A.C. aparecen los primeros imperios egipcios y asiáticos, en ésta época como en anteriores conviven sacerdotes y curanderos. Los sacerdotes adquiere un prestigio tan grande que a veces llegan a ser divinales; los cuales practicaban la medicina mágica que tiene como objetivo ofrecer tratamientos para lo inexplicable o que para la medicina natural no ofrece curación.

En Grecia, Hipócrates, considerado como el padre de la medicina y pensador griego adelantado a su época, consideraba que la enfermedad no era originada por demonios o fuerzas sobrenaturales; al contrario, afirmaba que toda enfermedad era de origen orgánico y que podía tratarse y curarse (De la Paz, 2013) y es cuando propone la existencia de cuatro humores o fluidos básicos del organismo: Sangre (Procedente

del corazón), bilis amarilla (del hígado), bilis negra (del bazo y el estómago) y flema (del cerebro). Del equilibrio de estos cuatro humores dependerá la salud del individuo ya que estos humores darán lugar a cuatro diferentes temperamentos (voluble, colérico, melancólico e indolente). (Fuentenebro, 1990).

Por otra parte Hipócrates legó la primera clasificación de los Trastornos mentales y esta primera clasificación sencilla se dio gracias al rechazo que hace totalmente a las etiologías celestiales y está basada en la observación clínica; como por ejemplo, Frenetis: que son trastornos mentales agudos con fiebre; Manía: Alteración mental aguda sin fiebre. Agrupando probablemente todas las formas de psicosis agudas no febriles. Melancolía: Aparentemente, todas las enfermedades mentales crónicas, no solamente la depresión, sino también las demencias y las psicosis crónicas; Enfermedades de los escintios: Alteraciones sexuales (González, 1998).

Todo esquema explicativo de las enfermedades es aceptado por otros pensadores griegos, de modo que el saber hipocrático se convierte en el paradigma del conocimiento médico y pasarán más de dos siglos de que un nuevo paradigma sustituya al éste.

Platón, por otra parte, consideraba que los trastornos mentales eran en parte orgánicos, en parte éticos y en parte de intervención divina y clasificó la locura en: profética, ritual, poética y erótica (Baez, 2017)

Cuando se diagnostique una pérdida o robo de alma será el chamán el encargado de recuperarla mediante una serie de ritos, mediante el cual pretende entrar en contacto con el mundo oculto que supone está detrás del paciente. Si se diagnostica posesión, el objetivo del tratamiento será expulsar al intruso mediante exorcismos; por lo tanto los chamanes, ejercían funciones similares a los clínicos de las sociedades occidentales.

Desde hace un siglo, los arqueólogos han recogido varios cráneos, algunos de ellos con una edad de quinientos mil años, en los que se observan trepanaciones o incisiones craneales practicadas a propósitos. Es posible que una de las razones de dichas trepanaciones fuese la de “liberar” a la persona del espíritu que la había

poseído. De hecho, la trepanación era practicada con el fin de que se saliesen por ella espíritus o vapores malignos. (Fuentenebro, 1990).

En las culturas medievales comienzan a fundarse centros hospitalarios en lo que se da acogida a personas que sufren trastornos mentales y conductuales severos y también surge un fenómeno de identificación y persuasión a ultranza de un cierto tipo de anormalidad conductual que conllevará consecuencias trágicas sobre la faz de Europa: La Brujería, pero es muy probable, que muchas “brujas” fuesen en realidad ancianas con demencia senil, esquizofrenia, o incluso epilepsia cuya convulsiones motoras eran interpretadas como evidencia de “posesión”.

Al menos desde el siglo XVI la Iglesia Católica distinguía entre la auténtica pérdida de razón y la brujería y es probable que el clima de represión brutal contra la pérdida de la razón explique el hecho de que durante la Edad Media comiencen a proliferar descripciones literarias y pictóricas de la locura.

El “loco” en la época de Luis XI, no son dejados en libertad, sino que, tras exámenes llevados a cabo por médicos o autoridades civiles. A éstos locos normalmente se les confina en celdas o pabellones alejados de la ciudad o en torres.

En el Renacimiento es donde surge la medicina pre científica en el cual Félix Platter, autor de extraordinaria importancia de ésta época, ofrece un verdadero trato psiquiátrico en que si bien defiende la existencia de posesiones auténticas, ofrece explicaciones médicas para los fenómenos de brujería; ya que se puede recordar que el Renacimiento es una época considerada de exaltación de valores humanistas y comienza el culto a la razón.

En ésta época también aparece la figura descollante de Johann Weyr, considerado por muchos el “primer psiquiatra” de la historia de la Medicina, quien en su obra capital *De Prestigiis Daemonum* se alza contra la persecución indiscriminada de brujas empleando para ello argumentos psicopatológicos.

Sin embargo el acontecimiento capital de este periodo es la proliferación de hospitales o centros de tratamiento para los locos y los desposeídos, siendo en el año de 1409 el comienzo de estos centros de tratamiento (Fuentenebro, 1990).

En la historia aparece una nueva época llamada La Ilustración, que abarca siglos XVII y XVIII y es donde comienza la medicina moderna y con ella el intento de dar explicaciones menos axiomáticas sobre el origen de los trastornos mentales. Y es aquí en donde La Razón ocupa un lugar muy importante y es por eso que la locura es ahora una desgracia moral que hay que ocultar.

Los manicomios adquieren un carácter represivo y defensivo pues adquieren la función de garantes de orden público y el trato que se suministra es cada vez peor conforme los hospitales se van saturando de internos, se dispensan tratos inhumanos que se justificaban en la teoría del animalismo, según la cual los enfermos mentales no eran sensibles al dolor, el frío o las necesidades básicas humanas. (Fuentenebro, 1990).

Palizas, chapuzones fríos, purgas drásticas, eméticos y humillaciones físicas constituían los recursos terapéuticos habituales. Rara vez vistos por los médicos, los locos eran objeto de los antojos, caprichos y crueldad de cuidadores ignorantes, muchos de ellos criminales y forajidos prevenientes de cárceles vecinas. (Viglioglia, 2004).

Siguiente a este acontecimiento, a finales del siglo XVIII aparecen los primeros alienistas franceses, fundamentalmente Pinel y Esquirol, que propugnan un trato más humano a los locos y es por ellos que a mediados del siglo XVIII la opinión fue cambiando lentamente, creándose hospitales con secciones para enfermos mentales (Fuentenebro, 1990).

Por lo tanto, a pesar de que la medicina en general tuvo su renacimiento en el siglo XVI, el progreso de la psiquiatría en ese periodo se malogró. Los locos eran quemados como brujas y aún cien años después eran tratados como animales o criminales. Muchos eran arrojados a calabozos húmedos y oscuros.

2.1.3 Causas

Los Trastornos mentales son consecuencia de factores biológicos (genético, neurológico), ambiental o psicológico. (Merino, 2012)

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

Otros factores que pueden causar trastornos mentales son el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales.

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) señala que cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni conflictos en el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

2.1.4 Clasificación

De acuerdo al DSM.IV.TR los trastornos se clasifican de manera general en:

- A. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
- B. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- C. Trastornos mentales debidos a enfermedades médicas, no clasificados en otros apartados.
- D. Trastornos relacionados con sustancias.
- E. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- F. Trastorno del estado de ánimo
- G. Trastornos de ansiedad
- H. Trastornos Somatomorfos.
- I. Trastornos facticios
- J. Trastornos disociativos
- K. Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- L. Trastornos de la conducta alimentaria

- M. Trastornos del sueño
- N. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- O. Trastornos adaptativos
- P. Trastornos de la personalidad

2.1.5 De enfermo mental a Paciente con Trastorno mental

Es difícil trazar una línea que separe con claridad la normalidad de la anormalidad ya que, en la vida, todos los humanos las muestran alguna vez, las personas con trastorno mental, también pasan periodos de tiempo en los que hay una relativa ausencia de síntomas.

El enfermo mental ha sido tratado a menudo como una persona peligrosa, que inspira miedo y obliga a la sociedad sana a defenderse de él. A menudo incluso los propios familiares allegados quedaban tranquilos cuando podían situarle lejos y se podían liberar de la preocupación que les causaba.

Se enviaba al enfermo mental a un lugar de reclusión, en donde ni se tenía previsto un plazo de salida, ni quien protegiera al enfermo mental, mucho menos un programa de salud integral, por lo tanto, estaba más indefenso que un preso.

El loco estaba atado, casi inmóvil, a veces azotado, mal nutrido, en locales sin ventilación, llenos de suciedad. Esto prácticamente en todas partes. Y entre la adopción de las nuevas normas, la adaptación de la legislación y la mejora efectiva de los enfermos, transcurrieron docenas de años y aún todavía hoy no se les trata de forma humanitaria en todas partes. (Dmenech, 1991).

Un enfermo mental, por lo tanto, es aquella persona que por causa congénita o adquirida, ha sufrido una alteración en sus facultades mentales o psíquicas.

Muchas personas han escrito acerca de los “locos”, enfocándolos desde distintos ángulos y desde muchos puntos de vista, pero casi ninguno se ha detenido a pensar en aquello que se encuentra en el interior de los seres que por un desequilibrio psíquico han tenido que ser reclusos en un Hospital Mental y condenados a sufrir una serie de penalidades y golpes tanto de la sociedad como de su mismo cuadro psicopatológico.

El paciente con trastorno mental ha sido sometido por una sociedad llena de tabús a una serie de enfrentamientos, rechazos y cuestionamientos que ignora y no comprende; se enfrenta a un profesional que muchas veces no lo ve como un ser humano, y a una sociedad que lo rechaza y lo coloca como instrumento de burla, convirtiéndolo en un bufón, cuya única finalidad es divertir a los transeúntes de algunas calles de la ciudad hasta que sea detenido por la policía, golpeado, maltratado y transportado en vehículo como si fuera un bulto para ser llevado a una consulta psiquiátrica, tirado en la puerta para que se le aplique una inyección y se recluya a un hospital psiquiátrico para que no moleste más (Sanin,1977).

2.2 ADOLESCENCIA

2.2.1 Definición de Adolescencia

La palabra adolescencia viene del verbo latino *adolescere*, que significa “crecer” o “llegar a la madurez” (Golinko, 1984). La adolescencia es un periodo de crecimiento que comienza en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta. Es una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta, por la cual deben pasar los individuos antes de que puedan tomar su lugar como mayores y es la etapa durante el cual acontece la maduración sexual, empieza el pensamiento de operaciones formales, y ocurre la preparación para ingresar al mundo de los adultos (Rice, 1997)

Por lo tanto, la adolescencia es el periodo de la vida comprendido aproximadamente entre los 10 y los 20 años, cuando una persona se transforma de niño en adulto. Esto implica no solo los cambios físicos de un cuerpo en maduración sino también muchos cambios cognoscitivos y socio- emocionales (Morris, Maisto, 2005).

Una tarea psicosocial importante de esta etapa es la formación de una identidad positiva. A medida que los adolescentes buscan una mayor independencia de los padres, también desean un mayor contacto y un sentido de pertenencia y compañía con sus padres (Rice, 1997).

En general, la duración de la adolescencia se ha prolongado en la medida que en las sociedades industriales se ha incrementado el periodo de dependencia. La transición de la niñez a la vida adulta es complicada y el tiempo que toma pasar por esta etapa es variable, pero al final la mayoría de los adolescentes completa la travesía (Rice, 1997).

En culturas menos sofisticadas, el adolescente es considerado como un adulto, preparado para asumir responsabilidades de trabajo, preparado para casarse, tener hijos y educarlos. En sociedades más complejas como la nuestra, el adolescente es considerado todavía un niño en la mayoría de los aspectos (Papalia, 2005)

En la cultura moderna la adolescencia abarca un periodo de por lo menos 10 años. Tanto su inicio como su final suelen ser poco precisos. Es común que el niño comience a comportarse como adolescente antes de que empiecen a aparecer los cambios físicos y es por la madurez emocional (Craig, 2009).

Por lo tanto, la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo que presenta cada ser humano, una etapa de transición que viene condicionada por diversos procesos biológicos y en donde se le prepara para la edad adulta. El inicio y el término de la adolescencia depende de la cultura en donde se encuentre y por lo tanto el significado también llega a ser diferente, pero al final el adolescente en cada una de las culturas, representará el desafío más difícil para la familia ya que se enfrenta a cambios hormonales y a un mundo que será complejo.

2.2.2 Pubertad y Pubescencia

La pubertad es el periodo o edad en que una persona alcanza la madurez sexual y adquiere la capacidad de tener hijos (Rice, 1997). En las mujeres, su inicio se caracteriza por el primer periodo menstrual, o menarquia, aunque contrario a la opinión popular la primera ovulación puede ocurrir al menos un año más tarde. En los hombres se caracteriza por la primera emisión del semen que contiene espermatozoides viables (Craig, 2009).

Se utiliza el término pubescencia para denotar la totalidad del periodo en que tienen lugar los cambios físicos, relacionados con la maduración sexual. Significa

literalmente, volverse velludo o peludo, lo que describe el crecimiento del pelo corporal que acompaña a la maduración sexual. La pubertad no sólo es acompañada por cambios biológicos, sino también por cambios psicológicos y sociales (Rice, 1997).

Todos esos cambios que viven los adolescentes hacen que en muchos casos sea un periodo difícil tanto para ellos como para sus familias. Pero a la vez es una etapa apasionante, pues el que antes era un niño ahora está madurando para convertirse en un adulto y está descubriendo el mundo del que forma parte.

2.2.3 Etapas de la Adolescencia

Adolescencia temprana. Inicia en la pubertad (entre los 10 y 12 años), se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento.

Estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

La adolescencia intermedia. Inicia entre los 14 y 15 años. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Adolescencia tardía. Inicia entre los 17 y 18 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 20015).

2.2.4 Ritos de Transición

Se le llama rito de transición, cuando un niño alcanza la pubertad y realiza ceremonias para celebrar el paso de la madurez. Una vez que el niño pasa con éxito las pruebas prescritas, es aceptado como miembro de la sociedad adulta (Rice, 1997).

Pero, actualmente se vive en una sociedad continua, en las que no hay límites entre etapas de desarrollo ni ritos de transición formales. En éstos los jóvenes están exentos de la separación, la enseñanza, la iniciación y la inducción. En cambio pasan por la adolescencia, lapso de vida que Stanley Hall (1916) describe como el más turbulento, estresante y difícil de todas las etapas de desarrollo.

Algunos autores afirman que el paso por las escuelas secundarias y preparatorias es de alguna manera un rito de transición similar a los tradicionales de muchas sociedades no industrializadas. Todas tienen las mismas características, argumenta Fasick (1988), ejemplifican la separación y la enseñanza, por otra parte la graduación de la preparatoria es una ceremonia de iniciación e inducción. Fasick explica que esta ceremonia es casi universal en la clase media y la trabajadora: para muchos adolescentes es una señal clara del tránsito del mundo de la niñez a uno de responsabilidades adultas (Lefrancois, 2006).

2.2.5 Búsqueda de Identidad

El proceso de establecer la identidad, para el adolescente, conlleva integrar experiencias del pasado, adaptarse al presente, y tener una visión sobre el futuro,

proceso que resulta complicado para el individuo ya que lo anterior se presenta en conjunto con los cambios físicos (Aberastury y Knobel, 1997). Presentando constantes fluctuaciones en el estado de ánimo, debido en parte, a la personalidad desarrollada por medio del ambiente familiar y cultural del adolescente (Marcia, 1980). Macmurray (1953), consideró, el concepto de identidad negativa, como un componente agresivo destructivo, en el cual individuo que se identifica a figuras negativas puede ser génesis para problemas de tipo psicosocial.

Por lo cual es necesario para el adolescente lograr una serie de objetivos imprescindibles en el logro de su identidad, para quedar inserto en la sociedad adulta con una sensación de bienestar, eficacia personal y madurez en todos los procesos de su vida, sin embargo, no existe un acuerdo general en cuanto al orden de adquisición de dichos objetivos, lo anterior debido a las diferencia entre individuos; el lograr estos objetivos prepara el terreno para que el individuo adquiera las habilidades de afrontamiento necesarias para funcionar en el entorno social que le rodea (Marcia, 1993).

2.2.6 Desarrollo Cognoscitivo

Cognición es un término genérico que se usa para designar a todos los procesos por medio de los cuales un individuo aprende e imparte significado a un objeto o idea, o bien a un conjunto de objetos o ideas. Mediante los procesos cognoscitivos, la persona adquiere conciencia y conocimiento acerca de un objeto. Entre estos procesos se encuentran los de percepción, sensación, identificación, asociación, condicionamiento, pensamiento, concepción de ideas, juicio, raciocinio, solución de problemas y memoria (Horrocks, 2001).

Durante la adolescencia hay una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas mejores habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones que enriquecen y complican su vida. En esta etapa el desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la meta cognición. Ambos aspectos ejercen un

profundo influjo en el alcance y el contenido de los pensamientos del adolescente y en su capacidad para emitir juicios morales (Craig, 2009).

Según Piaget (1972), existen 4 etapas del desarrollo cognoscitivo: la sensorio motora (del nacimiento a los 2 años), la pre operacional (de los 2 a los 7 años), de las operaciones concretas (de los 7 a los 11 años), y la de las operaciones formales (de los 11 años en adelante).

Los adolescentes entran al nivel más alto del desarrollo cognoscitivo, cuando alcanzan la capacidad para el pensamiento abstracto, es decir, que son capaces de razonar, sistematizar sus ideas y construir teorías (Rice, 1997).

2.2.7 Comportamiento del adolescente

La conducta humana ocurre como el producto de una interacción entre un individuo y su medio ambiente. La conducta puede ser oculta o manifiesta. Un adolescente es antes que nada un ser humano, y gran parte de su conducta es humana más que adolescente.

En este sentido, la adolescencia es sólo un caso especial de la conducta humana. Un adolescente que atraviese por un desequilibrio emocional experimenta los mismos sucesos psicológicos que una persona de cualquier edad que sufra del mismo tipo de perturbación emocional (Horrocks, 2001).

Dentro del desarrollo de comportamiento, un estudio empírico de la psicopatología en la adolescencia se ha derivado dos tipos de dimensiones, desórdenes internos y externos. Los problemas externos reflejan conflictos con otras personas y sus expectativas, incluye agresividad y conductas delictivas. La ruptura de reglas y conducta opositora en la niñez han mostrado tener una considerable asociación predictiva con un alto rango de problemas en la adolescencia y en la adultez temprana (Zárate, Rivera, 2009).

Por otra parte los problemas internos reflejan estrés interno como depresión, ansiedad, introversión y somatización que podrían tener efectos sobre la autoestima, desempeño académico, competencia social y futuros ajustes psicológicos. Sin embargo dado los problemas internos son percepciones subjetivas del estrés, podrían

no ser identificadas por un observador externo mientras que los problemas externos han generalmente recibido más atención dado que son conductas observables (Mesman, Bongers, 2001).

Al respecto, Jones (2002) encontró que la crianza deficiente fue asociada con los problemas de conducta externos y que cuando la crianza deficiente se asocia con la depresión materna se relaciona directamente con los problemas de conducta internos. En el presente estudio se identifican los problemas de conducta en los adolescentes, buscando diferencias demográficas, así como los factores asociados ((Zárate, Rivera, 2009).

2.2.8 Desarrollo psicológico

Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vividas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001). El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la contradecir sino la de anticiparse e interpretar la experiencia (Piaget, 1984).

Mussen, (1982), definen estos cambios psicológicos, de forma gradual más allá de operaciones formales de pensamiento, se alcanza la independencia respecto a la familia, y hay una mejor adaptación a la madurez sexual, además de establecerse relaciones viables y de cooperación con sus pares. Su vida tomó rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto: la independencia y la autonomía.

2.2.9 Desarrollo emocional

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Es por eso que a los adolescentes se les debe guiar para que examinen su faceta emocional, ya que si se piensa detenidamente en la trascendencia de las emociones que cada adolescente vive día a día, se puede dar cuenta rápidamente que son muchas ocasiones en que las emociones influyen decisivamente en sus vidas, aunque no se den cuenta.

Lo que se busca en el desarrollo emocional del adolescente es un equilibrio entre elementos biológicos y psíquicos, porque permitirá a los individuos a estar en contacto no sólo con sus propias emociones, si no también considerarse sensibles y empáticos respecto de situaciones o fenómenos externos, por otra parte que los adolescentes tengan la capacidad de motivarse ellos mismos, que perseveren en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, que controlen sus impulsos, de regular sus propios estados de ánimo, que eviten que la angustia interfiera con sus facultades racionales y que tengan la capacidad de empatizar y confiar en los demás (Goleman, 1995).

2.2.10 Desarrollo social

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975). El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, 2000):

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.

2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad. Lo anterior está muy ligado a la dinámica familiar que el adolescente presente, ya que si el menor cuenta con una buena dinámica familiar y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas.

El pertenecer a un grupo social, se convierte en un asunto de importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes.

Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran. Como consecuencia, este grupo les ayudara a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un auto-concepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante (Rice, 2000).

2.2.11 Adolescencia Normal

Etiquetar a un adolescente como “normal” es una tarea complicada debido a la subjetividad de la misma, y a que se necesita un proceso de razonamiento que, en numerosas ocasiones, no queda libre de la influencia del ambiente que rodea al adolescente. De esta manera, lo que se busca establecer como normales son los procesos psicológicos y patrones de conducta del adolescente, los cuales señalan su carácter adaptativo.

Esto implica que los adolescentes etiquetados como “normales” en cualquier cultura o sociedad son aquellos que piensan, hacen cosas, sienten y proceden como sus pares en el afán de realizar las tareas que les ayudarán a adaptarse bio-psicosocialmente en las diferentes etapas de su desarrollo (Dulanto, 2000).

Para llegar a esta conclusión, se debe entender y aceptar que el adolescente se encuentra en una etapa de búsqueda, la que produce ansiedad, inseguridad, soledad e inestabilidad. Dicha inestabilidad, genera diferentes conductas que pueden ser vistas o calificadas como normales. Esas conductas, a su vez, no necesariamente dañan al adolescente, sino que lo motivan a seguir buscando opciones, formas de ser y soluciones, ayudándole a encontrar nuevos esquemas de funcionamiento personal y social (Horrocks, 2001).

Se puede ubicar a un adolescente dentro de los parámetros normales, siempre y cuando, su conducta adaptativa domine su acción, de tal forma que cuando el menor se encuentre estable y pase subsecuentemente a un periodo de inestabilidad, éste se recupere sin necesidad de ninguna intervención, provista ya sea por algún adulto o terapeuta.

Dulanto (2000) concluye que los adolescentes normales presentan conductas que manifiestan una abierta confianza en sí mismos, establecen buenas relaciones con sus pares, son leales en las relaciones afectivas, pero también exhiben la habilidad para “prenderse” y “desprenderse” de los padres, compañeros y amigos con asombrosa rapidez y sin sentir angustia.

La “normalidad” en este proceder consiste en la capacidad de adaptación al grupo y el vivir en armonía con la mayoría de los pares, en lugar de crear conflictos. De manera que el adolescente adquiera y desarrolle una autoestima que le proporcione confianza para desplegar conductas seguras y participativas, tanto con la familia como la sociedad.

2.2.12 Problemas de la Adolescencia

El grado de anormalidad en las conductas de los adolescentes es una función de los daños que éstas puedan ocasionar tanto a la sociedad como a él/ella mismo(a). Los jóvenes que son incapaces de abordar de una forma adecuada los problemas que se les presentan posiblemente padecen un trastorno. Uno de los mayores problemas que enfrentan los adolescentes y que tienen que resolver continuamente es el aislamiento, el cual se presenta en mayor prevalencia en los varones, probablemente porque es más difícil para ellos expresar sus sentimientos (Rice, 2000).

Los adolescentes padecen soledad por diversas razones. Algunos presentan problemas para relacionarse, otros tienen dificultades para mostrar una conducta adecuada y para aprender cómo comportarse o adaptarse a situaciones diversas; algunos padecen baja autoestima y se sienten muy vulnerables a la crítica, anticipan el rechazo evitando las situaciones que podrían provocarles vergüenza (Rice, 2000).

Otro problema es el estrés, y las pocas habilidades para enfrentarlo, lo cual puede ocasionar patologías como depresión, empujamiento, rebeldía, drogadicción o comportamiento suicida. Éstos, pueden ocasionar consecuencias graves y suelen ocurrir en combinación con otros problemas, como los desórdenes de nutrición y la agresividad.

La depresión, está vinculada a la forma negativa y pesimista de interpretar los fracasos, y afecta en gran medida a la conducta del adolescente, manifestando su estado de ánimo al exterior, lo que propicia un rechazo social.

Algunos adolescentes se avergüenzan con facilidad y sienten ansiedad al pensar que están siendo evaluados. Ante esta situación la tendencia natural es protegerse a

sí mismos: hablar menos, evitar los temas que revelen ignorancia y controlar las emociones.

La timidez es una forma de ansiedad social que está constituida por la inhibición y la preocupación por lo que los demás puedan pensar. Lo anterior, somete al adolescente a situaciones de estrés, el cual afecta el sistema inmunológico, dejándolo vulnerable, además de producir desesperanza y con ello reforzar la conducta depresiva (Myers, 2000).

En relación a la muerte, los adolescentes no piensan mucho a menos que se haya enfrentado a la misma, siendo que en su preocupación de descubrir su identidad, se preocuparán más de cómo viven que de cuánto vivirán, sin embargo, el suicidio consumado es la tercera causa de muerte en adolescentes en la etapa tardía, siendo los varones quienes presentan un riesgo 5 veces mayor que las mujeres, estos jóvenes tienen un antecedente relacionado a la depresión, trastornos adictivos, comportamiento antisocial o personalidad inestable, además de antecedentes familiares en relación a la conducta, siendo la baja autoestima, el pobre control de impulsos, la poca tolerancia a la frustración y la ansiedad, trastornos que se asocian al problema, en relación a la familia el alejamiento de los padres, el maltrato y rechazo de la familia (Papalia, 2001).

El adolescente se vuelve vulnerable a trastornos diversos; trastornos que experimentarán con el tiempo, pero que podrán ser resueltos si la adolescencia se vive dentro de la normalidad y de aquí la importancia de que esta etapa se encuadre en un proceso e ir consiguiendo en cada momento una adecuada adaptación en su ambiente, logrando tanto una estabilidad emocional como una integración de su persona a la vida social.

2.3 TRASTORNO DISOCIAL EN ADOLESCENTES

El trastorno disocial es un trastorno en la infancia y adolescencia, dentro de los trastornos de conducta perturbadora. Presenta un patrón de persistente de violación de los derechos de otros o normas adecuadas a la edad. Se trata de desviaciones pronunciadas. En cambio el trastorno Antisocial, es un patrón de desprecio y violación

de derechos de los demás, que comienza a finales de la adolescencia y continua hasta la edad adulta. La persona debe tener al menos 18 años de edad para ser diagnosticado, desde los 15 años el trastorno puede ser dictaminado con precisión y antes de esa edad, se considera el trastorno disocial (Blaizac, Esquivel, 2010).

El trastorno disocial es 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.

Estas manifestaciones van unidas a una serie de situaciones familiares, sociales y escolares que las pueden iniciar o mantener: aunque aparecen en etapas infantiles, puede continuar en la adolescencia y se extienden a la edad adulta, en la que se considera trastorno antisocial de la personalidad (Vásquez, 2010)

Como se ha mencionado anteriormente, el trastorno Disocial es un patrón de comportamientos persistentes y repetitivos, por lo cual estos comportamientos son: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales, comportamientos no agresivos que causa pérdida o daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas.

Los comportamientos característicos deben haber aparecido durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses. El trastorno de comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social académica o laboral. El trastorno disocial puede diagnosticarse en individuos mayores de 18 años, pero solo, si no se cumplen los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.

El patrón del comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad. Puesto que los sujetos con Trastorno disocial tienden a minimizar sus problemas de comportamiento, el clínico con frecuencia debe de fiarse de otros informadores. Sin embargo, el conocimiento que el informador tiene de los problemas de comportamiento del adolescente puede estar limitado por una supervisión inadecuada o porque el niño no los haya revelado.

Los niños o adolescentes con este trastorno suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros. Pueden desplegar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio; iniciar peleas físicas frecuentes; utilizar una arma que puede provocar daño físico grave (p.ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja o pistola); ser cruel físicamente con personas o animales; robar enfrentándose a una víctima (p.ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión o robo a mano armada); o forzar a otro a una actividad sexual. La violencia física puede adoptar la forma de violación, asalto o, en raros casos, homicidio (APA, 1995)

La destrucción deliberada de la propiedad de las otras personas puede incluir prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves o destruir deliberadamente la propiedad de otras personas de distintos modos (p.ej., romper vidrios de automóviles, vandalismo en la escuela).

Los fraudes o robos son frecuentes y pueden incluir el violentar piso, la casa o el automóvil de otras personas; a menudo los sujetos mienten o rompen promesas con el fin de obtener bienes o favores, o evitar deudas u obligaciones (p.ej., “timar” a otros); o roban objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p.ej., robos en tiendas, falsificaciones). Los sujetos que presentan este trastorno incurren también en violaciones graves de las normas (p.ej., escolares, familiares).

Los adolescentes con este trastorno y antes de los 13 años de edad, permanecen fuera de la casa en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de sus padres. Pueden existir fugas de casa durante la noche. Para que sea considerada como síntoma de trastorno disocial, la fuga debe haber ocurrido por lo menos dos veces.

Los niños con este trastorno pueden hacer novillos en la escuela con frecuencia, iniciándolos antes de los 13 años de edad. En sujetos mayores, este comportamiento se manifiesta con frecuencia con ausencias del trabajo sin razones que lo justifiquen (APA, 1995).

2.3.1 Etiología

Los factores que contribuyen al desarrollo del Trastorno Disocial son los siguientes:

Factores parentales. Se ha encontrado que hay ciertas características de los padres que favorecen que sus hijos desarrollen un Trastorno Disocial, por ejemplo:

- La educación rígida y punitiva caracterizada por la grave agresión física o verbal, está asociada al desarrollo de comportamientos agresivos mal adaptativos.
- Patrones de disciplina incorrectos, pueden variar desde la severidad extrema y estricta, hasta la incongruencia o relativa falta de supervisión y control.
- Condiciones caóticas en el hogar.
- El divorcio, donde exista una hostilidad persistente, sobre todo si existe resentimiento y amargura entre los padres.
- El abuso, maltrato infantil y negligencia.
- Alcoholismo y abuso de sustancias.
- Trastornos psiquiátricos.

Factores socioculturales. Son los que determinan el entorno en que vives; desde la familia, país y el momento de la historia en el que te encuentras. Influyen directamente en la personalidad de la persona (Mad, 2007).

- Sufrir privaciones económicas.
- Vivir en zonas urbanas marginadas y que además exista consumo de drogas.
- Desempleo de los padres.
- Falta de una red de apoyo social.
- Falta de participación en las actividades de la comunidad (pueden ser deportivas).

Factores psicológicos. Son aquellos pensamientos, sentimientos, actitudes u otras características cognitivas o afectivas de una persona que influyen en su comportamiento

- Los niños en condiciones caóticas y negligentes suelen ser malhumorados, agresivos, destructivos e incapaces de desarrollar progresivamente la tolerancia a la frustración, necesaria para las relaciones maduras.

Factores neuropsicológicos. Son aquellos que se relacionan con el cerebro y la conducta del individuo.

- Exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener dificultades en el funcionamiento del lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar riesgos y aprender de sus experiencias negativas.
- Se considera que el temperamento de los niños tiene origen genético. Los niños y adolescentes de “carácter difícil” tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento (Vásquez, 2010).

2.3.2 Subtipos

En función de la edad del inicio del trastorno se han establecido dos subtipos de trastorno disocial (tipo de inicio infantil y tipo de inicio adolescente). Los subtipos difieren en cuanto a la naturaleza característica de los problemas de comportamiento que presentan, curso evolutivo y pronóstico, y proporción por sexos. Ambos subtipos pueden presentarse de manera leve, moderada o grave.

Al evaluar la edad de inicio, la información debe obtenerse preferentemente del interesado y de sus cuidadores. Puesto que muchos de los comportamientos permanecen a veces ocultos, los cuidadores pueden exponer menos síntomas de los reales y sobreestimar la edad de inicio.

- Tipo de inicio infantil (312.81). este subtipo se define por el inicio de lo menos una característica del trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Los sujetos con el tipo de inicio infantil suelen ser hombres, frecuentemente despliegan violencia física sobre otros, tienen relaciones problemáticas con sus compañeros, pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante durante su primera infancia y usualmente presentan síntomas que satisfacen todos los criterios del trastorno disocial antes de la pubertad. Muchos niños con este subtipo también sufren de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los sujetos con tipo de inicio infantil tienden a presentar un trastorno de conducta persistente y a desarrollar un

trastorno antisocial de la personalidad en su etapa adulta con una mayor probabilidad que los sujetos con tipo de inicio adolescente.

- Tipo de inicio adolescente (312.82). Este subtipo se define por la ausencia de características de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Comparados con los sujetos de tipo de inicio infantil, tienden menos a desplegar comportamientos agresivos y a tener más relaciones normativas con compañeros (aunque frecuentemente plantean problemas de comportamiento en compañía de otros). Estos sujetos son menos propensos a sufrir un trastorno disocial persistente o a desarrollar en la vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad. La proporción de hombres a mujeres con trastorno disocial es inferior en el tipo inicio adolescente que en el tipo de inicio infantil.
- Inicio no especificado (312.89). Se utiliza este subtipo si la edad de inicio del trastorno de comportamiento es desconocida (APA, 2002).

2.3.3 Tipos de Comportamiento

El comportamiento es la forma de proceder de las personas u organismos frente a los estímulos y en relación con el entorno, es por eso que a continuación se describen los diferentes comportamientos que presenta el adolescente con trastorno disocial:

- Comportamiento abierto: llevan desde la agresión menor hasta la lucha física y la violencia
- Comportamiento encubierto: aparecen antes de los 15 años de edad, van desde conductas reactivas, hurtos, fraudes, hasta el daño a la propiedad, y luego a formas más serias de delincuencia en los que no hay confrontación. Estos últimos son más característicos de las chicas diagnosticadas de Trastorno Disocial.
- Comportamiento de conflicto con la autoridad: aparecen antes de los 12 años que van desde un comportamiento testarudo, hasta provocación y desafío a la autoridad (Extremera, 2011)

2.3.4 Especificaciones de gravedad

Leve. Son muy pocos o ninguno los problemas de comportamiento que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, y estos problemas causan a otros daños relativamente pequeños (p.ej., mentir, hacer novillos, estar fuera de casa de noche sin permiso).

Moderado. El número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre “leve” y “grave” (p.ej., robos sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave. Hay muchos problemas de comportamiento que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otras personas (p.ej., violación, crueldad física, uso de armas, robos con enfrentamientos con la víctima, destrozos y allanamientos).

2.3.5 Síntomas y Trastornos asociados

Los sujetos con trastorno disocial pueden tener escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros. Especialmente en situaciones ambiguas, los sujetos agresivos afectados de este trastorno frecuentemente perciben mal las intenciones de los otros, interpretándolas como más hostiles y amenazadoras de lo que lo son en realidad, respondiendo con agresiones que en tal caso consideran razonables y justificadas (APA, 1995).

Pueden ser insensibles, careciendo de sentimiento apropiados de culpa o remordimiento. A veces es difícil evaluar si el remordimiento experimentado es genuino, puesto que algunos de estos sujetos aprenden que la manifestación de culpa puede reducir o evitar el castigo. Los sujetos con trastorno disocial pueden estar dispuestos a dar informaciones acerca de sus compañeros e intentan acusar a otros de sus propias fechorías.

La autoestima es habitualmente baja, aunque el sujeto puede proyectar una imagen de dureza. En otros individuos, la autoestima evaluada puede resultar manifiestamente exagerada. Escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos emocionales e imprudencia son características frecuentemente asociadas. Las tasas

de accidentes parecen ser superiores a los sujetos con trastorno disocial en comparación con otros que no padecen este trastorno.

El trastorno disocial suele asociarse a un inicio temprano de la actividad sexual, beber, fumar, consumir sustancias ilegales e incurrir en actos temerarios y peligrosos. El consumo de sustancias ilegales puede incrementar el riesgo de persistencia del trastorno disocial. Los comportamientos propios del trastorno disocial pueden dar lugar a suspensiones o expulsiones escolares, problemas en la adaptación laboral, conflictos legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones físicas producidas en accidentes o peleas.

Estos problemas pueden impedir la asistencia a escuelas ordinarias o vivir con los padres o en un hogar adoptivo. La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior a la esperable. El trastorno disocial puede asociarse a un nivel intelectual inferior al promedio, particularmente en lo que se refiere al CI verbal.

El rendimiento académico, especialmente en lectura y otras habilidades verbales, suele situarse por debajo del nivel esperado en función de la edad e inteligencia del sujeto, pudiendo justificar el diagnóstico adicional del trastorno del aprendizaje o de la comunicación. El trastorno disocial también puede asociarse a uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastornos del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias (APA, 2002)

Los siguientes factores pueden predisponer al desarrollo de un trastorno disocial: rechazo y abandono por parte de los padres, temperamento infantil difícil, prácticas educativas infantiles contradictorias y con excesiva disciplina, abuso físico o sexual, ausencia de supervisión, residencia temprana en instituciones, cambios frecuentes con cuidadores, familia con muchos miembros, historia de tabaquismo materno durante el embarazo, rechazo por parte de los compañeros, asociación con un grupo de delincuentes, exposición a la violencia en el vecindario y algunos tipos de psicopatología familiar (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, dependencia o abuso de sustancias) (APA, 1995).

2.3.6 Prevalencia

Parece que ha incrementado en las últimas décadas, siendo más urbanas que rurales. Las tasas varían dependiendo de la población estudiada y la metodología de análisis (Extremera, 2011).

Los estudios de población general muestran unas tasas que oscilan entre menos del 1 y más del 10%. Las tasas de prevalencia son mayores en hombres que en mujeres. El trastorno disocial es uno de los más frecuentemente diagnosticados en los centros de salud mental para niños, tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización (APA, 1995).

Por otro lado, otro estudio hace referencia que en varones menores de 18 años de edad oscila entre el 6 y el 16%, mientras que en chicas es entre el 2 y el 9%. También se han obtenido datos en los que la prevalencia en la población general se estima entre el 1,5% y el 3,4% si se utiliza la entrevista como método de detección (Extremera, 2011).

En México la prevalencia del riesgo del Trastorno Disocial aumenta de 25%, a la edad de 13 años, a 47% a los 19 años y declina a 23% a los 20 años (Reynoso, 2015).

2.3.7 Curso

El inicio del trastorno disocial puede sobrevenir ya en los años preescolares, pero los primeros síntomas significativos suelen aparecer durante el periodo que va desde la mitad de la infancia a la mitad de la adolescencia. El trastorno Negativista desafiante es un precursor habitual del trastorno disocial del tipo de inicio infantil. Es muy raro que comience después de los 16 años de edad. El curso del trastorno disocial es variable.

En una mayoría de sujetos el trastorno remite en la vida adulta. Sin embargo, una proporción sustancial continúa manifestando en la etapa adulta comportamientos que cumplen criterios de trastorno antisocial de la personalidad. Muchos sujetos con trastorno disocial, particularmente los del tipo inicio adolescente y quienes presentan síntomas leves y escasos, alcanzan en la vida adulta una adaptación social y laboral adecuada.

Un inicio precoz predice un pronóstico peor y un riesgo creciente en la vida adulta de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias. Los individuos con trastorno disocial corren el riesgo de experimentar posteriormente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos por consumo de sustancias (APA, 1995).

2.3.8 Patrón Familiar

Ciertas estimaciones procedentes de estudios sobre gemelos y adopciones demuestran que el trastorno disocial cuenta con componentes tanto genéticos como ambientales. El riesgo de trastorno disocial aumenta en niños con un padre biológico o adoptivo con trastorno antisocial de la personalidad o con un hermano afecto de trastorno disocial (APA, 1995).

El trastorno también parece ser más frecuente en hijos de padres biológicos con dependencia del alcohol, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia o de padres biológicos con historia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de trastorno disocial (APA, 1995).

En mujeres adolescentes que presentan el trastorno disocial está asociado a varias consecuencias negativas como el Trastorno antisocial de la personalidad, embarazos precoces, etc. Las adolescentes con trastorno disocial tienden a buscar jóvenes con trastorno disocial, lo cual aumenta el riesgo de padecer el trastorno en los hijos (Extremera, 2011).

2.3.9 Nivel Económico

Tanto el trastorno disocial como el trastorno Negativista desafiante se presentan con más frecuencia en familias de bajo nivel socioeconómico. El trastorno disocial y la delincuencia son más comunes en un barrio con alto índice de criminalidad y desorganización social. De todos modos, no hay mucha documentación respecto a esto. En cuanto a etnias no ha habido suficientes estudios (Extremera, 2011).

2.3.10 Clasificación

Las dos clasificaciones de los trastornos mentales más ampliamente utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición (CIE-10) y la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR) (APA, 1995).

Aunque de formato diferente los criterios de estas dos clasificaciones para el trastorno disocial resultan casi idénticos: El DSM-IV-TR sólo diferencia sus tipos de inicio: en la niñez (antes de los 10 años) o en la adolescencia; además de especificar la gravedad (leve, moderada o grave), según el número de alteraciones del comportamiento presentes (Vásquez, 2010).

Criterios para el diagnóstico del F91.8 Trastorno disocial (312.8) [Criterios CIE-10]
El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral. Si el individuo tiene 18 años o más no se cumplen los criterios del trastorno (Vásquez, 2010)

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

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 (p. ej., bate, 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 (p. ej., ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada)

7. ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

1. ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
2. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

1. ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
2. a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros)
3. ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

1. a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
2. 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)
3. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

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

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

2.3.11 Evaluación y diagnóstico

El diagnóstico del Trastorno Disocial está basado principalmente en la evaluación clínica, tomando en cuenta los descritos previamente (DSM-IV-TR) y el sistema de multi informantes, que incluye entrevista con los padres sobre las diferentes etapas del

desarrollo del niño o adolescente y su comportamiento, un examen directo del menor y revisión de la información que proviene del profesor de la escuela. Se requiere de una historia clínica completa, así como conocer cuándo interconsultar a un especialista y cuándo referirlo a otro nivel de atención.

El trastorno Disocial es una de las formas más comunes de psicopatología y de las más difíciles de tratar debido a su complejidad, extensión de las áreas afectadas y carencia de recursos en las familias y en la comunidad; por ello es fundamental el diagnóstico y tratamiento oportuno.

El trastorno disocial no aparece de un día a otro, existe una gran variedad de síntomas que van evolucionando con el tiempo, hasta establecer un patrón uniforme de violación de los derechos de los demás (Vásquez,2010).

2.3.12 Tratamiento multimodal

Los programas de tratamiento multimodal que utilizan todos los recursos médicos, familiares y comunitarios disponibles, son aquellos que proporcionan los mejores resultados para controlar el Trastorno disocial. Estos deben de abarcar diferentes áreas de relación con las personas.

Relación con el médico

- Asistir continuamente a las consultas programadas.
- Acudir acompañado del adulto responsable.
- Tomar puntualmente los medicamentos prescritos, en los casos más graves el médico deberá proponer el uso de psicofármacos para evitar el auto daño o el daño a los demás.

Relación con pares y compañeros

- Contribuir a disminuir el alto involucramiento con pares conflictivos y promover el involucramiento con pares pro-sociales.
- Enriquecer las habilidades sociales participando en actividades culturales y deportivas.
- Promover mejores relaciones escolares.

- Proponer estrategias para mejorar el desempeño académico del adolescente.
- Evitar la deserción escolar.

Relaciones en la comunidad

- Disminuir la relación con la subcultura criminal.
- Promover la participación organizada de los miembros de la comunidad.
- Participar en instituciones de soporte social como iglesia, juntas de vecinos, centros recreativos.
- Prevenir el abuso físico y sexual.
- Promover la educación sexual.
- Identificar a niños y jóvenes violentos y generar programas de intervención temprana.
- Supervisar y discutir la violencia que ven los niños y adolescentes en los programas de televisión, los videojuegos y las películas (Vásquez,2010).

2.3.13 Farmacoterapia

Los fármacos pueden ser útiles en situaciones de crisis y o severidad del Trastorno Disocial. No conviene olvidar que los síntomas pueden ser secundarios a otro trastorno (principalmente una depresión o un trastorno adaptativo) y que el tratamiento puede hacer remitir los síntomas.

Los fármacos pueden ser de gran ayuda, puesto que inciden sobre el funcionamiento alterado del sistema nervioso relacionado con la conducta disruptiva.

Cabe señalar que la comorbilidad del T.D. es alta; entre 29% y 71% de los trastornos externalizados (T.D, Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y Trastorno Negativista Desafiante (TND)) tienen al menos uno de los otros dos diagnósticos, tanto en muestras epidemiológicas, como en clínicas. Mientras exista una mayor comorbilidad, el pronóstico es menos favorable, por lo tanto es necesario considerar una interconsulta o referencia a un especialista.

Los fármacos más usados son:

- A) Inhibidores de recaptación de serotonina: Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina y Citalopram; y están indicados cuando existe un componente importante de ansiedad o conducta obsesiva.
- B) Estimulantes. Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina: Metilfenidato; está indicado cuando existe comorbilidad con el TDAH y el problema conductual está relacionado con la impulsividad, el autocontrol o la dificultad para procesar la información del entorno. Es necesario usar metilfenidato de acción sostenida con el fin de obviar el efecto rebote que por sí mismo puede empeorar la conducta en el entorno familiar. También es preciso no hacer descansos de fin de semana o vacaciones terapéuticas.
- C) Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina: Atomoxetina; también indicado para el TDAH, es indicado cuando exista un componente de ansiedad.
- D) Antipsicótico de segunda generación (atípicos): Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprazidona, Aripiprazol, Clozapina; cada vez mayor evidencia de su eficacia y seguridad en niños y adolescentes, mostrando su utilidad en el tratamiento de conductas de agresividad e impulsividad en población pediátrica. Todos ellos han demostrado una menor tendencia a inducir síntomas extrapiramidales (son síntomas como movimiento y problemas de control muscular en todo su cuerpo.) que los antipsicóticos de primera generación (clásicos) y pueden ser usados en casos de conducta agresiva de carácter grave (Vásquez,2010).

2.3.14 Comorbilidad

La Real Academia Española define comorbilidad como la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo. Y el Instituto Nacional de Salud menciona que es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.

Es poco frecuente que el trastorno disocial se presente de forma aislada, generalmente va asociado a otros síntomas y trastornos. El Trastorno de Déficit de

atención con Hiperactividad, es el trastorno en el que mayor porcentaje de comorbilidad aparece en relación.

Hay pocos estudios que presenten evidencia de trastornos coincidentes con trastorno disocial, quizás porque estos trastornos tienen tendencia a aparecer más adelante de la vida del sujeto. Sin embargo, hay evidencia de que el trastorno disocial está asociado a un riesgo más elevado de padecer otros trastornos durante la infancia y la adolescencia que niños sin trastorno disocial. Entre estos trastornos, los de conducta aparecerían en el 21% de los trastornos depresivos, el 25% de los psicóticos, el 32% de los que consumen drogas y en el 35% de los que tienen un diagnóstico de hiperactividad.

2.4 Educación

Existen dos tipos de Educación: Pública y Privada, ambos fueron diseñados acorde a las necesidades de la sociedad y a las posibilidades económicas de cada uno de sus habitantes. El bien público percibido por cada una de estas instituciones y las reglas que manejan muchas veces son ignoradas por el papel que representan para los padres de familia, entre la inquietud de saber cuál de ellas es la mejor opción para los adolescentes.

De 1994 al 2013 la comparación entre matrícula pública y la matrícula particular en su incremento, resalta que las instituciones públicas aumentaron un 118 % y las instituciones particulares el 230 %. Además, el número de profesores en escuelas públicas creció un 92 % y en particulares el 286 %, ya que si existe un incremento de matrícula por ende se deberá tener un incremento mayor de profesores.

Si se hace una comparativa de los incrementos porcentuales, se debe saber que en las escuelas públicas existe mayor número de matrícula estudiantil, que la de profesores, por lo tanto significa que cada profesor debe atender a más alumnos, lo que crea que la educación personalizada no exista; por el contrario, en las escuelas privadas la matrícula estudiantil es menor, por lo tanto la atención es más personalizada (López, 2013).

2.4.1 Diferencias de una preparatoria Pública y una Privada.

- La preparatoria pública a diferencia de la privada es que es un servicio público al ser de todos y para todos.

Cuando se habla de la educación como un servicio público, nos estamos refiriendo a una escuela que ofrezca, a “todos”, con independencia de la clase, el género, la nacionalidad, la etnia o la capacidad económica, los recursos suficientes para asegurar el máximo nivel educativo. Así “cuando la enseñanza que imparte es para “todos” sin exclusiones, la escuela es un servicio público

Los centros privados concertados no son un servicio público para “todos” ya que, como la experiencia nos dice, excluyen a una parte del alumnado, a través de numerosas trampas, excluyendo a los que no les interesa, a fin de asegurar el éxito académico. Cuando un centro educativo excluye, aunque sea a un solo alumno, no presta un servicio público y en consecuencia no puede llamarse público.

- La preparatoria pública a diferencia de la privada es que es gratuita.

La Escuela Pública a diferencia de la privada es gratuita, por el contrario, la privada concertada, a pesar de estar subvencionada con fondos públicos, utiliza una y mil trampas para cobrar por un montón de conceptos.

El incumplimiento de sus obligaciones respecto a la admisión de los alumnos es otro filtro con la finalidad de configurar una clientela selecta, de la que excluyen a jóvenes de otras etnias desfavorecidas, así como a alumnos con bajo nivel socioeconómico, con necesidades educativas especiales o bajo rendimiento académico.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO

Objetivo General

Identificar los factores que influyen en la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial entre los adolescentes de una preparatoria pública y una preparatoria privada y así conocer su incidencia.

Objetivos Específicos

- Encontrar la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial en los adolescentes de ambas preparatorias.
- Identificar si el nivel sociocultural es un factor para una mayor incidencia en la sintomatología psiquiátrica entre los adolescentes.
- Conocer la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial en adolescentes.
- Identificar los elementos más influyentes que desencadenan la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial.
- Identificar qué sistema educativo es más propenso a presentar sintomatología del Trastorno Disocial.

3.2 HIPÓTESIS

1. El nivel socioeconómico, es un factor que influye en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial.
2. Los problemas de conducta, tanto en el ámbito familiar, escolar y con personas ajenas, son un factor que influye en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial.
3. El sistema educativo tanto público como privado, es un factor que influye en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial.
4. La edad, es un factor que influye en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En éste capítulo, se llevó a cabo un estudio con enfoque cuantitativo en el cual se analizan los posibles factores que influyen en la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial.

El enfoque cuantitativo fue elegido debido a que éste permite conocer de manera más profunda por parte del investigador a los individuos involucrados en el estudio, puesto que éste experimenta e interpreta de manera tangible las respuestas de los entrevistados.

El alcance que tendrá la presente investigación es de tipo descriptivo ya que se recogió y se midió información de manera independiente a los adolescentes para conocer la incidencia del Trastorno Disocial,

Ya que se tiene el enfoque y el alcance de la investigación, falta escoger el diseño de la misma; es por eso que el diseño será no experimental, ya que se trata de un estudio donde no se harán variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Y lo que se hace es observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

Y como se indagó la incidencia del Trastorno Disocial, entonces es un Diseño no experimental transeccional descriptivo. (Sampieri, 2010).

Los datos obtenidos fueron sometidos a dos tipos de análisis:

- Análisis Descriptivo de Datos

Este tipo de análisis ayuda a presentar los datos de modo tal que sobresalga su estructura. Es una forma simple e interesante de organizar los datos en gráficos que permiten detectar tanto las características sobresalientes como las características inesperadas

El objetivo de construir gráficos es poder apreciar los datos como un todo e identificar sus características sobresalientes. El tipo de gráfico a seleccionar depende del tipo de variable que nos interese representar por esa razón distinguiremos en la

presentación gráficos para variables categóricas y para variables numéricas (Orellana, 2001)

En la presente investigación se utilizó gráficos de barras, ya que es útil para representar datos categóricos nominales u ordinales. A cada categoría o clase de la variable se le asocia una barra cuya altura representa la frecuencia o la frecuencia relativa de esa clase. Las barras difieren sólo en altura, no en ancho. La escala en el eje horizontal es arbitraria y en general, las barras se dibujan equiespaciadas, por esta razón este tipo de gráfico sólo debe usarse para variables categóricas. Es importante que el eje vertical comience en cero, de modo que no se exageren diferencias entre clases. En un gráfico de barras, así como en cualquier tipo de gráfico se debe indicar el número total de datos ya que el gráfico sólo muestra porcentajes o frecuencias relativas y la fuente de la que se obtuvieron los mismos.

- Análisis de Pruebas de Independencias $\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} \right]$

Con la entrevista podemos realizar suposiciones sobre el valor de algún parámetro estadístico. Estas proposiciones se deben contrastar con la realidad (mediante el muestreo de datos) para tomar una decisión entre aceptar o rechazar la suposición.

Estos supuestos se denominan Hipótesis y el procedimiento para decidir si se aceptan o se rechazan se llama prueba de hipótesis o de significación. Una prueba de hipótesis es una herramienta de análisis de datos muy importante para la toma de decisiones, que puede en general formar parte de un experimento comparativo más completo entre un supuesto y la realidad.

En ésta investigación se va a referir a variables que se han medido a nivel nominal, es decir, que sus valores representan categorías o grupos en una variable. Y un método estadístico llamado Ji- cuadrada (Chi- cuadrada), nos permite analizar este tipo de variables.

La prueba de independencia Chi- cuadrado, nos permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas. Es necesario resaltar que esta prueba nos indica si existe o no una relación entre las variables, pero no indica el grado o el tipo

de relación, es decir, no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o la variable que causa la influencia.

Una prueba de independencia usa la pregunta de si la ocurrencia del evento X es independiente a la ocurrencia del evento Y, por lo que el planteamiento de las hipótesis para esta prueba de independencia es;

H₀; La ocurrencia del evento X es independiente del evento Y. H₁; La ocurrencia del evento X no es independiente del evento Y.

En las pruebas de independencia se utiliza el formato de la tabla de contingencia, y por esa razón a veces se le llama prueba de tabla de contingencia, o prueba con tabla de contingencia,

“Una tabla que clasifica datos de acuerdo a dos o más categorías, relacionados con cada una de las variables cualitativas, que pueden ser o no estadísticamente independientes, se llama tabla de contingencias. Dicha tabla muestra todas las posibles combinaciones de categorías, o contingencias, que explican su nombre.

A la suma de todas las razones que se puedan construir al tomar la diferencia entre cada frecuencia observada y esperada, en una tabla de contingencia, elevándola al cuadrado, y luego dividiendo esta desviación cuadrada entre la frecuencia esperada, se le llama estadístico Chi- cuadrada (UNAM, 2009)

3.4 INSTRUMENTO

Los adolescentes y los trastornos mentales, fueron los temas de interés para la presente tesis, es por eso que se unieron las dos temáticas. Se encontró una prueba en englobaba los temas y que está avalada en México por la Editorial Manual Moderno en el año 2014, porque es miembro de la Internacional Test Commission y se apega a los principios de la American Psychological Association (APA) y la Sociedad Mexicana de Psicología, la prueba que se utilizará es llamada La entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (ChIPS, del inglés Children’s Interview for Psychiatric Syndromes)” y el autor es Weller, Weller (Villavicencio, 2014).

ChIPS comenzó como una idea en la División de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de Kansas Y está diseñada para utilizarse con niños de 6 a 18 años de edad. Se basa en criterios estrictos del DSM-IV y es apropiada para uso clínico y de investigación. ChIPS evalúa la presencia de los siguientes 20 trastornos:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno disocial
- Abuso de sustancias
- Fobias específicas
- Fobias sociales
- Trastorno de ansiedad por separación
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno Obsesivo- Compulsivo
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno por estrés postraumático
- Anorexia
- Bulimia
- Episodio depresivo
- Trastorno distímico
- Episodio maniaco
- Episodio Hipomaniaco
- Enuresis
- Encopresis
- Esquizofrenia / psicosis

La ChIPS cuestiona los estresores psicosociales, incluyendo el abuso o abandono del adolescente. La entrevista ha sido construida de manera tal que las respuestas afirmativas indican presencia de patología. Para cada trastorno, las preguntas se han organizado en forma “ramificada”, Las primeras son para evaluar el trastorno, puesto que los síntomas consignados aparecen con frecuencia en los jóvenes que presentan dicho trastorno. Después de hacer estas preguntas, la entrevista puede “ramificarse” en una de dos formas. Si la respuesta de un adolescente a las preguntas de evaluación no es afirmativa, el entrevistador puede pasar por alto las demás interrogantes de esa sección y continuar con el siguiente trastorno.

Si un adolescente o niño, responde afirmativamente (indicando la posibilidad de patología), se hacen las restantes preguntas. Después de efectuar todas las preguntas relacionadas con los síntomas de un trastorno, se cuestiona sobre el inicio y la duración de los mismos, así como los daños causados por éstos.

La ChIPS es una entrevista muy estructurada. Las preguntas están diseñadas para realizarse palabra por palabra y se dan ejemplos de fraseo alternativo, como el siguiente.

Ejemplo de la sección del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

a) ¿Te cuesta trabajo quedarte sentado (p. ej., en la escuela o a la mesa)?
Aquí se proporcionan algunos ejemplos (entre paréntesis) a manera de explicación. Si el entrevistador necesita dar mayor aclaración, diría algo como

b) ¿Te puedes quedar en tu silla en la escuela?" u otro fraseo similar.

Quienes apliquen la entrevista deben tomar en consideración las posibles diferencias culturales y étnicas al momento de interpretar resultados.

La entrevista ChIPS fue diseñada para identificar los síntomas de 20 trastornos psiquiátricos comunes del Eje 1 en niños y adolescentes. No consideran otras condiciones ni diagnóstico del DSM-IV. No está diseñado para detectar retraso mental ni problemas de aprendizaje. No es una medida de la personalidad. Como la ChIPS tiene un formato auto-informe, los datos obtenidos son tan confiables como el informante del que proviene.

La ChIPS es un instrumento de sondeo. Como tal, sus preguntas están diseñadas para sobre identificar más que para sub-identificar las áreas de problema potencial. Es decir, todos los síntomas, incluso aquellos con número o gravedad no suficientes para cumplir los criterios diagnósticos, se ponen a consideración del clínico, quien puede decir de qué manera encajan en el cuadro clínico general.

ChIPS está sujeta a las mismas normas éticas que aplican a todas las pruebas psicométricas (Standards for Educational and Psychological Testing según American Psychological Association). La ChIPS debe aplicarse después del consentimiento

voluntario con conocimientos de causa por parte de los padres del niño. También es importante obtener el asentimiento del sujeto a evaluar. Cuando la ChIPS se aplica en un ambiente clínico, es suficiente con un consentimiento verbal. Sin embargo, en casos de investigación éste debe obtenerse por escrito. Como ChIPS se convierte en parte del expediente clínico, los resultados han de considerarse confidenciales.

ChIPS se puede usar en cualquier ambiente en que requieran diagnósticos psiquiátricos. Esto incluye unidades de pacientes internos, instalaciones para pacientes externos, centros de capacitación y ambientes de investigación.

3.5 PROCEDIMIENTO

La entrevista ChIPS, se aplicó a una población de 200 adolescentes que tienen un rango de edad de 15 a 18 años y los adolescentes fueron seleccionados de dos diferentes preparatorias del estado de Morelos, en la ciudad de Cuernavaca. Los primeros 100 estudiantes entrevistados serán de la Preparatoria Diurna #1 Lic. Bernabé L. de Elías, la cual es una preparatoria pública y los 100 alumnos restantes serán de la Preparatoria Grupo Educativo Loyola, la cual es una preparatoria privada.

Los directivos de ambas preparatorias fueron muy accesibles con el permiso de aplicar las entrevistas a sus alumnos. Antes de empezar a aplicar la entrevista a los alumnos de las preparatorias, a los seleccionados, se les entregó un permiso que tenía que ser firmado por sus padres, ya que se aplicaría una entrevista en donde se recolectarán datos personales y la mayoría de los adolescentes seleccionados son menores de edad, por lo tanto se necesita la autorización del padre o tutor.

Al día siguiente, con los permisos firmados y autorizados por los padres de familia o tutores, se aplicó la entrevista a los alumnos y el tiempo de aplicación en cada preparatoria fue de 1 semana.

El entrevistador pasó varios minutos conociendo al adolescente antes de iniciar la parte del diagnóstico de la entrevista. Esto resultó esencial por varias razones. Primero, este periodo preliminar le permite establecer rapport, asegurándose de que el joven está lo suficientemente cómodo con él como para compartir información. Segundo, podrá determinar si el sujeto tiene suficiente capacidad, cognoscitiva y

emocional, como para realizar la entrevista. Tercero, las preguntas preliminares proporcionan información estandarizada relacionada con la percepción que el adolescente tiene de la razón para estar ahí, su funcionamiento general en casa, en la escuela y con sus compañeros, así como la historia clínica, incluyendo el uso de psicotrópicos.

Los 200 adolescentes contestaron la parte superior de la sección del perfil de la Hoja de Registro. La información a registrar incluye el nombre del adolescente, pero en esta investigación este dato fue omitido, ya que no era necesario conocer el nombre del adolescente, solo se necesitan sus datos como lo son; edad, origen étnico, sexo, ambiente en que se aplica la entrevista y el ingreso mensual de su hogar.

El entrevistador comienza preguntando al sujeto si está teniendo problemas y, en caso afirmativo, de qué tipo. Se registra la respuesta del pequeño al pie de la letra. El entrevistador continúa con preguntas específicas acerca del hogar del adolescente, su escuela, compañeros y trabajo (cuando lo haya). La respuesta del sujeto a todas estas preguntas también se registra al pie de la letra.

Esta interrogante tiene dos propósitos: primero, ofrecen un contexto no amenazante en que el entrevistador y el adolescente pueden conocerse y segundo, proporciona a aquél información pertinente que utilizará después de la entrevista. La pregunta de medicación brinda información útil al entrevistador y al clínico que la interpreta en relación con los tratamientos actuales del adolescente.

Ya estando en la Entrevista, las preguntas se hacen en el orden en que aparecen. Las respuestas se registran y califican en la Hoja de registro mientras la entrevista está en proceso. Los criterios de calificación de cada trastorno, en este caso del Trastorno Disocial se presentan tanto en la Entrevista como en la Hoja de registro.

Las preguntas cardinales para cada trastorno se hacen siempre, sin importar el problema que presenta el adolescente. Si éste satisface los requisitos indicados, se continúa interrogando más acerca del trastorno. Si el sujeto completa todos los criterios de aquél, se hacen también las preguntas de duración y de daño. En caso de no

satisfacer los requisitos indicados, en entrevistador procede a la siguiente parte de la entrevista.

Para el apartado del Trastorno Disocial, se aplicaron 15 preguntas de las cuales se necesitan la confirmación de tres o más, para ya tener presencia en la sintomatología del trastorno. Es por eso, que ya teniendo las entrevistas contestadas, se aplicaron los criterios de evaluación y estos son los siguientes: de 3 a 6 criterios cumplidos, se tiene la sintomatología de un Trastorno Disocial Leve, de 7 a 11 criterios cumplidos, se tiene la sintomatología de un Trastorno Disocial Moderado y de 11 a 15 criterios cumplidos, se tiene la sintomatología de un Trastorno Disocial Grave.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se da a conocer la incidencia del Trastorno Disocial de una población de 200 adolescentes, donde 100 estudiantes corresponden a la Preparatoria Diurna #1 Lic. Bernabé L. De Elías y los otros 100 estudiantes son de la Preparatoria Grupo Educativo Loyola, con edades rango de 15 a 18 años. De acuerdo a las entrevistas realizadas a la población, se realizará un análisis descriptivo con los resultados obtenidos

En el Estado de Morelos, la Procuraduría Federal del Consumidor divide la economía en 6 niveles; y son los niveles que se estudiaron en las entrevistas realizadas a los estudiantes dando los siguientes resultados. Figura 1

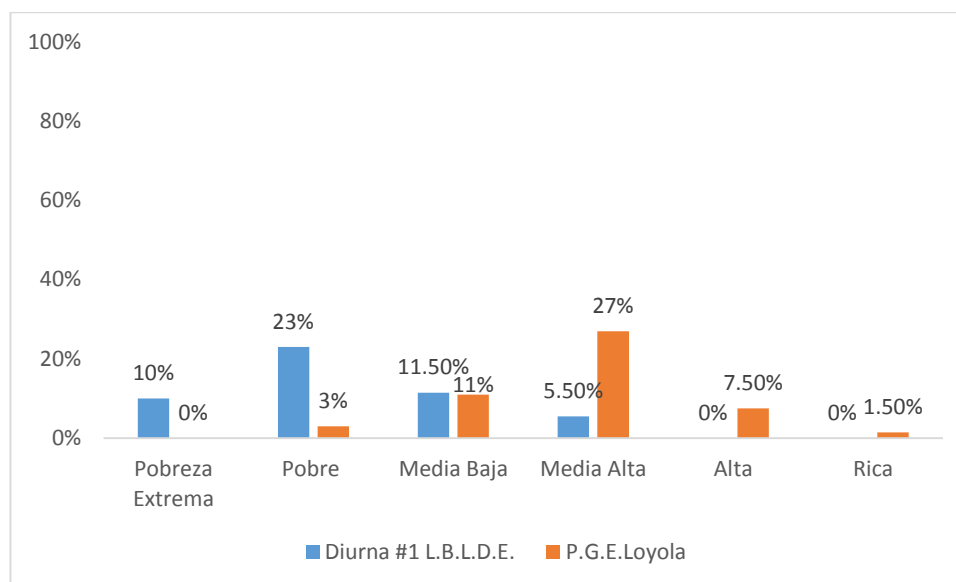


Figura 1. Nivel Socioeconómico en el que se encuentran los adolescentes

Sin importar el nivel socioeconómico en el que se encuentren los adolescentes, todos en algún momento presentan algún tipo de problema conductual, ya sea con ellos mismos o con la sociedad, ya que están pasando por nuevos cambios internos y externos y experimentando nuevas cosas, y es por eso que los problemas que más desarrollan los adolescentes, están dentro del ámbito escolar, familiar o con personas ajenas ya sea, vecinos, desconocidos, personas de servicio público, etc. Y los

problemas conductuales se estudiaron en las entrevistas realizadas a los adolescentes
Figura 2.

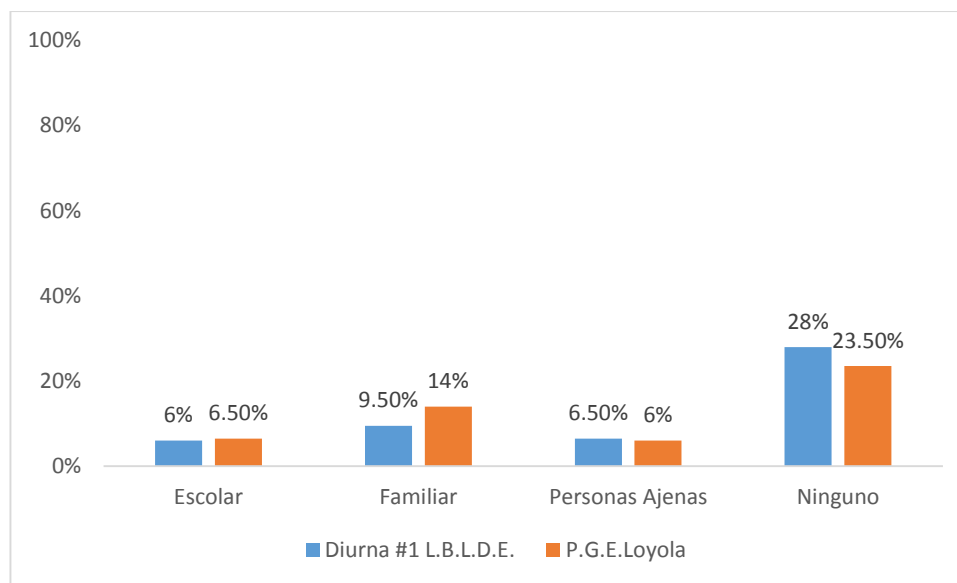


Figura 2: Problemas por conducta que presentan los adolescentes

En la entrevista ChIPS que se aplicó a cada uno de los adolescentes, en el apartado del Trastorno Disocial (T.D.), se encuentran 15 preguntas, de las cuales con tan solo tener tres criterios cumplidos ya se puede ser candidato para la presencia del trastorno, y al finalizar de calificar la hoja de respuestas los resultados se dividieron en quienes cumplieron y quienes no cumplieron con los criterios para el T.D. Figura 3.

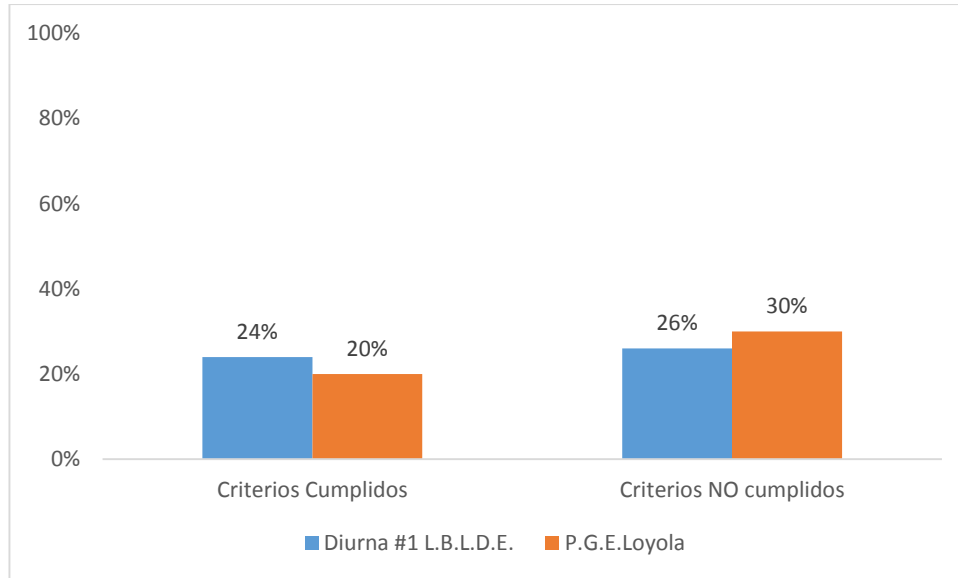


Figura 3: Adolescentes que cumplen con los criterios para la presencia del Trastorno Disocial

Los adolescentes estudiados se encuentran en un rango de edad de 15 años a 18 años, ya que este trastorno solamente se puede diagnosticar hasta antes de los 18 años y no antes de los 15 años, ya que antes de los 15 años encontramos el Trastorno Negativista Desafiante. Es por eso que, ya teniendo a los jóvenes con o sin criterios cumplidos del T.D., ahora se dividieron por edades Figura 4.

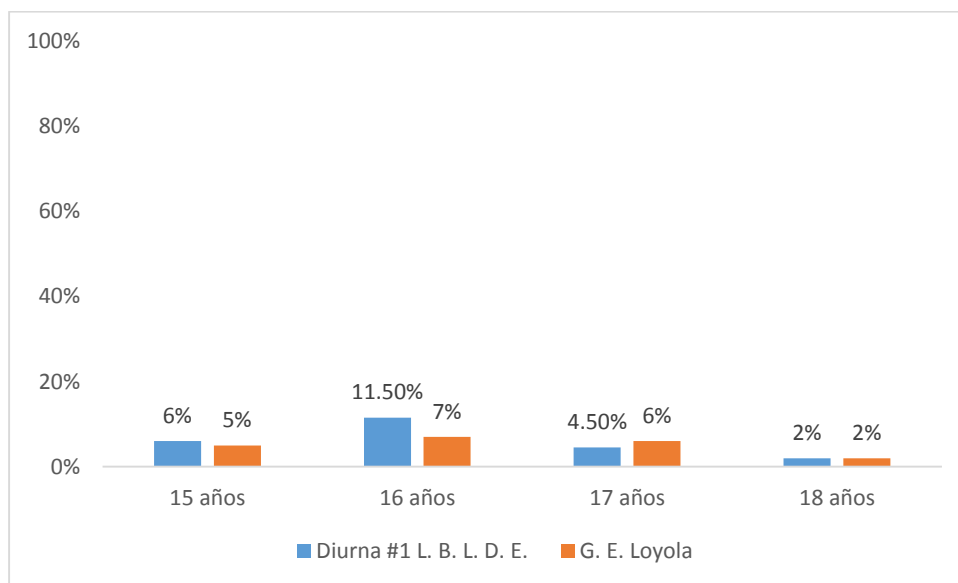


Figura 4: Edades de los adolescentes que cumplen con los criterios del Trastorno Disocial

El Trastorno Disocial, es la razón más común por la cual un adolescente es evaluado y tratado en psiquiatría infantil, y como se ha venido mencionando a lo largo de la investigación, son adolescentes con escasa empatía, poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros; así como poca tolerancia a la frustración y una ideación suicida.

Pero no todos lo que presentan un Trastorno Disocial tienen el mismo nivel, ya que existen tres niveles de gravedad y éstos son: Leve, Moderado y Grave Figura 5.

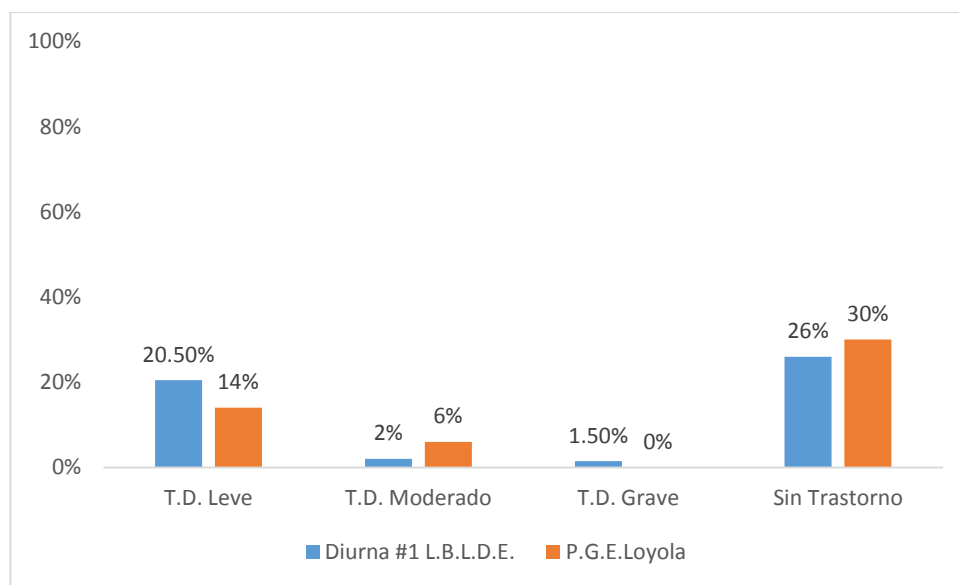


Figura 5: Tipo de Trastorno Disocial

Ya teniendo el análisis descriptivo, se continúa con un análisis de pruebas independientes chi- cuadrada:

Hipótesis 1

Ha: El nivel socioeconómico sí influye en la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial.

H0: El nivel socioeconómico no influye en la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial.

Tabla 1

Frecuencias Observadas del Nivel Socioeconómico

Nivel Socioeconómico	Criterios Cumplidos del T.D.	Criterios No Cumplidos del T.D.	Total
Pobreza Extrema	12	8	20
Pobre	16	34	50
Media Baja	21	27	48
Media	32	32	64
Alta	6	9	15
Rica	1	2	3
Total	88	112	200

Tabla 2

Frecuencias Esperadas del Nivel Socioeconómico

Nivel Socioeconómico	Criterios Cumplidos del T.D.	Criterios No Cumplidos del T.D.	Total
Pobreza Extrema	8.8	11.2	20
Pobre	22	28	50
Media Baja	21.12	26.88	48
Media	28.16	35.84	64
Alta	6.6	8.4	15
Rica	1.32	1.68	3
Total	88	112	200

Tabla 3

Resultados

Ji- cuadrado experimental	Valor Numérico	Grados de Libertad	P-valor
	0.059588578	5	0.999954864

Al ser P-valor del experimento mayor a la probabilidad de error 0.05, la H₀ es aceptada

Hipótesis 2

Ha: Los problemas de conducta en los adolescentes si influyen en la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial.

H0: Los problemas de conducta en los adolescentes no influyen en la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial.

Tabla 4

Frecuencias Observadas de Problemas de conducta

Problemas Conductuales en el ámbito:	Criterios Cumplidos del T.D.	Criterios No Cumplidos del T.D.	Total
Escolar	22	10	32
Familiar	37	17	54
Personas Ajenas	15	10	25
Ninguno	14	75	89
Total	88	112	200

Tabla 5

Frecuencias Esperadas de Problemas de conducta

Problemas Conductuales en el ámbito:	Criterios Cumplidos del T.D.	Criterios No Cumplidos del T.D.	Total
Escolar	14.08	17.92	32
Familiar	23.76	30.24	54
Personas Ajenas	11	14	25
Ninguno	39.16	49.84	89
Total	88	112	200

Tabla 6

Resultados

Ji- cuadrado experimental	Valor Numérico	Grados de Libertad	P-valor
	17.16294815	3	0.0006542

Al ser P-valor del experimento menor a la probabilidad de error 0.05, la H0 es rechazada

Hipótesis 3

Ha: El sistema educativo si influye en la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial.

H0: El sistema educativo no influye en la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial.

Tabla 7

Frecuencias Observadas del Sistema Educativo

Sistema Educativo	Criterios Cumplidos del T.D.	Criterios No Cumplidos del T.D.	Total
Privada (Loyola)	40	60	100
Pública (Diurna #1)	48	52	100
Total	88	112	200

Tabla 8

Frecuencias Esperadas del Sistema Educativo

Sistema Educativo	Criterios Cumplidos del T.D.	Criterios No Cumplidos del T.D.	Total
Privada (Loyola)	44	56	100
Pública (Diurna #1)	44	56	100
Total	88	112	200

Tabla 9

Resultados

Ji- cuadrado experimental	Valor Numérico	Grados de Libertad	P-valor
	0.00663796	1	0.935065258

Al ser P-valor del experimento mayor a la probabilidad de error 0.05, la H0 es aceptada

Hipótesis 4

Ha: La edad de los adolescentes sí influye en la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial.

H0: La edad de los adolescentes no influye en la incidencia de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial

Tabla 10

Frecuencias Observadas Edad de los adolescentes

Edad	T.D. Leve	T.D. Moderado	T.D. Grave	Total
15	19	1	2	22
16	32	6	0	38
17	15	5	0	20
18	4	4	0	8
Total	70	16	2	88

Tabla 11

Frecuencias Esperadas Edad de los adolescentes

Edad	T.D. Leve	T.D. Moderado	T.D. Grave	Total
15	17.5	4	0.5	22
16	30.22727273	6.909090909	0.863636364	38
17	15.90909091	3.636363636	0.454545455	20
18	6.363636364	1.454545455	0.181818182	8
Total	70	16	2	88

Tabla 12

Resultados

Ji- cuadrado experimental	Valor Numérico	Grados de Libertad	P-valor
	5.444838918	6	0.488148584

Al ser P-valor del experimento mayor a la probabilidad de error 0.05, la H0 es aceptada

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación han sido de gran utilidad, ya que en México aún existe muy poca información referente al Trastorno Disocial (T.D.) en adolescentes, por lo que este estudio da a conocer datos muy importantes, mismos que han orientado a las siguientes conclusiones:

De los diversos tipos de nivel socioeconómicos estudiados en la presente investigación, dos niveles socioeconómicos uno con un 23% el nivel Pobre en la Preparatoria Diurna #1 Lic. Bernabé L. De Elías y con el 27% el nivel Media Alta en la Preparatoria Grupo Educativo Loyola han sido los puntajes más altos.

Referente al Trastorno Disocial, las mujeres de la Preparatoria Diurna #1 Lic. Bernabé L. De Elías con un 14% y los hombres de la Preparatoria Grupo Educativo Loyola con un 13.5% son los adolescentes que mayor puntaje obtuvieron en la presencia de sintomatología del Trastorno y el tipo de Trastorno más representativo, ha resultado ser el tipo Leve con un 34%.

The American Psychological Association (APA) en el año 2011, menciona que la tasa de prevalencia es mayor en hombres que en mujeres, por lo tanto, de acuerdo a los resultados de la investigación, se puede decir que lo antes mencionado no aplica, ya que las mujeres obtuvieron la mayor prevalencia con un .5% de diferencia.

En el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el Doctor Vásquez (2010), menciona que la edad vulnerable es más temprana en los hombres que en las mujeres. En los varones se presenta entre los 10 y 12 años de edad, mientras que en las mujeres entre los 14 y 16 años, sin embargo ésta tesis la edad más vulnerable fue la de 16 años y no hubo distinción en género.

Finalmente se detectó que la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial en las dos preparatorias estudiadas es del 44% de la población total.

Ahora, de acuerdo a las hipótesis planteadas en ésta tesis se ha llegado a las siguientes conclusiones:

El Trastorno Disocial (T.D.) se presenta con más frecuencia en familias de bajo nivel socioeconómico. (Extremera, 2011), por ende, los factores socioculturales que contribuyen al desarrollo del T.D. son; sufrir privaciones económicas, vivir en zonas urbanas marginadas y desempleo de los padres (Vásquez, 2010).

De acuerdo a lo que mencionan los autores Extremera (2011) y Vásquez (2010) en el párrafo anterior, la hipótesis número 1 que dice “El nivel socioeconómico, es un factor que influye en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial” pasó por un análisis de pruebas independientes y se concluye que la hipótesis número 1 se rechaza ya que el nivel socioeconómico no es un factor influya en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial.

El grado de anormalidad en las conductas de los adolescentes es una función de los daños que éstas puedan ocasionar tanto a la sociedad como a él/ella mismo(a). Los jóvenes que son incapaces de abordar de una forma adecuada los problemas que se les presentan posiblemente padecen un trastorno. Uno de los mayores problemas que enfrentan los adolescentes y que tienen que resolver continuamente es el aislamiento, el cual se presenta en mayor prevalencia en los varones, probablemente porque es más difícil para ellos expresar sus sentimientos (Rice, 2000).

Por lo antes mencionado, la segunda hipótesis dice que “Los problemas de conducta, tanto en el ámbito familiar, escolar y con personas ajenas, son un factor que influye en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial”, Lo cual la hipótesis ha sido aceptada, ya que los problemas de conducta es un factor que influye en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial.

Es por eso que quién esté en contacto directo con el adolescente debe de observar bien las conductas que presenta, ya que se encuentra en una etapa de búsqueda, la que produce ansiedad, inseguridad, soledad e inestabilidad. Dicha inestabilidad, genera diferentes conductas que pueden ser vistas o calificadas como normales pero en ocasiones éstas conductas son una alarma de que algo no está funcionando bien con el adolescente (Horrocks, 2001).

La hipótesis número 3 dice que “El sistema educativo tanto público como privado, es un factor que influye en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial”, y los resultados de la investigación la rechaza, ya que el sistema educativo en el que se encuentre el adolescente no es un factor que influya en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial.

Porque uno de los aspectos más importantes en la vida de una persona es su educación. La educación en dos sentidos: uno, relativo a la formación ética y moral y la preparación para la vida social adaptada, que permite comprender los fundamentos de vida de cada comunidad, en cada tiempo y por otra parte, educación que tiene que ver con preparación intelectual, estudio consciente u obtención de un conocimiento adecuado, útil a las necesidades individuales y sociales. Es así que que no importa en donde estudies, la recompensa será el conocimiento y la preparación para la vida (Yagosesky, 2008).

Y por último, La hipótesis número 4 dice que “La edad, es un factor que influye en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial”, y ésta hipótesis se rechaza porque la edad del adolescente no es un factor que influya en la incidencia de la sintomatología del Trastorno Disocial, porque como dice la APA, que el trastorno puede ser diagnosticado desde los 13 años y terminar a los 18 años de edad.

Es entonces, dentro del 44% de los adolescentes que presentan la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial, encontramos que los problemas conductuales que presentan en el ámbito familiar, escolar o con otras personas es un factor que influye en la presencia de sintomatología del Trastorno Disocial.

RECOMENDACIONES Y PROPUESTA

Ya que se recolectó la información necesaria, se ha percatado que el factor estudiado de problemas conductuales en el ámbito escolar, familiar u otras personas es un motivo para desencadenar el desarrollo de la sintomatología psiquiátrica del Trastorno Disocial.

Es por eso que se recomienda, que en vez de estudiar los factores externos, como son la edad, sistema educativo y nivel socioeconómico, se trabaje con los factores internos del adolescente para así prevenir la depresión, ansiedad, introversión, somatización, mala autoestima, agresividad y conductas delictivas

Por lo tanto es aquí en donde se sugiere que las instituciones apliquen un taller de “Educando las emociones”, creado para adquirir conocimientos acerca de la inteligencia emocional y desarrollar sus propias habilidades emocionales, ya que al adolescente se le debe guiar para que examinen su faceta emocional, ya que si se piensa detenidamente en la trascendencia de las emociones que cada adolescente vive día a día, se puede dar cuenta rápidamente que son muchas ocasiones en que las emociones influyen decisivamente en sus vidas, aunque no se den cuenta.

De acuerdo con Goleman (2001), las personas emocionalmente desarrolladas, es decir, las personas que gobiernan adecuadamente sus emociones y que también saben interpretar y relacionarse efectivamente con las emociones de los demás, disfrutan de una situación ventajosa en todos los dominios de la vida.

La inteligencia emocional, es la capacidad de identificar, comprender y manejar las emociones en uno mismo y en los demás. Y se refleja en la manera en la que interactúan con los demás.

La propuesta de la presente investigación, es implementar un taller semestral exclusivamente para adolescentes, en donde se pueda trabajar la parte de las emociones, en donde sepan controlarlas y manejarlas adecuadamente y uno de los objetivos del taller es que al final los adolescentes estén más satisfechos y sean capaces de dominar los hábitos mentales que los determinan.

Educando las Emociones

Población para aplicar el taller: Adolescentes de 15 a 18 años de edad.

Objetivo del Taller: Lograr que el adolescente reconozca la emoción que está viviendo en ese momento para que sea capaz de percibir una situación o un estímulo, para así procesarlo y reaccionar ante ello de manera adecuada

Duración del Taller: 1 semana

# de Día	Título del tema a tratar en el taller	Tiempo	Objetivo	Materiales	Técnica	Actividades
1	Evaluando los Estados Emocionales	1 hora	Introducir al adolescente de lo que tratará el taller y aplicar un test para conocer los estados emocionales en los que se encuentra	Computadora, cañón, videos que representen las emociones, hojas blancas y lápices.	/	Aplicar el test para evaluar los estados emocionales versión 24 ítems (TMMS-24) *, la cual evaluará, percepción emocional, comprensión de sentimientos y regulación emocional. *Anexos

2	La escalera de la Autoestima	2 horas	Tomar conciencia de la imagen que tienen los adolescentes sobre ellos mismos, valorando sus acciones y las de los demás de la forma más adecuada	Computadora, cañón, cortometraje que represente la autoestima, hojas blancas y lápices.	/	Explicar los 10 Autos de cada persona: Autoexploración, Autoconocimiento, Auto concepto, Autoevaluación, Auto aceptación, Auto respeto, Autoconfianza, Autoeficacia, Autoestima, Autorrealización. Ejemplificando cada uno de ellos.
---	------------------------------	---------	--	---	---	---

3	El manejo de las emociones y estrategias para su control	2 horas	Auto conocerse a través de la propia reflexión para identificar las emociones positivas	Computadora, cañón, cortometrajes que representen lo bueno y malo de las emociones primarias y secundarias , ropa cómoda , cobija, música para mindfulness	Respiración profunda, Relajación muscular profunda, mindfulness	Enseñar a los adolescentes cómo relajar y controlar la mente, reposar sus músculos para así liberar las tensiones.
---	--	---------	---	--	---	--

4	El arte como medio para la expresión de las emociones	2 horas	Acceder a la esfera emocional para habitar otros mundos, experimentar placer, deleite, gozo y también experimentar dolor y displacer	Computadora, cañón, cortometrajes que representen el arte y las emociones, ropa cómoda, acuarelas, hojas blancas, pinceles, una playera vieja, música.	pintura con musicoterapia y aromaterapia	Expresar las emociones con colores, dibujando y escuchando música relajante.
---	---	---------	--	--	--	--

5	Habilidades sociales **	2 horas y 30 min	Vincularse con los otros, crear nuevos vínculos, reforzando los existentes, disfrutar y compartir el afecto	Computadora, cañón, cortometrajes que representen la habilidad social, hojas blancas y lápices.	/	Demostrar a los adolescentes los 7 elementos para una habilidad social sana y explicar cada uno de ellos(Comunicación, Capacidad de influencia, Liderazgo, Cambio, La resolución del conflicto, Colaboración/Co operación y Habilidades de equipo)
---	-------------------------	------------------	---	---	---	---

** Al finalizar el último tema del taller se aplicará el mismo test de estados emocionales que se aplicó el mismo día

El objetivo de aplicar al principio y al final del Taller “Educando las Emociones” , El Test para evaluar los estados emocionales TMMS-24 es para sondear el cambio de estados emocionales que obtuvieron los adolescentes de las preparatorias.

Se recomienda, ya teniendo los resultados de los estados emocionales de los adolescentes, si el aplicador nota los resultados de algún adolescente sin cambio o con cambios muy insignificantes, canalizarlos con un Psicólogo especialista en adolescentes, ya que puede ser que ese estudiante sufra de un desajuste emocional.

ANEXOS

Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes

ChIPS

Objetivo: Obtener información de manera rápida y eficiente que permita al clínico sondear la presencia de trastornos en niños y adolescentes y se usará con fines estadísticos para una investigación de Tesis de nivel Licenciatura.

Instrucciones: Lee cuidadosamente las siguientes preguntas y contesta de manera honesta lo que se te pide son preguntas abiertas y cerradas. Todas tus respuestas serán anónimas y tu escuela no tendrá acceso a ningunos datos.

Sexo: F M Edad: _____ Escuela: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ingreso mensual con el que tus progenitores te mantienen: \$0 a \$2,699 \$2,700 a \$ 6, 799 \$6,800 a \$11,599
 \$ 11,600 a \$ 34,999 \$35,000 a 84,999 \$ 85,000 a +

PARTE I

1. ¿Has estado teniendo problemas en casa, en la escuela o con otros niños? SI NO
2. ¿Qué tipo de problemas? _____

PARTE II

Me gustaría plantearte algunas interrogantes más específicas sobre cómo te va en esas áreas; comenzaremos con tu hogar, después la escuela y por último compañeros.

Hogar

1. ¿Con quién vives? _____
2. Si no están presentes ambos progenitores: ¿Ves a (persona que no está en casa) con regularidad? SI NO
¿Qué tan seguido? _____
3. ¿Cómo te llevas con...
¿Tu mamá (madrastra)? _____
¿Tu papá (padrastro)? _____
¿Tus hermanos/ hermanas/ hermanastros/ hermanas? _____

Escuela

1. ¿Qué año cursas actualmente? _____
2. ¿Te gusta la escuela? _____
3. ¿Estás en clases normales en todas las materias o tienes clases especiales? _____
4. ¿Las clases son fáciles o difíciles para ti? _____
5. ¿Cómo te llevas con tus maestros? _____
6. ¿Cómo te llevas con tus compañeros de clases? _____

Compañeros

1. ¿Hay otros jóvenes que vivan cerca de ti? _____
2. ¿Te reúnes con otros jóvenes para jugar o pasear durante la semana? _____
En caso negativo, ¿Por qué no?
¿Durante el fin de semana? _____ En caso negativo, ¿Por qué no?
3. ¿Tienes algún mejor amigo? _____ En caso afirmativo ¿Cómo se llama?
4. ¿Tienes trabajos que hacer en la casa?
5. ¿Tienes algún trabajo fuera de casa?

Medicamentos

1. ¿Tomas alguna medicina para tus problemas? _____
2. Registra el nombre del medicamento y la dosis

PARTE III

1. ¿Alguna vez has robado algo mientras nadie te veía (por ejemplo, tomar dinero, juguetes o cosas de tus padres, de la escuela o de una tienda, hacer un cheque que no fuera tuyo o usado la tarjeta de crédito de alguien más)? SI NO
En caso afirmativo ¿Con qué frecuencia? POCAS MAS O MENOS MUCHAS
2. ¿Mientes con frecuencia para evitar hacer cosas que no quieres hacer? SI NO
¿A menudo tratas de engañar a la gente para obtener lo que quieres {para lograr cosas a tu manera}? SI NO
3. ¿Alguna vez has entrado a un edificio (como una casa, departamento, tienda o gasolinera), carro o camión para robar o dañar algo? SI NO
4. ¿Te has volado clases en la escuela (ido de pinta) varias veces? SI NO
5. ¿Con qué frecuencia te quedas afuera más tiempo del que tus padres te permiten? POCAS MAS O MENOS MUCHAS
¿Es más de una vez al mes? SI NO
6. ¿Has escapado de casa alguna vez y te has quedado fuera toda la noche sin regresar? SI NO
¿Con qué frecuencia? POCAS MAS O MENOS MUCHAS
7. ¿Eres brabucón? SI NO ¿Otros dicen que tú empiezas los pleitos? SI NO
¿Amenazas a otros con frecuencia? SI NO
8. ¿Los demás se alejan de ti porque eres peleonero? SI NO
¿Tienes problemas por pelear en casa, en la escuela o en la calle? SI NO
9. ¿Alguna vez has usado algún arma en una pelea? (Las armas que cuentan incluyen ladrillos, palos, botellas rotas, cuchillos, pistolas) SI NO
¿Con qué frecuencia? POCAS MAS O MENOS MUCHAS
10. ¿Has lastimado a alguien seriamente en una pelea (por ejemplo, tan serio que le hayas dejado un ojo morado, sangre en la nariz o que haya tenido que ir al hospital o a ver al doctor)? SI NO
¿Alguna vez has lastimado a alguien sin razón (por ejemplo, pellizcar a alguien hasta que se le haga moretón)? SI NO
11. ¿Alguna vez has tomado cosas de la gente a la fuerza (por ejemplo, robar una bolsa o juguetes o robar una tienda)? SI NO
12. ¿Alguna vez has dañado alguna propiedad (como romper ventanas, rayar carros, ponchar llantas o cortar, pintar asientos de los autobuses)? SI NO
13. ¿Alguna vez has encendido fuego cuando no debías? SI NO

En caso afirmativo ¿Con qué frecuencia? POCAS MAS O MENOS MUCHAS

14. ¿Alguna vez has lastimado o matado algún animal sólo por diversión (por ejemplo, un perro o un gato)? SI NO

15. ¿Alguna vez has jugado con las partes privadas de otra persona sin que ella lo desee? SI NO

¿Alguna vez has obligado a alguien a jugar con tus partes privadas? SI NO

Test para evaluar los estados emocionales / TMMS-24

1. Nada de acuerdo 2. Algo de acuerdo 3. Bastante de acuerdo 4. Muy de acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5

19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Calderón, E. (2015). Educación: la gran contradicción del gobierno. La Jornada.
Recuperado de:
<http://www.jornada.unam.mx/2015/06/27/opinion/019a1pol>
- Cornea, M. (2012). Psique: Los avatares de la pre- adolescencia: Conflictos y Propuestas para su transición. *Dialnet*. Vol. 2 (1). Pp 31-35.
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3841386.pdf>
- De la Paz, R. (2013). Historia de los Trastornos Mentales y su clasificación. *Psicología y Cerebro*.
Recuperado de:
<http://psicologiaycerebro.blogspot.mx/2013/10/historia-de-los-trastornos-mentales-y.html>
- Dmenech, E. (1991). Introducción a la Historia de la Psicopatología. Barcelona: PPU.
- Extremera, M. (2013). Revisión Bibliografía sobre el Trastorno Disocial a propósito de un caso. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol 3 (3). Pp. 1-48.
Recuperado:
http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Trastorno_disocial._Caso_clinico..pdf
- Ezama, E; Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psicología and Psychological Therapy*. Vol.10 (2), pp. 293-314

- Fuentenebro, F. (1990). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. España: McGraw-Hill
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Argentina: Paidós.
- García, S. (2012). *Enfermedad Mental: Familia y Sociedad*. España: Universidad Cantabria.
Recuperado de:
<http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/888/GarciaFernandezS.pdf?sequence=1>
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y Familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Redalyc*. Vol. 10 (2). Pp. 105-122.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212387006.pdf>
- Haquin, Larraguibel. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Chilena de Pediatría*, 5, 75.
- López, R.. (2013). *Análisis de la Educación Privada y Pública*. Universidad de Guanajuato, 1, 5.
- Moreno, J.; Utria, E. (2011). Caracterización de los programas de tratamientos cognitivo- conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes. *Psicología desde el Caribe y Redalyc*. (28). Pp. 39-76.
Recuperado de : [_http://www.redalyc.org/pdf/213/21320758004.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/213/21320758004.pdf)
- Muñoz, F. (2000). *Adolescencia y Agresividad*. Madrid.
Recuperado de:
<http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/S/4/S4017401.pdf>
- Narvaez, R. (2003). *Rasgos psicológicos del Hijo único adolescente de 12 a 15 años*. Ecuador: U.Politécnica Salesiana.
- OMS (1992). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

- Palomo,T.; Jiménez,M. (2009). Manual de Psiquiatría. Madrid: Gráficas Marte
- Peña, F. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública de México*. Vol. 5 (1). Pp. S124- S131. Recuperado de : <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sals031p.pdf>
- Romero, E. (2001). El constructo psicopatía en la infancia y la adolescencia: del trastorno de conducta a la personalidad antisocial. *The UB Journal of Psychology*. Vol 32 (3). Pp. 25-49.
Recuperado:
<http://revistes.ub.edu/index.php/Anuariopsicologia/article/view/8799/11040>
- Ruíz, M. (2010). Trastornos de Conducta. *Innovación y Experiencias Educativas*.
Recuperado:
http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_36/MARIA_VICTORIA_RUIZ_DIAZ_02.pdf
- Sais, M. (2009). Trastornos de Conducta. Universitat Autònoma de Barcelona.
Recuperado de:
http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Trastorno_Conducta_0_07-09_M5.pdf
- Saldaña,J.(2000). Derechos del Enfermo Mental. México: UNAM.
- Sampieri,H.(2010).Metodología de la Investigación Quinta Edición.México:McGraw-Hill
- Sanana. (1977). Salud Mental y Enfermedad Mental. *Redalyc*. 2. pp. 337-339.
- Sarudiansky; Korman. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Scielo*, Vol.5 (1).
- UNAM. (2009). Inferencia Estadística. 2017, de Facultad de Estudios de Cuautitlán.
Recuperado:
<http://asesorias.cuautitlan2.unam.mx/Laboratoriovirtualdeestadistica/CARP>

ETA%203%20INFERENCIA_ESTADISTICA/DOC_%20INFERENCIA/TEMA%204/08%20PRUEBA%20DE%20CHICUADRADA.pdf

- Urazán Gina. (2011). Funciones cognoscitivas en niños y niñas con trastorno disocial comparados con niños y niñas sin el trastorno. Argentina: Facultad de Psicología de Bogotá.
- Vásquez, J. (2010). Guía Clínica para el Trastorno Disocial. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Viglioglia, P. (2004). Historia de Pinel y la liberación del demente. *Rincón de la Cultura*, 1, pp 27-56.
- Vildósola, X. (2009). Las actitudes de profesores y estudiantes y la influencia de factores de aula en la transmisión de la naturaleza de la ciencia en la enseñanza secundaria. Barcelona.
Recuperado de:
http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/1325/XVT_TESIS.pdf?sequence=1
- Zárate, L., Rivera, E., González, M.. (2009). Problemas de Conducta más frecuentes en jóvenes. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 12, 3.